

# Notat om aktuelle brukergrupper og antall tjenestemottakere for digital hjemmeoppfølging Vest i Viken

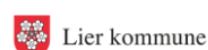
Et samhandlingsprosjekt mellom Vestre Viken HF, Drammen, Lier, Asker og Bærum kommuner



Sist oppdatert 2024.10.06

Intern versjon til diskusjon i styringsgruppemøte 10.10.2024

Partnere:



# Bakgrunn og ambisjon

Digital hjemmeoppfølging er nå etablert som tjeneste i Drammen, Lier og Asker kommune og det er nå ca 40 aktive brukere som mottar tjenester. Bærum kommune har ambisjon om å starte opp tjeneste når leverandør av teknologi er avklart. Vestre Viken har startet opp mer enn 30 ulike pasientforløp der pasientene har digital oppfølging. Det gjennomføres også en rekke forskningsprosjekter med utgangspunkt i digital hjemmeoppfølging.

Dette dokumentet samler anbefalinger og erfaringer fra fastleger, kommunale tjenester og sykehus med utprøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) for ulike brukergrupper. Det er en målsetting at notatet skal kunne benyttes i vurderingen av hvilke brukergrupper som bør prioriteres for å sikre en bærekraftig tjeneste.

## Innhold

Bakgrunn og ambisjon .....	2
Oppsummering / anbefaling.....	3
Digital først.....	3
Satsning for å inkludere flere brukere og brukergruppe i kommunene .....	3
Økt satsning på samhandling og digital infrastruktur.....	4
Analyse av aktuelle brukergruppene.....	4
1. Lungesykdommer .....	5
2. Hjerte- og karsykdommer .....	6
3. Kreft .....	9
4. Ernæring.....	11
5. Diabetes.....	12
6. Psykisk helse (angst/ depresjon) .....	13
7. Andre aktuelle brukergrupper .....	13
Referanser / linker til fagstoff.....	15
Vedlegg.....	17
Vedlegg 1 Effekter på forbruk av helsetjenester med DHO – erfaringer fra AHUS.....	17
Vedlegg 2 Kartlegging av gevinster ved InnoMed .....	19
Vedlegg 3 – kost&nytte brukere i Asker .....	20
Vedlegg 4 Brukerundersøkelse Asker kommune – per september 2024 .....	24
Vedlegg 5 - Brukerundersøkelse Drammen kommune – august 2024 .....	28

# Oppsummering / anbefaling

## Digital først

Et stort flertall av brukerne som får tilbud om digital hjemmeoppfølging er fornøyd eller svært fornøyd med tjenesten og ville valgt digital oppfølging på nytt dersom de fikk valget. Å introdusere digital hjemmeoppfølging gir brukeren større trygghet og innsikt i egen helse. En kontrollert introduksjonsperiode og løpende oppfølging av alle brukere sikrer at man raskt avdekker brukere som ikke har kompetanse eller forutsetninger til å benytte digital hjemmeoppfølging.

Vi anbefaler derfor et prinsipp om digital først når alle nye tjenestemottakere skal motta tjenester.

For å lykkes med en bærekraftig digital først strategi bør det vurderes nye organisasjonsformer og flere teknologier og løsninger som er tilpasset ulike brukergrupper.

## Satsning for å inkludere flere brukere og brukergruppe i kommunene

Nasjonalt program for digital hjemmeoppfølging har anbefalt å tilby digital hjemmeoppfølging til personer med kroniske lidelser. I dokumentet har vi avdekket at dette er svært store brukergrupper som i dag hovedsakelig følges opp av sykehus og fastleger. En diagnosefokuset tilnærming har vært krevende å analysere i et kommunalt perspektiv der tjenestemottakerne i større grad vurderes ut fra funksjonsnivå og pleiebehov.

Gjennom workshops med tildelingstjenesten, fastleger og prosjektgruppen har man identifisert relevante brukergrupper for digital hjemmeoppfølging. Basert på etablerte digitale pasientforløp på sykehus og de gjennomgående behovene innen ulike tjenesteområder, anbefales det å fokusere på pasienter med lungesykdommer, diabetes, hjertesvikt, ernæringsproblemer og kreft. Disse brukergruppene benytter helsetjenester på tvers av flere nivåer, og der både spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommuner anser digital hjemmeoppfølging som et nyttig verktøy for å forbedre kvaliteten på tjenestene og optimalisere ressursutnyttelsen.

En av de overordnede ambisjonene i kommunene har vært å tilby digital hjemmeoppfølging til brukere der målet er å redusere eller forebygge behovet for fremtidige kommunale tjenester. Dette er en brukergruppe det er krevende å lage presise kost- nytte vurderinger for uten at man har fulgt tjenestemottakerne over en lengre tidsperiode. Det er enklest å oppnå direkte realiserbare gevinster når tjeneste tilbys til en bruker som før oppstart av tjenesten mottar oppfølging flere ganger per uke og der disse kan erstattes helt eller delvis med digital hjemmeoppfølging. Samtidig har digital hjemmeoppfølging som en forebyggende og helsefremmende tjeneste gjort det utfordrende å fastslå et konkret volum av egnede tjenestemottakere. Erfaringer underveis har vist at enkelte brukere, som opprinnelig ble ekskludert grunnet manglende digital kompetanse, høyt tjenestebehov eller språkbarrierer, likevel har vist seg å være egnede tjenestemottakere. Dette understreker behovet for en kontinuerlig innsats på tvers av ulike tjenesteytere for å utvide tjenesten, samt viktigheten av en pragmatisk tilnærming til inklusjon.

For å identifisere og tilby digital hjemmeoppfølging til de aktuelle brukergruppene anbefales det å lage faste rutiner for gjennomgang og evaluering av samtlige mottakere av hjemmetjenester. Andre prosjekter fremhever særlig tildelingstjenesten som et viktig ledd i arbeidet med å

identifisere aktuelle brukere. Det er viktig å etablere og opprettholde god informasjonsflyt og kommunikasjon internt, samtidig som det arbeides bredt ut mot tildelingstjenesten, fastleger og sykehus for å sikre forankring.

I notatet har er følgende brukergrupper evaluert:

- Lungesykdommer
- Hjerne- og karsykdommer
- Kreft
- Ernæring
- Diabetes
- Psykisk helse (angst/ depresjon)

Til slutt er det listet en rekke andre brukergrupper som er diskutert, men ikke utredet.

## Økt satsning på samhandling og digital infrastruktur

Digital hjemmeoppfølging åpner opp for nye samhandlingsformer mellom sykehus, fastlege og kommunehelsetjenesten. Første fase av prosjektet har handlet om å få etablert tjenestene og sikret at systemene er sikre.

I videre arbeid vil det være behov for å se på dataflyt mellom tjenestene for å sikre en bedre utnyttelse av informasjonen som samles. Integrasjon mellom systemene for digital hjemmeoppfølging og journal og mulighet for å dele egenbehandlingsplan og måledata vil være noen av utfordringene som må løses bedre. En mulig videre satsning er å se på samordning regionalt for anskaffelser av teknologier og utstyr for digital hjemmeoppfølging. Drammen, Lier og Asker kommune er også sammen med Vestre Viken i oppstarten av et prosjekt for å pilotere deling av måledata mellom kommuner og sykehus.

Prosjektet har også sett at en tettere dialog mellom fagavdelingene på sykehuset og responscenteret i kommunene kan gi store gevinster (ref erfaringene fra Ahus og Ullensaker for oppfølging av KOLS og hjertesviktpasienter). I videre arbeid bør det sees på nye samhandlingsformer både mellom sykehus og kommune og mellom fastlege og sykehus/kommune for å sikre en bedre samordnet tjeneste for brukeren.

Arbeidet med et felles responscenter kan være første trinn for å sikre bedre samhandling.

## Analyse av aktuelle brukergruppene

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av brukergrupper som kan være aktuelle å følge opp med DHO. Brukergruppene er kategorisert etter diagnoser, til tross for at man i kommunene vil ha en mer helhetlig tilnærming der den enkeltes behov er utslagsgivende for utformingen av tjenesten. Formålet med dette kapitlet er likevel å gi en tydelig oversikt over behovene og mulighetene for DHO gjennom konkrete tiltak og relevant statistikk, og samtidig se dette i parallell med tjenestene i sykehuset.

**Under hver brukergruppe vil kapitlet inneholde:**

- En kort beskrivelse av brukergruppen
- Formål

- Tjenestebeskrivelse
- Teknologi
- Brukerrelatert nytte
- Nytte for tjenesten

*Kapittelet om brukergrupper er fremdeles under arbeid.*

## 1. Lungesykdommer

I 2021 var lungesykdommer den fjerde hyppigst registrerte dødsårsaken. Det antas at ca. 6- 7 % av befolkningen har KOLS. Studier viser at i løpet av 2015 ble omtrent 11 000 innlagt på sykehus som følge av akutt KOLS forverring. I snitt ble de innlagt 1,6 ganger i løpet av året (FHI, 2022). Beregninger viser at sannsynligheten for akutt reinnleggelse i sykehus for pasienter over 67 år som er innlagt grunnet KOLS/astma er ca. 29,8% i Vestre Viken HF (Helsedirektoratet, 2019).

## Oppfølging i kommune

### Formål:

- Tidlig identifisering av forverring
- Forebygge innleggelser
- Bruker skal få økt mestring og bevissthet rundt egen helsetilstand og iverksette tiltak selv ved forverring
- Utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester

### Beskrivelse av tjenesten:

- Første 14 dager måles vitale parametere daglig for å etablere normalverdier for den enkelte bruker.
- Bruker måler vitalia og sender inn egenrapporteringskjema i Tellu som avtalt med tjenesten.
- Følger tiltak som anført i egenbehandlingsplan.
- Generell informasjonsplattform med råd om kosthold, røykeslutt (link video, slutta, helsedirektoratet), trening og fokus på mestring.
- Instruksjonsvideoer med lungefysio – puste- og hosteteknikker/ slimmobilisering/ anfallsmestring

### Teknologi:

- SpO2
- Vekt

- Exorlive – leverandør av treningsvideo og øvelser

## Oppfølging i sykehus

### *Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*

#### **Formål:**

- Behovsstyrt poliklinisk oppfølging av pasienter med KOLS.
- Tidlig identifisering av KOLS forverring
- Forebygge innleggelser
- Pasienter skal få økt bevissthet på egen helsetilstand og iverksette tiltak selv ved forverring.

#### **Beskrivelse av tjenesten:**

- Pasientene mottar spørreskjema x2 per uke for rapportering av symptomer
- CAT x1 og RAND 36 hver 3.mnd
- Triagering av besvarelsene gir grønne, gule og røde svar
- Sykepleier følger opp pasientene med gule og røde besvarelser.
- Lege kontaktes ved behov
- Pasientene følges opp basert på tiltak i egenbehandlingsplan

#### **Teknologi:**

- Digitale verktøy for regelmessig utsending av oppfølgingsspørsmål og mottak av pasientrapporterte data
- App med bluetooth tilgang med spo2 apparat.

#### **Brukerrelatert nytte:**

- Bruker får mer fleksibel og behovsstyrt kontakt med helsetjenesten
- Blir mer oppmerksom på egne symptomer og tenker forebyggende
- Kan bidra til at kols-sykdommen bremses
- For de pasientene som har dho-oppfølging, har det redusert innleggelser og antall liggedøgn sammenlignet

## 2. Hjerte- og karsykdommer

I 2020 var om lag 483 000 personer i alderen 0- 74 år i kontakt med legevakt eller fastlege grunnet hjerte- og karsykdom. I løpet av 2020 mottok over 200 000 poliklinisk behandling eller ble innlagt i sykehus med en hjerte- og karsykdom som hoveddiagnose. Livsstilsrelaterte risikofaktorer som lav fysisk aktivitet, overvekt, røyking, diabetes og høyt alkoholinntak er fremhevet som sentrale innsatsområder i forebyggende arbeid mot hjerte- og karsykdommer (Ariansen et al., 2021). DHO kan være et verdifullt verktøy i dette forebyggende arbeidet, ved å

tilby behovstilpasset oppfølging som inkluderer støtte til bedre ernæring, motivasjon for økt fysisk aktivitet, og andre livsstilsendringer. For eksempel kan tilstander som gjennomgått hjerteinfarkt, langvarig ubehandlet hypertensjon og kransåresykdom føre til utvikling av hjertesvikt (LHL, u.å). Ved utvikling av hjertesvikt vil tett oppfølging av vekt, overvåkning av funksjonskapasitet, og sikring av god medikamentetterlevelse være avgjørende. I denne sammenhengen kan DHO bidra til tettere oppfølging, tidlig fange opp forverring, og potensielt forhindre sykehusinnleggelse.

## Oppfølging i kommune

### Formål

- Forebygge hjertesviktforverring og tidlig fange opp symptomatisk forverring
- Forhindre behov for innleggelse
- Etablere tidlig kontakt med helsetjenesten

### Tjenestebeskrivelse

- Første 14 dager måles vitale parametere daglig for å etablere normalverdier for den enkelte bruker.
- Bruker måler vitalia og sender inn egenrapporteringsskjema i Tellu som avtalt med tjenesten.
- Digital plattform med informasjon: kosthold, trening, livsstilsendringer, mestring av angst

### Teknologi/ faglige ressurser

- Blodtrykk
- Puls
- Saturasjonsmåler
- Vekt
- Exorlive

### Brukerrelatert nytte

- Bruker skal få økt mestring og bevissthet rundt egen helsetilstand.
- Tidligere fange opp forverring og iverksette tiltak selv.
- Bedre oversikt over sykdomsforløp som kan inngå som supplement ved konsultasjoner hos fastlege eller spesialist.
- Tilbudet kan i større grad tilpasses den enkeltes behov og endringer i helsetilstand.

# Oppfølging i sykehus

## Hjertesvikt

### Formål

- Behovsstyrt oppfølging av pasienter med hjertesvikt.
- Teste om individ- tilpasset brukerstyrt hjemmeoppfølging er gjennomførbart i daglig klinisk praksis og om det har gunstige langtidseffekter på kliniske, pasientrapporterte og helseøkonomiske utfallsmål
- Utprøving av samhandling med kommunehelsetjenesten som del av digital oppfølging
- Behovsstyrt oppfølging etter utskrivelse for hjertesviktforverring – vurdering av hvem som trenger legekontakt og eventuell oppmøtetime på sykehuset basert på pasientrapporterte data (digitalt)

### Tjenestebeskrivelse

- Pasienten logger seg inn i nettportal og besvarer oppfølgingsspørsmål og legger inn egne biofysiske målinger to ganger pr. Uke
- Oppfølgingsperioden er tre måneder etter utskrivelse fra sykehuset.
- Sykepleier mottar innkomne besvarelser og tar kontakt med pasienten når besvarelsen indikerer at det er behov
- Sykepleier konsulterer lege når det er behov
- Lege ber om oppmøtetime ved poliklinikken når besvarelsene/ dialog indikerer at det er behov for konsultasjon.

### Teknologi:

- Digitalt verktøy, Checkware, for regelmessig utsending av oppfølgingsspørsmål og mottak av besvarelser
- Beslutningsstøtte i form av triagering gjennom en “trafikklys- modell”
- Digital egenbehandlingsplan

### Brukerrelatert nytte:

- Kan forbedre livskvalitet, egenomsorgsevne og medikamentetterlevelse.
- Kan redusere reinnleggelser og polikliniske konsultasjoner på sykehuset.

### Nytte for tjenesten:

- Studien skal avdekke om
  - Digital oppfølging forbedrer ressursbruken på sykehuset og gir helseøkonomiske gevinster
  - Er gjennomførbart i klinisk praksis



## Ablasjon

### Formål:

- Digital oppfølging av pasienter etter gjennomgått ablasjon
- Tematisk register og generell biobank for atrieflimmer

### Tjenestebeskrivelse:

- Pasientene mottar spørreskjema 3 måneder etter gjennomgått ablasjon
- Pasientene med behov følges opp med telefonkonsultasjon med sykepleier/ lege

### Teknologi:

- Digitale verktøy for regelmessig utsending av spørreskjema og mottak av pasientrapporterte data

### Brukerrelatert nytte:

- Bedre etterlevelse av retningslinjer
- Smidigere pasientforløp som er persontilpasset og med raskere avklaring
- Bidra til færre innleggelseser
- God brukeropplevelse med økt helsekompetanse

### Nytte for tjenesten:

- Samle data til atrieflimmerregister

## 3. Kreft

Alle personer med nylig påvist kreftsykdom eller tilbakefall vil få tilbud om “Pakkeforløp hjem”. Pakkeforløpet består av tre samtaler hvor pasientens livssituasjon og behov for oppfølging blir kartlagt. Oppstartssamtalen gjennomføres på sykehus, mens de to påfølgende samtalene er regi av kommunen (Kreftforeningen, 2023).

I 2023 ble det registrert 9006 antall nye krefttilfeller i Viken (Kreftregisteret, 2023). I Bærum kommune er tilbudet om kreftkoordinator organisert som et lavterskel tilbud. I 2023 mottok kreftkoordinator 183 nye henvendelser og gjennomførte 147 fysiske samtaler, inkludert hjemmebesøk. Etter oppslag om kreftkoordinators rolle i Bærum, økte antall henvendelser i etterkant. Dette kan være en indikator på at tilbudet ikke er godt nok kjent i Bærums befolkning, men at det samtidig foreligger et behov for tettere oppfølging. 5 pasienter ble henvist “Pakkeforløp Hjem”, men antallet forventes å øke kraftig når sykehusene i Oslo, Drammen og Bærum vil henvise til denne oppfølgingen. De familiene som har behov for tettere oppfølging,

henvises til kreftsykepleierne, en vedtaksbasert tjeneste som er organisert under ambulerende tjenester. Antallet som mottar vedtaksbaserte tjenester på nåværende tidspunkt er ikke kjent, da det stadig er i endring.

I lys av tilbudet “Pakkeforløp hjem” og ønsket om å synliggjøre tilbudet, vil det være nærliggende å anta at aktiviteten i kommunene vil øke. DHO kan benyttes som et verktøy til gjennomføring av kartleggingssamtaler og tilby tettere monitorering av de som har behov for det. Behovet for en digital plattform ved oppfølging av pasienter med kreft, understøttes i samtale med kreftsykepleier i kommunen. Forslag til tjenestebeskrivelse og anbefalt oppfølging med DHO er utformet nedenfor i samråd med kreftsykepleier.

## Oppfølging i kommune

### Formål

- Tidlig identifisering av økt symptomtrykk
- Rask iverksetting av tiltak
- Behovstilpasset oppfølging

### Tjenestebeskrivelse

- Bruker måler vitalia og sender inn egenrapporteringskjema i Tellu som avtalt med tjenesten.
- Digitalt samtaleverktøy
- ESAS- skjema for symptomkartlegging.
- Egen innlogging for pårørende: fyller ut på vegne av brukeren?
- Generell informasjonsplattform med informasjon om kreftform, råd om kosthold, og fokus på mestring.
- Instruksjonsvideoer med lungefysio – puste- og hosteteknikker/ slimmobilisering/ anfallsmestring

### Teknologi

- Vurder aktuell teknologi for den gitte kreftformen og målet med oppfølgingen.
- Spo2
- Vekt

### Brukerrelatert nytte

- Tidlig fange opp forverring
- Etablert kanal for lettere kontakt med helsepersonell ved behov

## 4. Ernæring

I 2023 ble 25,8% av mottakere av helsetjenester i hjemmet i alder 67 år og oppover vurdert til å være i risiko for underernæring. Underernærte personer har høyere sykdomsbyrde, kortere levetid, økt risiko for komplikasjoner, og redusert fysisk og kognitiv funksjon. De har også lengre sykehusopphold og flere reinnleggelser. Underernæring forekommer i alle aldre og diagnosegrupper, men er ikke alltid synlig. Tidlig identifisering og tilpassede tiltak er derfor avgjørende for å forebygge underernæring. Individuell kartlegging er nødvendig for å lage en tilpasset ernæringsplan som gir effektive tiltak for den enkelte (Helsedirektoratet, 2024a).

Anbefale tiltak for å forebygge feil- og underernæring hos hjemmeboende inkluderer styrket informasjon og veiledning om kosthold, vurdering av ernæringsrisiko ved utredning av hjelpebehov, og utvikling av tverrfaglige team for eldre (Helsedirektoratet, 2024b). DHO kan bidra ved å monitorere ernæringsstatus, støtte individuelle ernæringsplaner, og sikre at tilpassede tiltak iverksettes raskt. Dette kan gi tettere oppfølging og redusere risikoen for underernæring gjennom kontinuerlig overvåkning og kommunikasjon med helsepersonell.

## Oppfølging i kommune

### Formål

- Forebygge underernæring
- Redusere risiko for ernæringsrelaterte sykdommer

### Tjenestebeskrivelse

- Egenrapportering i Tellu
- Utarbeides ernæringsplan i samråd med kompetent personell og bruker
- Kostregistrering
- Digital plattform med informasjon om kosthold, trening og livsstilsendringer

### Teknologi

- Vekt
- Exorlive

## **Brukerrelatert nytte**

- Økt kunnskap om egen situasjon
- Tilpasset behandlingsplan med tiltak kan fremme trygghet og mestring
- Bedre ernæringsstatus som reduserer risiko for komplikasjoner

## 5. Diabetes

### Kommune

#### **Formål**

- Kontinuerlig overvåking av blodsukkerkurve for tidlig identifisering av avvik og behov for justering av medisiner.
- Redusere senkomplikasjoner knyttet til diabetes.
- Redusere behov for sykehusinnleggelser gjennom tettere oppfølging.
- Individuelt tilpassede tiltak basert på pasientens daglige data og helseutvikling.

#### **Tjenestebeskrivelse**

- Egenrapportering i Tellu
- Rapportering av blodglukose i henhold til plan
- Eventuell veiledning og råd for livsstilsendring
- Utarbeide kostholdsplan i samråd med kompetent personell og pasient ved behov
- Utarbeide treningsplan eller øvelser for fysisk aktivitet

#### **Teknologi**

- Blodsukkermåler
- Blodtrykk
- Puls
- Vekt
- Exorlive

#### **Brukerrelatert nytte:**

- Støtte til egenmestring ved å gi pasientene bedre innsikt i egen helse og motivasjon til å følge opp behandlingsplaner.
- Større trygghet i hverdagen ved å ha oversikt over egen tilstand og mulighet for rask respons ved avvik.
- Mulighet for mer individuelt tilpasset oppfølging og behandling.

## 6. Psykisk helse (angst/ depresjon)

### Formål

- Tilby intervensjoner og selvhjelpsverktøy til flere
- Forebygge utvikling av psykiske helseplager (helsefremming) og behandling av lette til moderate psykiske helseplager

### Tjenestebeskrivelse

- Tilby evidensbaserte intervensjoner i ulike formater
- Brukere gjør en egenkartlegging av symptomer via portalen. Ut ifra scorer får bruker anbefalt et digitalt program.
- Programmene vil ha ulik grad av oppfølging

### Teknologi / faglige ressurser:

- Assistert selvhjelp (link – hjemmeside)
- Hverdagsglede for alle intervensjonen (Youwell/ Helsedirektoratet/ UIO)
- Hverdagsglede appen (Youwell/ Helsedirektoratet/ UIO)
- Individuell digital oppfølging (chat, personlig tilpasset plattform)
- Nettbrett/ telefon/ pc

### Brukerrelatert nytte:

- Mindre reisetid
- Mer tilpasset oppfølging
- Kvalitetssikrede evidensbaserte programmer
- Raskere hjelp
- Økt livskvalitet
- Mindre psykiske helseplager

### Nytte for tjenesten

- Mer effektiv bruk av ressurser
- Følge opp flere

## 7. Andre aktuelle brukergrupper

Under har prosjektgruppen listet andre aktuelle brukergrupper. Det anbefales at man i videre arbeid med Digital hjemmeoppfølging også kartlegger nytte for disse gruppene:

- Nyresykdommer
- Eldre og alkoholforbruk
- Aldersforandringer
- Pasienter med sammensatte problemstillinger

- Såroppfølging
- Transdiagnostisk
- Tuberkulose – DOT
- Avstandsoppfølging av stabile pasienter med smittsomme sykdommer, med risiko for forverring – feks ved neste pandemi. Kan hjelpe helsetjenesten til å møte ekstraordinær økt pågang av pasienter og øke kapasitet i oppfølgingen av pasienter som trenger å følges opp hjemme.

## Referanser / linker til fagstoff

Helsedirektoratet. (2024). *Matfaglig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/matfaglig-kompetanse-i-helse-og-omsorgstjenesten/tiltak/tiltak-for-a-forebygge-feil-og-underernaering-hos-hjemmeboende>

Helsedirektoratet. (2024). *Oppfølging av risiko for underernæring hos hjemmeboende*.

Helsedirektoratet. Hentet 15. september 2024, fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>

Kreftforeningen. (2023). *Pakkeforløp*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/dine-rettigheter-som-pasient/ventetider-og-pakkeforlop/>

Kreftregisteret. (2023). *Statistikkbank*.

Hentet 15. september 2024, fra <https://sb.kreftregisteret.no>

LHL. (u.å.). *Hjertesvikt*. Hentet 15. september 2024, fra <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjertesvikt/>

Kvantitativ studie gjort på bruk av videooppfølging ved DOT

<https://tidsskriftet.no/2020/01/originalartikkel/bruk-av-videosamtale-i-behandling-av-tuberkulose-sykdom-i-nord-norge>

Astma/ kols reinleggelse:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-astma-kols>

Andel som mottar kommunale tjenester:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2022/sammendrag>

Kols, ernæring:

<https://www.lhl.no/sunnere-liv/kosthold-og-ernaring-ved-kols/>

<https://www.fhi.no/nyheter/2024/ventetiden-oket-og-flere-fikk-behandling-i-spesialisthelsetjenesten-i-2023/>

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2024/aktivitet-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste-2023.pdf>

<https://www.vestreviken.no/om-oss/nyheter/pasientene-styrer-poliklinisk-oppfolging-selv/>

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2022/mottakere-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-i-2022/tjenestemottakere-etter-type-tjeneste>

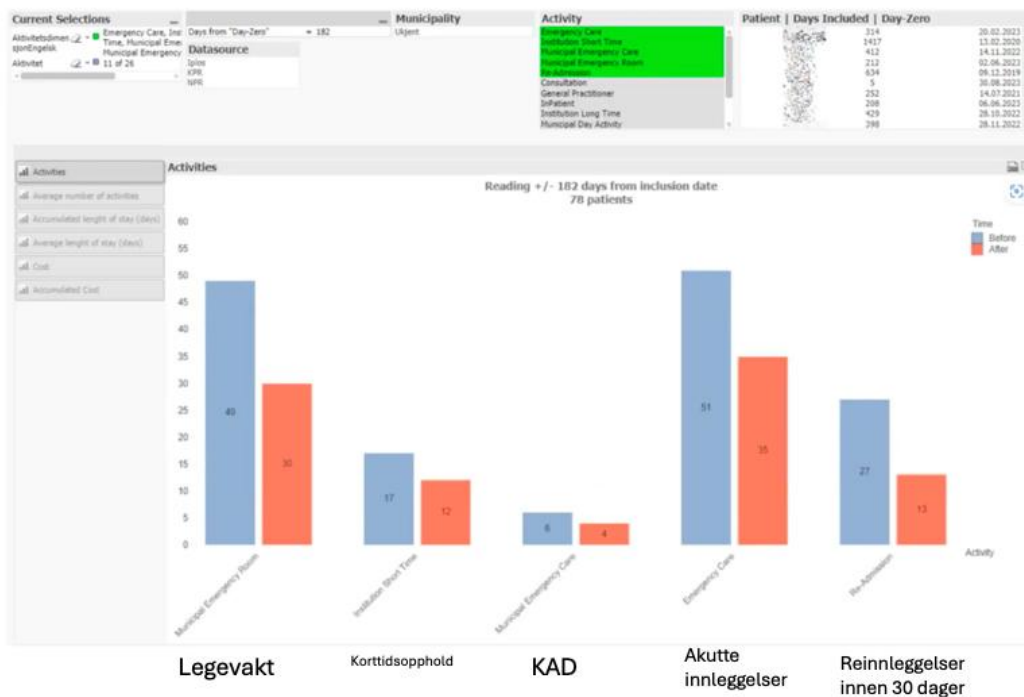
<https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=#utfordringer-i-folkehelsearbeidet-framover>



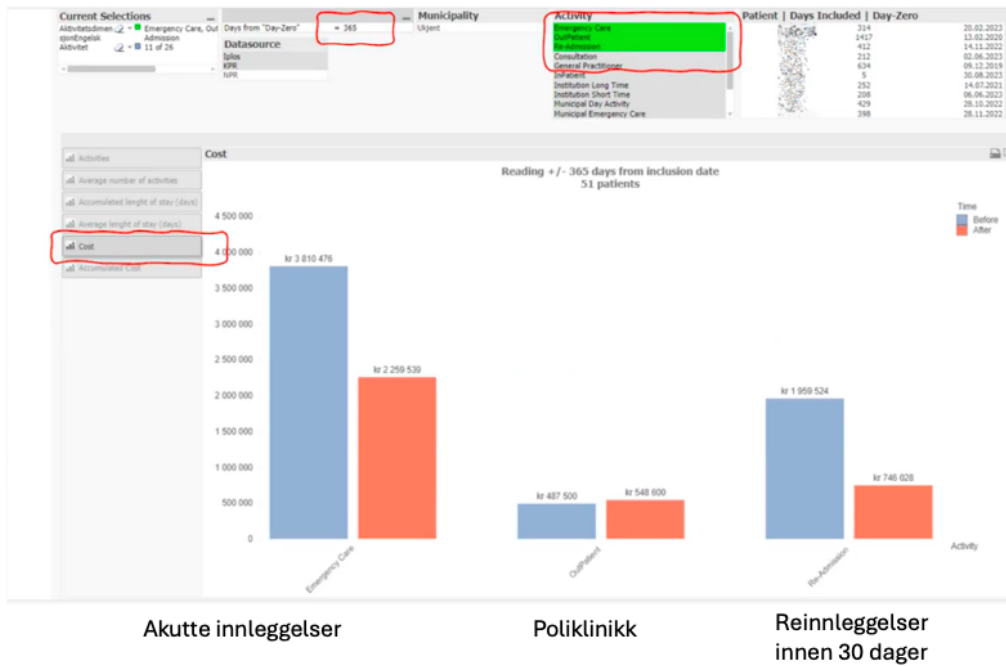
# Vedlegg

## Vedlegg 1 Effekter på forbruk av helsetjenester med DHO – erfaringer fra AHUS

- Benytter Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som inneholder IPLOS datasettet fra kommuner og alle som mottar Helfo- refusjoner og Norsk pasientregister (NPR) som er data med opplysninger om tjenester mottatt i spesialisthelsetjenesten.
- 148 pasienter med KOLS og hjertesvikt per august 2024. Av de 148 pasientene er det lest inn data fra 105. Det gjenstår arbeid for å få med de resterende 42 pasientene.
  - Avgrenser til inklusjon til de pasientene som har hatt tjenesten i 182 = 78 av de 105 pasientene har hatt tjenesten i mer enn 182 dager. *Obs: resultatene her baserer seg på tall fra 78 pasienter.*



- Blå søyle representerer før DHO og rød søyle viser etter DHO.
  - Legevakt: 49 --> 30
  - Korttidsopphold: 17 --> 12
  - KAD: 6 --> 4
  - Akutte innleggelser: 51 --> 35
  - Reinnleggelser innen 30 dager: 27 --> 13
- Viktig å bemerke at pasientene rekrutteres i sin habituelle situasjon og ikke i forbindelse med en innleggelse. Det er ønskelig at de som inkluderes i DHO i AHUS skal ha et visst forbruk av spesialisthelsetjenester. Dersom ikke er de mer aktuelle for andre tjenester.

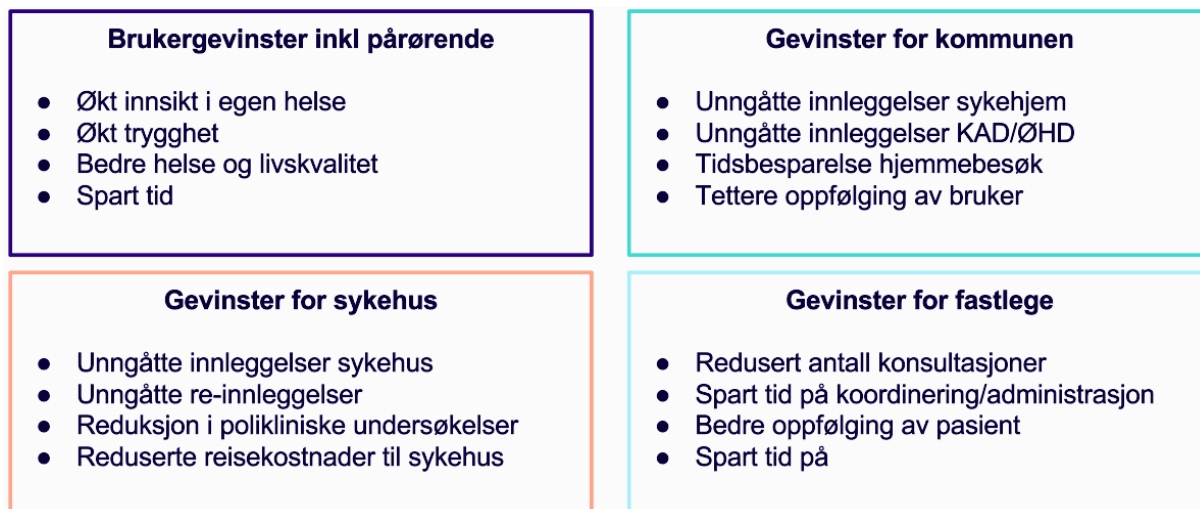


- Blå søyle representerer før DHO og rød søyle viser etter DHO.
- Kan fra sykehuset sin side se hvor mye det kostet før pasienten var en DHO bruker og hva det kostet etter at pasienten begynte å bruke DHO --> kan regne oss frem til hvor dyr kan DHO intervensjonen være for at den er bærekraftig.
- Ser en liten stigning i poliklinikk da all aktivitet som skjer i prosjektet kodes som poliklinisk aktivitet. Forebyggende innsats som gir noe økt bruk av dagtjenester, men til gjengjeld gir en reduksjon i døgntjenester.
- Jobber nå med å lage "kostnader per bruker" i kommunen.
- For KPR data er det lest data på følgende tjenestekategorier:
  - o Fastlege
  - o Legevakt
  - o Konsultasjon hos fysio/ tannlege
- For IPLOS er det lest inn data på følgende variabler:
  - o Korttidsopphold i institusjon
  - o Langtidsopphold i institusjon
  - o KAD
  - o Dagsenter
    - For tjenestetypene "hjemmesykepleie" og "praktisk bistand" i hjemmet er datakvaliteten for dårlig. Disse er **ikke** inkludert.
- IPLOS dataene rapporteres én gang i året. Dersom man skal kunne få bedre nytte av IPLOS- dataene må man ha hyppigere rapportering, bedre kvalitet og mindre rydding i dataene.
- Ingen signifikant forskjell i kontakter med fastlege
  - o 465 --> 447
  - o Noe økning i bruken av taksten for tverrfaglig samarbeid. Kan velge andre parametere (f.eks tidstakst, kostnad mm.) som gir ulikt bilde.

## Vedlegg 2 Kartlegging av gevinster ved InnoMed

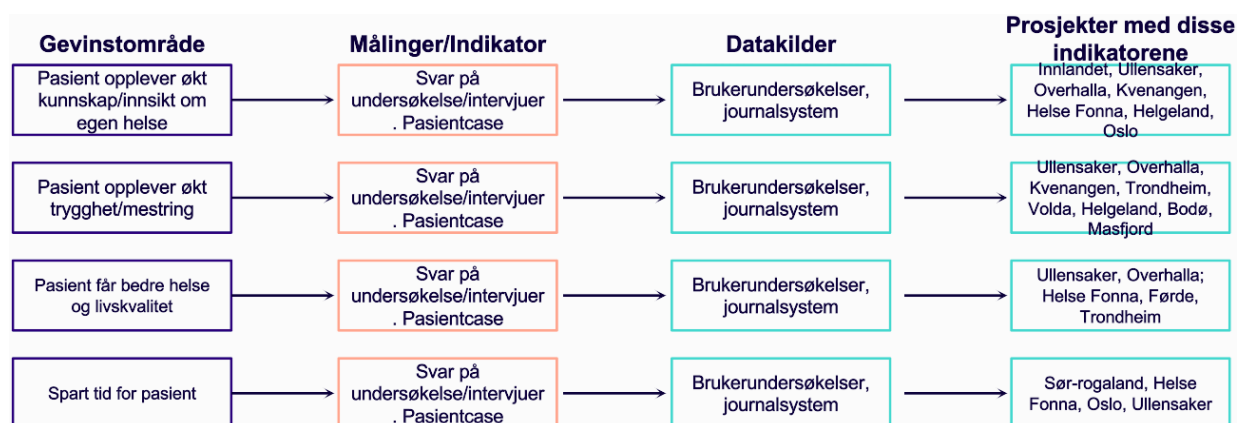
### Identifiserte indikatorområder fra andre DHO prosjekter

- Eksempler på gevinstområder for ulike grupper



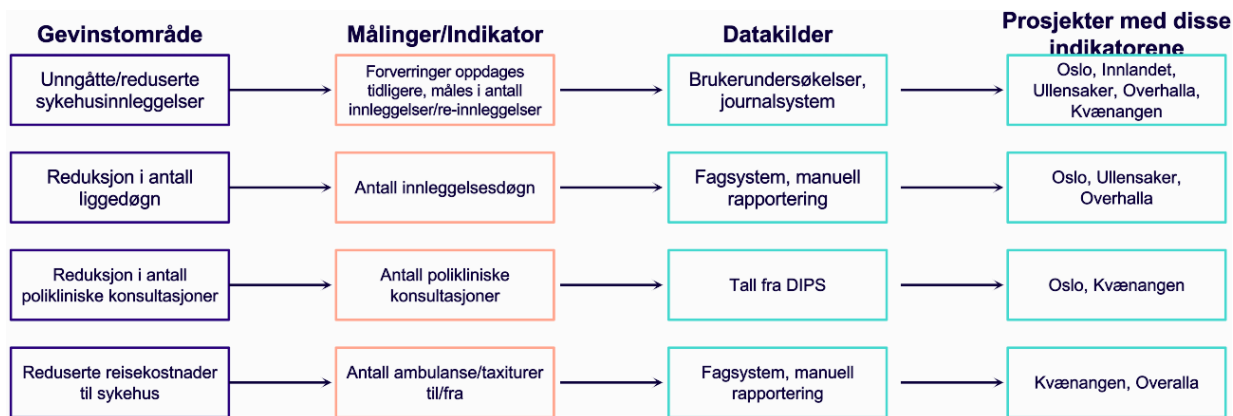
### Brukergevinster inkludert pårørende

- Eksempler på gevinstområder og mulige målinger/ indikatorer



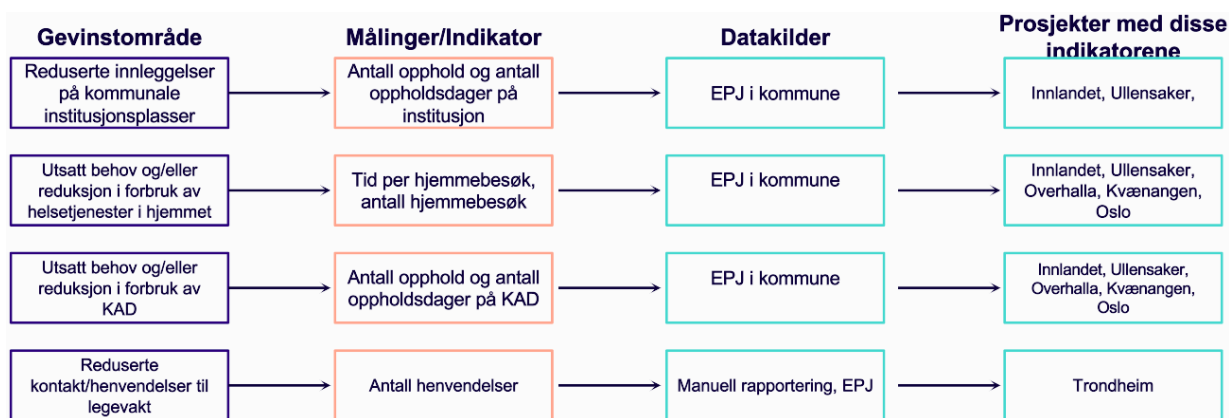
### Gevinster for sykehuset

- Eksempler på gevinstområder og mulige målinger/ indikatorer



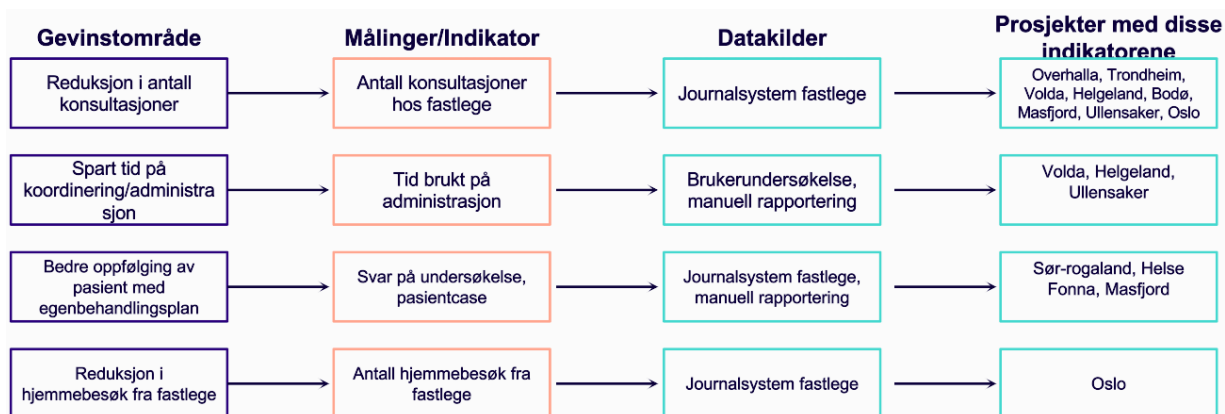
## Gevinster for kommunen

### - Eksempler på gevinstområder og mulige målinger/ indikatorer



## Gevinster for fastleger

### - Eksempler på gevinstområder og mulige målinger/ indikatorer



## Vedlegg 3 – kost&nytte brukere i Asker

## Sosiale Solfrid – 76 år



Jeg har nå sagt opp hjemmesykepleien slik at jeg er friere og kan bevege meg mer rundt i hverdagen.

Solfrid trives godt i nærmiljøet sitt, og det er viktig for henne å bo hjemme så lenge som mulig. Samt delta på sosiale aktiviteter og hun har flere styreverv

Solfrid er stolt av at hun ikke belaster kommunen ved å ha behov for hjemmetjenester, men vinteren kan derimot være utfordrende med is og glatte veier.

### GEVINSTER DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

- Har hatt hjemmetjeneste 3 ganger pr uke a 20 minutter som hun nå ikke har behov for og sagt opp.
- Skal starte med styrketrening i mai, etter motivasjon fra DHO
- Fastlegen opplever å få bedre beslutningsgrunnlag for medisinerendringer

### Familiestatus

Enke. Har 1 datter og barnebarn. Nærmeste familie bor 20 mil unna

### Bor i

Enebolig over flere etasjer. Ikke sentralt.

### Hva er viktig for deg?

- Å klare å være i aktivitet. Sykle på el-sykel

### Utfordringer

- Alvorlig lungesykdom. Avhengig av oksygen ved aktivitet og når hun kjører bil.
- Beinskjør
- Svingende vitale målinger som påvirker dagsform

### Har behov for

- Å håndtere sin egen forverring
- Tidligere dialog med fastlegen (unngå innleggelse)
- Styrketrening

### Tjenester

- Trygghetsalarm

### Teknologi i hjemmet

- Ingen relevante



Konen min kunne reise bort på en ukes ferie for første gang på lenge.

Rene liker å være selvhjulpen i hverdagen. Drømmen er å være med kona på turer i nærområdet og ta en tur med hurtigruta.

Når han blir syk/får en forverring blir han forvirret. Kona blir frustrert fordi han nekter henne å kontakte legehjelp. Det er viktig for Rolf og kona at de er selvhjulpne så lenge som mulig. Kona forteller at hun er engstelig for å dra fra Rolf ettersom hans tilstand fort kan forverres.

### GEVINSTER DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

- Trygghet for Rolf og kona
- Oppdage forverring/infeksjon tidligere for å få rask behandling og unngå funksjonstap
- Har gitt motivasjon til trening
- Begrenset bruk av ergoterapi x 2, tatt ut av venteliste

## Rene Sansen - 69 år

### Familiestatus

Bor med kona si og har to voksne barn samt en skokk med barnebarn

### Bor i:

Leilighet i sentralliggende strøk

### Hva er viktig for deg?

- Å være mest mulig selvhjulpen i hverdagen

### Utfordringer

- KOLS, svært redusert lungekapasitet og kontinuerlig behov av oksygenbehandling
- Undervekt
- Mobilitetsutfordringer pga begrenset lungekapasitet

### Har behov for

- Oppdage tidlig forverring av KOLS
- Opprettholde styrken han har i kroppen i dag for å mestre hverdagsaktiviteter

### Tjenester

- Trygghetsalarm

### Teknologi i hjemmet

- Tredemølle

## Bestemte Bahare – 53 år



Jeg har fått mer energi og overskudd til å gjøre ting som er viktig for meg i hverdagen. I dag har jeg til og med laget middag!

**Bahare** liker å trene, men har ikke hatt energi til dette på veldig lenge. Hennes almenntilstand svinger og hun utvikler sepsis ekstremt fort. **Bahare** bruker mye energi på å finne ut av hva som trigger gjentatte infeksjoner samt prøve å oppdage de tidlig. Hun har også mange tilsyn av personalet i omsorgsboligen gjennom døgnet for å hjelpe henne med dette. Hun har ved flere anledninger uttrykt at hun er sliten av å passe på sin helse og all oppfølgingen det medfører.

### GEVINSTER DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

- Personalet på bolig har færre tilsyn pr døgn
- **Bahare** har mer kontroll og oversikt over egne målinger som er avgjørende for å oppdage tidlig tegn til infeksjon
- **Bahare** har mer overskudd til å blant annet lage seg middag, trene og være med venner

### Familiestatus

Enke. Liten familie

### Bor

I døgnbemannet omsorgsleilighet.

### Hva er viktig for deg?

Ønsker å få overskudd og energi til trening

### Utfordringer

- Immunsvikt sykdom.
- Utvikler akutt sepsis
- KOLS med oksygenbehandling

### Har behov for

- Se tidlig tegn på når sepsis er under utvikling
- Kontroll over egen helsetilstand

### Tjenester:

- Medisinutlevering hver morgen
- Måling CRP daglig
- Tilsyn gjennom døgnet

### Teknologi i hjemmet

- Ingen relevant



Jeg får raskt kontakt med kommunens helsetjeneste når jeg har spørsmål og føler en trygghet i det. I vinter har jeg trent mye har også gjort hagearbeid nå i vår og der fungerer jeg mye bedre enn i fjor.

Bente har for en stund siden fått lungesykdommen KOLS og har behov for å lære å mestre sin KOLS sykdom samt riktig bruk av medisiner. Hun er også plaget med svimmelhet grunnet krystallsyke. Hun forteller at hun er mindre aktiv grunnet dette og at balansen er blitt svekket. Går korte turer og mannen har med en stol i tilfelle hun må sette seg i løpet av turen.

### GEVINSTER DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

- Bente gjør 4 styrkeøvelser daglig- forbedring i balanse
- Riktig bruk av inhalasjonsmedisiner
- Får raskt svar på spørsmålene hun stiller angående sin helsetilstand
- Økt bevissthet rundt hva som fremmer hennes helse

## Bereiste Bente - 75 år

### Familiestatus

Bor med ektefelle. Har barn og barnebarn i nærheten

### Bor i:

Enebolig veksler på å være i Norge og utlandet.

### Hva er viktig for deg?

Leve så aktivt som mulig uten å bli begrenset av sin helsesituasjon

### Utfordringer

- Dårlig balanse
- Plaget med svimmelhet grunnet krystallsyken
- Usikkerhet i å mestre sin lungesykdom inkludert ta medisiner riktig
- Artrose høyre kne

### Har behov for

- Styrke og balansetrening
- Støtte til å mestre sine helseutfordringer
- Økt kunnskap om lungesykdom og hva som påvirker positivt/negativt

### Tjenester

- Ingen vedtaksbaserte tjenester fra kommunen.

### Teknologi i hjemmet

- Ingen relevant teknologi



Det er viktig for meg med helsemålinger for å føle meg trygg. Det er viktigere for meg enn trening.

## Engstelige Ernst - 88 år

### Familiestatus

Bor alene og har liten kontakt med sønn og øvrig nettverk

### Bor i:

Eldre enebolig over to plan. Bruker begge etasjer og har bratt bakke opp til huset sitt.

Ernst har en tilstand hvor han får hyppige infeksjoner som kan utvikle seg til sepsis. Han har også hjerteflimmer. Har redusert styrke og balanse. Handler matvarer og andre tjenester på nett. Får tilkjørt matvarer fra Oda og står selv for tilberedning. Har ikke fornyet sertifikatet i år, og har stoppet å kjøre bil.

Ønsker langtids plass på sykehjem. Har søkt flere ganger og fått avslag

### **GEVINSTER DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING**

- Avsluttet hjemmesykepleie 15 min x 1 pr uke for observasjon i forbindelse med infeksjon
- Avsluttet tradisjonell oppfølging av HRM med besøk flere ganger pr uke
- Registrerer styrke og balansetrening x 1 pr uke.
- Trygget på utvikling av helsetilstand via målinger av SpO2, puls og temperatur. Måler hver dag, også lørdag og søndag etter eget ønske.
- Økt helsekompetanse

### **Hva er viktig for deg?**

Ønsker å bo enklere. Vil bo på sykehjem på Hurum. Vil ha tid til å drive med slektsforskning

### **Utfordringer**

- Dårlig balanse
- Er engstelig for utvikling av sepsis
- Er ikke motivert for trening
- Tungvint med stort hus

### **Har behov for**

- Styrke og balansetrening
- Støtte til å mestre sine helseutfordringer

### **Tjenester**

- Multidoseutlevering hver 14. dag
- Trygghetsalarm

### **Teknologi i hjemmet**

- Ingen relevant teknologi



Jeg har nå sagt opp hjemmesykepleien slik at jeg er friere og kan bevege meg mer rundt i hverdagen.

## Bestemor Berit – 82 år

### Familiestatus

Skilt. Har 3 barn og mange barnebarn som bor i nærheten og som hun har god kontakt med. Har godt nettverk i nabolaget. Har hund.

### Bor i

Eldre enebolig over flere etasjer. Ca en km til sentrum

Berit trives godt i nærmiljøet sitt, og det er viktig for henne å bo hjemme så lenge som mulig. Samt delta på sosiale aktiviteter i nettverket sitt.

Berit har begynt å kjenne på en del aldersforandringer som gir utslag i smerte. Artrose, hodepine mm. Har gått ned i vekt. Har oppsøkt legevakten flere ganger den siste tiden.

### **GEVINSTER DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING**

- Fikk praktisk bistand, trygghetsalarm og DHO samtidig
- Forebyggende for ytterligere tjenester fra hjemmesykepleien eller andre HRM tjenester.
- Blir tryggere på egen helse via målinger av BT. Reduksjon av BT medisiner med bakgrunn i registreringer fra DHO.
- Færre legevaktbesøk

### **Hva er viktig for deg?**

- Å klare å være i aktivitet og gå tur med hunden sammen med naboen.

### **Utfordringer**

- Høyt BT, generelle aldersforandringer med smerteproblematikk.
- Svingende vitale målinger som påvirker dagsform

### **Har behov for**

- Få kontroll over egen helse
- Trygghet via oppfølging av helsepersonell

### **Tjenester**

- Praktisk bistand
- Trygghetsalarm

### **Teknologi i hjemmet**

- Ingen relevante

## Vegard Beider 87 år



Sønnen min opplever det som en veldig god trygghet at jeg har digital Hjemmeoppfølging

### Familiestatus

Enkemann. Tre barn hvorav nær kontakt med en av sønnene

### Bor

Bor alene i enebolig med stor hage

Vegard ble akutt syk på ferietur for 1,5 og lå 4 uker på respirator på feriestedet før han kom hjem til Norge. Gikk mye ned i vekt og var til opptrening på døgnrehabilitering noen uker og vider til dagrehabilitering.

### GEVINSTER DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

- Fokus på ernæring. Lager stort sett middag på komfyr hver dag. Har gått opp 2 kg i vekt.
- Rapporterer på trening. Ergometersykel og turer i hagen med staver
- Trygghet for sønnen og han
- Økt vekt
- Oppfordret til fastlegebesøk ved høyt blodsukker over tid

### Hva er viktig for deg?

Ønsker å få overskudd og energi til trening

### Utfordringer

- Ernæring - Lav vekt
- Høyt BT
- Diabetes

### Har behov for

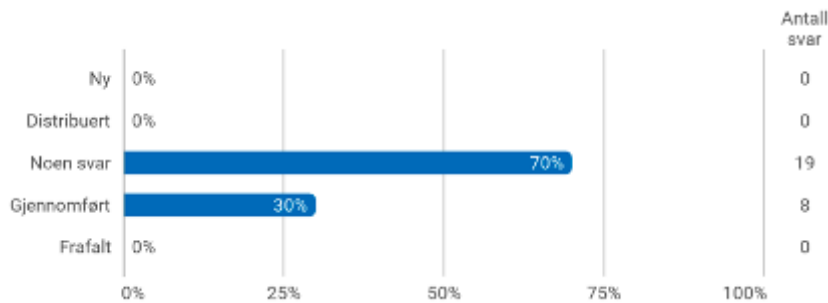
- Se tidlig tegn på når sepsis er under utvikling
- Kontroll over egen helsestatus

### Tjenester:

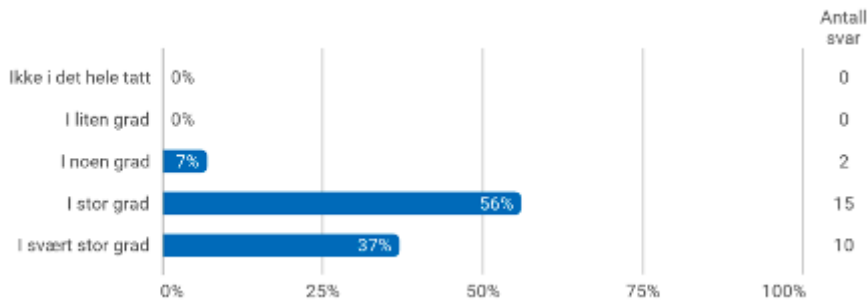
- Medisinutlevering hver 14. dag
- Trygghetsalarm
- Responstjeneste DHO
  - Vekt x 1 pr uke
  - Blodsukker x 3 pr uke
  - BT x 1 pr uke
  - Egenrapportering

## Vedlegg 4 Brukerundersøkelse Asker kommune – per september 2024

### Samlet status

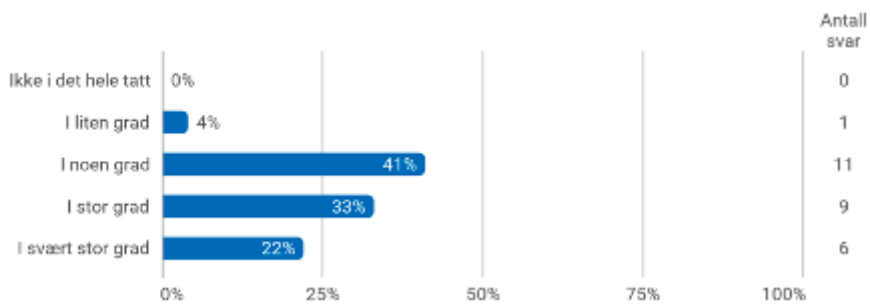


### I hvilken grad bidrar digital oppfølging til at du føler deg trygg i oppfølgingen?

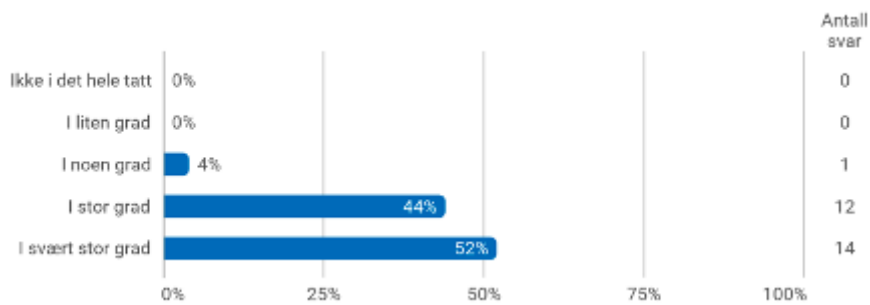


### I hvilken grad gir digitale oppfølging deg økt kunnskap om egen helse og sykdom?

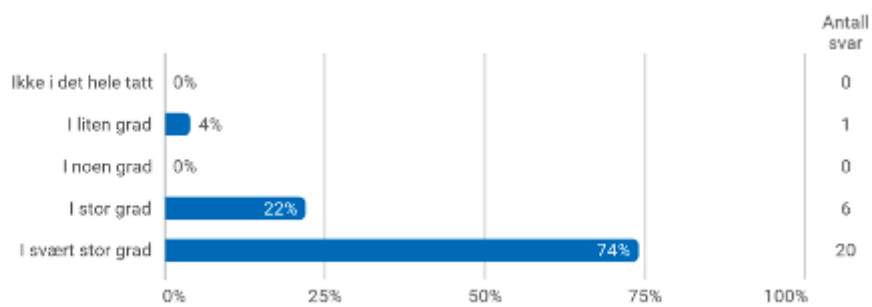




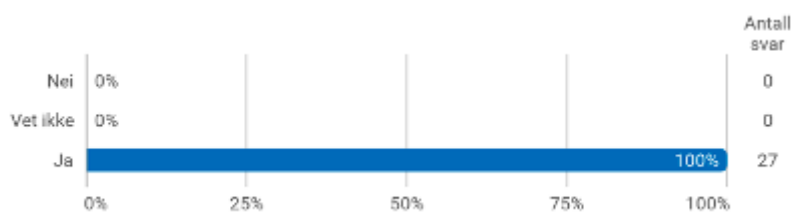
I hvilken grad er digital oppfølging enkelt å gjennomføre?



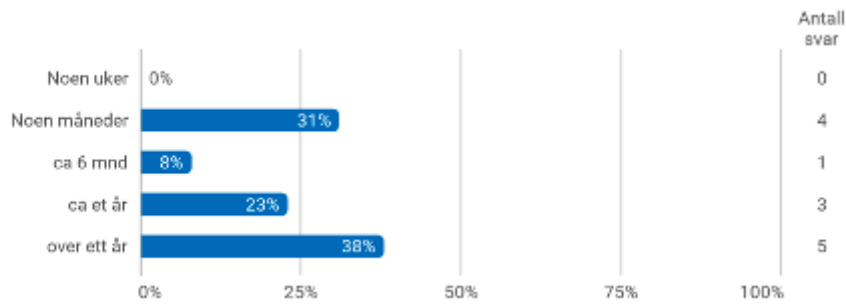
Hvor tilfreds er du med å bli fulgt opp digitalt?



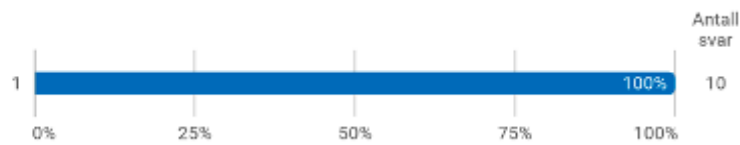
Ville du valgt digital oppfølging igjen?



### Hvor lenge har du blitt fulgt opp av digital hjemmeoppfølging



### Har du forslag til hvordan digital oppfølging kunne vært bedre?



#### Har du forslag til hvordan digital oppfølging kunne vært bedre? -

nei

Syntes det er bra

Synes det er bra for meg

Opplæring av pårørende

Nei er bra som det er.

Nei

Nei

Nei

Nei

Nei

Jeg syntes det er bra

Fungerer godt som det er.

Fungerer bra som det er 🙏

Fornøyd som det er 😊

For oss med fortsatt kodebrikke, er det vanskelig med tilgang utenom hjemme. Ønsker tilgang via biometri

For meg, hvor hjertes kapasitet er sterkt redusert, føler jeg trygghet, får kontakt umiddelbart, og det er bra. r

Er meget fornøyd, og ser ikke hva jeg kan tenke meg bedre.

Det fungerer veldig bra for meg som det er 😊

Bra som det er

## Vedlegg 5 - Brukerundersøkelse Drammen kommune – august 2024

Resultatsammendrag

[Gå gjenno](#)

1. Hvor lenge har du hatt digital hjemmeoppfølging? (0 poeng)

[Flere detaljer](#)

● 0-6 måneder	1
● 7-12 måneder	2
● 1-2 år	0
● Mer enn 2 år	1



2. I hvilken grad bidrar digital oppfølging til at du føler deg trygg på behandlingen? (0 poeng)

[Flere detaljer](#)

● Ikke i det hele tatt	0
● I liten grad	0
● I noen grad	0
● I stor grad	3
● I svært stor grad	1



3. I hvilken grad er digital oppfølging enkelt å gjennomføre? (0 poeng)

[Flere detaljer](#)

● Ikke i det hele tatt	0
● I liten grad	0
● I noen grad	0
● I stor grad	3
● I svært stor grad	1



4. I hvilken grad gir digital oppfølging deg økt kunnskap om egen helse og sykdom? (0 poeng)

[Flere detaljer](#)

● Ikke i det hele tatt	0
● I liten grad	0
● I noen grad	3
● I stor grad	0
● I svært stor grad	1



Kommentarer:

Det fungerer bra.

1. Flere spørsmål 2. Svar på test dårlig, bra. 3. Forslag til forbedring. 4. Tiltak. Trening. Kost. 5. Bedre oppfølging