

Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021

Først publisert: 17.02.2022

Sist faglig oppdatert: 17.02.2022



Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag	4
3. Bakgrunn og oppdrag	8
4. Utprøving av digital hjemmeoppfølging	12
5. Utvikling av helhetlige tjenesteforløp	20
6. Organisering av en bærekraftig tjeneste	28
7. Erfaring med samhandling om digital hjemmeoppfølging	34
8. Måloppnåelse og gevinster av digital hjemmeoppfølging	43
9. Barrierer og utfordringer	51
10. Råd fra prosjektene: Hva kreves for vellykket implementering? 53	
11. Kunnskap fra forskningen	56
12. PDF av rapporten	58
13. Vedlegg og lenker	59

Forord

Utprøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) er gjennomført på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet i perioden juni 2018 – 2021. Den er gjennomført i regi av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, som består av Direktoratet for E-helse, KS og Helsedirektoratet, der sistnevnte har hatt prosjektledelsen. Seks samarbeidsprosjekt i ulike deler av landet har deltatt. Kommunene har hatt prosjekteierskap og prosjektledelse, men har samarbeidet nært med fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektets formål har vært å komme med nasjonale anbefalinger for digital hjemmeoppfølging. For å få grunnlag til dette har målsettingen vært å inkludere minimum 600 pasienter og involvere minimum 100 fastleger i prosjektet. Resultatet er at 735 pasienter ble inkludert og mer enn 250 fastleger har hatt pasienter i utprøvingen. Prosjektet er et utviklingsprosjekt og er gjennomført som en randomisert kontrollert studie (RCT). Dette var utfordrende, da det i liten grad har vært praksis i prosjekter i kommunehelsetjenesten. Dette har de lokale prosjektene imidlertid løst på en svært god måte i samarbeid med evaluator; Universitetet i Oslo i samarbeid med Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Å ta i bruk digital hjemmeoppfølging innebærer å ta i bruk nye måter å jobbe på. Når det i tillegg skal etableres tjenesteforløp og samarbeid på tvers av aktører og nivå utfordrer dette tjenestene. Endringsprosesser er krevende, og evaluering viser at prosjektene har hatt stor nytte av prosessveiledning fra PA Consulting som har fulgt prosjektene hele veien. Tett kontakt med prosjektledelsen i Helsedirektoratet er også trukket fram. I utviklingsarbeidet har referansegruppen gitt gode råd på veien til den nasjonale prosjektledelsen. Her har LHL, Diabetesforbundet, Kreftforeningen, NSF, NFA, Norsam, NHO, representant fra Pasientsentrert Helsetjenestetteam i Tromsø, Pårørendealliansen og KS ved Sarpsborg kommune deltatt.

Midt i prosjektperioden traff pandemien landet. Det har medført store utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Til tross for dette har prosjektene og samarbeidspartnere maktet å holde både framdrift og entusiasmen oppe og gjennomført utprøvingen på en svært imponerende måte. Sammen med sine leverandører utviklet de også tilbud om oppfølging av pasienter med covid-19. Det har vist at digital hjemmeoppfølging har potensiale for å gi effekter for mange flere grupper enn målgruppen for denne utprøvingen. I tillegg har det medført at leverandørene har utviklet app til bruk på egen mobil/nettbrett, noe som gjør DHO langt mer tilgjengelig.

Vi vil takke alle som har deltatt utprøvingen i ulike roller og som har delt sine erfaringer med oss og hverandre. Det har vært en glede å følge prosessen og se den innsatsen som er lagt ned for at digital hjemmeoppfølging skal bli et nyttig verktøy, til glede for pasienter, pårørende og helsepersonell, og for en effektiv og godt integrert del i en framtidig helsetjeneste.

Oslo, 31.01.2021

Bjørnar Alexander Andreassen, fung. avdelingsdirektør

Siw H. Myhrer, prosjektleder

Sammendrag

Helsedirektoratet har gjennomført utprøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) i perioden 2018 – 2021. Målet med utprøvingen har vært å få mer kunnskap om effekter og gevinster av digital hjemmeoppfølging for brukerne, i form av bedre brukeropplevelse og bedre fysisk og psykisk helse, og for helsetjenesten i form av redusert ressursbruk. Formålet har vært å gi nasjonale anbefalinger for utforming av tjenesteforløp, og for innretning og organisering av digital hjemmeoppfølging. Utprøvingen er en del av i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, som er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS.

Utprøving av digital hjemmeoppfølging er forankret i Primærhelsemeldingen, NCD-strategien og Morgendagens omsorg. Flere personer med komplekse behov bor hjemme og har behov for en annen og mer tverrfaglig oppfølging over tid[1]. Teknologi er en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste slik det er fremhevet i Morgendagens omsorg[2]. Et av hovedgrepene i NCD-strategien var å styrke brukernes og pasientenes rolle og trekke dem mer aktivt med i behandlingen av egen sykdom. Nasjonal helse- og sykehusplan (NSHP 2020-2023)[3] understreker enda tydeligere at helsetjenesten må ta i bruk teknologi for å flytte tjenester hjem til pasientene, og samarbeide om helhetlig oppfølging av pasienter på tvers av nivå. Dette krever endringer i hvordan vi samhandler og yter tjenester til befolkningen.

Seks lokale prosjekt i ulike deler av landet har deltatt i utprøvingen, der kommuner har samarbeidet med fastleger og det lokale helseforetaket; Bodø, Stadt, Larvik, Ullensaker/Gjerdrum, Oslo (bydelene Gamle Oslo, St. Hanshaugen, Sagene og Grünerløkka) og Kristiansand i samarbeid med Farsund, Arendal og Grimstad mfl. i Agder. Stad kommune samt to fastlegekontor i Kristiansand og et i Sagene er også med i pilot for Primærhelseteam.

Utprøving av digital hjemmeoppfølging har vært et utviklingsprosjekt der målet har vært å utvikle DHO slik at det blir en effektiv del av helse- og omsorgstjenesten. Prosjektene har utarbeidet helhetlige pasientforløp med utgangspunkt i lokale behov og muligheter, der alle aktører har vært involvert. I utprøving av digital hjemmeoppfølging presenteres tre hovedvarianter av tjenesteforløp:

1. Pasienter følges opp fra et oppfølgingscenter i kommunen/regionalt
2. Pasienter følges opp fra ulike tjenesteområder i hjemmetjenesten i kommunen (evt. i primærhelseteam)
3. Pasienter følges opp fra sykehus.

Prosjektene har utarbeidet lokale målsettinger og gevinstplaner. De har evaluert og tilpasset både organisering og oppfølging ettersom de har fått erfaring med hva som skaper ønsket effekt og nytte for pasienter, helsepersonell og tjenesten. Prosjektene har gjort seg mange nyttige erfaringer som de bygger videre på i overgang til drift. Kommuner, regioner eller Helsefelleskap har ulike behov, muligheter og forutsetninger for etablering og drift av digital hjemmeoppfølging, og på bakgrunn av prosjektenes erfaringer er det listet opp momenter som er nyttige å vurdere før oppstart. Det er også utarbeidet en kvikkguide til digital hjemmeoppfølging som formidler erfaringer og verktøy i de ulike steg i tjenesteutviklingsprosessen. I tillegg er prosjektenes råd til andre som vil starte opp samlet i kapittel 9.0. De lokale prosjektenes sluttrapporter er publisert som vedlegg til rapporten.

Målgruppen i utprøvingen har vært pasienter med kroniske sykdommer, med middels til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester, og gruppen har i utprøvingen i stor grad bestått av pasienter med kroniske sykdommer som kols, diabetes, hjerte-karsykdommer, samt psykiske lidelser og kreft. Pasientene i målgruppen har ofte flere diagnoser, og store sammensatte behov, og har behov for oppfølging av sin sykdom fra flere aktører. Det krever en helhetlig tilnærming og samhandling mellom aktørene. Bakgrunnen for valg av

målgruppene er at det er høyere kostnader forbundet med helsetjenester og oppfølging til pasienter med stort behov for tjenester. Flere av prosjektene har startet med en målgruppe for så å utvide til andre. Ettersom prosjektene har fått mer erfaring og sett gevinster av digital hjemmeoppfølging, opplever de at DHO passer for mange diagnosegrupper og problemstillinger.

Digital hjemmeoppfølging har også vært prøvd ut i legekantor med primærhelseteam (PHT). Det er ulikt hvordan primærhelseteamene har tatt i bruk DHO. Flere av kontorene har måttet prioritere pandemiarbeid. Selv om erfaring og arbeidsform har vært ulik, er leger og sykepleiere fra PHT- praksiser enige om at tilbud om digital hjemmeoppfølging er viktig i en framtidig helsetjeneste.

Felles for prosjektene er at pasientene rapporterer om økt trygghet og mestring. De har fått/utviklet mer kunnskap om egen sykdom og opplever økt livskvalitet. Flere pasienter rapporterer at de har færre innleggelser på sykehus og færre besøk hos fastlegen, i tillegg mener mange at egenbehandlingsplanen gir god støtte i å leve best mulig med sykdom og plager. Sykepleiere og leger opplever at digital hjemmeoppfølging er en effektiv måte å følge opp pasienter på, det fanger opp tegn til forverring, gir innsikt i egen sykdom og en bedre dialog i konsultasjon hos fastlegen. Egenbehandlingsplanen oppleves som et godt verktøy for å involvere og ansvarliggjøre pasienter når det er tilpasset den enkelte, og tverrfaglige møter der pasienten deltar er sett som verdifulle.

Helsepersonell opplever at digital hjemmeoppfølging har bidratt til bedre samhandling. Emnekurs for fastleger og helsepersonell med fokus på samhandling om DHO, er godt evaluert og vil være viktig i et spredningsprosjekt. Når det gjelder forbruk av helsetjenester rapporterer prosjektene noe reduksjon på kommunale helse- og omsorgstjenester. Kun ett prosjekt har tall for bruk av spesialisthelsetjenester. De rapporterer at det er nedgang i akuttinnleggelser for kolspasienter. Det vil være viktig for lokal tjenesteutvikling at man har tilgang til tall for forbruk av helsetjenester innen eget område, og kan se evt. effekter av justeringer i målgruppe og oppfølging.

Det er fortsatt barrierer for å sikre at digital hjemmeoppfølging skal bli en effektiv tjeneste. Det er særlig datadeling mellom aktørene og integrasjoner til pasientjournal og avklaringer rundt finansiering og anskaffelser som er utfordrende. Direktoratet for e-helse og NHN arbeider videre med informasjonsdeling i samarbeid med prosjektene. Bodø har etablert integrasjon av journalnotat fra DHO-løsningen til Gerica via velferdsteknologisk knutepunkt(VKP) som et første steg i riktig retning.

Utpørvingen er evaluert av Universitet i Oslo i samarbeid med Oslo Economics og Nasjonal senter for disktriksmedisin. Utpørving av digital hjemmeoppfølging er gjennomført som en randomisert kontrollert studie, det vil si at en gruppe mottar digital hjemmeoppfølging mens resterende inngår i en kontrollgruppe som mottar vanlig oppfølging fra helsetjenesten. Kapittel 10 i denne rapporten presenterer deres kortversjon av sammendrag til evalueringsrapporten. De skriver at "Et tydelig funn i evalueringen er at digital hjemmeoppfølging bidrar til økt trygghet for brukerne og deres pårørende. Flere elementer kan bidra til den økte tryggheten, blant annet at brukerne får økt kunnskap om og kontroll over egen sykdom og helse, at de har noen å kontakte og vet at noen følger med på deres målinger. Digital hjemmeoppfølging har også en positiv innvirkning på brukernes helse og livskvalitet, i hovedsak fordi helsetilstanden stabiliseres. 12 måneder etter inklusjon, var dødeligheten lavere i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen"[4]. De skriver videre at evalueringen viser at det i tiltaksgruppen var en nedgang i andelen som mottok helsetjenester i hjemmet og en reduksjon i omfanget av slike tjenester 12 måneder etter inklusjon. De finner en økning i antall kontakter med fastlege i tiltaksgruppen, som i hovedsak drives av en økning i antall tverrfaglige møter, mens de ikke ser noen reduksjon i forbruk av spesialisthelsetjenester. Deres vurdering basert på den samfunnsøkonomiske analysen er at summen av den prissatte og ikke- prissatte nytten ved digital hjemmeoppfølging trolig vil overstige kostnadene ved å tilby tjenesten så lenge kostnadene holdes nede og tjenesten tilbys de som har størst behov. Deres samlede vurdering er at digital hjemmeoppfølging kan bidra til å løse eller underlette utfordringene i helsetjenesten.

De deltagende prosjektene har erfart at digital hjemmeoppfølging passer godt for flere målgrupper, og flere av prosjektene etablerte tilbud til pasienter med covid-19 i samarbeid med sine leverandører. Dette har bidratt til økt interesse og positive holdninger til DHO, og de positive erfaringene er beskrevet i en egen rapport fra Helsedirektoratet[5].

Både forskningsrapporten og erfaring fra prosjektene viser at DHO gir positive effekter for pasienter og pårørende, både på helse og pasientopplevelse. Digital hjemmeoppfølging er fortsatt i utvikling. Prosjektene erfarer at de har justert tjenesten underveis, og har fått et sterkere fokus på at digital hjemmeoppfølging skal gi nytteverdi for pasient og helsetjenesten. Når prosjektene har fått erfaring med digital hjemmeoppfølging har de opplevd at det har åpnet seg nye muligheter. Dette gjelder både for kommuner og sykehus og i samhandling mellom aktørene. Det kan bidra til ytterligere å styrke effekten av digital hjemmeoppfølging for å møte framtidige utfordringer.

Anbefalingene i rapporten er derfor at kommuner bør ta i bruk digital hjemmeoppfølging, og at de bør søke samarbeid i Helsefellesskapene når de ønsker å starte opp med DHO. Ordskyen viser svar fra deltakere på avsluttende samling for prosjektene som deltok i utprøving av DHO på spørsmålet om hvorfor vi bør satse videre på digital hjemmeoppfølging:



[1] [Primærhelsemeldingen](#) side 14 – ref.Meld.St.26 (2014-2015)

[2] [Meld. St. 29. Morgendagens omsorg](#) (2012-2013) kapittel 7

[3] [Meld. St. 7 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#) Nasjonal helse- og sykehusplan s 89 Teknologi i pasientens helsetjeneste

[4] Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging, sluttrapport (2022),

[5] [Digital hjemmeoppfølging ed covid-19 \(Helsedirektoratet , februar 2021\)](#)

2.1

Sentrale begrep i rapporten

Rapporten omtaler erfaring med digital hjemmeoppfølging. Ved oppstart ble begrepet medisinsk avstandsoppfølging benyttet. Dette ble endret høsten 2020, som følge av at Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023(nov. 2019) benyttet begrepet digital hjemmeoppfølging, og fordi prosjektene og leverandørene begynte å endre begrepsbruken. Det er hensiktsmessig at det er lik begrepsbruk hos spesialist- og primærhelsetjenesten når man skal stimulere til samhandling og felles pasientgrupper, og vi fikk støtte for å endre begrep til digital hjemmeoppfølging hos Helse- og omsorgsdepartementet.

Begrepsforklaringer

Begrep	Forklaring
Digital hjemmeoppfølging(DHO) (medisinsk avstandsoppfølging)	I utprøvingen er følgende definisjon av digital hjemmeoppfølging (tidligere medisinsk avstandsoppfølging) lagt til grunn; «Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell»
Tjenesteforløp	Et tjenesteforløp beskriver organisering og oppgaver knyttet til å yte helsetjenester til pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging.
Oppfølgingstjenesten	Den enhet som mottar og følger med på målinger og innrapporterte data fra pasient/bruker som mottar digital hjemmeoppfølging.
Gevinst	Gevinster er nyttevirksomheter, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.
DHO-løsning	I denne utprøvingen er en DHO-løsning definert som programvare og utstyr som benyttes for digital hjemmeoppfølging fra ulike leverandører. Det omfatter en brukerflate for pasienten som vises i pasientens nettbrett/mobilapp, og en brukerflate for helsepersonell hvor det er innebygget beslutningsstøtte. Også beskrevet som medisinsk utstyr.
Datadeling	Datadeling er en samhandlingsmodell i helsesektoren hvor strukturerte data om en pasient deles i sanntid på tvers av virksomheter og med innbygger i helsesektoren.
Helhetlig tjenestemodell	En helhetlig tjenestemodell beskriver alle oppgaver og ansvarsroller som inngår når en kommune/samarbeidsstruktur skal etablere og drifte tilbud om digital hjemmeoppfølging.

Bakgrunn og oppdrag

Digital hjemmeoppfølging (DHO) handler om at pasienter følges opp på avstand ved hjelp av teknologiske løsninger (kalt DHO-løsninger i rapporten), og får medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra egne behov etter en egenbehandlingsplan, utarbeidet sammen med pasienten. Målet er bedre helse og bedre pasientopplevelse gjennom målrettet bruk av helsefaglige ressurser, der pasienten selv tar en aktiv rolle. Antakelsen er at dette vil redusere eller utsette behov for helsetjenester.

3.1

Oppdrag og rammer for utprøving av digital hjemmeoppfølging

Helsedirektoratet fikk i Tildelingsbrev av 2018 i oppdrag å gjennomføre en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging (heretter digital hjemmeoppfølging), for å få tilstrekkelig kunnskap om digital hjemmeoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Bakgrunnen for ny utprøving var behov for mer kunnskap om effekter av digital hjemmeoppfølging for alle involverte aktører, både pasienter og tjenesteytere, og spørsmål knyttet til organisering, roller og ansvar. Det ble lagt vekt på at utprøvingen skulle involvere fastlegene sterkere enn i foregående utprøving.

Oppdraget bygger på utredning av Videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging[1]. Utprøvingen er både et utviklingsprosjekt, for å teste ut og utvikle gode løsninger, og prosjektet følges av forskning.

Sluttrapport fra utprøving av digital hjemmeoppfølging 2015 – 2018 (Intro International 2018[2]) viste at brukernes følelse av økt oppfølging, trygghet og kontroll over egen helse er markant bedret ved bruk av avstandsoppfølging. Forbruk av helsetjenester viser både økning og reduksjon. Oppmerksomhet på kostnadsvariabler ved implementering viser seg å være av betydning for kostnadseffektivitet. I rapporten Oppsummering underveis (2019)[3] formidles foreløpig kunnskap om avstandsoppfølging, basert på forskningsrapporten og erfaringsrapporter fra de kommuner som deltok i den første utprøving, til nytte for de som gjennomfører ny utprøving, og andre som ønsker å sette i gang med medisinsk avstandsoppfølging.

Forskningen i den nye utprøvingen gjennomføres av Universitetet i Oslo i samarbeid med Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. For å få et bedre grunnlag for å si noe om effekter er forskningen gjennomført som en randomisert kontrollert studie (RCT) med en kontrollgruppe.

I utprøvingen ble digital hjemmeoppfølging definert som følger:

«Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle stedene hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell[4].»

Strategisk forankring av ny utprøving av DHO

Utprøving av digital hjemmeoppfølging er forankret i Primærhelsemeldingen, NCD-strategien og Morgendagens omsorg. I Primærhelsemeldingen har myndighetene lagt frem en plan for å skape en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunene. For å sikre en fremtidsrettet og pasientorientert tjeneste må samfunnsoppdraget til kommunene i sterkere grad enn i dag legge vekt på brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp. Målet[5] er å nå personer med behov som i liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot dem med de største behovene, og mot grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelser kan forhindres gjennom forebygging, tettere strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering.

Flere personer med komplekse behov bor hjemme og har behov for en annen og mer tverrfaglig oppfølging over tid[6]. Et av hovedgrepene i NCD-strategien var å styrke brukerne og pasientenes rolle og trekke dem mer aktivt med i behandlingen av egen sykdom[7]. I tillegg fremhever NCD-strategien behovet for en ny tilnærming til bedret oppfølging av kronisk syke.

Teknologi er en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste slik det er fremhevet i Morgendagens omsorg.[8]. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) kan bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste[9]. Nye digitale tjenester på nett vil i større grad bidra til at innbyggerne og pasientene kan ta aktive valg rundt egen helse og gi dem bedre mulighet til å påvirke eget helsetilbud. Tilgang til egne helseopplysninger og selvbetjening (i denne sammenheng at pasienten selv registrerer data) kan gi pasienten en enklere hverdag og reell medvirkning i egen behandling[10]. Nasjonal helse- og sykehusplan[11] (NSHP 2020-2023) understreker enda tydeligere at helsetjenesten må ta i bruk teknologi for å flytte tjenester hjem til pasientene, og samarbeide om helhetlig oppfølging av pasienter på tvers av nivåene.

Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging skal bidra nettopp til å få fram kunnskap om hvordan digital verktøy kan bidra til god oppfølging i et pasientforløp[12] og særlig rette seg mot målgruppene nevnt i Primærhelsemeldingen og NCD-strategien for å møte framtidens bærekraftutfordringer. Samhandling mellom aktørene i helsetjenesten står sentralt slik det forutsettes i NHSP. Dette ble også innarbeidet som krav i tilskudsregelverket ved utlysning.

Fotnoter

[1] [videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)2017

[2] [Effekter av avstandsoppfølging.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)2018

[3] [Oppsummering underveis om utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten](#) 2019

[4] Fritt oversatt definisjon, hentet fra: A National Service Model for Home and Mobile Health Monitoring, Scottish Centre for Telehealth & Telecare. Nov 2016, benyttet i utredningen fra 2017.

[5] [Primærhelsemeldingen](#) side 12 ref.Meld.St.29 (2014-2015)

[6] [Primærhelsemeldingen](#) side 14 ref.Meld.St.29 (2014-2015)

[7]
https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf

[8] [Meld. St. 29. Morgendagens omsorg \(2012-2013\)](#) kapittel 7

[9] [Omsorg 2020](#), s 44

[10] [Primærhelsemeldingen](#) side 21 – [ref.Meld.St.29 \(2014-2015\)](#)

[11] [Meld. St. 7 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#) Nasjonal helse- og sykehusplan s 89 Teknologi i pasientens helsetjeneste

[12] Pasientforløp forstås som: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

3.2

Prosjektets mål og formål

Helsedirektoratets formål med ny utprøving er å få tilstrekkelig kunnskap om avstandsoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket.

I oppdraget er følgende angitt; Utprøvingen skal gi anbefalte tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging (DHO) med klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Både sykehus, hjemmesykepleie, fastlege og pasienten selv kan foreslå digital hjemmeoppfølging som egnet oppfølging, mens fastlegen vurderer faglig forsvarlighet av DHO som del av behandlingen. Annet helsepersonell følger opp medisinske målinger i samarbeid med fastlegen. Dette skal gi økt kunnskapsgrunnlag om effekter og gevinster, og synliggjøre hvordan DHO som tiltak kan bidra til å oppfylle nasjonale mål blant annet i Primærhelsetjenestemeldingen. Det skal gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse av digital hjemmeoppfølging og prosjektet skal fremme forslag til finansieringsmodell ved en nasjonal skalering.

Effektmål i utprøvingen er bedre fysisk og mental helse, bedre pasientopplevelse til lavere kostnad/ressursbruk.

3.3

Om målgruppen og utfordringsbilde

Målgruppen for utprøving av digital hjemmeoppfølging er kronisk syke pasienter med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester og består i stor grad av pasienter med ikke-smittsomme kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Denne gruppen har ofte flere diagnoser, sammensatte og store behov, og har behov for oppfølging av sin sykdom, fra sykehus, fastlege eller kommunehelsetjeneste, mange fra flere aktører. Dette krever samhandling over tid, for å bidra til helhetlige pasientforløp der pasienten tar aktiv del i egen oppfølging.

Bakgrunnen for valg av målgruppene er at det er høyere kostnader forbundet med helsetjenester og oppfølging til pasienter med stort behov for tjenester. Antakelsen er at DHO kan føre til bedre oppfølging på en mer kostnadseffektiv måte. Det myndighetene ønsker å oppnå med digital hjemmeoppfølging er positive effekter for helse, brukeropplevelse og kostnader for helsetjenesten, sett i forhold til oppfølging på ordinær måte.

3.4

Grunnlag for innhold i rapporten

Denne rapporten fra utprøvingen av digital hjemmeoppfølging bygger på erfaringer fra deltakende prosjekt, og Helsedirektoratets erfaringer og oppsummering gjennom ledelse av prosjektet. Dette omfatter gjennomførte evalueringer, innspill fra møter med ulike grupper og fra avsluttende samling, samt sluttrapporter fra de lokale prosjektene.

Sluttrapportene fra de lokale prosjektene beskriver deres mål med deltakelse, erfaringer, gevinster, råd til andre og videre planer. Sluttrapportene er vedlegg til denne rapporten. Etter avslutning av hovedprosjektet er det gjennomført flere møter for å få utdypet innsikt og erfaring knyttet til ulike aktører og roller. Det er gjennomført møter med primærhelseteam, møte om erfaring med fastlegenes rolle, samling for sykepleiere som jobber med oppfølging av pasienter, møte om leverandørenes erfaringer og innspill fra prosessveileder.

I tilskuddsregelverket for utprøvingen har det vært stilt mange krav til deltakende prosjekt for å legge til rette for samhandling og bred involvering. Dette omfatter krav til avtaler med lokalt sykehus og fastleger, krav til at representant fra sykehus og fastlege skulle delta i prosjektgruppe og utviklingsarbeid og krav til brukermedvirkning. Det er gjennomført tett oppfølging ut fra en fastlagt struktur, med månedlige rapporteringsmøter, prosjektledermøter, samlinger og krav knyttet til deltakelse, også fra prosjekteier lokalt. Rapporteringsmøter har hele tiden vært digitale, mens øvrige møter i hovedsak ble digitale fra mars 2020. Prosjektgjennomføringen er evaluert og innholdet fremkommer i rapporten.

Utprøving av digital hjemmeoppfølging



Vigdis: "Før måtte jeg ofte ringe 113. Nå kan jeg følge med selv. Jeg oppdager tegn til forverring og får veiledning av sykepleier når jeg har behov for det"

Pasienter som har deltatt i utprøvingen rapporterer at de opplever både trygghet, nærhet til helsetjenesten når de har behov for det, og større grad av mestring og kontroll med sin egen situasjon.

Nettopp det å få økt innsikt i egen sykdom og hva som påvirker og kan bidra til å opprettholde helsen, og å få støtte til å oppdage tegn til forverring og gjøre noe med det – uten å vente og håpe at det går over – er det som antas å skape effekter. Det kan bidra til at brukere kan unngå reinnleggelse, ikke må så ofte på legevakten eller på akutt-timer hos fastlegen, eller har behov for færre besøk av hjemmesykepleien.

I utprøvingen har pasientene fått utdelt nettbrett, og de måleinstrumenter som har vært aktuelle. I stor grad har dette vært pulsoksymeter, blodtryksmåler, temperaturmål, blodsuktermåler og vekt. Utstyret har digital overføring til programvaren i nettbrettet og blitt overført til oppfølgingstjenesten. Svar på spørsmål og måleresultater er synlig for pasienten på nettbrettet, slik at han/hun har kunnet se status, vist med "trafikklys" og utvikling/trend. I programvaren til oppfølgingstjenesten registrere målingene som "normale" (grønne), eller avvikende (gule/røde), og gitt beslutningsstøtte til hvem man skal kontakte.

4.1

Kort beskrivelse av utprøvningsprosjektene

I ny utprøving har seks samarbeidsprosjekter med kommuner, fastleger og lokale sykehus sett hvordan digital hjemmeoppfølging kan tas i bruk og bli integrert i de ordinære tjenestene. Utprøvingen bygger på en antakelse om at avstandsoppfølging kan føre til bedre oppfølging på en mer kostnadseffektiv måte. Utprøvingen bygger på kunnskap og erfaring fra første utprøving, og skal gi oss mer og utfyllende kunnskap på viktige områder. Det har også vært viktig å få med kommuner/prosjekt i ulike deler av landet og kommuner med ulik størrelse og utfordringer. Sluttrapport fra prosjektene ligger i vedlegg 1 a-f.

Oversikt over prosjekt og noen aktuelle data

Tabell 1 - Status per 01. juli 2021

	Stad (9517 innb.)	Larvik (47 499 innb.)	Ullensaker/Gjerdrum (hhv. 40 685/ 7043 innb.)	Oslo (1.04 mill. innb.)	Bodø (52 800 innb.)
Samarbeidende Helseforetak	Nordfjordeid sjukehus	Sykehuset i Vestfold	Ahus	Lovisenberg sykehus	Nordfjordeid sykehus
Antall pasienter inkludert	19	80	76	327	86
Fastleger med pasienter i prosjektet	5	28	Ca. 40	Ca. 150	41
Primærhelseteam	Eid Legekontor			Sagene LMS	
Målgruppe	Psykiske lidelser, kronisk sykdom (Covid-19)	Kols, hjerte-sykdommer, diabetes kreft, Covid-19	Kols, hjertesvikt	Kols, hjertesvikt, diabetes, kreft, (Covid-19*)	Kols, hjertesvikt, diabetes, kreft, Covid-19
Oppfølgingstjeneste	Legevakt	Helsehjelpen	I hjemme-sykepleien	Oppfølgings-senter i bydelene	Helsehjelpen

*Oppfølging av covid-19 i Oslo har vært organisert via smittevernteam

Stad

Målgruppe

Brukere med psykiske lidelser, utfordringer med rus, samt kroniske lidelser som KOLS, diabetes og hjertesvikt.

Tildeling av tjenesten – kartlegging og vurdering

Søknader om å delta i prosjektet blir vurdert av sykepleiere i primærhelseteam. De kartlegger behovet til brukerne, og fastlegen vurderer om den enkelte bruker er egnet for DHO. PHT-sykepleier gir opplæring og starter opp digital hjemmeoppfølging i en innkjøringsperiode. Etter dette utarbeider de egenbehandlingsplan sammen med pasient og fastlege, før videre oppfølging blir overført til Legevakten.

Organisering av oppfølgingstjenesten

Oppfølgingen av pasienter med DHO har vært lokalisert på interkommunal legevakt på sykehuset på Nordfjordeid. Innrapportere målinger og forespørsler fra brukerne ble fulgt opp av ansatte på legevakten og ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnenhet). Til å begynne med var oppfølgingstjenesten tilgjengelig 24/7, men ble etter revurdering endret til å følge opp bruker hverdager på dagtid.

Teknisk løsning

DHO-løsningen er levert av Dignio, og inkluderer web-applikasjon for helsepersonell, pasientapp for hjemmemålinger og egenrapportering, samt ferdig-konfigurerte nettbrett.

Oversikt over aktører

Oversikt over aktører

Aktør	Rolle
Sykepleier i primærhelseteam (PHT)	- Behandler søknad - Deltar i kartlegging av behov og evaluering - Utarbeider egenbehandlingsplan
Oppfølgingstjenesten	Følger opp målinger
Hjemmetjenesten	Deltar i møte om egenbehandlingsplan dersom pasienten har kommunale tjenester fra tidligere
Fastlege	- Vurderer om pasienten egner seg for tjenesten - Godkjenner egenbehandlingsplan
Sykehus og Nordfjord psykiatrisenter	Deltar i møte om egenbehandlingsplan når de har oppfølgingsansvar for pasienten

Larvik

Målgruppe

Brukere med kroniske lidelser som KOLS, diabetes og hjertesvikt. Utvidet også tilbudet til brukere med Covid-19.

Tildeling av tjenesten – kartlegging og vurdering

Helsehjelpen mottar og behandler søknader om DHO fra kommunens tjenestekontor, og informerer fastlege. Vurderingsbesøk har vært gjennomført hjemme hos bruker.

Organisering av oppfølgingstjenesten

Digital hjemmeoppfølging har vært organisert til Helsehjelpen. Helsehjelpen er lokalisert på Helsehuset i kommunen, og har ansvar for drift, opplæring og vedlikehold av Velferdsteknologi i kommunen, i tillegg til DHO. Innrapporterte målinger og meldinger fra pasienter har vært fulgt opp av sykepleiere ansatt i Helsehjelpen. Ved avvikende målinger har sykepleier tatt kontakt med brukeren, og ved gjentakende avvik har også fastlege blitt kontaktet. Helsehjelpen har vært bemannet hverdager på dagtid. Avvikende målinger for enkeltbrukere som også mottar hjemmetjenester, har vært fulgt opp av Hjemmetjenesten på kveld/helg.

Teknisk løsning

DHO-løsningen er levert av Dignio, og inkluderer web-applikasjon for helsepersonell, pasientapp for hjemmemålinger og egenrapportering, samt ferdig-konfigurerte nettbrett. Larvik har hatt et utviklingsprosjekt sammen med leverandør for å digitalisere egenbehandlingsplanen.

Oversikt over aktører

Oversikt over aktører

Aktør	Rolle
Helsehjelpen	• Vurderer søknad, kartlegger og gir opplæring • Etablerer egenbehandlingsplan og har daglig oppfølging av målinger og besvarelser • Evaluerer tjenesten
Fastlege	• Henviser brukere • Gir innspill til oppfølgingen • Godkjenner grenseverdier og egenbehandlingsplan
Hjemmetjenesten	• Henviser brukere • Deltar på behandlingsmøte til brukere med hjemmetjenester
Sykehus	• Gir faglige råd • Henviser pasienter • Deltar på behandlingsmøte til brukere med kompleks sykdomshistorie og flere innleggelser til sykehus

Ullensaker/Gjerdrum

Målgruppe

Brukere med KOLS og hjertesvikt. Utvidet til brukere med Covid-19 under pandemien.

Tildeling av tjenesten – kartlegging og vurdering

I prosjektperioden har det vært sykepleier i oppfølgingen som har mottatt og behandlet søknader om DHO. Oppfølgingstjenesten har utført hjemmebesøk hvor brukerens behov kartlegges. Fastlege har godkjent tilbudet.

Organisering av oppfølgingstjenesten

Oppfølgingstjenesten var lagt til kommunal hjemmesykepleie, hvor det har vært 3 sykepleiere som har hatt stillingsbrøk avsatt til DHO. Innrapporterte målinger og meldinger fra pasienten har vært fulgt opp av sykepleieren en dag i uken. Sykepleier går da igjennom siste ukers målinger og kontakter bruker ved avvikende verdier. Alle pasienter blir kontaktet hver sjette til åttende uke uavhengig av om de har hatt avvikende målinger i perioden eller ikke. Turnusen har vært lagt opp slik at det er to sykepleiere på vakt når tjenesten er tilgjengelig.

Teknisk løsning

Prosjektet har hatt en FoU-avtale med Siemens Healthineers som inkluderte applikasjoner for helsepersonell og pasient og utstyrslogistikk for nettbrett og måleutstyr. Prosjektet hadde også har en utviklingsavtale sammen med leverandør og prosjektet i Agder om digitalisering av egenbehandlingsplan.

Oversikt over aktører

Oversikt over aktører

Aktør	Rolle
Sykepleier i oppfølgingstjenesten	• Kartlegger behov og følger opp bruker • Evaluering av tjenesten
Fastlege	• Vurderer egnethet • Godkjenner egenbehandlingsplan
Sykehus	• Henviser brukere • Gir faglige råd

Prosjektet har i 2021 utvidet samarbeidet med Ahus om utprøving av forsterket utskriving, hvor pasienter følges opp digitalt av sykehuset i en periode etter utskriving, før ansvaret overføres til kommunen.

Oslo

Det er totalt fire bydeler i Oslo som har deltatt i utprøving av DHO. Dette er bydel Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen.

Målgruppe

Oslo har tilbudt DHO til brukere med KOLS, diabetes, hjertesvikt, hypertensjon, kreft og ernæringsproblematikk.

Tildeling av tjenesten – kartlegging og vurdering

Sykepleier i oppfølgingstjenesten har ansvar for kartlegging av behov og tildeling av tjeneste i forbindelse med digital hjemmeoppfølging

Organisering av oppfølgingstjenesten

DHO har vært organisert gjennom egne Oppfølgingssentre i de enkelte bydelene som har deltatt i prosjektet. Oppfølgingssenteret er lokalisert i nærheten av eller sammen med hjemmesykepleien, og er bemannet på dagtid alle hverdager.

Det er sykepleiere ansatt ved Oppfølgingssenteret som følger med på innrapporterte målinger og meldinger fra brukere. Pasienter med røde varsel (avvikende målinger) blir kontaktet av sykepleier. I tillegg gjennomfører de planlagt oppfølging av brukerne. Avhengig av brukerens behov gjennomføres dette alt fra flere ganger i uken opp mot en gang pr mnd., med noe variasjon mellom bydelene

Teknisk løsning

DHO-løsningen er levert av Dignio, og inkluderer web-applikasjon for helsepersonell, pasientapp for hjemmemåling og egenrapportering, samt ferdig-konfigurerte nettbrett.

Oversikt over aktører

Oversikt over aktører

Aktør	Rolle
Sykepleier i oppfølgingstjenesten	- Gjennomfører kartlegging og evaluering - Følger opp målinger - Utarbeider og følger opp egenbehandlingsplan
Fastlege	- Vurderer egnethet og gjør medisinsk faglig vurdering - Deltar i tverrfaglig møte - Godkjenner egenbehandlingsplan
Sykehus (LDS)	Henviser pasienter ved utskriving

Bodø

Målgruppe

Bodø ønsket å tilby DHO til brukere med kroniske lidelser som KOLS, diabetes og hjertesvikt med medium til høy risiko for forverring eller sykehusinnleggelser. I tillegg har de fulgt opp pasienter knyttet til psykisk helse og kreft. Bodø utvidet også tilbudet til å gjelde Covid-19 pasienter da pandemien blusset opp.

Tildeling av tjenesten – kartlegging og vurdering

I prosjektperioden har det vært Helsehjelpa som har mottatt og behandlet søknader om DHO. De kartlegger brukerens behov, og drar på hjemmebesøk ved behov. Fastlege vurderer enkelte brukers egnethet for tjenesten, og godkjenner tilbudet

Organisering av oppfølgingstjenesten

Oppfølgingstjenesten er lagt til legevakten, organisert i en enhet som heter Helsehjelpa. Helsehjelpa er tilgjengelig på dagtid hverdager. Innrapporterte målinger og henvendelser fra brukere følges opp av ansatte sykepleiere i Helsehjelpa daglig. Brukere med avvikende målinger blir oppringt av sykepleier.

Prosjektet har også frikjøpt tid for KOLS-sykepleier ved Nordlandssykehuset, som bidrar i DHO.

Teknisk løsning

DHO-løsningen har vært levert av Tellu og består av pasient-appen «Dialogg», medisinske sensorer, og en webapplikasjon for helsearbeidere.

Oversikt over aktører

Oversikt over aktører

Aktør	Rolle
Helsehjelpa	• Behandler søknad • Kartlegger behov og evaluerer • Følger opp målinger • Utarbeider egenbehandlingsplan
Fastlege	• Vurderer egnethet • medisinskfaglig vurdering og deltager på samarbeidsmøte • Godkjenner egenbehandlingsplan
Sykehus	• Rådgiving og faglige råd. • Gir faglig innspill til utarbeidelse av egenbehandlingsplan

Agder

DHO i Agder har vært et interkommunalt samarbeid, hvor Kristiansand kommune har vært prosjekteier, men både Arendal, Farsund og Grimstad var søkerkommuner sammen med Sørlandet sykehus. Prosjektet har fulgt opp brukere fra totalt 20 Agder-kommuner.

Målgruppe

Brukere med KOLS, hjertesvikt, diabetes, psykiske helseutfordringer eller en kombinasjon av flere av disse (multimorbiditet). Tilbudet om DHO ble også utvidet til brukere med Covid-19.

Tildeling av tjenesten – kartlegging og vurdering

I prosjektperioden var det prosjektmedarbeidere som inkluderte pasienter og de fleste ble foreslått av fastlegene. Etter endt inklusjon var det forvaltning som tildelte tjenesten og fastlegen ble konsultert ved behov. Kartlegging av behov ble gjennomført enten ved utskrivelse fra sykehus eller ved henvendelse til forvaltning i kommunene. I de tilfeller TMS skulle følge opp pasienten, ble de koblet på for vurdering av oppfølgingsbehov. Videre vurdering av oppfølgingsbehov og evaluering vurderes av oppfølger ute i tjenesten, fra TMS eller fra oppfølger på sykehus

Organisering av oppfølgingstjenesten

DHO Agder var opprinnelig organisert med tre telemedisinske sentraler (TMS) lokalisert i Farsund (organisert i hjemmetjenesten), Arendal og Kristiansand (de to siste var organisert under kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH)). For en mer bærekraftig organisering ble det redusert til en Regional TMS lokalisert i Arendal under KØH. I Farsund er det tjenesten selv som følger opp pasientene både fra hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten (psykisk helse). Flere andre kommuner har ved slutten av 2021 valgt å ta i bruk DHO ute i egen tjeneste. Totalt 20 kommuner har hatt avtale om DHO.

Ansatte ved TMS sjekker innrapporterte målinger og meldinger fra brukere på hverdager fra 8-15. Pasienter med avvikende målinger blir oppringt av sykepleier og tiltak iht. rutiner og EBP blir iverksatt. De pasientene som ikke har EBP kontaktes dersom det er behov for å sette i gang tiltak etter avvikende målinger.

I tillegg har det vært DHO via fastlegekontor som deltar i Helsedirektoratets pilotprosjekt med primærhelseteam. PHT-sykepleier har da fulgt opp pasienters målinger.

Teknisk løsning

Prosjektet har hatt en avtale med Siemens Healthineers som inkluderte applikasjoner for helsepersonell og pasient og utstyrslogistikk for nettbrett og måleutstyr. Gjennom prosjektperioden utviklet leverandør sammen med prosjektene en egen app slik at pasientene kunne bruke egne mobile enheter for oppfølging. Prosjektet hadde også en utviklingsavtale sammen med leverandør og prosjektet i Ullensaker/Gjerdrum om digitalisering av egenbehandlingsplan.

Oversikt over aktører

Oversikt over aktører

Aktør	Rolle
Sykepleier i oppfølgingstjenesten	• Gjennomfører kartlegging og evaluering • Vurderer egnethet, følger opp målinger • Utarbeider og følger opp egenbehandlingsplan
Fastlege	• Vurderer egnethet, deltar i evaluering • Utarbeider og godkjenner egenbehandlingsplan
Sykehus	• Rådgivende, gir faglig innspill til egenbehandlingsplan, avslutning og evaluering ved behov.

Utvikling av helhetlige tjenesteforløp

5.1

Målgruppe og vurderingskriterier

Erfaringer fra nasjonale prosjektet

Målgruppen for utprøving har vært pasienter med kroniske sykdommer som har risiko for forverring og økt behov for helsetjenester. I hovedsak har prosjektene rettet seg til pasienter med KOLS, diabetes og hjerte/kar-sykdommer. Noen av prosjektene har prøvd ut digital hjemmeoppfølging til pasienter med kreft og pasienter med psykiske lidelser, samt ernæringsproblematikk. I mange tilfeller har pasientene flere diagnoser.

Erfaringen tilsier at digital hjemmeoppfølging egner seg godt for oppfølging av pasienter med KOLS, diabetes og hjerte- og karsykdommer, og ved sammensatte problemstillinger der en av disse er inklusjonsdiagnose. Pasientene rapporterer at de føler seg trygge, får økt innsikt i egen sykdom, hjelp til å fange opp forverring og opplever økt mestring. Også der hvor DHO har vært brukt i oppfølging av pasienter med kreft eller psykisk helseproblematikk har dette vært opplevd nyttig av pasienter, pårørende og helsepersonell. Det er imidlertid færre pasienter i disse kategoriene.

I forbindelse med pandemien etablerte flere av prosjektene sammen med sine leverandører tilbud om oppfølging av pasienter med covid-19. Erfaringene var økt trygghet og god oppfølging for brukerne, god oversikt over smittede, beslutningsstøtte, redusert smittefare for helsepersonell og en bærekraftig helsetjeneste der helsepersonellressurser benyttes mer effektivt for kommunene[1]. For Oslo ble dette organisert av Helsestaten via smittevernteamene og utenfor prosjektet. Digital hjemmeoppfølging har både bidratt til bedre kontinuitet og rask oversikt over situasjon for smittede og nærkontakter, og medisinsk oppfølging ved forverring for de som har hatt behov for det.

Flere av prosjektene har startet med en målgruppe for så å utvide til andre. Ettersom prosjektene har fått mer erfaring, opplever de at DHO passer for mange diagnosegrupper og problemstillinger. Flere tenker mer helhet og hva som er personens behov ut fra en "Chronic care model"-tankegang. Dette innebærer en helhetlig tilnærming der brukermedvirkning, tverrfaglige team og proaktiv systematisk oppfølging står sentralt[2]

Vurderingskriterier

Prosjektene har utviklet vurderingskriterier for inklusjon i tråd med de målgrupper de har rettet tjenesten til. Det presiseres at det må gjøres individuelle vurderinger av den enkelte. Det kan også være situasjoner der pårørende ønsker å ivareta oppfølgingen og dette er hensiktsmessig for familien eller for å ivareta den pårørende.

Vurderingskriterier for å tilby DHO:

- Pasient må ha et sykdomsbilde som er mulig å observere/måle/følge opp på avstand
- Pasienten må være motivert
- Det må være forsvarlig og ønskelig å følge pasienten med DHO
- Det må være forventet nytte av tiltaket for pasienten
- Det bør være forventet effekt på tjenesteforbruk
- Pasienten må være samtykkekompetent og evne å følge en plan, evt. i samarbeid med pårørende.
- Pasienten kan benytte enkel teknologi evt. med opplæring/testperiode

Det må sjekkes at pasienten har nettverk eller mobildekning der han/hun bor.

Der sikkerhet i DHO-løsningen innebærer at det stilles krav om BankID må det avklares om pasienten har eller kan skaffe dette.

Tips og råd

Digital hjemmeoppfølging passer ikke for alle. Noen kan oppleve at den kan skape helseangst og stress. Der pasienten har gode mestringsstrategier er det mindre sannsynlig at vedkommende vil ha nytte av tiltaket. Som ved andre helse- og omsorgstjenester er det viktig at man evaluerer med faste intervaller og ved endring av tilstand, for å vurdere om tiltaket fortsatt er hensiktsmessig. Dersom pasienten har utfordring med å forholde seg til avtalen, motta veiledning eller kommunisere med oppfølgingssentret, eller er for dårlig til å nyttiggjøre seg tiltaket, bør det avsluttes.

Ved oppfølging av covid-19 hadde flere prosjekt god effekt med å oversette skjema og spørsmål samt lenke til informasjon mv, på flere ulike språk i app for DHO. Det kan også være at pårørende kan bistå en som ikke behersker språket, og at DHO dermed anses som hensiktsmessig og nyttig.

Andre målgrupper hvor digital hjemmeoppfølging kan være nyttig

Ettersom prosjektene har fått erfaring med digital hjemmeoppfølging, har de sett at det har god effekt for flere grupper. Flere prosjekt har gjennomført "miniutprøvinger" for nye målgrupper etter at inklusjon til prosjektet er avsluttet. Dette gjelder blant annet;

- Personer som trenger støtte til egenmestring i et tidligere stadium av sin sykdom, herunder hvordan de kan leve med sin sykdom og bygge opp mestringsevne.
- Pasienter med vektproblematikk og andre tilstander som krever livsstilsendring. Her ser man potensiale av digital oppfølging for å bringe struktur i hverdagslivet (diett/kosthold, søvn, faste avtaler).
- Pasienter med sammensatte lidelser, spesielt unge voksne hvor tidlig innsats med digital oppfølging kan ha en forebyggende effekt gjennom selvstendigjøring og struktur i hverdagen.
- Som en erstatning for fysiske besøk i kommunal hjemmebasert tjeneste (eksempelvis daglig tilsyn, blodtrykksmåling), eller i kombinasjon med hverdagsrehabilitering med opplæring og mål om at brukeren skal klare seg selv med digital støtte.
- Enslige og skrøpelige eldre.
- Oppfølging av nyfødte barn fra spesialisthelsetjenesten ved hjemkomst, spesielt etter opphold i intensivavdeling.
- Digital hjemmeoppfølging som faglig støtte til avdelinger som har liten sykepleierfaglig kompetanse, eller liten somatisk kompetanse. Der kommunikasjonen og oppfølgingen besvares av ansatte «på vegne av brukeren».
- Oppfølging av pårørende som er i behov av støtte og veiledning.
- Kortvarig oppfølging ved medisinnstilling, nyoppdaget sykdom, eller i forbindelse med behandling i sykehus.

[1] [Digital hjemmeoppfølging ved covid-19, erfaringer fra kommuner som tilbyr digital hjemmeoppfølging ved covid-19 \(2/20121\)](#)

[2] [Videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging. Rapport til Helse- og sosialdepartementet 1. nov. 2017](#)

5.2

Etablering av samarbeid på tvers av nivå

Gjennomføring av utprøvingen

De lokale utprøvningsprosjektene er i utgangspunktet etablert i eksisterende samarbeidsstrukturer, der man fra før diskuterer samarbeid om felles pasienter og sammenhengende tjenester. Det er en erkjennelse at dette samarbeidet ikke alltid fungerer slik man ønsker, og det er utfordrende når ulike organisasjoner og kulturer skal samarbeide på tvers av nivåer om noe nytt.

I rammen for utprøvingen ble det stilt en del krav og forventninger til prosjektene om å formalisere samarbeidet:

- Det skulle inngås lokale samarbeidsavtaler med sykehus, fastleger og evt. samarbeidende kommuner. Dette for å bidra til å styrke forutsetninger for samarbeid. Her skulle det presiseres hva som var mål for samarbeidet og hva aktørene skulle bidra med.
- Prosjektene skulle etablere prosjektgrupper der fastlege og spesialisthelsetjenesten var representert i tillegg til prosjektleder og kommunal sykepleier og fortrinnsvis brukerrepresentant. Det ble anbefalt frikjøp av fastlege og representant fra sykehus i minimum 20 % stilling.
- Fastlegen skulle godkjenne at pasienten ble inkludert i DHO, og delta i tverrfaglig møte for utarbeidelse av egenbehandlingsplan sammen med pasient og sykepleier fra oppfølgningstjenesten, evt. andre fagpersoner.
- Ved oppstart av prosjektene ble alle invitert til en felles oppstartsamling, der de ulike rollene skulle være representert; fastlege, sykehusrepresentant, prosjektleder, sykepleier fra kommunen, kommunaldirektør og evt. brukerrepresentant. Målet var en felles introduksjon til det oppdraget de skulle være med å løse.
- For å etablere samarbeid rundt pasientforløp ble det gjennomført tre workshops i alle prosjekter, ledet av prosessveiledere fra PA Consulting, gjennom høsten 2018 og vinteren 2019. I workshopene skulle alle lokale aktører være representert. Det ble gjort et innsiktsarbeid i forkant for å få fram status og utfordringer, og deretter diskutert aktuell målgruppe, dagens praksis og ønsket praksis og samhandling i et nytt tjenesteforløp.

Først med Nasjonal helse og sykehusplan fra høsten 2019 ble det tydeliggjort forventninger til helseforetakene om å legge til rette for digital hjemmeoppfølging, og det ble tydeligere krav til samhandling mellom nivåene. Dette virket positivt inn og bidro til et mer forpliktende samarbeid lokalt, selv om det fortsatt ble opplevd som vanskelig å få innpass i kliniske miljø i enkelte prosjekter.

Erfaringer og eksempler fra lokale prosjekter

Søkerkommunene inngikk intensjonsavtaler med flere fastleger i forkant av deltakelse. Hensikten var å sikre at fastleger ville delta i utviklingsarbeid og bidra med å rekruttere og godkjenne aktuelle pasienter. Det forpliktet også kommunen til å dekke praksiskompensasjon ved deltakelse i utviklingsarbeid, workshops mv. Dette har vært viktig for at så mange fastleger har deltatt i gjennomføringen.

Agder etablerte ulike samarbeidsavtaler med kommunene i regionen basert på om kommunen ville ta i bruk DHO-løsningen i tjenesten i egen kommune, eller om de ønsket å bruke Regional Telemedisinsk sentral (TMS) til oppfølgingen.

Agder og Oslo hadde allerede etablert samarbeid knyttet til digital hjemmeoppfølging med hhv. Sørlandet sykehus og Lovisenberg, og inngikk videre avtaler. De øvrige prosjektene inngikk nye avtaler med sine lokalsykehus.

Prosjektene har etablert styringsgrupper som ledes av lokal prosjekteier, i de fleste tilfeller kommunaldirektør for helse og omsorg. Her er også samarbeidsparter på ledernivå fra sykehus representert.

Prosjektledersamlinger med erfaringsdeling og diskusjon rundt felles utfordringer, samt rapporteringsmøter med Helsedirektoratet (hvor prosjekteier deltar) har vært nyttig for lokal forankring og framdrift.

Evalueringsprosjektgjennomføringen viser at det har vært nyttig å ha krav til formalisert samarbeid, og at prosessveiledning i workshops der alle aktører har deltatt i utvikling av tjenesteforløp lokalt, har vært viktig for å etablere samarbeid og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Samtidig har det vært utfordrende for flere prosjekt å etablere samarbeid med kliniske miljøer og følge opp felles pasienter på tvers av omsorgsnivå. Dette var bakgrunnen for å prioritere videre arbeid med samhandling og informasjonsdeling i tilskuddstildeling i 2021. Erfaringene her skal utfylle den kunnskapen vi får fra hovedprosjektet. Vi ser at det nå er et mye tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommunehelsetjenesten om digital hjemmeoppfølging. Det er diskusjoner om hva man har behov for av informasjon og jobbes med hvordan man kan gi tilgang til deling av data og dokumenter. Dette arbeidet videreføres i 2022. Evaluator har levert et statusnotat^[1] fra denne delen av prosjektet pr november 2021

Tips og råd til andre

Basert på erfaringene fra utprøvingen gis følgende tips og råd når det gjelder samarbeid på tvers av nivåer:

- Formaliser samarbeidet gjennom samarbeidsavtaler og intensjonsavtaler mellom kommune fastlege og sykehus.
- Gjennomføring av tverrfaglige workshops og etablering av møteplasser og bygge nettverk for erfaringsdeling er viktig for utviklingsarbeidet.

[1] [Statusnotat Digital hjemmeoppfølging – erfaring med samhandling og informasjonsdeling 11/2021](#)

5.3

Utvikling av tjenesteforløp

Gjennomføring av utprøvingen

Det er ulike kulturer både innad hos og mellom ulike aktører - dette er utfordrende i endringsprosesser. Det har derfor vært viktig å legge til rette for prosessveiledning som kan støtte prosessene og fremme hvordan samhandling mellom kommuner, fastleger og sykehus foregår og skal foregå i ny praksis. I gjennomføringen av utprøvingen har det derfor vært fokus på utvikling av tverrfaglige tjenesteforløp:

- Det er stilt krav til at alle aktører skal delta i utvikling av tjenesteforløp. Dette har vært viktig både for å sikre forankring, få oversikt over dagens prosesser og sammen enes om hvordan det skal gjøres når man tar i bruk DHO.
- I de lokale prosjektene har både pasienter, fastleger, sykepleiere i kommunehelsetjenester, tildelingskontor, og rep. fra spesialisthelsetjenesten, i tillegg til brukere/pasientorganisasjoner, deltatt i workshops og prosjektgrupper.
- Veikart for tjenesteinnovasjon[1] er benyttet i utviklingsarbeidet. Prosjektene har fått støtte og prosessveiledning fra nasjonal prosjektledelse og PA Consulting, som har fulgt prosjektene hele veien.
- Det nasjonale prosjektet har utviklet "Kvikkguide til digital hjemmeoppfølging" som et verktøy for nye aktører som ønsker å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Her gis en oversikt over arbeidsoppgaver fra man vurderer å starte opp med DHO og gjennom implementeringsfasen, med eksempler og verktøy fra utviklingsprosjektene.
- Alle prosjektene har involvert brukere og brukerorganisasjoner på ulike vis i utvikling av tjenesten. Involveringen har skjedd gjennom workshops, brukerpanel og møter, og noen har hatt brukerrepresentanter i prosjektgruppen. I tillegg har de lokale prosjektene gjennomført anonyme brukerundersøkelser som har vært viktige og gode bidrag til utvikling og forbedring.

Erfaringer og eksempler fra lokale prosjekter

Erfaring fra prosjektene er at bred involvering av alle involverte aktører, også brukere, har vært viktig for å enes om opplegg. Det har bidratt til å skape forståelse for hverandres roller og ansvar i oppfølging av pasienter og i det å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp. For de fleste er det nytt å samarbeide på denne måten. Det har derfor vært viktig å ha prosessveiledning som støtte i disse prosessene.

Erfaringsdeling i prosjektledersamlinger, nettverkssamlinger og fellessamlinger for de ulike aktørene i prosjektet har bidratt til å motivere og stimulere til videre utvikling. Faste rapporteringsmøter og avklaring av behov for støtte og bistand og møter med kommunaldirektører og lokale prosjekteiere har også bidratt til forankring og avklaringer lokalt og nasjonalt.

Gjennom prosjektperioden har prosjektene testet og evaluert tjenesteforløpene, og gjort justeringer og endringer ut ifra hva man ønsker å oppnå og hvilke effekter man ser. Dette er svært viktig for å få et best mulig resultat og utvikle DHO som en god og effektiv helsetjeneste.

[1] <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>

5.4

Brukerinvolvering i utvikling av tjenesten

Involvering av brukere/pasienter på både system og individnivå er viktig ved utvikling av nye måter å yte helsetjeneste på. Alle prosjektene har involvert brukere og brukerorganisasjoner på ulike vis i utvikling av tjenesten. Involveringen har skjedd gjennom workshops, brukerpanel og møter, og noen har hatt brukerrepresentanter i prosjektgruppen. I tillegg har de lokale prosjektene gjennomført anonyme brukerundersøkelser som har vært viktige og gode bidrag til utvikling og forbedring.

På nasjonalt nivå har brukerorganisasjoner deltatt i referansegruppe for utprøvingen. Både LHL, Kreftforeningen og Diabetesforbundet har deltatt aktivt. Pårørende foreningen har deltatt noe og fått alle referat. I tillegg har brukere som er erfaring med DHO deltatt på fellessamlinger sammen med andre representanter fra de lokale prosjektene, og delt sine erfaringer i plenum i "Skavland-intervju".

For å sikre at pasientenes egne mål er utgangspunkt og for å få til individuelt tilpasset oppfølging, har prosjektene tatt utgangspunkt i spørsmålet "Hva er viktig for deg". Målene innarbeides i egenbehandlingsplan (EBP) til den enkelte. Egenbehandlingsplanen gir pasienten et verktøy til å følge opp egen helse. I tillegg gjennomfører prosjektene oppfølgings- og evalueringssamtaler etter avtalt intervall, der innspillene brukes til å justere tjenesten for den enkelte og for tjenesten som sådan.

Fra mars 2020 har pandemien ført til at brukerpanel og fellessamlinger er avlyst, slik at det er lagt mer vekt på individuelle innspill og brukerundersøkelser.

5.5

Ulike tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging

Når man tar i bruk en ny måte å yte tjenester til innbyggerne på, er det svært viktig å sikre forankring på ledernivå, skape forståelse for hvorfor det skal gjøres endringer og involvere ansatte i alle trinn av prosessen. For å få effekt av nye arbeidsmåter må gamle arbeidsformer endres, en må bygge ny kompetanse og skape trygghet for hvordan teknologien fungerer i tjenesten og hva den kan bidra til. Erfaringene fra utprøvingen er at digital hjemmeoppfølging bør være en del av tjenesteporteføljen og tildeles på samme måte som øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen. En skal fortsatt yte gode og effektive helsetjenester der en tar i bruk teknologi som en del av tjenesten.

Et av resultatmålene i utprøvingen har vært å utvikle tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging. Nedenfor følger en overordnet beskrivelse av et typisk tjenesteforløp med sentrale aktiviteter:

1. **Søknad/Henvisning** (herunder tildeling)
 - Henvisning fra fastlege, innbygger, hjemmetjenesten eller andre.
 - Tildeling kan gjøres av enten oppfølgingstjenesten eller av forvaltningskontor/saksbehandlere.
2. **Oppstart** (herunder kartlegging, opplæring og utlevering)
 - Hjemmebesøk med grundig kartlegging.
 - Utprøvningsperiode (2-4 uker).
 - Tverrfaglig møte og utarbeidelse av egenbehandlingsplan (EBP).
3. **Oppfølging** (herunder vurdering og rapportering)
 - Pasientrapporterte data/målinger og EBP følges opp; trafikklysmodeLL.
 - Bruker følger opp jfr EBP, og kan selv kontakte tjenesten (melding, video)
 - Veiledning i henhold til avtale/egenbehandlingsplan.
4. **Evaluering** (herunder videreføring og evt. avslutning)
 - Jevnlig evaluering og tilpasning gjøres av oppfølgingstjenesten.
 - Fastlege og spesialist konsulteres ved behov.

Erfaring fra prosjektet er at aktivitetene i tjenesteforløpet er de samme, men at det er ulike måter å organisere tjenesteforløp på ut fra hva som er hensiktsmessig ut fra lokale vurderinger og mulige synergieffekter.

I utprøving av digital hjemmeoppfølging har vi tre hovedvarianter av tjenesteforløp:

1. Pasienter følges opp fra et oppfølgingssenter i kommunen/regionalt
2. Pasienter følges opp fra ulike tjenesteområder i hjemmetjenesten i kommunen (ev. i primærhelseteam)
3. Pasienter følges opp fra sykehus

Det kan også være kombinasjoner av de tre variantene, og flere tjenesteforløp i det enkelte prosjekt. Her er eksempel på hvordan prosjektene har organisert dette:

Ad 1

- De 4 VIS-bydelene i Oslo har egne oppfølgingssentre organisert tett på hjemmetjenesten. De har i tillegg ansvar for annen Velferdsteknologi i egne bydeler.
- I Bodø er oppfølgingstjenesten, Helsehjelpa, organisert som en enhet ved Legevakta.
- I Stad kommune er oppfølgingstjenesten organisert i den interkommunale Legevakten, mens kartlegging og oppstart ligger til Primærhelseteam.
- Gjerdrum kommune erfarte at det var utfordrende å drifte DHO alene i en liten kommune og overførte oppfølgingstjenesten til Ullensaker. Først som en del av hjemmetjenesten, etter hvert som en egen enhet under ressursavdelingen. En døgnavdeling med utetjeneste for alvorlig syke.
- I Agder hadde man etablert 3 telemedisinske sentraler (TMS). Dette ble redusert til 1 regional TMS lokalisert i Arendal fra nyttår 2021, med ansvar for 20 kommuner

Ad 2

- Flere kommuner i Agder følger opp egne innbyggere i hjemmetjenesten, blant annet for psykisk syke. Flere har en blandingsmodell der pasienter uten kommunale hjemmetjenester følges fra TMS mens de som har hjemmetjenester følges opp i hjemmetjenesten.

Kombinasjon av 1 og 2

- I Larvik er DHO organisert i Helsehjelpen som også har ansvar for oppfølging av annen Velferdsteknologi i kommunen. Larvik etablerer nå et opplegg for pasienter som allerede har oppfølging fra hjemmesykepleien, der Helsehjelpen iverksetter DHO og utarbeider egenbehandlingsplan før pasienten overføres til ansvarlig i hjemmetjenesten. Her er Helsehjelpen en ressurs og støtte for de som følger opp i hjemmetjenesten.

Ad 3

- Både Sørlandet sykehus ved Arendal og Ahus prøver nå ut en modell der sykehuset følger opp pasienter med kols i 2-4 uker etter utskrivning, for å stabilisere situasjonen og redusere fare for reinnleggelse, før den enkelte pasient vurderes vedrørende behov for videre oppfølging fra kommunene fra regional TMS i Agder og Ullensaker for Øvre Romerike.

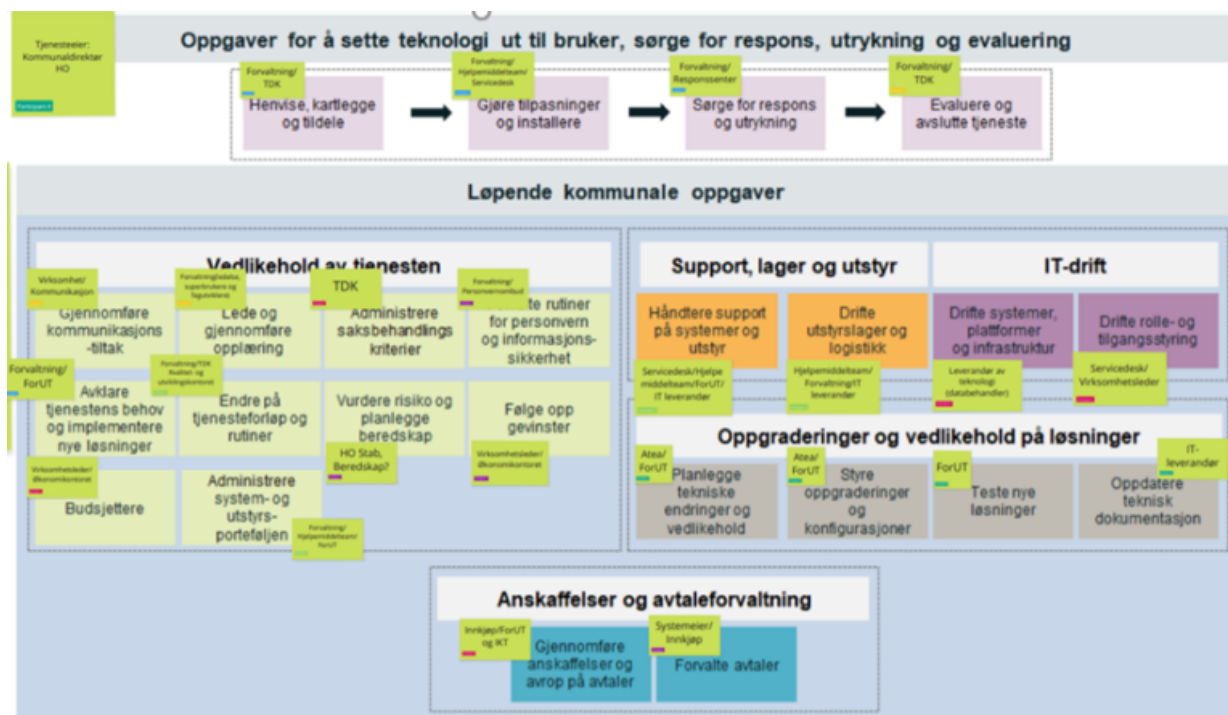
5.6

Helhetlig tjenestemodell

Pasientforløp som går på tvers av HF og kommuner krever en tydelig organisering hvor sektorovergripende oppgaver løses gjennom forankrede roller og ansvarsområder. Mange oppgaver skal løses både med tanke på pasientbehandling, vedlikehold av tjenesten, support, utstyr, IT-drift og avtaleforvaltning. Det å ta i bruk digital hjemmeoppfølging i en kommune/helsefelleskap vil involvere svært mange aktører på ulike områder, ikke bare de som er direkte involvert i tjenesteyting.

Erfaring fra prosjektene i utprøving er at en helhetlig tjenestemodell gir god oversikt over alle oppgaver og ansvarsroller. Det vil være til hjelp både i innføringsprosess og drift. Dette er i tråd med erfaringer fra prosjektene som har jobbet med trygghets- og mestringsteknologi. Her bør det jobbes videre med eksempel på tjenestemodell for samarbeidsprosjekt, der det avklares hvilke oppgaver som ligger hvor, også hos andre aktører enn kommunen

Eksempel fra Bodø kommune



Eksempel på innhold i tjenestemodell fra Bodø

Organisering av en bærekraftig tjeneste

Utpøringsprosjektene har organisert oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging på ulike vis som nevnt under ulike tjenesteforløp. Organiseringen har også blitt endret og justert igjennom prosjektperioden for å sikre en mest mulig bærekraftig tjeneste. Kompetanse, hensiktsmessig bemanning, bruk av egenbehandlingsplan og individuelt tilpasset oppfølging er viktige aspekter for å skape effekter, både for den enkelte pasient og for ressursbruk i tjenestene.

Basert på denne utprøvingen er det en felles enighet om at digital hjemmeoppfølging bør organiseres som et dagtilbud – det er ikke en akutt tjeneste med døgntilbud. Dette stiller krav til at pasientene er egnet for oppfølging i en slik tjeneste, som beskrevet i tidligere kapittel.

6.1

Viktige momenter ved organisering av DHO

Kommunen og evt. samarbeidende Helseforetak må selv vurdere hvordan de vil organisere etablering og drift av DHO og oppfølgingstjenesten. Organiseringen kan for eksempel gjøres internt i egen kommune, gjennom samarbeid med andre i Helsefelleskapet eller med andre kommuner. Momenter som bør vurderes når man skal etablere oppfølgingstjeneste er blant annet behovet for ressurser, kompetanse, utstyr, samhandling, forsvarlighet, synergieffekter og bærekraft i kommunen, regionen og helsefelleskapet.

Kommuner, regioner eller Helsefelleskap har ulike behov, muligheter og forutsetninger for etablering og drift av digital hjemmeoppfølging. Erfaringer i prosjektet er at det er viktig å vurdere følgende:

- **Lokale forhold, tidligere erfaringer og eksisterende strukturer og tjenester**
 - Hvor mange innbyggere er det?
 - Hvilke størrelse er det på kommunen, og hvilke avstander har man å dekke?
 - Hvor har kommunen ressurser og kompetanse i dag – eks legevakt eller eksisterende responstjeneste? Har man sykepleiere som jobber med digital oppfølging? Hvor har man best kjennskap til tjenestemottakerne?
 - Hvilke erfaringer har kommunen fra tidligere, f.eks. bruk av andre velferdsteknologiske løsninger?
- **Målsetting og målgrupper**
 - Hva ønsker kommunen å oppnå med å etablere digital hjemmeoppfølging?
 - Hvem rettes tjenesten til? Har andre helseforetak eller kommuner erfaring med DHO for målgruppen?
 - Hvilken kompetanse må man ha?
 - Hvilken gevinst/nytte forventes ved å ta i bruk DHO til ulike målgrupper?
- **Fordeling av oppgaver, roller og ansvar, eksempelvis**
 - Hvilke oppgaver skal ligge hos oppfølgingstjenesten i tillegg til oppfølging av pasienter med DHO (opplæring, utarbeidelse og oppfølging av egenbehandlingsplan, dialog med andre aktører, etc.)?
 - Hvilke andre tjenesteområder eller aktører som vil ha en rolle i oppfølging av pasientene, er det viktig å ha samhandling med og på hvilken måte?

- **Erfaringer knyttet til anskaffelser**

- Hvilken kompetanse har kommunen knyttet til anskaffelse, bruk og forvaltning av medisinsk utstyr?
- Hvilke erfaringer og hvilken kompetanse har kommunen med vurdering av informasjonssikkerhet og personvern ved implementering av nye løsninger?

Erfaringer fra utprøvingen

I oppstart av utprøvingen ble det lagt vekt på at den enkelte kommuner/kommunesamarbeid måtte vurdere hvilke organisering som ville gi en mest mulig hensiktsmessig tjeneste hos dem, og hvilke synergier de evt. kunne spille på. For mindre kommuner kan det være hensiktsmessig å vurdere om oppfølgingen skal gjøres i egen kommune, om det er mest hensiktsmessig med et interkommunalt samarbeid eller samlet i Helsefellesskapet.

Prosjektene i utprøvingen har gjort seg ulike erfaringer når det gjelder ulike alternativer for organisering av tjenesten, og det ble gjort justeringer og tilpasninger underveis:

- I prosjektet i Ullensaker/Gjerdrum startet Gjerdrum (7000 innbyggere) opp med at sykepleiere i hjemmetjenesten fulgte opp pasienter én halv dag pr uke. De erfarte at de hadde et for lavt antall pasienter til at de klarte å bygge tilstrekkelig kompetanse. Oppfølgingstjenesten ble derfor samlet i Ullensaker som også hadde oppfølging 1 dag pr uke av sykepleiere i hjemmetjenesten.
- Stad la oppfølgingstjenesten til den interkommunale legevakten, med tanke på mulig skalering til øvrige kommuner i legevaktsamarbeidet. De startet med 24/7 tilbud, men erfarte at dette ikke var nødvendig, og endret til dagtid på hverdager.
- Agder startet med tre telemedisinske sentraler (TMS), men har nå oppfølging av pasienter med DHO i en TMS som følger opp pasienter i flere kommuner hverdager 8-15. I tillegg følger noen kommuner selv opp enkelte pasientgrupper i hjemmetjenesten (eks. kroniske lidelser og andre behov/tilsyn i Farsund kommune) eller i oppfølgingstjenesten (eks. psykisk helse i Farsund og Kristiansand kommune)
- De øvrige prosjektene har etablert oppfølgingstjeneste alle hverdager på dagtid i egen kommune/bydel.

Samarbeid i Helsefellesskapet

Samarbeid i Helsefellesskapet eller interkommunalt samarbeid kan være viktig for mange kommuner, kanskje særlig for mindre kommuner. Samarbeid kan gjøre det lettere å starte opp, ved å dele kompetanse, erfaring og ressurser. Det er krevende å få til en bærekraftig tjeneste med få pasienter, men samtidig kan det å drifte digital hjemmeoppfølging på vegne av mange andre kommuner gjøre det utfordrende å ivareta eierskap ute i tjenesten i den enkelte kommune.

Ved en samarbeidsmodell blir det spesielt viktig å vurdere hvordan oppgavefordeling bør være;

- Det er svært viktig å forankre felles mål og enighet om målgrupper på tvers av de samarbeidende aktørene.
- Det er viktig å få en omforent forståelse for oppgaver, roller og ansvar på tvers av tjenesteforløpet.
- Det bør avklares hvem som har ansvar for inklusjon, kartlegging og oppfølging i alle forløp.
- Avtaler om finansiering, avtaleforvaltning, dokumentasjon og kommunikasjonslinjer må inngås.
- det bør avklares krav til kompetanse ved alle aktiviteter i tjenesteforløpet

Det må gjøres en vurdering av hvordan oppfølgingstjenesten bør skaleres, slik at man får en forsvarlig tjeneste som samtidig er bærekraftig. Det er svært viktig å ha kontroll på kostnadselementer i tjenesten for

å sikre mest mulig effektiv ressursbruk. Samtidig må man ta høyde for at ved oppstart vil det være overkapasitet og pukkelkostnader. Det må både bygges kompetanse hos de som skal ha ansvar for oppfølging, og det tar tid å bygge opp tjenesten før man kan benytte kapasiteten fullt ut. Det kan være nyttig å se til andres erfaringer (se vedlagte sluttrapporter fra de lokale prosjektene).

6.2

Erfering knyttet til kapasitet og bemanning

Digital hjemmeoppfølging som en integrert del av helsetjenesten er fortsatt i utvikling. Kapasiteten er i liten grad testet fullt ut, da de fleste prosjektene så langt har vært i utprøving og alle har hatt tilleggsoppgaver knyttet til forskning. Prosjektene har også valgt litt ulike løsninger for organisering, målgrupper, åpningstid og bemanning. Kapasitet og behov for bemanning vil også påvirkes av effektivisering av arbeidsprosesser, reduksjon i dobbeltføring og forenkling av deling av data for å nevne noe. Det er derfor ikke noen absolutte grenser for hva som er hensiktsmessig og forsvarlig bemanning. Forsvarlighet må vurderes ved etablering i den enkelte kommune/samarbeidsprosjekt.

Behovet for bemanning i oppfølgingstjenesten vil være avhengig av målgrupper og antallet pasienter som følges opp, behov og alvorlighetsgrad av sykdom, samt hvor tett pasientene følges opp. Det er også viktig å avklare hvilke oppgaver oppfølgingstjenesten skal ivareta på ulike områder, eksempelvis om de skal kartlegge brukerbehov og fatte vedtak om tildeling, ha ansvar for utarbeidelse av maler og skjemaer, ivareta oppfølging av PLO-meldinger, ha dialog med andre aktører eller håndtere teknisk support på utstyr og programvare.

Anbefaling til bemanning for nye prosjekt basert på erfaringer fra utprøvingen:

- Må ha dedikerte ressurser og tilstrekkelig kompetanse og forutsetninger for å drive oppfølgingstjeneste, stillingsbrøk/avsatt tid og ikke omdisponeres
- Det er viktig at tjenesten kan videreføres ved ferie og sykdom
- Flere bør dele på oppgaven og det er nyttig å være 2 oppfølgere en dag i uken for å øke kvaliteten på tjenesten. Det er ellers viktig med ressurser man kan rådføre seg med eks. fastlegen, spesialisthelsetjenesten eller andre samarbeidende fagpersoner.
- Det er viktig for kompetanseutvikling å etablere nettverk for erfaringsdeling og felles kompetansebygging.
- Erfaringene fra Oslo kommune viser at en sykepleier kan følge opp 70-100 pasienter (dagtid), avhengig av alvorlighetsgrad av sykdom hos pasientene. Noen pasienter krever mer oppfølging og erfaring fra Oslo er at dette blant annet gjelder kreftpasienter
- Både Oslo og Larvik har andre oppgaver knyttet til Velferdsteknologi i tillegg, og har dermed et volum som tillater flere ansatte på jobb.

I Ullensaker kommune har man praktisert oppfølging en dag i uken, og angir at hver sykepleier da kan følge opp rundt 50 pasienter.

Dersom kommunen velger oppfølging en eller et par dager dag pr uke må følgende avklares:

- Er det tilstrekkelig jfr. målgruppen man har valgt?
- Gir det nok tid til å følge opp alle oppgaver?
- Er det andre som evt. kan ivareta teknisk oppfølging for brukerne?

6.3

Individuell oppfølging av pasienter

Utgangspunktet for oppfølging av den enkelte pasient er at det er vurdert at vedkommende har nytte av digital hjemmeoppfølging og at den oppfølging som tilbys er forsvarlig og i tråd med faglige retningslinjer der dette foreligger. For at tiltaket skal oppleves nyttig må oppfølgingen bidra til at pasienten får støtte til innsikt i hva som påvirker egen sykdom, hva han/hun selv kan gjøre for å holde seg frisk eller fange opp og håndtere en forverring tidlig, samt at pasienten tar mer ansvar selv.

For å tilpasse tiltaket individuelt tar man utgangspunkt i pasientens mål ved å spørre "hva er viktig for deg", og utarbeider en egenbehandlingsplan ut fra pasientens mål og de helseutfordringer som skal følges opp. Sykepleier i oppfølgingstjenesten kartlegger pasienten, lager en plan for prøveperiode og gir opplæring. I tverrfaglig møte med fastlege, pasient, sykepleier fra oppfølgingen og eventuelt representant fra spesialisthelsetjenesten, utarbeides egenbehandlingsplan. Her avklares hva som er aktuelt å måle/ stille spørsmål om, og grenseverdier som angir pasientens habitualtilstand, som legger grunnlag for trafikklysmodellen.

Sykepleieren har god oversikt over pasientens behov etter kartlegging, kan gi forslag til hva som bør måles, og kan presentere dette for medisinsk ansvarlig i tverrfaglig møte eller i PLO-melding. Rapporteringer som pasienten skal utføre hjemme med bruk av medisinsk utstyr bør ta utgangspunkt i behov og målsettinger skrevet i EBP. Det er viktig å vurdere;

- Hva som er hensiktsmessig oppfølging i forhold til pasientens behov.
- Hva som bør måles og hva skal målingene brukes til. Målinger skal ha en hensikt og gi verdi i oppfølging, for pasient, helsepersonell eller begge.
- Hvilke spørsmål som bør stilles til pasienten knyttet til mål, symptomer og tilstand (pasient-rapporterte opplysninger). Det må vurderes hva som er relevant for pasienten og nyttig for å fange opp forverring.

Det avtales hvor ofte pasienten skal måle/svare på spørsmål og hvordan sykepleier følger opp:

- Gjør en vurdering av behovet for individuell tilpasning (fleksibilitet) i oppfølgingen av brukere.
- Vurder hvor tett brukerne skal følges opp ut ifra forsvarlighet og bærekraft (LEON-prinsippet).
- Det er viktig med forventningsstyring og avklaring av hvilket ansvar som ligger hos den enkelte pasienten

I hovedsak gjøres oppfølging av pasienten ved avvik på innrapporterte data (gule eller røde målinger) samt planlagte oppfølgings- og veiledningssamtaler, og evalueringssamtaler etter avtalt frekvens. Dette vil avhenge av pasientens tilstand og behov. Oppfølgings- og veiledningssamtaler er gjerne noe hyppigere i starten. Ved evaluering og evt. justering av plan ved stabil tilstand for kronisk syke, har prosjektene i stor grad fulgt opp hver 3 -6. måned.

6.4

Kompetanse i oppfølgingstjeneste

Det er primært sykepleiere som bemanner oppfølgingstjenesten slik den er organisert i prosjektene. Erfaringene fra utprøvingen tilsier at rett kompetanse hos de ansatte i oppfølgingstjenesten er avgjørende. Dette gjelder dels kompetanse på spesifikke sykdommer som dekker målgruppen av pasienter, men også kompetanse på å kunne følge opp pasienter digitalt («digital sykepleie»); . Kompetanse som anses betydningsfull er:

- Det bør være sykepleiere med bred erfaring og evt. tilleggskompetanse innen aktuelle fagområder, som er trygg i rollen og har kjennskap til organisasjonen og hvordan tjenestene fungerer.
- God kommunikasjonsevne, pasientinvolvering og endringskompetanse blir trukket fram som viktig!
- Teknisk kompetanse er ikke det viktigste, men man må kunne veilede brukere i bruk av løsningen.
- Det er et mål at pasienten skal mestre sin egen sykdom – fokus i kompetansebyggingen bør rettes mot dette. Mange har god erfaring med motiverende samtaler som metode i tillegg til kompetanse på aktuelle sykdommer og tilstander. Agder har også utviklet et oppfølgingsverktøy som gir oppfølgeren veiledning for ulike problemstillinger slik at de kan være trygge på rådene de gir.
- Viktig å ha tilgang til tverrfaglig nettverk, for å få råd og veiledning knyttet til aktuelle problemstillinger (ernæringsproblematikk, trening/rehabilitering, medisinske spørsmål mv).

I oppstart er det viktig å bygge opp kompetanse slik at en liten gruppe ansatte er trygge og kan være ambassadører. Det er viktig å bygge nettverk og utveksle erfaringer med andre kommuner, på tvers av fagområder og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvikling av gode egenbehandlingsplaner og beslutningsstøtte for oppfølgingstjenesten er viktig for å øke volum av pasienter og dermed bygge erfaring.

6.5

Bruk av egenbehandlingsplan i DHO

I utprøvingen av digital hjemmeoppfølging er det stilt krav om at alle pasienter skal få utarbeidet en egenbehandlingsplan, etter anbefaling fra ekspertgruppen i første utprøving. Utkast til plan blir i stor grad utarbeidet av sykepleier i oppfølgingstjenesten og avklart i et tverrfaglig møte, der pasient, sykepleier og fastlege samt evt. spesialist har deltatt. Mål med egenbehandlingsplanen er å fremme pasientens selvstendighet, helsekompetanse og mestring i hverdagen, ved å ta utgangspunkt i pasientens mål "hva er viktig for meg". Planen angir tiltak som reduserer symptomtrykk og bedrer livskvalitet, skaper forutsigbarhet og oversikt. Planen omfatter både medikamentelle tiltak – eks. hva pasienten bør gjøre ved en forverring, og ikke-medikamentelle tiltak som kan omfatte eksempelvis kosthold/ernæring, fysisk aktivitet/øvelser, samt andre tiltak for å ivareta sosial aktivitet og psykisk helse. Egenbehandlingsplanen bidrar til å at tiltak samles i en felles plan, noe som gir en mer enhetlig oppfølging og veiledning av pasienten, tilpasset hans/hennes individuelle behov og situasjon, men det forutsetter følgende;

- Pasient må være involvert fra start; «Hva er viktig for deg?»
- Planen må være så konkret som mulig og forståelig for pasienter, både målsettinger og tiltak må stå i planen.
- Bruk god tid på å utarbeide en god plan og følg den systematisk og regelmessig.
- Planen må også eies av helsepersonell – og benyttes systematisk ved oppfølging.

Prosjektene rapporterer at mange pasienter synes planen er et nyttig verktøy som motiverer dem til å gjennomføre forebyggende tiltak for egne helse og å ta medisiner legen har forordnet. Bedre etterlevelse av medisiner gir ofte merkbart bedre form og pasienter opplever at de klarer å mestre sykdom bedre. De opplever også at det er en støtte til å hva de bør gjøre når de opplever forverring. Helsepersonell gir uttrykk for at det å ha en felles plan har bidratt til bedre oversikt og at det gjør pasientene tryggere og at de i større grad tar ansvar for oppfølging av egen sykdom. Dette forutsetter at planen er oppdatert og tilpasset den enkelte, slik at pasienten opplever den nyttig. Den må derfor ikke være for generell for ulike diagnoser.

For mange fastleger har det vært nytt og uvant å jobbe med egenbehandlingsplaner. Særlig det å sette referanseverdier for målinger av vitale parametre har mange opplevd utfordrende. I møte med fastleger i DHO i desember 2020 ble det derfor besluttet å utarbeide en veiledning til [Pasientens egenbehandlingsplan](#). Denne ble utarbeidet av en tverrfaglig ekspertgruppe med helsepersonell i ulike roller i prosjektet, testet ut i praksis og er publisert på [Helsedirektoratet.no](#).

Egenbehandlingsplanen bør være digital og det er behov for at den kan justeres/endres av alle som har behandlingsansvar, slik at den er oppdatert til enhver tid. Det er også behov for å dele den digitalt med alle som har behandlingsansvar i pasientforløpet på tvers av omsorgsnivå.

Både Larvik og Agder/Ullensaker har fått støtte til å utarbeide digital egenbehandlingsplan sammen med sine leverandører. Erfaring så langt er at en digital egenbehandlingsplan er mer tilgjengelig for pasientene, når den er koblet til svar på spørsmål/målinger og trafikklysmodellen. Det er også iverksatt et 3-årig prosjekt for å utvikle digital behandlings- og egenbehandlingsplan i regi av Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og NHN. Erfaringer fra utprøvingen tilsier at EBP vil bli et viktig verktøy framover for å gjøre pasienter mer selvstendige både med DHO og ellers. Egenbehandlingsplaner er imidlertid ukjent for mange ute i tjenesten, og det må kommuniseres ut hva det kan brukes til.

Erfaring med samhandling om digital hjemmeoppfølging

Etablering av digital hjemmeoppfølging som en tjeneste forutsetter samarbeid på tvers av aktører – spesielt kommuner, fastleger og helseforetak. Erfaringen viser også at interkommunale samarbeid innen samme region/Helsefelleskap er viktig for å legge til rette for erfaringsdeling og en bærekraftig tjeneste. Samtidig må hver kommune vurdere hva som er mest hensiktsmessig organisering med tanke på lokale forutsetninger, bærekraft og forsvarlighetskravet.

I det videre arbeidet med DHO viser erfaringene fra utprøvingen at fastlegen vil ha en viktig rolle som medisinsk ansvarlig, og som medisinskfaglig rådgiver til kommuner som etablerer DHO som en tjeneste.

Målgruppen for DHO har i utprøvingen vært pasienter med kroniske lidelser og stort behov for oppfølging fra helsetjenesten, og erfaringene fra utprøvingen viser at for disse pasientgruppene er det også stort behov for samhandling. Pasientene har hyppige kontakter med både spesialisthelsetjenesten, fastlege og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er behov for at de ulike aktørene kan ta del av pasientens helseopplysninger og at de har verktøy for å kunne samhandle.

7.1

Den kommunale helsetjenesten

Kommunene i utprøvningsprosjektene har alle ønsket å være med i utprøving fordi de ser digital hjemmeoppfølging som et satsingsområde for framtida. De har vært opptatt av samhandling slik at kronisk syke pasienter som har stort behov for oppfølging fra både kommune, fastlege og spesialisthelsetjenesten skal oppleve helhetlige og sømløse tjenester. Samtidig har de vært tydelige på at de også vil se effekt på ressursbruk i kommunale tjenester. Mange har hatt en oppfatning av at gevinsten ved oppfølging av målgruppen i stor grad er unngåtte innleggelser. Det har derfor vært viktig å også synliggjøre hvordan DHO kan gi like god kvalitet og effekter også på tjenesteforbruk i kommunale helse- og omsorgstjenester, gjennom utarbeidelse av pasientcase.

I videre arbeid med implementering av DHO vil Helsedirektoratet med bakgrunn i erfaringer fra utprøvingen, anbefale at kommuner i et helsefelleskap samarbeider om å etablere tjenesten innen det enkelte helsefelleskap. Anskaffelser og oppstart av DHO er krevende, og det vil være hensiktsmessig å lage en felles plan og samarbeid om felles ressursbruk i henhold til dette. For å få best mulig nytte av DHO må man både etablere nye tjenesteforløp og avlære gamle måter å jobbe på. Dette krever en kulturendring og organisatoriske endringer for å lykkes. Det er viktig å ta høyde for å sette av nok ressurser i en oppstart- og implementeringsfase. Det bør settes av dedikerte og motiverte ressurser, og man må jobbe bredt med forankring på flere nivåer (i kommuneledelse, ute i tjenesten, hos fastleger, i spesialisthelsetjenesten og hos andre samarbeidsaktører).

Prosjektene har erfart at det å utarbeide en tjenestemodell med oppgaver og ansvar i organisasjonen er nyttig for å få oversikt og sikre alle ledd i tjenesten. Hver kommune, ev. hvert Helsefelleskap må vurdere hva som er ønsket og hensiktsmessig organisering av oppfølgingstjenesten, eksempelvis egen oppfølgingstjeneste, i hjemmetjenesten, interkommunalt eller i sykehus. Her vil det være nyttig å bruke erfaringer fra de prosjektene som har deltatt i utprøvingen. Det vil også være viktig å sørge for at det

etableres en jevnlig evaluering og tilpasning av tjenesten ut fra erfaringer og behov. *Kvikkguide til digital hjemmeoppfølging*[1] er utarbeidet for å gi støtte i oppstarts- og implementeringsprosess. Her er det også lenket til mange nyttige eksempler og verktøy utviklet i prosjektet.

Det er et mål at Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging skal tildeles på linje med andre kommunale tjenester. Erfaringene viser at søknader og henvendelser bør via saksbehandler for at det skal gjøres en helhetlig vurdering av behovet når tjenester skal tilbys. På den måten kan man vurdere om digital hjemmeoppfølging kan erstatte eller komplettere andre tjenester. Det kan være lettere å starte opp med digital hjemmeoppfølging når behovet for oppfølging melder seg, framfor å sette det inn i stedet for andre hjemmebaserte tjenester som allerede er etablert. Samtidig ser vi at mange pasienter kan oppleve DHO som en tettere og nærmere oppfølging, da de får kontakt når de trenger det, og støttes til trygghet og det å mestre hverdagen bedre. Implementering av digital hjemmeoppfølging handler i stor grad om kulturendring, og her må man jobbe målrettet med forankring og involvering av aktører som er involvert. Fokus må settes på egenmestring fremfor kompenserende tjenester. For å støtte nye prosjekt og opplæring av ansatte har vi utarbeidet en kortfattet veiledning i kartlegging og saksbehandling når DHO vurderes som tiltak[2].

Fotnoter

[1] Lenke Kvikkguide til Digital hjemmeoppfølging

[2] Lenke Veiledning til kartlegging og saksbehandling

7.2

Fastlegens rolle i digital hjemmeoppfølging

Til tross for at fastlegeordningen er under press, har grepene som er gjennomført bidratt til å involvere fastleger i endringsarbeidet knyttet til å utvikle digital hjemmeoppfølging som tjeneste, både på systemnivå og i oppfølging av den enkelte pasient. Fastlegene i prosjektet er samstemte om at det er viktig at de er med fra start. Over 250 fastleger har bidratt med oppfølging av pasienter. Engasjement blant fastlegene har variert i de ulike prosjektene, men alle har hatt noen som har bidratt inn i stor grad. Særlig i Larvik og Bodø har fastlegerepresentantene i prosjektgruppen vært en viktig kanal ut mot øvrige leger i kommunen. Prosjektsykepleiere har drevet mye oppsøkende virksomhet hos fastleger for å informere om DHO og aktuelle målgrupper, samt svare på spørsmål. Dette har vært tidkrevende, men også noe mange fastleger har satt pris på. I en ny oppstart kan det være hensiktsmessig å avklare informasjonsflyt om DHO til fastleger med kommuneoverlege og allmennlegeutvalget i kommunen.

Tverrfaglige møter har vært sett som nyttige av fastlegene og har bidratt til en mer helhetlig oppfølging av pasienter, samt involvert pasienter i oppfølging av egen sykdom. Bruk av egenbehandlingsplaner er nytt for mange fastleger og det har vært en del usikkerhet rundt utarbeidelse av egenbehandlingsplan. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en veiledning til utarbeidelse av pasientens egenbehandlingsplan av en gruppe leger og sykepleiere.

Gjennom prosjektet har en erfart at fastleger henviser flere pasienter når de får erfaring og ser nytteverdi av metoden. Når pasientene følges via DHO, kan fastlegene se målinger over tid og skalere oppfølgingen ned eller opp alt etter som pasientene er i stabil fase eller er mer ustabil. Dette er lettere med DHO og gir god fleksibilitet i tjenesten. Det vil gjøre det lettere for fastlegene å ta i bruk DHO når de får tilgang måledata / kurver som viser utvikling og trender via egen EPJ. Dette er noe av det som blant annet Oslo har som mål å få testet ut i løpet av 2022.

Opplæring skaper trygghet og forståelse. Gjennom utprøvingen har vi erfart at emnekurs i DHO med fokus på samhandling, der både fastleger, sykepleier fra oppfølgingstjenesten, samt leger og sykepleie fra spesialisthelsetjenesten deltar, er svært nyttig både for forståelse for nytte av DHO og oppfølging via egenbehandlingsplan. Fire emnekurs er gjennomført, første i Oslo i mars 2020, så tre delvis digitale i 2021. Evalueringen er svært god, og tilbud om emnekurs blir viktig ved oppstart av nye prosjekt.

Når det gjelder fastlegens rolle i digital hjemmeoppfølging, er det samstemt tilbakemelding fra fastleger og deltakere i prosjektet at fastlegen har viktig rolle som medisinsk ansvarlig og har innsikt og informasjon om pasienten som kan være avgjørende for den videre oppfølgingen. Fastlegen skal ikke beslutte om en pasient skal få DHO, slik det har vært praktisert i utprøvingen, men være en rådgiver. Dette gjelder der DHO organiseres av kommunen. Her er rollene ved tildeling av DHO som ved tildeling av andre kommunale tjenester. Det er viktig at fastleger deltar i tverrfaglige møter og utarbeidelse av egenbehandlingsplan, og er ansvarlig for de medisinske tiltakene i planen.

I møte med fastleger i prosjektet i november 2021 sier fastlegene følgende om hva som er viktig for å lykkes med å nå ut til fastleger når DHO skal over i en spredningsfase;

- Nytteverdi for pasient og fastlege må dokumenteres og kommuniseres.
- Involvering og Opplæring – kurs i tråd med etter- og videreutdanning for leger er nyttig (jamfør emnekurs som beskrevet over).
- Bedre tilgjengelighet til DHO via egen journalløsning. Dette inkluderer for eksempel relevant utvalg av pasientrapporterte data og egenbehandlingsplan.
- Finansiering må på plass.

"Flere opplever at oppfølgingen blir mer strukturert, det gir bedre tverrfaglige samarbeid og økt kvalitet i dialog med pasienten. Det medfører ikke merarbeid, heller redusert behov for konsultasjoner." - Fastlege, Oslo

7.3

Digital hjemmeoppfølging i Primærhelseteam (PHT)

En av det nasjonale prosjektets oppgaver var å se på hvordan digital hjemmeoppfølging kan brukes som verktøy i oppfølging av pasienter i primærhelseteam, og hvordan et tjenesteforløp kan etableres i PHT. Tre av prosjektene har fastlegepraksiser/-kontor som både deltar i pilot for primærhelseteam og utprøving av digital hjemmeoppfølging. Dette gjelder Stad kommune med Eid legekontor, Sagene bydel i Oslo med Sagene lokalmedisinske senter og Kristiansand med Sørlandsparken legesenter og Sandens Medisinske Senter.

Pasientgruppen for PHT og DHO har i stor grad vært sammenfallende. Det er svært ulikt hvordan primærhelseteamene har tatt i bruk digital hjemmeoppfølging, og i hvilken rolle de har hatt i forbindelse med oppfølgingen. Det er derfor vanskelig å presentere en klar tjenestemodell for PHT. Flere av kontorene har også vært rammet av pandemien, og måttet prioritere oppgaver knyttet til pandemiarbeid framfor å utvikle bruk av DHO. Sørlandsparken har vært mest aktive i å prøve ut ulike måter å benytte DHO på for ulike pasientgrupper. De har også fulgt opp sine pasienter som har vært smittet av covid-19 med DHO. Det er viktig å merke seg at PHT-sykepleier av alle praksisene blir trukket frem som en nøkkelperson, dersom tilbudet om DHO skal etableres i fastlege-tjenesten.

- Stad: PHT-sykepleier sentral i rekruttering, kartlegging og oppstart/opplæring av pasienter til DHO. PHT-sykepleier har også bidratt i utarbeidelse av egenbehandlingsplan (EBP) før oppfølgingen har vært overført til Legevakten.
- Sagene: PHT-sykepleier har rekruttert til DHO, og bidratt i utarbeidelse av EBP. Øvrig oppfølging og oppgaver har vært ivarettatt av oppfølgingssentrert i Sagene bydel.
- Sørlandsparken & Sandens: PHT-sykepleier har bidratt inn i rekrutteringen av pasienter til DHO, samt fulgt opp disse fra legekantoret. PHT-sykepleieren har også vært sentral i utarbeidelse av EBP. Hos Sørlandsparken har også helsesekretærene fått opplæring i DHO, og har vært ansvarlig for å sjekke opp målinger dersom PHT-sykepleier har vært fraværende

Det er stor enighet mellom de fire PHT-kantorene som har deltatt i utprøving av DHO når det gjelder hvilke målgrupper som egner seg for oppfølging med DHO fra legekantoret. Disse sammenfaller også i stor grad med målgruppen for PHT, herunder:

- KOLS-pasienter
- Diabetespasienter
- Livstilsutfordringer
- Kreftpasienter (pasienter som er i aktiv behandling som gjerne har god oppfølging fra spesialisthelsetjenester, men fortsatt har behov for at fastlege og primærhelsetjeneste er involvert)
- Hjertesvikt/hjerteproblematikk
- Pasienter som får oppfølging ifm. blodtrykk, herunder eldre med falltendens og som behandles for høyt blodtrykk

Selv om erfaring og arbeidsform har vært ulike, er leger og sykepleiere fra PHT- praksiser enige om at tilbud om digital hjemmeoppfølging er viktig i en framtidig helsetjeneste. De gevinster og effekter av DHO som de særlig trekker fram er;

- Økt mestring og helsekompetanse for pasientene
- Bedre helsetilbud og mulighet for tettere oppfølging
- Bedre observasjonsgrunnlag
- Styrket samhandling mellom tjenestene

7.4

Spesialisthelsetjenesten – samhandling om helhetlige pasientforløp

I Nasjonal veileder til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak som er under utarbeidelse foreslås det at samarbeidet skal omfatte digital samhandling og bør vurdere digital hjemmeoppfølging. Dette støttes av erfaring fra utprøvingsprosjektet. Pasientgruppene som inngår i målgruppen for DHO er pasienter hvor samhandlingsbehovet er stort. Mange pasienter med kroniske lidelser vil ha behov for helsetjenester både fra kommunehelsetjenesten, fastlege og spesialisthelsetjenesten.

I alle prosjektene har spesialisthelsetjenesten deltatt i utviklingsarbeidet for å etablere tjenesteforløp, og bidratt med kompetanseheving på de aktuelle fagområdene. Det har variert hvilken rolle de har hatt ut over dette. Flere av sykehusene har oppnevnt egne prosjektledere som har deltatt i den lokale prosjektgruppen, og hatt ansvar for oppfølging på sykehuset. Det er viktig å involvere riktig ressurs fra sykehuset – vedkommende bør være synlig ute i tjenesten og være godt kjent med sykehusets organisering og rutiner. De fleste har i tillegg bidratt med å rekruttere pasienter til prosjektet samt å bygge kompetanse på ulike diagnoser. Erfaringen viser at man må jobbe med forankring av arbeidet på flere nivåer – hos sykehusets ledelse, på klinikk/avdelingsnivå og hos de ulike faggruppene som er berørt.

Sykehusets organisering er i stor grad diagnosebasert, mens man i kommunen har et sterkere fokus på funksjonsnivå og behov for helsetjenester. Det gir ulike kulturer, og forskjellige utfordringer når man skal skape interesse for en ny måte å yte tjenester på. Det at flere har deltatt i utviklingsarbeid har ført til bedre samarbeid på tvers og større forståelse for hverandre. Noen prosjekter har erfart at det er mest hensiktsmessig å starte med et bestemt fagområde, får å så utvide til flere etter hvert som man har fått samarbeid på plass. Det er enklere å skape engasjement i sykehusets fagavdelinger når arbeidet er relatert til deres daglige oppgaver, eks. egenbehandlingsplan og utskriving.

I noen prosjekt har man hatt tverrfaglige møter der spesialist fra sykehuset har deltatt i tverrfaglig møte via video for å utarbeide egenbehandlingsplan. Det har skapt en langt bedre helhetlig forståelse hos alle aktører, og gitt et bedre tilbud til pasienten.

Tilskuddet fra Helsedirektoratet som ble gitt i 2021 knyttet til samhandling og informasjonsdeling har ført til langt tettere samarbeid mellom kommune, fastlege og sykehus (se videre i kapittel 6.5). I alle prosjekt er det dialog om hvilken informasjon som er viktig å få tilgang til for spesialist og fastlege når pasienten følges opp i kommunen, og hva som er viktig når pasientene overføres fra sykehus til kommune for å sikre trygge overganger. Det jobbes med å tilrettelegge for integrasjon og datadeling i samarbeid med direktoratet for Ehelse. Statusnotat fra forskerne beskriver prosjektene[1].

Det er viktig når man går over i et spredningsprosjekt at prosessveiledning legges til rette slik at det fremmer hvordan samhandling mellom sykehus, fastlege og kommuner foregår i praksis, og at erfaringsdeling og veiledning legges til rette for alle som inngår i samarbeidet. Det kan være ulikt hvordan regelverk knyttet til personvern og informasjonssikkerhet tolkes og praktiseres. Her må prosjektledelsen nasjonalt evt. bidra med avklaringer.

Fotnoter

[1] [Statusnotat Digital hjemmeoppfølging – erfaring med samhandling og informasjonsdeling 11/2021](#)

7.5

Samhandling og informasjonsdeling

Pasientene som følges opp med digital hjemmeoppfølging mottar ofte oppfølging fra flere aktører innen primær- og spesialisthelsetjeneste. Erfaringene fra utprøvingen viser at det kan være utfordrende å få til god forankring og samhandling med øvrige deler av helsetjenesten. Informasjonsdeling gjennom digitale verktøy og integrasjon mellom systemer er viktige aspekter for å få til god samhandling mellom ulike aktører. Dette er et viktig virkemiddel for en mer effektiv og sikker utnyttelse av potensialet i digital hjemmeoppfølging. Målet er at man unngår unødvendig tidsbruk på dobbeltføring, unngår mulige feil som kan oppstå ved manuell dobbeltføring og sikrer at helsepersonell som skal følge opp felles pasienter internt i egen virksomhet og på tvers av omsorgsnivå, har tilgang til relevante pasientrapportert informasjon, målinger og dokumenter.

Tilskuddsmidler for 2021 ble derfor lyst ut med formålet om å få mer kunnskap om samhandling mellom kommune, fastlege og helseforetak om felles pasienter som følges opp med DHO, og bedre informasjonsdeling gjennom bruk av digitale verktøy. Dette handler både om hvordan man samhandler om helhetlige pasientforløp og hvilken informasjon de ulike aktørene har behov for, for å understøtte god samhandling. Det har blitt igangsatt arbeid med å etablere utprøving av infrastruktur for digital samhandling. Dette arbeidet videreføres i nært samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett.

Prosjektene jobber med ulike utfordringer, de har identifisert ulike formål, ulike arbeidspakker og jobber på ulike måter. Arbeidet med DHO-løsningene og EPJ varierer ut fra hvilke informasjonsbehov prosjektene har fokus på å kunne dele. Noen prosjekt har fokusert på deling av måledata, mens andre har fokusert på deling av digital egenbehandlingsplan.

- Agder i samarbeid med Sørlandet sykehus og Ullensaker i samarbeid med Akershus universitetssykehus (Ahus), har hatt fokus på samhandling i forbindelse med utskriving fra sykehus. De har etablert pasientforløp der sykehuset følger opp pasienter med DHO 2-4 uker etter utskriving, før de vurderes for videre oppfølging i kommunen. De har erfart at digital hjemmeoppfølging kan være et nyttig verktøy i ansvarsovergangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Larvik ser spesielt på hvordan man kan samhandle om oppfølging av pasienter og digitale egenbehandlingsplaner, og har gitt tilgang til DHO-løsningen for fastleger og sykehuspersonell i denne utprøvingen.
- Bodø ser spesielt på hvilken informasjon som må deles for å trygge overganger når pasient beveger seg mellom omsorgsnivå.
- I Oslo er det gjennomført flere arbeidsmøter for å avklare hvilke pasientrapportert informasjon fastlegen og spesialister på sykehus/poliklinikker ser behov for. Informasjon fra disse arbeidsmøtene har vært diskutert med de øvrige prosjektene, og i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett.

I statusnotat fra forskerne for prosjektene som fikk tilskudd i 2021[1], beskrives hvert prosjekt nærmere.

Det pågår arbeid med nasjonal tilrettelegging for informasjonsdeling i helse- og omsorgssektoren. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har siden 2018 prøvd ut datadeling mellom velferdsteknologiske løsninger (trygghet og mestring) og kommunale fagsystem. I de pågående utprøvningsaktivitetene i NVP benyttes velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Det har i den forbindelse blitt tatt frem tjenester[2] som sørger for tilpasning av informasjonsformat, slik at informasjonen blir tolket riktig i ulike system som baserer seg på ulike dataformat. I tillegg sørger VKP for en sikker og pålitelig informasjonsoverføring. VKP videreutvikles nå for å kunne benyttes også i utprøving av informasjonsdeling knyttet til digital hjemmeoppfølging. Prosjektene i Oslo og Bodø er først ute, og Bodø startet med overføring av journalnotat fra DHO-løsningen via VKP til Gerica (kommunal EPJ) i desember 2021. Prosjektene i Agder og Ullensaker har også startet dialog med DHO-leverandør og DIPS om dette. I tillegg er det etablert dialog rundt mulig utprøving i Larvik kommune sammen med Sykehuset i Vestfold. Det er igangsatt arbeid med å kunne tilby VKP tjenesten som en tjeneste på linje med andre tjenester Norsk helsenett tilbyr sektoren.

Det arbeides også med utprøving av en nasjonal tjeneste for endring og deling av digital behandlings- og egenbehandlingsplaner via kjernejournal. Bodø er også involvert i denne utprøvingen. Arbeidet med utprøving av datadeling og utprøving av endring og deling av egenbehandlingsplaner vil i det videre arbeidet bli koordinert.

Prosjektene har ulikt fokus og ulik tilnærming, og fra et nasjonalt ståsted ser vi dette som en fordel. Denne innrettingen legger til rette for at man kan høste ulike erfaringer på tvers av prosjektene, og ved å kombinere erfaringene kan man få et kunnskapsgrunnlag der lærdommer fra prosjektene kompletterer hverandre og gir kunnskap som kan brukes i et nasjonalt perspektiv.

Fotnoter

[1] [Digital hjemmeoppfølging erfaring med samhandling og informasjonsdeling. Notat 2021.pdf](#)

[2] En IKT-tjeneste som formidler informasjon knyttet til et bestemt tema. Kan benyttes i mange ulike arbeidsprosesser, og av ulike profesjoner. Tjenester kan leveres som del av samhandlingsløsninger. Begrepet må ikke forveksles med helsetjenester.

7.6

Samhandling med leverandører av DHO-løsninger

En felles erfaring fra alle prosjektene er at et godt samarbeid med leverandørene er viktig for å lykkes med å etablere digital hjemmeoppfølging som en del av helsetjenesten. Tre av utprøvningsprosjektene har gjennomført en anskaffelse og valgt Dignio AS som sin leverandør. De øvrige prosjektene har inngått forsknings- og utviklingsavtaler (FOU-avtaler) med henholdsvis Siemens Healthineers og Tellu.

Det er gjort mange grep for å sikre best mulig brukervennlighet både for pasient og helsepersonell. I Bodø har det vært et tett samarbeid med Tellu som leverandør for å utvikle løsningen i tråd med behovene for å sikre god oppfølging og en god løsning både for bruker og helsepersonell. Både Siemens Healthineers og Dignio hadde ferdige løsninger ved oppstart, men har utviklet digitale egne behandlingsplaner sammen med sine lokale prosjekt. Dette er viktige steg på vei mot bedre digital samhandling mellom helsepersonell innad i og på tvers av omsorgsnivå. Det jobbes også aktivt for å tilpasse leverandørsystemene til en nasjonal samhandlingsinfrastruktur, foreløpig representert med velferdsteknologisk knutepunkt, for å tilrettelegge for datadeling mellom systemene som helsepersonellet benyttes langs hele behandlingsskjeden.

I forbindelse med covid-19 pandemien utviklet alle leverandører ny funksjonalitet i egen løsning for å følge opp covid-19 pasienter med DHO sammen med lokale fagmiljø. Det ble etablert en app, slik at det var enkelt å laste ned nødvendig funksjonalitet på egen mobil eller nettbrett. Ny funksjonalitet gjorde digital hjemmeoppfølging tilgjengelig for en stor gruppe mennesker. Utvikling av apper har ført til at pasienter i utprøving også har kunnet benytte eget utstyr, og dette har vært et viktig fremskritt.

Forutsigbarhet i form av nasjonal standardisering og tilrettelegging for informasjonsdeling er viktig for leverandørene. Det er viktig å være tydelig på hvilke samhandlingstjenester som blir tilbudt nasjonalt og hvilke krav som stilles for å kunne knytte leverandørsystemer til den nasjonale samhandlingsinfrastrukturen. Kravene vil være av både teknisk, semantisk, juridisk, organisatorisk og forretningsmessige art. Krav knyttet til informasjonssikkerhet og personvern er spesielt viktig.

Bruk av digital hjemmeoppfølging genererer helseopplysninger i større omfang, og det er viktig at disse opplysningene blir ivaretatt på en sikker, forsvarlig og hensiktsmessig måte. Erfaringer fra utprøvingen og fra arbeidet med Velferdsteknologi generelt viser at samarbeid med leverandør er sentralt for å gjennomføre risikovurderinger og personvernkonsekvensvurdering (DPIA). Når leverandører skal håndtere personopplysninger på vegne av kommunen eller andre aktører skal det også inngås en databehandlingsavtale.

7.7

Teknologi og anskaffelse

Teknologien som er benyttet i prosjektet er i stor grad opplevd som enkel og brukervennlig for pasientene. Selv de pasientene som har liten erfaring med mobil og nettbrett har i stor grad behersket dette med enkel

opplæring. Krav til BankID som sikker pålogging er opplevd som enkel og med lite feil av de som har dette. Samtidig har kravet til bruk av Bank ID ført til at en del brukere ikke har kunnet delta. Noen leverandører har tilbudt to-faktorausentisering, og en leverandør har nettbrett som er ferdig konfigurert og låst til DHO-programvaren.

I oppstart av prosjektet ble det stilt krav til at kommunene skulle kjøpe eller lease nettbrett og måleutstyr, da det ble ansett som at bruk av eget utstyr ville medføre risiko for feil og problem. Tellu tilbød å også bruke privat nettbrett/mobil fra start. Etter pandemien har alle leverandører og prosjekt utviklet og tatt i bruk app for bruk på egen mobil/nettbrett. Erfaring gjennom pandemien har vist at dette nå fungerer godt og har lite feil, man unngår oppdateringer mv. Bruk av eget utstyr vil kunne gjøre DHO rimeligere og mer tilgjengelig. Samtidig er det viktig at kommunen har tilgang til å levere ut nettbrett til de som ikke har slikt utstyr selv, for å unngå digitalt utenforskap.

En erfaring fra utprøvingen er at samarbeid mellom kommune og spesialist om felles pasient forenkles når man benytter samme utstyr og programvare, slik man har erfart i Agder, Ullensaker og Bodø. Det gir mulighet for tilgang til måledata og pasientrapporterte opplysninger i DHO-løsningen. Basert på erfaringer fra utprøvingsperioden bør det være et prinsipp at pasienten ikke må bytte utstyr ut fra hvem han følges opp av. Dette støttes av alle prosjektene. Utstyslogistikk og vedlikehold kan være en utfordring med forløp på tvers, og bør tas stilling til ved etablering av tjenesten.

Gjennomføring av anskaffelse kan være en stor og krevende prosess, både for små og store kommuner. Det anbefales derfor at helsefellesskapene vurderer å samarbeider om anskaffelse og innkjøp. Det bør også stilles krav som understøtter samhandling og sømløs informasjonsdeling. Det gir et godt grunnlag for å samhandle om tjenesteutvikling og implementering. Det er viktig å koble på tilstrekkelige fagressurser både fra helsetjenesten, Ikt, jus og innkjøpskompetanse for å sikre gode anskaffelsesprosesser. Bruk gjerne andres dokumenter og erfaring og se om referanser[1].

Flere av prosjektene etterlyser sterkere nasjonal styring av anskaffelser med tanke på kompatibilitet med nasjonal samhandlingsinfrastruktur for samhandling mellom kommune og sykehus.

For prosjekt som skal starte opp med implementering av DHO vil det være hensiktsmessig å sikre at anskaffelsen stiller krav om at leverandøren kan levere programvare, app og utstyr som er funksjonelt og testet fra oppstart. Det må sikres at utstyret oppfyller Statens legemiddelverks krav til medisinsk utstyr og CE-merking. Det anbefales at det stilles krav til leverandørene om at systemene oppfyller, til enhver tid, gjeldende krav som stilles for tilkobling til den nasjonale samhandlingsinfrastrukturen.

Fotnoter

[1] [Teknologi i pasientens helsetjeneste - Helsedirektoratet](#)

7.8

Finansiering og bærekraft

Det ligger ingen føringer for sykehus og kommuner om å inngå økonomiske forpliktende samarbeid om digital hjemmeoppfølging. Digital hjemmeoppfølging har potensiale til å skape gevinster for begge parter som synliggjort i case fra Agder (se kapittel 7.4) og i flere andre gevinstrapporter. Ulike finansieringsmåter i helseforetak og kommuner skaper barrierer og stimulerer ikke til felles ansvar og løsninger.

I utprøvningsprosjektene har kommunene mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette har dekket prosjektleder, samt frikjøp av fastlege og sykepleier fra spesialisthelsetjenesten, i tillegg til noe ressurser ved oppfølgingstjeneste. Det har også vært krav om egenfinansiering, særlig kostnadene med anskaffelse og etablering av oppfølgingstjeneste og drift av DHO. For nye prosjekt vil dette medføre en pukkelkostnad som det tar tid å tjene inn.

I Agder hvor det er etablert en regional TMS, er det laget en betalingsordning for kommuner som bruker utstyr til å følge opp egen pasienter, eller som benytter tjenesten fra TMS i Arendal. Dette er beregnet ut fra lisens og utstyrs kostnader og andel personellressurs i oppfølging for de som benytter TMS. I tillegg jobber Agder med en felles logistikk-løsning av utstyr i 2022.

Rammebetingelsene rundt finansiering skaper utfordringer med å få på plass et helhetlig og koordinert helsetilbud, med samarbeid mellom sykehus, kommuner og fastleger. Det er per nå ikke noe incentiv for kommuner til å ta i bruk digital hjemmeoppfølging selv om det er sett som et viktig tiltak for å møte framtidens bærekraftsutfordringer. Digital hjemmeoppfølging skaper nye måter å yte tjenester på, og dette utfordrer finansieringssystemene hos fastlege og i sykehus. Takstene premierer fysisk oppmøte og ikke i tilstrekkelig grad bruk av digitale verktøy og digital oppfølging av pasient i DHO.

Det er planlagt oppstart av spredning av DHO fra 2022. Flere kommuner har startet i det små allerede, og det er mye aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Men det er så langt en liten del av aktiviteten som er felles på tvers av omsorgsnivå. Finansieringssystemet oppleves også som en barriere med tanke på forebyggende innsats og fordeling av kostnader og gevinster mellom kommuner og sykehus.

Det vil også være hensiktsmessig å bruke koder/ registre for å registrere aktiviteter. Dette gjør at det blir mer enhetlig fremstilling av hva aktiviteten har vært og enklere å finansiere. Eksempelvis å bruke IPLOS, kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), innsatsstyrt finansiering (ISF) for de regionale helseforetakene og modeller for fastlegefinansiering og takster. Nasjonalt velferdsteknologiprogram jobber for å innføre en registreringsmulighet i IPLOS/KPR.

Finansiering må stimulere til å tilby helhetlige tjenester for pasientene. Vi anbefaler at det inngås avtaler i Helsefelleskapet om samarbeid der både anskaffelser, logistikk og deling av kostnader inngår. I en driftssituasjon bør det foreligge en samfinansiering av aktiviteter som går på tvers av tjenester.

Måloppnåelse og gevinster av digital hjemmeoppfølging

Utprøving av digital hjemmeoppfølging har vært et utviklingsprosjekt der man gjennom erfaring og utprøving har sett på hvilke pasienter og pasientgrupper som har hatt nytte av tiltaket, og spisset tilbudet underveis. Det betyr at de pasientene som tilbys digital hjemmeoppfølging ved overgang til drift, har større grad av antatt nytte av tiltaket enn ved oppstart. De pasientcase som er utarbeidet og som ligger i rapportene til de lokale prosjektene er gode eksempel på hvilke pasienter og situasjoner hvor DHO gir god effekt, både for kvalitet på tilbudet og på ressursbruk i tjenesten. Det vil være interessant å følge videre gevinstkartlegging for å se effekter på sikt.

8.1

Mål og gevinstarbeid

Målene i den nasjonale utprøvingen av digital hjemmeoppfølging har vært å bidra til bedre fysisk og psykisk helse og bedre pasientopplevelse til en lavere kostnad (lavere ressursbruk) for helsetjenesten. Formålet har vært å få tilstrekkelig kunnskap til å komme med nasjonale anbefaling om implementering av digital hjemmeoppfølging som en del av tjenestetilbudet i helsetjenesten, og komme med anbefalte tjenesteforløp med klare inklusjons- og eksklusjons kriterier.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram legger følgende definisjon av begrepet gevinst til grunn, som beskrevet i tidligere gevinstrealiseringsrapporter:

Gvinster er nyttevirksomheter, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gvinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.[\[1\]](#)

Det er viktig at både prosjektene som har vært med i utprøving og nye prosjekt kartlegger og følger opp gevinster. Digital hjemmeoppfølging er fortsatt i utvikling, og det er viktig å fortsette å bygge på de gode erfaringene, og gjøre justeringer i tjenesten når dette er nødvendig for å oppnå ønskede effekter. Det er også en erfaring at det å fange opp pasienter før de må ha hjemmebaserte tjenester, og bidra til innsikt og hjelp til å fange opp forverring og håndtere dette uten å få gjentatte innleggelser, vil gi gevinster over tid. Her etterlyser prosjektene nasjonale føringer for å anbefale at digital hjemmeoppfølging tas i bruk som tjeneste, og også tydeliggjøring av ansvaret for, og viktigheten av, forebyggende tjenester.

Lokale målsettinger

Prosjektene lokalt har utformet egne målsettinger. I Oslo har VIS-bydelene definert at hovedmålet er å møte fremtidens utfordringer med demografi og ressurser blant annet ved bruk av Velferdsteknologi. Velferdsteknologi skal være en del av de ordinære helse- og omsorgstjenestene i bydelene, og både innbyggere og ansatte skal få økt digital kompetanse. Som delmål har de bla. angitt at innbygger skal være en aktiv deltaker og ta mer ansvar for egen helse, at man skal redusere/utsette eller forhindre behov for andre kommunale tjenester og redusere innleggelse på sykehus.

Målformulering i Larvik er at deltakere i utprøvingen skal få bedre fysisk og psykisk helse. Mer kunnskap og kontroll over egen helsesituasjonen, det skal resultere i en bærekraftig modell for DHO, og skaffe til veie fakta til det nasjonale prosjektet. Som delmål har de angitt økt egenmestring, kunnskap og trygghet for pasienten, avdekke forverring raskt slik at tiltak kan iverksettes så tidlig som mulig, og å utsette/minske behov for mer ressurskrevende tjenester, bidra til mer sømløse tjenester med god samhandling samt å utvikle og teste ut en digital egenbehandlingsplan.

Ullensaker /Gjerdrum har oppgitt samme målformulering som det nasjonale prosjektet og sagt at formålet med prosjektet lokalt har vært å få kunnskap og erfaring med DHO for pasienter med kols og hjertesvikt. Agder har også holdt seg til samme effektmål som det nasjonale prosjektet, og angitt som overordnet mål å bidra til en helhetlig satsing på DHO som sikrer overgang til drift i 2022.

Stad kommune har lagt de nasjonale målene til grunn og satt som resultatmål at de etter 3 år har grunnlag for å skildre inklusjons- og eksklusjonskriterier, at de har utviklet felles metodikk for pasientforløp og testa og ut kvalitetssikret metodikk, verktøy og konkrete pasientforløp. I Bodø ønsket man å gi kronisk syke en god helsetjeneste, ved å teste ut en ny måte å yte helsetjenester på i hjemmet, med skreddersydd behandlingstilbud der brukeren settes i stand til å håndtere sin egen helsetilstand med god støtte fra helsepersonell og teknologi.

Lokal gevinstplan og oppfølging av gevinster

På bakgrunn av lokale mål og delmål har prosjektene utarbeidet gevinstplaner, hvor de beskriver hvilke gevinster og effekter de vil kartlegge og hvordan dette skal gjennomføres og følges opp i prosjektet. Det har gjennom prosjektgjennomføringen vært diskusjoner om hvilke gevinster det er mulig å måle, og bevisstgjøring om hvorfor man måler. Flere prosjekt har koblet inn økonomiansvarlige for å knytte gevinstoppfølging tettere til ledelse og sikre forankring av arbeidet. Ved å planlegge tidlig hvilke gevinster man vil følge opp, skapes økt fokus på å oppnå ønskede effekter.

Effekter for brukere i tiltaksgruppen er kartlagt ved brukerundersøkelser gjennom spørreskjema, som har vært sendt ut anonymt med ca. 6 måneders frekvens. Noen har fulgt opp måledata eks for personer med diabetes, gitt faste spørsmål til gitte målepunkt i tillegg til at de har gjennomført evalueringssamtaler. Når det gjelder effekter for helsepersonell er dette kartlagt gjennom samtaler og tilbakemeldinger samt spørreundersøkelser til og møter med fastleger.

Alle prosjektene har kartlagt tjenesteforbruk i kommunen månedlig fra null-punkt til avslutning (maks 18 mnd.) ved uttrekk fra EPJ. Dette er oversendt forskerne, og også regnet ut lokalt. Det er kun Ullensaker/Gjerdrum i samarbeid med Ahus som har fått tilgang til registerdata for bruk av spesialisthelsetjenester.

Prosjektene har også utarbeidet flere brukercase, som beskriver effekter og gevinster knyttet til reelle pasientsituasjoner. Dette har vært viktig for å skape forståelse for hva digital hjemmeoppfølging kan bidra til i dialogen med ansatte og ledere i tjenestene.

I tillegg til kartlegging av gevinster har prosjektene også hatt fokus på kostnader og ressursbruk og evaluert innretning og organisering underveis. De har gjennomført større og mindre endringer og justeringer, der de har sett at det er nødvendig for en mest mulig hensiktsmessig og bærekraftig tjeneste.

Fotnoter

[1] [Helsedirektoratet, 2016, 2017. Første og andre Gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger](#)

8.2

Gevinster for brukere: Bedre helse og bedre pasientopplevelse

I brukerundersøkelser og evalueringssamtaler beskriver pasienter som er fulgt med digital hjemmeoppfølging økt trygghet og bedre mestring av sin situasjon. De har fått økt forståelse for egen sykdom og hva de selv kan og bør gjøre. En stor del pasienter oppgir også økt livskvalitet med bruk av DHO.

"I dag er det jeg som har kontrollen over egen sykdom og ikke sykdommen som har kontroll over meg! Antall legetimer og re-innleggelser har for meg vært langt færre etter jeg fikk ta i bruk den medisinske avstandsoppfølgingen."

- Pasient, Ullensaker

Pasientene opplever at de får kontakt med helsetjenesten når de trenger det, og at de får hjelp og støtte til å fange opp og håndtere forverring i sin situasjon. Å slippe reisevei er også positivt, dette gjelder særlig de som bor ute i distriktene og har lang reisevei for å få helsehjelp. Mange gir uttrykk for at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel. Den bidrar til bevisstgjøring av hva de selv kan gjøre for å holde seg friske, og fange opp tegn til forverring. Det ser ut til at pasienter er bedre rustet til å ta ansvar for å følge opp egen helse. I tillegg opplever flere brukere at de opplever at aktørene i helsetjenesten samhandler bedre etter de startet med DHO.

I Larvik svarte 100% at de følte seg tryggere på grunn av DHO. 41 % svarte at helsen var bedre enn før, mens 59% svarte at den var uendret. 58% gav uttrykk for at deres livsglede var bedre enn før. 89% mente at DHO hadde økt deres kunnskap om og forståelse for egne helseutfordringer. Dette er gode tall for pasienter med kroniske lidelser.

I Larvik svarer hele 58% at de opplevde redusert besøk til fastlege mens 32% opplevde redusert antall innleggelser på sykehus. I andre lokale brukerundersøkelser [1] svarer nærmere 25% at de tror de har færre innleggelser på grunn av DHO.

Oslo har fulgt langtidsblodsukker til 14 pasienter med diabetes, og sett at det i snitt har falt fra 8,1 til 7,1%. Dette kan ha stor betydning for helse og risiko for komplikasjoner. Fra Ullensaker er det meldt at DHO kan være med og gi mer presis legemiddeljustering eksempelvis ved blodtrykkskontroll.

Gevinstrapport fra Agder viser til pasienter som tidligere hadde forverring der de fikk antibiotika i 1 – 2 måneder, mens de etter oppstart av DHO hvor forverring ble fanget opp tidlig, startet med prednisolonkur og kunne forkorte sykdomsforløpet betraktelig. Dette har både en positiv effekt på helsetilstand og redusert antibiotikabruk.

Pårørende opplever støtte og avlastning når deres nærmeste følges med DHO. Det gir økt forståelse for situasjonen, og de opplever også at de selv kan få veiledning. Dette gjelder særlig for pårørende til kreftpasienter. Også pårørende som bor langt unna opplever at DHO bidrar til trygghet og avlastning ved at de vet at noen følger med.

Fotnoter

8.3

Gevinster for helsepersonell

I utprøvingen er det lagt vekt på helhetlig oppfølging, større grad av samhandling og bruk av tverrfaglige møter og utarbeidelse av egenbehandlingsplan for pasienter. Involvering av fastleger i etablering og utvikling av digital hjemmeoppfølging har vært viktig i prosjektet. Fastlegetjenesten er presset og det har derfor vært viktig å etablere arbeidsformer som gir nytteverdi også for fastlegene.

Tilbakemelding fra fastleger viser at de opplever at pasienter er mer bevisst på egen sykdom og at dialogen i legekonsultasjonene er bedre. De opplever at DHO gir god oversikt og fanger opp forverringer, og at det er en effektiv måte å følge opp pasienter på. Bruk av egenbehandlingsplan er nytt for de fleste fastleger, men de som har erfaring opplever at det er et godt verktøy for involvering og ansvarliggjøring av pasienten. De opplever også at det gir bedre beslutningsstøtte med pasientrapporterte opplysninger og målinger. Bruk av DHO har også bidratt til bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sykehus, særlig når man kan ha felleskonsultasjon med spesialisthelsetjenesten.

"Når fastlegene forstår hva digital hjemmeoppfølging er, er det lettere å få til et tettere samarbeid og utarbeide EBP. Emnekurs og Covid-oppfølging har bidratt til det."

- Fastlege, Bodø

I møte med fastleger i prosjektet ble det gitt uttrykk for at det er lettere å oppskalere og nedskalere egen legeinnsats, med eksempel fra Oslo hvor en pasient som ble fulgt med DHO reduserte fra månedlige kontroller hos fastlegen til 1-2 g pr år. Fastleger med erfaring fra digital hjemmeoppfølging opplever at dette ikke gir merbelastning på fastlegen, men heller bidrar til effektiv og riktig bruk. De ser også at det ikke passer for alle pasienter. Hyppige målinger kan utløse helseangst hos enkelte. For fastleger som ikke er kjent med bruk av egenbehandlingsplaner kan det å sette grenseverdier ved målinger, og det å sette opp eventuelt-medisiner ved forverring oppleves utfordrende. På bakgrunn av dette er det utarbeidet en [veiledning til bruk av egenbehandlingsplaner](#) i samarbeid med en faggruppe med spesialist fra sykehus, fastleger og sykepleiere i prosjektet.

Det er gjennomført emnekurs for fastleger, sykepleiere og spesialister i 4 av de lokale prosjektene. Det første i mars 2020, og øvrige i 2021 på grunn av pandemien. Emnekursene er svært godt evaluert, og blir viktig for å sikre opplæring og etablering av samarbeid og forståelse for hva DHO kan bidra til og det å bruke egenbehandlingsplaner for å ansvarliggjøre pasienten i oppfølging av egen sykdom.

Sykepleiere i oppfølgingstjenesten opplever at de får god kontakt med brukerne de følger opp. De kan yte god sykepleie, men på en annen måte. De opplever at DHO gir god oversikt over brukerne og at trafikklysmodellen gir god beslutningsstøtte og gjør det enkelte å prioritere hvem man følger opp.

Bruk av egenbehandlingsplaner og tverrfaglige møter opplever de at gir et bedre samarbeid med fastleger og at det gir et godt grunnlag for veiledning og oppfølging av den enkelte pasient.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for at pasientens målinger er nyttige. Det krever at de er kjent med at pasienten har digital hjemmeoppfølging, og at de får tilgang til data. Ved Lovisenberg sykehus opplever mange at pasientene tar med seg nettbrettet til polikliniske timer på medisinsk klinikk, og det medfører et tettere samarbeid mellom sykehus og bydelene. Dette understrekes v en lege ved medisinsk klinikk som uttrykker:

"Jeg synes faktisk at mye av helsedataene som dokumenteres, med fordel også kan brukes ved polikliniske kontroller eller innleggelser ...Å få denne dokumentasjonen inn i våre journaler høres veldig nyttig ut."

- Lege, medisinsk klinikk

8.4

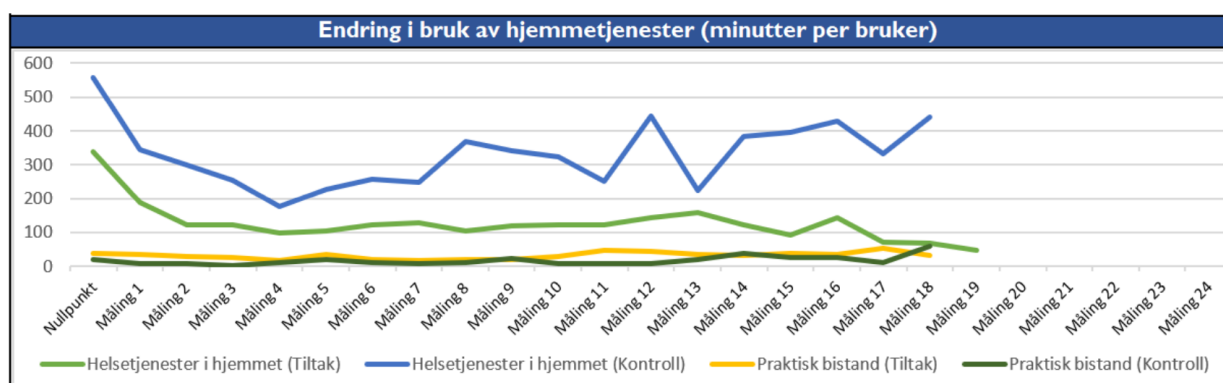
Effekter på bruk av helsetjenester

Antakelsen er at når digital hjemmeoppfølging gir økt trygghet og mestring for brukere, og bidrar til å fange opp forverring og iverksette behandling raskt, så vil det stabilisere sykdommen og kan føre til redusert bruk av helsetjenester. Effektmålet om lavere kostnad for helsetjenesten handler om mer effektiv ressursbruk, unngåtte eller reduserte kostnader og gir mulighet for økt omsorgskapasitet.

Effekt på bruk av kommunale helsetjenester

Alle prosjektene har kartlagt bruk av helsetjenester i kommunene for tiltaksgruppen og kontrollgruppen. Rapporteringene viser at det er en nedgang i forbruk av kommunale tjenester i tiltaksgruppen i forhold til kontrollgruppen, med noe variasjon mellom prosjektene. I noen tilfeller har behov for helsetjenester i hjemmet økt for kontrollgruppen, mens det er mer stabilt for tiltaksgruppen.

Eksemplet fra Bodø[1] under viser en besparelse på å innføre DHO, da de ser at forbruk av hjemmetjenester, øyeblikkelig hjelp og korttidsopphold har en nedadgående trend i tiltaksgruppen, mens kontrollgruppen har et høyt forbruk av tjenester, spesielt korttidsopphold. Den blå grafen er kontrollgruppen, mens den lyse grønne er tiltaksgruppen. Resultatet her gir betydelig økonomisk gevinst.



Bilde 4: Graf viser endring i bruk av hjemmetjenester, behovet øker for kontrollgruppen, mens det faller for tiltaksgruppen, særlig for helsetjenester i hjemmet.

For det enkelte prosjekt kan tallene på effekter for tjenesteforbruk for pasienter være små . Prosjektene har også nevnt at de har enkeltbrukere som har svært mye oppfølging og som derfor påvirker resultatet. Det er derfor utarbeidet flere pasientcase som beskriver gevinster og effekter for reelle pasienter. Pasientcasene viser reduksjon av behov for hjemmetjenester og andre helsetjenester, samtidig som det gir gode kvalitative effekter for bruker og pårørende.

Oslo rapporterer at mange av brukerne av digital hjemmeoppfølging ville hatt andre kommunale tjenester om de ikke hadde hatt DHO.

Eksempel fra Agder som viser effekt av DHO for en enkelt bruker med kols

Navn: Rune

Alder: 56 år

Bosituasjon: Bor alene

Jobbsituasjon: Tidligere lektor

Interesser: Jakt og fiske

Sykdomshistorie: Diagnostisert med KOLS

Ønsker og behov

- Rune var ofte urolig og utrygg rundt egen sykdom tidligere.
- Rune satte seg mål om vektnedgang, bedre kosthold og økt fysisk aktivitet.
- Han fikk veiledning i bruk av inhalator slik at han kunne være mer i fysisk aktivitet.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Rune mottok 14 besøk fra hjemmetjenesten per uke. Han hadde behov for tilsyn 2 ganger per dag grunnet utrygghet knyttet til sin sykdom.
- Hjemmetjenesten brukte i gjennomsnitt 10 minutter per besøk og 1 time tur/retur i kjøretid.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Rune startet opp med digital hjemmeoppfølging i januar 2020.
- Han mottok nettbrett og utstyr for å måle oksygennivå. Han bruker nettbrettet til å registrere verdier og symptomer.
- Han foretar målinger hjemme daglig, og følges opp av telemedisinsk sentral i Kristiansand.
- Dersom målingene gir gul eller rød verdi, mottar han ytterligere oppfølging.

Gevinster

- Rune opplever en forbedring av egen helse.
- Han opplever stor nytte av oppfølgingen han får fra telemedisinsk sentral og ønsker å fortsette, fordi det har gitt han økt frihet og trygghet i hverdagen. Dette har ført til at han er mindre engstelig enn før.
- Han er fornøyd med kostholdsveiledningen. Han blir oppfordret til økt fysisk aktivitet, og dette jobber han med.
- I perioden mars til september 2020 har oppfølgingstjenesten kun registrert fem gule og to røde målinger på oksygennivå i blodet og lungefunksjon. I disse tilfellene har telemedisinsk sentral tatt kontakt med Rune over telefon.
- Han har i dag ingen fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Dette utgjør ca. 48 000 kroner per måned i unngåtte kostnader knyttet til besøks- og kjøretid.

Uten digital hjemmeoppfølging

Tjenestebruk/tidsbruk per måned

- Besøk fra hjemmetjenesten: 560 min (9,33 t)
- Kjøretid: 3 360 min (56 t)

- Total tidsbruk: 3920 min (65,33 t)

Kostnader per måned

- Lønnskostnader hjemmetjenesten: 3 733 kr
- Kostnader til kjøring¹: 26 186 kr
- **Total kostnader uten DHO per måned: 29 919 kr**

Med digital hjemmeoppfølging

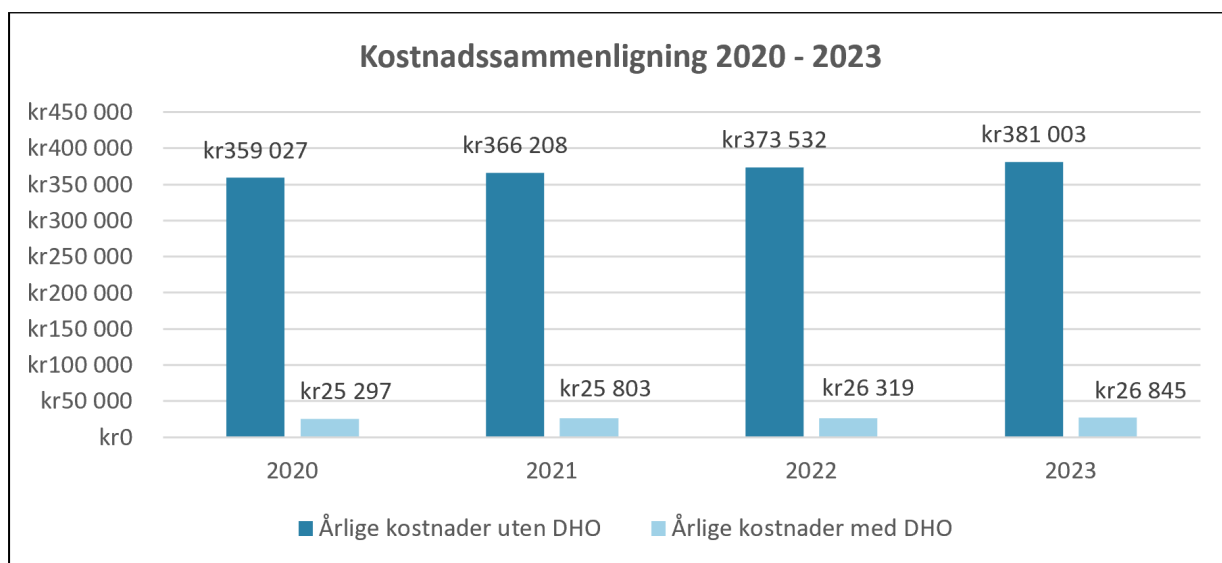
Kostnader for tjenesten per måned

- Lønnskostnader oppfølgingstjenesten: 1 212 kr
- Andre driftskostnader (lisenser og utstyr): 896 kr
- **Totale kostnader med DHO per måned: 2 108 kr**

Forventet fremtidig ressursbruk

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Rune ville fortsatt å motta hjemmetjenester i samme omfang som før oppstart, i tillegg til evt. hyppigere besøk hos fastlege.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det ikke at han vil forbruke hjemmetjenester i perioden 2021-20232.
- Gjennomsnittlig unngått kostnad til pleietid per år tilsvarer 784 timer.

Med digital hjemmeoppfølging kan det forventes årlige unngåtte kostnader på over 300 000 NOK.



Grafen viser at kostnad pr år for ordinære tjenester ligger på over 350 000 kroner, mens kostnad for DHO er på vel 25 000 kr. Besparelse er på over 300 000 pr år.

Effekt på bruk av fastlegetjenester

Det er et mål å få til bedre samhandling om kronisk syke i helsetjenesten, og å involvere brukere mer aktivt i oppfølging av egen sykdom. I utprøvingen er det lagt opp til tverrfaglige møter med pasient, sykepleier fra kommunen, fastlege og i noen tilfeller spesialist fra sykehuset, der man diskuterer og enes om individuelt tilrettelagt oppfølging av den enkelte pasient. Antakelsen er at dette vil bidra til å redusere behov for mer akutte besøk hos fastlege. I lokale spørreundersøkelser svarer mange pasienter at de opplever at de har

færre besøk os fastlege. Prosjektene har ikke hatt tilgang til data for bruk av fastlege og får ikke fulgt opp dette lokalt.

Tverrfaglige møter vil kunne øke bruk av fastleger i oppstart. Men det er potensiale til at bruk av fastlege kan struktureres og reduseres der også fastlegene ser på hvordan de bruker data fra DHO og legger om sin oppfølging. Endringen må også finansieres via takstsystemet.

Effekt på bruk av spesialisthelsetjenester

Antakelsen har vært at bruk av DHO i kommunehelsetjenesten for målgruppen med kroniske lidelser også vil redusere forbruk av spesialisthelsetjenester. Dette støttes opp av tidligere gjennomførte studier i utlandet, blant annet Danmark, knyttet til kols og hjertesvikt. [1] I denne utprøvingen er det ikke gått inn på effekt for enkeltgrupper/gradering, da det er en relativt liten populasjon, og kolsgrad heller ikke er registrert.

For prosjektene lokalt har dette vært vanskelig å følge opp, da de ikke har hatt tilgang til tall for bruk av spesialisthelsetjenester. Det er kun Ullensaker i samarbeid med Ahus som har fått tilgang til data på forbruk. Deres tall viser en betydelig nedgang i akuttinnleggelser og forbruk av spesialisthelsetjenester både ved uttrekk i 2020 og 2021[2] for alle, og noe mer for tiltaksgruppen enn kontrollgruppen. Dette skyldes nok også at smitteverntiltak har vært positivt for målgruppen under pandemien.

Flere prosjekt har også erfart flere pasienter som før oppstart av DHO hadde hyppige innleggelser, og som etter oppstart av DHO har unngått dette, blant annet på grunn av at forverring har blitt fanget opp og håndtert tidlig. Dette rapporterer pasienter selv i brukerundersøkelser.

I Larvik oppgav 32% av pasientene at de opplevde redusert antall innleggelser i sykehus sammenliknet med før de tok i bruk DHO[3].

Fotnoter

[1] Sluttrapport Bodø, vedlegg 1 b)

[1] [TeleCare Nord - Telemedisin i Nordjylland \(rn.dk\)](#)

[2] Sluttrapport fra Mila 1, Ullensaker/Gjerdrum og Ahus 2018 – 2021, vedlegg 1f)

[3] Sluttrapport fra Larvik, vedlegg 1c)

Barrierer og utfordringer

Utprøving av digital hjemmeoppfølging skal lede til anbefalinger til bruk i spredningsarbeidet. Gjennom prosjektperioden har prosjektene erfart ulike barrierer og utfordringer som også kan møtes i oppstart av spredning av digital hjemmeoppfølging i nye prosjekt og samarbeidskonstellasjoner. Prosessveiledning, støtte og erfaringsdeling i nettverk, samt oppfølging av ledere og prosjektledere har vært viktige tiltak for å jobbe med disse utfordringene og vil være det også i et spredningsprosjekt. Barrierene som er listet opp videre i kapittelet må ses på som områder som kan gi utfordringer. Barrierene er identifisert ut fra erfaringer i utprøvningsprosjektene, men også fra utfordringer man se i andre prosjekter innen DHO støttet av Innomed. Kultur og forutsetninger i de ulike prosjektene kan også være ulikt.

Organisatoriske barrierer

1. **Mangel på etablert styringsstruktur for tjenester hvor både Helseforetak og kommune inngår:** Til tross for anbefaling om Helsefelleskap, er det i dag svært få Helsefelleskap som opererer på et nivå hvor de oppleves som en etablert styringsstruktur for DHO-prosjekter som foregår mellom kommuner og sykehus. Dette fører til manglende felles styring, utviklingsporteføljer mellom kommuner og sykehus og manglende evne til å rydde i overgripende barrierer som går på tvers av omsorgsnivå.
2. **Uklare roller og ansvar i helhetlig tjenestemodell:** Pasientforløp som går på tvers av Helseforetak og kommuner krever en tydelig organisering hvor sektorovergripende oppgaver løses gjennom definerte roller og ansvarsområder. Mange oppgaver skal løses både med tanke på pasientbehandlingen, vedlikehold av tjenesten, support, utstyr, IT-drift og avtaleforvaltning. DHO kan eksempelvis føre til at pasienten sendes hjem, mens behandlingsansvaret fortsatt er spesialisthelsetjenestens, samtidig som pasienten kanskje også mottar kommunale tjenester. Dette skaper stor forvirring rundt roller og ansvar mellom kommuner og sykehus.
3. **Uklar rolle for fastlegen:** Mange fastleger opplever økt oppgaveomfang, og er bekymret for at DHO tilfører merarbeid. Ofte mangler tydelige samarbeidsavtaler knyttet til DHO, og fastlegen opplever heller ikke alltid at DHO-oppfølging blir kompensert gjennom takstsystemet (se barrierer om finansiering).
4. **Skifte i sentrale posisjoner.** Den organisatoriske forankringen kan bli utfordret ved utskifting av ledere og sentrale roller i organisasjonen

Kulturelle barrierer

1. **Ulik faglig tilnærming i kommuner og på sykehus:** På generelt grunnlag kan en si at Helsepersonell på sykehus er spesialisert på behandling av spesifikke diagnoser. Helsepersonell i kommuner fokuserer ikke utelukkende på diagnose, men mer på pasientens funksjoner og evne til mestring. Dette gjør det utfordrende å samarbeide om felles behandlingsplaner for pasienter, da man kan ha ulikt syn på hva man skal følge opp, og hva man skal måle.
2. **Manglende erfaring med faglig samarbeid:** På mange nivå er det nytt for kommuner og Helseforetak å samarbeide tett faglig. Dette skaper ofte stor friksjon i starten når de to partene skal skape tjenester sammen.
3. **Manglende tiltro til bruk av teknologi:** Det er nytt for helsepersonell (både på sykehus og i kommune) å stole på at rapporterte verdier fra pasient i hjemmet er riktig, og at informasjonsoverføring er sikker. Dette fører til at det tar lang tid å ta i bruk nye tjenester med teknologi.

4. **Manglende kultur for å benytte forebyggende tjenester for å unngå fremtidige kostnader:** Både på sykehus og i kommuner har man på mange måter en reaktiv tjeneste. Først når et virkelig behov oppstår, tilbys og tildeles helsetjenester. DHO kan forebygge uttak av mange helsetjenester, men det forutsetter lokalpolitisk vilje til å investere i det.
5. **Manglende endringskultur.** Endringer er ofte utfordringene og det må sikres forankring og informasjon i alle ledd når digital hjemmeoppfølging skal tas i bruk

Tekniske barrierer

1. **Manglende støtte for samhandling og informasjonsdeling:** Det er mangelfull tilrettelegging for digital informasjonsdeling mellom DHO-løsninger og journalsystemer/fagsystemer som helse- og omsorgstjenesten benytter i behandling- og oppfølging av pasienter. Manglende digital informasjonsdeling fører til mye manuelt arbeid med dobbeltføringer og risiko for feilregistreringer kan forekomme. For helsepersonell blir det tungvint å få oversikt over pasientens innrapportert data, og det gir begrenset beslutningsstøtte i klinisk arbeid. Det er for lite sømløs overgang i oppfølging av pasienter og det mangler mulighet for dialog mellom omsorgsnivå på pasienter som er utskrevet fra sykehus. Ulikt utstyr i omsorgsnivåene kan være en kompliserende faktor for pasienten.
2. **Mangelfullt nasjonalt rammeverk for informasjonsdeling og strukturerte data:** For å kunne utveksle og gjenbruke informasjon der det er hensiktsmessig for å følge opp pasienter, er det behov for å benytte strukturerte data. Strukturert informasjon / strukturerte helsedata er grunnlag for forsvarlig informasjonsutveksling og beslutningsstøtte.

Finansielle barrierer

1. **Silobasert finansiering av tjenestene:** Det at kommuner og sykehus finansieres hver for seg, på helt ulike måter, hemmer samhandling om felles pasienter. Det foreligger svært lite erfaring med samfinansiering av tjenester, og det oppleves at det mangler incentiver for dette.
2. **Manglende finansiering av forebyggende tiltak:** Hverken kommuner eller sykehus har i særlig stor grad finansiering av forebyggende tiltak, og det kan oppstå lokale forskjeller i tjenestetilbudet ovenfor pasienter med DHO-tjenester som resultat av dette. Eksempelvis oppleves det at innsatsstyrt finansiering ikke har tilstrekkelige incentiver for DHO-oppfølging av kronisk syke pasienter (eks. fra Kristiansand).
3. **Takster for fastleger og sykehus oppleves utilstrekkelige:** Det foreligger fortsatt «hull» i takstsystemet, selv om det har blitt bedre. Det oppleves at det lønner seg for sykehus å legge inn / behandle pasienten på sykehuset, og fastlegene mangler finansiering for DHO-oppfølging. Noen DHO-programvarer benytter algoritmer som kan skåne pasienten for konsultasjoner og tradisjonell behandling, men takstsystemet gjenspeiler ikke bruk av slike metoder.

Råd fra prosjektene: Hva kreves for vellykket implementering?

I sine avsluttende rapporter har prosjektene oppsummert læringspunkter og hvilke råd de vil gi til nye prosjekt som skal starte opp med digital hjemmeoppfølging, ut fra den erfaring de nå har. De viktigste rådene er oppsummert her. I tillegg har prosjektet utarbeidet og oppdatert Kvikkguide til digital hjemmeoppfølging som beskriver stegene i utviklingsprosessen, med eksempler og verktøy i arbeidet (se [kapittel med vedlegg og lenker](#)).

Sørg for forankring på alle nivå

Å sikre forankring i alle ledd er et felles råd fra alle prosjektene. Deltakelse må forankres i toppledelsen hos både kommune og sykehus, på alle ledernivå og i kliniske miljø, samt hos fastlegene. Alle deltakere må ha et eierforhold til prosjektet. Inngå forpliktende samarbeidsavtaler og sett klare mål. Alle bør ha en omforent forståelse av hva digital hjemmeoppfølging er, hva det kan bidra med og hvordan det kan gi gevinster for brukerne. Tidlig involvering er en forutsetning for å sikre samhandling mellom fastlege, sykehus og kommune. Disse bør inngå i felles arbeidsgruppe og bidra til forankring i sine miljø. Forankring er et kontinuerlig arbeid.

Sikre god planlegging av tjenesten

Et godt forarbeid er viktig for implementering. I et prosjekt som dette hvor det er svært mange interessenter, må man lag en god plan for kommunikasjon og samarbeid. Sørg for nok ressurser og tid til planlegging og gjennomføring. Det reduserer risiko og sårbarhet. Husk å involvere IKT-miljøene i tillegg til tjenestene. Bruk erfaringer fra de som har deltatt i utprøving, og se hva som kan passe i egen organisasjon. Ikke skap et behov for en helsetjeneste dersom behovet ikke er reelt

Gjennomfør felles anskaffelser

Anskaffelser bør gjøres i fellesskap, gjerne gjennom Helsefellesskapene. Det må inngå personell og fagekspertise på innkjøp/anskaffelse, informasjonssikkerhet og personvernsvurdering, samt helsepersonell og brukere, for å sørge for at anskaffelsen dekker både behovene til tjenestetilbydere, tjenestemottaker og lovpålagte krav om blant annet personvern. Se på anskaffelser andre har gjennomført. Husk at risikovurderinger og DPIA ofte tar lengre tid enn forventet.

Sørg for samhandling og bred forankring

Involver alle aktører fra start. Det er viktig å se hverandre som likeverdige samarbeidspartnere og sammen gjøre en grundig behovskartlegging og utarbeide gode helhetlige tjenesteforløp. Ikke alt trenger å være nytt for å være nyttiggjort. Bygg derfor videre på dagens systemer, strukturer og rutiner, og delta i utvikling og endringsprosesser. Integrasjon til kommunale vedtakssystemer fra starten av er nyttig, da det er mer krevende å gå inn i det i ettertid. Tydelige ansvars- og oppgavefordeling mellom oppfølgingstjenesten, fastlege og sykehus

Involver brukerne

Planlegg godt for brukerinvolvering i hele prosessen. Brukere ønsker sammenhengende og helhetlige tjenester og har viktige innspill. Ikke undervurder brukernes evne til å nyttiggjøre seg ny teknologi, alder er ingen hindring, men manglende motivasjon kan være det. Denne tjenesten passer til flere brukergrupper enn man kanskje tror i oppstarten. Påberegne god tid til pasientopplæring. Teknologien og tjenesten må tilpasses den enkelte brukers behov.

Følg opp kostnader og gevinster

Ta høyde for pukkelkostnader ved oppstart. Start tidlig med gevinstplanlegging, planlegg hvilke gevinster som skal kartlegges, hvordan de skal kartlegges og følges opp i drift. Gevinster kommer ikke med en gang, men det er viktig å få fram tall og brukererfaringer som viser opplevd nytte og mulige økonomiske innsparinger, og justere tjenesten for å nå målene.

Sikre god kompetanse og opplæring

Jobb med å kartlegge hvilken kompetanse det er behov for i prosjektgjennomføringen og hvilken kompetanse dere trenger og ønsker når tjenesten skal driftsettes. God opplæring av deltakerne og erfaringsnettverk for deling av råd og erfaringer er viktig. Oppfølgingstjenesten må ha god klinisk kompetanse i forhold til målgruppene, og gjerne bruke motiverende samtale som metode. Emnekurs og god felles oppæring i kliniske miljø skaper forståelse for hvordan DHO fungerer i praksis, forståelse for hverandres roller og styrke samhandling.

Gjør løpende vurderinger og justeringer

Start endringsarbeidet tidlig, involvere alle parter i organisasjonen som vil påvirkes av implementering av DHO, spesielt der det vil involvere tverrfaglig samarbeid om brukerne. Gjør fortløpende vurderinger i prosjektet, og ha korte sprinter mellom evalueringer av endringer i prosjektperioden. Lær av feil, endre underveis, involver tjenestemottakere. Brukercase, suksesshistorier og andre illustrerende eksempler er nyttige hjelpemidler for å skape forståelse for hva digital hjemmeoppfølging er og hvorfor det er satsningsområde.

Råd til nye prosjekt

Mål og strategi

- Klare mål og strategi fra toppledelse
- Tydelig ledelse og retning

Forankring forankring forankring

- Strukturer forankringsarbeidet
- Bygg relasjoner på tvers av siloer
- Opprett tverrfaglige team med mangfold av egenskaper
- Involver alle aktører i planlegging av tjenesten
- Sett av tilstrekkelig ressurser

Jobb smidig

- Gå raskt frem i liten skala. Test og juster og test igjen i stedet for å vente til man har alle svar
- Evaluer og gjør justeringer underveis

Aksepter at en trækker feil

- Sørg for en psykologisk trygghet for å feile
- Anerkjenn læringsverdien av feil
- Lag gode mekanismer for å sortere ideer og avslutte prosjekter som ikke er fruktbare

Gevinstrealisering

- Krever investering/innsats
- Tar tid, start med en gang!
- Evne til å se gevinster i perspektiv, vi ser kanskje ikke gevinster nå, men evne til å se at de kan komme på sikt

Innovasjon

- Innovasjon og forbedring er ikke det samme
- Innovasjon: Nytt, nyttig og nyttiggjort

Informasjonssikkerhet, Personvern-konsekvensutredning

- Vurder informasjonssikkerheten jevnlig
- Vurder og gjennomfør DPIA og ROS

Kompetanse

- I overnevnte punkter
- Spesielt mellomledernivå

Kunnskap fra forskningen

Utprøving av digital hjemmeoppfølging er fulgt av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. De har gitt ut to delrapporter [1] og en [sluttrapport fra evalueringen \(pdf\)](#). Disse ligger vedlagt til denne sluttrapporten (eller ved lenker). Under er et sammendrag av evalueringsrapporten, som viser hovedfunnene. Dette er skrevet av forskergruppen selv:

Tjenesten digital hjemmeoppfølging[2] innebærer at pasienter følges opp av helse- og omsorgstjenesten i sine hjem. Brukerne utfører avtalte målinger, og/eller svarer på spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett eller lignende i tråd med en individuell oppfølgingsplan, og brukerne kan følge med på egne resultater over tid. Måleresultatene overføres til en oppfølgingstjeneste, som tar kontakt med bruker dersom målingene ligger utenfor brukerens egne normalverdier. Personell i oppfølgingstjenesten gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra brukerens behov og egenbehandlingsplan. Målgruppen for digital hjemmeoppfølging er personer med middels til høy risiko for forverring av sin helsetilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester, herunder personer med kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft.

Helsedirektoratet har koordinert prosjektet som er prøvd ut i seks lokale prosjekter i kommunene Stad, Bodø, Larvik, Oslo (med bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen), Ullensaker (i samarbeid med Gjerdrum) og Kristiansand (som leder et regionalt prosjekt som omfatter flere kommuner i Agder). Formålet med utprøvingen var å få tilstrekkelig kunnskap til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tjenesten. Utpøvingen ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie, som innebar at en andel av de inkluderte pasientene mottok digital hjemmeoppfølging (tiltaksgruppe), mens de resterende inngikk i en kontrollgruppe som mottok vanlig oppfølging fra helsetjenesten. Det ble inkludert 735 deltakere i utprøvingen.

Et tydelig funn i evalueringen er at digital hjemmeoppfølging bidrar til økt trygghet for brukerne og deres pårørende. Flere elementer kan bidra til den økte tryggheten, blant annet at brukerne får økt kunnskap om og kontroll over egen sykdom og helse, at de har noen å kontakte og vet at noen følger med på deres målinger. Digital hjemmeoppfølging har også en positiv innvirkning på brukernes helse og livskvalitet, i hovedsak fordi helsetilstanden stabiliseres. 12 måneder etter inklusjon, var dødeligheten lavere i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

Evalueringen viser at det i tiltaksgruppen var en nedgang i andelen som mottok helsetjenester i hjemmet og en reduksjon i omfanget av slike tjenester 12 måneder etter inklusjon. Vi fant en økning i antall kontakter med fastlege i tiltaksgruppen, som i hovedsak drives av en økning i antall tverrfaglige møter (takst 1f og takst 14), ved inklusjon til forsøket. Det var imidlertid også en økning i antall ordinære konsultasjoner. Vi fant videre en økning i akutte innleggelser på sykehus inntil 12 måneder etter inklusjon i tiltaksgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. Denne økningen drives i hovedsak av en reduksjon i slike innleggelser i kontrollgruppen, og det er ikke grunnlag for å knytte denne effekten til tjenesten digital hjemmeoppfølging. Intervjuer med helsepersonell og brukere har identifisert eksempler på redusert behov for oppfølging fra hjemmetjenesten, og situasjoner der helsepersonell og brukere er sikre på at digital hjemmeoppfølging har bidratt til å unngå akutte sykehusinnleggelser.

Det er mange forhold ved utprøvingen og øvrige forhold, som koronapandemien, som trekker i retning av at man i fremtiden vil kunne se andre endringer i bruk av helsetjenester som følge av digital hjemmeoppfølging enn de som er observert her. Hvilke effekter som oppnås, vil avhenge av både utformingen og innretningen av tjenesten, omfanget og sammensetningen av brukergruppen, samt tidsperspektivet. Det er vanskelig å vurdere både retning og omfang på disse endringene.

Den samfunnsøkonomiske analysen viser at kostnaden ved å tilby digital hjemmeoppfølging overstiger verdien av bedret helserelatert livskvalitet og endret ressursbruk i helsetjenesten. Samtidig bidrar tjenesten til økt forståelse for og mestring av egen sykdom, og derigjennom til økt trygghet og fornøydhet med oppfølging av egen helse. Dette er virkninger som ikke enkelt kan prissettes, men som kommuner har vist betalingsvilje for, for eksempel gjennom ulike frisklivstiltak og trygghetsalarm. Vår vurdering er at summen av prissatt og ikke-prissatt nytte trolig vil overstige kostnadene ved å tilby digital hjemmeoppfølging, så lenge kostnadene holdes nede og tjenesten tilbys de som har størst behov og utbytte. Digital hjemmeoppfølging kan trolig bidra til å løse flere av utfordringene helsetjenesten står overfor, og organisert på en effektiv måte kan tjenesten bli en viktig del av kommunenes tilbud.

Fotnoter

[1] [Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#) Delrapport 1

[Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging - vedlegg.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging Delrapport II.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#) Delrapport 2

[2] Begrepet Digital hjemmeoppfølging er senere tatt i bruk som en samlebetegnelse for digitale tjenester til hjemmet. Evalueringen er kun knyttet til forsøket i regi av Helsedirektoratet.

PDF av rapporten

[Last ned rapporten som PDF](#)

Vedlegg og lenker

Vedlegg 1 – Lokale prosjektrapporter fra nasjonal utprøving 2018 - 2021:

1. [Sluttrapport Digital hjemmeoppfølging Agder 2021 \(pdf\)](#)
2. [Erfaringsrapport – Smart Helse - Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke i Bodø kommune, utprøving 2018 -2021 \(pdf\)](#)
3. [Sluttrapport for prosjekt Mitt liv, min helse, min plan i Larvik kommune, juni 2021 \(pdf\)](#)
4. [Sluttrapport VIS 2.0 Oslo, Bydel St. Hanshaugen, Bydel Sagene, Bydel Grünerløkka, Bydel Gamle Oslo i samarbeid med Lovisenberg Diakonale sykehus \(pdf\)](#)
5. [Erfaringsrapport frå Stad kommune, eit prosjekt i utprøving av digital heimeoppfølging 2018 – 2021 \(pdf\)](#)
6. [Sluttrapport Mitt Liv, mitt ansvar, Utprøving av digital hjemmeoppfølging 2018 – 2021, Ullensaker/Gjerdrum \(pdf\)](#)

Vedlegg 2 – [Evalueringsrapport av utprøving av digital hjemmeoppfølging, sluttrapport fra utprøving 2018-2021 UiO m fl. \(januar 2022\) \(pdf\)](#)

Vedlegg 3 [Oppsummering underveis – om utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten \(januar 2019\) \(pdf\)](#)

Vedlegg 4 – [Effekter av avstandsoppfølging Følgforskning av medisinsk avstandsoppfølging i delprosjektene VIS, Mestry, Godhelsehjemme, HelsaMi+, ved Intro International AS, 17.10.2018 \(pdf\)](#)

Verktøy

- [Kvikk-guide til utprøving av digital hjemmeoppfølging \(pdf\)](#)
- [Veiledning til utarbeidelse av Pasientens egenbehandlingsplan \(pdf\)](#)
- [Veiledning til kartlegging og tildeling \(pdf\)](#)

