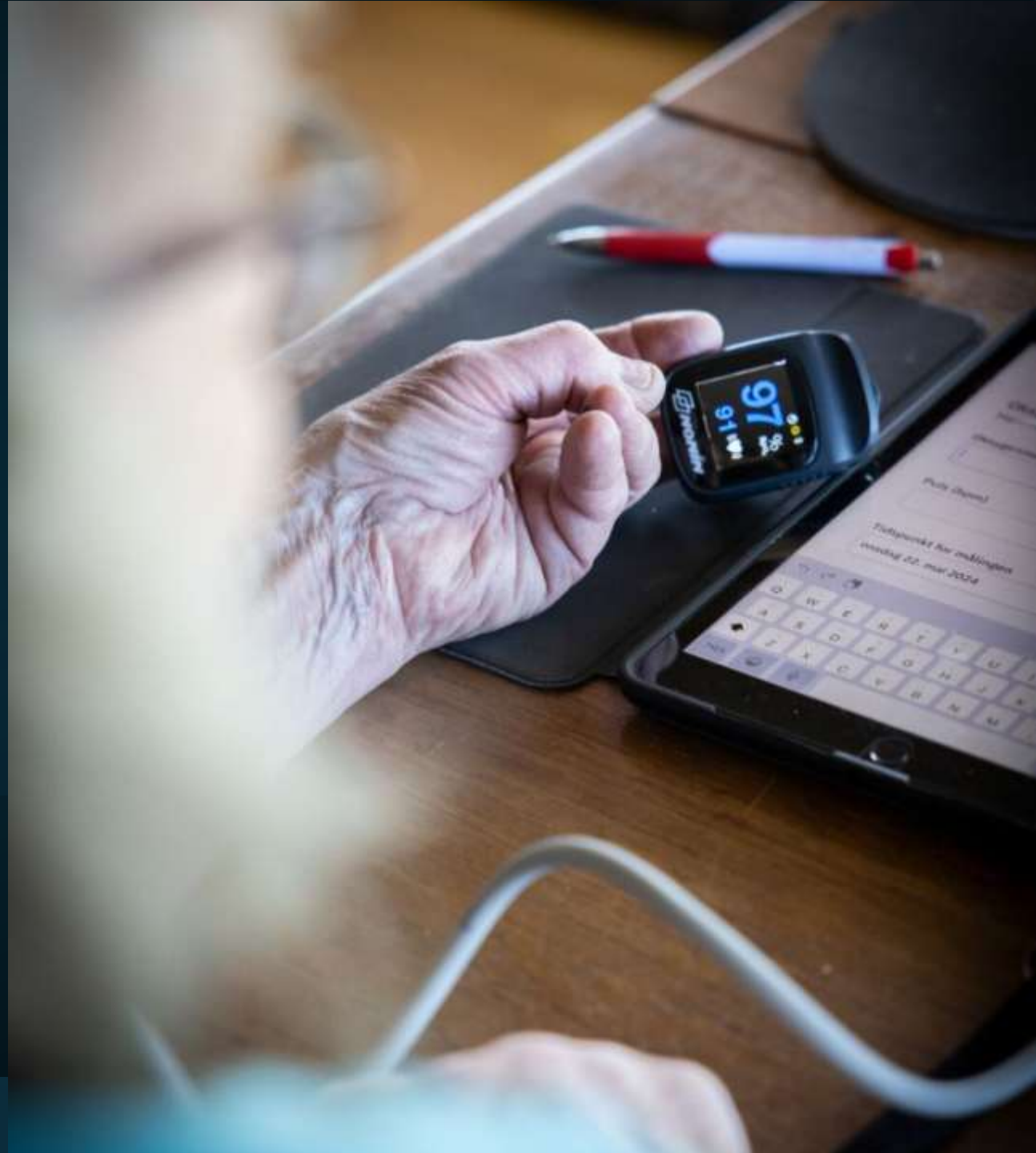


# Emnekurs i digital hjemmeoppfølging

12.03.2025



# Ambisjon for dagen

---

Målet med kurset er å skape engasjement og fremme kunnskap om digital hjemmeoppfølging (DHO) og gi et godt grunnlag for samhandling lokalt.

## Målsetning

- Øke samhandlingskompetanse mellom profesjonsgrupper i helsetjenesten med pasienten og pasientens hverdagsmestring som målsetning.
- Utvikle kjennskap til og kunnskap om teknologiske løsninger for oppfølging av pasienter på avstand, dvs. uten fysisk kontakt.
- Få innsikt i kritiske aspekter ved digital hjemmeoppfølging – fordeler, fallgruver.



---

# Program

13:10 En innføring i digital hjemmeoppfølging (DHO)

---

13:30 Erfaringer fra oppfølgingstjenesten

---

13:50 Brukerhistorie: Hvordan oppleves DHO og hvilke effekter kan det gi?

---

14:10 Praktisk demonstrasjon av DHO

---

14:40 Pause

---

15:00 Gjennomgang av refleksjonsspørsmål fra del 1

---

15:30 Dialog om bruk av egenbehandlingsplan – Hvordan utarbeide egenbehandlingsplan og hvordan motivere til mestring

---

16:30 Pause m/ enkel servering

---

16:45 Dialog om fastlegens juridiske ansvar ved DHO

---

17:05 Digital samhandling – hvordan nyttiggjøre seg av data som samles

---

17:25 Dialog om inklusjon og eksklusjon av brukere - hvordan sikre at aktuelle brukere får tilgang til tjenesten

---

17:45 Oppsummering og avslutning

---

Digital hjemmeoppfølging er kjempespennende.

## Tre råd fra Helsedirektoratet

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

# Hva er digital hjemmeoppfølging (DHO)?

Ved hjelp av teknologi kan pasienten overføre helseinformasjon til kommunen, fastlegen eller sykehuset. Helsetjenesten tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring eller dersom målingene er utenfor normalverdiene. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning utfra pasientens behov. (Helsedirektoratet)

## Noen sentrale elementer:

### Egenbehandlingsplan

**Egenbehandlingsplan**  
**(UNDER UTARBEIDELSE!)**

Navn: \_\_\_\_\_  
Fødselsnr: \_\_\_\_\_  
Oppfølgingsjenester: \_\_\_\_\_

Hva er viktig for meg? \_\_\_\_\_  
Merkverk: \_\_\_\_\_  
Annen viktig informasjon: \_\_\_\_\_

	Hvordan er formen min?	Hva gjør jeg?	Medisinering:
Stabil helse			*
Forverring			*
Viktig hjelp og støtte		*	*

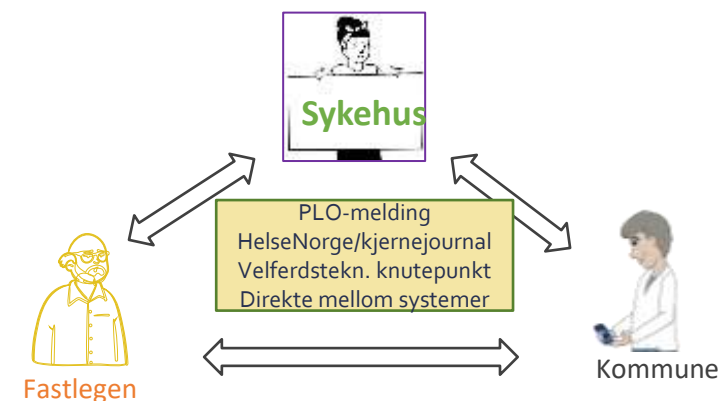


### Digital pasientløsning;

Selvrapporterte data, målinger fra utstyr og dialog med helsetjenesten



### Digital samhandling



# Ulike former for digital hjemmeoppfølging



Kommunikasjon mellom pasient og behandler

video- og telefon (sanntid)  
meldinger (asynkron)



Oppfølging basert på data fra pasienten



Nettbasert behandlingsprogram



Pasientopplæring



# Brukerkartlegging

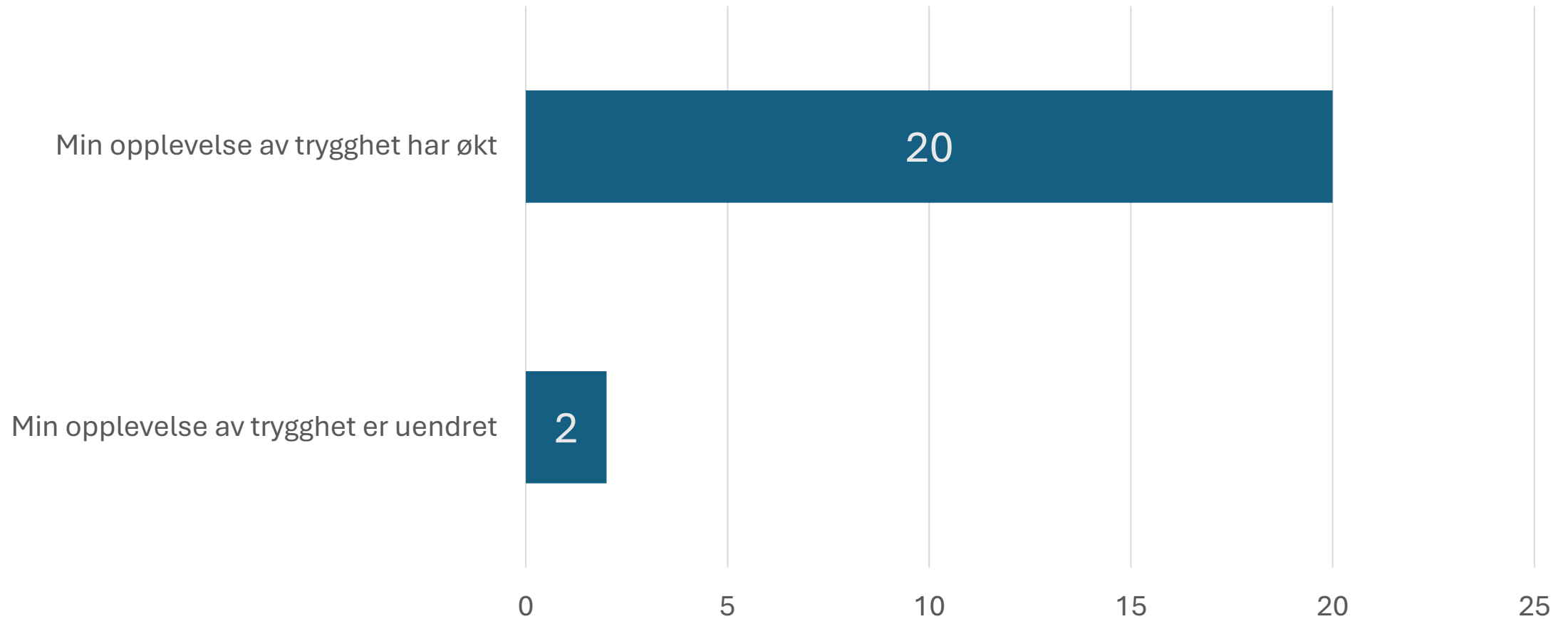
# Digital Hjemmeoppfølging

Tjenestemottakere i  
Drammen, Lier og Asker kommune  
desember 2024

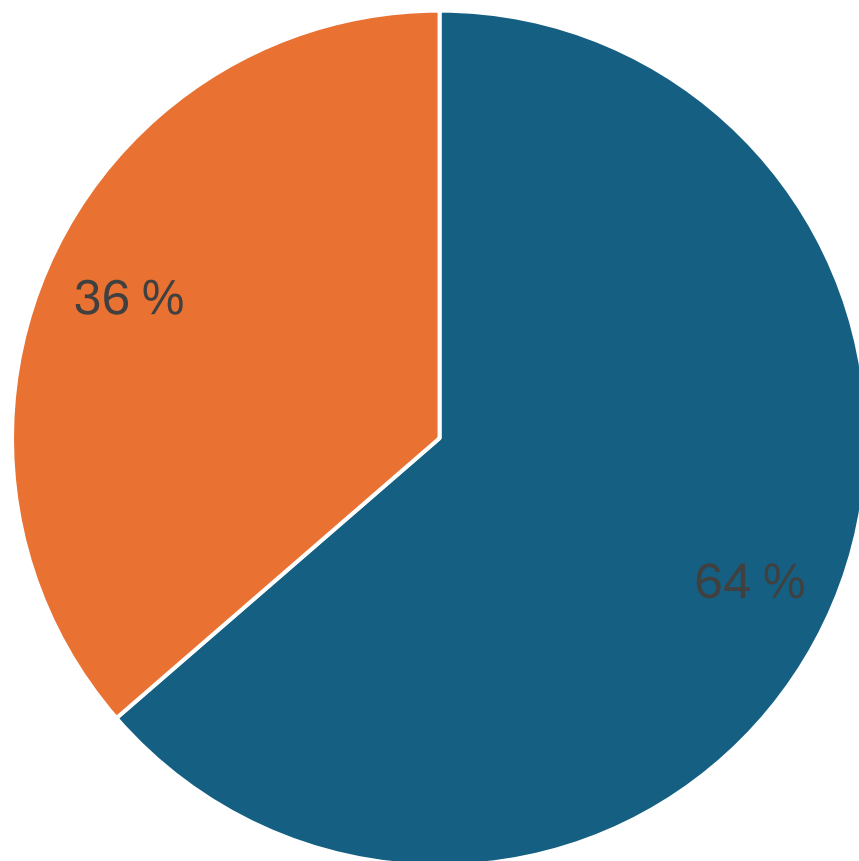
(antall svar: 24)



# Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

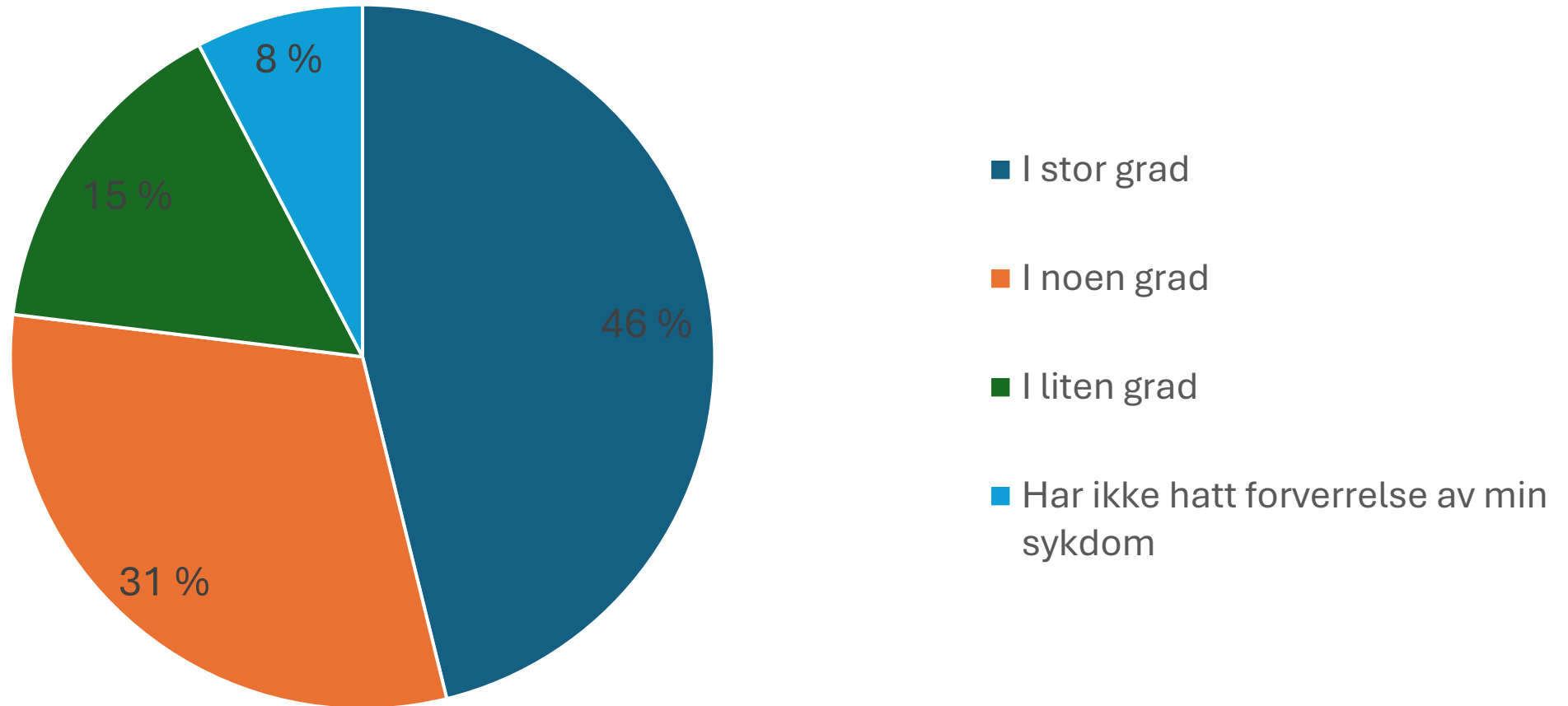


# Har digital hjemmeoppfølging endret din evne til å ta vare på egen helse?

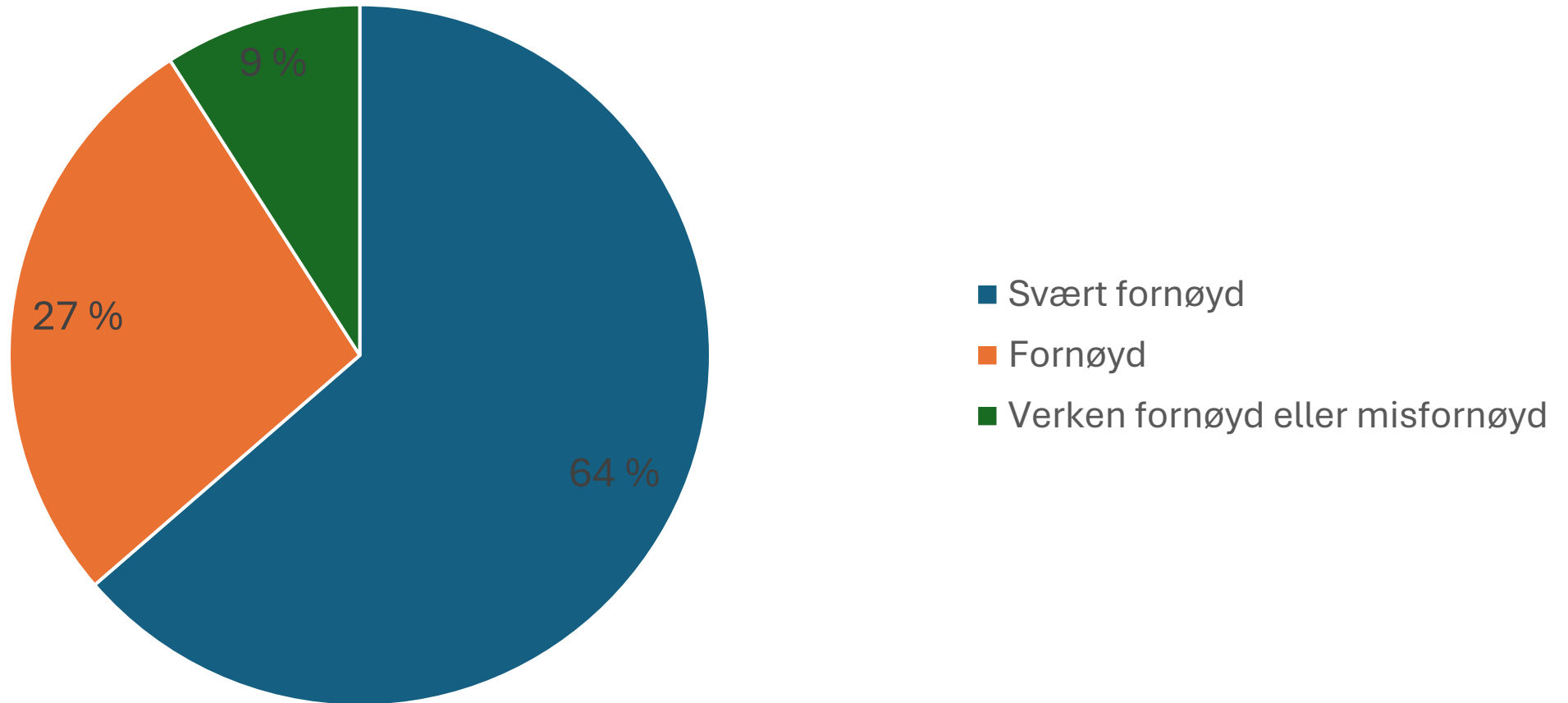


- Min evne til å ta vare på egen helse har økt
- Min evne til å ta vare på egen helse er uendret

# Opplever du at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel når du har en forverrelse av din sykdom? (N=13)



# Hvordan har du totalt sett opplevd digital hjemmeoppfølging?



Det er ikke bare jeg som er fornøyd, kona ikke minst. Vi har historisk hatt stor sosial aktivitet. Dette prøver vi å vedlikeholde. Det betyr mye for meg

Jeg er fornøyd. Får alltid hjelp. Hyggelige vennlige hjelpere.

Fint at fastlegen kan be om at flere ting kan sjekkes digital. Slippe å oppta så mye unødig legetid.

Jeg er veldig fornøyd, men jeg skulle ønske at er 24 timer bemanning

Føler meg tryggere. Er ganske nede om dagen så det er veldig mye tryggere.

Har bare hatt hjemmeoppfølging en kort tid, så det er lite å sammenlikne med

Gir trygghet





## Inklusjonskriterier

- Nettbrett eller smarttelefon som vedkommende mestrer bruk av
- Ha Bank-Id
- Ha en kronisk sykdom/helseutfordring
- Være motivert for å mestre egen helseutfordring
- Være over 18 år
- Kognitivt frisk (samtykke kompetent)
- Være bosatt i tilhørende kommune



## Eksklusjonskriterier

Motsatte av inklusjonskriteriene



# Hvilke brukergrupper egner DHO seg for?

Sykehus	Fastlege	Kommune
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lunger og luftveier<ul style="list-style-type: none"><li>○ KOLS</li><li>○ CPAP hjemmebehandling</li></ul></li><li>• Diabetes type 1</li><li>• Hjerte- og karsykdommer<ul style="list-style-type: none"><li>○ Atrieflimmer</li></ul></li><li>• Hjernen og nervesystemet<ul style="list-style-type: none"><li>○ Epilepsi – barn og voksne</li></ul></li><li>• Mage og tarmsykdommer<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kronisk inflammatorisk tarmsykdom</li></ul></li><li>• Nyrer<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nyresvikt</li><li>○ Dialyse</li></ul></li><li>• Kreft</li><li>• Mental helse<ul style="list-style-type: none"><li>○ eMeistring</li><li>○ DelMedMeg</li><li>○ Angstlidelser eBehandling for barn mellom 8 og 13 år</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• KOLS</li><li>• Hjertesvikt</li><li>• Astma</li><li>• Kreft</li><li>• Ernæringsproblematikk</li><li>• Diabetes type 2</li><li>• Psykisk helse</li></ul>	





## Kreft

### Formål

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

### Tjenestebeskrivelse

- Bruker måler vitalia og sender inn egenrapporterings skjema 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

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

### Brukerrelatert nytte

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



## Diabetes type 2

### Formål

- Kontinuerlig overvåking av blodsukkerkurve for tidlig identifisering av avvik og behov for justering av medisiner.
- Redusere senkomplikasjoner knyttet til diabetes.
- Redusere behov for sykehusinnleggelses 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

- Blodsuktermåler
- 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.

# Leveranser fra prosjektet

DHO samhandlingsprosjekt med Bærum, Asker, Lier og Drammen kommune sammen med Vestre Viken.

## RUTINER KOMMUNE

Digital hjemmeoppfølging i Vest-Viken



Prosjektpartnere:



Samarbeidspartnere:



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



Skisse til felles kommunalt responscenter for digital hjemmeoppfølging



Sist oppdatert 2024.10.06

Intern versjon for gjennomgang av styringsgruppen  
Et samhandlingsprosjekt mellom Vestre Viken HF, Drammen, Lier, Asker og Bærum kommuner



## Sluttrapport

Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter – et samhandlingsprosjekt mellom Vestre Viken HF, Drammen, Lier, Asker og Bærum kommuner



Figur 7 Utvalg for brukere berørt av prosjektet utvalgte gjennomført pasienter 2023

Dato: 15.01.2025

Et samhandlingsprosjekt i regi av Helsehus

# Se flere filmer på helsehub.org

For fastleger



For pasienter (no/eng)



For tjenesten



# Erfaringer fra oppfølgingstjenesten



**DRAMMEN  
KOMMUNE**  
– et godt sted å leve



Asker  
kommune



Lier kommune





## Erfaringer med digital hjemmeoppfølging i Drammen kommune



# Kort om oss

- Linn Therese Olsen
  - Sykepleier siden 2004
  - Erfaring fra sykehjem - korttidsplasser og fagsykepleier
- Verena Sando Sæterlid
  - Sykepleier siden 2013
  - Erfaring fra forsvarets sanitet, akuttmottak, sykehjem og legevakt
- Samlet bred erfaring og kompetanse
- Drifter kommunens prøvetakingstjeneste og digital hjemmeoppfølging



# Organisering og oppfølging

- Organisert under kommunens sykepleierteam, to sykepleiere som drifter tjenesten
- Åpningstider: mandag og torsdag 12-15
- 11 brukere
- Brukergrupper:
  - KOLS
  - Hjertesvikt
  - Diabetes type 2
  - Hypertensjon
  - Annen hjerte/lungesykdom



# Samhandling med fastlege

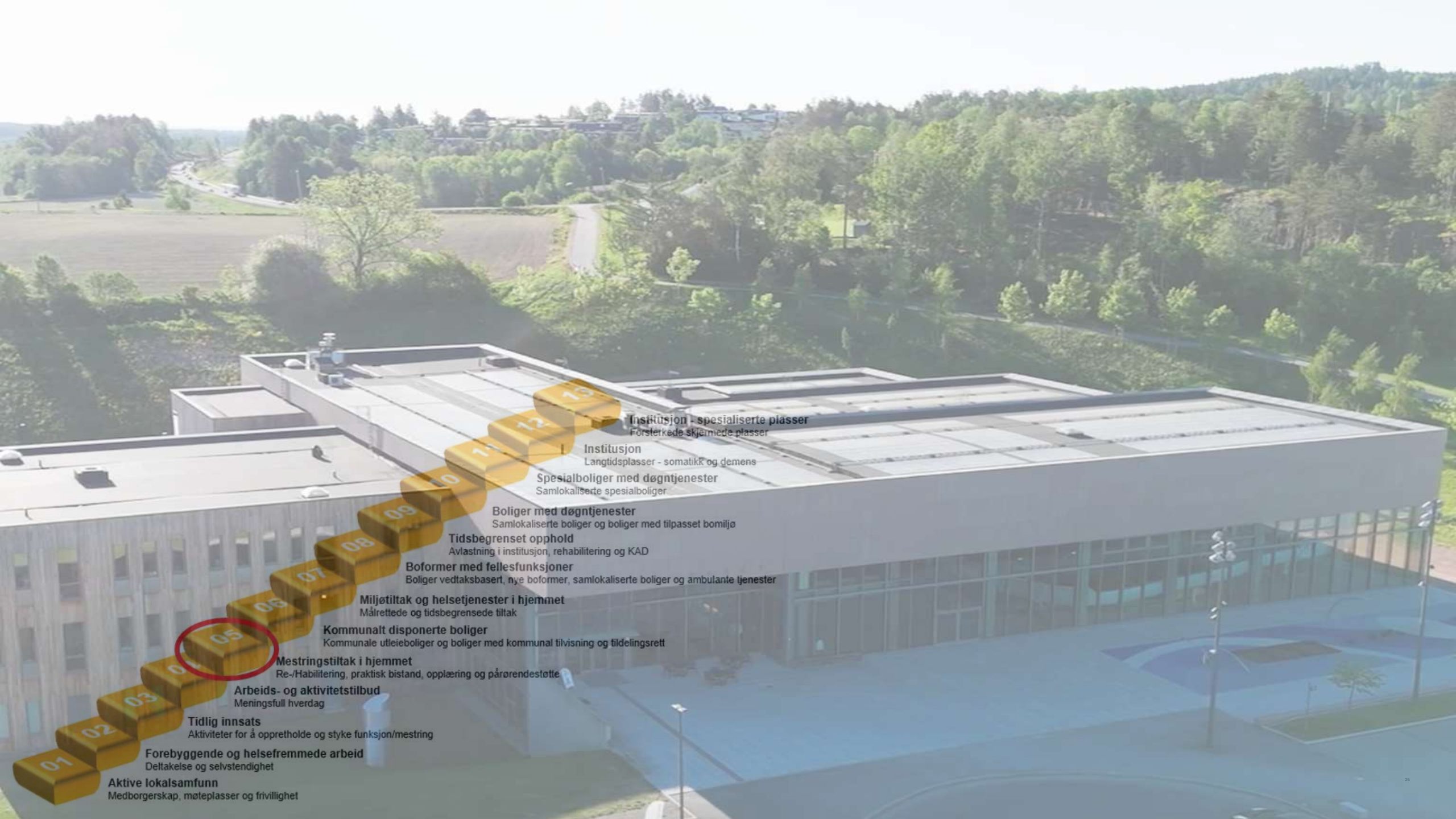
Fra henvendelse til oppstart

- Mottar henvendelse ang aktuell pasient
- Prøveperiode
- Samarbeidsmøte; grenseverdier og egenbehandlingsplan
- Mulighet for lesetilgang
- Dialog underveis



## Erfaringer med digital hjemmeoppfølging i Asker kommune





**Aktive lokalsamfunn**  
Medborgerskap, møteplasser og frivillighet

**Forebyggende og helsefremmede arbeid**  
Deltakelse og selvstendighet

**Tidlig innsats**  
Aktiviteter for å oppretholde og styke funksjon/mestring

**Arbeids- og aktivitetstilbud**  
Meningsfull hverdag

**Mestringstiltak i hjemmet**  
Re-/Habilitering, praktisk bistand, opplæring og pårørendestøtte

**Kommunalt disponerte boliger**  
Kommunale utleieboliger og boliger med kommunal tilvisning og tildelingsrett

**Miljøtiltak og helsetjenester i hjemmet**  
Målrettede og tidsbegrensede tiltak

**Boformer med fellesfunksjoner**  
Boliger vedtaksbasert, nye boformer, samlokaliserte boliger og ambulante tjenester

**Tidsbegrenset opphold**  
Avlastning i institusjon, rehabilitering og KAD

**Boliger med døgntjenester**  
Samlokaliserte boliger og boliger med tilpasset bomiljø

**Spesialboliger med døgntjenester**  
Samlokaliserte spesialboliger

**Institusjon**  
Langtidsplasser - somatisk og demens

**Institusjon - spesialiserte plasser**  
Førsterkede skjærmede plasser

# Digital hjemmeoppfølging i Asker kommune

- Pr nå krever DHO 0,75% stilling
- Åpningstider for responscenteret er hverdager fra 9-14.30
- Overkant av 50 har mottatt tjenesten totalt. Pr nå 32 aktive



Anne Brenna  
Sykepleier



Marlene Beier  
Fysioterapeut



Anne Kaarina  
Tanskanen  
Sykepleier



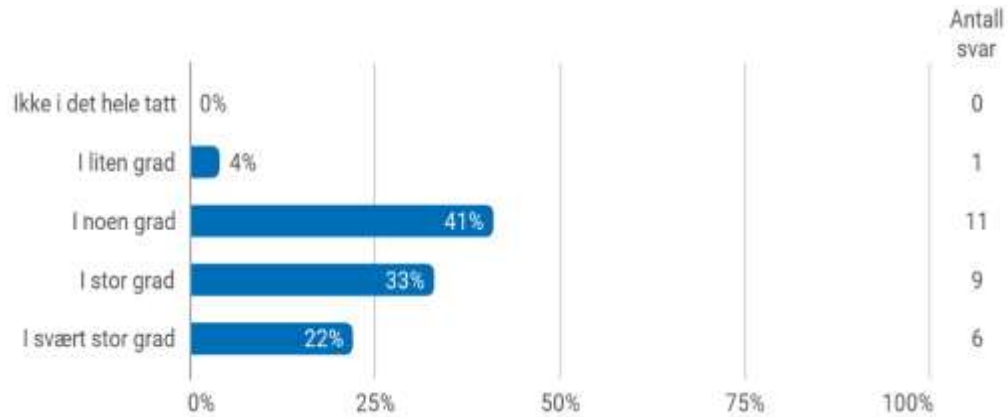
Ingvild Bøkestad  
Hokke  
Sykepleier

## Gevinster og effekter

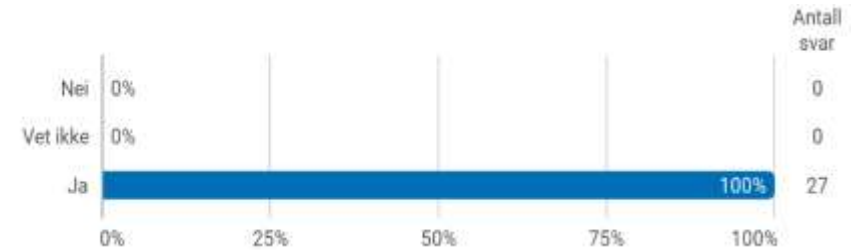
- Den enkeltes evne og forutsetninger for å bo og leve et selvstendig liv i eget hjem er styrket
- Forebygget eskalering av helseutfordringer og funksjonsfall
- Bruker har fått økt forståelse for hva som kan forverre situasjonen og hva som kan føre til økt egenmestring
- Pårørende har styrkede forutsetninger for å mestre og å stå i omfattende omsorgsoppgaver over tid

- Bruker har fått økt forståelse for hva som kan forverre situasjonen og hva som kan føre til økt egenmestring

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



Ville du valgt digital oppfølging igjen?







Asker  
kommune



Økt forutsetning og evne til å kunne bo og leve et selvstendig liv er styrket

## Ola Normann- 77 år

### Familiestatus

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

### Bor i:

Enebolig i etablert boligområde

### **DIALOGMELDING FRA SYKEHUS TIL KOMMUNENS SAKSBEHANDLERTJENESTE**

Pasienten har vært innlagt grunnet infeksjon. Har kjent hypertensjon og kols. Fra tidligere selvhjulpen, med noe hjelp fra kona.

Under innleggelsen har pasienten vært ustø, og trenger nå hjelp til administrering av legemidler, morgen-, og kveldstell. Kona har tidligere utført disse behovene, men er nå ikke i stand til dette lenger ønsker hjemmesykepleie. Ønsker om å få rullator. Skrives ut til korttidsopphold på sykehjem i kommunen i påvente av hjelpemidler i hjemmet og kartlegging av videre hjelpebehov.

Skrives ut til hjemmet etter 6 dagers opphold med henvising til helsefremmende og forebyggende tjenester fra velferdsforvaltningen. Hatt en vektnedgang samt meldt om behov for bistand til dusj. Kona uttrykker at hun er engstelig for at han skal bli syk igjen. Har ikke vært hos fastlegen sin på flere år.



Asker  
kommune



Forebygget eskalering av  
helseutfordring og  
funksjonsfall

## Ola Normann- 77 år

### Familiestatus

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

### Bor i:

Enebolig i etablert boligområdet

### HVA SKJEDDE

Velferdsforvaltningen henviste til helsefremmende og forebyggende tjenester.

Lånt følgende hjelpemidler fra kommunalt korttidslager: Dusjkrakk, håndtak i dusj og rullator

Trygghetsalarm

Ved tjenesteoppstart ble det vurdert at han muligens ville mestre å fulgt opp via digital hjemmeoppfølging (DHO) og testet ut oppfølgingen:

Oksygenmetning og puls daglig (for å følge opp Kols forverring/infeksjon)

Egenrapportering/symptomregistrering lungesykdom to ganger pr uke

Vekt en gang i uken

DHO hadde oppstart 23. mai, og rapportering skjer punktlig og etter avtale. Han har hatt noe utfordringer med innlogging i starten, men dette går bedre nå.



Pårørende har styrkede forutsetninger for å mestre og å stå i omfattende omsorgsoppgaver over tid

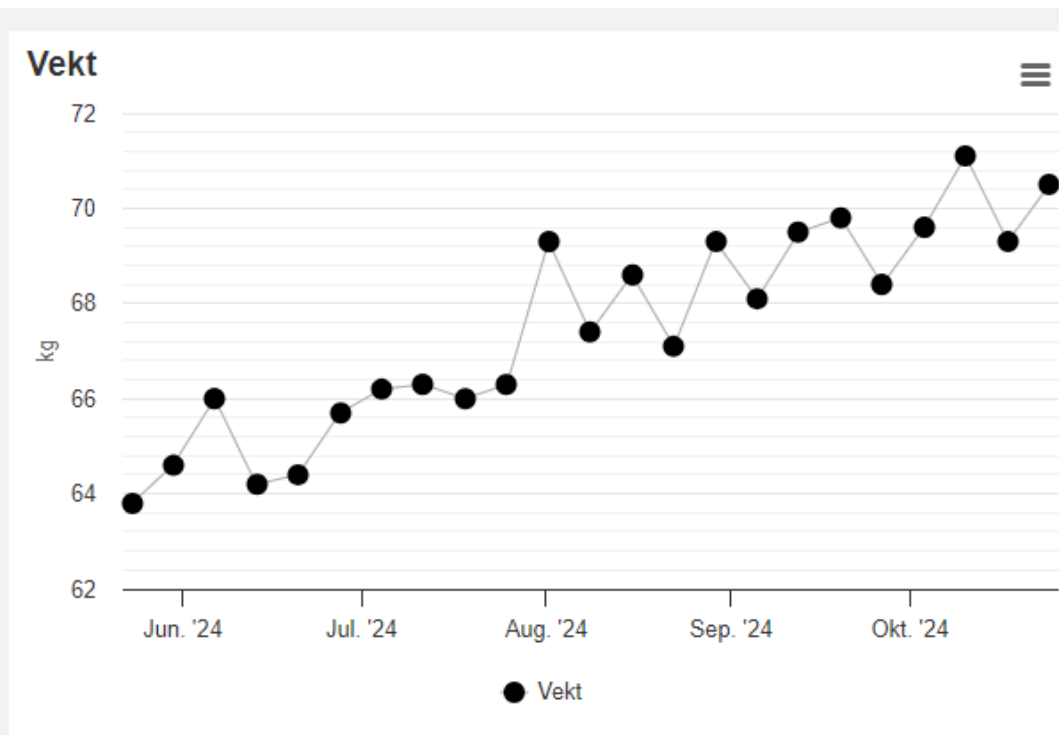
## Ola Normann- 77 år

### Familiestatus

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

### Bor i:

Enebolig i etablert boligområdet



### Gevinster ved DHO:

- Ingen andre kommunale tjenester en DHO
- Vekttoppgang
- Går regelmessig til sin fastlege (bedre medisinert)
- Stabil O2 metning (ingen KOLS forverring) eller innleggelse etter at han kom hjem
- Gjenopptatt sosialt treff på Nærsenteret
- Vært alene hjemme mens kona var på ferie i 14. dager

# Forebygget eskalering av helseutfordringer og funksjonsfall

Dame 78 år- ved oppstart digital hjemmeoppfølging klarte hun kun å gå få meter utendørs- i dag:

Over 6000 skritt er super bra 🙌🙌😊 Hilsen Anne

Anne Brenna

Sendt: 2.8.2024, 08:06

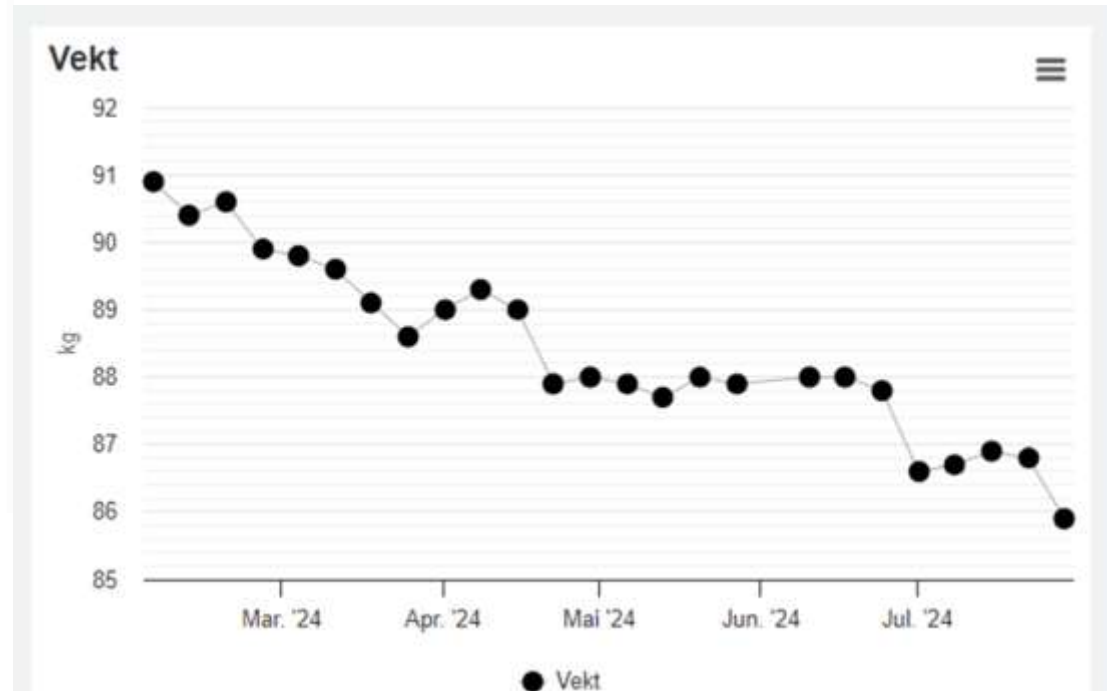
Lest: 2.8.2024, 08:13

I dag er jeg støl !



Mottatt: 2.8.2024, 08:14

Markert som lest: 2.8.2024, 08:15





## Forebygget eskalering av helseutfordringer og funksjonsfall

Dame 92 år: Hva er viktig for meg: Få være i fred. Oppfølging av vekt helbostadøvelsene

### Har du noe annet å fortelle fra dagen som vi ikke har spurt om?

Når jeg er i dårlig form,gjør jeg øvelsene,men jeg vet at jeg slurver da.Balansen eller redselen for å falle har forandret seg til det bedre siden jeg begynte å trene (0 poeng)

Mann 80 år med hjertesykdom

Hei.  
Tok en kveldstur i den litt kjølige kvelden.  
Totalt viste dagens skritt 11515  
Veldig fornøyd.

Mottatt: 25.9.2024, 21:52

Markert som lest: 26.9.2024, 07:23





## Erfaringer med digital hjemmeoppfølging i Lier kommune

Bjørnar Flaten, sykepleier på oppfølgingscenteret for digital hjemmeoppfølging

Kaja Bast Sørsdal, velferdsteknologikonsulent



Lier kommune

# Kort om oss

A faint, colorful illustration of a globe in the background. The globe is divided into sections of orange, blue, and green. Various icons are scattered around it, including a person, a tree, a speech bubble, a star, a zzz symbol, a sun, and a person carrying a box. The overall style is soft and illustrative.

- Bjørnar Flaten
  - Sykepleier
  - Erfaring fra hjemmetjenesten og sykehjem
  - Nåværende stilling; sykepleier på responscenter for DHO
- Kaja Bast Sørsdal
  - Sykepleier
  - Erfaring fra hjemmetjenesten, DPS, lindrende enhet, sykehjem og responscenter for DHO
  - Nåværende stilling; helseteknologikonsulent Lier kommune





## Status og mål

- Tjeneste som ligger til hjemmetjenesten
- En sykepleier dedikert til arbeidet med digital hjemmeoppfølging
- Oppstart første bruker juni –24
- 14 brukere per i dag
- Mål Q1 2025: 20 brukere



# Erfaringer fra oppfølgingen

- Erfaring med ulike brukergrupper blant annet brukere med KOLS, hjertesvikt, diabetes, overvekt, hypertensjon, psykiske lidelser, nedsatt funksjonsevne, DOT-behandling, smerte.
- Målinger, spørsmålskjemaer, oppgavestrukturering av hverdagen, videosamtaler, telefonsamtaler, meldingsutveksling, egenbehandlingsplan og treningsplan.
- Erfart økt trygghet, noe besparelser av besøk, økt helsekompetanse hos brukerne. Brukere er fornøyd med tjenesten generelt sett.
- Personlige erfaringer, viktig med en kreativ tilnærming og se på potensialet.







## Skalering og utvikling av tjenesten

- Vi tester ut oppfølging hos mange forskjellige brukergrupper, og gjerne enda flere.
- Spre ordet, og øke henvisninger.
- Ønsker å samarbeide med kreftkoordinatorer for å lage digitalt oppfølgingsløp for pasienter med kreft i kommunen.
- Starte oppfølging allerede fra korttidsavdeling, bedre opplæring og kontinuitet.



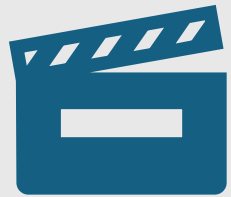


## Brukerhistorie:

*Hvordan oppleves DHO og hvilke effekter kan det gi?*



**DRAMMEN  
KOMMUNE**  
- et godt sted å leve



Velferdsteknologi - Digital  
hjemmeoppfølging (5:28 min)

Velferdsteknologi: Aktiv og  
selvstendig (2:18 min)





# Praktisk demonstrasjon av DHO med TELLU

# Forskning på bruk av egenbehandlingsplan i digital hjemmeoppfølging

- Svar på spørreskjema (anonymt)
- Still opp til intervju (frivillig)

**Martine Minge Tveitan, PhD**

Martine.M.Tveitan@usn.no



Pause frem til 15:10



# Digital hjemmoppfølging refleksjoner del 1

**Emnekurs Drammen**

Marius Tyssvang





# Emnekurs Digital hjemmeoppfølging

- Skape engasjement, øke kunnskap om DHO og legge grunnlaget for lokal samhandling.
- Målet er å etablere en plattform for samhandling mellom helsepersonell i kommune, fastleger og sykehus.





# Refleksjonsspørsmål 1

- Hva kan digital hjemmeoppfølging bidra med for mine pasienter?
- Hvor er barrierene for å komme i gang?

## Nasjonalt velferdsteknologiprogram 2022-2024

### Overordnet mål:

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



## Refleksjonsspørsmål 2

- Hvordan kan kommune og fastleger utvikle teamarbeid/samhandling, hva er vi gode på nå, hvordan kan dere bli bedre?



# Refleksjonsspørsmål 3

- Hvordan bruke ressursene smart lokalt? Hvilke pasientgrupper passer for DHO hos dere? Hvordan ivareta kommunikasjon og samhandling i pasientforløpet?



# Refleksjonsspørsmål 4

- Hvordan velge pasienter både for å gjøre DHO lønnsomt og treffsikkert?



Om evalueringen

## Informasjonsinnhenting

Datainnsamlingsperiode: januar 2017 til april/juni 2021

-  Spørreundersøkelse til brukere  
Spørreundersøkelse og tidsbruksundersøkelse blant ansatte i oppfølgingstjenesten  
Spørreundersøkelse blant fastleger
-  Registreringsskjema for utprøvingen  
Hjemmemålinger  
Bruk av helsetjenester (fra helseregistre og fra kommunene)
-  Intervjuer med brukere og pårørende  
Intervjuer med prosjektleder, ansatte i tjenesten og fastleger

osioeconomics

UIO | Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

NASJONALT  
SENTER FOR  
DISTRIKT  
MEDISIN

# PhD prosjekt: Egenbehandlingsplaner i digital hjemmeoppfølging

**Martine Minge Tveitan, PhD Stipendiat**

Janne Dugstad, Hovedveileder

Vivi Lycke Christensen og Hilde Thygesen, Biveiledere

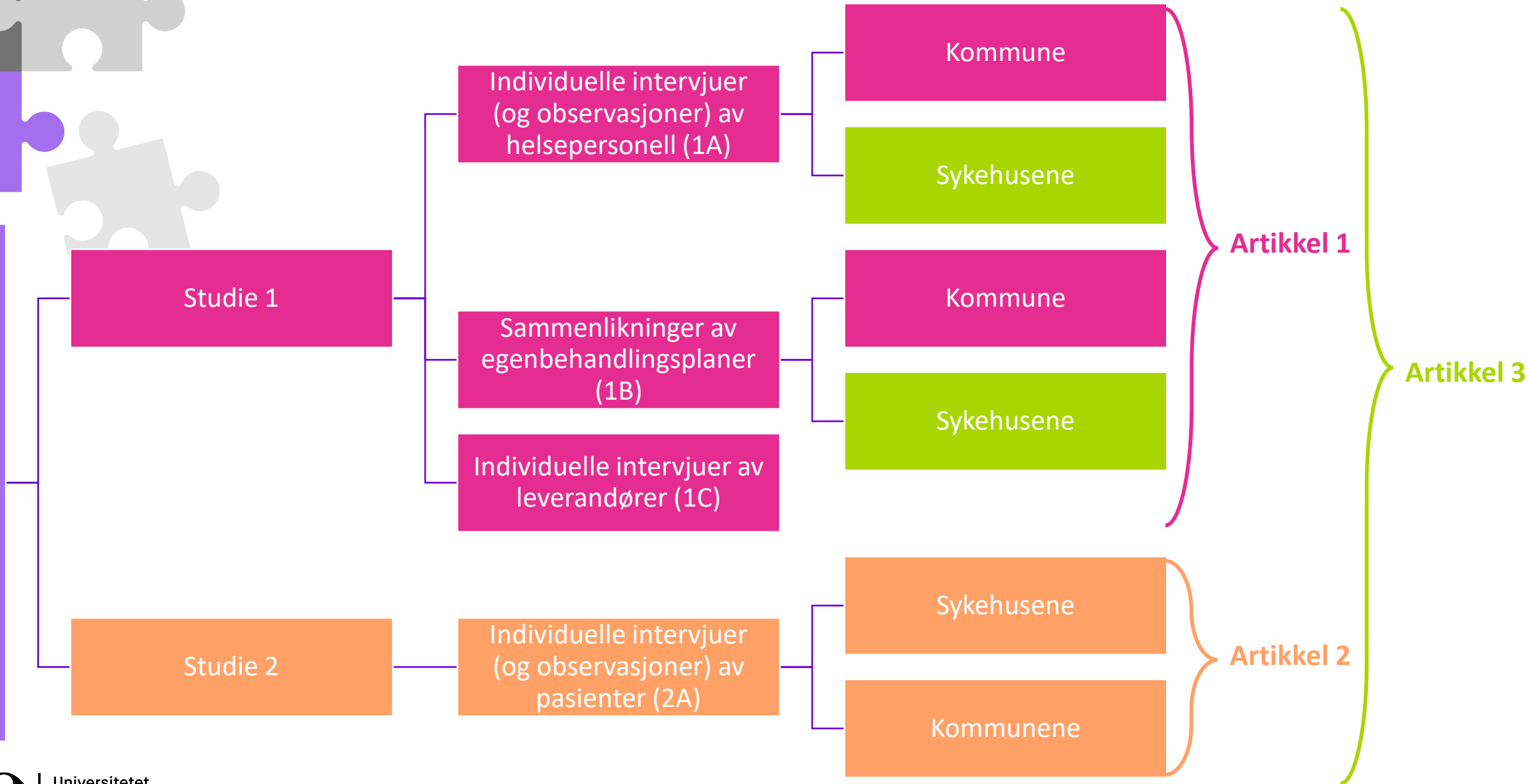


# PhD prosjektets formål

Utforske hvordan egenbehandlingsplaner brukes i digital hjemmeoppfølging fra perspektivene til helsepersonell, leverandører og pasienter ved sykehus og i kommuner



Egenbehandlingsplaner i digital hjemmeoppfølging



# Studie 1

«Likheter og forskjeller i utarbeidelse og oppfølging av egenbehandlingsplaner i digital hjemmeoppfølging»

## Formål:

Utforske **kunnskapsgrunnlaget, utformingen og oppfølgingen med eller uten**

egenbehandlingsplaner i digital

hjemmeoppfølging ved sykehus og i

kommuner.

## Forskningsspørsmål artikkel 1:



1. Hva karakteriserer kunnskapsgrunnlaget, utforming og oppfølging med egenbehandlingsplaner i digital hjemmeoppfølging?



2. Hva karakteriserer kunnskapsgrunnlaget, utforming og oppfølging uten egenbehandlingsplaner i digital hjemmeoppfølging?

## Forskningsspørsmål artikkel 3:



Hva er de fremtredende likhetene og forskjellene i arbeid med egenbehandlingsplaner og digital hjemmeoppfølging mellom sykehus og kommuner?

# Studie 2

«Pasienters erfaringer med egenbehandlingsplaner i digital hjemmeoppfølging»

## Formål:

Utforske **pasienters erfaring med egenbehandlingsplan** i digital hjemmeoppfølging, hvordan pasientene **deltar i utviklingen**, hvordan pasientene **bruker egenbehandlingsplanen** i det daglige og hvordan pasientene **følges opp av helsetjenesten**.

## Forskningsspørsmål artikkel 2:



Hva vektlegger pasientene som viktige aspekter i forhold til å lage og bruke egenbehandlingsplaner i digital hjemmeoppfølging?

## Forskningsspørsmål artikkel 3:



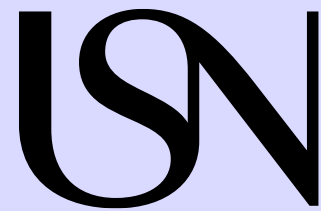
Hva er de fremtredende likhetene og forskjellene i arbeid med egenbehandlingsplaner og digital hjemmeoppfølging mellom sykehus og kommuner?



# Ønsker å få frem legens stemme

- Svar på spørreskjema (anonymt)
- Still opp til intervju (frivillig)

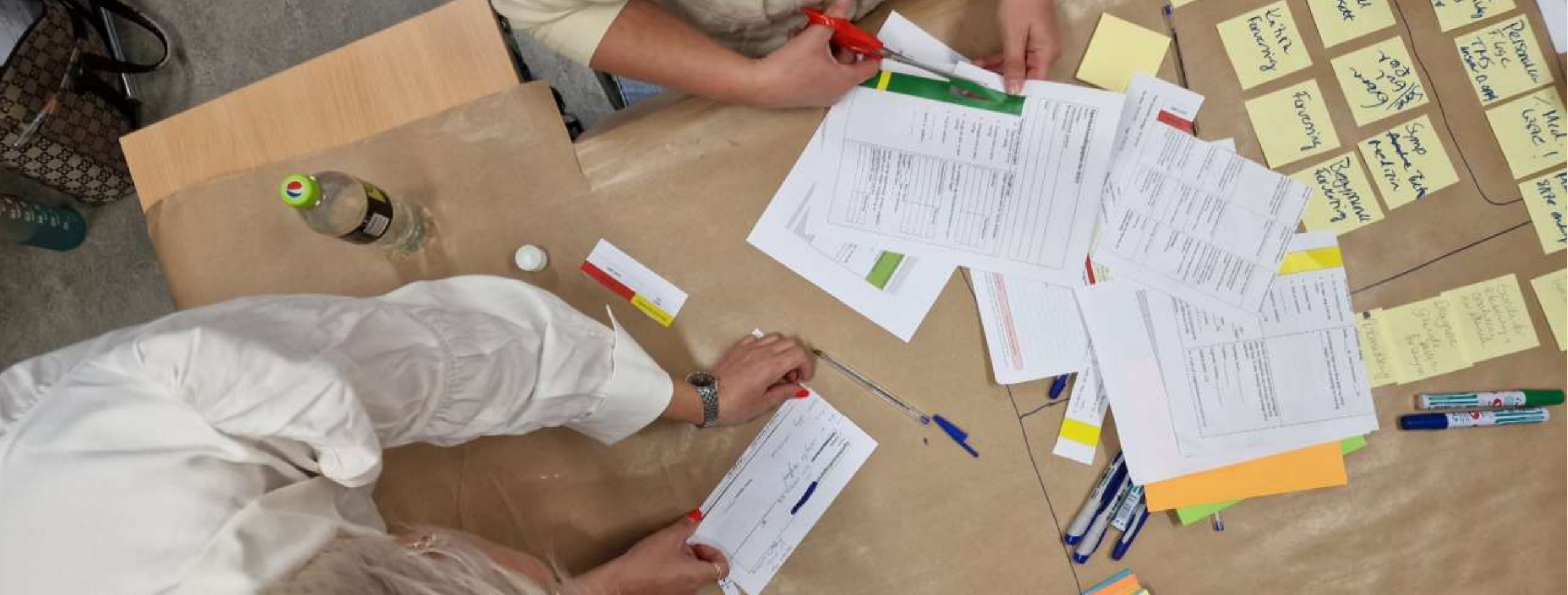




**Universitetet  
i Sørøst-Norge**

**Takk for meg!**

Martine.M.Tveitan@usn.no



Hvordan utarbeide egenbehandlingsplan og hvordan motivere til egenmestring?



## Kjetil

**Alder:** 70 år.

**Bosituasjon:** Kommunal bolig med ektefelle.

**Jobbsituasjon:** Tidligere sveiser, nå pensjonist.

**Interesser:** Barnebarn, gå turer, reise til hytta.

**Sykdomshistorie:** KOLS grad 4, hyppige forverring og innleggelses til sykehus, ernæringsutfordringer, hjertesvikt.

### Ønsker og behov

- Kjetil ønsker å kunne reise til hytta alene, og ha mer energi til å leke med barnebarna.
- Han ønsker å være mer selvstendig i hverdagen, og føle seg trygg på egen sykdom.

### Dagens situasjon

- Kjetil får langtidsbehandling med oksygen i eget hjem
- Kjetil har besøk fra hjemmesykepleien daglig for hjelp til personlig hygiene og han får multidoser levert hjem hver 14. dag. Han har hjelp til dusj en gang per uke.
- Hjemmesykepleien måler BT, puls og O2 metning daglig og veier ham en gang per uke.
- Kona hjelper med matlaging.
- Han er langt nede psykisk og kapasiteten hans til å mestre daglige gjøremål på egenhånd blir stadig dårligere.
- Han er hos fastlegen ca. en gang per uke.
- Han var innlagt 2 ganger på sykehus og 3 ganger på øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) i 2023 og skal nå hjem fra sykehuset etter sitt opphold nummer to så langt i år.

### Til vurdering

- Kjetil har hatt hjemmesykepleie og praktisk bistand i ca. ett år og det er tid for revurdering av hans tjeneste når han kommer hjem fra årets 2. sykehusopphold.
- Kjetil blir vurdert som aktuell for DHO. Etter en prøveperiode på 10 dager avtales det et samarbeidsmøte med Kjetil sin fastlege.
- Oppfølgingstjenesten tar med seg målingene fra prøveperioden til fastlegen.

	24.02	25.02	26.02	27.02	28.02	01.03	02.03	03.03	04.03	05.03	06.03	07.03	08.03	09.03
Respirasjonsfrekvens	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SpO2	91%	92%	93%	90%	93%	90%	91%	89%	90%	94%	92%	90%	89%	88%
Romluft/oksygen	1,5 L	1,5 L	2 L	1,5 L	2 L	1,5 L	1,5 L	1 L	1,5 L	1,5 L	1 L	1,5 L	1,5 L	2 L
Blodtrykk	108/66	110/64	119/67	114/66	115/75	112/65	108/69	105/70	110/73	111/65	114/71	103/68	115/70	107/67
Puls	88	85	86	82	90	81	85	94	87	81	91	90	85	88
Bevissthet	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO
Temperatur	36,6	36,8	36,5	36,6	37,1	36,9	36,6	37,2	36,9	36,5	36,6	36,7	36,4	37,0
Vekt	73,3 kg							73,4 kg						

Høyde: 186 cm

- Oksygenmetning måles på fingeren.
- Oksygen administreres via nesekateter.
- Temperatur måles i øret.







## Tone

**Alder:** 74 år.

**Bosituasjon:** Bor med voksen sønn, tidvis turbulent hjemmeforhold.

**Jobbsituasjon:** Tidligere butikkansatt, nå pensjonist.

**Interesser:** Se på Hotell Cæsar og møte familie og venner.

**Sykdomshistorie:** Diagnostisert med type 2-diabetes (tablett og insulin regulert), hypertensjon, høyt kolesterol, overvekt og angstproblematikk.

### Ønsker og behov

- Tone er glad i å gå korte turer i nærområdet og se på Hotell Cæsar. Hun var ofte frustrert tidligere, på grunn av hyppige besøk av ulike personer fra hjemmetjenesten.
- Tone satte seg som mål å håndtere blodsuktermåling og medisiner selv, med støtte fra oppfølgingscenteret. Motivasjonen var stor for å slippe daglige besøk fra hjemmetjenesten.
- Hun ønsker å gå ned i vekt, men synes det er vanskelig å endre kostholdsvaner over tid.

### Dagens situasjon

- Tone har mottatt hjemmetjenester to år før hun startet opp med digital hjemmeoppfølging.
- Tone hadde besøk fra hjemmetjenesten fire ganger i døgnet for å måle blodsukker og oppfølging av medisiner. Hun mottok 28 besøk per uke à 15 minutter.

### Til vurdering

- Tone blir vurdert som aktuell for DHO. Etter en prøveperiode på 10 dager avtales det et samarbeidsmøte med Tone sin fastlege.
- Oppfølgingstjenesten tar med seg målingene fra prøveperioden til fastlegen.

	24.02	25.02	26.02	27.02	28.02	01.03	02.03	03.03	04.03	05.03	06.03	07.03	08.03	09.03
Respirasjonsfrekvens	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SpO2	98%	98%	97%	98%	98%	100%	98%	100%	98%	98%	97%	98%	100%	98%
Romluft/oksygen	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft	Romluft
Blodtrykk	152/78	164/79	157/80	163/78	171/81	155/76	159/75	162/79	158/80	169/78	161/71	173/74	168/77	154/76
Puls	86	72	81	77	76	82	89	83	81	79	80	74	83	90
Bevissthet	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO	VKO
Temperatur	36,6	36,7	36,5	36,7	36,5	36,8	36,7	36,8	36,7	36,5	36,6	36,7	36,4	36,8
Vekt	101,2 kg							101,1 kg						

Høyde: 168 cm

- Oksygenmetning måles på fingeren.
- Temperatur måles i øret.
- Blodsukker måles fastende hver morgen og før hvert måltid.
- Humalog/ NovoRapid
- > 14            4 IE
- > 16            6 IE
- > 20            10 IE

### Blodsukkerkurve

Dato	Morgen (fastende)	Før lunsj	Før middag	Før leggetid
24.02	7,8	10,5	11,4	9,2
25.02	8,3	11,1	14,2	11,8
27.02	7,5	9,8	12,6	10,2
28.02	6,9	10,2	13,5	12,0
01.03	8,0	12,1	16,3	13,9
02.03	7,2	9,2	14,8	12,5
03.03	7,5	10,8	12,5	9,9
04.03	6,7	9,1	10,5	8,3
05.03	8,3	13,2	17,8	14,1
06.03	7,8	10,5	12,2	9,5



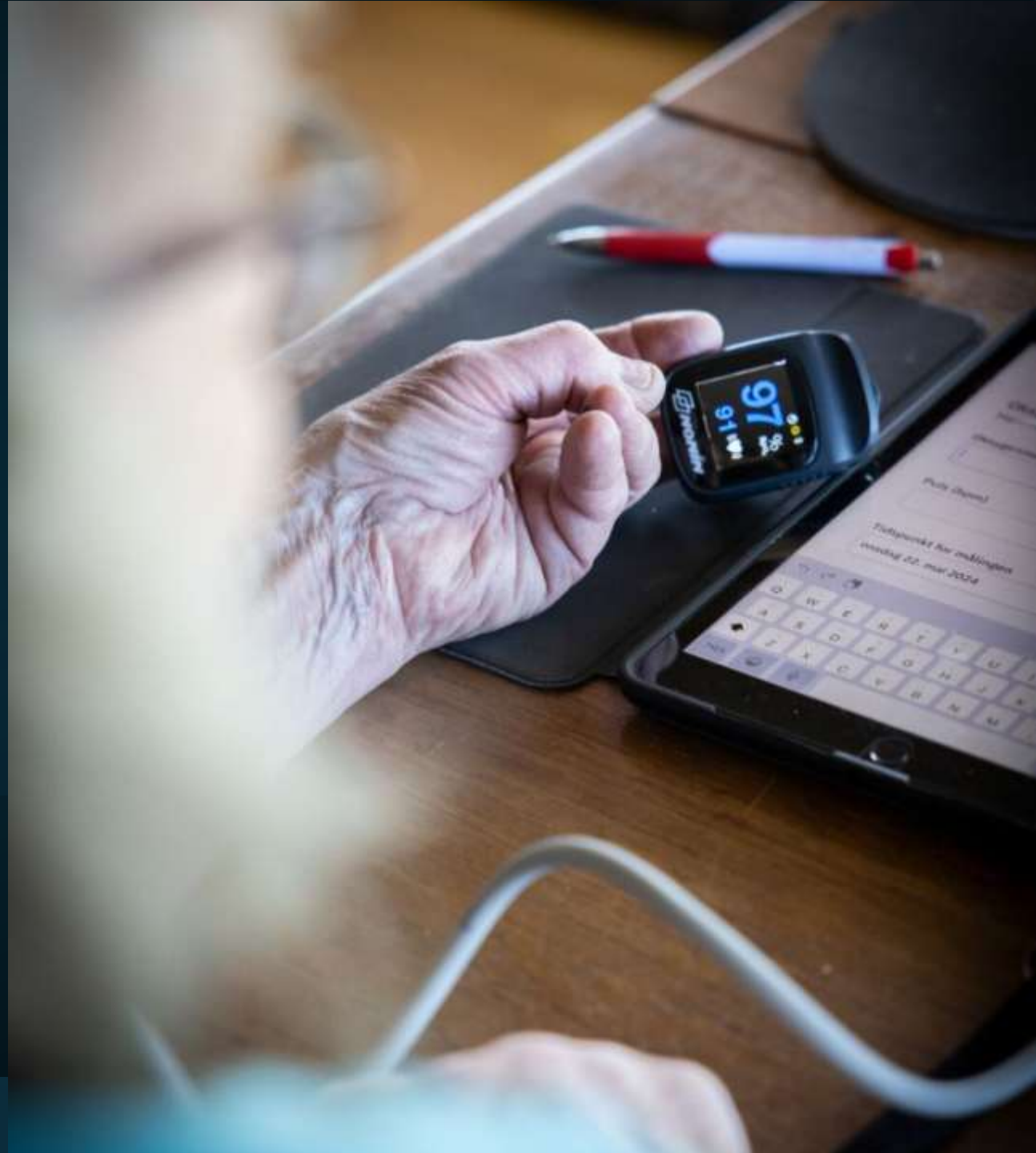
Pause frem til 17:05





# Dialog om fastlegens juridiske ansvar ved DHO

12.03.2025





- Hege sender

## HENSIKT

Hensikten med rutinen er at behandlingsmøte hos fastlegen gjennomføres på en hensiktsmessig måte, sikre god kvalitet på møtet og avklare forventninger til DHO. Sette referanseverdier og ferdigstille egenbehandlingsplan.

## ANSVAR (ROLLE)

Helsehjelpen har ansvaret for å utarbeide et forslag til egenbehandlingsplan og referanseverdier.

Fastlegen har ansvar for å avsette en dobbelttime (takst 14b- samhandlingstakst) til møtet.

Aktuelle deltagere har ansvaret for å møte og bidra med utvikling av planen (sykehus, fysio-ergo, annet).

## Søkeord i TQM

Behandlingsavklaringsmøte, egenbehandlingsplan, MAO, medisinsk avstandsoppfølging, digital hjemmeoppfølging, behandlingsmøte, fastlege

## BESKRIVELSE

### Deltakere i møtet:

- Pasienten og gjerne pårørende, representant fra Helsehjelpen og hjemmetjenesten der pasienten mottar tjenester.
- Ved behov/mulighet: kontaktsykepleier ved sykehuset, sykehuslege, fysioterapeut evt andre

### Forberedelser til møtet:

Det vil være hensiktsmessig å holde møtet ca. to til fire uker etter oppstart og det er viktig at det ikke går for lang tid etter oppstart. Vi må ha nok kunnskap om pasienten til å ha satt målsetting, referanseverdier og kunne etablere behandlingsplan. Hvis pasienten har hatt en forverring i denne perioden, bør møtet utsettes til pasienten har vært noen uker i stabil fase.

Bestill en dobbelttime som skal knyttes mot takst 14b (samhandlingsmøte). Pasienten skal ikke betale for møtet. I 2021 tas sykehuset med på møtet (se egen rutine) og vi bruker da onsdager til behandlingsmøte. Pasienten tar med nettbrettet til timen

### Hva skal vi ha med til møtet?

Erfaringer etter oppfølgingen så langt, forslag til grenseverdier som skrives ut fra Prevent og utkast til egenbehandlingsplan. Pasientens målsetting, hva er viktig for nettopp denne pasienten? «Hva er viktig for deg?» Hvordan tenker pasienten å nå målene sine?

### Temaer som skal tas opp:

- Hva vil legen ha ut av oppfølgingen, hvordan vil denne at vi kommuniserer? E-melding eller telefon?
- Hva vil fastlegen ha av opplysninger, ukentlige oppdateringer eller kun oppdatering ved endring eller forverring? Gjøre tydelige avtaler som er til nytte for alle parter.
- Vil legen ha tilgang til Dignio?
- Har pasienten rett utstyr i forhold til diagnose/ problemstilling? Hva tenker fastlegen om

# Konsultasjon for utarbeidelse av egenbehandlingsplan: 14/14D

- Ved bruk av inhalasjonsmedisiner; gjennomgang av disse (NICE guidelines er kilde og bør følges. Sett deg derfor inn i dette før møtet). Har pasienten optimal astma/KOLS-behandling?
- Har hjertesviktpasienten allerede en avtale med poliklinikken på sykehuset om medikamenter? Vanndrivende, når, hvor mye?

Hensikten med møtet er å informere legen om oppfølgingen og at denne godkjenner opplegget som er laget for pasienten, og kommer med innspill til oppfølgingen. I tillegg er det viktig å få på plass en egenbehandlingsplan som gjenspeiler pasientens målsettinger og problemstillinger. Spesialisthelsetjenestens rolle: Behandlingsavklaring, behov for opplæring av pasient eller oppfølgingstjeneste/ hjemmetjeneste, bidra i utarbeidelse av egenbehandlingsplan.

### I etterkant av møtet:

Helsehjelpen gjør endringer i egenbehandlingsplanen etter avtale med fastlege eller sykehus og publiserer denne til pasientens nettbrett. Planen sendes til fastlegen enten som e-melding eller som PDF i Profil. Oppdater målsetting og notatfelt i Prevent med dato for revidering av egenbehandlingsplan. Oppdater eventuelle oppgaver som pasienten skal ha knyttet til planen på nettbrettet. Oppdater Profil med tekst til egenbehandling møtet, hva har skjedd, hvilke avtaler ble gjort og legge planen inn under skjema.

## REFERANSER

For KOLS og astma pasienter:

<https://www.nice.org.uk/guidance/NG115>

## DOKUMENTER

Vedlegg: Mal for egenbehandlingsplan

Malen inneholder mange forslag til tiltak og lignende som planen skal inneholde. Disse må tilpasses hver pasients behov, problemstillinger og diagnoser.

Veiledning i etablering av egenbehandlingsplan (word dokument)

## ARKIVERING

Evt. lagrings-/arkiveringsbehov/-plikt:

Egenbehandlingsplanen lagres i profil og på nettbrettet til pasienten.

# Takst for risikokartlegging av pasientene – 6/6B

Taksten skal dekke tiden fastlegen bruker på en systematisk risikokartlegging av egne listeinnbyggere for å **identifisere pasienter med kronisk sykdom med risiko for helse- og funksjonsfall**. Takst 6a gjelder for den første halvtime, mens takst 6b er for senere påbegynte halvtimer. Det kan gjøres en slik kartlegging hvert halvår. Takst 6b kan repeteres, men ikke utover totalt 1 gang pr 100 listeinnbyggere. Taksten 6a og 6b med repetisjoner settes opp på et regningskort i legens eget navn etter at en har gjennomført risikokartleggingen og sendes med det ordinære oppgjøret. Samlet tidbruk det maksimalt kan takstes for på en liste med 1000 innbyggere blir 5,5 timer gitt ved 1stk 6a + 10 stk 6b (en gang pr 100 listepasienter)\*

# Inklusjon og eksklusjon av brukere

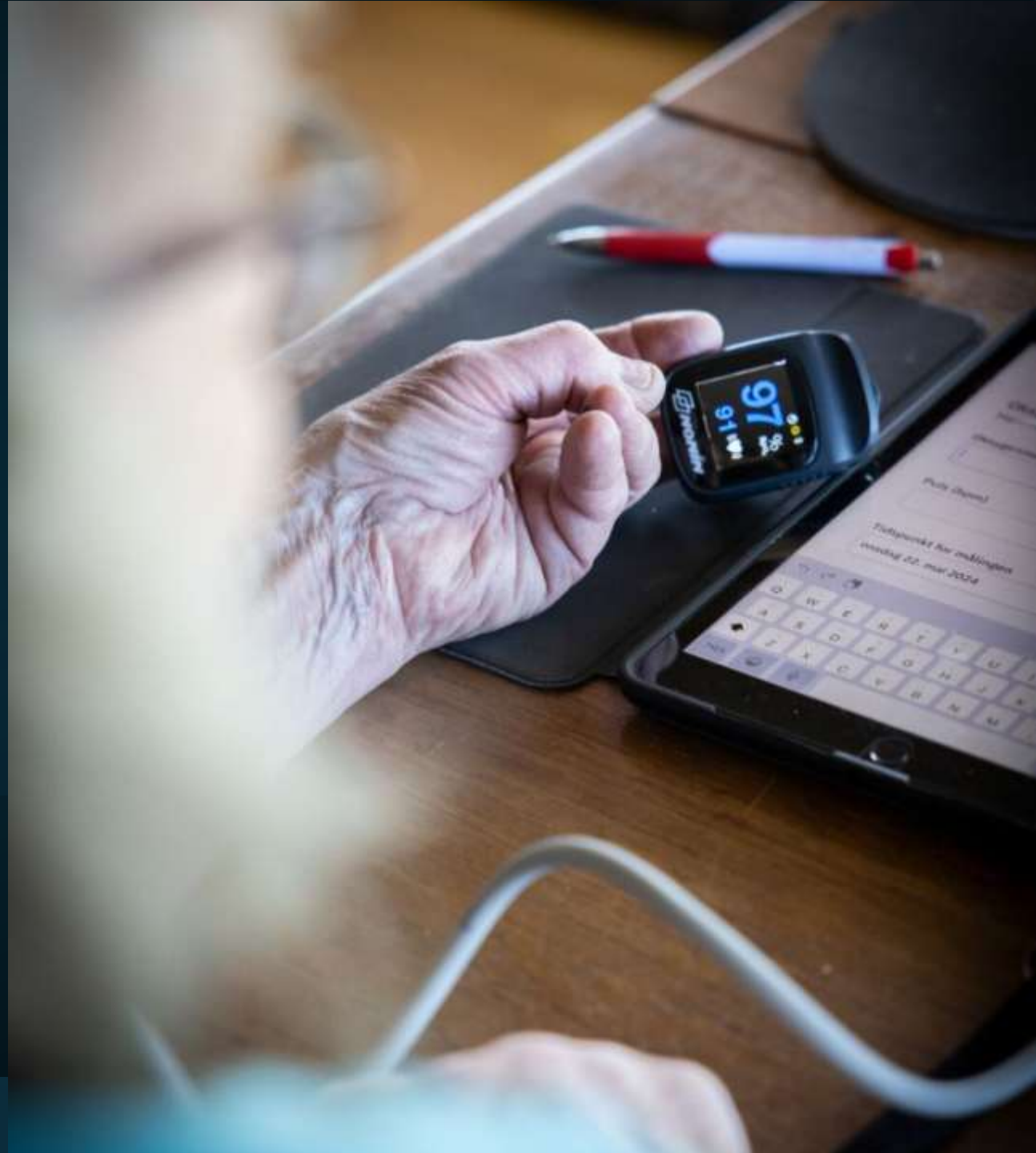
12.03.2025





# Videre arbeid med DHO i regionen

12.03.2025









Takk for i dag!

12.03.2025

