

RAPPORT

2023

MINI-METODEVURDERING FOR KOMMUNER

Bruk av digital
hjemmeoppfølging i
hjemmetjenesten i Stad
kommune

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Bruk av digital hjemmeoppfølging i hjemmetjenesten i Stad kommune:
Mini-metodevurdering for kommuner

English title Remote patient monitoring in home care services in Stad municipality:
Mini-HTA for municipalities

Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør

Forfattere Bjerk, Maria, forsker, Folkehelseinstituttet
Helene Arentz-Hansen, seniorforsker, Folkehelseinstituttet
Anna Stoinska-Schneider, helseøkonom, Folkehelseinstituttet
Hilde Barmen, prosjektleder velferdsteknologi Stad kommune
Linda Nilsen Augland, prosjektleder digital hjemmeoppfølging Larvik kommune
Kåre Birger Hagen, fagdirektør, Folkehelseinstituttet
Ingvil Kirkehei, forskningbibliotekar, Folkehelseinstituttet

ISBN 978-82-8406-378-2

Publikasjonstype Mini-metodevurdering for kommuner

Antall sider 23

Oppdragsgiver Stad kommune

Emneord(MeSH) Remote patient monitoring, home care services

Sitering Bjerk M, Arentz-Hansen H, Stoinska-Schneider A, Barmen H, Augland LN, Hagen KB, Kirkehei I. Bruk av digital hjemmeoppfølging i hjemmetjenesten i Stad kommune: Mini-metodevurdering for kommuner [Remote patient monitoring in home care services in Stad municipality: Mini-HTA for municipalities]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.

Innhold

Innhold	2
Forord	3
Sammendrag	4
Del 1:	6
Innledning	6
Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes	7
Beskrivelse av dagens praksis i egen kommune	8
Etikk	8
Del 2:	9
Forskningsomtale	9
Del 3:	14
Organisering i egen kommune	14
Del 4:	15
Økonomiske aspekter	15
Del 5:	19
Oppsummering og konklusjon	19
Del 6:	22
Habiletet og signatur for forslagsstiller	22

Forord

Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet (FHI) og Stad kommune har i dette prosjektet samarbeidet for å utvikle og prøve ut et verktøy som kan gi støtte til beslutninger om innføring av nye tiltak i kommunehelsetjenesten. Tiltaket omhandler digital hjemmeoppfølging i hjemmetjenesten, og kommunen hadde gjennomgått et pilotprosjekt og skulle innføre tjenesten i vanlig drift. Metodikken tar utgangspunkt i erfaringer fra mini-metodevurdering i spesialisthelsetjenesten og fra samarbeidsprosjekt med kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Mini-metodevurdering for kommuner er et systematisk utarbeidet beslutningsgrunnlag som har som formål å gi oversikt over nytte og/eller helseeffekt av tiltaket for bruker, kostnader ved innføring og drift av tiltaket samt budsjettkonsekvenser, og hvilke organisatoriske konsekvenser innføring av tiltaket har for kommunen. Hensikten med mini-metodevurdering er å bidra til å gi beslutningstakere i kommunen et transparent og kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag. Prosjektet startet opp i april 2022 og er basert på en modifisert versjon av mini-metodevurderingsskjemaet som benyttes i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet ble gjennomført ved fem digitale arbeidsmøter hvor vi gikk gjennom de ulike delene av mini-metodevurderingsskjemaet. Forskningsomtalen er utarbeidet av FHI, mens de øvrige delene i hovedsak er utført av kommunen med støtte fra FHI. Denne rapporten viser skjemaet vi brukte og hvordan de ulike spørsmålene er besvart. Vi har valgt å ikke redigere teksten, som betyr at det i de ulike delene ikke er i samme språkform.

Bidragstyttere

Eksterne:

Hilde Barmen; prosjektleder velferdsteknologi, Stad kommune

Marthe Stave; prosjektkoordinator velferdsteknologi, Stad kommune

Linda Gotteberg; enhetsleder helse, Stad kommune

Barbro Longva; kommunalsjef for helse og omsorg, Stad kommune

Linda Nilsen Augland; prosjektleder digital hjemmeoppfølging, Larvik kommune

FHI:

Maria Bjerk, forsker; Helene Arentz-Hansen, seniorforsker; Anna Stoinska-Schneider, helseøkonom;

Kåre Birger Hagen, fagdirektør; Ingvild Kirkehei, forskningsbibliotekar.

Takk til interne fagfeller Trine Bjerke Johansen og Hanna Eikås Klem som har gjennomgått og gitt innspill til forskningsomtalen (DEL 2).

På vegne av bidragstytterne:
Maria Bjerk og Helene Arentz-Hansen

Kåre Birger Hagen
fagdirektør

Sammendrag

Bakgrunn: Stad kommune har vært pilotkommune og deltatt i en større randomisert kontrollert studie der man så på effekten av digital hjemmeoppfølging (DHO) av brukere med kroniske sykdommer i kommunehelsetjenesten sammenliknet med vanlig oppfølging. Ved oppstart av metodevurderingen var Stad kommune i fasen fra å være pilotkommune til å videreføre DHO til drift i hjemmetjenesten. Hensikten med vurderingen var å belyse nytte og sikkerhet av DHO for bruker, samt kostnader og organisatoriske konsekvenser for kommunen hvis dette blir innført. Brukergruppen var brukere med kroniske lidelser, som bl.a. omfattet KOLS, diabetes, hjertesvikt og kreft. Tiltaket var DHO i form av monitorering hos bruker med oppfølging fra hjemmetjenesten. Sammenlikningen var vanlig oppfølging fra hjemmetjenesten eller fra primærhelseteam. Når det gjelder etikk og personvern ble det utført en DPIA og ROS før oppstart i 2018. I prosessen med å gjennomføre metodevurderingen deltok to forskere, en helseøkonom og en bibliotekar fra FHI, to prosjektmedarbeidere samt leder fra Stad kommune og en ressursperson fra Larvik kommune.

Forskningsomtaler på effekt og sikkerhet: Det ble utført forskningsomtaler på to systematiske oversikter. Den ene systematiske oversikten omhandlet avstandsmonitorering av personer med KOLS. Den viste at avstandsmonitorering er et trygt tiltak i oppfølging av KOLS og at det ved inkludering av regelmessig tilbakemelding fra de som utfører tjenesten kan redusere antall KOLS-relaterte sykehusinnleggelses. Resultater på de andre pasient- og helsetjenesterelaterte utfallene var usikre. Den andre systematiske oversikten omhandlet DHO av pasienter med diabetes og /eller høyt blodtrykk. Den viste at DHO er like effektivt som vanlig oppfølging uten DHO i primærhelsetjenesten. Tilliten til resultatene ble vurdert til å være veldig liten til middels.

Organisering: Tiltaket var forankret administrativt og politisk ved oppstart. Kompetansekartlegging i kommunen har vist at det er et stort behov for å øke grunnleggende kompetanse innen DHO. Femtifem ansatte har deltatt på Velferdsteknologiens ABC. Rådgiver og prosjektmedarbeider skal drifte DHO i samarbeid med tre superbrukere i hjemmetjenesten. Oppgavene er satt opp på en arbeidsliste to dager i uken. Prosjektperioden varer ut 2022 og Stad kommune er avhengig av å finne måter å organisere driften på uten ekstra ressurs til prosjektmedarbeider.

Økonomi: Høsten 2022 hadde Stad kommune 15 aktive brukere, og dette er forventet å øke i 2023 til 15-20 brukere. Flesteparten av de som mottar hjemmetjenester trenger også fysiske tilsyn, men antall tilsyn kan muligens reduseres ved hjelp av DHO. Tiltaket krever investering av utstyr i startfasen og lisens per måned per bruker. Det er per i dag ikke planlagt nye ansatte, men heller endringer i arbeidsoppgaver. Driftskostnader vil være cirka 70-130 000 kr per bruker per år (beregnet utfra 12-25 brukere). For de aller fleste brukere blir DHO et nytt tiltak og det er ikke sammenliknet med kostnader for vanlig hjemmetjeneste. Kostandene representerer dermed driftskostnader og ikke

endringer i driftskostnader ved å legge om fra vanlig hjemmetjeneste til DHO. Likevel er det forventet økonomiske besparelser som følge av færre innleggelse, redusert bruk av KAD/ØHD, mindre reisetid og økt grad av pårørendestøtte. Man kan derfor anta at kostandene vil være sammenliknbare eller lavere ved å tilby DHO sammenliknet med vanlig hjemmetjeneste. Dette er imidlertid ikke regnet på i analysene.

Konklusjon: Det er usikkert om DHO generelt vil være like godt eller bedre enn dagens praksis. For brukere som er innen målgruppen for denne type oppfølging vil det sannsynligvis være like godt eller bedre. Stad kommune vurderer derfor at tiltaket videreføres. Det blir viktig å monitorere kostnader videre.

Veien videre (skrevet av Stad kommune):

Vi ser at DHO er en framtidsrettet tjeneste. Ved å gi oppfølging på avstand kan vi hjelpe flere med de ressursene vi har. DHO er en viktig prioritering i forhold til utfordringsbildet i framtiden. Vi har fått opparbeidet oss viktig kunnskap og kompetanse om DHO som vi vil jobbe for å beholde og dermed gradvis øke antall brukere. Som et langsiktig arbeid ønsker vi å utvide bruken av DHO og vi ser allerede nå på muligheten for dette i andre tjenesteområder og hos nye brukergrupper i organisasjonen. Vi har prøvd ulike løsninger for responscenter og gjort endringer underveis. Vi må jobbe med en dreining mot et større fokus på forebygging for å utsette behov for mer omfattende tjenester. DHO kan gi pårørendestøtte og bistand til å bo lengst mulig hjemme. Til slutt ser vi behovet for å generelt spisse kompetanse hos fagpersoner, og der vil DHO være et godt virkemiddel for å utnytte fagkompetansen best mulig.

DEL 1:

Innledning

1. Kontaktinformasjon

Kommune	Stad kommune
Arbeidssted	Eid legekontor/Rådhuset
Kontaktperson	Hilde Barmen, prosjektleiar velferdsteknologi
E-post	hilde.barmen@stad.kommune.no

2. Hva er formålet med utredningen?

- Å innføre et *nytt* tiltak i kommunen
- Revurdering av et *eksisterende* tiltak som finnes i kommunen
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)
Digital heimeoppfølging (medisinsk avstandsoppfølging) har vore pilot 2018-2021

3. Hvilke spørsmål er særlig viktig å få belyst i denne mini-metodevurderingen?

- Nytte for bruker/helseeffekt
- Sikkerhet/risiko
- Kostnader
- Organisatoriske konsekvenser
- Ethiske aspekter
- Annet (spesifiser i kommentarfeltet)

[\[Klikk her for å spesifisere\]](#)

4. Definer inklusjonskriteriene (PICO) for mini-metodevurderingen

<p>Population <i>populasjon</i></p> <p>Oppgi: 1. Aktuell sykdom/tilstand 2. Aktuell pasientgruppe (f.eks. aldersgruppe, kjønn etc.)</p>	<ol style="list-style-type: none">1. KOLS, diabetes, hjertesvikt, kreft, psykisk sykdom2. Fokus på behov og funksjon meir enn diagnose.
<p>Intervention <i>tiltak</i></p> <p>Oppgi navn på tiltaket som skal vurderes.</p>	Digital heimeoppfølging (DHO)
<p>Comparison <i>sammenligning</i></p> <p>Oppgi alternative tiltak som det sammenliknes med. Dette vil ofte være dagens praksis.</p>	Vi tenker DHO kan vere alternativ til: <ul style="list-style-type: none">- Oppfølging av primærhelseteam (PHT) med fysisk oppmøte på kontor- Oppfølging av fastlege- Ordinære tenester frå helse- og omsorg
<p>Outcome <i>utfallsmål</i></p> <p>Oppgi relevante endepunkt/utfall, dvs. hva man ønsker å måle virkningen av tiltaket på.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Omsorgskapasitet- Ressursbruk i heimebaserte tenester (personell, tid)
<p>Annet</p> <p>F. eks. studiedesign, publikasjonsår, språk</p>	Systematiske oversikter

Beskrivelse av tiltaket som skal vurderes

5. Gi en kort beskrivelse av det aktuelle tiltaket som skal vurderes

Digital heimeoppfølging: Brukar tek målingar sjølv i eigen heim, målingane vert overført til helsetenesta som følger opp.

Mål om å auke omsorgskapasitet og utsette ressursbruk i heimebaserte tenester og institusjon. Frigjere ressursar og nytte tilsette der det trengs mest.

6. **Omfatter metoden medisinsk utstyr, skal det oppgis om det foreligger nødvendig CE-merking** [info]

[\[Klikk her for å skrive om CE-merking, hvis aktuelt\]](#)

Beskrivelse av dagens praksis i egen kommune

7. **Gi en kort beskrivelse av eventuelt eksisterende tiltak og dagens praksis**

Kommunen har i dag ca. 20 brukere som har Digital heimeoppfølging. Disse vert fulgt opp av primærhelseteam (PHT) eller prosjektmedarbeidar og nokre på eit miniresponscenter på legevakta

8. **Vil det nye tiltaket komme i tillegg til eller erstatte allerede eksisterende tiltak? Spesifiser.**

Heimetenesta skal ta i bruk DHO, på den måten vert det nye brukarar og nye tilsette som skal starte med nytt tiltak.

9. **Er det noen tiltak som brukes i kommunen nå som bør fases ut dersom det nye tiltaket innføres? Spesifiser.**

Oppfølging på legevakta skal fasast ut i løpet av 2022. Nokre av desse pasientane "høyrer" til heimetenesta og vil vere naturleg å følges opp via heimetenesta no når denne tenesta skal starte med DHO.

Vi tenker det vil vere mest teneleg å samle oppfølging på ein stad for å hindre mange mellomledd av informasjonsflyt, i tillegg skape størst mogleg grad av kontinuitet og eigarskap.

Etikk

10. **Hvordan er personvern og datasikkerhet knyttet til det nye tiltaket ivaretatt?**

DPIA og ROS vart gjennomført før oppstart i 2018

11. **Utfordrer metoden etablerte verdier i samfunnet?**

Nokre tilsette og brukarar uttrykker at ein mister menneskeleg kontakt med auka bruk av teknologi.

DEL 2:

Forskningsomtale

En **forskningsomtale** er en kort beskrivelse (1-3 sider) og gradering (dvs. hvor mye vi stoler på resultatene) av en eller flere systematiske oversikter om det aktuelle tiltaket, vanligvis med tilleggsopplysninger som er relevant for norske forhold.

En **systematisk oversikt** har som hensikt å svare på ett eller flere spesifikke forskningsspørsmål. Forfattere av systematiske oversikter bruker en systematisk og tydelig framgangsmåte for å finne, velge ut, vurdere og oppsummere all tilgjengelig forskning om forskningsspørsmålet.

To forskningsomtaler som inkluderer henholdsvis en oversikt over systematiske oversikter og en systematisk oversikt utgjør det forskningsbaserte grunnlaget for denne mini-metodevurderingen og ligger under.

OM FORSKNINGSMOTALEN

Forskningsomtalen er laget av Folkehelseinstituttets område for helsetjenester, i et samarbeidsprosjekt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Omtalen skal være til støtte for beslutningstakere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.



FORSKNINGSOMTALE

Digital hjemmeoppfølging av pasienter med diabetes og/eller høyt blodtrykk

Digital hjemmeoppfølging av pasienter med diabetes og/eller høyt blodtrykk er like effektivt som vanlig oppfølging uten DHO i primærhelsetjenesten viser en oversikt over systematiske oversikter fra 2022.

Stad kommune ønsket å vite hvilke tiltak innen digital hjemmeoppfølging (DHO) som er effektive innen hjemmetjenesten i behandling av personer med kroniske lidelser. Stad kommune skal benytte denne forskningen som beslutningsgrunnlag for å utvikle DHO for brukere i hjemmetjenesten.

HOVEDBUDSKAP

Vi identifiserte en oversikt over systematiske oversikter som undersøkte effekten av DHO av pasienter med diabetes type 1, type 2 og/eller høyt blodtrykk sammenlignet med vanlig oppfølging i primærhelsetjenesten. Resultatene viste at DHO:

- utgjør trolig liten eller ingen forskjell på nivå av langtidsblodsukker (HbA1c; endring i HbA1c over tid var ikke rapportert i de systematiske oversiktene).
- fører trolig til en liten reduksjon i systolisk blodtrykk (men med usikker klinisk relevans).
- har trolig en liten negativ effekt på den fysiske komponenten av helserelatert livskvalitet (men med usikker klinisk betydning).

For de andre primære utfallsmålene som diastolisk blodtrykk, total kolesterol, sykehusinnleggelse eller besøk på akuttmottak, livskvalitet (mental og fysisk komponent), samt måling på Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) utgjør DHO ingen forskjell.



Forfatterne hadde middels tillit til resultatene for langtidsblodsukker, systolisk blodtrykk og helserelatert (fysisk) livskvalitet, og liten tillit til resultatene til de fem resterende primære utfallsmålene.

BAKGRUNN

Velferdsteknologi løftes frem som et viktig element i utviklingen av helse- og omsorgssektoren. Flere personer med komplekse behov bor hjemme og har behov for en annen og mer tverrfaglig oppfølging over tid. Teknologi er da en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. I DHO følges brukere opp på avstand ved hjelp av teknologiske løsninger, og får medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra egne behov etter en individuell behandlingsplan, utarbeidet sammen med brukeren. Målet er bedre helse og bedre pasientopplevelse gjennom målrettet bruk av helsefaglige ressurser, der pasienten selv tar en aktiv rolle.

Ifølge FHI har omkring 270 000 personer, det vil si fem prosent av befolkningen, diagnosen diabetes. Av disse er det beregnet at 23 000 har diabetes type 1. Forekomsten av diabetes øker med alderen, og mer enn 10 prosent av de over 80 år har diagnostisert diabetes. Diabetes er forbundet med alvorlige komplikasjoner og bidrar vesentlig til sykdomsbyrden i Norge og resten av verden.

Blodtrykket er noe som øker med alderen, og kvinners blodtrykk øker mer enn menns. Høyt blodtrykk vil over tid øke risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

Oversikten rapporterte resultatene fra tre systematiske oversikter som inneholdt til sammen 11 randomiserte kontrollerte studier. Studier med annet studiedesign ble det ikke rapportert fra.

Resultatene om effekt av DHO på langtidsblodsukker baserer seg på 10 studier med til sammen 2235 deltagere, mens effekt på systolisk og diastolisk blodtrykk baserer seg på hhv. syv studier (1407 deltagere) og seks studier (1207 deltagere). For de resterende utfallsmålene besto forskningsgrunnlaget av mellom én og tre studier med færre enn 700 deltagere. Intervensjonene varte fra 6 til 12 måneder og de aller fleste studiene hadde målt utfallene rett etter at intervensjonene var avsluttet. Hver av de systematiske oversiktene brukte forskjellig uttrykk for, og beskrev DHO litt ulikt:

Telemedisin: alle former for elektronisk kommunikasjon mellom tilbyder og pasient (telefon, app på smarttelefoner, e-post, tekstmelding, nettportal, smartenhet eller glukometer) (7 studier). **Digitale intervensjoner:** teknologibaserte, slik som mobil-helse intervensjoner, nettbaserte intervensjoner, intervensjoner levert gjennom bruk av personlig digital assistent, et nettbrett, en datamaskin, internett, telemedisin, videokonferanser, telehelse eller andre former for elektronisk-helse. (3 studier). **E-helseintervensjoner:** intervensjoner som bruker enheter med interaktiv trådløs kommunikasjon, webbaserte applikasjoner med høy portabilitet (som smarttelefon, datamaskin og personlige digitale hjelpeverktøy), eller intervensjoner som omfatter egenomsorg, selvledelse, atferdsendring, eller opplæring (1 studie).

I alle studiene overførte pasientene målinger av blodsukker, blodtrykk og vekt. Frekvens for overføring av pasientdata varierte fra tre ganger om dagen til to ganger i måneden. Pasientdata ble enten vurdert av en sykepleier, automatisk av et overvåkingscenter eller automatisk av selve DHO-enheten. I alle studiene kontaktet sykepleiere eller annet helsepersonell brukerne ved forverring eller dersom verdiene var utenfor normalverdiene. Studiene var utført i hhv. Italia, Spania, Storbritannia og USA. Definisjonen av DHO slik den er beskrevet i oversikten stemmer godt overens med hvordan DHO forstås og benyttes i Norge i dag, men konteksten studiene er utført i skiller seg muligens noe fra den norske konteksten og kan derfor påvirke overføringsverdien av funnene til norske kommuner.

OM DENNE FORSKNINGSMÅLET

Bibliotekar planla og gjennomførte søk etter oppsummert forskning i åtte helsefaglige litteraturlister, samt i nasjonale retningslinjer og veiledere, i samarbeid med forsker og oppdragsgiver (september 2022). Søkestrategiene var utarbeidet på bakgrunn av forskningsspørsmålet og kombinerte søkeord for ulike typer elektroniske tjenester (for eksempel e-health, m-health, monitoring) og søkeord for hjemmetjenester (for eksempel home nursing, community health care). Søkene ble tilpasset søkemuligheter og begrensninger i den enkelte litteraturliste.

Vi gikk gjennom 1129 referanser, vurderte metodisk kvalitet på de relevante oversiktene og valgte i samarbeid med oppdragsgiver hvilken oversikt som skulle omtales. Vi brukte en sjekkliste (ROBIS) til å vurdere kvaliteten på den utvalgte oversikten og fant at den hadde lav risiko for systematiske skjevheter.

Når vi oppsummerer studier og presenterer resultatene, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Tilliten til resultatene kan være høy, middels, liten, eller svært liten. Jo høyere tillit, dess sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått. Forfatterne av denne oversikten hadde vurdert tilliten til resultatene til middels eller liten for alle utfallsmålene.

Litteratursøket ble utført av bibliotekar Ingvild Kirkehei og omtalen er skrevet av Helene Arentz-Hansen og Maria Bjerck, område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet.

KILDE

Muller, A.E., Berg, R.C., Jardim, P.S.J., Johansen, T.B., Ormstad, S.S. Can Remote Patient Monitoring Be the New Standard in Primary Care of Chronic Diseases, Post-COVID-19? *Telemed J E Health* 2022 Jul;28(7):942-969

OM FORSKNINGSMOTALEN

Forskningsmotalen er laget av Folkehelseinstituttets område for helsetjenester, i et samarbeidsprosjekt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Omtalen skal være til støtte for beslutningstakere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.



FORSKNINGSMOTALE

Avstandsmonitorering for personer med KOLS

Avstandsmonitorering er et trygt tiltak i behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), men det er usikkert om det er effektivt på flere pasient- og helsetjenesterelaterte utfallsmål. Dette viser en systematisk oversikt fra 2022.

Stad kommune ønsket å vite hvilke tiltak innen digital hjemmeoppfølging (DHO) som er effektive innen hjemmetjenesten i behandling av personer med kroniske lidelser, som for eksempel KOLS, diabetes og kreft. Stad kommune skal benytte denne forskningen som beslutningsgrunnlag for å utvikle DHO for brukere i hjemmetjenesten.

HOVEDBUDSKAP

Vi identifiserte en systematisk oversikt som så på effektiviteten av avstandsmonitorering i behandling av personer med KOLS.

Hovedresultatene fra den systematiske oversikten er:

- Det eksisterer mye forskning som ser på effektivitet av avstandsmonitorering for brukere med KOLS, men resultatene er usikre på grunn av lav studiekvalitet og heterogenitet når det gjelder omgivelser studien er utført i.
- Avstandsmonitorering for brukere med KOLS er trygt.
- Avstandsmonitorering har ikke vist seg å være effektivt for å bedre helserelatert livskvalitet (HRQOL), lunge funksjon eller mestringspro, eller å redusere depresjon, angst, eller bruk av helsetjenester.



- Inkludering av regelmessig tilbakemelding fra de som utfører tjenesten kan redusere antall KOLS-relaterte sykehusinnleggelseser.

BAKGRUNN

Velferdsteknologi løftes frem som et viktig element i utviklingen av helse- og omsorgssektoren. Flere personer med komplekse behov bor hjemme og har behov for en annen og mer tverrfaglig oppfølging over tid. Teknologi er da en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. I DHO følges brukere opp på avstand ved hjelp av teknologiske løsninger. De får medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra egne behov etter en egenbehandlingsplan inkludert målinger, utarbeidet sammen med brukeren. Målet er bedre helse og bedre pasientopplevelse gjennom målrettet bruk av helsefaglige ressurser, der pasienten selv tar en aktiv rolle.

KOLS blir brukt som en fellesbetegnelse på kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem. Sykdommen kjennetegnes ved at luftveiene er blitt varig «trange», slik at det er tungt å puste. FHI anslår at cirka 150 000 personer over 40 år i Norge har KOLS. Fordi levealderen i stadig øker, også blant personer med KOLS, vil antallet mennesker som lever med KOLS være høyt også i årene fremover. Antallet innleggelseser på sykehus på grunn av KOLS-forverring har økt med cirka 40% de siste 10 årene. DHO har derfor blitt løftet frem som et aktuelt forebyggende tiltak for personer med KOLS.

DEL 3:

Organisering i egen kommune

12. Er en eventuell innføring av tiltaket forankret på relevant ledernivå?

Satsing på velferdsteknologi og digital heimeoppfølging er forankra i administrativ og politisk leiing i Stad kommunen.

13. Vil det ved innføring av tiltaket være særskilt behov for kompetanseheving av personalet, eventuelt nye ansettelser?

Vi har hatt ei kompetansekartlegging og vi ser eit stort behov for å auke grunnleggande kompetanse på velferdsteknologi og Digital heimeoppfølging.

Kommunen startar hausten 2022 med Velferdsteknologiens ABC der 55 tilsette deltek, og dette vil gje eit stort løft i kompetanse.

I tillegg får vi opplæring i systemet/plattform frå leverandør

14. Vil det ved innføring av tiltaket være behov for endringer relatert til arbeidstid, bemanning, arbeidsmiljø/sikkerhet e.l.?

Heimetenesta må endre arbeidsrutinar for oppfølginga av brukarar då noko av oppfølginga no skal skje ved at brukar tek målingar sjølv og oppfølginga skjer digitalt i staden for fysisk oppmøte som før.

Rådgjevar og prosjektmedarbeidar i 50% skal organisere drift, og skal drifte dette i heimetenesta saman med tre superbrukarar. Superbrukarane skal løyse desse oppgåvene innanfor arbeidstida som dei allereie har. Det er satt inn på ei arbeidsliste to dagar i veka.

15. Finnes det lokaler som er egnet til bruk for gjennomføring av tiltaket, eller er det behov for bygningsmessige endringer? Spesifiser.

Tilsette treng kontorplass og datautstyr. Tilsette sitter ulike plasser (Rådhus, legekontor, heimetenesta)

Brukarane bur i eigen heim.

16. Hvordan vil andre tjenester (f.eks. sosial-, service- og/eller IT-tjenester) i kommunen bli påvirket ved innføring av tiltaket?

Vi har felles IKT teneste i regionen, Nordfjordnett

17. Hvordan vil innføring av tiltaket eventuelt påvirke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten eller andre eksterne tjenester?

Det kan opne opp for bedre informasjonflyt og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta.

18. Hvis innføring av tiltaket krever/fører til andre viktige organisatoriske endringer som ikke er dekket av spørsmålene over, kan dette føres opp i kommentarfeltet under.

I pilotperioden har det vore tilsett prosjektmedarbeidar i 40% (50% 4 mnd i 2022). Prosjektperioden varar ut 2022, og vi er avhengig av å finne gode måtar å organisere drifta på utan direkte avsett ressurs i 40%.

DEL 4:

Økonomiske aspekter

19. Beskriv hvilke hovedantakelser som legges til grunn for de økonomiske beregningene utført i denne vurderingen:

Demografiske utfordringar,
Behov for å yte tenester til fleire med same antall tilsette som no.

20. Hvor mange pasienter vil være mottakere av tiltaket? Hvordan forventes pasientgrunlaget å utvikle seg over tid etter at tiltaket innføres?

- Stad har ca 15 aktive brukarar som har DHO hausten 2022; vi forventer at antall brukere i 2023 blir ca 15-20.
 - Vi ser at pasientgrunlaget i heimetenesta er allereie strengt vurdert gjennom tildelingsnemnd og søknadsprosessen. Dei som får heimetenester no er eldre, dvs 80 og 90+ og treng fysiske tilsyn for oppgåver som hjelp til dusj, augedråpar, stell osv. Det er ca 370 brukarar som ligg inne med oppretta journal i heimetenesta i aktuell sone. Dvs alle med tryggleiksalarm, medikamenthandtering osv.
 - Økt tal pasientar vil påvirke tid til varselhandtering i starten, frigi tid etterkvart.
 - Endring av organisering vil påverkar ressursbruk i nye tenester. Td skal heimetenesta handtere varsel på brukarar som ikkje har vedtak og som ikkje ligg til denne tenesta
- Ser ikkje vekk i frå at tal brukar kan gå ned. Betre å ha gode kandidatar.

21. Beregn oppstartskostnadene. Gjør en oppsummering av nødvendige investeringer og engangskostnader.

Likviditetsbehov ift. Investeringer og engangskostnader	År 1 (2019)	År 2 (2020)	År 3 (2021)
Investeringsbehov	190 000	100 000	150 000
Andre engangskostnader/faste utgifter		200 000- 250 000	200 000- 250 000
Sum			

Oppstartskostnader er dekket i pilotperioden 2018-2021, tabell over. År 1 tilsvarer 2019. Oppstart i 2018 gikk med til planlegging og oppstart

Endring i ressursbruk: Har ein del utstyr frå pilotperiode. Har 30 nettbrett, Kostnad aktive pasientar; Lisensar i dignio per pasient pr mnd kr 1100,- Innkjøp av utstyr etter behov – ligg i budsjett til heimetenesta Innkjøp og lisenser til DHO.

Opplæringen frå leverandør har vore utan kostnad. Kostnader påløper internt for opplæring; vikar for å oppretthalde drift evt overtid og avspasering

Har lokaler ulike stader i kommunen der tilsette kan sitje i si teneste kvar for seg, men ikkje samla.

Pr i dag er det ikkje planlagt nye tilsette, men heller endringar i arbeidsoppgåver/ressursar: må prøvast ut før vi ser evt. endringer i kostnader. Kostnadbildet er frå Pilotperioden.

22. Oppsummer endringer i driftskostnader

Driftskostnader – per bruker	Dagens tiltak		Nytt tiltak	
Sum for kommunen per bruker	-		133 333 kr/ 12 pas 69 600 kr /23 pas	
Kostnader helsetjenesten utenfor kommunen per bruker	-		-	
Kostnad ved skifte av metode - per bruker	-	-	70 000 - 133 333 kr	

			pr brukar pr år	
Driftskostnader – alle brukere	Antall brukere	Dagens tiltak	Antall brukere	Nytt tiltak
Sum for kommunen – alle brukere			1,3-1,6 mill kr pr år	

Planlegger DHO inn som ei “mei oppgåve” innan for rammene for heimetenesta utan meir tilsette.

For de aller fleste pasienter blir DHO et nytt tiltak og difor ikkje lett å samanlikne med dagens tiltak. Det er derfor beregna driftskostnader og ikkje endringar i driftskostnader.

23. Hva er de budsjettmessige konsekvensene for kommunen ved innføring av tiltaket?

Budsjettmessige konsekvenser for kommunen	År 1 (2019)	År 2 (2020)	År 3 (2021)	År 4 (2022)	År 5 (2023)
Investeringsbehov	80 000 kr ikt 110 000 kr inventar og utstyr	100 000 kr	150 000 kr	?	?
Andre engangskostnader/faste utgifter	50 000 kr	80 000 kr		290 000 kr	220 000 kr
Sum driftskostnader for kommunen – alle brukere	1,4 mill kr	1, 4 mill kr (revisor- rapport)	1,6 mill kr (Revisor- rapport)	1,3 mill kr	
Evt. annet; inntekter (+) / utgifter (-) - som tilskudd	Prosjekt- midlar	Prosjekt- midlar	Prosjekt- midlar	Prosjekt- midlar	0
Netto					

Lisens, utstyr. Driftsbudsjettet vil variere etter antal brukarar

Desse tala attgir kostnadene for oppstart og drift til pilotprosjektet og representerer derfor ikkje ei ressursendring ved å byta frå vanleg heimeteneste til DHO.

24. Beskriv forventede økonomiske konsekvensene for andre parter, for eksempel pasienter/pårørende, helseforetak.

- Ferre innleggingar
- Redusere bruk av KAD-senger/ØHD
- Mindre reisetid, drivstoff, tid spart.
- Meir pårørandestøtte

Å følge opp ein brukar med «ordinær heimeteneste»:

To besøk dagleg, halvtime kjøreveg kvar veg, kan ein rekne 400 000 kr pr år (oversikt frå bruk av anna teknologi)

Se eventuelt vedlagt regneark i Excel.

DEL 5:

Oppsummering og konklusjon

25. Gi en samlet vurdering av fordeler og ulemper ved innføring av tiltaket i kommunen:

	Fordeler	Ulemper
For pasienter	Erfaring: Bättre meistring av eigen helsetilstand, sjølvstende og tryggleik Vere med på å prøve ut nytt og spennande utstyr Forsking: usikker effekt; bidreg kanskje til færre KOLS-relaterte sjukehusinnleggingar	Ny teneste der ein kan få mindre besøk Brukar må lære seg utstyr, men enkelt utstyr
For pårørende	Tryggleik	Ny teknologi
For personell	Ny måte å hjelpe fleire på	Nye arbeidsmetodar krev endring Gi opplæring til brukar Endringsarbeid
For kommunen	Innovasjon og utvikling	Endringsarbeid tek tid
For spesialisthelsetjenesten	Moglegheit for samhandling	Ikkje same journalsystem
Evt. andre	[Skriv her]	

26. Er det sannsynlig at det foreslåtte tiltaket er like godt eller bedre enn dagens praksis?

- Ja
- Nei
- Usikkert

For pasientar som er godt eigna til denne type oppfølging vil DHO vere eit like godt og betre enn dagens praksis ja

27. Gi en oppsummering av de økonomiske konsekvensene for kommunen ved innføring av tiltaket:

Drift ca 70-130 000 kr pr pasient pr år (12-25 pasienter). Dette er kostnader knyttet til drift av digital hjemmeoppfølging alene og ikke netto kostnader for å legge om fra vanlig hjemmetjeneste til digital hjemmeoppfølging.

Tiltaket krever investering av utstyr i startfase og lisens pr mnd pr brukar. Sansynlegvis vil det vere samanliknbart eller billegare å tilby digital heimeoppfølging i forhold til vanlig heimetjeneste. Dette er imidlertid ikke regnet på i denne analysen.

28. Hva er din konklusjon på denne mini-metodevurderingen?

A) Ved vurdering av et nytt tiltak

- Tiltaket bør innføres i vår kommune
- Tiltaket bør ikke innføres i vår kommune
- Beslutning om innføring av tiltaket bør avvendes
- Annet

Pilotprosjekt har starta. Politisk og administrativ vedtak på å fortsette med velferdsteknologi og digital heimeoppfølging 2022-2025

B) Ved vurdering av et eksisterende tiltak (dvs. dagens praksis)

- Tiltaket bør fortsatt være i bruk i vår kommune
- Tiltaket bør fases ut av vår kommune

Annet

[\[Klikk her for å skrive en kommentar\]](#)

29. Hvis tiltaket innføres i kommunen: Hvordan og hvor lenge skal metoden følges opp/monitoreres etter innføring? Spesifiser.

Følge opp økonomi

DEL 6:

Habilitet og signatur for forslagsstiller

I feltene under skal du oppgi hvis det er forhold som vil kunne bety noe for din habilitet i arbeidet med mini-metodevurderingen. Hvis du ikke har noe å melde under de enkelte punktene, skriver du «intet å melde».

- 1. Har du direkte engasjementer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (økonomiske fordeler pga. ansettelsesforhold, egen næringsvirksomhet, styreverv, oppdrag, investeringer, godtgjørelser etc.)?**

Intet å melde

- 2. Har du indirekte engasjementer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (indirekte økonomiske fordeler, for eksempel stipendier, prosjektstøtte eller andre former for fordeler)?**

Intet å melde, prosjektperiode er over

- 3. Har du engasjementer i forbindelse med din egen eller din nærmeste families yrkesutøvelse som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen (husk også at fjernere slektskap kombinert med særlig fordel, tap eller ulempe for den det gjelder, kan føre til inhabilitet)?**

Intet å melde

- 4. Har du medlemskap eller annen tilknytning til organisasjoner eller organer som kan ha betydning for arbeidet med mini-metodevurderingen?**

Intet å melde

- 5. Er det andre forhold som kan være egnet til å svekke tilliten til din upartiskhet (f.eks. vennskap/uvennskap, andre forhold)?**

Intet å melde

08.03.23

Hilde Barmen, Stad kommune

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Juni 2023

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no