



**Prosjektplan for Avstandsoppfølging i Larvik kommune Mitt  
liv, min helse, min plan. Revidert 25. februar 2020**

**Prosjektplan for**  
**Avstandsoppfølging i Larvik kommune**  
**Mitt liv, min helse, min plan.**

## **Innhold**

Sammendrag .....	2
Bakgrunn, nåsituasjonen og forskning på området .....	2
Mål med prosjektet: .....	6
Sykehuset i Vestfold-HF's deltagelse i prosjektet .....	6
Fastlegenes deltagelse i prosjektet .....	7
Praktisk gjennomføring av avstandsoppfølging i Larvik kommune.....	7
Prosjektorganisering.....	9
Fremdriftsplan .....	10

## Sammendrag

Avstandsoppfølging i Larvik kommune er et treårig personsentrisk prosjekt i tråd med forskningen til lege Gro Berntsen. Målgruppen er innbyggere med KOLS, andre kroniske lidelser og pasienter som får lindrende behandling og som kan ha nytte av avstandsoppfølging. Det vurderes også å utvides til oppfølging av psykisk syke i 2019. Prosjektet er knyttet sammen med KOLS prosjektet på Sykehuset i Vestfold.

Modellen for avstandsoppfølging er at pasienter som inkluderes i prosjektet får en kontaktsykepleier i Helsehjelpen Larvik og en kontaktsykepleier på Sykehuset i Vestfold som sammen med fastlege og pasient danner et team. Pasientene vil få tilbud om avstandsoppfølging tilpasset deres individuelle behov, opplæring og et senter de kan ringe til morgen og kveld på hverdager. Larvik kommune vil anskaffe utstyr for avstandsoppfølging som vekt, blodtrykk, puls, temperatur, spirometri (lungekapasitet) og surstoffmetning. Det vil også innhentes data fra pasientens egne opplevelser ved selvrappotering på nettbrett.

Det inngås intensjonsavtale med Sykehuset i Vestfold – HF (SIV) og Larvik kommune, samt intensjonsavtaler med tolv fastleger som deltar i prosjektfasen. Det legges opp egenbehandlingsplaner sammen med den enkelte pasient.

Det søkes om deltagelse i Helsedirektoratets 3 årlige prosjekt for avstandsoppfølging<sup>1</sup> samt innovasjonsmidler fra Fylkesmannen.

## Bakgrunn, nåsituasjonen og forskning på området

Avstandsoppfølging i Larvik kommune er politisk forankret i strategidokumentet for 2018 og helse og omsorgsplanen. Det er en av tjenestene som skal ytes fra Helsehjelpen Larvik. Helsehjelpen Larvik vil være bemannet med sykepleier fra klokken 08.00-22.00 mandag til fredag fra og med 1.10.2018.

Det er nasjonale anbefalinger til kommunene om å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger. Både kommunal helse – og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten samhandler rundt oppfølging av pasient nært hjemmet. I følge Helsedirektoratet er medisinsk avstandsoppfølging; *bruk av velferdsteknologi som kan gi bedre helsemessige resultater og opplevelse for pasienter/brukere og mer målrettet bruk av helsefaglige ressurser*<sup>2</sup>

Ved en tildeling vil Larvik få nytte av å samarbeide med andre kommuner som også har primærhelseteam og oppfølgingsteam som vil ønske å dra nytte av inn Larvik prosjektet.

---

<sup>1</sup> Ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke

Rammer for utprøvingen – 29. januar 2018

<sup>2</sup> <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/26/Utviklingstrekk%202018%20-%20beskrivelser%20av%20drivere%20og%20trender%20relevant%20for%20e-helse.pdf>

Larvik vil legge vekt på risikokartlegging og bruke det som verktøy for å forebygge alvorlige hendelser.

Larvik kommune har en særlig utfordring med en høy andel innbyggere over 80 år, høyt antall overliggerdøgn på sykehus og stort press på kommunens sykehjemsplasser. Disse utfordringene antas å øke i tiden fremover i takt med økningen av innbyggere over 80 år. Samtidig vet vi at eldre ønsker å bo hjemme og klare seg selv så lenge som mulig. Det letes etter tiltak som forebygger behov for akutte innleggelser og fremmer egenmestring og helse. Avstandsoppfølging er et slikt tiltak. Erfaringer fra avstandsoppfølging i Sarpsborg, Oslo, Trondheim og Stavanger er samlet i rapporten Avstandsoppfølging, Delrapport 1<sup>3</sup>.

Rapporten konkluderer blant annet med at «tidlige funn indikerer at avstandsoppfølging gir økt trygghet og egenmestring. Det er også innhentet registerdata om bruk av fastlege-, lokale sykehus- og kommunale tjenester. Det er vanskelig å konkludere basert på den korte perioden med tjenesten. Men vi ser en indikasjon på at det er en jevn økning av forbruket av helsetjenester i tidsperioden før tjenesteoppstart. Denne trenden synes å snu i etterkant.»

Prosjektet Velferdsteknologi i sentrum (VIS) i Oslo har laget noen korte filmer om avstandsoppfølging:

[https://www.youtube.com/watch?v=VBIR\\_OOPFEY](https://www.youtube.com/watch?v=VBIR_OOPFEY)

<https://www.youtube.com/watch?v=21c-vliUZcA>

<https://www.youtube.com/watch?v=21c-vliUZcA>

<https://www.youtube.com/watch?v=vEqNTw0nEy0>

Digitaliseringsstyrelsen i Danmark har i en artikkel om avstandsoppfølging av KOLS pasienter vist til store samfunnsmessige gevinster. Som en del av en undersøkelse studerte TeleCare Nord effektene av telemedisinsk hjemmeovervåking på 1.225 pasienter med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom), delt i en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe.

### **Effekt for pasientene**

Forskningsrapporten viser at telemedisinsk avstandsoppfølging har fordeler for pasienter på flere områder. Pasientene blir mer kunnskapsrike om sin egen sykdom, får bedre ferdigheter til selvhjelp og økt innflytelse på egen tilstand. Videre opplevde pasienter i intervensjonsgruppen høyere livskvalitet og trygghet sammenlignet med kontrollgruppen. Samtidig viser rapporten gevinster for helseutgifter.

### **Økonomiske gevinster i Danmark;**

Det er både økonomiske gevinster og kostnader forbundet med nasjonal implementering av telemedisinsk hjemmeovervåking for pasienter med KOLS. Beregningene viser at det

---

<sup>3</sup> Avstandsoppfølging Delrapport 1 Oslo 08.10.2017 Intro International A.S. mfl. på oppdrag for Helsedirektoratet

nasjonale akkumulerte netto-potensialet er positivt med 483 millioner kroner over fem år, mens det totale årlige potensialet ved full innfasing av hjemmeovervåking av KOLS vil være 202 millioner kroner.<sup>4</sup>

## Utviklingstrekk 2018 – rapport fra Direktoratet for eHelse

Rapport fra Direktoratet for eHelse: *Utviklingstrekk 2018: Beskrivelser av drivere og trender relevant for e-helse*

I den nylig publiserte rapporten fra Direktoratet for eHelse pekes det på følgende effektmål ved bruk av avstandsoppfølging:

1. Bedre fysisk og psykisk helse
2. Bedre pasientopplevelse
3. Lavere kostnad for helsetjenesten

KOLS og andre kroniske sykdommer som diabetes, kreft og hjerte- kar sykdommer, fremheves som aktuelle målgrupper med høyt forbruk av helsetjenester. Dette er pasientgrupper som ofte har sammensatte og store behov, men opplever mangelfull oppfølging.<sup>5</sup>

### Larvik kommune

I tråd med nasjonale føringer og behov, vil Larvik kommune starte opp med avstandsoppfølging av innbyggere med KOLS. KOLS er en samlebetegnelse på en gruppe kroniske lungesykdommer som fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene. Det er en alvorlig lungesykdom med varig nedsatt lungefunksjon.

En betydelig andel av pasienter med KOLS har ofte også andre diagnoser og bruker flere medisiner. KOLS pasienter står også for flest innleggelser i sykehus og opplever mange innleggelser/forflytninger som er en tilleggsbelastning.

Pårørende til hjemmeboende personer med KOLS er også utsatt for stress og bekymring som kan reduseres ved avstandsoppfølging.<sup>6</sup>

Larvik kommune har vært en av de første kommunene i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og har ledet an når det gjelder bruk av sporingsteknologi

---

<sup>4</sup> Digitaliseringsstyrelsen 2015, <https://en.digst.dk/policy-and-strategy/digital-welfare/telemedicine/background/the-economics-of-telemedicine/>

<sup>5</sup> <https://ehelse.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/26/Utviklingstrekk%202018%20-%20beskrivelser%20av%20drivere%20og%20trender%20relevant%20for%20e-helse.pdf>

<sup>6</sup> Care challenges for informal caregivers of chronically ill lungpatients: Results from a questionnaire survey, Heidi Gautun mfl Scandinavian Journal of Public Health, 2012; 40: 18–24

(GPS) og har gjennomført en innovativ anskaffelse av elektroniske medisindispensere for om lag 30 kommuner.

Sammen med Sykehuset i Vestfold-HF har kommunen deltatt i nasjonale nettverk for trygge pasientforløp med fokuset på *Hva er viktig for deg* og kommunen har også innført hjemmerehabilitering.

Innen psykisk helse og avhengighet har man i flere år arbeidet med Feedbackinformerte tjenester (FIT) som handler om systematisk tilbakemelding fra brukere for å endre og tilpasse tjenestene i tråd med disse tilbakemeldingene. Dette er et viktig ledd i å benytte erfaringer fra brukere til å forbedre tjenestene og har relevans til avstandsoppfølging ved at klientens eller pasientens egen opplevelse og tilbakemeldinger er viktig for å lykkes.

### Statistikk rundt KOLS i Larvik

I 2017 var det innlagt 157 pasienter med KOLS fra Larvik på SIV-HF. Det er i denne treårs perioden blitt færre innlagte pasienter, men med flere og lengre innleggelser.

Aldersspennet er fra under 40 år til 95 år, de fleste er i aldersgruppen 65-80 år.

Dataene nedenfor er hentet fra pasientstatistikk på Sykehuset i Vestfold:

Innleggelser med KOLS som hoveddiagnose på SIV-HF fra Larvik kommune	2015	2016	2017
Antall pasienter	251	198	157
Antall omsorgsperioder	380	296	238
Liggedøgn gjennomsnitt		0,6	1,6
Høyest antall liggedager	12	17	16
Antall liggedøgn	110	220	451
Kostnad sykehus	1,4 mill kr	2,1 mill kr	3,5 mill kr
Overliggenderøgn	2	31	91
Kostnad kommunen i overliggenderøgn per døgn/totalt	(4 287 kr pr døgn) 8 574 kr	(4 505 kr pr døgn) 139 655 kr	(4 622 kr pr døgn) 420 602 kr

Tallene ovenfor viser følgende endring fra 2015 til 2017:

- 37 % nedgang i antall pasienter innlagt med KOLS
- 37 % nedgang i antall omsorgsperioder for pasienter med KOLS som hoveddiagnose
- 310 % økning i antall liggedøgn for pasienter med KOLS som hoveddiagnose
- 490 % økning i kostnadene til kommunen for overliggenderøgn for denne gruppen

Det vil hentes inn data fra pasientstatistikken på SIV-HF og andre aktuelle registre som Larvik kommunes pasientregistre (Profil og Infodoc). Dataene vil bli benyttet for å måle effekten av tiltakene og vil følges opp jevnlig gjennom prosjektperioden.

## Mål med prosjektet:

Deltagerne skal få bedre fysisk og psykisk helse, og prosjektet skal være med på å skaffe til veie fakta til Helsedirektoratet for utarbeidelse av nasjonale føringer for avstandsoppfølging.

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

## Måleparametre for prosjektet:

- Egenopplevd helse og mestring
- Utvikling av antall sykehusinnleggelser for målgruppen
- Opplevelse av samarbeid mellom fastleger, sykehuset og kommunens tjenestetilbud
- Antall overliggerdøgn for målgruppe
- Utvikling av behov for kommunale tjenester
- Har pasientene blitt spurt og hvor mange ha blitt spurt om *Hva er viktig for deg.*
- Andre aktuelle måleparametre

## Sykehuset i Vestfold-HF's deltagelse i prosjektet

Larvik kommune har et nært og godt samarbeid med Sykehuset i Vestfold. Kommunen har deltatt i utarbeiding av felles pasientforløp for Slagpasienter i Vestfold. Sykehuset og kommunen har også et felles prosjekt siden 2014 *Sammen om økt kvalitet (SØK)*. I dette prosjektet er det en rekke delprosjekter som det samarbeids om. Det har vært blant samarbeid om

- FRISK Larvik- tverrfaglig samarbeid for å redusere langtidssykemeldinger
- Rehabilitering Kognitiv svikt
- Samarbeid om forløp for nydiagnostiserte psykosepasienter

Sykehuset er både representert i styringsgruppen og prosjektgruppen for avstandsoppfølging i Larvik med avdelingssjef Marit Dahl Mikkelsen og prosjektleder for KOLS prosjektet på SIV-HF Kathrine Berntsen. Sykehuset har vært aktivt med i utarbeiding av prosjektplanen.

Dette gode samarbeidet har ikke fått merkbare konsekvenser for den enkelte pasient. De etterlyser bedre samhandling med sykehuset og det jobbes videre gjennom møter, undervisning og andre kanaler for å lykkes bedre med samhandling rundt pasientene.

## **Fastlegenes deltagelse i prosjektet**

Fastlegene i Larvik kommune og kommunens administrasjon har månedlige Allmenlegeutvalgsmøter (ALU) den første torsdagen i måneden. Prosjektet er presentert i ALU og fikk positiv tilbakemeldinger fra ALU. Samarbeidsutvalget (SU) mellom fastleger og kommunens administrasjon har inngått en avtale om avstandsoppfølging og enkeltavtaler med 18 fastleger. Fastlegene er aktive på alle workshopene, de henviser pasienter og er positive til å utarbeide egenbehandlingsplan sammen med Helsehjelpen og pasientene.

## **Praktisk gjennomføring av avstandsoppfølging i Larvik kommune**

Nasjonalt anbefales det kommunene å ta i bruk velferdsteknologi for å observere, oppdage og identifisere behov for tjenester på et tidlig stadium.<sup>7</sup>

Larvik kommune og Sykehuset i Vestfold vil samarbeide med fastleger i kommunen om avstandsoppfølging, i første omgang oppfølging av KOLS pasienter. Det er et mål at for de inkluderte pasientene oppleves helsetjenesten sømløs og helhetlig. Helsetjenesten skal fremstå som pasientens helsetjeneste uavhengig av om de henvender seg til Larvik helsehjelp, sykehuset eller fastlegen.

Pasientene som inkluderes vil få en kontaktsykepleier i Helsehjelpen Larvik og en kontaktsykepleier fra Sykehuset i Vestfold, sammen med fastlegen og pasienten utarbeider de en egenbehandlingsplan for pasienten og avstandsoppfølgingen. Planen vil være til hjelp både for pasientene og teamet rundt for å sikre at symptomer fanges opp tidlig og riktige tiltak iverksettes.

Larvik kommune startet opp med testpasienter i januar 2019 og randomiserte pasienter i februar 2019. Per 25.2.20 er det 64 inkluderte pasienter, 30 i tiltaksgruppe og 34 i kontrollgruppen. Larvik kommunes mottakskontor: Helsehjelpen er lokalisert i Larvik sykehus og vil være bemannet med sykepleiere fra kl 08-17 på hverdager. Helsehjelpen vil følge opp pasientene, sjekke innrapporterte målinger og kontakte pasient og fastlege ved behov og i tråd med den enkelte pasients egenbehandlingsplan.

---

<sup>7</sup> Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, sist endret 30.1.2018  
Helsedirektoratet



Gevinstrealiseringsplanen er utarbeidet og følges opp med spørreskjemaer som utsendes på I-paden hver 3. måned.

Det ble i 2018 utlyst en konkurranse og Dignio ble valgt som leverandør. De har en rammeavtale med Larvik kommune ut prosjektperioden.

Utstyret som skal anskaffes skal kunne registrere og sende data som blant annet vekt, blodtrykk, puls, surstoffmetning i blodet, spirometri og egenrapportert helse. Data skal overføres på en sikker måte til Helsehjelpen Larvik hvor en kontaktsykepleier følger opp dataene og pasientene.

Erfaringer blant annet fra Oslo (VIS prosjektet) og Danmark viser at avstandsoppfølging er positivt for pasienten og den offentlige ressursbruk. <sup>8</sup> Det kan også avlaste fastlegen ved at pasienten får færre besøk hos fastlege og færre akuttinnleggelser.

Oppsummert innebærer avstandsoppfølging i Larvik at:

- Pasienten, fastlegen, kommunen og sykehuset jobber sammen på en måte som gjør at pasienten opplever et trygt og godt samkjørt helsevesen.
- Pasientene i prosjektet får en kontaktsykepleier i Helsehjelpen og en i sykehuset som sammen med fastlegen og pasienten jobber som et team.
- Det utarbeides en egenbehandlingsplan.
- Det benyttes teknologi som tilpasses brukernes behov. Utstyr til avstandsoppfølging vil være; egenrapportering via nettbrett, opplæringsprogrammer, registrering av vekt, puls, BT, spirometri, surstoffmetning mm.
- Pasienten får jevnlig telefonkontakt med sykepleier på Helsehjelpen Larvik.
- Pasienten mottar opplæring i egen sykdom og oppfølging

**Aktører som vil involveres:**

- Pasientene
- Pårørende når det er ønskelig for pasienten
- Pasientenes fastlege
- Helsehjelpen Larvik hvor avstandsoppfølgingen vil foregå
- Ambulante team med spesialsykepleiere/hverdagsrehabilitering
- Tjenester i hjemmet Larvik
- Presteløkka rehabiliteringssenter i Larvik kommune som blant annet har treningsgrupper for KOLS pasienter
- Sykehuset i Vestfold

---

<sup>8</sup> <https://digst.dk/digital-service/digital-velfaerd/telemedicin-kol/baggrund-for-udbredelse-af-telemedicin/erfaringer-fra-telecare-nord/>

- Forskermiljøer i det innovative forskningscenteret Fremtidens helse C3s med sekretariat på Oslo universitetssykehus
- Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL) i Vestfold

## Prosjektorganisering

Prosjektet er organisert i direkte linje til kommunalsjef helse og omsorg og har en styringsgruppe, en prosjektgruppe, en liten arbeidsgruppe samt referansegrupper som skal sikre brukermedvirkning og god forankring.

### Prosjekteier

Kommunalsjef for helse og omsorg i Larvik kommune Guro Winsvold

### Styringsgruppe

- Kommunalsjef for helse og omsorg Larvik kommune; Guro Winsvold
- Avdelingssjef Sykehuset i Vestfold-HF; Marit Dahl Mikkelsen
- Leder for helsehjelpen i Larvik kommune Cecilie Lyngra Seierstad
- IT-sjef Larvik kommune; Sigurd Strand
- Prosjektleder Larvik kommune; Karen Kaasa

### Prosjektleder

Karen Kaasa

### Arbeidsgruppe: (møtes 2. hver uke)

- Prosjektleder Karen Kaasa
- Sykepleier og avansert klinisk sykepleierstudent Larvik kommune; Linda Augland

### Prosjektgruppe (møtes 1 gang i måneden)

- Prosjektleder Karen Kaasa
- Sykepleier og avansert klinisk sykepleierstudent Larvik kommune; Linda Augland
- Rådgiver velferdsteknologi Larvik kommune; Elisabeth Sørensen
- Fastlegerepresentant utpekt av fastlegene i prosjektet
- Leder for helsehjelpen Cecilie Lyngra Seierstad
- Representant fra Sykehuset i Vestfold- HF; prosjektleder Kathrine Berntsen
- Hanne Gry Sæther (Leder for Presteløkka rehabiliteringssenter, Larvik kommune)

### Referansegrupper orienteres ved milepæler i prosjektet

- Ledergruppen Helse og omsorg Larvik kommune
- Allmennlegeutvalget i Larvik

- Lokalavdeling for landsforeningen for hjerte og lungesyke

**I tillegg vil det opprettes en egen teknisk gruppe**

## Fremdriftsplan

Hva	Hvem	Når
Intensjonsavtale inngås med Sykehuset og fastleger	Prosjektleder	Innen 15. april
Sende søknad om å bli pilotkommune til Helsedirektoratet	Prosjektleder	Innen 1. mai
Kartlegge av 7 KOLS pasienter	AKS student Linda Augland	Innen 15. juni
Inngå utviklingsavtale om utstyr	Prosjektleder	Innen 1. juli
Avklare om prosjektet får tilskudd, tilpasse driften dette endelige budsjett.	Styringsgruppen	Innen 10.juni
Opplæring av ansatte	Leder for Helsehjelpen	September 2018
Oppstart avstandsoppfølging og treningsprogram for syv KOLS pasienter grad 3 og 4	Leder for helsehjelpen7kontaktsykepleier	Oktober 2018
Informasjon og mediedekning	Prosjektleder	November 2018
Opprette brukerpanel	Prosjektleder	November 2018
Utvide til andre diagnoser	Arbeidsgruppen	2019
Drift, utvikling og evaluering	Leder for helsehjelpen og prosjektleder	1.oktober 2018 til 1. oktober 2020