

Digital hjemmeoppfølging – fra utprøving til spredning

Presentasjon på seminar i Bergen 14.2.2023

Siw H. Myhrer, Helsedirektoratet



Nasjonalt velferdsteknologiprogram 2022-2024

Overordnet mål:

«Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bidrar til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling»



Definisjon

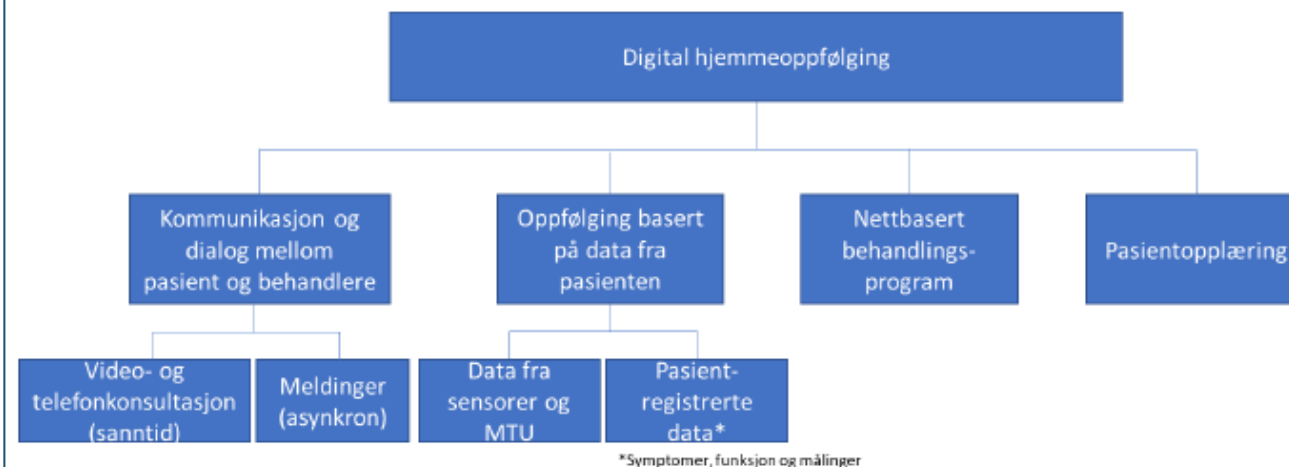
Forslag til definisjon:

Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt.

Arbeidsgruppen har identifisert fire ulike former for digital hjemmeoppfølging;

- Kommunikasjon mellom pasient og behandler
- Oppfølging basert på data fra pasienten
- Nettbasert behandlingsprogram
- Pasientopplæring

Figur 1 visualiserer hva digital hjemmeoppfølging betyr i praksis. Forslaget til definisjon har til hensikt å romme en bredde av ulike former for digital oppfølging og samhandling mellom pasienten og helsetjenesten. Figur 1 bør oppdateres etter hvert som denne type tjenester utvikles videre.



Figur 1: Oversikt over ulike former for digital hjemmeoppfølging



«Før måtte jeg ofte ringe 113. Nå kan jeg følge med sjøl. Jeg oppdager tegn til forverring og får veiledning av sykepleier når jeg har behov for det.»

Vigdis



Nasjonal utprøving 2018 – 2021; Økt trygghet og bedre helse med digital hjemmeoppfølging



Pasient:

- Økt trygghet og mestring
- Mer kunnskap om egen sykdom
- Økt livskvalitet
- Bedre helse
- Lavere dødelighet



Fastlege:

- Noe mer tverrfaglige møter og kontakt
- EBP er et godt verktøy for å involvere og ansvarliggjøre av pasienten
- Pasientene er mer bevist egen sykdom
- Dialogen i legekonsultasjon er bedre



Kommune:

- Effektiv oppfølgingsform
- Fanger opp tegn til forverring
- Egenbehandlingsplan er et godt verktøy
- Bedre samhandling
- Redusert behov for hjemmetjenester



Sykehus:

- Økt interesse for samarbeid om DHO
- Bedre samhandling
- Færre akuttinnleggelses jfr. pasienter og helsepersonell i intervju, men ikke synlig i forskningen

Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging

Publisert: 14.11.22

[Lenke Nasjonale faglige råd](#)

Tre råd:

1. Kommunale helse- og omsorgstjenester bør tilrettelegge for digital hjemmeoppfølging.
2. Før oppstart av digital hjemmeoppfølging bør det søkes samarbeid i helsefellesskapet.
3. Personer med kroniske lidelser med middels til høy risiko for forverring av helsetilstand bør tilbys digital hjemmeoppfølging som en individuelt tilpasset tjeneste.

Målgruppe

DHO skal være en integrert del av helsetjenesten



Pasienter med:

- Kroniske sykdommer med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus, økt behov for helse- og omsorgstjenester
- Betydelig behov for koordinering på tvers av sektor
- Forventet nytte knyttet til mestring, pasientopplevelse og ressursbruk.



I utprøvingen har dette vært pasienter med:
KOLS, diabetes, hjertesvikt, psykiske lidelser og kreft.

Ofte med flere diagnoser.

Rolf, 75:



- Bor alene uten nettverk.
- Hadde KOLS, forverring våren 2020. Var innlagt på sykehus, og ble meldt fra Legespesialist (Lungelege Flekkefjord sykehus)
- Ble med i prosjektet NVP DHO.
- Fikk brev ved avslutning av prosjektet. Måtte da søke kommunen om tjeneste i videre drift.

Deler av søknaden:

«Jeg har hatt stor nytte av dette og er overbevist om at rådene fra et kunnskapsrikt prosjekt team samt selvmedisinering gjennom min egenbehandlingsplan som har gitt meg mulighet til å starte medisiner tidlig, hvis nødvendig. Dette har ført til at jeg ikke har hatt noen sykehusinnleggelse i prosjektiden.

Digital hjemmeoppfølging gir meg en uvurderlig trygghet når jeg vet at helsepersonell får varsel dersom den daglige rapporten eller målingene ikke er bra eller at dette ikke er sendt til dem».

Forvaltning

- Vurdering av søknad blir gjort i samarbeid mellom forvaltning og hjemmesykepleien.
- Søknaden ble innvilget med tjenesten Digital hjemmeoppfølging. Tjenesten gis fra hjemmetjenesten i kommunen.
- Tiltaket ligger som digital hjemmeoppfølging (DHO) under helsetjenester
- Vurdering av tiltak er gjort fortløpende, som alle andre tiltak

Gevinster

Hvis Rolf ikke hadde fått DHO, ville han ha fått:

- Daglig besøk fra hjemmetjenesten, eller telefon tilsyn.
- Sannsynlig korttidsopphold etter innleggelse, med funksjonsfall

Emma, 19:



- Emma har en spiseforstyrrelse og sliter med sosial angst
- Hun har nettop flyttet til Oslo, for å starte på universitetet.
- Hun har fått oppfølging fra Sigrid som jobber i psykisk helseteam i Farsund de 3 siste årene
- I starten gikk Emma glipp av mye skole når hun hadde avtale med Sigrid, de startet derfor med DHO. De har begge blitt fortrolig med dette og Sigrid har nå organisert videre DHO for å gjøre overgangen lettere

Forvaltning

Forvaltning får melding fra Sigrid om at Emma ønsker å fortsette tjenesten etter at hun flytter til Oslo. De innvilger dette. Hun bruker egen telefon.

Benefits

- Det har vært tidsbesparende for Emma å møte Sigrid digitalt fra et møterom på skolen, og hun gikk ikke glipp av nesten en hel dag på skolen når de skulle møtes De har også god dialog i meldingene som nå er mer konkrete enn de var da de var på SMS
- Video samtalene er kortere og mer strukturert ut ifra Emmas behov.

*«Det var skummelt først.
Men han kan bo hjemme
og vi har fått hverdagen
tilbake. Hvis vi oppdager
forverring kan jeg justere
medisinen etter avtale
med fastlegen»*

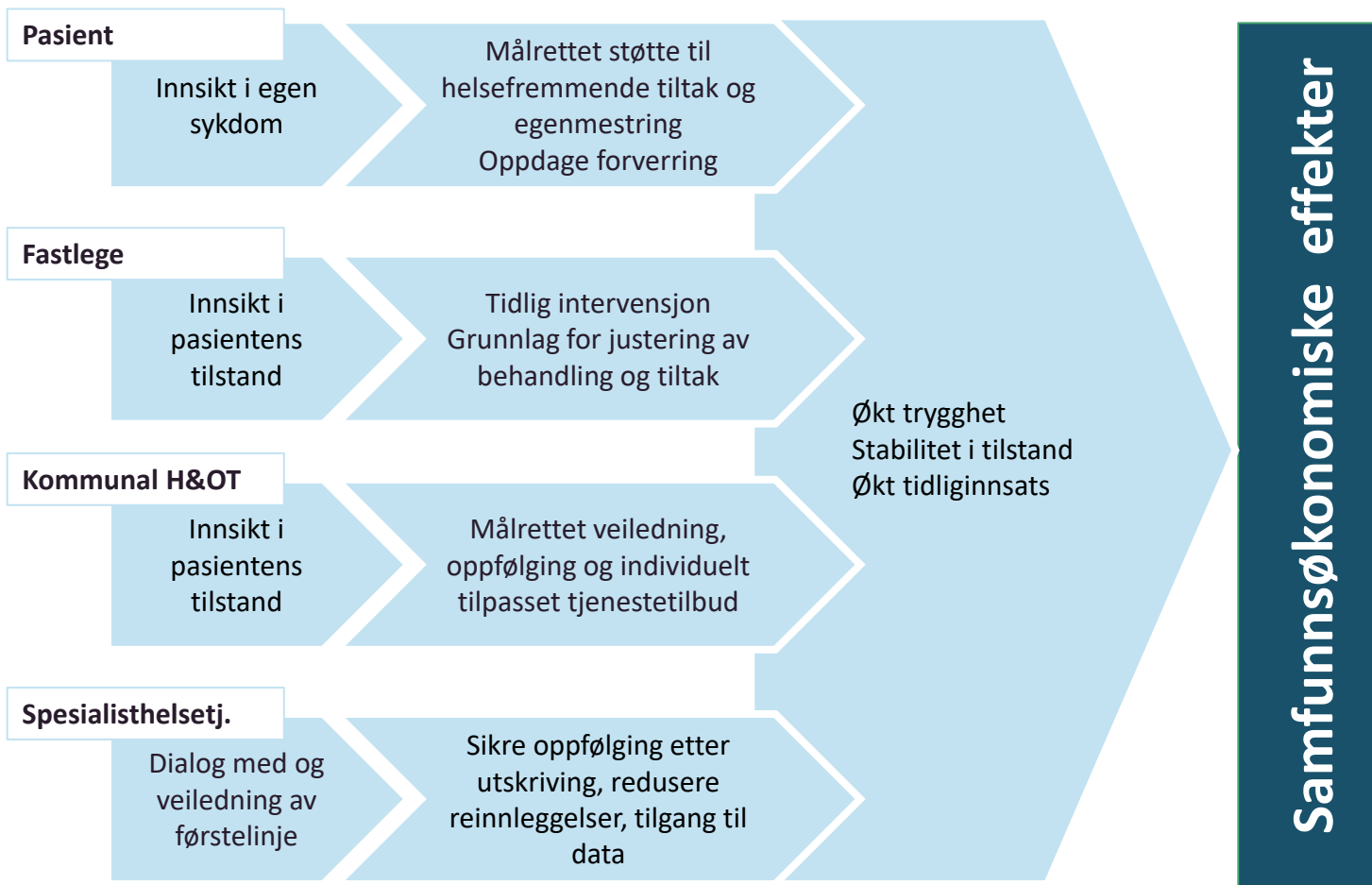
*Pårørende (82 år) til ektefelle
snart 95 år*



Hva skaper effekter

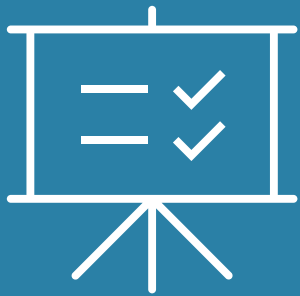


- Egenbehandlingsplan
- Rapportering og egenmåling
- Oppfølging



Samfunnsøkonomiske effekter

Mål for spredning av DHO 2022-2024



Effektmål

- Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys til kronisk syke
- Økt mestring og selvstendighet for brukere
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer

Resultatmål

- Det er etablert tilbud om digital hjemmeoppfølging i et samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024

Spredning av Digital hjemmeoppfølging 2022-24

Pr. 2022:

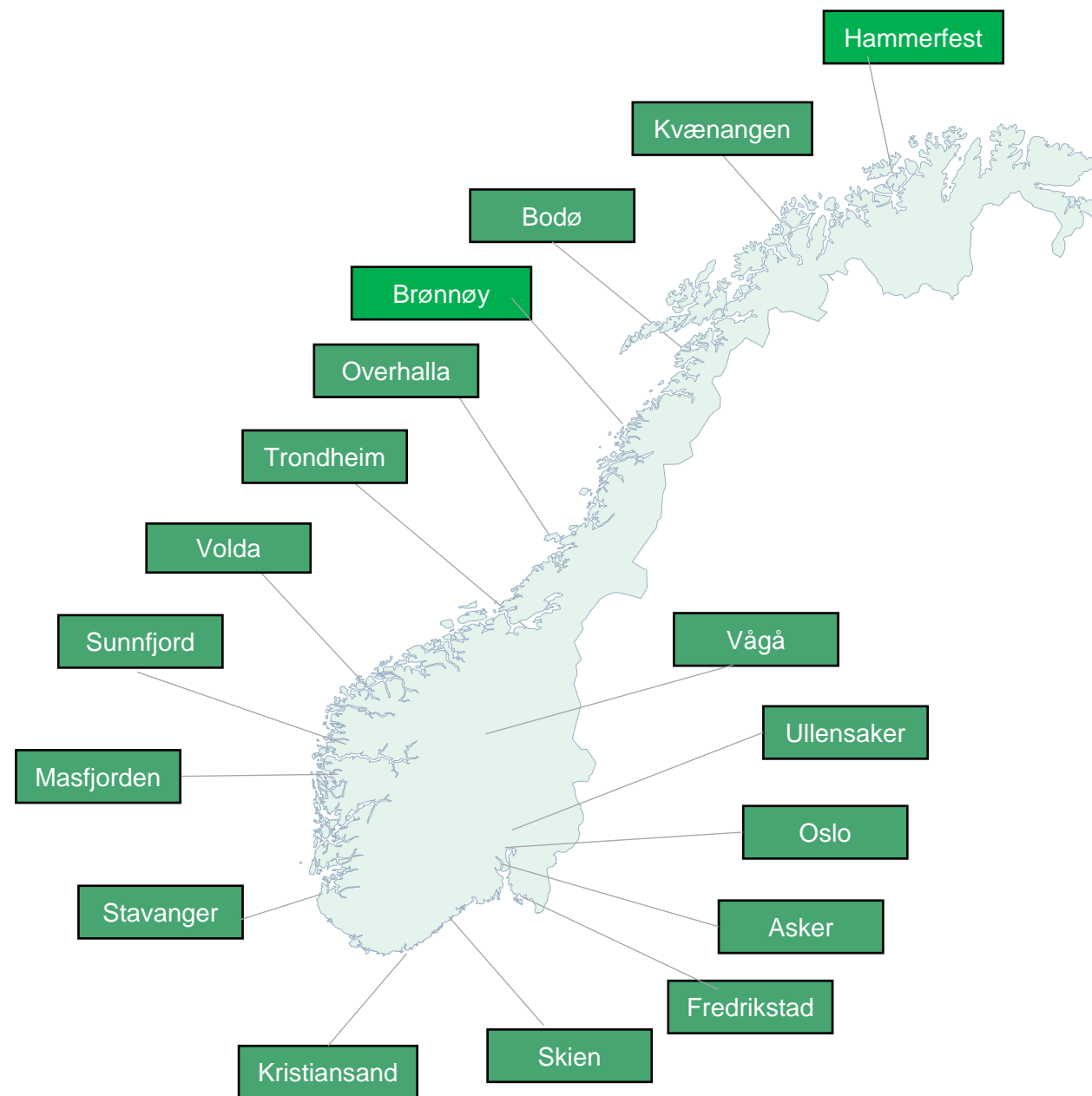
- 15 samarbeidsprosjekt: kommuner, fastleger og Helseforetak
- Omfatter 17 av 19 Helsefelleskap og 166 kommuner

Tilskudd for 2023:

Alle Helsefelleskap er med

- Nye prosjekt fra helsefelleskapene til Finnmarksykehuset og Helgelandssykehuset

885 pasienter følges med digital hjemmeoppfølging pr 31.12. jfr årsrapport



Felles tjenesteutvikling som strategi

- Krav til deltakelse fra alle aktører
- Innsiktsarbeid – hva er utfordringene?
- Bli enige om mål sammen!
- Jobb sammen om design og organisering av tjenesten



De fleste prosjektene befinner seg enten i milepæl 1 eller 2

Milepæl 1. Avklare behov

- ❖ Forankring
 - Kartlegg interessenter og lag forankringsplan
 - Risikovurdering
- ❖ Innsikt
 - Avdekke faktiske behov og årsaker til problemer gjennom:
 - a. Statistikk/tall fra interessenter
 - b. Gjennomføre intervjuer/være i dialog med interessenter
- ❖ Felles mål – Hva er problemet og hva ønsker vi å oppnå?
- ❖ Velge målgruppe
- ❖ Hva er forventet nytte?
 - For pasienter
 - For helsetjenesten
- ❖ Lag en gevinstplan - beskriv forventede gevinster

Milepæl 2. Utforme tjenesteforløp

- ❖ Beskriv dagens tjenestereise for valgte målgruppe
- ❖ Utarbeid ny tjenestereise
 - Bygg på erfaring fra utprøvningsprosjektene
 - Hvilke mulige synergier og alternativer har dere?
 - Hvordan organisere oppfølging av pasienter?
 - Diskuter forslag med ansatte hos alle aktører. Test løsningsforslag.
 - Definer rutiner og ansvar – bruker andres erfaring og tilpass
- ❖ Må dere anskaffe relevant utstyr og teknologi?
- ❖ Hvem kan dere samarbeide med i Helsefelleskapet?
- ❖ Start pilotering av tjenesten.

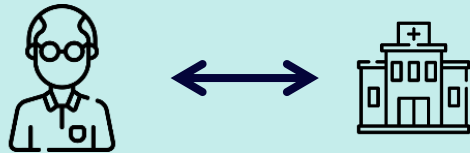
Milepæl 3. Helhetlig tjenestemodell

- ❖ Utarbeide en helhetlig tjenestemodell med tydelig rolle og ansvarsfordeling, samt konkrete oppgavebeskrivelser
 - Se eksempel fra utprøvningsprosjektene, hva må tilpasses lokalt?
- ❖ Sørge for at nødvendige og pålagte oppgaver i forbindelse med personvern og informasjonssikkerhet er ivaretatt

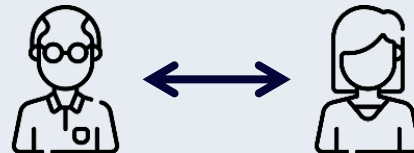
Ulike forløp for digital hjemmeoppfølging

1. Pasienten følges opp fra et oppfølgingscenter i kommunen/regionalt
2. Pasienter følges opp fra ulike tjenesteområder i hjemmetjenesten i kommunen (primærhelseteam)
3. Pasienter følges opp fra sykehus
4. Pasienter følges opp fra sykehus med overgang til kommunale tjenesteområder/oppfølgingscenter

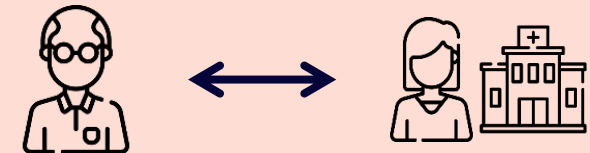
Mellom pasient og sykehus



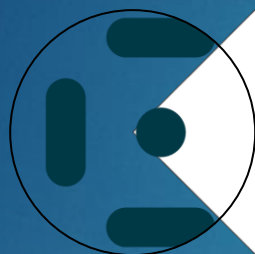
Mellom pasient og kommune



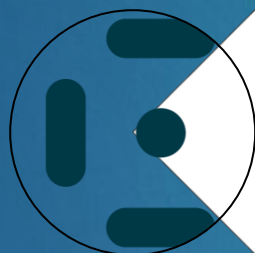
Mellom pasient, kommune (inkl. fastlege) og sykehus



Nasjonalt senter for e-helseforskning følger prosjektet:



DHO Implementering
(følgeforskning)



DHO Ressursbruk



DHO Oppsummert
forskning

**Helsepersonell må ta aktiv del i utviklingsarbeidet
- og ledere må ta eierskap til endringsprosessen!**



Vil du vite mer?

[Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021 – Helsedirektoratet](#)

[Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging - Uio et al.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Kvikk-guide digital hjemmeoppfølging \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Pasientens Egenbehandlingsplan \(EBP\) – en rask innføring.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[Animasjonsfilm om DHO](#)

[Velferdsteknologi: Ansvar for egen helse - Bing video](#)

[Velferdsteknologi: Aktiv og selvstendig - YouTube](#)

[Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke - Bing video](#)





HelseDirektoratet