

Digital hjemmeoppfølging (HØRINGSUTKAST)

Nasjonale faglige råd

Først publisert: 09. mai 2022

Sist faglig oppdatert: 09. mai 2022



Innhold

1. Digital hjemmeoppfølging	3
2. Metode	13

Digital hjemmeoppfølging

Råd

Kommunale helse- og omsorgstjenester bør tilrettelegge for digital hjemmeoppfølging

Ledelsen i kommunale helse- og omsorgstjenestene bør starte en prosess for å tilby digital hjemmeoppfølging i tjenestetilbudet til personer med behov for oppfølging ([se råd nr. 3](#)).

Steg i en prosess med tjenesteinnovasjon for å ta i bruk digital hjemmeoppfølging:

1. avklare behov
2. utforme tjeneste
3. implementere tjeneste
4. drifte og evaluere tjeneste.

Tilrettelegging innebærer blant annet

1. definer tydelige målsetninger med tjenesten
2. avklar samarbeidet med andre aktører i helsefelleskapet ([Nasjonalt råd om samarbeid om digital hjemmeoppfølging](#))
3. avklar organisering og ansvar for oppfølgingen av pasienter/brukere som mottar digital hjemmeoppfølging
4. avklar behov for medisinsk utstyr og annen teknologi

Praktisk – slik kan rådet følges

Bruk verktøyet [Kvikk-guide](#) som støtte i innovasjonsprosessen. Verktøyet er basert på erfaring med utprøving av digital hjemmeoppfølging i primærhelsetjenesten og bygger på [Veikart for tjenesteinnovasjon](#). For hver fase er det definert aktiviteter med råd og tips, og lenker til verktøy, rapporter og eksempler fra kommuner som har fått erfaring med digital hjemmeoppfølging.

Vurder behovet for tidlig metodevurdering ([lenke til verktøy utviklet av C3 Senter for fremtidig helse, 2021](#)) i trinn 1 av tjenesteinnovasjonsprosessen for å vurdere nytte ved å ta i bruk digital hjemmeoppfølging.

Erfaringsbaserte råd om vellykket implementering av digital hjemmeoppfølging finnes i Sluttrapport fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging i primærhelsetjenesten ([lenke til kap.10](#)), samt erfaringer med nyttige vurderinger Sluttrapportens i [kap.4 og 5](#).

Kort beskrivelse av prosjektene i Nasjonal utprøving finnes i [Sluttrapportens kap.4](#). Andre eksempler fra helse og omsorgstjenesten på bruk av digital hjemmeoppfølging finnes på Helsedirektoratets temaside [Teknologi i pasientens helsetjeneste](#) og hos Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon innen helsesektoren [InnoMed](#).

Beslutningsstøtteverktøyet [mini-metodevurdering \(helsebiblioteket.no\)](#) kan benyttes som mal når det er nødvendig å kartlegge budsjettmessige eller organisatoriske konsekvenser. [Veileder i bruk av beslutningsstøttesystemet \(helsebiblioteket.no\)](#).

Metoden kan brukes av kommuner og sykehus i samarbeid. Her er et eksempel på gjennomført minimetodevurdering i samarbeid mellom et sykehus og en kommune: [Brukersentretre tjenester for den eldre pasient med multisykdom \(helsebiblioteket.no\)](#).

Begrunnelse – dette er rådet basert på

Sammendrag

Digital hjemmeoppfølging bidrar til (Abelsen et al., 2022), (Telemedicine for Patients Suffering From COPD (Danish Telecare North Trial) (TCN), 2016):

- å bremse en forverring i helsetilstanden for personer med kronisk sykdom
- økt forståelse for og mestring av egen sykdom, og derigjennom til
- økt trygghet og helsemessig tilfredshet blant dem som mottar tjenesten.

Følgforskningen av den nasjonale utprøvingen av digital hjemmeoppfølging indikerer at det er lavere dødelighet blant brukere av digital hjemmeoppfølging sammenlignet med kontrollgruppen 12 måneder etter inklusjon (Abelsen et al., 2022). Forskjellen er statistisk signifikant på 10-prosentnivå.

Erfaringer med digital hjemmeoppfølging under pandemien (Helsedirektoratet, 2021): viser at innbyggere smittet med covid-19 eller som er i karantene, rapporterer at de opplever at digital hjemmeoppfølging har gitt økt trygghet i en vanskelig situasjon og sikret god oppfølging fra helsetjenesten. Helsepersonell opplever at digital hjemmeoppfølging har gitt dem god oversikt over brukerne, og gitt god beslutningsstøtte ved oppfølging, samtidig som det reduserer smittefare. Kommunene har opplevd at bruk av digital hjemmeoppfølging har bidratt til en mer bærekraftig helsetjeneste, der helsepersonellressurser benyttes mer effektivt. 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.

Erfaring fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging viser en tjeneste i fortsatt utvikling, med et stort potensial i å imøtekomme flere av utfordringene helsetjenesten står overfor i årene som kommer. Digital hjemmeoppfølging kan tilpasses mange formål og brukergrupper, og gir brukerne nærhet til helsetjenesten. Samtidig viser den samfunnsøkonomiske analysen at digital hjemmeoppfølging kan bli en kostbar tjeneste hvis den ikke innrettes på en effektiv måte. Vurdering basert på den samfunnsøkonomiske analysen fra utprøvingen 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 (Abelsen et al., 2022).

Kunnskapsgrunnlaget (Meneses-Echavez et al., 2021) for rådet viser, sammenlignet med vanlig praksis, at digital hjemmeoppfølging trolig reduserer innleggelse hos personer med astma og antall liggedøgn hos personer med kols (Kronisk obstruktiv lungesykdom).

Danske erfaringer (Vestergaard et al., 2020) viser positive samfunnsøkonomiske effekter ved bruk av digital hjemmeoppfølging til personer med hjertesvikt.

For kommuner som vurderer å tilby digital hjemmeoppfølging, viser erfaringene (Helsedirektoratet, 2022) at det har vært fornuftig å komme i gang med å prøve ut tjenesten, men at man kan begynne nøkternt og med å teste tjenesten i liten skala. Det er vanskelig å på forhånd si hvilken organisering som vil passe i hver kommune, og det er derfor viktig å være forberedt på at ting vil ta tid og at man vil måtte prøve seg fram før man finner tjenestens form (Digital hjemmeoppfølging – erfaringer med samhandling og informasjonsdeling. Evalueringsrapport utarbeidet for Helsedirektoratet, 2022).

Den stegvise tjenesteinnovasjonsprosessen vist til under anbefaling er derfor viktig for å designe en bærekraftig tjeneste.

Referanser

Råd

Ved oppstart av digital hjemmeoppfølging bør det søkes samarbeid i helsefelleskapet

Samarbeid om digital hjemmeoppfølging bør forankres i samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak (her kommer lenke til nasjonal veileder til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, §6-2 nr. 9 samarbeid om IKT løsninger lokalt - veilederen er under utarbeidelse).

Samarbeidet bør resultere i en omforent beskrivelse av dagens tjenestetilbud og fremtidig mål, inkludert:

- behov for digital hjemmeoppfølging
- relevante målgrupper
- planer for brukerinvolvering
- overordnede mål for tjenesteforløpene
- organisering og ansvarsforhold i tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging
- behov for medisinsk utstyr, inkl. anskaffelsesprosesser, distribusjon og opplæring i bruk
- samarbeid om minimetodevurderinger ved usikkerhet om effekt, budsjettmessige eller organisatoriske konsekvenser

Praktisk – slik kan rådet følges

Samarbeidsprosessen bør inneholde følgende aktiviteter:

- a. **Avklare behov for å tilby digital hjemmeoppfølging:** Tidlig metodevurdering ([lenke til verktøy utviklet av C3 Senter for fremtidig helse 2021](#)) kan være aktuelt for å avklare behovet og vurdere nytte ved å ta i bruk digital hjemmeoppfølging.
- b. **Identifisere målgrupper:** Benytt [Helsedirektoratets temaside om styringsinformasjon for helsefelleskap](#), knyttet til personer med kroniske sykdommer i analysearbeidet. Se også

eksempler på målgrupper i [Sluttrapport fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging, kap.4.1](#).

- c. **Plan for brukerinvolvering:** Noen momenter å tenke på: Hvordan velge ut pasientene som skal delta? Må være tidlig involvert i prosessen. Pårørende er også mottakere av gevinster av teknologien, så viktig at også pårørende er involvert.
Eksempler på brukerinvolvering i tjenesteutviklingsprosessen finnes her (lenke til [Sluttrapport fra utprøving av digital hjemmeoppfølging, kap.5.4](#), HelseDirektoratet, 2022) og HelseDirektoratets [temaside](#) om brukermedvirkning.
- d. **Sette mål for tjenesteforløpet på overordnet nivå:** Målene bør være SMARTE (Spesifikt – Målbart – Attraktivt – Realistisk – Tidsbestemt) som kan benyttes når tjenesteforløpet skal evalueres og gevinster realiseres på system nivå. Eksempler på mål finnes i [Sluttrapport fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging, kap.8.1](#).
- e. **Avklare organisering og ansvarsforhold for tjenesten:** Eksempler på tjenesteforløp med roller og ansvar finnes i [Sluttrapport fra utprøving av DHO, kap.5.5](#), hvor det gis en overordnet beskrivelse av et typisk tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging med sentrale aktiviteter. Erfaring fra nasjonal utprøving tyder på at aktivitetene i forløpet er de samme, men organisering av tjenesteforløpet avhenger av lokale vurderinger og behov. Den nasjonale utprøvingen av digital hjemmeoppfølging hadde tre hovedvarianter av tjenesteforløp: Pasienter følges opp fra et oppfølgingscenter i kommunen/regionalt, Pasienter følges opp fra hjemmetjenesten i kommunen, Pasienter følges opp fra sykehus. I noen tilfeller startet oppfølgingen fra sykehuset og ble etter noen uker overtatt av kommunen ved behov for videre oppfølging. Se eksempler i kommunenes sluttrapporter fra nasjonal utprøving som er [vedlagt](#) hovedrapporten.
- f. **Samarbeid om metodevurdering:** Minimetodevurdering er et nasjonalt beslutningsstøtteverktøy som brukes av sykehusene når beslutningstager eller fagpersonene er usikre på om den nye metoden er virksom og trygg, eller når det er nødvendig å kartlegge budsjettmessige eller organisatoriske konsekvenser. [Veileder i bruk av beslutningsstøttesystemet \(helsebiblioteket.no\)](#). Beslutningsstøtteverktøyet kan også brukes av kommuner, og av kommuner og sykehus i samarbeid. Her er et eksempel på gjennomført minimetodevurdering i samarbeid mellom et sykehus og en kommune. [Brukersentrerte tjenester for den eldre pasient med multisykdom \(helsebiblioteket.no\)](#).
- g. **Avklare behov for medisinsk utstyr, inkl. anskaffelsesprosesser, distribusjon, opplæring og tilgang til pasientrapporterte data hos alle involverte i tjenesteforløpet på tvers av omsorgsnivå.** Involver kompetansemiljøer i egen kommune eller andre kompetansemiljøer i helsefelleskapet. Dette kan være medisinsk-tekniske avdelinger i helseforetak som har erfaring med forvaltning av medisinsk utstyr, og etabler en struktur for forvaltning og drift av medisinsk utstyr som f.eks. hjelpemiddelsentraler allerede når anskaffelsen planlegges og det stilles krav til utstyret. En samling av gjeldende tekniske anbefalinger og krav for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging for de som skal anskaffe, implementere eller levere denne typen løsninger finnes på e-helse.no: [Tekniske anbefalinger ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging](#).

Ivareta til enhver tid gjeldende krav til medisinsk utstyr, og krav knyttet til deling og lagring av data (personvern og informasjonssikkerhet, normering innen semantisk og teknisk samhandling). Det er behov for å ha fokus både på personopplysningene som behandles og utstyret som benyttes for å kunne gjennomføre nødvendige risikovurderinger og nødvendig DPIA.

Identifiser behandlingsgrunnlag, databehandlingsansvarlig og gjennomfør DPIA: All behandling av personopplysninger må ha et rettslig grunnlag for å være lov. Det må defineres et formål med behandling av helseopplysningene og hvilke hjelpemidler som skal brukes av den som i eller i medhold av lov er pålagt et databehandlingsansvar. Dataansvarlige i helse- og omsorgssektoren gjennomfører en vurdering av personverkonsekvenser (DPIA). Til lenke: [Mal og veiledning for utfylling av personverkonsekvensvurdering \(DPIA\) - ehelse](#)

Vurder risiko, konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og pasientsikkerhet: Med utgangspunkt i hvilke helseopplysninger som behandles vil risikovurdering være et grunnlag for å iverksette nødvendige tiltak for å sikre forsvarlig databehandling. Det er også behov for å gjennomføre vurdering av risiko for sårbarheter i medisinsk utstyr. Gjennomfør gjerne risikovurderinger med fokus på å identifiserer risiko for digitale angrep og hvordan disse kan avdekkes og håndtert. Økt bruk av digital hjemmeoppfølging og løsninger som benyttes fører med seg nye sårbarheter, blant annet knyttet til sikkerhet i utstyret og nye krav til brukerkompetanse.

[Se nærmere beskrivelse av kravene og lenker til aktuell informasjon.](#)

Undersøk om andre tjenesteytere i helsefelleskapet er i gang med digital hjemmeoppfølging og vurder mulighet for samarbeid om innkjøpsprosess og forvaltningsstruktur. Det styrende regelverket for innkjøp ligger i [Anskaffelsesforskriften \(lovdata.no\)](#), her står det ikke egne paragrafer om samarbeid – men heller ingenting om at det ikke er lov. Her er noen eksempler på anskaffelsessamarbeid:

- I fellesanskaffelsen av [elektroniske medisineringsløsninger \(innovativeanskaffelser.no\)](#) som Larvik ledet på vegne av 29 kommuner har vi samlet alle relevante dokumenter her. Her finnes blant annet prosjektplan, styringsdokument for anskaffelsen, tilslutningserklæring, informasjon fra dialogen samt sluttrapport.
- Det er utarbeidet en [prosessbeskrivelse av fellesanskaffelsen av velferdsteknologi i Agder \(innovativeanskaffelser.no\)](#) der det står litt om prosessen.
- I det pågående [innovasjonspartnerskapet i Agder \(innovativeanskaffelser.no\)](#) er det regionale samarbeidsorganet RKG e-helse som står som oppdragsgiver (alle kommunene er listet opp i konkurransegrunnlaget).

Begrunnelse – dette er rådet basert på

Sammendrag

Erfaring fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging viser (Helsedirektoratet, 2022) at det har vært nyttig med formalisert samarbeid. Prosess veiledning i workshops der alle aktører har deltatt i utvikling av tjenesteforløp lokalt, har vært viktig for å etablere samarbeid og forståelse for hverandres roller og ansvar i oppfølging av brukere og pasienter og i det å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Samarbeid mellom helsepersonell har bygget tillit mellom ansatte i ulike deler av tjenesten. Å bygge denne typen tillitsforhold er trolig viktig for å få til varige endringer for samhandling (Digital hjemmeoppfølging – erfaringer med samhandling og informasjonsdeling. Evalueringsrapport utarbeidet for Helsedirektoratet, 2022).

Erfaring fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging peker på utfordringer med samhandling og informasjonsdeling mellom aktører i helsetjenesten. Viktige læringspunkter om samhandling fra nasjonal utprøving (Digital hjemmeoppfølging – erfaringer med samhandling og informasjonsdeling. Evalueringsrapport utarbeidet for Helsedirektoratet, 2022), og som krever lokal drøfting er:

- Utskrivingsprosess: det kan være utfordrende å inkludere pasienter når de er på sykehus fordi pasientene ofte har opplevd en akutt forverring av helsetilstand og ønsker ikke å starte noe nytt i en situasjon som oppleves uoversiktlig og alvorlig.
- Både fastleger og ansatte på sykehus ser verdien av å ha tilgang til et utvalg av de pasientrapporterte dataene, de siste måleverdiene og utvikling over tid. Mangel på integrasjon mellom systemene som brukes i helsetjenesten i dag skaper dobbeltarbeid og utfordringer for informasjonsdeling

- Egenbehandlingsplan er et viktig verktøy for å hjelpe brukerne. Det er positive erfaringer med å involvere både spesialister på sykehus og fastlege i utarbeiding og oppfølging av egenbehandlingsplan selv om en utfordring er manglende mulighet til å dele en digital versjon av egenbehandlingsplanen mellom aktørene.
- Lokale behov har betydning for valg av tjenesteforløp.

Erfaringer fra Danmark viser også at digital hjemmeoppfølging påvirker samarbeidet mellom kommunehelsetjeneste, allmennleger og sykehus (Bang Christensen, 2016). Digital hjemmeoppfølging har potensial for å bli en tjeneste som binder ulike helsetjenester sammen og fungerer som et bindeledd mellom fastlegen, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Å få til samhandling mellom aktørene i helsefelleskapet vil også være sentralt i arbeidet med å få på plass en effektiv og bærekraftig tjeneste (Abelsen B. et al., 2022).

Implementeringsforskning (Vik, 2018) innenfor e-helseområdet peker på høyt antall interessenter og kompleksitet i interessentenes integrering (Nilsen, Stendal, & Gullslett, 2020), samt at samstyring har betydning for gevinstrealisering (Askedal, 2020).

Erfaring fra den nasjonale utprøvingen av digital hjemmeoppfølging (Helsedirektoratet, 2022) tilsier at samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om felles pasient forenkles når man benytter samme medisinsk utstyr. Det gir mulighet for tilgang til måledata i DHO-løsningen. Det gjør det praktisk enklere for pasient/bruker å benytte samme medisinske utstyr uavhengig av om oppfølgingen skjer fra primær eller spesialisthelsetjenesten.

De lovpålagte samarbeidsavtalene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), LOV-2011-06-24-30) kan ivareta det formaliserte samarbeidet om implementering av digital hjemmeoppfølging, hvor implementeringsprosessene forankres.

Referanser

Råd

Personer med kroniske lidelser bør tilbys digital hjemmeoppfølging som en individuelt tilpasset tjeneste

Digital hjemmeoppfølging innebærer at

- pasienter kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten i sine hjem
- brukere av digital hjemmeoppfølging utfører avtalte målinger (f.eks. blodtrykk, vekt, O2-metning), og svarer på spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett eller lignende i tråd med en individuell oppfølgingsplan
- resultatene overføres automatisk fra målesensorene til nettbrettet, slik at brukeren kan se dem og følge med på egne resultater over tid
- resultatene overføres også til en oppfølgingstjeneste, som tar kontakt med brukeren dersom de gjennomførte målingene er utenfor brukerens normalverdier. Kontakt og dialog mellom pasient og helsepersonell foregår digitalt ved hjelp av video, meldinger eller telefon.
- det avklares hva pasienten selv har ansvar for og hva oppfølgingen fra oppfølgingstjenesten innebærer

- personell i oppfølgingstjenesten gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra brukerens behov og egenbehandlingsplan, og vurderer i samråd med bruker om vedkommende bør ta kontakt med fastlege eller legevakt
- pårørende og omsorgspersoner involveres og ivaretas ved ønske og behov
- pasientene tilbys mulighet for teknisk støtte

Tilbud om digital hjemmeoppfølging vurderes spesielt for personer med

- sykdommer med oppfølgingsbehov over tid som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, livsstilsendring, psykiske helseutfordringer og kreft
- middels til høy risiko for forverring av sin helsetilstand
- middels til høy risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester
- høyt forbruk av helsetjenester
- flere diagnoser, og store, sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom
- behov for kortvarig oppfølging ved f.eks. medisininnstilling, nyoppdaget sykdom, etter behandling ved sykehus
- behov for rehabilitering

Vurderingskriterier for å tilby digital hjemmeoppfølging er om pasienten

- har et sykdomsbilde som er mulig å måle og følge opp på avstand
- er motivert for, og har ønske om digital hjemmeoppfølging
- vil ha nytte av tiltaket
- er samtykkekompetent og evner å følge en plan, eventuelt i samarbeid med pårørende
- kan benytte enkel teknologi, eventuelt med opplæring/testperiode

Når digital hjemmeoppfølging er vurdert egnet må det sjekkes om 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.

For involvering av ledere i Helse- og omsorgstjenestene, se [Nasjonalt råd om å tilrettelegge for digital hjemmeoppfølging](#).

Praktisk – slik kan rådet følges

Målgrupper

Se [Sluttrapporten](#) fra Nasjonal utprøving av Digital hjemmeoppfølging [kap.4.1](#) for en oversikt over utprøvningsprosjektene og målgrupper, samt kommunenes sluttrapper for mer informasjon og detaljer om erfaring med ulike målgrupper og digital hjemmeoppfølging.

Samhandling og roller

Lag tjenesteforløpet for digital hjemmeoppfølging i samarbeid mellom kommune, fastlege og helseforetak. Se [Nasjonalt råd om samarbeid ved digital hjemmeoppfølging](#).

Erfaring viser (Abelsen et al., 2022) at fastlegen har en viktig rolle som medisinsk ansvarlig, og som medisinsk faglig rådgiver til kommuner som etablerer digital hjemmeoppfølging som en tjeneste.

Basert på erfaring fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging er det utarbeidet en [veiledning for vurdering og tildeling av digital hjemmeoppfølging](#). Individuell tilpasning gjøres ved å ta utgangspunkt i pasientens mål gjennom å spørre "hva er viktig for deg?".

Helsepersonell i oppfølgingstjenesten

- kartlegger pasientens behov
- lager en plan for prøveperiode
- gir opplæring i bruk av utstyr.

Utarbeid egenbehandlingsplan i tverrfaglig møte med fastlege, pasient, helsepersonell fra oppfølgingen og eventuelt representant fra spesialisthelsetjenesten (Digital hjemmeoppfølging – erfaringer med samhandling og informasjonsdeling. Evalueringsrapport utarbeidet for Helsedirektoratet, 2022).

Vurder:

- hva som er hensiktsmessig oppfølging i forhold til pasientens mål og behov, samt forsvarlighet
- hvilke målinger som kan være nyttig for oppfølging av pasienten, både for pasienten selv og/eller for helsepersonell
- hvilke spørsmål som kan stilles til pasienten knyttet til mål, symptomer og tilstand (pasient-rapporterte opplysninger) for å fange opp risiko for forverring

Medisinsk ansvarlig beslutter hva det er aktuelt å måle/ stille spørsmål om, og grenseverdier som angir pasientens habitualtilstand, som legger grunnlag for trafikkllymodellen.

Følg opp pasienten:

- ved avvik på innrapporterte data (gule eller røde målinger)
- gjennom planlagte oppfølgings- og veiledningssamtaler

Frekvens på oppfølging avhenger av pasientens tilstand og behov. Normalt hyppigere i starten for å bli kjent med behovet for oppfølging. Ved evaluering og evt. justering av plan ved stabil tilstand for kronisk syke, har erfaring vist at det er tilstrekkelig med oppfølging hver 3 -6. måned (se [Sluttrapport om utprøving av digital hjemmeoppfølging, kap.6.3](#)).

Veileder til egenbehandlingsplan

Rådet om bruk av egenbehandlingsplan (EBP) kan følges ved å se til [veileder for utarbeidelse av pasientens EBP](#) (Utviklet av Helsedirektoratet, 2021).

Begrunnelse – dette er rådet basert på

Sammendrag

Digital hjemmeoppfølging bidrar til (Abelsen et al., 2022), (Telemedicine for Patients Suffering From COPD (Danish Telecare North Trial) (TCN), 2016):

- å bremse en forverring i helsetilstanden for personer med kronisk sykdom
- økt forståelse for og mestring av egen sykdom
- økt trygghet og helsemessig tilfredshet blant dem som mottar tjenesten

Følgforskningen av den nasjonale utprøvingen av digital hjemmeoppfølging indikerer at det er lavere dødelighet blant brukere av digital hjemmeoppfølging sammenlignet med kontrollgruppen 12 måneder etter inklusjon (Abelsen et al., 2022). Forskjellen er statistisk signifikant på 10 prosentnivå.

Erfaringer med digital hjemmeoppfølging under pandemien (Helsedirektoratet, 2021) viser at innbyggere smittet med covid-19 eller som er i karantene, rapporterer at de opplever at digital hjemmeoppfølging har gitt økt trygghet i en vanskelig situasjon og sikret god oppfølging fra helsetjenesten. Helsepersonell opplever at digital hjemmeoppfølging har gitt dem god oversikt over brukerne, og gitt god beslutningsstøtte ved oppfølging, samtidig som det reduserer smittefare. Kommunene har opplevd at bruk av digital hjemmeoppfølging har bidratt til en mer bærekraftig helsetjeneste, der helsepersonellressurser benyttes mer effektivt. 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.

I en Cochrane review (Velez et al, 2022), in press), ble det gjennomført systematiske søk i de store medisinske databasene, samt i grå litteratur (materiale og forskning produsert av organisasjoner utenfor de tradisjonelle kommersielle eller akademiske publiserings- og distribusjonskanalene), med mål om å identifisere kunnskap om erfaringer med digital hjemmeoppfølging og rehabilitering. Søket identifiserte 224 relevante artikler publisert mellom 2009 og 2020. Disse ble vurdert i henhold til GRADE-CERQual-rammeverket. 53 artikler fra alle deler av verden ble inkludert i studien. Tematisk analyse og syntese ble gjennomført med støtte i CFIR-rammeverket (Damschroder et al. 2009). Funnene er som følger:

- Pasienter, omsorgspersoner og fagpersoner opplevde alle at det er behov for enkelte fysiske møter i tillegg til de digitale. Digital hjemmeoppfølging alene er ikke tilstrekkelig til å etablere en god terapeutisk relasjon. Enkelte deler av oppfølgingen ikke egnet i form av digitale tjenester.
- Både pasienter og fagpersoner erfarte at digital hjemmeoppfølging virker positivt på mestring og pasienters evne til å ivareta egen helse, og styrker evnen til å mobilisere egenkraft. Pasienter medvirker i større grad i egen helseprosess, og får anledning til å påvirke og tilpasse innsats etter behov og målsetting.
- Både pasienter og helsepersonell rapporterte økt evne til selvstendighet, fungering i hjemmet og bruk av hjelpemidler ved digital hjemmeoppfølging. Samtidig vurderte de fasen med utskrivning til hjemmet som utfordrende, og som særlig sårbar for hvor vellykket den digitale hjemmeoppfølgingen blir.
- Pasienter og fagpersoner anga følgende faktorer som særlig viktige for motivasjon og engasjement under den digitale hjemmeoppfølgingen; støtte fra helsepersonell, pårørende eller omsorgspersoner i behandlingssituasjonen, god kommunikasjon, forventninger til mestring, samt tilleggslidelser som kunne utfordre mestringsevnen.
- Både pasienter, omsorgspersoner og fagpersoner beskrev krav og hensyn til privatliv og konfidensialitet i digital hjemmeoppfølging. Det er positivt å få være i private omgivelser fremfor å møte helsepersonell i institusjonene, men det kan være invaderende å bli observert av helsepersonell i hjemmet.
- Pasienter vurderer at digital hjemmeoppfølging er praktisk og mindre inngripende i hverdagslivet.
- Pasienter, omsorgspersoner og fagpersoner etterspurte bedre opplæring i den digitale konteksten.
- Fagpersoner fremhevet betydningen av å personifisere og skreddersy oppfølgingen tilpasset den enkelte pasientens behov og ressurser.
- Pasienter, omsorgspersoner og fagpersoner beskrev hvordan den digitale oppfølgingen endret egenskaper ved pasient/ tjeneste-relasjonen. Særlig viktig var en mer effektiv kontakt og respons, et mer avslappet klima for kommunikasjon, og bedret mulighet for pasienten å

medvirke til beslutninger. Noen pasienter rapporterte stor gevinst ved å bli fulgt opp over lengre tid enn kun til utskrivelsestidspunktet, mens andre opplevde det som avvisende å bli henvist til digital hjemmeoppfølging.

- Fagpersoner og pasienter beskrev enkelte aspekter ved den digitale oppfølgingen som utfordrende; særlig å gjøre gode vurderinger uten å gjøre fysiske observasjoner, og å vurdere om pasienter utfører trening og oppgaver korrekt. Det er også utfordrende å være uforstyrret i situasjoner der pasienter oppholder seg sammen med familiemedlemmer.
- Pasienter, omsorgspersoner og fagpersoner vurderte at tjenester blir mer tilgjengelige når de tilbys digitalt
- Fagpersoner og myndighetspersoner fremhevet behov for adekvat utstyr, infrastruktur og vedlikehold, både på tilbyder- og pasientsiden, og at dette ofte er mangelfullt ivaretatt. Utfordringer knyttet til vilje til investeringer, bevissthet rundt ressursbehov og den raske teknologiske utviklingen er særlig viktige i denne sammenheng.
- Pasienter og omsorgspersoner beskrev utfordringer knyttet til brukervennlighet ved de teknologiske produktene, og krav til å utvise hensyn til pasientens digitale mestringsevne. Det følger frustrasjon og frykt ved manglende følelse av mestring. På dette grunnlaget følger krav til tilstrekkelig opplæring og støtte ved bruk av digitale applikasjoner og utstyr.
- Fagpersoner støttet ikke udelt at digital hjemmeoppfølging er kostnadsnyttig eller mer effektivt, men mange pasienter mente at digital hjemmeoppfølging, med tilpasset utstyr og opplæring er kostnadsbesparende og lønnsomt.

Referanser

2

Metode

Rådene er i hovedsak basert på at 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.

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.

Utprøvingen er evaluert av Universitet i Oslo i samarbeid med Oslo Economics og Nasjonal senter for disktriksmedisin. Utprøving 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.

Rådene er supplert med kunnskapsoppsummeringer gjort av Folkehelseinstituttet.

Involvering og innspill er i tillegg fremkommet gjennom:

- arbeidsmøter med representanter for kommuner, helseforetak, fastleger, pasienter, og virkemiddelaktører
- intern høring i Helsedirektoratet
- offentlig høring

