

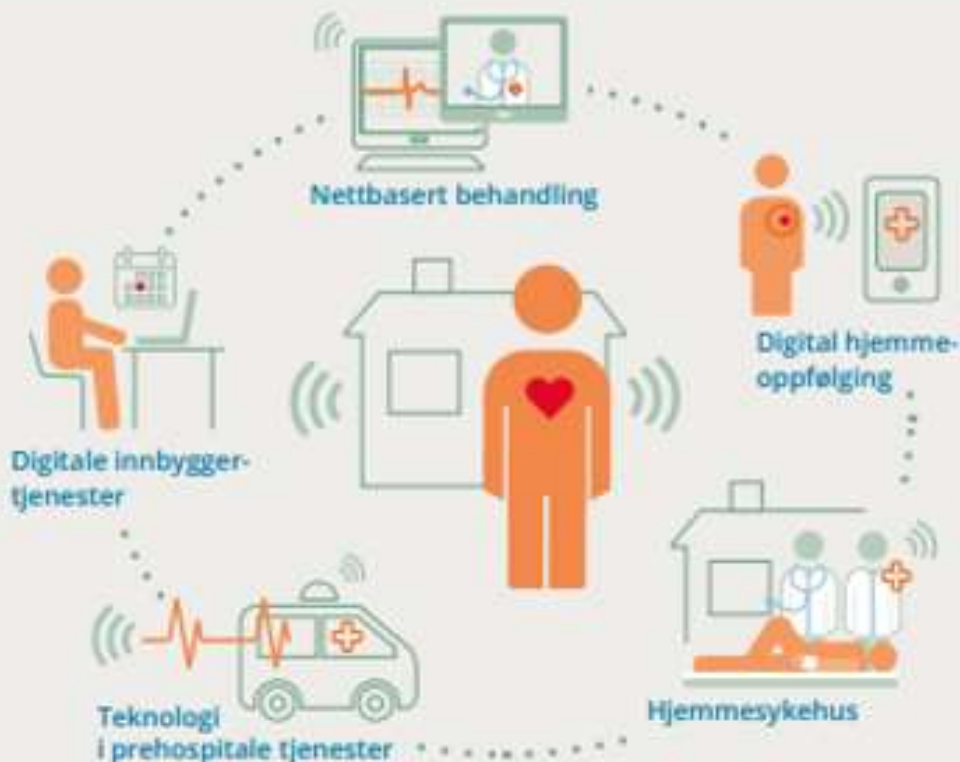
# Flytting av spesialisthelsetjenester hjem

## Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten

Rapport – levert 15.september 2022

[BESTILLINGSNR]

### Spesialisthelsetjenester i hjemmet



# Innhold

Innhold	1
Forord	3
Sammendrag	4
<b>Kapittel 1</b>	<b>10</b>
<b>Rammene for rapporten</b>	<b>11</b>
Bakgrunn	11
Formål	11
Omfang og avgrensing	12
Om datagrunnlag og aktivitetsinformasjon	14
Grensesnitt til oppdrag i tildelingsbrevet	15
Involvering	16
<b>Kapittel 2</b>	<b>17</b>
<b>Hjemmesykehus</b>	<b>18</b>
Noen områder hjemmesykehus brukes for	18
Status for bruk av hjemmesykehus i dag	19
Effekter beskrevet gjennom case	21
Forskning og erfaring viser	22
<b>Kapittel 3</b>	<b>26</b>
<b>Oppfølging basert på data fra pasienten</b>	<b>27</b>
Noen områder for digital hjemmeoppfølging basert på data fra pasienten	27
Status for bruk i dag	28
Effekter beskrevet gjennom case	31
Forskning og erfaring viser	32
<b>Kapittel 4</b>	<b>35</b>
<b>Kommunikasjon mellom pasient og behandler (video- og telefonkonsultasjon)</b>	<b>36</b>
Noen områder for bruk av video og telefonkonsultasjon	36
Status for bruk av telefon- og videokonsultasjon i dag	36
Effekter beskrevet gjennom case	42

Forskning og erfaring viser	45
<b>Kapittel 5</b>	<b>51</b>
<b>Nettbasert behandling</b>	<b>52</b>
Noen områder for bruk av nettbasert behandling	52
Status for bruk i dag	52
Effekter beskrevet gjennom case	53
Forskning viser	54
<b>Kapittel 6</b>	<b>56</b>
<b>Sammenfatning av effekter</b>	<b>57</b>
Effekter for kommunale helse og omsorgstjenester	57
Effekter for pasient/bruker	59
<b>Kapittel 7</b>	<b>63</b>
<b>Planer fremover</b>	<b>64</b>
Helse Nord RHF	64
Helse Midt-Norge RHF	64
Helse Vest RHF	65
Helse Sør-Øst RHF	65
Spredning av digital hjemmeoppfølging i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram	66
<b>Kapittel 8</b>	<b>68</b>
<b>Følge med på utviklingen</b>	<b>69</b>
Kunnskapshull	69
Forslag til videre arbeid	73
<b>Vedlegg</b>	<b>75</b>
Involvering – detaljert oversikt:	75
Litteraturliste	77
Innspill fra KS etter workshop	79
Svar fra Regionale helseforetak	80

# Forord

Arbeidet med rapporten har gitt god innsikt i et felt i utvikling.

Tusen takk til de som har bidratt og brukt av sin tid til å vurdere og formidle effekter basert på erfaring fra praksis. Det hadde ikke latt seg gjøre å gi et godt bilde av dagens situasjon uten disse beskrivelsene.

For å følge med på utviklingen videre er det behov for å utvikle styringsinformasjon, og det er behov for mer forskning og erfaringsdeling om effekter. Særlig viktig blir det å tilpasse metodene vi bruker for å vurdere effekt til et felt i stadig utvikling.

Det er også viktig å følge med på helsefellesskapenes betydning for planlegging og gjennomføring av spesialisthelsetjenester som ved hjelp av teknologi tilbys nærmere der pasientene bor.

Helsedirektoratet, Oslo, 15.september 2022

# Sammendrag

Det er et nasjonalt mål at "Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv". Formålet med denne rapporten er å dokumentere omfang av spesialisthelsetjenester som ved hjelp av teknologi tilbys i hjemmet/nærmere der pasientene bor, og å belyse effekter for pasientene og primærhelsetjenesten.

## Kunnskapsgrunnlag

Spesialisthelsetjenestene som er kartlagt er hjemmesykehus og fire ulike former for digital hjemmeoppfølging. Datagrunnlaget kommer fra Norsk pasientregister (NPR), forskning og eksempler fra praksis.

## Omfang

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er et spesialiserte tjenestetilbud til pasienter som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Behandling og oppfølging kan bestå i regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell eventuelt supplert med video- eller telefonkontakt.

Foreløpige tall fra NPR 2021 viser om lag 800 innlagte i hjemmesykehus i Oslo universitetssykehus og om lag 100 i Helse Bergen. Det er grunn til å tro at det også finnes innlagte i hjemmesykehus i andre sykehus, men at dette ikke framgår av data. For hjemmedialyse er det en svak vekst fra 2019 til 2021 og andel hjemmedialyse er 25 prosent.

Digital hjemmeoppfølging (DHO) innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt (HelseNord, 2021).

Det beskrives fire ulike former for digital hjemmeoppfølging i en rapport fra de regionale helseforetakene, hvor tre former er inkludert i denne rapporten:

- Kommunikasjon mellom pasient og behandler (video- og telefon, sanntid) og meldinger (asynkron)
- Oppfølging basert på data fra pasienten (data fra sensorer og medisinsk utstyr, pasientregistrerte data)
- Nettbasert behandlingsprogram

Det er en viss aktivitet i digital hjemmeoppfølging i form av oppfølging basert på data fra pasienten (tall fra NPR). Aktiviteten må foreløpig sies å være begrenset. I 3. tertial 2021 er det registrert telemedisinsk oppfølging for i overkant av 6000 pasienter med søvnapné som

bruker CPAP/BiPAP, og for i overkant 4000 pasienter med pacemaker og ICD. Fjern monitorering og telemedisinsk asynkron oppfølging er registrert for i overkant av 1000 pasienter med andre tilstander.

Det er foreløpig et lavt antall pasienter som følges opp basert på pasientrapporterte data for revmatologiske lidelser (ca 200) eller epilepsi (ca 200). Samlekategorien for andre type somatiske lidelser har noe høyere forekomst med drøye 1200 pasienter i 3. tertial. Omlag 900 pasienter med angst og tvangslidelser følges opp via pasientrapportert skjemaoppfølging. Dette er en liten økning sammenlignet med de to første tertialene.

Kategorien nettbaserte behandlingsprogram i psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB) omfatter nesten utelukkende aktivitet knyttet til eMeistring (nettbaserte behandling). Aktiviteten er foreløpig lav og kun knyttet til to helseforetak i to ulike helseregioner (Helse Vest og Helse Sør-Øst).

Omfanget er størst for bruk av telefon og videokonsultasjon med om lag 150 000 telefonkonsultasjoner og 22 000 videokonsultasjoner for somatisk sektor i 3. tertial i 2021. Tallene er litt høyere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (PHV/TSB).

## Effekter

I evalueringsrapporten om samhandlingsreformen (Forskningsrådet, 2016) fremgår det at: *"Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal i større grad samarbeide, og spesialisthelsetjenesten skal bidra og bistå slik at kommunehelsetjenesten i økende grad og omfang skal ta hånd om pasienter og pasientgrupper som i dag får behandling på sykehus."*

Gjennomføringen av dette fordrer tett samarbeid og avtaler om finansiering og gevinstfordeling. Det er i tillegg behov for å øke kompetansen i kommunene for å sette kommunene i stand til å motta stadig mer komplekse pasienter<sup>1</sup>.

Utviklingen om flytting av spesialisthelsetjenester hjem/nærmere der pasienten bor har pågått over lang tid. Hvor stor del av denne utviklingen som skyldes bruk av teknologi fremkommer ikke alltid klart og tydelig. Men i de tilfellene hvor teknologi er tatt i bruk, viser mange av erfaringene som er innhentet til denne rapporten, at det bidrar positivt for samarbeid og kompetansedeling.

Hjemmesykehus: For pasientene viser erfaring og forskningen at tjenesten er et like godt alternativ som behandling på sykehus. Vi har knapt med kunnskapsgrunnlag i denne rapporten om effekter for primærhelsetjenesten, den erfaringsbaserte kunnskapen som er innhentet viser at det er positive effekter for kommunen i form av kompetansedeling. Men økning i omfang kan få konsekvenser for ressursbehov. Når hjemmesykehuset "flytter inn" hjemme hos pasienten og forutsetter at kommunens helsepersonell skal bidra griper dette inn i kommunenes rammefinansiering<sup>2</sup>. Det er et stort behov for å få på plass ett solid kunnskapsgrunnlag som faktisk viser konsekvensene for kommunene, både økonomisk, organisatorisk og ressursmessig<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Innspill til rapporten fra KS, datert 9.9.22

<sup>2</sup> Innlegg i workshop 24. august 2022

<sup>3</sup> Innspill til rapporten fra KS, datert 9.9.22

Digital hjemmeoppfølging basert på data fra pasienten: bidrar til å bremse en forverring i helsetilstanden for personer med kronisk sykdom, øker forståelse for og mestring av egen sykdom, og øker trygghet og helsemessig tilfredshet blant dem som mottar tjenesten (Helsedirektoratet, 2022a).

Forskning viser at pasienten gis rask tilgang til medisinsk ekspertise uavhengig av distanse og behandlingssted ved telemedisinsk oppfølging av hjemmedialyse (Nygård, 2021).

Ved digital hjemmeoppfølging av KOLS pasienter er det erfart nyttig for kommunen (både kommunale helse og omsorgstjenester og fastlegen) at pasienten har en egenbehandlingsplan (EBP) med grenseverdier når overføring skjer fra sykehuset. Det er ressursbesparende og gjør det lettere å vurdere behov og å iverksette videre oppfølging. Kommunen må allikevel dobbelføre all relevant informasjon fra EPJ og egenbehandlingsplan på papir som skal inn i DHO løsningen fordi de ikke har noen integrasjon og det vet vi krever unødig ressursbruk.

Erfaringene fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging viser at prosessveiledning i workshops der alle aktører har deltatt i utvikling av tjenesteforløp lokalt, har vært viktig for å etablere samarbeid og forståelse for hverandres 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.

Telefon og videokonsultasjon: gir mange fordeler for pasientene. Det kan gi tettere oppfølging av innbyggere som pga. immobilitet, geografisk avstand eller av andre årsaker har vansker med å møte opp fysisk. Dette kan også gjelde grupper som pga. forholdene har et underforbruk av helsetjenester, også ofte kjennetegnet av behov for assistanse generelt, da også i samband med videokonsultasjon. E-konsultasjoner gjennomføres tryggest der det er en etablert relasjon mellom helsepersonell og pasient og hvor problemstillingene er kjente<sup>4</sup>.

Det er positive erfaringer med digital samkonsultasjon når pasienten har konsultasjon både med fastlege og spesialist samtidig. Det gir rask og rett hjelp på rett nivå. Bidrar til å gi bedre helsetilbud og å bringe spesialisthelsetjenesten nærmere der pasientene bor.

Funnene i en undersøkelse om digital samhandling i oppfølging av eldre pasienter med komplekse og sammensatte behov viser at det sparer pasienten for mange slitsomme reiser til sykehuset. Informantene erfarte også at deltakerne ofte var godt forberedt til samarbeidsmøter på video. De fikk diskutert og løst problemstillinger hurtigere enn i et fysisk møte. Flere hadde mulighet til å koble seg på samarbeidsmøter, som fastlegen, hjemmetjenesten eller spesialisten fra sykehuset, når de slapp å bruke tid på å reise for å delta på møtet. De erfarte også at videomøter er intense og krevende, og at de derfor ikke burde vare lenger enn en time (Silsand L., 2021).

En studie av terapeuters erfaring med videokonsultasjon i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten under pandemien indikerer at det er generelle fordeler med å bruke videokonsultasjon når omstendighetene ikke tillater ansikt-til-ansikt konsultasjoner. Ulike negative aspekter ved det terapeutiske miljøet som manglende sikkerhet for de mest sårbare tjenestemottakerne og temaer som ble vurdert som uegnet for videokonsultasjon, senket terapeutenes helhetsinntrykk av tjenesten (Gullslett, 2021).

Ved telemedisinsk behandling av trykksår føler pasientene at de medvirker i større grad enn når de er innlagt på sykehus. De opplever stor verdi av å kunne være hjemme hos sine nærmeste og slippe den belastende reiseveien til og fra sykehuset for poliklinisk

---

<sup>4</sup> Innlegg v/Anders Grimsmo på workshop 24.august 2022

oppfølging. De føler seg like trygge på at de får riktig behandling og sårene gror like godt hjemme som på sykehus (Irgens I., 2015).

I grunnlaget til denne rapporten fremkommer det at kommuner har positive erfaringer med digital samkonsultasjon. Det styrker samarbeidet mellom kommunene i regionen og spesialisthelsetjenesten gjennom økt dialog, utvikling av gode samarbeidsløsninger og tjenlig oppgaveløsning. Digital samkonsultasjon med spesialist vil for fastlegetjenesten kunne føre til at vurderinga blir mer treffsikker og presis.

I tidligere nevnte studie av telemedisinsk behandling av trykksår rapporterte hjemmesykepleien om økt samhandling, kompetanseheving, økt trygghet og økt forutsigbarhet i pasientoppfølgingen (Irgens I., 2015).

Liknende erfaringer er gjort med digital sårbehandling i Innlandet hvor videokonsultasjon skaper sømløse overganger, og tilrettelegger for kompetanseoverføring der helsepersonell i kommunen kan få ekspertise fra spesialisthelsetjeneste, til rett tid på rett sted.

*Negative:* Fastlegene er bekymret for hvordan bruk av video skal integreres, og at ikke økt tilgjengelighet skaper mer påtrykk og belastning på å levere. Belastningen er allerede stor, og flerfaglige møter/video er ressurskrevende i en hektisk hverdag<sup>5</sup>.

*Nettbasert behandling:* Studier på internett-terapi, (Titov N., 2018), har vist at brukere som får nett-terapi stort sett er like fornøyde som ved fysisk oppmøte. Asynkron digital kontakt med pasienter har mange fordeler. Det blir for eksempel ikke lengre et problem at en pasient ikke møter opp til avtalt time hos behandleren. Personen kan sitte i ro og mak hjemme, logge seg på og skrive i programmet sitt. Med internettbehandling slipper man reisevei til behandlingen/ kommunale tjenester og man får mulighet til å jobbe med behandlingen når det passer best for seg. Pårørende kan også inkluderes i behandlingen, da pasientene har mulighet til å dele innholdet i programmet med andre. Det kan bidra til at pårørende også får økt innsikt og forståelse for pasientens utfordringer.

Erfaringen med eMeistring i Helse Stavanger er at opptaksområdet dekker mange kommuner og eMeistring kan på den måten være et bidrag til kommunens oppfølging av personer med moderate og alvorlige helseplager også i kommuner som har begrenset kapasitet/ tjenester og/eller dekker store områder.

## **Planer fremover**

Helseregionene melder om planer som inkluderer bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem og at helsefelleskap er en viktig arena for samarbeid. 15 samarbeidsprosjekt fra 17 helsefelleskap har fått tilskudd til spredning av digital hjemmeoppfølging i regi av nasjonalt velferdsteknologiprogram. Samarbeidsprosjektene som får støtte omfatter 152 kommuner. Programmets mål er etablert tilbud om digital hjemmeoppfølging i en eller flere kommuner i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024.

---

<sup>5</sup> Innspill I workshop 24. august 2022



## Hvordan følge med videre

Denne rapporten viser at omfanget av spesialisthelsetjenester som ved bruk av teknologi flyttes hjem/i nærheten av pasientenes hjem foreløpig er lite, sett i forhold til omfanget av spesialisthelsetjenester totalt sett. Basert på tall fra nasjonale registre og finansieringsordninger er det foreløpig ikke mulig å kunne si noe om effekter for pasienter og kommunehelsetjeneste. Det er heller ikke mye dokumentert forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om effekter enda.

For å følge med på utviklingen videre er det behov for å utvikle styringsinformasjon, og det er behov for mer forskning og erfaringsdeling om effekter. Her listes noen tiltak som er kommet som innspill i prosessen:

- *Rapportering:* Aktørene i helsefelleskap "pålegges" å lage en årlig melding som følger RHFenes årsmelding. Kan deles på temasider.
- *Metodevurderinger:* Se til Folkehelseinstituttet sitt oppdrag om metodevurdering for kommuner. Tilrettelegge for bruk av metodevurdering som også inkluderer kommunen når spesialisthelsetjenester flyttes hjem. Herunder fordeling av kostnader og nytte.
- *Forskning/følgeevaluering:* Foreslår å finansiere en bruker/pasient undersøkelse og følgeforskning på effekter for alle tre aktører; kommuner, fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- *Bruke etablerte kompetansenettverk og delingsarenaer for å lære av hverandre*
- *Gjennomføre kartlegging etter modell som kvalitetsreformen Leve hele livet – dvs. nedenfra og opp med utgangspunkt i et innsamlet kunnskapsgrunnlag (forskning og erfaring) og deretter workshops. Med formål å dele kunnskap og erfaring.*

Vi anbefaler tiltak som gjelder helsedirektoratets rolle som faglig rådgiver med ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Herunder mulighet til å anskaffe forskning basert på kunnskapsmål om effekter av spesialisthelsetjenester som flyttes hjem med fokus på utviklingen innen geriatri og bruk av team, og evaluering av kompleksitet (multimorbiditet).

Styringsgruppen i Digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi har gitt tilbakemelding om at det er ønskelig med en nærmere utredning av behovet for endringer i lov og avtaleverk når spesialisthelsetjenester flyttes hjem. Det ble stilt spørsmål om samarbeidsavtalene er tilstrekkelig for å ivareta tydelige ansvarsforhold.

Styringsgruppen var også opptatt av at bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem fortsatt er et felt i utvikling og dreier seg om innovasjon. Metodene som brukes for å følge med på utviklingen og måle effekter må derfor tilpasses situasjonen. Her blir Folkehelseinstituttets arbeid med tilpasning av metodevurderinger og kunnskapsoppsummering av betydning.

Nasjonal veileder om samarbeidsavtaler og nasjonale råd om digital hjemmeoppfølging, som er under arbeid, har til hensikt å bidra til at helsefelleksapene brukes som arena for felles planlegging og gjennomføring når spesialisthelsetjenester flyttes hjem. Det er viktig i fortsettelsen å følge med på i hvilken grad helsefelleksapene blir en faktiske arena for å

dele planer og samhandle og skape forutsigbarhet i samarbeidet mellom spesialist, fastleger og kommunale helse og omsorgstjenester.

# Kapittel 1

# Rammene for rapporten

## **Bakgrunn**

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt følgende oppdrag til Helsedirektoratet i tildelingsbrev for 2022:

ID: TB2021-48	Eieravdeling HOD: SHA/KTA	Tilrettelegging for å flytte tjenester hjem
<p>Helsedirektoratet skal videreføre arbeidet med å tilrettelegge for å flytte tjenester hjem.</p> <p>Helsedirektoratet skal som en del av arbeidet levere en rapport innen 15. september 2022 som skal inneholde følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beskrivelse av status/omfang av spesialisthelsetjenester som ytes i/nær pasientens bolig i dag og som er planlagt i kommende år og hvor mye av dette som skjer som følge av felles planlegging i helsefellesskapene.</li><li>• Vurdering av hvilke effekter (både positive og negative, intenderte og uintenderte) dette har for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Ev. betydning for endrede arbeidsformer, ressursbruk/ressursbehov (inkl. fastleger og allmennlegetjenester), oppgavedeling, oppgaveglidning og kompetansebehov skal inngå.</li><li>• Vurdering av hvilke effekter (både positive og negative) dette har for bruker, pasient og pårørende.</li></ul> <p>Det legges til grunn at direktoratet involverer helseforetak, kommuner, fastleger, pasient- og brukerorganisasjoner og at det sees til lokale og regionale utviklingsplaner i spesialisthelsetjenesten</p>		

Denne rapporten er svar på den delen av oppdraget som handler om effekter av spesialisthelsetjenester som ytes i/nær pasientens bolig.

## **Formål**

Det er en ønsket utvikling og et mål<sup>6</sup> i helse- og sykehusplanen at *Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv*. For å tilrettelegge for en kunnskapsbasert utvikling av endringen det innebærer å flytte spesialisthelsetjenester hjem

<sup>6</sup> Meld.St.7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

til/i nærheten av der pasientene bor er det nødvendig å følge med på effekter for pasientene og for primærhelsetjenesten.

Formålet med denne rapporten er

1. å bidra med kunnskap om effekter for pasienter, kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegetjenesten av å flytte spesialisthelsetjenester hjem slik at
  - myndighetene kan fortsette kunnskapsbasert tilrettelegging
  - kommuner, fastleger og helseforetak i helsefelleskap kan bruke kunnskapen i planlegging og utvikling.
2. foreslå/peke på mulige måter å følge med utviklingen videre i årene som kommer.

## **Omfang og avgrensing**

### **Avgrensing**

Det er kunnskap om effekter for pasienter og primærhelsetjenesten av at spesialisthelsetjenester flyttes hjem som er formålet med rapporten. Avgrensing gjøres derfor mot effekter for spesialisthelsetjenesten.

Det ble avklart med oppdragsgiver i møte 29.mars 2022 at kartleggingen avgrenses til digital hjemmeoppfølging og avansert hjemmesykehus, mens ambulante team som ACT og FACT holdes utenfor i denne omgang. Annen ambulans virksomhet er berørt i forbindelse med hjemmesykehus og omtales der.

### **Omfang**

Rapportens innhold er basert på registerdata og kunnskap fra eksempler om følgende spesialisthelsetjenester som flyttes hjem:

#### **Hjemmesykehus/Avansert hjemmesykehus (AHS):**

*Avansert hjemmesykehus for barn beskrives slik i en rapport fra Helsedirektoratet (juni 21):*

Et hjemmesykehus for barn er en enhet i spesialisthelsetjenesten, tilhørende barne- og ungdomsavdelingen i et sykehus. I stedet for at barnet ligger på sykehuset, er barnet innskrevet i hjemmesykehuset og oppholder seg hjemme, med tilsyn og behandling fra hjemmesykehusets sykepleiere og leger.

*Hjemmesykehus for innlagte pasienter beskrives slik i ISF regelverket for 2022:*

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er et spesialiserte tjenestetilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Behandling og oppfølging kan bestå i regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell eventuelt supplert med video- eller telefonkontakt.

Pasienter kan følges opp av spesialisthelsetjenesten som innlagt i hjemmesykehus<sup>7</sup>: For at oppholdet skal kunne registreres som inneliggende i hjemmesykehus må oppholdet kunne sammenlignes med en tilsvarende innleggelse i sykehus. Dette innebærer at dersom tjenesten hjemmesykehus ikke tilbys ville pasienten vært inneliggende i sykehus. Kvalifisert personell fra sykehuset oppsøker i dette tilfellet pasienten daglig for behandling og oppfølging i løpet av den perioden innleggelsen varer. Dersom pasienten overføres fra innleggelse i sykehus og til innleggelse i hjemmesykehus betraktes dette som en postoverføring og vil inngå i det totale avdelings- og sykehusoppholdet. Avdelingsoppholdet registreres som ved ordinær innleggelse i sykehus på den avdeling og fagenhet som har ansvaret for pasientbehandlingen. Den delen av innleggelsen (hele eller deler) som er i hjemmesykehus, registreres som et postopphold under avdelingsoppholdet ved en post som har enhetstype Hjemmesykehus (type enhet kode 8). Tilstands- og prosedyrekoding følger vanlige regler og gjøres på samme måte som ved innleggelse i sykehus.

Dersom disse kravene ikke oppfylles må tjenesten registreres som frittstående ambulante kontakter som registreres når personell fra sykehuset oppsøker pasienten for behandling og oppfølging. Det finnes nærmere beskrivelser av hvordan dette skal gjøres i ISF regelverk 2022. Det er viktig å se hjemmesykehus for innlagte i sammenheng med ambulante konsultasjoner da det finnes en gråsoner for definering av de ulike tilbudene her, og det kan være noe ulikt fra sykehus til sykehus hvordan de organiserer virksomheten og hva de definerer til å være innlagte pasienter, og når det er forsvarlig med mer sporadiske ambulante besøk fra spesialisthelsetjenestens personale.

### **Digital hjemmeoppfølging (DHO)**

Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt (HelseNord, 2021).

Det beskrives fire ulike former for digital hjemmeoppfølging i en rapport fra de regionale helseforetakene (figur 1 under). Digital hjemmeoppfølging belyses fra et pasientperspektiv. For pasienten kan digital hjemmeoppfølging bety:

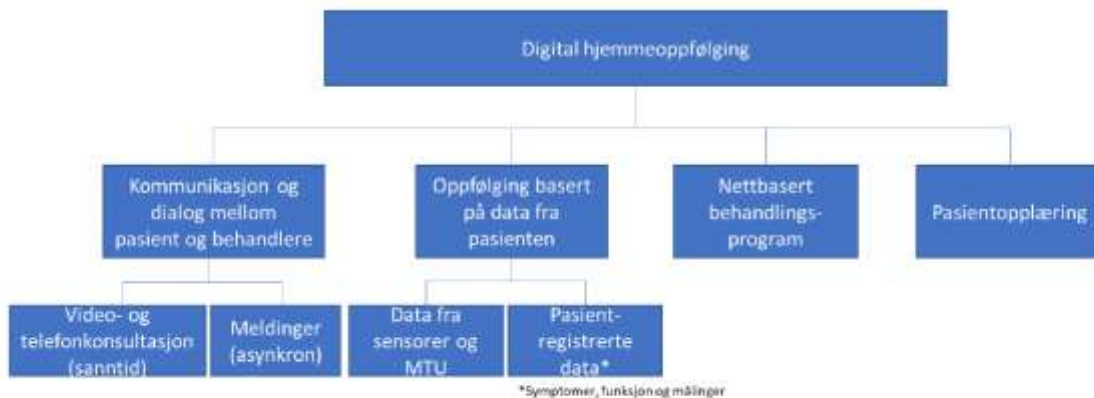
- At jeg kan møte mine behandlere uten å reise til sykehus/legekontor – gjennom video, telefon eller meldinger.
- At mine data brukes til å gjøre min behandling bedre.
- At jeg kan gjennomføre hele eller deler av behandlingen digitalt.

I denne rapporten om effekter er tre av de fire formene for digital hjemmeoppfølging inkludert. De er:

---

<sup>7</sup> ISF regelverk 2022, kap.6.25

- Kommunikasjon mellom pasient og behandler (video- og telefon, sanntid) og meldinger (asynkron)
- Oppfølging basert på data fra pasienten (data fra sensorer og medisinsk utstyr (MU), pasientregistrerte data)
- Nettbasert behandlingsprogram



Figur 1: Oversikt over ulike former for digital hjemmeoppfølging

## **Om datagrunnlag og aktivitetsinformasjon**

Styringsdata og aktivitetsinformasjon fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten finnes gjennom ulike kilder. Mest nærliggende er å tenke på data fra Helsedirektoratet, men også Statistisk Sentralbyrå (SSB) og andre publiserer informasjon om helse- og omsorgstjenester som ytes i Norge.

I Helsedirektoratet publiseres det jevnlig aktivitetsstatistikk og styringsdata<sup>8</sup> fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennom blant annet data fra Norsk pasientregister, fra SAMDATA, Nasjonale kvalitetsindikatorer og senest statistikk spesielt rettet inn mot Helsefelleskapene.

Til tross for bred publisering av styringsinformasjon er det foreløpig lite som retter seg mot digital hjemmeoppfølging. Vi har derfor valgt å benytte datagrunnlaget som ligger til grunn for de aktivitetsbaserte finansieringsordningene i sykehus, Innsatsstyrt finansiering (ISF) og Resultatbasert finansiering (RBF). Datagrunnlaget kommer fra Norsk pasientregister (NPR) og det er samme grunnlagsdata som også benyttes til andre formål i NPR, som for eksempel SAMDATA og som grunnlag for styringsinformasjon til Helsefelleskapene.

Finansieringsgrunnlaget gir et godt bilde av den aktivitet som ytes i pasientens hjem, men mangler informasjon om hvilke konsekvenser aktiviteten kan ha for pasienten behov for kommunehelsetjenester. Denne type informasjon mangler vi foreløpig, men aktiviteten er egnet til å vise status for den type tjenester rapporten fokuserer på, og muligens noe om

<sup>8</sup> [Statistikk, registre og rapporter - Helsedirektoratet](#)

"potensialet" for ytterligere hjelpebehov. Dette kan for eksempel gjelde pasienter i hjemmesykehus.

For å kunne besvare oppdragets fokus på positive og negative effekter for pasienter, kommunale helse- og omsorgstjenester og helsefelleskapenes rolle, har vi derfor innhentet en rekke case. Sammen med status for aktuelle spesialisthelsetjenester slik vi ser det i aktivitetsdata mener vi rapporten gir et godt bilde av status på området.

Avslutningsvis kan nevnes at det i ISF finnes mulighet for at kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF. Dette fordrer at tjenestetilbudet er spesialisthelsetjeneste og at tilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsstruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR. Imidlertid vil vi ikke pt kunne identifisere denne type aktivitet gjennom dataene slik de registreres og rapporteres. Slik aktivitet vil derfor framstå som aktivitet som gjøres av spesialisthelsetjenestens egne ansatte.

## **Grensesnitt til oppdrag i tildelingsbrevet**

### **Oppdrag TB2021-15 Videreføring av Nasjonalt velferdsteknologiprogram**

Ett av velferdsteknologiprogrammets prosjekter gjelder implementering av nasjonale råd om digital hjemmeoppfølging. Prosjektet har mål om å bidra til etablering av digital hjemmeoppfølging i alle helsefelleskap. Kunnskap om status, effekter og planer fremover for flytting av spesialisthelsetjenester hjem er relevant for arbeid med digital hjemmeoppfølging i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

### **Oppdrag TB2022-09 Støtte til helsefelleskapene**

Helsedirektoratet skal støtte kommuner og helseforetak med nødvendig veiledning og styringsinformasjon slik at de sammen kan planlegge og utvikle tjenester. Kunnskap innhentet i denne rapporten er bidrag til identifisering av behov for styringsinformasjon.

### **Oppdrag TB2022-44 Utskrivningsprosessen**

Oppdraget omhandler vurdering og analyse av utfordringer, samt vurdering av tiltak. Herunder hva som kan bidra til økt bruk av teknologi i forbindelse med utskrivningsprosessen. Dette skal sees i sammenheng med oppdraget om å tilrettelegge for å flytte tjenester hjem (TB2021-48). Denne rapporten belyser områder hvor det i dag brukes teknologi når spesialisthelsetjenester flyttes hjem, og planer fremover (overordnet). Dette er kunnskap som kan nyttes i forbindelse med oppdrag om utskrivningsprosessen.



## **Involvering**

### **Interessentene er involvert på følgende måte:**

Representanter for kommuner, helseforetak, pasienter, forskning/utvikling har vært involvert i innhenting av praktiske eksempler (case beskrivelser) og dokumentert kunnskap, drøfting i arbeidsgruppe og workshop 24.august 2022.

Styringsgruppen for Digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi har drøftet saken i sine møter i mars, juni og september.

Oversikt over navn på deltakere og dato for møter er vedlagt.

# Kapittel 2

# Hjemmesykehus

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er spesialiserte tjenestetilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Behandling og oppfølging kan bestå i regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell eventuelt supplert med video- eller telefonkontakt.

## **Noen områder hjemmesykehus brukes for**

### **Hjemmebasert sykehusbehandling som alternativ til behandling på sykehus. Systematisk litteratursøk med sortering**

I 2017 ba Bestillerforum Folkehelseinstituttet om å identifisere forskningen som finnes om hvilke områder eller pasienter hjemmebasert sykehusbehandling (hjemmesykehus) kan være best egnet for. De søkte etter systematiske oversikter og metodevurderinger (heretter systematiske oversikter) om hjemmesykehus i medisinske databaser i september 2017. Søket identifiserte totalt 1858 systematiske oversikter og 49 ble inkludert som mulig relevante. I 33 av de 49 inkluderte oversiktene ble hjemmebasert sykehusbehandling for spesifikke diagnosegrupper omtalt. Antall systematiske oversikter som beskrev én diagnosegruppe fordelte seg slik: Kronisk obstruktiv lungesykdom (7 oversikter), nyresykdom (5), kreft (4), fødselsrelatert diagnose (3), akutt eller kronisk sykdom (3), mental helse (2), palliativ behandling/behandling ved livets slutt (2), cystisk fibrose (1), diabetes (1), dyp venetrombose (1), HIV/AIDS (1), hjertefeil (1), osteoartritt (1), og slag (1). De resterende 16 systematiske oversiktene omtalte hjemmebasert sykehusbehandling mer generelt, eller inkluderte flere diagnosegrupper. (Folkehelseinstituttet, 2017)

### **Avansert hjemmesykehus for barn**

Et hjemmesykehus for barn er en enhet i spesialisthelsetjenesten, tilhørende barne- og ungdomsavdelingen i et sykehus (Helsedirektoratet, 2021). I stedet for at barnet ligger på sykehuset, er barnet innskrevet i hjemmesykehuset og oppholder seg hjemme, med tilsyn og behandling fra hjemmesykehusets sykepleiere og leger. Hjemmesykehus for barn som organiseres på denne måten, blir ofte kalt "Avansert hjemmesykehus" for barn/unge for å markere at det er spesialisthelsetjenesten, med fagområdet pediatri, som er ansvarlig for driften. Barn og unge med andre sykdommer kan også få tilbud om hjemmesykehus etter avtale med respektive fagspesialitet. Hjemmesykehusets tilbud er derfor uavhengig av

barnets/ungdommens diagnose. Det er naturlig at et avansert hjemmesykehus samarbeider med alle enheter for barn og unge i sitt sykehus/sin helseregion og har god kontakt med helse- og omsorgstjenesten i kommunen der barnet bor. Hjemmet er en god arena for samhandling, slik at kommune- og spesialist-helsetjenesten får laget en god overgang for barnet og familien ved utskrivning fra (hjemme)sykehuset. Dette er spesielt viktig for barn og unge med kroniske sykdommer, som trenger oppfølging både av kommunal- og spesialisthelsetjeneste.

### **Hjemmedialyse**

Det er et nasjonalt mål (Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten, vedtak i møte 17/3-2016) at andelen dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være på minst 30 prosent. I 2. tertial 2021 fikk 26,0 prosent av alle pasienter med kronisk nyresvikt hjemmedialyse. Det er uendret fra tertialet før. Det var fire helseforetak hvor over 30 prosent av pasientene med kronisk nyresvikt fikk hjemmedialyse. Dette var ved Ahus, Universitetssykehuset i Oslo, Sørlandet sykehus og ved Sykehuset i Vestfold.

### **Status for bruk av hjemmesykehus i dag**

Hjemmesykehus kan være registrert som enten en innleggelse, eller som enkeltstående konsultasjoner i pasientens hjem. Informasjon om innlagte i hjemmesykehus er noe begrenset i aktivitetsdata foreløpig, og vi har derfor valgt å innhente manuelle tall for dette. Hvordan innlagte i hjemmesykehus skal registreres og rapporteres til Norsk pasientregister er beskrevet i rapporteringskriteriene og i ISF-regelverk, men det er ikke alle sykehus som har en slik rapporteringspraksis på plass og det er derfor noe usikker datakvalitet her. Foreløpige tall fra NPR 2021 viser om lag 800 innlagte i hjemmesykehus i Oslo universitetssykehus og om lag 100 i Helse Bergen. Det er grunn til å tro at det også finnes innlagte i hjemmesykehus i andre sykehus, men at dette ikke framgår av data. I tillegg kommer definisjoner og avgrensinger mot ambulante konsultasjoner som nevnt tidligere i rapporten.

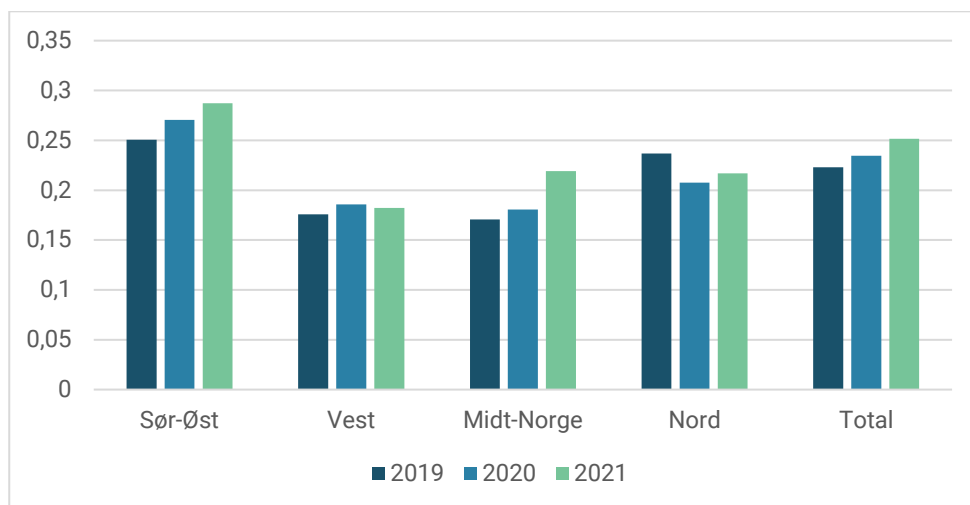
Omfanget av andre typer tjenester, som ambulante konsultasjoner og hjemmedialyse, anses som godt beskrevet i NPR.

I somatikk er det gjennomført drøye 20 000 ambulante konsultasjoner. For de fleste pasientgrupper er det svært få ambulante konsultasjoner sammenlignet med antallet fysiske konsultasjoner eller konsultasjoner på video eller telefon. Som tidligere nevnt kan det være grunn til å se noen av disse i sammenheng med hjemmesykehus og innlagte pasienter, da dette til dels kan dreie seg om sammenlignbare pasientgrupper. Også for pasienter som er rapportert som del av somatisk sektor er psykiske lidelser og rusproblemer hyppigste tilstand for ambulante kontakter (om lag 6000 konsultasjoner). Vi finner også noe ambulante virksomhet for sykdommer i nervesystemet (3700 konsultasjoner) og for nyfødte (2400 konsultasjoner). Ellers er det relativt beskjedne tall for andre pasientgrupper.

I 2021 ble det gjennomført i underkant av 164 000 ambulante konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Andelen for ambulante konsultasjoner i 2021 er på 1,9 prosent for barn og unge og 7 prosent for voksne. Innen tjenester for voksne har antall ambulante konsultasjoner økt samlet sett med 4,2 prosent fra 2020. Helse Vest har en reduksjon i 2021, men i 2020 skilte regionen seg ut med en kraftig vekst som i hovedsak var knyttet til oppfølging av ruspasienter. Det er nedgang i ambulante konsultasjoner for barn og unge. Dette så vi også i 2020. Det er likevel små volum som gir store prosentvise utslag. Helse Midt-Norge skiller seg ut med vekst.

Figur 3 viser andel hjemmedialyse i perioden 2019 til 2021 fordelt på helseregion. Figuren viser tall både for hjemmebasert hemodialyse og peritonealdialyse. Det er et uttalt politisk mål at omfang av hjemmedialyse bør økte og utgjøre om lag 30 prosent. I figuren under vises andel av hjemmedialyse per region fra 2019 til 2021. Figuren viser samlet sett en svak vekst og andel hjemmedialyse er 25 prosent. Helse Sør-Øst utmerker seg med høyest andel hjemmedialyse med 29 prosent i 2021. For Helse Nord ser vi de største endringene i perioden, noe som må ses i sammenheng med at det er relativt få pasienter i grunnlaget.

Figur 3 Andel hjemmedialyse i perioden 2019 til 2021 fordelt på helseregion (tallene viser prosentvis andel)



## Effekter beskrevet gjennom case

### **Case 1: Avansert hjemmesykehus til lungemedisin**

Når du flytter spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten, er det ikke alltid spesialisert helsepersonell som utfører undersøkelsen. I Avansert hjemmesykehus (AHS) til Lungemedisin er det pasienten selv, pårørende, assistenter eller hjemmesykepleien, som fester på måleutstyret som registrerer om pasienten er godt nok behandlet med sin pustemaskin<sup>1</sup>. Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV) er et behandlingstilbud fra spesialisthelsetjenesten til pasienter med kronisk, alvorlig pustesvikt. LTMV øker livslengden og gir økt livskvalitet til pasienter med nevromuskulære sykdommer, brystvegglidelser, adipositas hypoventilasjonssyndrom og kroniske lungesykdommer. Bedre behandlingsmuligheter, økt levealder, innvandring og flere som er aktuelle for LTMV, gjør at helsevesenet må endre organisasjonsstruktur for å møte økte krav i fremtiden. I 2019-2020 opprettet Oslo Universitetssykehus et prosjekt for å undersøke hvordan de kunne organisere lungemedisinsk oppfølging hjemme til LTMV-pasienter på en systematisk måte slik at den blir helhetlig, forsvarlig og optimal, og slik at det kunne bli et tilbud til flere. Pilotprosjektet viste at oppfølging av LTMV i hjemmet kvalitetsmessig kan likestilles med innleggelse på sykehuset (OsloUniversitetssykehus, 2020).

#### Positive effekter for pasienter og pårørende:

Ni pasienter ble inkludert i piloten i 2019. I 2020 deltok ytterligere 33 pasienter. Alle fikk måling av CO<sub>2</sub> hjemme etter opplæring fra sykepleier og deretter samtale med lege gjennom telefon/videosamtale, poliklinisk oppmøte eller på hjemmebesøk. Tilbakemeldingen viser at pasientene opplevde hjemmebasert oppfølging som bedre og tryggere enn ordinær innleggelse. Spørreundersøkelsen av de første pasientene som deltok i pilotprosjektet for avansert hjemmesykehus (AHS), viste at de positive faktorene ved AHS var trygghet, kjent personale, redusert infeksjonsfare, bedre søvnkvalitet, og å slippe transport. Samt mulighet til å kombinere jobb og sykehusoppfølging.

#### Positive effekter for kommunale helse og omsorgstjenester:

Sykehuset bruker journalsystemet DIPS for å kontakte/gi kommunen melding om en pasient med tjenesten avansert hjemmesykehus. Det avtales møte hjemme hos pasienten for opplæring i utstyr som brukes ved hjemmemålinger. Det er positivt for kommunen å bli involvert i opplæringen slik at de kan bistå pasienten ved behov. Det samarbeides godt mellom helsepersonell fra sykehus og kommune. Det kreves mindre koordinering for kommunen når helsepersonell fra sykehuset kommer hjem til pasienten i forbindelse med kontroll av behandlingen, fremfor at pasienten må legges inn på sykehuset for kontroll.

#### Negative effekter for kommunale helse- og omsorgstjenester:

Møtet hjemme hos pasienten i forbindelse med avansert hjemmesykehus tar 15-20 minutter og er som regel ikke medregnet i tiden som er avsatt for kommunens helsepersonell til hjemmebesøk. Kan medføre stress og forsinkelser.

#### Kompetanseoverføring og oppgaveglidning:

Ved Ilahjemmet i Oslo er det plasser for yngre nevromuskulære pasienter. Sykehjemmet har lang erfaring med hjemmerespiratorbehandling. Siden 2013 er omfattende behandling overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Det har skjedd en kompetanseoverføring begge veier. Sykehuset arrangerer kurs og opplæring i medisinsk faglige prosedyrer, mens sykehjemmet har lengre erfaring og kunnskap om pasientene, noe som er en viktig kompetanse for sykehuset. Siden 2019 foregår også jevnlig kontroll av lungemedisinsk behandling til inneliggende pasienter i hjemmesykehuset på sykehjemmet. Helsepersonell ved sykehjemmet hjelper pasienten med å sette på utstyret og følge opp under kontrollen. Sykepleier fra sykehuset reiser ut til pasienten på sykehjemmet i forbindelse med kontrollen, og har dialog med lege fra sykehuset via telefon eller video. Tidligere kom pasienten til sykehuset for å utføre kontrollen. På denne måten har det skjedd en oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

#### Betydning for planlegging og ressursbruk

I de tilfeller hvor pasienten selv eller pårørende av ulike årsaker ikke har anledning til å feste på måleutstyret som registrerer om pasienten er godt nok behandlet med sin pustemaskin, er det kommunens hjemmetjeneste som gjør det. Dette krever god dialog, forberedelse og planlegging fra både sykehuset og kommunen slik at opplæring i bruk av utstyr kan gjennomføres og bistand til pasienten kan gis på faglig forsvarlig vis. Forutsetter fleksibel bruk av ressurser i kommunen. Med mange flere pasienter innlagt i hjemme sykehus kan det også få betydning for kommunens ressursbehov.

## **Forskning og erfaring viser**

### **Hjemmesykehus trolig et godt alternativ**

Hjemmesykehus øker trolig overlevelsen blant personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling i hjemmet. Det ser imidlertid ut til at antall sykehusinnleggelses i liten grad påvirkes. Dette viser en Cochrane-oversikt (Folkehelseinstituttet, 2017).

Forfatterne av Cochrane-oversikten gjorde systematiske søk i aktuelle forskningsdatabaser i mars 2016, og fant 16 studier med i alt 1814 personer. Tre studier rekrutterte personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og to rekrutterte personer som hadde hatt slag (moderat alvorlighetsgrad), men som var klinisk stabile. Seks studier rekrutterte personer med en akutt medisinsk tilstand, og disse var hovedsakelig over 65 år. Én studie rekrutterte personer med hudinfeksjoner (infeksiøs cellulitt), én studie personer med lungebetennelse, én studie personer med feber og nedsatt immunforsvar (nøytropi), én studie svake eldre personer med demens og én studie personer med nevromuskulær sykdom. Cochrane-forfatterne inkluderte ikke studier som hadde med fødsel, barsel eller behandling og oppfølging av nyfødte og barn å gjøre. Personer som ble behandlet og fulgt opp for ikke-somatiske psykologiske tilstander ble også ekskludert samt personer med langvarige somatiske helseproblemer (bortsett fra hvis de krevde innleggelse på sykehus for en akutt tilstand). Studiene var utført i Australia (2), Italia (5), New Zealand (3), Romania (1), Spania (1), Storbritannia (3) og USA (1). Kjønnfordeling og gjennomsnittsalder er ikke oppgitt av Cochrane-forfatterne, men deltakerne måtte være over 18 år og i seks av de 16 studiene var deltakerne over 65 år.

I åtte studier stod helsepersonell (mobilt intensivt team) fra sykehuset for behandling og oppfølging i hjemmesykehus. I fire studier var det en blanding av helsepersonell fra sykehus og kommunehelsetjenesten som stod for behandling og oppfølging og i tre studier var det fastlege og sykepleiere fra kommunehelsetjenesten. I én studie oppga de ikke hvem som stod for behandling og oppfølging av personer i hjemmesykehus, og i to studier var det en uavhengig allmennlegeforening som stod for behandling og oppfølging.

### **Erfaringer med avansert hjemmesykehus for barn**

Barn har det som regel best hjemme, sammen med familien sin. Avansert hjemmesykehus er en helsetjeneste på barns premisser, ved at barn og ungdom slipper eller får forkortet opphold på sykehuset og får normalitet, forutsigbarhet og trygghet i eget hjem. Barnet/ungdommen og familien får være på sin egen arena og mottar besøk når de har behov for det. De får profesjonell hjelp til det de trenger og/eller ønsker hjelp til og kan velge å ivareta det meste selv. Hjemmet er en god arena for brukermedvirkning og involvering i eget behandlingsforløp. Hjemmebehandling viser seg å gi sunnere roller, med bemyndigelse av barn og foreldre. I møtet med barnet/ungdommen og familien hjemme, er

familien og de profesjonelle likeverdige parter. Hjemmebehandling medvirker til redusert stressnivå, redusert psykisk belastning og økt livskvalitet hos foreldre og barn.

Brukerundersøkelser, erfaring og intervjuer viser høy brukertilfredshet. (11)

Sykepleieres erfaring er at engstelige barn på sykehus som regel blir raskt trygge ved samme behandling hjemme. Mange gleder seg til å få besøk, og de færreste vegrer seg for prosedyrer hjemme. De aller fleste sover, spiser og leker godt hjemme og har et tydelig friskfokus i livet sitt, i motsetning til fokus på sykdom, som de lett får ved opphold og stadige besøk på sykehuset. Barn og unge får mer tid i barnehage og på skole, og foreldre får redusert fravær fra jobb. Barn med langvarige og kroniske sykdommer, med behov for hyppige polikliniske besøk på sykehuset, profiterer på å få polikliniske hjemmebesøk, helst utenom skole- og barnehagetid.

Når barn og unge med behov for sykehusinnleggelse får sin oppfølging hjemme, krever det tett samarbeid med barnet/ungdommen og foreldrene. Behandlingsrettede tiltak og interaksjonen med barnet foregår ofte via foreldrene. Pasienter og familie gis en større rolle, med økt ansvar og mulighet til å mestre egen eller sitt barns sykdom. Det krever at tjenestene gir god informasjon og opplæring til pasienter og foreldre/familie. Erfaring viser at familier mestrer godt selv, og det er like trygt å behandle barn i eget hjem som behandling på sykehus (8,9,11) (Helsedirektoratet, 2021).

### **Kvalitetsindikator for hjemmedialyse**

Det er flere nivåer av nyresykdom og dialyse er kun aktuelt ved svært redusert nyrefunksjon. Det er vanlig å skille mellom akutt- og kronisk nyresykdom. Akutt nyreskade er som hovedregel forbigående, mens kronisk nyresykdom er vedvarende.

Det finnes to hovedformer for dialyse:

- Hemodialyse (bloddialyse)
- Peritonealdialyse (bukdialyse)

Det er 26 nyreavdelinger rundt om i landet som gjennomfører dialyser. Et dialysesenter ved et sykehus kan i tillegg drifte dialysesatellitter ved nærliggende sykehus eller helsesenter. Pasienter som får hemodialyse på dialysesenter eller satellitt får det vanligvis 3 ganger i uka. Hver dialyse tar rundt 4-5 timer. Hemodialyse kan også utføres hjemme.

Peritonealdialyse utføres der pasienten bor. Ved kontinuerlig ambulatorisk peritonealdialyse (CAPD) fylles bukhulen med væske, som blir værende i bukhulen noen timer før den tappes ut og erstattes med ny dialysevæske. Behandlingen pågår dag og natt, og dialysevæsken skiftes vanligvis ca. 4 ganger i døgnet. Ved automatisert peritoneal dialyse (APD) styrer en maskin væske ut og inn av bukhulen, fortrinnsvis om natten.



Hjemmedialyse er definert som dialysebehandling som ikke utføres på en nyreavdeling eller en dialysesatellitt. I utgangspunktet gjennomfører pasienten hjemmedialyse-behandlingen selv eller assistert av pårørende eller hjemmetjenesten.

Hjemmedialyse egner seg ikke for alle pasienter. Hjemmedialyse, når det utføres som peritoneal dialyse, er et mer kostnadseffektivt behandlingstilbud enn dialyse ved sykehus. I tillegg kan pasienten spare mye tid på reising frem og tilbake til sykehuset. Når det gjelder hemodialyse utført i hjemmet, foreligger det ikke tall som viser at dette er mer kostnadseffektivt enn dialyse utført av helsepersonell i senter. Hjemmedialyse kan imidlertid gi større frihet til å bestemme når dialysen gjennomføres og kan tilpasses pasientens hverdag.

Kort reisetid til dialyse er en viktig faktor for å bedre pasientenes livskvalitet. Ved utbygging av dialysesatellitter vil hemodialyse i satellitt, nær pasientens bosted, være et godt alternativ for pasienten og gi lavere reiseutgifter (Helsedirektoratet, 2022b).

### **Samarbeid mellom sykepleiere ved overganger mellom sykehus og kommune**

En litteraturstudie (Moore J., 2021) viser at samarbeid mellom sykepleiere ved overganger for eldre pasienter mellom sykehus og lokalsamfunn krever god omsorg så vel som effektivt samarbeid mellom sykepleiere. Funn i denne kunnskapsoppsummeringen viste at koordinering, kommunikasjon og profesjonalitet virket fremmende for samarbeid mellom sykepleier og sykepleier.

Kommunikasjonsproblemer var også en barriere for samarbeid som resulterte i en viss grad av differensiering og fragmentering mellom helsesektorene i overganger. Ytterligere studier om betydning av kommunikasjon som en mellommenneskelig og relasjonsprosess kan forsvares gitt virkningen av dårlig kommunikasjon på samarbeidspraksis blant sykepleiere som arbeider i ulike helseomsorgsmiljøer.

### **En studie av familier med omsorg for respiratoravhengige barn og voksne med komplekse helsebehov hjemme.**

BAKGRUNN: Stadig flere personer med komplekse helsebehov får nå livslang og livsforlengende respiratorisk støtte hjemme. Familiemedlemmer tar ofte på seg rollen som primære omsorgspersoner. Målet med denne studien var å utforske erfaringene til familier som ga avansert omsorg til familiemedlemmer som var avhengige av hjemmemekanisk ventilasjon., Totalt 15 familiemedlemmer med 11 respiratoravhengige personer (tre barn og åtte voksne) ble rekruttert til 10 dybdeintervjuer., RESULTATER: Kjerne kategorien, "bekjempelse av systemet", ble det sentrale temaet da familiemedlemmer ble bedt om å beskrive sine erfaringer. I tillegg identifiserte vi tre underkategorier, "mangel på kompetanse og kontinuitet", "å være uunnværlig" og "verd å kjempe for". Denne studien

avdekket ingen store forskjeller i familienes erfaringer som var avhengige av om den respiratoravhengige personen var barn eller voksen., KONKLUSJONER: Disse funnene viser at det er et stort gap mellom pårørendes forventninger og hva hjemmesykepleien er i stand til å gi, selv når nesten ubegrensede ressurser er tilgjengelige. Det er behov for en rekke tiltak for å redusere belastningen på disse pårørende og for å gjøre sykehusomsorgen hjemme mulig (Dybwik, 2011).

# Kapittel 3

# Oppfølging basert på data fra pasienten

Digital hjemmeoppfølging (HelseNord, 2021) innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt. Dette kapitlet omhandler digital hjemmeoppfølging i form av oppfølging basert på data fra pasienten.

## Noen områder for digital hjemmeoppfølging basert på data fra pasienten

### **Hjerte-karsykdom og kroniske luftveissykdommer**

Folkehelseinstituttet utførte i 2021 en oversikt (Meneses-Echavez J.F. et al., 2021) over seks systematiske oversikter som undersøkte effekter av digital hjemmeoppfølging av voksne med ikke-smittsomme kroniske sykdommer med tanke på ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Oversiktene ble publisert mellom 2016 og 2020. Oversiktene inkluderte 125 primærstudier, hvorav 83 studier var relevante for kunnskapsoppsummeringen.

Alle oversikter sammenlignet digital hjemmeoppfølging med standard behandling eller vanlig praksis for personer med enten *hjerte- og karsykdommer eller kroniske luftveissykdommer, slik som kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og astma.*

### **Kreftpasienter**

Sykehuset i Østfold er i gang med digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter<sup>9</sup>. Tjenesten gjør det mulig for kliniker og pasient å ha kommunikasjon når pasienten er hjemme mellom behandlingene, gjennom utveksling av digitale skjemaer for symptomkartlegging og meldinger med tekst og bilder.

### **Kols, hjertesykdommer, diabetes, kreft, psykisk sykdom, Covid-19.**

I en nasjonal utprøving (Helsedirektoratet, 2022a) har seks samarbeidsprosjekter med kommuner, fastleger og lokale sykehus sett på hvordan digital hjemmeoppfølging kan tas i

---

<sup>9</sup> <https://sykehuset-ostfold.no/nyheter/er-i-gang-med-digital-hjemmeoppfolging>

bruk og bli integrert i de ordinære tjenestene. Tabellen under viser hvilke målgrupper utprøvingen har omfattet.

**Oversikt over prosjekt og noen aktuelle data:**

Kommune Innbyggertall	Stad (9517 innb.)	Larvik (47 499 innb.)	Ullensaker/ Gjerdrum (hvh. 40 685/ 7043 innb.)	Oslo (1.04 mill. innb.)	Bodø (52 852 innb.)	Agder (307 233 innb.)	Totalt
Samarbeidende Helseforetak	Nordfjordeid sjukehus	Sykehuset i Vestfold	Ahus	Lovisenberg sykehus	Norlands- sykehuset	Sørlandet sykehus HF	
Antall pasienter inkludert	19	80	76	327	86	147	735
Fastleger med pasienter i prosjektet	5	28	Ca. 40	Ca. 150	41	44	>250
Primærhelse- team	Eid Legekontor			Sagene LMS		Sørlandsparken og Sandens	4
Målgruppe	Psykiske lidelser, kronisk sykdom (Covid- 19)	Kols, hjerte- sykdommer, diabetes kreft, Covid-19	Kols, hjertesvikt	Kols, hjertesvikt, diabetes, kreft, (Covid- 19*)	Kols, kroniske sykdommer, kreft, Covid-19	Kols, hjertesvikt, diabetes, psykisk sykdom, multisyke, Covid-19	
Oppfølgings- tjeneste	Legevakt	Helsehjelpen	I hjemme- sykepleien	Oppfølgings- senter i Bydelene	Helsehjelpen, egen enhet i legevakten	TMS/i tjenesten/ i PHT	

Tabell 1 - Status per 01. juli 2021

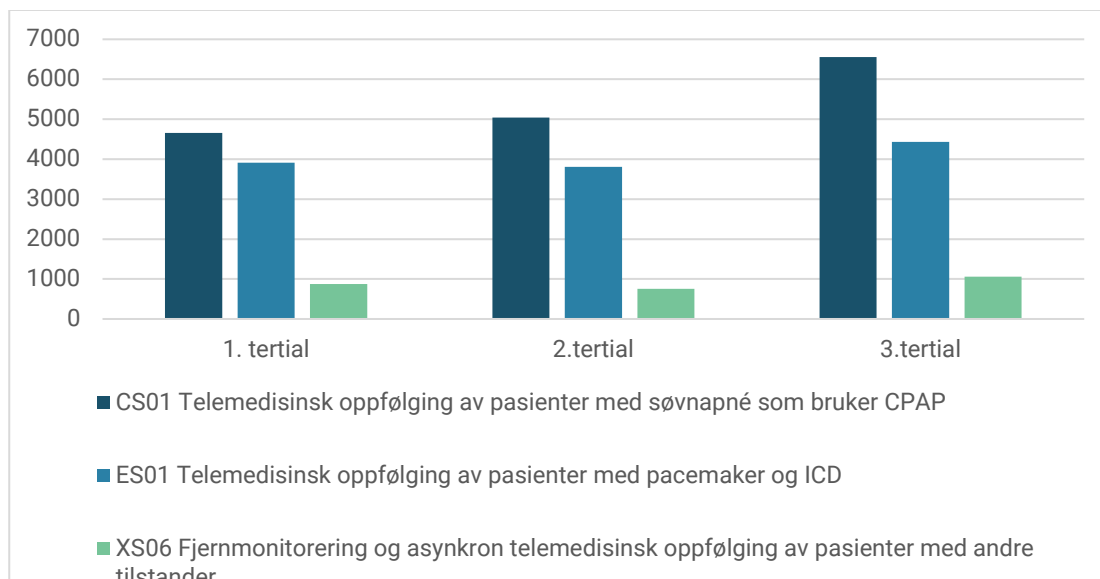
\*Oppfølging av covid-19 i Oslo har vært organisert via smittevernteam

**Status for bruk i dag**

Gjennom rapportering av data til Norsk pasientregister, og definerte grupper i Innsatsstyrt finansiering kan vi se at det er en viss aktivitet i digital hjemmeoppfølging i form av oppfølging basert på data fra pasienten. Aktiviteten må foreløpig sies å være begrenset. De ulike gruppene som framstilles er kategorier som brukes både til styring og til finansiering. Kategoriene eller Særtjenestegruppene (STG) er utviklet over tid og basert på ønsker og innspill fra de regionale helseforetakene og helseforetakene. STG-ene kan være både spesifikke og mer generelle. STG-ene fungerer slik at man registrerer at man har pasient som følges opp på denne måten tertialvis. Annen direkte aktivitet knyttet til samme lidelse rapporteres separat. Dette kan gjelde innleggelses, fysiske polikliniske konsultasjoner eller video- og telefonkonsultasjoner.

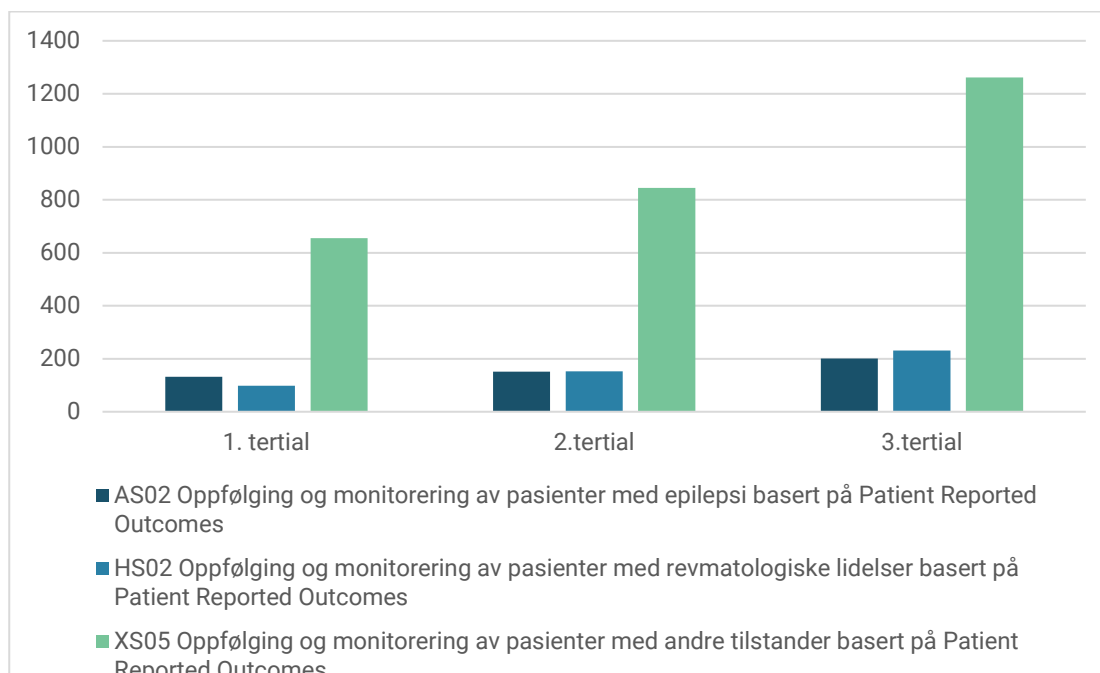
Figur 4 viser antall pasienter som henholdsvis får oppfølging med CPAP/BiPAP for søvnapné, telemedisinsk oppfølging og monitorering av pasienter med pacemaker og ICD samt fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre tilstander. For alle gruppene er det en økning i antall pasienter gjennom året.

Figur 4 Aktivitet for telemedisinsk oppfølging av pasienter per tertial i 2021



Figur 5 viser at det foreløpig er et lavt antall pasienter som følges opp basert på pasientrapporterte data for revmatologiske lidelser eller epilepsi. Samlekategorien for andre type somatiske lidelser har noe høyere forekomst med drøye 1200 pasienter i 3 tertial.

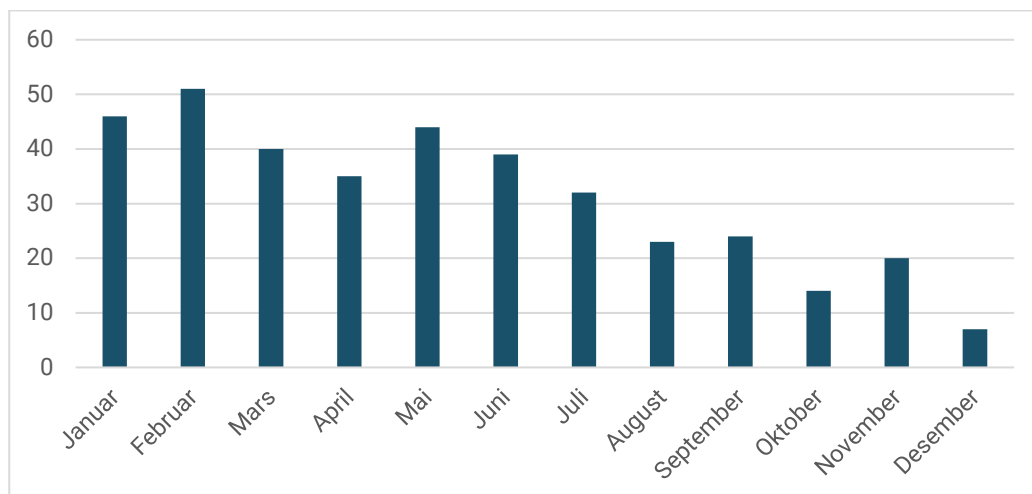
Figur 5 Aktivitet målt i antall for oppfølging av pasienter via pasientrapporterte data (PRO) i somatikk



Figuren nedenfor viser aktivitet knyttet til sårbehandling i hjemmet og der personell fra spesialisthelsetjenesten er involvert. Tallene viser indirekte aktiviteter ved at bilder sendes

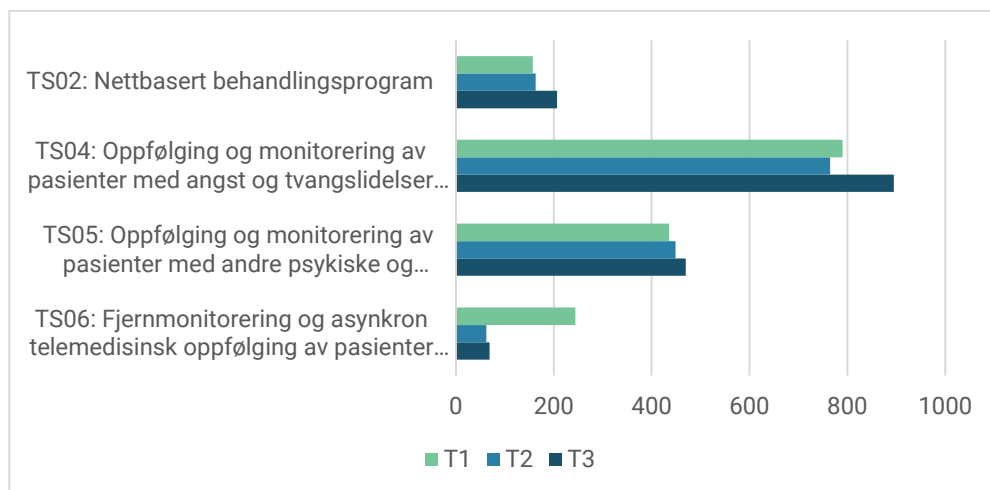
inn og kommenteres og råd gis asynkront. Synkrone konsultasjoner telles i video- og telefonkonsultasjon. Nedgangen gjennom året antas å henge sammen med at man i større grad har etablert systemer for direkte kontakt med de pasientene det gjelder via video- eller telefonkonsultasjoner.

Figur 6 Telemedisinsk oppfølging av pasienter med kroniske sår (asynkron aktivitet) per måned 2021 (tallene viser antall per måned)



Det finnes ulike STG-er også for telemedisinsk oppfølging innenfor psykisk helsevern. Figur 7 viser at ca 900 pasienter med angst og tvangslidelser følges opp via pasientrapportert skjemaoppfølging. Dette er en liten økning sammenlignet med de to første tertialene. Kategorien nettbaserte behandlingsprogram i PHV/TSB omfatter nesten utelukkende aktivitet knyttet til eMeistring. eMeistring er omtalt i kapittel 5 om nettbaserte behandling. Aktiviteten er foreløpig lav og kun knyttet til to helseforetak i to ulike helseregioner (Helse Vest og Helse Sør-Øst). En utbredelse av behandlingsformen til alle helseregioner er planlagt.

Figur 7 Telemedisinsk oppfølging av pasienter i PHV/TSB vist i antall per tertial 2021



## Effekter beskrevet gjennom case

### **Case 2: Digital hjemmeoppfølging av KOLS pasienter – Sykehuset i Vestfold og Larvik kommune**

Sykehuset i Vestfold tilbyr aktuelle pasienter med kols grad III-IV digital hjemmeoppfølging etter en innleggelse ved lungeavdelingen. Pasientene skal være aktive deltakere og bidragsyttere i egen behandling, og kan følges opp hjemme ved at egenrapporterte målinger om egen helsetilstand sendes digitalt til sykehuset. Sykehuset følger opp i 6 uker og sender en digital melding til kommunen når pasienten er klar for å avslutte oppfølgingen. Ved avslutning leveres tilbake til sykehuset alt utstyr som er brukt i forbindelse med digital hjemmeoppfølging. Pasienten får med seg en egenbehandlingsplan på papir. Kommunen vurderer behov for videre digital hjemmeoppfølging basert på dialog med pasienten, egenbehandlingsplanen, og eventuelt tverrfaglig samhandlingsmøte med pasient, fastlege og sykehuset.

#### Positive effekter

Det er verdifullt for kommunen (både kommunale helse og omsorgstjenester og fastlegen) at pasienten har en egenbehandlingsplan (EBP) med grenseverdier når overføring skjer fra sykehuset. Det er ressursbesparende og gjør det lettere å vurdere behov og iverksette videre oppfølging. Kommunen har åpning for å få med en spesialist fra sykehuset inn i samhandlingsmøtet. Det er nyttig for alle, både pasient, kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste med et slikt samhandlingsmøte hvor kompetanse deles.

#### Negative effekter

Kommunen får en digital melding når pasienten er klar for overføring til kommunen. Men kommunen kan ikke kommunisere med sykehuset i det samme digitale systemet, og må bruke telefon for videre kontakt og dialog i forbindelse med utskriving og overføring.

Pasienten får med seg en egenbehandlingsplan på papir ved utskriving fra sykehuset (avslutning av digital hjemmeoppfølging). Kommunen tar et bilde av planen og sender til fastlegen for godkjenning/justering. Deretter legges egenbehandlingsplanen inn i DHO systemet manuelt. Alle pasientdata fra kommunens EPJ legges også inn manuelt i DHO systemet. Det er ressursbelastende for kommunen at alle pasientdata fra kommunens EPJ og egenbehandlingsplan må legges inn manuelt i DHO løsningen.

Pasienten må betale for en poliklinisk konsultasjon dersom spesialisthelsetjenesten deltar i tverrfaglig samhandlingsmøte for å utarbeide egenbehandlingsplan. Møtet foregår fysisk hos fastlegen, med pasient og kommune fysisk tilstede, og spesialisthelsetjenesten til stede via video. Fastlegen finansierer dette møtet med takst 14b, men sykehuset inngår ikke denne taksten.

Det er ressursbelastende for kommunen at pasienten ikke kan nytte samme utstyr til oppfølging (f.eks utstyr for å måle blodtrykk, oksygenmetning, temperatur) fra både spesialist og primærhelsetjenesten. Det medfører ekstra arbeid fordi kommunen må gå til anskaffelse av liknende utstyr, og organisere et system for drift og vedlikehold, opplæring osv.



## **Forskning og erfaring viser**

### **Telemedisinsk oppfølging av pasienter med hjemmedialyse**

En kunnskapsoppsummering (Nygård, 2021) om effekt av telemedisinsk oppfølging av pasienter med hjemmedialyse viser positive effekter for antall liggedøgn på sykehus, og for ulike typer teknisk svikt med endring av dialysemodalitet som følge. Med telemedisinsk oppfølging menes her at pasienten gis rask tilgang til medisinsk ekspertise uavhengig av distanse og behandlingssted. I denne systematiske oversikten brukes telemedisinsk oppfølging om alle intervensjoner som bruker teknologi for å gi oppfølging på distanse, inkludert bruk av internettavhengig teknologi og systematisk bruk av telefon.

Kunnskap om effekt for pasientenes livskvalitet var mangelfull, blant annet fordi ingen av studiene inkluderte utfall på pasientenes tid til reise. Behov for mer forskning ble avdekket.

Den systematiske oversikten inkluderte studier fra seks land, mer enn 10 000 deltakere, tre randomiserte kontrollerte studier og 6 observasjonsstudier fra perioden 2007-2020 hvor de fleste fra siste 5 år av perioden.

### **Implementeringsforskning**

En studie (Dyb K., 2021) av helsepersonells opplevelse av implementeringen av teknologistøttet personsentrert omsorg for personer med langtidspleiebehov fant at det er "ingen retur" for de involverte helsepersonell. For dem er teknologistøttet personsentrert omsorg allerede en klar del av fremtiden for helsetjenester. Hvordan man kan overvinne barrierer og hindringer er pragmatisk tilnærmet. Forskerne observerer en endring i helsepersonells entusiasme for bruk av teknologi for å fremme personsentrert omsorg. Studien konkluderer med behov for mer kunnskap om helsepersonell og deres visjoner som potensielle nøkkelroller/eiere for omsorgstransformasjon kan være avgjørende for de som ønsker å planlegge, implementere og evaluere teknologistøttede helsetjenester.

### **Erfaringer om samarbeid fra Nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging**

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.

Erfaring fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging viser (Helsedirektoratet, 2022a) at det har vært nyttig med formalisert samarbeid. Prosessveiledning 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 J., 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 helsefelleskapskapet 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 området ehelse peker på høyt antall interessenter og kompleksitet i interessentenes integrering (E. R. Nilsen, Stendal, & Gullslett, 2020), samt at samstyring har betydning for gevinstrealisering (Askedal K., 2020).

Erfaring fra den nasjonale utprøvingen av digital hjemmeoppfølging (Helsedirektoratet, 2022a) 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.

### **Betydning for ressursbruk**

Folkehelseinstituttet har nylig gjort en systematisk oversikt om effekter av digital hjemmeoppfølging. Formålet med den systematiske oversikten var å undersøke effekter av digital hjemmeoppfølging for voksne med ikke-smittsomme kroniske sykdommer mht. ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging i denne oversikten innebærer forhåndsavtalte helserelevante målinger som gjøres av personen selv og som overføres til helsetjenesten ved hjelp av digitalt utstyr (f.eks. applikasjoner, nettbrett og telefon).

Hovedfunn viser at:

- digital hjemmeoppfølging trolig gir liten eller ingen forskjell i sykehusinnleggelse, liggedøgn på sykehus, besøk på poliklinikk og akuttmottak og bruk av fastlege sammenlignet med vanlig praksis etter 12 måneder.
- digital hjemmeoppfølging kan muligens gi liten eller ingen forskjell i timeforbruk på helsetjenester i hjemmet sammenlignet med vanlig praksis etter 12 måneder.
- effekten av digital hjemmeoppfølging på bruk av fastlege er svært usikker sammenlignet med oppfølging med papirbaserte dagbok-kort etter 12 måneder.

Resultatene baserer seg kun på enkeltstudier og kunnskapsgrunnlaget er for mangelfullt til å kunne si sikkert om digital hjemmeoppfølging har noen effekt på ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten sammenlignet med vanlig praksis (Folkehelseinstituttet, 2022).

# Kapittel 4

# Kommunikasjon mellom pasient og behandler (video- og telefonkonsultasjon)

Digital hjemmeoppfølging<sup>(10)</sup> innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt. Dette kapittelet omhandler digital hjemmeoppfølging i form av kommunikasjon (synkron eller asynkron) mellom pasient og behandler.

## **Noen områder for bruk av video og telefonkonsultasjon**

Litteratursøk i forbindelse med en Mini-metodevurdering om videokonsultasjon (sanntid) fant studier med følgende pasientgrupper (Folkehelseinstituttet, 2020): diabetes, psykiatriske diagnoser, barn, migrene, ortopedi, pasienter med lang vei til sykehus, eldre voksne og ALS-pasienter.

Eksempler fra tjenesten som er innhentet i forbindelse med en temaside hos Helsedirektoratet viser at videokonsultasjon brukes i blant annet samhandling, innen rehabilitering, for behandling av sår og innen psykisk helsevern.

## **Status for bruk av telefon- og videokonsultasjon i dag**

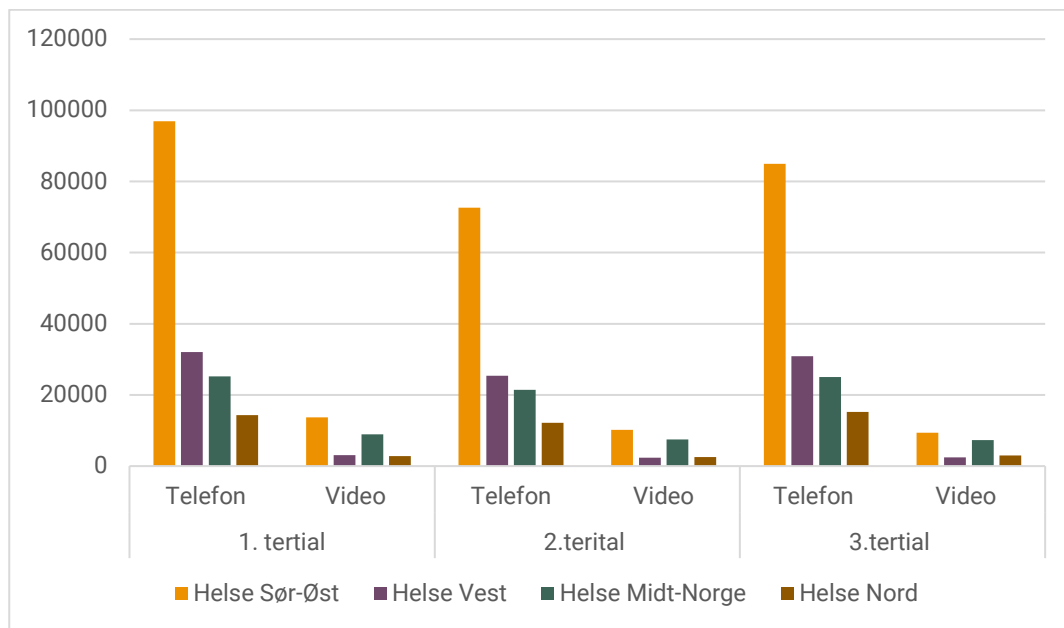
Figur 8 viser det totale antallet video- og telefonkonsultasjoner som helseforetakene har med sine pasienter. Figuren gir en god oversikt over aktiviteten, men det er som tidligere beskrevet ikke mulig gjennom data i Norsk pasientregister (NPR) å si noe om hvordan endringen fra fysiske konsultasjoner til mer bruk av video- og telefonkonsultasjoner innvirker på pasienten og de kommunale helsetjenestene. Det framgår heller ikke av pasientdata til NPR om aktiviteten er kommet i stand etter avtaler i Helsefelleskapene. Dersom denne type informasjon er ønskelig vil det være nødvendig med tilpasninger både i de pasientadministrative systemene og i innrapporteringsformatet til NPR.

---

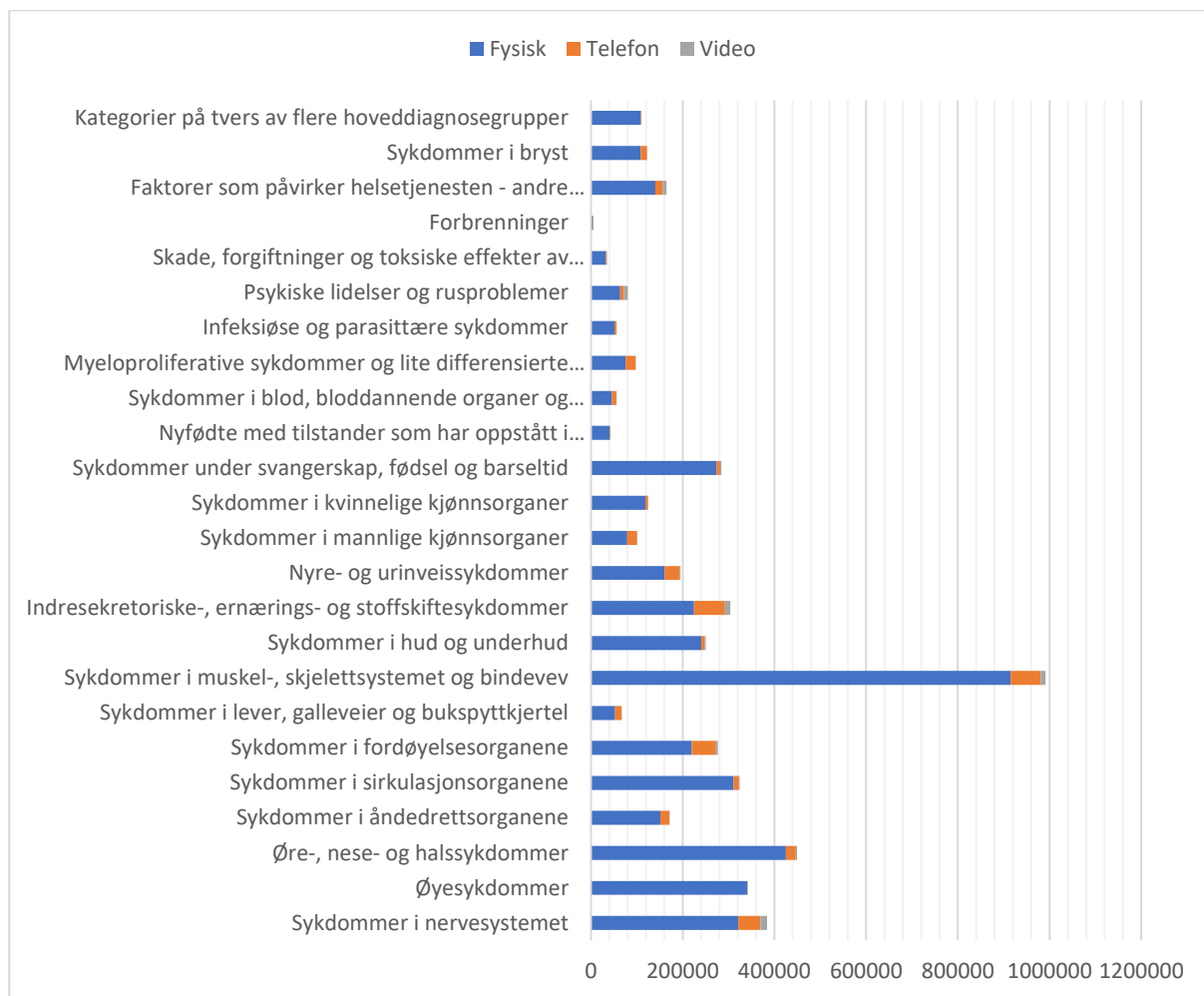
<sup>10</sup> Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging, definisjon, måltall og tilrettelegging. RHF'ene, 2021

Det er samtidig grunn til å tro at de fleste video- og telefonkonsultasjoner gjøres på pasienter som ikke har hjelpebehov i kommunehelsetjenesten, typisk oppfølginger i forkant eller etterkant av annen helsehjelp i sykehuset som for eksempel etterkontroller etter operasjoner.

Figur 8 Omfanget av telefon- og videokonsultasjoner per RHF for somatisk sektor 2021



Figur 9 Kategorisering av typer av polikliniske konsultasjoner målt i antall per hoveddiagnosegruppe

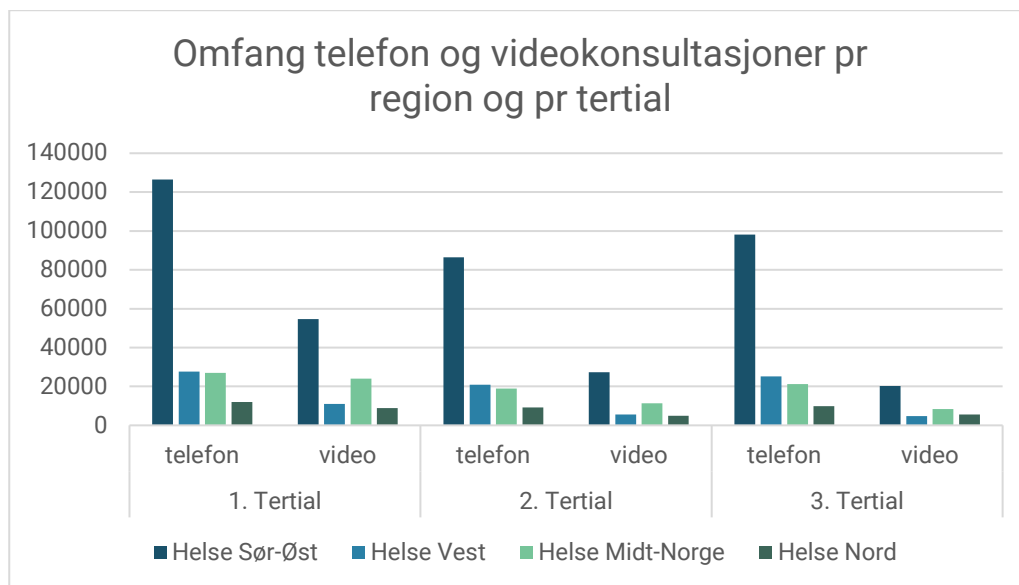


Figur 9 viser omfanget av fysiske konsultasjoner, video- og telefonkonsultasjoner fordelt på kategoriseringer i DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper – DRG). Figuren sier noe om hvilke områder det er flest konsultasjoner totalt sett og for hvilke lidelser det er mest utbredt med video- og telefonkonsultasjoner. Som figuren viser er det kun mindre deler av de polikliniske konsultasjonene som gjøres per telefon eller video.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det større omfang av oppfølging og behandling av pasientene gjennom telefon- og videokonsultasjoner enn i somatikk.

I begge sektorer går aktivitet per telefon kraftig tilbake fra 2020. Dette gjenspeiler den kraftige veksten under nedstengningen i forbindelse med pandemien i mars og april i 2020 hvor nivået i 2021 har falt tilbake på et mer normalt nivå.

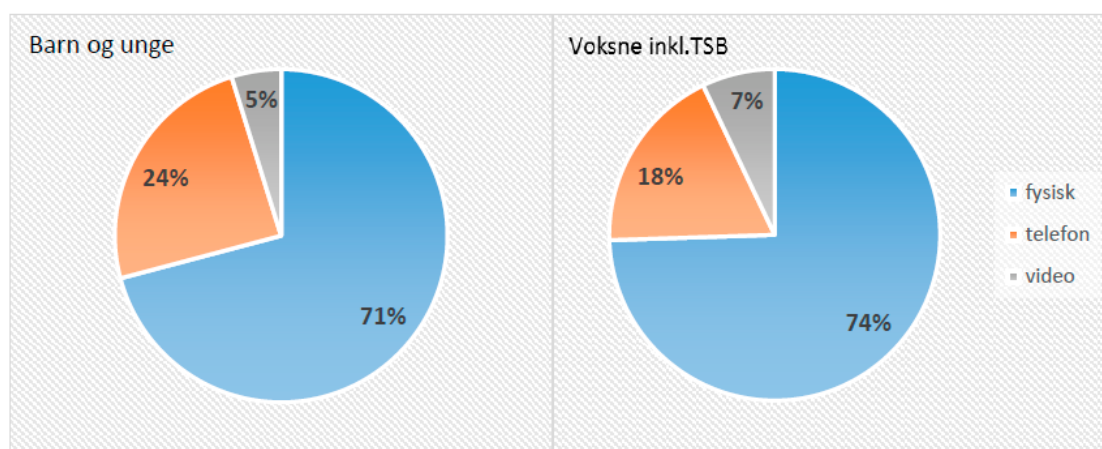
Figur 10 Omfanget av telefon- og videokonsultasjoner per RHF for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)



Som for somatikk vil det ikke være mulig å se hva slags konsekvenser bruken av video- og telefon framfor fysiske konsultasjoner får for pasient og for andre behov for oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Tallene vil kun være egnet som en illustrasjon på omfanget av slike tjenester, og der konsekvenser må beskrives gjennom direkte spørsmål og case fra helseforetak og kommune.

Figur 11 viser kontaktform ved ordinære polikliniske konsultasjoner hvor andelen er beregnet innenfor kategorien polikliniske konsultasjoner. En noe større andel av polikliniske konsultasjoner for barn og unge som gjøres per telefon sammenlignet med for voksne.

Figur 11 Kontaktform for polikliniske kontakter i PHVTSB i 2021 fordelt på henholdsvis barn/unge og voksne inkl TSB

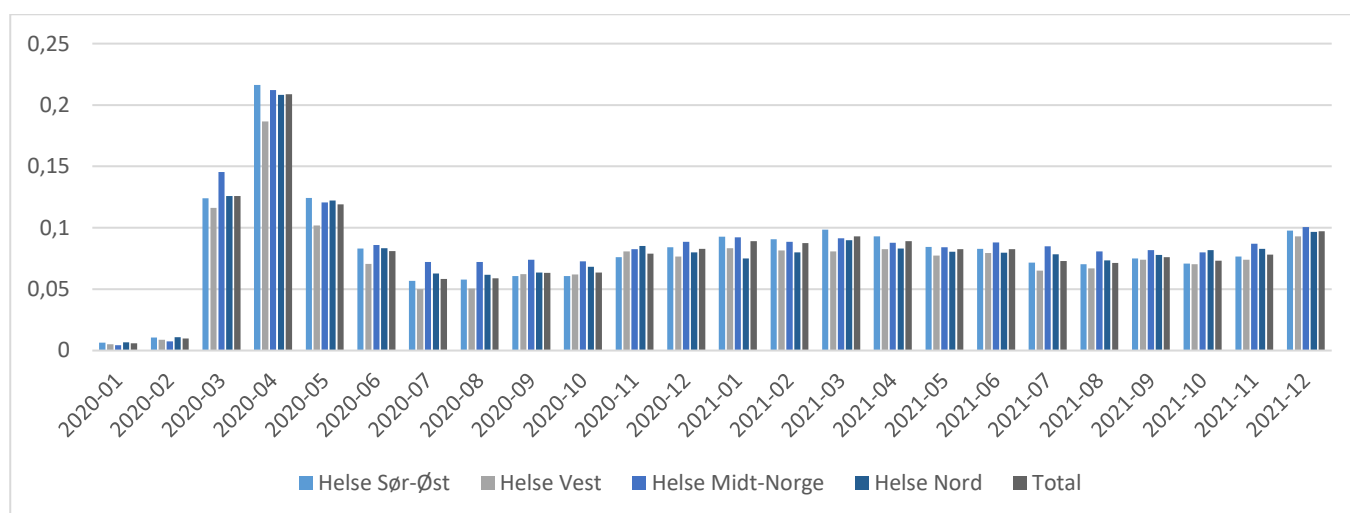




I figuren nedenfor illustreres utviklingen i andel telefonkonsultasjoner per måned i perioden januar 2020 til desember 2021 for hver region innenfor somatisk sektor. I denne framstillingen begrenses datautvalget til ordinære polikliniske konsultasjoner som grupperer til et bestemt sett av DRG-er som inneholder ordinære konsultasjoner uten utførelse av større tiltak (900-serien). I tillegg er aktivitet for gruppe- og samarbeidsaktiviteter ekskludert fra utvalget. Merk at denne framstillingen ikke nødvendigvis samsvarer med den planlagte indikatoren for telefonkonsultasjoner innen resultatbasert finansiering (RBF), eller andre mål for bruk av telefon- og videokonsultasjoner.

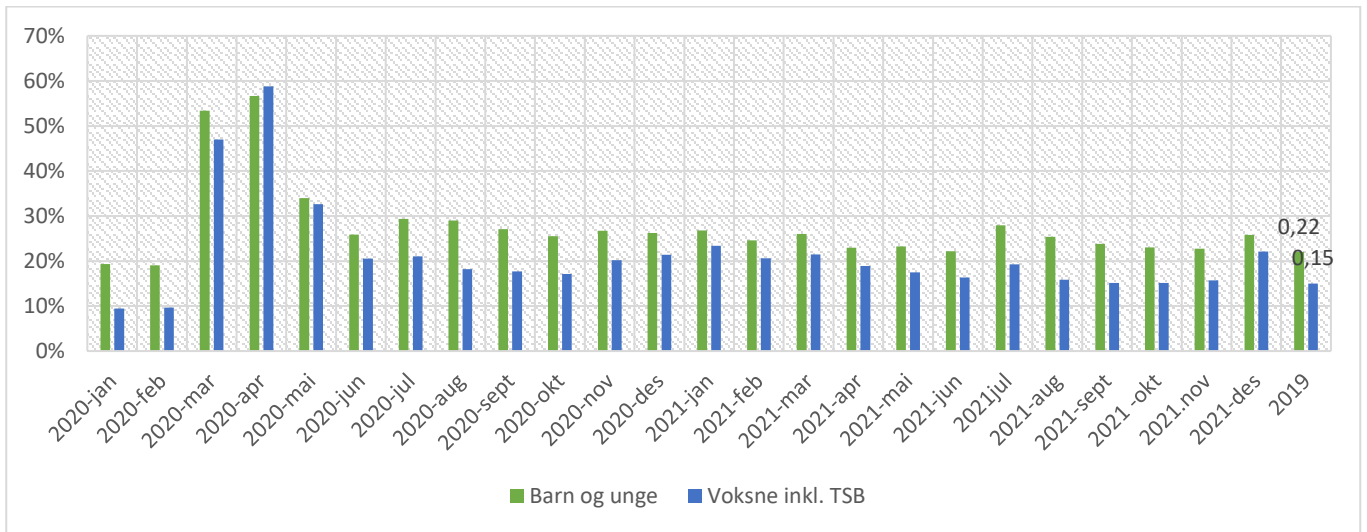
Den store økningen i mars, april og til dels mai 2020 skyldes nedstengingen av sykehusene i forbindelse med covid pandemien.

Figur 12 Andel telefonkonsultasjoner somatikk per måned i perioden januar 2020 til desember 2021 fordelt på helseregion



Tilsvarende framstilling av andel telefonkonsultasjoner gis også for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Også her ser vi en kraftig forhøyet aktivitet i mars, april og mai 2020. Aktiviteten stabiliserer seg på et noe høyere nivå enn før covid-utbruddet.

Figur 13 Andel telefonkonsultasjoner i PHV/TSB per måned i perioden januar 2020 til desember 2021 fordelt på barn og unge og voksne. Tabellen viser også tilsvarende tall for 2019.



## Effekter beskrevet gjennom case

### **Case 3: Digital samkonsultasjon – voksenpsykiatriske tenester, Sogndal kommune**

Målgruppe for tiltaket er pasienter med alvorlige psykiske lidinger, høg risiko for forverring og alvorleg utfall. Pasientar med auka behov for helse- og omsorgstenester.

**Samkonsultasjon/ avklaringsamtale med henvisende instans.** Tiltaket gjeld avklaring om pasient skal henvisast eventuelt kvar pasienten skal henvisast. Tiltaket gjeld rask samkonsultasjon mellom fastlege og spesialist. Legetenesta melder i dag at mange av desse pasientane blir vurdert feil i mangel på tilgang på spesialist vurdering. Tiltaket gjeld derfor rask samkonsultasjon mellom lege og spesialist i akutt fase ved førstekontakt med legevakt. Tiltaket blir gjennomført ved at legevakt ringer opp spesialist ved bruk av video via Join helsenett for avklaring knytt til vidare forløp. Spesialist har avsett tid i møtebok til desse konsultasjonane etter kl. 14 på bestemte dagar.

**Samkonsultasjon** mellom kommunale helsetenester og Indre Sogn psykiatrisenter (spesialisthelsetenesta) og pasienter med alvorlige psykiske lidelsar. Tiltaket gjeld oppfølging av pasient med omfattande behov. Aktuelle pasientar er alvorleg psykisk sjuke personar med helsetilbod/helsehjelp både frå kommunale helsetenester og Indre Sogn Psykiatrisenter. Tiltaket gjeld samkonsultasjon mellom pasient, fastlege og spesialist ved bruk av videokonsultasjon (join helsenett). I dag blir desse konsultasjonane i liten grad samkørde, dette fører til høg ressursbruk både i kommunen og spesialisthelsetenesta. Ved bruk av videoløysing kan ein legge til rette for 3-parts konsultasjon og dette vil kunne spare resurser både i kommuner og hjå spesialist.

#### Effekter for pasienter og pårørende

Dagens praksis inneberer at pasient har konsultasjon både med fastlege og spesialist. Positive effekter av tiltaket er at det gir rask og rett hjelp på rett nivå. Bidrar til å gje innbyggjarane i Sogn betre helsetilbod og bringe spesialisthelsetenesta nærmare der pasientane bur.

Grøn helse – mindre transport av pasientar, reduserte kostander og miljøavtrykk. Redusere belastninga for pasienten og pårørende med lang reiseveg.

#### Effekter for kommunale helse og omsorgstjenester

Positive effekter er styrka samarbeidet mellom kommunane i region og spesialisthelsetenesta gjennom auka dialog, utvikling av gode samarbeidsøysingar og teneleg oppgåveløysing. Rask og rett hjelp på rett nivå.

#### Effekter for fastlegetjenesten

Dagens praksis innebærer at fastlegen i stor grad må gjennomføre vurderingene utan tilgang på spesialistvurdering i akutt fase. Digital samkonsultasjon med spesialist vil kunne føre til at vurderinga blir meir treffsikker og presis. Pasienten unngår «feil» vurdering.

## Case 4: Sårbehandling for pasienter i Helsehus – pilotprosjekt behandlet i helsefelleskap

### Bakgrunn

Sykepleierne på Ortopedisk poliklinikk på Ullevål utfører over 2500 sårbehandlinger årlig. Pasientene kan henvises for sårbehandling ved OPK fra fastlege eller legevakt, eller følges opp etter utskrivelse fra sengepost. Noen av konsultasjonene krever legetilsyn enten avtalt på forhånd, eller kalt inn ved behov (1).

En stor andel av pasientene følges opp for sårbehandling i flere måneder før såret er tilhelet. Flere av pasientene behandles for sitt sår 2 ganger per uke, noen behandles ukentlig, og andre m/ et par uker mellom konsultasjonene. Mange av pasientene er eldre med flere diagnoser som diabetes, hjerteproblematikk. En del av disse pasientene får hjelp av hjemmesykepleien eller fra sykepleiepersonell i institusjon til sårskift i tiden mellom kontrollene.

**Pasienter som har opphold i institusjon** mottar pleie/ stell og omsorg, herunder vanlige sårstell i institusjonen. I dag er rutinen at vi sender med sårprosedyre, med forventning om at helsepersonell i institusjon følger opp sårbehandlingen.

De mer avanserte sårskiftene gjøres i spesialisthelsetjenesten ved Ortopedisk poliklinikk. Noen pasienter kommer til timen på poliklinikken direkte fra institusjon, og mange av disse er skrøpelige – eldre/marginale. De transporteres ofte i ambulanse eller rullestolbil, og ventetiden på ny ambulanse etter behandling kan bli lang. Med gjentatte kontroller over flere måneder, blir det mange reiser mellom kommunal institusjon/hjemmet og OUS. Noen av pasientene må ha følge fra institusjon til timen og det blir ofte blir det mye ventetid på transport for pasienten. Dette er ressurskrevende og mange pasienter gir uttrykk for at det er slitsomt å komme inn til kontrolltime og å vente på transport. Pasientene blir liggende i seng/båre på korridor eller sittende i rullestol i inngangspartiet når de venter. Ansatte på poliklinikken har begrenset anledning til å følge opp pasientene som venter. Vi har liten adgang til servering av mat, og vi har heller ikke anledning til å kontinuere pasientenes foreskrevne medisiner.

Situasjonen for flere av pasientene kan beskrives som uverdigg og det kan stilles spørsmål ved nytteverdien av kontrollen sett opp mot den belastningen pasienten utsettes for. Situasjonen kan i flere tilfeller beskrives som uverdigg.

**Pasientene som er hjemme.** Dersom hjemmesykepleie foretar kontroller lager OPK en sårprosedyre, som hjemmesykepleier kan følge de gangene sårstellet utføres hjemme, mellom kontrollene som utføres på ORU. Kommune/bydel mangler til dels kompetanse for å håndtere disse pasientene. De fleste av disse har mindre problemer med transport enn de på institusjon, men det kan likevel medføre plunder og heft for pasientene.

### Forventet nytte:

- Dagens pasientbehandling er dels uverdigg for pasientene.
- Arbeidsbelastningen er stor på poliklinikken, prosjektet vil kunne redusere tiden pr konsultasjon.
- Ny teknologi kan gjøre det mulig for pasienten å få sårbehandling hjemme under veiledning fra OUS. Dette vil redusere transportbehovet og forbedre pasientbehandlingen.
- Flere sykehus har god erfaring med digital sårbehandling Vestre Viken ved Kongsberg sykehus.
- OUS har september 2021 signert en avtale med Oslo Kommune om et Helsefelleskap der kommunen er forpliktet til å utvikle tjenester sammen med OUS, AHUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet. Sårbehandling på institusjon eller i hjemmetjenesten er et område der samarbeidet kan utvikles til det beste for pasienten.
- Utvikling av tilbud hjemme er i tråd med nasjonale strategier for helsetjenesten, OUS sine strategier og oppdragsdokument.
- Dersom kommunen får tilgang til faglig støtte via videokonsultasjon vil kunne gjøre institusjonen bedre i stand til å følge opp mer krevende sår også for pasienter som pt ikke er pasienter ved OUS.
- Eventuelle komplikasjoner kan avklares via video og pasienten slipper å komme via akuttmottaket.

## Case 5: Farmasøytoppfølging av legemiddelintervensjoner etter poliklinisk oppfølging i sykehus for geriatriske pasienter

### Bakgrunn.

Etter konsultasjon i geriatrisk poliklinikk gjennomføres eller anbefales ofte flere legemiddelintervensjoner, da polyfarmasi er en kjent utfordring blant eldre. Klinisk farmasøyt er naturlig del av tverrfaglig team ved geriatriske poliklinikker. I Helse Vest er vi inne i slikt team i Helse Førde, Nordfjord sjukehus, og det er planlagt oppstart høsten 2022 Ved Haraldsplass Diakonale sykehus.

I etterkant poliklinisk time er det en utfordring at de anbefalte legemiddelendringene ikke alltid følges opp i kommunehelsetjenesten, med ulike begrunnelser for dette. Dette kan medføre reinnleggelser, for eksempel på grunn av bivirkninger eller interaksjoner. Aktuelle bivirkninger og interaksjoner kan for eksempel være knyttet til fortsatt bruk av uhensiktsmessige legemidler som bidrar til fall og forvirring/delir, eller for høy dose av blodtrykksmedisin som gir svimmelhet og falltendens.

For en del av de geriatriske pasientene vil den geriatriske poliklinikken sette opp kontrolltime for vurdering av effekt av en anbefalt legemiddelintervensjon, dette kan for eksempel være etter oppstart av antidiemensmedisin. Kontroll kan da typisk være etter 3 måneder. Dersom pasienten ikke starter med slik behandling, eller oppstart blir forsinket av ulike grunner, bør oppsatt kontrolltime forskyves eller avlyses, da det er unødvendig ressursbruk både for pasient og spesialisthelsetjeneste.

Ved fast oppfølging ved farmasøyt etter utskrivelse eller poliklinisk time for de geriatriske pasientene, vil den kliniske farmasøyten være et samhandlingsledd mellom sykehus og kommunal helsetjeneste som blant annet kan avdekke informasjonssvikt eller misforståelser, eller eventuelt fange opp faglige uenigheter mellom fastlege/tilsynslege og sykehuslege.

### Digital konsultasjon.

Oppfølgingen mot kommunehelsetjenesten kan settes opp som digital konsultasjon, telefonkonsultasjon eller som møte samhandlingsmøte mellom fastlege/hjemmesykepleie og farmasøyt i sykehuset. Oppfølging mot pasient kan også settes opp digitalt, men for denne pasientgruppen, der digitale verktøy kan være en utfordring for noen av pasientene (demens), så vil også telefonkonsultasjon til pasient/pårørende være aktuelt. Helst digital videokonsultasjon, alternativ telefonkonsultasjon eller møte dersom det er det beste.

Tidligere kom pasienten tilbake til sykehuset for oppfølgingstime/kontroll, eller man avsluttet pasienten, og kjente ikke til om endringer ble implementert før evt reinnleggelse i sykehuset eller ny-henvisning. For noen vil det selvsagt fremdeles være aktuelt med kontrolltime, men da gjerne med en oppfølging av farmasøyt i mellomtiden på om legemiddelendring har vært gjennomført.

## **Forskning og erfaring viser**

### **Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten**

Trykksår er hyppig forekommende i mange pasientgrupper, og pasientene vil ofte være i langvarig kontakt med helsevesenet i forbindelse med behandling og oppfølging. Oppfølging i form av telemedisinske konsultasjoner kan legge forholdene til rette for en rask og vedvarende kontakt mellom pasienten og kommune- og spesialisthelsetjenesten. Gjennomførte studier om telemedisinsk oppfølging av trykksårpasienter ved Sunnaas sykehus indikerer flere positive effekter, inkludert bedre utnyttelse av poliklinikkens ressurser, uten at det går på bekostning av kvaliteten på pasientoppfølgingen. (Irgens I., 2015) (I. Irgens, 2021).

Sju pasienter med pågående trykksår ble fulgt opp poliklinisk via telemedisin. De fikk oppfølging av hjemmetjenesten i sin kommune, og telemedisinsk utstyr i form av PC-basert videokonferanse med eksternt webkamera ble koblet opp i pasientens hjem. Fra spesialisthelsetjenestens side deltok et tverrfaglig team, bestående av leger, sårsykepleiere, ergoterapeut og telemedisintekniker.

Videokonferanseoppkoblingen skjedde fra Sunnaas sykehus, og all kommunikasjon skjedde i sanntid via Norsk Helsenett og kryptert programvare. Verken lyd eller bilder ble lagret. Systemet ble vurdert som svært sikkert i henhold til norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren. Man tilstrebet god dialog med pasienten samt ivaretagelse av vedkommendes verdighet under konsultasjonene, da sårene i mange tilfeller var i intimområdet.

Konkrete handlingspunkter ble innarbeidet i prosedyrene, for eksempel at konsultasjonene alltid startet med kamerafokus på pasientens ansikt for dialog, at kamera ble skrudd av eller snudd ved avkledning/snuing, og at konsultasjonen ble avsluttet med en dialog der kamera igjen var rettet mot ansiktet til pasienten.

Etiske handlingspunkter rundt det å ha med telemedisintekniker på hjemmebesøk hos pasienten ble vurdert. I de tilfellene der tekniker bisto, deltok han alltid sammen med kompetent helsepersonell, og han forlot rommet under selve konsultasjonen.

Pasientene ble inkludert fra mars til november 2012, og prosjektet ble avsluttet ved årsskiftet 2012/2013. Trykksårene ble målt i tre dimensjoner (8), og sårtilhelingen ble dokumentert i en egen sårjournal (5, 6). Prosjektgruppen gjennomførte semistrukturerte intervjuer med pasientene i prosjektet og med ansatte i hjemmetjenesten (5, 6). Det ble også gjort kostnadsberegninger (6).

I løpet av prosjektperioden tilhelet fem av sju sår. Ingen av pasientene rapporterte om negative opplevelser med ordningen, de opplevde at de selv medvirket i tilhelingsprosessen

i større grad enn som innlagt i sykehus. De nevnte også verdien av å kunne være hjemme hos sine nærmeste og det å slippe belastende reisevei til og fra sykehuset for å få poliklinisk oppfølging. Hjemmesykepleien rapporterte om økt samhandling, kompetanseheving, økt trygghet og økt forutsigbarhet i pasientoppfølgingen (5).

Studiens funn indikerer at et telemedisinsk tilbud kommer pasientene og det lokale hjelpeapparatet til gode. Teknisk og faglig er det mulig å følge opp pasientene over store avstander. Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten knyttes tettere sammen, og prosjektet oppleves som vellykket sett i et samhandlingsperspektiv. Disse funnene er senere bekreftet i en randomisert kontrollert styrkeberegnet studie (Irgens et al 2022, Irgens et al in print).

Samfunnsøkonomisk er dette et tilbud som for utvalgte pasientgrupper trolig vil være å anbefale fremfor tradisjonell poliklinisk behandling. Dette er også bekreftet i den randomisert kontrollerte studien som er gjennomført. Videre forskning og kostnad-nytte-analyser om temaet er derfor svært viktig. Den telemedisinske oppfølgingsmodellen kalles «Sunnaasmodellen», og resultatene av de gjennomførte studiene har i stor overføringsverdi for utvalgte pasientgrupper, med andre problemstillinger enn de som er undersøkt, pasientgrupper og mange medisinske problemstillinger.

«Sunnaasmodellen» (I. Irgens, Bach, B., Rekand, T., & Tornås, S., 2020) for digitale sårstjenester blir nå implementert ved fire sykehus (Sykehuset Innlandet, Sykehuset Sørlandet, Vestre Viken i tillegg til Sunnaas sykehus), aktuelle kommuner og enkelte fastleger, med blant annet forskning fra Sunnaas sykehus (I. Irgens, Midelfart-Hoff, J., Jelnes, R., Alexander, M., Stanghelle, J. K., Thoresen, M., & Rekand, T., 2022) og følgeforskning fra Universitetet i Sørøst-Norge (Solli, 2022). I tillegg er det publisert en masteroppgave om implementeringen i Kongsbergregionen (M. Nilsen, 2022). Det pågår i tillegg et prosjekt med å utarbeide «Felles tjenestemodell for digitale sårstjenester» mellom disse fire sykehusene og kommunene. (Aune, 2019)

### **Forbedret klinisk effekt med sårstøttenettverk mellom sykehus og hjemmetjeneste**

En studie (Bergersen, 2016) med hensikt å teste effekten av en sårstøttenettverksmodell mellom primærhelsetjenesten og sykehuset konkluderer med : Et sårstøttenettverk mellom primærhelsetjenesten og sykehuset er kostnadseffektivt, forbedrer klinisk effekt av hjemmetjenestens arbeid og reduserer behovet for konsultasjoner på sykehuset.

### **Hodepinepasienters tilfredshet med telemedisin**

En undersøkelse av ikke-akutt hodepinepasienters langsiktige tilfredshet med telemedisinsk konsultasjon og konsultasjonspreferanser i Nord-Norge konkluderer slik (Muller, 2017):

1 år etter en spesialistevaluering for hodepine uttrykte telemedisinske pasienter ikke mindre tilfredshet enn de med tradisjonell konsultasjon. Telemedisinsk spesialistkonsultasjoner kan være et godt alternativ for hodepinepasienter.

## **Bruk av videokonsultasjon ved en revmatologisk poliklinikk**

På grunn av covid-19-pandemien ble implementering av videokonsultasjon som alternativ til fysisk oppmøte ved polikliniske konsultasjoner fremskyndet for personer med revmatisk sykdom ved Diakonhjemmet Sykehus. Videokonsultasjon ble innført i mars 2020, og her presenteres erfaringer blant behandlere og pasienter (Tvetter A., 2021).

Metode: Data ble samlet inn i juni 2020 gjennom fokusgruppeintervjuer med behandlere og fra en digital, anonym spørreundersøkelse blant pasienter som hadde hatt videokonsultasjon i løpet av tre uker i juni.

Resultater: Data fra fokusgruppeintervjuer med syv revmatologer og syv sykepleiere ble sortert i tematiske hovedkategorier: pasient, behandler, konsultasjon og teknologi. Behandlerne syntes at videokonsultasjoner med enkelte unntak var godt egnet for oppfølging av pasienter med revmatisk sykdom, og aller mest for velbehandlede pasienter med enkle problemstillinger. Spørreskjemaet ble besvart av 139 av 383 (36 %) forespurte pasienter. Pasientene var i stor grad fornøyd med videokonsultasjon, med median skår 10 (kvartiler 8–10) på en numerisk skala fra 0 til 10, men 32 (27 %) pasienter syntes det var problematisk å ikke bli undersøkt av behandler.

Fortolkning: Videokonsultasjoner er i mange tilfeller godt egnet til oppfølging av pasienter med revmatisk sykdom.

### Hovedfunn:

- Behandlere syntes videokonsultasjon i mange tilfeller var et godt alternativ til fysisk oppmøte for pasienter med revmatisk sykdom.
- 91 % av pasientene som svarte på spørreskjemaet, følte seg like godt ivaretatt av behandler i videokonsultasjonen som ved fysisk oppmøte.
- To tredjedeler av pasientene ønsket å fortsette med videokonsultasjon også ved en ubetydelig smittesituasjon i samfunnet.

## **Digital samhandling rundt eldre**

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har siden 2014 hatt et pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) satt sammen av personell fra sykehuset og kommunene. Målet er bedre samhandling på tvers i organisasjonen for å få til en pasientsentrert, helhetlig og proaktiv helsetjeneste.

Digital samhandling er ansett som et viktig virkemiddel, men det var kun prøvd ut i begrenset grad før pandemien slo til. Forskere har gjennomført videointervjuer med 19 personer fra PSHT med helsefaglig bakgrunn, for å evaluere om oppfølging av eldre pasienter med komplekse og sammensatte behov kan utføres gjennom digital samhandling, og hva fagfolkene syntes om det. De undersøkte hvordan de hadde brukt videokonsultasjon på sykehusene i Tromsø, Narvik og Harstad, og i tre nabokommuner.



### Færre slitsomme reiser

Informantene forklarte at pasientenes mål er at sykdommen skal være så lite forstyrrende som mulig for dagliglivet. Videokonsultasjon kan bidra til dette ved at en del oppfølginger og kontroller foregår på video hjemmefra, eller fra et lokalt fastlegekontor. Det sparer pasienten for mange slitsomme reiser til sykehuset. Informantene erfarte også at deltakerne ofte var godt forberedt til samarbeidsmøter på video. De fikk diskutert og løst problemstillinger hurtigere enn i et fysisk møte. Flere hadde mulighet til å koble seg på samarbeidsmøter, som fastlegen, hjemmetjenesten eller spesialisten fra sykehuset, når de slapp å bruke tid på å reise for å delta på møtet. De erfarte også at videomøter er intense og krevende, og at de derfor ikke burde vare lenger enn en time.

### Strategi må på plass

Til tross for en bratt læringskurve ønsker helsepersonell å fortsette med digital samhandling, men det er noen steg igjen før videomøter blir en del av den daglige driften i helsetjenesten. Mange informanter etterlyste en overordnet strategi for bruk og support av videoteknologi. Den strategien finnes ikke i dag, men ifølge forskerne tyder alt på at den må på plass for at dette skal bli en integrert del av helsetjenesten.

Funnene i undersøkelsen (Silsand L., 2021) viser at digital samhandling er et enkelt, billig og effektivt steg mot bedre informasjonsutveksling i helsetjenesten. Det kan også bidra til å løse behovet for kommunikasjon og utveksling av helsedata mellom aktørene.

### **Behandling på skjerm i koronatid – erfaringer innen psykisk helsevern**

Nasjonalt senter for e-helseforskning har gjennomført en studie av hvordan det er å få psykisk helsebehandling via en videosamtale (Gullslett, 2021). Målet med studien har vært å innhente kunnskap om hvordan terapeuter opplever bruk av videokonsultasjoner i sin behandling. Terapeuter innen psykiske helsevern ble intervjuet om sine erfaringer med nedstenging og restriksjoner i den tidlige fasen av Covid-19 pandemien i Norge i 2020.

Funnene viser at videokonsultasjoner har vært med på å etablere og vedlikeholde relasjonen mellom behandler og bruker. Det har skapt en kontinuitet og større fleksibilitet i behandlingsforløpet rundt pasient, behandler og pårørende. Men de har også erfart mange utfordringer med videokonsultasjon. Det er f.eks. utfordrende for terapeutene å vite hvem som er i rommet, spesielt overfor sårbare personer i forhold til overgrep og rusproblematikk, sier Monika Knudsen Gullslett, professor ved Nasjonalt senter for e-helseforskning. Noen ting egner seg for skjerm, mens andre ikke gjør det! For lette til moderate lidelser kan videokonsultasjon være en fin løsning. Men for pasienter med omfattende traumer og stor sårbarhet, er det å møtes fysisk ofte et veldig viktig element i behandlingsforløpet.

- For meg personlig har behandling på skjerm forårsaket mange utfordringer. Konsultasjonene følte ofte litt mer som overlevelsmodus enn terapi. Jeg har ved flere

anledninger avsluttet timene når det har blitt for mye for meg og triggerpunkter har blitt aktivert, sier Thea Maria Rytterager, nestleder i sentralstyret til Mental Helse Ungdom.

### Behov for mer forskning

Forskningsresultatene indikerer at det er generelle fordeler med å bruke videosamtaler når omstendighetene ikke tillater ansikt-til-ansikt konsultasjoner. Det er samtidig flere negative aspekter ved bruk av samtaleterapi på video som trekker ned terapeutenes helhetsinntrykk ved bruk av videokonsultasjon. Forskerne er enige om at ytterligere kvalitativ forskning er nødvendig, og fremtidige studier bør sette søkelys på tjenestebrukernes erfaringer, samarbeid mellom forskjellige interessenter, og hvordan man skalerer bruken av videokonsultasjon samtidig som man sikrer at tjenesten som tilbys er hensiktsmessig, trygg og tilgjengelige.

### **Digital sårbehandling**

Sykehuset Innlandet HF (SI) har gjennomført prosjektet "Digital sårbehandling" (Dammen M., 2022), en tjenesteinnovasjon mellom kirurgisk poliklinikk SI Gjøvik og 4 kommuner, med bistand fra Gjøvikregionen Utvikling. Hovedmålet med prosjektet var å etablere nye tjenester som modell for en videreføring innen sårbehandling.

Prosjektet har tatt utgangspunkt i alle typer sår som i dag krever behandling og vurdering ved kirurgisk poliklinikk SI Gjøvik. Ved å teste ut ulike tekniske løsninger kan personale ved sykehjem og hjemmetjeneste ute i kommunene få veiledning rundt behandling av kompliserte sår ved hjelp av videokommunikasjon. Resultatet viser at videokonsultasjoner bidrar til en trygg og kvalitativ god oppfølging av pasienter i eget hjem, hvor ansatte i kommunen utfører sårbehandling under veiledning fra spesialister/behandlere ved sykehuset. Fastlege og eller sykehjemslege kan også delta.

Gevinstene inkluderer mindre stress ved forflytning, færre innleggelser på sykehus og færre amputasjoner og dødsfall grunnet komplikasjoner. En videokonsultasjon skaper sømløse overganger, og tilrettelegger kompetanseoverføring der kommunepersonell kan få ekspertise fra spesialisthelsetjeneste, til rett tid på rett sted. Dermed sikres pasienten en trygg, likeverdig og tilfredsstillende oppfølging, uavhengig av geografisk lokalisasjon.

### **Betingelser for å lykkes med å introdusere telemedisin i diabetesfotpleie: en kvalitativ undersøkelse.**

Målet med denne kvalitative studien (Hope Kolltveit, 2017) var å identifisere oppfatninger av helsepersonell i ulike arbeidsmiljøer med hensyn til tilretteleggere for engasjement og deltakelse i anvendelsen av telemedisin. Plattformen besto av en nettbasert sårjournal knyttet til en mobiltelefon for å gi omsorg til personer med diabetiske fotsår i poliklinikker i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med primærhelsetjenesten. Resultatet av studien viser at vellykket implementering av telemedisin i større skala må innebære vurdering av

komplekse kontekstuelle og organisatoriske faktorer knyttet til ulike arbeidsmiljøer. Denne formen for ny pleieteknologi innen diabetesfotpleie involverer ofte helsepersonell som arbeider på tvers av ulike miljøer med ulike styringssystemer og organisasjonskulturer. Derfor er oppmerksomhet på de forskjellige behovene til hver personalgruppe en vesentlig forutsetning for effektiv implementering.

# Kapittel 5

# Nettbasert behandling

Digital hjemmeoppfølging<sup>(11)</sup> innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt. Dette kapittelet omhandler digital hjemmeoppfølging i form av nettbasert behandling.

## **Noen områder for bruk av nettbasert behandling**

Terapeutveiledet internettbehandling brukes i dag på områdene psykiske lidelser og bruk av rusmidler. eMestring alkohol er et internettbasert selvhjelpsprogram for de som vurderer å redusere inntaket av alkohol. eMeistring er veiledet internettbehandling til de som sliter med panikk lidelse, sosial angst eller depresjon.

## **Status for bruk i dag**

Tall fra Norsk pasientregister viser at om lag 200 pasienter mottar internettbasert behandling hovedsakelig gjennom eMeistring, se figur 7 samt beskrivelse i kapittel 3.

Det finnes også kategori (STG) for nettbasert behandling for somatiske tilstander, men kategorien er primært opprettet for å få oversikt over eventuell aktivitet på området. Vi har ikke konkrete eksempler på hva slik aktivitet innenfor somatisk sektor kan være. De regionale helseforetakene har gjennom sin rapport om digital hjemmeoppfølging fra oktober 2020 påpekt at det er behov for å se nærmere på hvilke kriterier som skal kunne ligge til grunn for at et behandlingsopplegg skal kunne kategoriseres som nettbasert behandlingsprogram, utover eMeistring som er godt beskrevet og godkjent gjennom Nye Metoder.

---

<sup>11</sup> Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging, definisjon, måltall og tilrettelegging. RHF'ene, 2021

## Effekter beskrevet gjennom case

### **Case 6 – Nettbasert behandling – eMeistring i Helse Stavanger**

eMeistring er veiledet internettbehandling som inneholder de samme elementene som ordinær kognitiv atferdsterapi med behandler i poliklinikk. Stavanger Universitetssykehus tilbyr behandlingen til de som bor i Sør-Rogaland.

Målgruppen er voksne over 18 år med depresjon, panikkklidelse eller sosial angst. Behandlingen varer i 14 uker og foregår gjennom et nettbasert behandlingsprogram, med skriftlig støtte og veiledning fra en behandler. Behandlingen krever høy grad av motivasjon, og ressurser med tanke på å kunne ta en aktiv rolle i å oppnå bedring. Metoden som blir brukt er kognitiv atferdsterapi. Man kan enten bli henvist til eMeistring via fastlege eller andre steder i spesialisthelsetjenesten eller man kan henvise seg selv. eMeistring vurderer om pasienter har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten dersom henvisningen ikke kommer internt fra spesialisthelsetjenesten.

Pasienter som - ut fra henvisningen - er aktuelle for behandling, vil som hovedregel få tilbud om en vurderingssamtale hos eMeistring innen to til tre uker. Vurderingssamtalene kan enten foregå ved fysisk oppmøte ved Sola DPS eller via videosamtale. Midtveis samtale og avslutningssamtale tilbys også som videosamtale, telefonsamtale eller fysisk oppmøte.

#### Positive effekter for kommunen.

Avlaster og tilgjengeliggjør helsetjenester: Noen av pasientene i eMeistring har blitt anbefalt å ta kontakt med kommunale helsetjenester. Enkelte pasienter har valgt å isteden gjøre behandling i eMeistring. Andre har gjort behandling i eMeistring med samtidig støtte fra psykisk helsetjeneste i kommunen. På den måten har vi avlastet kommunale helsetjenester ved å behandle pasienter som ellers kun ville hatt kommunal oppfølging. Vi har også pasienter som ikke ønsker kommunal oppfølging fordi de er begrenset av angsten eller av andre grunner syns det er utfordrende med samtaler. På den måten kan vi kanskje hjelpe noen av de som har høy terskel for å søke hjelp og ellers ikke ville kommet i kontakt med kommunen.

eMeistring er en fleksibel behandlingsform. Personer som har helsetjenester fra kommunen og bruker eMeistring kan ta med seg oppgavene og behandlingsopplegget inn i samtalene/helsehjelpen fra kommunen og på den måten få støtte i gjennomføringen av behandlingen.

eMeistring i Helse Stavanger holder til ved Sola distriktpsykiatriske senter. Opptaksområdet dekker mange kommuner og eMeistring kan på den måten være et bidrag til kommunens oppfølging av personer med, moderate og alvorlige helseplager også i kommuner som har begrenset kapasitet/ tjenester og/eller dekker store områder.

#### Positive effekter for pasientene.

Fleksibel og tilgjengelig: eMeistring bygger på kognitiv atferdsterapi, som har vist seg å være effektiv behandling av depresjon og angstlidelser. Behandlingen er nettbasert, og man får minst ukentlig kontakt med behandler via meldinger i programmet. -Med internettbehandling slipper man reisevei til behandlingen/ kommunale tjenester og man får mulighet til å jobbe med behandlingen når det passer best for seg. Pasienten kan selv ta direkte kontakt med eMeistring. Det medfører at man ikke trenger å møte fysisk et annet sted gjennom hele behandlingsforløpet.

Pårørende kan også inkluderes i behandlingen, da pasientene har mulighet til å dele innholdet i programmet med andre. Det kan bidra til at pårørende også får økt innsikt og forståelse for pasientens utfordringer.

## **Forskning viser**

Det er gjennomført en fullstendig metodevurdering om bruken av veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser (eMeistring) (Folkehelseinstituttet, 2018). Hovedbudskapet gjengis her:

Psykiske lidelser og rusbrukslidelser er utbredt i den norske befolkningen. Kun et fåtall søker behandling for lidelsene. Behandling via internett åpner for at flere personer som har behov for det søker hjelp.

Våre funn viser at terapeutveiledet internettbehandling for angst hos voksne ved studieslutt ga:

- Bedre effekt, vurdert som klinisk viktig bedring og reduksjon av angstspesifikke symptomer (lav tillit), og bedre livskvalitet (middels tillit) enn ingen behandling.
- Ingen forskjell i effekt (svært lav tillit) og litt bedre livskvalitet (svært lav tillit) sammenlignet med ikke-terapeutveiledet internettbehandling.
- Ingen forskjell i effekt (lav tillit) og litt bedre livskvalitet (lav tillit) sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling.
- Pasientene var i hovedsak fornøyde med behandlingen.
- Negative effekter var mangelfullt rapportert.

Internettbehandling med og uten terapeutkontakt sammenlignet med ingen behandling ga ved studieslutt:

- Bedre effekt på symptomlindring og funksjonsnivå enn ingen behandling hos voksne med depresjon, angst eller søvnforstyrrelser og psykisk helse hos barn og unge. Dette var også tilfelle for studenter som misbrakte alkohol, men ikke hos voksne som misbrakte alkohol. Vi har fra middels til svært lav tillit til disse effektestimatene.

For å sette resultatene i en norsk kontekst, utførte vi en kostnadsminimeringsanalyse for det terapeutveiledede programmet «eMeistring» som tilbys i Helse Vest RHF sammenlignet med ansikt til ansikt-behandling. Vi fant at:

- En behandlingsserie med terapeutveiledet internettbehandling koster omtrent like mye som ansikt til ansikt-behandling i direkte kostnader.
- En behandlingsserie med terapeutveiledet internettbehandling er billigere enn ansikt til ansikt-behandling når vi inkluderer reisekostnader.

Det er usikkert hvilke budsjettkonsekvenser en innføring av terapeutveiledet internettbehandling som rutinebehandling i Helse Vest RHF vil medføre. Økt bruk av veiledet internettbasert behandling kan føre til besparelser i form av reduserte reisekostnader. Det kan også føre til en økning i antall pasienter som får behandling, og dermed gi økte totale kostnader.

### **Fordeler med asynkron digital terapi**

Studier på internett-terapi, blant annet en som tok for seg behandling i Norge, Danmark, Sverige, Canada og Australia (Titov N., 2018), har vist at brukere som får nett-terapi stort sett er like fornøyde som ved fysisk oppmøte. Veiledet internettbehandling kan foregå på flere måter. eMeistring bruker kognitiv atferdsterapi og behandlingen består av 8-9 moduler som går over 14 uker. Pasient og behandler har ukentlig kontakt via asynkron meldingsfunksjon og støttesamtaler via telefon, video eller ansikt-til ansikt ved behov.

Asynkron digital kontakt med pasienter har mange fordeler. Det blir for eksempel ikke lengre et problem at en pasient ikke møter opp til avtalt time hos behandleren. Personen kan sitte i ro og mak hjemme, logge seg på og skrive i programmet sitt.



# Kapittel 6

# Sammenfatning av effekter

Her sammenfattes beskrivelser om effekter av at spesialisthelsetjenester ved hjelp av teknologi flyttes hjem/nærmere der pasientene bor.

I evalueringsrapporten om samhandlingsreformen (Forskningsrådet, 2016) fremgår at: *"Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal i større grad samarbeide, og spesialisthelsetjenesten skal bidra og bistå slik at kommunehelsetjenesten i økende grad og omfang skal ta hånd om pasienter og pasientgrupper som i dag får behandling på sykehus."*

Utviklingen om flytting av spesialisthelsetjenester hjem/nærmere der pasienten bor har pågått over lang tid. Hvor stor del av denne utviklingen som skyldes bruk av teknologi er ikke alltid klart og tydelig. Vi har i vurderingen av effekter lagt til grunn forventningene i samhandlingsreformen om samarbeid.

## **Effekter for kommunale helse og omsorgstjenester**

### **Hjemmesykehus**

*Positive:* Erfaringer med avansert hjemmesykehus til pasienter med langtids mekanisk ventilasjon slik det er beskrevet tidligere i rapporten er positivt for kommunen å bli involvert i opplæring og forberedelser til kontroll av behandling slik at de kan bistå pasienten ved behov. Det samarbeides godt mellom helsepersonell fra sykehus og kommune. Innspill fra workshop 24.august er: økt kompetanse om kommuner i spesialisthelsetjenesten, positivt for rekruttering til kommunen.

*Negative:* Identifiserte negative effekter er knyttet til at forberedelser hjemme hos pasienten i forbindelse med kontroll av behandlingen tar 15-20 minutter og som regel ikke er medregnet i tiden som er avsatt for kommunens helsepersonell til hjemmebesøk. Dette kan medføre stress og forsinkelser. Hjemmesykehus har betydning for tjenester til hjemmeboende og negative effekter oppstår nå planlegging av hjemmesykehus foregår uten samarbeid med kommunen. Mangler organisatoriske forhold og finansielle ordninger med kostnadsoverføring samt juridiske avklaringer får det negative effekter<sup>12</sup>.

*Kompetanse:* Erfaringen er at kompetanseoverføring skjer begge veier. Sykehuset arrangerer kurs og opplæring i medisinskfaglige prosedyrer, mens kommunen har lengre erfaring og kunnskap om pasientene, noe som er en viktig kompetanse for sykehuset.

*Ressurser:* Avansert hjemmesykehus forutsetter samarbeid og god planlegging, og fleksibel bruk av ressurser i kommunen. Med mange flere pasienter innlagt i hjemmesykehus kan

---

<sup>12</sup> Innspill i workshop 24.august 2022

det også få betydning for kommunens ressursbehov. Når hjemmesykehuset "flytter inn" hjemme hos pasienten og forutsetter at kommunens helsepersonell skal bidra griper dette inn i kommunenes rammefinansiering<sup>13</sup>.

*Ansvarsfordeling:* det er sørge for-ansvaret som regulerer dette på overordnet nivå. Det er ikke regler i lov eller forskrift som omhandler dette mer spesifikt. Det er naturlig at spørsmålet er omhandlet i samarbeidsavtalen mellom kommunen og HF/RHF.

### **Digital hjemmeoppfølging basert på data fra pasienten**

Ved digital hjemmeoppfølging av KOLS pasienter i Vestfold er det følgende erfaringer om effekter for primærhelsetjenesten:

*Positive:* Det er verdifullt for kommunen (både kommunale helse og omsorgstjenester og fastlegen) at pasienten har en egenbehandlingsplan (EBP) med grenseverdier når overføring skjer fra sykehuset. Det er ressursbesparende og gjør det lettere å vurdere behov og iverksette videre oppfølging. Kommunen har åpning for å få med en spesialist fra sykehuset inn i samhandlingsmøtet.

*Negative:* Det er ressursbelastende for kommunen at alle pasientdata fra kommunens EPJ og egenbehandlingsplan må legges inn manuelt i DHO løsningen.

Det er ressursbelastende for kommunen at pasienten ikke kan nytte samme utstyr til oppfølging (f.eks utstyr for å måle blodtrykk, oksygenmetning, temperatur) fra både spesialist og primærhelsetjenesten. Det medfører ekstra arbeid fordi kommunen må gå til anskaffelse av liknende utstyr, og organisere et system for drift og vedlikehold, opplæring osv.

Erfaringene fra nasjonal utprøving av digitale hjemmeoppfølging viser at prosessveiledning i workshops der alle aktører har deltatt i utvikling av tjenesteforløp lokalt, har vært viktig for å etablere samarbeid og forståelse for hverandres 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.

Det er foreløpig ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag i forskning til å kunne si sikkert om digital hjemmeoppfølging har noen effekt på ressursbruk i primærhelsetjenesten sammenlignet med vanlig praksis (Folkehelseinstituttet, 2022).

### **Telefon og videokonsultasjon**

*Positive:* Sogndal kommune har positive erfaringer med digital samkonsultasjon for voksenpsykiatriske tjenester. Det styrker samarbeidet mellom kommunene i regionen og spesialisthelsetjenesten gjennom økt dialog, utvikling av gode samarbeidsløsninger og tjenlig oppgaveløsning.

---

<sup>13</sup> Innlegg I workshop 24.august 2022

Effekter for fastlegetjenesten i Sogndal kommune: Dagens praksis innebærer at fastlegen i stor grad må gjennomføre vurderingene uten tilgang på spesialistvurdering i akutt fase. Digital samkonsultasjon med spesialist vil kunne føre til at vurderingene blir mer treffsikker og presis.

Funnene i en undersøkelse om oppfølging av eldre pasienter med komplekse og sammensatte behov viser at digital samhandling er et enkelt, billig og effektivt steg mot bedre informasjonsutveksling i helsetjenesten. Det kan også bidra til å løse behovet for kommunikasjon og utveksling av helsedata mellom aktørene (Silsand L., 2021).

I en studie av telemedisinsk behandling av trykksår rapporterte hjemmesykepleien om økt samhandling, kompetanseheving, økt trygghet og økt forutsigbarhet i pasientoppfølgingen (Irgens I., 2015).

Liknende erfaringer er gjort med digital sårbehandling i Innlandet hvor videokonsultasjon skaper sømløse overganger, og tilrettelegger kompetanseoverføring der kommunepersonell kan få ekspertise fra spesialisthelsetjeneste, til rett tid på rett sted.

*Negative:* Fastlegene er bekymret for hvordan bruk av video skal integreres, og at ikke økt tilgjengelig het skaper mer påtrykk og belastning på å levere. Belastningen er allerede stor, og flerfaglige møter/video er ressurskrevende i en hektisk hverdag<sup>14</sup>.

### **Nettbasert behandling**

Erfaringen med eMeistring i Helse Stavanger er at opptaksområdet dekker mange kommuner og eMeistring kan på den måten være et bidrag til kommunens oppfølging av personer med, moderate og alvorlige helseplager også i kommuner som har begrenset kapasitet/ tjenester og/eller dekker store områder. Det kan være tidsbesparende for fastlegen når pasienten kan henvise seg selv, uten å gå via fastlegen. Det kan tenkes at enkelte pasienter ikke trenger oppfølging hos fastlege eller andre kommunale tjenester om pasienten får oppfølging i eMeistring.

### **Effekter for pasient/bruker**

#### **Hjemmesykehus**

Hjemmesykehus øker trolig overlevelsessevne (Folkehelseinstituttet, 2017).

Erfaringene med hjemmesykehus for barn viser at det er like trygt å behandle hjemme som på sykehus. Hjemmebehandling medvirker til redusert stressnivå, redusert psykisk belastning og økt livskvalitet hos foreldre og barn (Helsedirektoratet, 2021).

---

<sup>14</sup> Innspill I workshop 24. august 2022

Ved hjemmedialyse kan pasientene spare mye tid på reising. Kan gi større frihet til å bestemme når dialysen gjennomføres og kan tilpasses pasientens hverdag (Helsedirektoratet, 2022b). Pasient blir tryggere, kan være hjemme, slipper forflytning, kjedeligere å være på sykehus<sup>15</sup>.

Noen utfordringer<sup>16</sup> erfart med hjemmeoppfølging er at det griper inn i hjemmets kvaliteter og relasjoner i nærmiljøet, ofte er det stua som blir omgjort sykeværelse, rigging av teknologi virker fremmedgjørende og skaper utrygghet, slekt, naboer og venner trekker seg gradvis tilbake, familien får økt risiko for å gå i oppløsning.

Fordrer god kommunikasjon og involvering av flere enn pasienten. En behandlingsplan hvor pårørende har vært involvert, bør foreligge før pasienten reiser hjem.

### **Digital hjemmeoppfølging basert på data fra pasienten**

Kunnskap om digital hjemmeoppfølging viser at det bidrar til å bremse en forverring i helsetilstanden for personer med kronisk sykdom, øker forståelse for og mestring av egen sykdom, og øker trygghet og helsemessig tilfredshet blant dem som mottar tjenesten (Helsedirektoratet, 2022a).

Erfaringene med digital hjemmeoppfølging i Vestfold er at det er nyttig for både pasienten og helsetjenesten med samhandlingsmøte hvor kompetanse deles.

Forskning viser at pasienten gis rask tilgang til medisinsk ekspertise uavhengig av distanse og behandlingssted ved telemedisinsk oppfølging av hjemmedialyse (Nygård, 2021).

### **Telefon og videokonsultasjon**

I evalueringen av samhandlingsreformen omtales trepartskonsultasjon med bruk av video som en løsning med et stort potensial som langt fra er utnyttet. Det står videre i evalueringsrapporten at trepartskonsultasjoner styrker pasientens muligheter til medvirkning og oppfølging ved at pasienten sammen med sin fastlege i større grad kan stille spesialisten relevante spørsmål som igjen forenkler videre oppfølging. Pasientrollen antas å endres vesentlig i retning av mer aktiv deltakelse i avklaring og oppfølging av egen sykdom. Dette er en vesentlig del av samhandlingsreformens ambisjoner.

Vi finner i materialet til denne rapporten om effekter av spesialisthelsetjenester som flyttes hjem at telefon og videokonsultasjon gir mange fordeler for pasientene.

Det er positive erfaringer med digital samkonsultasjon for pasientene i Sogndal kommune. Pasienten har konsultasjon både med fastlege og spesialist samtidig. Positive effekter av tiltaket er at det gir rask og rett hjelp på rett nivå. Bidrar til å gi innbyggerne i Sogn bedre helsetilbud og å bringe spesialisthelsetjenesten nærmere der pasientene bor. Tiltaket fører

---

<sup>15</sup> Innspill I workshop 24. August 2022.

<sup>16</sup> Innlegg v/Anders Grimsmo i workshop 24. august 2022

til mindre transport av pasienter, reduserte kostnader og miljøavtrykk. Reduserer også belastningen for pasienten og pårørende med lang reisevei.

Funnene i en undersøkelse om digital samhandling i oppfølging av eldre pasienter med komplekse og sammensatte behov viser at det sparer pasienten for mange slitsomme reiser til sykehuset. Informantene erfarte også at deltakerne ofte var godt forberedt til samarbeidsmøter på video. De fikk diskutert og løst problemstillinger hurtigere enn i et fysisk møte. Flere hadde mulighet til å koble seg på samarbeidsmøter, som fastlegen, hjemmetjenesten eller spesialisten fra sykehuset, når de slapp å bruke tid på å reise for å delta på møtet. De erfarte også at videomøter er intense og krevende, og at de derfor ikke burde vare lenger enn en time (Silsand L., 2021).

En studie av terapeuters erfaring med videokonsultasjon i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten under pandemien indikerer at det er generelle fordeler med å bruke videokonsultasjon når omstendighetene ikke tillater ansikt-til-ansikt konsultasjoner. Ulike negative aspekter ved det terapeutiske miljøet som manglende sikkerhet for de mest sårbare tjenestemottakerne og temaer som ble vurdert som uegnet for videokonsultasjon, senket terapeutenes helhetsinntrykk av tjenesten (Gullslett, 2021).

Ved telemedisinsk behandling av trykksår føler pasientene at de medvirker i større grad enn når de er innlagt på sykehus. De opplever stor verdi av å kunne være hjemme hos sine nærmeste og slippe den belastende reiseveien til og fra sykehuset for poliklinisk oppfølging. De føler seg like trygge på at de får riktig behandling og sårene gror like godt hjemme som på sykehus (Irgens I., 2015).

Erfaring med digital sårbehandling i Innlandet inkluderer mindre stress ved forflytning, færre innleggelser på sykehus og færre amputasjoner og dødsfall grunnet komplikasjoner. Dermed sikres pasienten en trygg, likeverdig og tilfredsstillende oppfølging, uavhengig av geografisk lokalisasjon (Dammen M., 2022).

En studie om bruk av videokonsultasjon ved en revmatologisk poliklinikk finner at pasientene følte seg like godt ivaretatt av behandler i videokonsultasjonen som ved fysisk oppmøte. To tredjedeler av pasientene ønsket å fortsette med videokonsultasjon også ved en ubetydelig smittesituasjon i samfunnet (Tveter A., 2021).

Digital hjemmeoppfølging og e-konsultasjon<sup>17</sup> kan gi tettere oppfølging av innbyggere som pga. immobilitet, geografisk avstand eller av andre årsaker har vansker med å møte opp fysisk. Grupper som pga. forholdene har et underforbruk av helsetjenester, også ofte kjennetegnet av behov for assistanse generelt, da også i samband med videokonsultasjon. E-konsultasjoner gjennomføres tryggest der det er en etablert relasjon mellom helsepersonell og pasient og hvor problemstillingene er kjente.

---

<sup>17</sup> Innlegg fra Anders Grimsmo, workshop 24.august 2022

### **Nettbasert behandling**

Studier på internett-terapi, (Titov N., 2018), har vist at brukere som får nett-terapi stort sett er like fornøyde som ved fysisk oppmøte.

Asynkron digital kontakt med pasienter har mange fordeler. Det blir for eksempel ikke lengre et problem at en pasient ikke møter opp til avtalt time hos behandleren. Personen kan sitte i ro og mak hjemme, logge seg på og skrive i programmet sitt. Med internettbehandling slipper man reisevei til behandlingen/ kommunale tjenester og man får mulighet til å jobbe med behandlingen når det passer best for seg.

Pårørende kan også inkluderes i behandlingen, da pasientene har mulighet til å dele innholdet i programmet med andre. Det kan bidra til at pårørende også får økt innsikt og forståelse for pasientens utfordringer.

# Kapittel 7



# Planer fremover

De regionale helseforetakene har svart på forespørsel om hva som er planlagt fremover når det gjelder spesialisthelsetjenester som flyttes hjem ved hjelp av teknologi, og i hvilken grad planene er drøftet i helsefelleskap.

## Helse Nord RHF

**Helgelandssykehuset** har et forskningsrådsfinansiert prosjekt om Helserom på Helgeland - Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging. Prosjektet ble påbegynt i 2021-2022 og har som mål å utvikle en tjenestemodell som sikrer at pasienter fra Helgeland får tilgang til likeverdig og tilrettelagt medisinsk oppfølging, behandling og akutt hjelp i hjemmet eller i et lokalt «Helserom». Prosjektet er et samarbeid med kommunene Brønnøy, Dønna og Rødøy.

I tillegg har de et Horisont 2020 finansiert prosjekt som skal utvikle et digitalt verktøy for å følge med på utviklingen av kronisk syke hjerte- og lunge pasienter ved et digitalt stetoskop og kunstig intelligens. Prosjektet samarbeider blant annet med Rana kommune.

**Nordlandssykehuset** har samlet DHO prosjekter under ett program og arbeider med disse prosjektene under en felles paraply fremover. Erfaring så langt er at løsningene som finnes er vanskelig å bredde på grunn av manglende integrasjoner med kjernesystemer og samarbeidspartnere. De har hatt ett møte i Helsefelleskapet.

**Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)** har ishavs erklæringen for Helsefelleskapet Troms og Ofoten hvor det blant annet fremgår å ta i bruk teknologi og digitale løsninger som understøtter tjenesten og muliggjør samhandling. Helsefelleskapet hadde oppstartsmøte i april 2021.

## Helse Midt-Norge RHF

**St. Olavs hospital** deltar i en egen innovasjonshub i samarbeid med de andre helseforetakene i Helse Midt, knyttet til digitale helsetjenester. I tillegg har St. Olavs hospital en satsing på digitale helsetjenester. Viktige satsinger er økt bruk av videokonsultasjoner, økt bruk av digital behandling- og oppfølgingsprogrammer, og økt bruk av medisins utstyr i hjemmet. Det jobbes med en tettere kobling til Helsefelleskapet.

Trondheim kommune, Helseplattformen og St. Olavs hospital har et større samarbeid om pasientportalen HelsaMi.

## **Helse Vest RHF**

Det er et betydelig engasjement både i primær- og spesialisthelsetjenesten separat når det gjelder etablering av digitale helsetjenester, og det er tilsvarende engasjement i helsefelleskapene for å koordinere og samarbeide om digitale helsetjenester.

På regionalt nivå er det utarbeidet to strategier, en som peker på det langsiktige arbeidet, og en som peker på tiltak som kan iverksettes på kort sikt. Helse Bergen har fått ansvaret for å koordinere de kortsiktige tiltakene, som i stor grad er bredding av prosjekter som har vist gode resultater.

Tema ble behandlet i ledermøtet i Helse Vest 31. mai, i saksframlegget står det blant annet:

*'Føringar for vidare arbeid: Helse Vest RHF må sikre god koordinering (og innspill): - internt, mellom avdelinger og direktører som har et ansvar innenfor digitalisering/ehelse, samhandling, tjenesteutvikling- og innovasjon, - med programledere i relevante program som omhandler digitalisering og samhandling - med Helsefelleskap - med helseforetak/samhandlingssjefer - Helse Bergen især, som er gitt et ansvar for koordinering av eksisterende digitale helsetjeneste'*

## **Helse Sør-Øst RHF**

### *Status og planer i Helse Sør-Øst*

Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst arbeider med hjemmeoppfølging av sine pasienter. Det pågår nå om lag 70 ulike initiativer i regionen knyttet til digital hjemmeoppfølging, hjemmesykehus, bruk av tverrfaglige team fra sykehus og fra kommuner og sykehus med flere. De fleste tjenestetilbud knytter seg til oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer.

Det kan her nevnes:

- Hjemmesykehus for barn ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus.
- Digital hjemmeoppfølging av premature barn ved hjelp av video og pasientrapporterte data ved Sykehuset i Vestfold.
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter med Kols, hjertesvikt og diabetes ved hjelp av pasientrapporterte måledata og symptomrapportering ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken og Sykehuset i Sørlandet.
- Digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter ved hjelp av pasientrapporterte måledata og symptomrapportering ved Sykehuset i Østfold.

- Digital hjemmeoppfølging av revmatismepasienter ved Sykehuset i Sørlandet.
- Hjemmedialyse ved Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sykehuset i Telemark.
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter med epilepsi og IBD pasienter ved Vestre Viken HF.

E-mestring er etablert i alle helseforetak og det arbeides nå med å utvide tilbudet til nye diagnosegrupper, blant annet innen rusbehandling og spiseforstyrrelser.

Brukerstyrt poliklinikk er innført ved 7 helseforetak og har potensial for å kunne håndtere veksten i poliklinikken de neste 15 årene. Brukerstyrt oppfølging dreier pasientoppfølging fra å være kalenderbasert til å være mer behovsstyrt, ved at sykehuset ikke setter opp faste timer til pasienter, men heller sender et standardisert spørreskjema til pasienten elektronisk for å kartlegge hvordan pasienten har det og behovet for fysisk oppmøte eller tettere oppfølging.

For å understøtte digital hjemmeoppfølging er regionen i ferd med å få på plass en rekke infrastrukturelementer som blir viktig for å muliggjøre høsting av data fra pasienter utenfor sykehus, understøtte arbeidsprosesser, øke endringsevne og muliggjøre nye måter å jobbe på gjennom læring og smidig utvikling med brukerne i førersetet. I tillegg til anskaffelse av en prosess- og oppgavestyringsplattform, er regionen i ferd med å anskaffe en API plattform og en Helsedata Gateway. Helse Sør-Øst RHF har også en pågående anskaffelse av «Rammeavtale – verktøy for digital hjemmeoppfølging». De andre tre helseregionene vil få opsjon på avrop, både på prosessplattform og rammeavtale for digitale verktøy.

## **Spredning av digital hjemmeoppfølging i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram**

15 samarbeidsprosjekt fra 17 helsefelleskap har fått tilskudd til spredning av digital hjemmeoppfølging.

Formålet med tilskuddet er å stimulere til at digital hjemmeoppfølging skal bli en del av ordinær måte å yte helsetjeneste på i hele landet. For å kunne søke kreves at det er etablert et samarbeid mellom to eller flere kommuner, fastleger og det lokale helseforetaket. Søknaden må være forankret i Helsefelleskapet og digitaliseringsnettverket i fylket. Dette er en del av utvidelsen av nasjonalt velferdsteknologiprogram, og målet er at det skal være etablert tilbud om digital hjemmeoppfølging i en eller flere kommuner i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024.

Det kom mange gode søknader. Det viser at det er stor interesse for å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Samarbeidsprosjektene som får støtte, omfatter 152 kommuner og 17 helseforetak. Vi manglet søkere fra Helse Finnmark HF og Helgelandsykehuset HF i denne omgang. Vi håper imidlertid at også disse områdene kommer med i neste tilskudds utlysning, slik at vi oppnår prosjekter i alle 19 helsefelleskap.



# Kapittel 8

# Følge med på utviklingen

Det er behov for å følge med på utviklingen videre slik at helsefelleskapene gis tilgang til relevant kunnskap i deres felles planlegging, og for å gi myndighetene kunnskap om behov for tilrettelegging.

## **Kunnskapshull**

Denne rapporten viser at omfanget av spesialisthelsetjenester som ved bruk av teknologi flyttes hjem/i nærheten av pasientenes hjem foreløpig er lite, sett i forhold til omfanget av spesialisthelsetjenester totalt sett. Basert på tall fra nasjonale registre og finansieringsordninger er det foreløpig ikke mulig å kunne si noe om effekter for pasienter og kommunehelsetjeneste. Det er heller ikke mye dokumentert forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om effekter enda.

For å følge med på utviklingen videre er det behov for å utvikle styringsinformasjon, og det er behov for mer forskning og erfaringsdeling om effekter.

## **Forskning**

FHI publiserte i 2021 en systematisk oversikt over oversikter om effekter av digital hjemmeoppfølging på ressursbruk i spesialisthelsetjenesten (Meneses Echavez et al., 2021). Resultatene var usikre, og forfatterne konkluderte med at det fortsatt mangler oppsummert kunnskap på feltet. FHI publiserte også i 2020 en oversikt over oversikter om effektene av medisinsk avstandsoppfølging på kliniske utfall og bruk av helsetjenester blant pasienter med kroniske lidelser (Muller AE, 2020). Også her viste resultatene at dokumentasjonsgrunnlaget for effekten av slik avstandsoppfølging på bruk av helsetjenester var begrenset, noe som stemmer overens med funn i en nylig gjort systematisk oversikt om effekter av digital hjemmeoppfølging (Hestevik CH, 2022).

Formålet med den nylige systematiske oversikten er å undersøke effekter av digital hjemmeoppfølging for voksne med ikke-smittsomme kroniske sykdommer mht. ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten. Resultatene baserer seg kun på enkeltstudier og kunnskapsgrunnlaget er for mangelfullt til å kunne si sikkert om digital hjemmeoppfølging har noen effekt på ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten sammenlignet med vanlig praksis (Folkehelseinstituttet, 2022).

Det er stort behov for flere randomiserte studier av høy metodisk kvalitet og med lang nok oppfølgingstid, som måler effekt av digital hjemmeoppfølging sammenlignet med vanlig praksis, på ressursbruk i helsetjenesten (både primær- og spesialisthelsetjenesten) for pasienter med ikke-smittsomme kroniske sykdommer.

Utfordringer med hjemmeoppfølging som er av betydning når det skal følges med på/forskes på er<sup>18</sup>:

- Det dreier seg ofte om få og må ofte etableres individuelt og fra grunnen av hver gang
- Det er en bias i forhold til sykdommer som er «målbare» og utvelgelse av ressurssterke personer
- Forskningen på området er ofte av dårlig kvalitet og det er vanskelig å skille ut hva som har effekt – teknologi, bedre opplæring, økning i ressurser, hawthorne effekt
- Vanligvis handler hjemmeoppfølging om én diagnose, mens 90% av de som mottar kommunale tjenester har flere kroniske sykdommer
- Med to unntak har det vært vanskelig å påvise helseeffekter i oppsummerende studier

Faktorer som hyppigst bidrar i positiv retning er:

- Der hjemmeoppfølgingen er godt utrustet med opplæring, styrking av selvtillit og egenomsorg, styrking av sosialt nettverk.
- Tilgang til egen journal/personlig helsejournal.
- Hjemmeoppfølging ved tverrfaglig team etter modell av bred geriatrisk vurdering (GCA). Eksempel er:
  - Utskrivning med hjemmeoppfølging fra spesialisthelsetjenesten av slagpasienter og hoftopererte i primærhelsetjenesten.
  - Pasientsentret helseteam (PSHT) på tvers av sykehus og kommune.
  - «Hospital at home» (Leff B. In: Malone ML, 2015) - John Hopkins hospital (skrøpelige eldre) hvor «kjente personer» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset. «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er i stabil bedring (2-3 dager), og etter gjensidig kompetanseutveksling. De beste resultatene blir oppnådd når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet (også prøvd i Norge). Teamet bistår også ved tidlig hjemsending ved å følge pasienten hjem. Inntil 30 % kostnadsreduksjon.

Anbefaling er derfor å følge med på utviklingen innen geriatri og bruk av team, og evaluering av kompleksitet (multimorbiditet).

---

<sup>18</sup> Innlegg v/Anders Grimsmo på workshop 24.august 2022

## Registerdata

Ved kobling av data mellom NPR og KPR kan det være mulig å si noe om de samme pasientene får oppfølging fra kommunen, men det vil uansett være vanskelig å si noe om dette har en direkte sammenheng med endringen fra fysiske konsultasjoner til ulike former for teknologistøttet helsehjelp.

Det må jobbes med å finne gode koblinger, bedre data i kommunehelsetjenesten og beskrive eventuelle indikatorer for å kunne vise konsekvenser på sikt. Dette vil være et langsiktig arbeid.

Det er komplekse koblinger som kreves for å sammenstille data fra både sykehus, kommune og fastlegetjeneste.

## Helsefelleskapenes behov

Helsefelleskapene har gitt innspill til HOD om utvikling av helsefelleskapene videre. Her gjengis noen av de innspillene som er gitt om kunnskap og styringsinformasjon<sup>19</sup>, og som er relevant for å følge med på utvikling videre om effekter av spesialisthelsetjenester som flyttes hjem/nærmere der pasientene bor:

- Deling av erfaring internt i og mellom helsefelleskapene (som f.eks Kompetansebroen)
- Finansiering av pasientforløp som går på tvers av omsorgsnivåene (det kan knyttes følgeevaluering til og på den måten skaffes kunnskap som andre kan bygge videre på)
- Kvalitetsindikatorer
- Tilsyn
- Statsforvalteren tettere på
- Behovet for styringsdata og framskrivningsverktøy som bidrar til at to ulike tjenestenivå kan planlegge for utvikling sammen
- Finansiering som stimulerer til partnerskap i innovasjon
- Nasjonale myndigheter bør iverksette tiltak for å styrke satsningen på forskning og innovasjon innen samhandlingsfeltet. Det vises i denne sammenheng også til tiltak foreslått av Blankholmutvalget for å styrke kunnskapsgrunnlaget i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Ønsker at det pågående arbeidet i Helsedirektoratet med utvikling av styringsdata for pasientgruppene som er omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023, videreutvikles til å møte behovet ytterligere i primærhelsetjenesten.
- Behov for felles kvalitetsindikatorer for samarbeidet – «hvordan se at tiltakene virker?» Dette har særlig aktualisert seg i samhandlingen om skrøpelige eldre og pasienter med flere kroniske sykdommer

---

<sup>19</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan/innspeil-fra-helsefelleskapa/id2913605/>



- Helsefelleskapene kan støttes ved at nasjonale styringsdokumenter og veiledere ferdigstilles. Det anbefales å skifte fokus fra pakkeforløp til samhandlingsforløp. Sykehusenes nettsider må få større prioritet mot samarbeidende helsetjeneste
- Erfaringskonferanser der gode eksempler blir trukket frem, motiverer og gir innspill til utvikling. Det er i slike sammenhenger også verdifullt å høre om fallgruver, slik at det ikke bare er suksesshistorier som fortelles.
- Finansieringsordninger som stimulerer til god samhandling. Av nasjonale virkemidler fremheves særlig behovet for en finansieringsordning som understøtter tjenesteutvikling mot mer hjemmebehandling og omsorg i hjemmet. Det vil være helt avgjørende for å realisere forventninger om å flytte tjenester hjem til pasienten. På tilsvarende måte er finansiering av forbedringsarbeid og overgang til «det digitale skifte» avgjørende for å realisere målene om en mer bærekraftig helsetjeneste. Ettersom det er utfordrende å gå fra prosjekt til implementering av en tjeneste til drift, kunne det vært nyttig om nasjonale myndigheter evaluerer og forbedrer finansieringsordninger for pasientforløp som går på tvers av omsorgsnivåene. Dette vil særlig gjelde pasienter med sammensatte og langvarige behov, og pasienter som er spesielt sårbare, som barn og unge, pasienter med psykiske lidelser og skrøpelige eldre.
- Kompetansesamarbeid er sentralt for helsefelleskapene. USHT strukturen (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester), som baserer seg på gammel fylkesinndeling, samsvarer ikke med Helsefelleskapsmodellen. Det er ønskelig med bedre tilrettelegging av hvordan helsefelleskapene skal sikre et strukturert kompetansesamarbeid.
- Styringsinformasjon og framskrivningsverktøy Det må fortsatt fremskaffes data/analyser som kan brukes i tjenesteutviklingen, data på sentrale områder og med god kvalitet: o kunne koble data på tvers av forvaltningsnivåene o behov for regionale og nasjonale dashbord med data tilknyttet sårbare grupper/pasienter, data som kan følges i sann tid
- Videreutvikle statistikkgrunnlag og indikatorer for helsefelleskapene. Nasjonale myndigheter kan arbeide videre med å videreutvikle forløpsbasert statistikk for helsefelleskapene med indikatorer for prediksjon av ressursbehov for kommuner og sykehus og forbruk av fastlegetjenester. Sammenligninger mellom geografiske områder vil kunne vise variasjon som kilde for mer analyse og kunnskapsutvikling. De fire pasientgruppene som allerede er identifisert vil være interessante å arbeide videre med. Når statistikkgrunnlaget nevnt over er tilfredsstillende, kan nasjonale myndigheter arbeide videre med å identifisere storbrukere av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Kopling av registre som NPR, KPR, IPLOS og Reseptregisteret, kvalitetsregistre og takstdata fra fastlegene vil til sammen gi god tjenestebeskrivelse fra storforbrukere av helse- og omsorgstjenester over tid. Slike data kan koples videre med ressurs- og økonomidata fra tjenesteyter/behandlende enhet.
- Felles styringssignaler til Helsefelleskapet . Statlige styringssignaler til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må samkjøres og

harmoniseres, dette gjelder særlig tema som har betydning for samhandling. Dersom styringssignaler til spesialisthelsetjenesten har konsekvenser for kommunehelsetjenesten eller omvendt, så må disse være kjent. . Felles verktøy i Helsefelleskapet for å kunne følge med på aktivitetene med mål om å sikre likeverdige tjenester og å unngå uønsket variasjon (eks. Helseatlas3).

- Det må fortsatt gjøres et arbeid med å etablere bedre felles styringsdata. Det er også behov for å iverksette tiltak som skal sikre raskere og bedre felles tilgang på den samme pasientinformasjonen.

## **Forslag til videre arbeid**

Det foreslås å jobbe videre med konkretisering av tiltak til de behovene som er avdekket for å følge med på utviklingen videre. Behovene kan oppsummeres rundt tre hovedområder:

- Forskning
- Erfaringsdeling
- Styringsinformasjon

Noen tiltak som er kommet som innspill i prosessene så langt er:

- *Rapportering:* Aktørene i helsefelleskap "pålegges" å lage en årlig melding som følger RHF'enes årsmelding. Kan deles på temasider.
- *Metodevurderinger:* Se til FHI sitt oppdrag om metodevurdering for kommuner. Her jobbes det nå med tilpasning (regnearket) til kommuner. Etter hvert skal regnearket tilpasses slik at det kan sees på fordeling av kostnader mellom kommune og spesialist.
- *Forskning/følgeevaluering:* Foreslår å finansiere en bruker/pasient undersøkelse og følgeforskning på effekter for kommuner og fastlegetjenesten.
- Følge med på *kostnader* for utplassering av forskjellig utstyr, se på fordelingsnøkkel på utgifter mellom primær- og spesialisthelsetjeneste.
- *Monitorering av effekt (og effektivitet)* har to objekt, kommunen og pasienten. Endringen som skal monitoreres er effekt, det vil si om ytelsen har samme innvirkning på pasienten, og om ytelsen har samme effekt for kommunen. Det bør i tillegg monitoreres om tiltaket er effektivt, det vil si om ytelsen kan gjennomføres med lavere kostnader og ha samme eller større effekt på pasienten og kommunen. Det er vanskelig å forstå at spesialisthelsetjenesten ikke skal være et objekt i monitoreringen. Det er sannsynlig at en bevegelse av ytelser ut av spesialisthelsetjenesten og inn i pasientens hjem vil endre arbeidsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En vurdering av effektivitet må inkludere endringer i begge forvaltningsnivå
- *Bruke etablerte Kompetansenettverk og delingsarenaer for å lære av hverandre*

- Gjennomføre kartlegging etter modell som kvalitetsreformen *Leve hele livet* – dvs. nedenfra og opp med utgangspunkt i et innsamlet kunnskapsgrunnlag (forskning og erfaring) og deretter workshops. Med formål å dele kunnskap og erfaring.

Styringsgruppen i Digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi har gitt tilbakemelding om at det er ønskelig med en nærmere utredning av behovet for endringer i lov og avtaleverk når spesialisthelsetjenester flyttes hjem. Det ble stilt spørsmål om samarbeidsavtalene er tilstrekkelig til å ivareta tydelige ansvarsforhold.

Styringsgruppen var også opptatt av at bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem fortsatt er et felt i utvikling og dreier seg om innovasjon. Metodene som brukes for å følge med på utviklingen og måle effekter må derfor tilpasses situasjonen. Her blir Folkehelse instituttets arbeid med tilpasning av metodevurderinger og kunnskapsoppsummering av betydning.

Nasjonale veileder om samarbeidsavtaler og nasjonale råd om digital hjemmeoppfølging, som er under arbeid har til hensikt å bidra til at helsefelleksapene brukes som arena for felles planlegging og gjennomføring når spesialisthelsetjenester flyttes hjem. Det er viktig i fortsettelsen å følge med på i hvilken grad helsefellekskapene blir en faktiske arena for å dele planer og samhandle og skape forutsigbarhet i samarbeidet mellom spesialist, fastleger og kommunale helse og omsorgstjenester.

# Vedlegg

## Involvering – detaljert oversikt:

Gruppe - deltakere	Dato
<b>Arbeidsgruppe/samarbeidspartnere</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Kommuner og KS:</i> Ann Synnøve Jensen, spesialrådgiver, Stavanger kommune. Marianne Ege Lund, Tjenesteleder Hjemmebaserte tjenester, Søndre Land kommune. Espen Mikkelsen, spesialkonsulent, Bydel Gamle Oslo. Kjell Aasheim, spesialrådgiver KS. Hege Lorentzen, medisinsk fagsjef, KS. Torunn Risnes, spesialrådgiver, KS. Kristin Standal, prosjektleder, KS. Helen Koldal, seksjonssjef plan og utvikling, Bergen kommune.</li> <li><i>Regionale Helseforetak og Helseforetak:</i> Frank Ivar Aarnes, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF. Kathrine Haumann, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF, Ola Jøsendal, ass.fagsjef Helse Vest RHF, Elisabeth Dreier Sørvik, spesialrådgiver, OUS.</li> <li><i>Helsedirektoratet:</i> Ingvild Kontorp Haugen (avd. kommunale helse- og omsorgstjenester, Knut Berglund (avd.kommunale helse- og omsorgstjenester), Siw H. Myhrer (avd. velferdsteknologi og rehabilitering), Wenche C. Hansen (avd. velferdsteknologi og rehabilitering), Ingrid Grimstad (avd. velferdsteknologi og rehabilitering), Kristin Dahlen (avd. finansiering), Elisabeth Djønnne (avd. velferdsteknologi og rehabilitering).</li> </ul>	Løpende arbeid, involvering i workshop
<b>Koordineringsgruppe for statlige tilretteleggingstiltak for å flytte tjenester hjem (Digihjem)</b>	
Koordineringsgruppen består av deltakere fra Direktoratet for e-helse, NHN, FHI, Statens legemiddelverk, og Helsedirektoratet.	10.februar, 10.mars, 3.mai, 2.juni
<b>Styringsgruppe Digihjem/NVP</b>	
Deltakere i styringsgruppen er: <ul style="list-style-type: none"> <li>Helsedirektoratet: Liv Heidi Brattås Remo (programeier), Jan Arild Lyngstad (leder av styringsgruppen)</li> <li>Direktoratet for e-helse: Karl Vestli, Hans Løwe Larsen</li> <li>KS: Terje Wistner</li> </ul>	9.mars 16.juni 2.september

Gruppe - deltakere	Dato
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse- og omsorgstjenesten i kommunen: Trude Wikdahl, Brede Skaalerud, Tor Sætrang, Jan O. Nytveit</li> <li>• De regionale helseforetakene: Helse Vest RHF: Geir Granerud og Ola Jøsendal, Helse Midt-Norge RHF: Per Olav Skjesol, Helse Nord RHF: Bjørn Nilsen, Helse Sør-Øst RHF: Ulf Sigurdson</li> <li>• FHI: Kåre Birger Hagen</li> <li>• NHN: Hilde Lyngstad, Sigurd Ringbakken</li> <li>• Statens legemiddelverk: Tove Jahr</li> <li>• Observatører: Arnfinn Aarnes (FFO), Håvard Ravn Ottesen (SAFO), Petter Brelin (Legeforeningen), Merete Lyngstad (Norsk Sykepleierforbund), Grete Karin Berg (NHO), Tone Kristin Amundsen (spesialrådgiver samiske helsetjenester)</li> </ul>	
Regionale og lokale utviklingsplaner	
Møter med fagdirektører i alle helseregioner, samt innspill basert på regionale og lokale utviklingsplaner	7.april, 8.april, 21.april, 18.mai.
Nettverk Helsefelleskap	
Deltakere i nettverket er representanter fra helseforetak og kommuner i alle 19 helsefelleskap, samt alle regionale helseforetak og hdir.	5.mai
<b>Casebeskrivelser</b>	
<i>Case 1: Avansert hjemmesykehus til lungemedisin</i>	
<b>Avansert hjemmesykehus til pasienter med langtids mekanisk ventilasjon.</b> Lungemedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus v/Anne Louise Kleiven, Lungesykepleier / LTMV-koordinator, Medisinsk klinikk/Lungemedisinsk avdeling/LUMS. Cecilie Hestmann Birkelund, avdelingssykepleier Ilahjemmet, Sykehjemsetaten Oslo kommune. Cherry Arambulo Sundal, fagkoordinator hjemmesykepleien, Bærum kommune.	28.april, 10.mai, 18.mai
<i>Case 2: DHO i form av oppfølging basert på personrapporterte data</i>	
<b>Digital hjemmeoppfølging av KOLS pasienter</b> – Sykehuset i Vestfold v/ Anne Karima Lindberg, Rådgiver, Med. Sykepleieavdeling, Medisinsk Klinikk, og Larvik kommune v/ Linda Nilsen Augland, Prosjektleder digital hjemmeoppfølging, Sykepleier med mastergrad Velferdsteknologi og støttefunksjoner.	22.mars
<i>Case 3: Digital samkonsultasjon – voksenpsykiatriske tenester - Sogndal kommune</i>	

Gruppe - deltakere	Dato
<b>Digital samkonsultasjon – voksenpsykiatriske tenester</b> , Sogndal kommune v/Ass. kommunalsjef Anita Foss Midland, Kommuneoverlege Jan Ove Tryti, Fagsjukepleiar i heimetenesta Ane Sigrid Midtbø England.	4.mai
Case 4 – Sårbehandling for pasienter på korttidsopphold /Helsehus ved bruk av videokonsultasjon.	
<b>Planlegging i helsefelleskap: Sårbehandling på poliklinikk, institusjon eller hjemme.</b> Ortopedisk poliklinikk på Ullevål og Solfjellshøgda helsehus. v/ Guri Galtung Kjæserud, Klinikkoordinator, Stab OPK	20.mai
Case5 – Farmasøyt oppfølging av legemiddelintervensjoner etter poliklinisk oppfølging i sykehus for geriatriske pasienter.	
<b>Bruk av video/telefon i samhandling om oppfølging.</b> Eldremedisinsk poliklinikk ved Nordfjord sjukehus, Helse Førde. Randi Nyhammer-Taklo Fagsjef, Sjukehusapoteka Vest HF	30.mai
Case 6 DHO i form av nettbasert behandling	
<b>Nettbasert behandling (eMeistring).</b> Helse Stavanger. v/ Ragnhild E. Gundersen, psykologspesialist, Teamleder for eMeistring i Helse Stavanger og Marte Breivik, terapeut, eMeistring i Helse Stavanger og i Sola Kommune.	19.mai
Workshop	24.august
Representanter fra kommune, helseforetak, fastlegetjeneste, pasientorganisasjoner, KS, direktorat, forskning og utvikling.	

## Litteraturliste

- Abelsen B., Godager G., Harsheim I.G., Iversen T., Kristiansen I.S., Løyland H.I., . . . E.M., S. (2022). *Evaluering av utprøving av digital hjemme-oppfølging: Sluttrapport.* . Oslo: Helsedirektoratet. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
- Askedal K. (2020). Enhancing the Benefits Management Model for Complex eHealth Efforts. *University of Agder, AURA.*
- Aune, G. K. a. M. A. (2019). Oppfølging fra helsetjenesten hjemme hos pasienten [Follow-up from the health service at the patient's home]. I: I. E. Moser (red.), *Velferdsteknologi. En ressursbok [Welfare Technology. A Resource Book]*. Oslo: Cappelen Damm, 1st ed. (Reprinted from).
- Bang Christensen J. (2016). Does Telecare Improve Interorganisational Collaboration? *International Journal of Integrated Care.*

- Bergersen, T. K., et al. . (2016). Forbedret klinisk effekt med sårstøttenettverk mellom sykehus og hjemmetjeneste. *Fremskritt i hud- og sårpleie* 29(11): 511-517.
- Dammen M. (2022). "Digital sårbehandling", et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet HF, Gran kommune, Nordre Land kommune, Søndre Land kommune, Vestre Toten kommune - Sluttrapport.
- Digital hjemmeoppfølging – erfaringer med samhandling og informasjonsdeling. *Evalueringsrapport utarbeidet for Helsedirektoratet.* (2022). Oslo: Helsedirektoratet. Universitetet i Oslo-Institutt for helse og samfunn-Det medisinske fakultet, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- Dyb K., B. G., Kvam L.,. (2021). Adopt, adapt, or abandon technology-supported person-centred care initiatives: healthcare providers' beliefs matter. *BMC Health Services Research.*
- Dybwik, K., et al. (2011). "Bekjempelse av systemet": familier som bryr seg om respiratoravhengige barn og voksne med komplekse helsebehov hjemme. . *BMC helsetjenester forskning* 11: 156.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Hjemmesykehus trolig et godt alternativ. Cochrane: Kort oppsummert.* Oslo
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering.*
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging - videokonsultasjon (sanntid). Mini-metodevurdering.*
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging av voksne med ikke-smittsomme kroniske sykdommer: en systematisk oversikt.*
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen.*
- Gullslett, M. K., Kristiansen E., Nilsen E.R., . (2021). Therapists' Experience of Video Consultation in Specialized Mental Health Services During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study *JMIR Publications.*
- Helsedirektoratet. (2021). *Evaluering og vurdering av avansert hjemmesykehus for barn.* Oslo
- Helsedirektoratet. *Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021.* Oslo: Helsedirektoratet. fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfølging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021>
- Helsedirektoratet. *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Nyresvikt - dialysepasienter som får hjemmedialyse.* Helsedirektoratet.no, fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/andel-dialysepasienter-som-har-hjemmedialyse>
- HelseNord. (2021). *Digital hjemmeoppfølging, definisjon, måltall og tilrettelegging.* Tromsø
- Hestevik CH, N. H., Bjerk M, Klem HE, Hval G, Kleven L. . (2022). *Digital hjemmeoppfølging av voksne med ikke-smittsomme kroniske sykdommer: en systematisk oversikt. [Remote patient monitoring for adults with non-communicable chronic diseases: a systematic review].* . Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Hope Kolltveit, B.-C., et al. (2017). Conditions for success in introducing telemedicine in diabetes foot care: a qualitative inquiry. *BMC nursing* 16: 1-10.
- Irgens, I. (2021). *Telerehabilitation for pressure sores:* Elsevier.
- Irgens, I., Bach, B., Rekand, T., & Tornås, S. . (2020). Irgens, I., Bach, B., Rekand, T., & Tornås, S. (2020). Optimal management of health care for persons with disability related to spinal cord injury: learning from the Sunnaas model of telerehabilitation. , 6(1), 1-5. . *Spinal Cord Series and Cases.*
- Irgens, I., Midelfart-Hoff, J., Jelnes, R., Alexander, M., Stanghelle, J. K., Thoresen, M., & Rekand, T. (2022). Videoconferencing in Pressure Injury: Randomized Controlled Telemedicine Trial in Patients With Spinal Cord Injury. . *JMIR formative research.*
- Irgens I., K. L., Sørli H., Stanghelle Kvalvik J., Rekand T.,. (2015). Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten. *Tidsskriftet Den Norske legeforening.*
- Leff B. In: Malone ML, C. E., Palmer RM. (2015). Hospital at Home. Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America. *Springer International Publishing.*
- Meneses-Echavez J.F., Johansen T.B., Holte H.H., Harboe I., Underland V., & S., Z. (2021). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten: en oversikt over systematiske oversikter. [Remote patient monitoring and resource use in the specialized health service: overview of systematic reviews].* Oslo: Folkehelseinstituttet.

- Meneses Echavez, J. F., Johansen, T. B., Holte, H. H., Harboe, I., Underland, V., & Zinöcker, S. (2021). Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten: en oversikt over systematiske oversikter.
- Moore J., P. D., Crawford J., (2021). Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing Wiley*.
- Muller AE, O. S., Jacobsen Jardim PS, Johansen TB, and Berg RC. (2020). *Managing chronic illnesses with remote patient monitoring in primary health care: an overview of overviews*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health.
- Muller, K. I., et al. (2017). Headache patients' satisfaction with telemedicine: a 12-month follow-up randomized non-inferiority trial. *European journal of neurology* 24(6): 807-815.
- Nilsen, E. R., Stendal, K., & Gullstett, M. K. (2020). Implementation of eHealth Technology in Community Health Care: the complexity of stakeholder involvement. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 395.
- Nilsen, M. (2022). *Hva hemmer og fremmer implementering av en digital sårbehandlingstjeneste der kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fastleger samhandler?* Master's thesis, University of South-Eastern Norway. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/handle/11250/3011400>
- Nygård, H. T. (2021). *Effect of telemedicine for patients with chronic kidney disease who perform dialysis at home: a systematic review*. Tromsø: The Arctic University of Norway.
- OsloUniversitetssykehus. (2020). *Avansert hjemmesykehus. Rapport prosjekt 2019-2020*. Oslo
- Silsand L., S. G.-H., Berntsen G., (2021). Preservation of Person-Centered Care Through Videoconferencing for Patient Follow-up During the COVID-19 Pandemic: Case Study of a Multidisciplinary Care Team *JMIR Publications*.
- Solli, H., Leren, L., Irgens, I., Eide, H., & Brembo, E. A. . (2022). *Digital sårteneste. Følgeevaluering fase 1*. Hentet fra [https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/bitstream/handle/11250/2985478/2022\\_84\\_Solli.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/bitstream/handle/11250/2985478/2022_84_Solli.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Titov N., D. B., Nielssen O., Staples L., Hadjistavropoulos H., Nugent M., Adlam K., Nordgreen T., et.al. (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *PubMed*.
- Tveter A., P. A. S., Moholt E., Bergsmark K., Østerås N., (2021). Bruk av videokonsultasjon ved en revmatologisk poliklinikk. *Tidsskriftet Den Norske legeförening*.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119 - 147.

## **Innspill fra KS etter workshop**

Her er noen punkter som vi mener er nødvendige å ha med i det videre arbeidet med rapporten.

- Det er demografiske forskjeller både i forhold til tilgang på fagfolk og kompetanse. Utfordrende å opprette og ivareta kompetanse i små kommuner, da de kanskje møter 1-2 pasienter i året med samme diagnose.
- Finansiering? Bedre pasientbehandling til samme pris, er ikke nødvendigvis effektiviseringsprosjekter, Sykehusene profitterer i all hovedsak på at pasientene overføres til kommunehelsetjenesten, og kan påvise gevinst, mens kommunene ofte får økte kostnader.
- Pasient og pårørendes gevinster, samt fokus på pasientsikkerhet må fremkomme.
- Slike tjenester blir ofte i tillegg til, ikke istedenfor, og medfører økt belastning på de kommunale tjenestene og de kommunale budsjettene.
- HVA er gevinsten? De fleste evalueringer viser kvalitetsbedring, men lite eller ingen effektivitetsbedring? Summen av dette? Samfunnsøkonomisk?



- Fra spesialisthelsetjenesten er dette diagnosebetinget, en diagnose - men de fleste har flere diagnoser. Ikke en god måte å ivareta totaliteten rundt pasienten
- Juridiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser må ses i sammenheng. På dette feltet er det ikke avklart hvem som betaler for hva, og gevinster tilfaller ofte den andre parten. Det er også uavklarte juridiske problemstillinger om ansvar.
- Rapporten må vise at det er både spesialisthelsetjenesten og kommunenes behov, ikke bare en av partene. På lik linje med at kommunene henviser til spesialisthelsetjenesten, bør spesialisthelsetjenesten henviser stå htil kommunene når spesialisert behandling og oppfølging skal skje i kommunen. I henvisningen bør det hvilke behov det er for kommunale ressurser.
- Helsefelleskapenes rolle? Ref. Digital hjemmeoppfølging i København der de sitter ved samme bord og blir enige om alt, også finansiering og ansvarsforholdene, og det er dynamisk og vurderes fortløpende. Dette for å begrense risikoer for at ukjente kostnader og belastninger hos en av partene skal oppstå. Da endrer de fordelingsnøkkelen for finansieringen. Mange peker på Helsefelleskapene som en mulig arena for å løse dette.
- Finansiering, midler må følge oppgaveglidningene, blir veldig feil om den ene parten får gevinster mens det tilkommer merkostnader på den andre siden. Derfor er det nødvendig med avklaringer i forhold til finansiering/juridiske aspekter/organisatoriske forhold/fastlegetakster etc.
- Gråsonene problematiseres i for liten grad. Definisjonen på hjemmesykehus er bl.a. at det innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er spesialiserte tjenestetilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Den er vid og uklar. Hva er «vanligvis». Det er ikke nødvendigvis det samme i store og små kommuner og kommuner med kort eller lang avstand til sykehuset. Stadig sykere pasienter behandles i kommunen – gradvis endring av hva som «vanligvis» behandles i kommunen – det kan ikke være slik at spesialisthelsetjenesten har definisjonsmakten?
- Er den totale ressursbruken for samfunnet blir tilstrekkelig drøftet? Det nevnes f.eks. under sårstell at det medfører «plunder og heft» for pasienter som er hjemme og har mindre problemer med transport enn de på institusjon. Men er det riktig ressursbruk når helsepersonell må bruke tid i bil i stedet for å behandle pasienter fortløpende? Selv om det er lettere for pasienter å få behandling hjemme, er det kanskje ikke effektiv bruk av helsepersonell hvis pasienten kan komme seg til behandlingssted og få behandling der?

#### **Overgangen mellom sykehus og kommune.**

- Når pasienten er frisk nok til å kunne motta behandlingen hjemmefra treffer disse barrierene: **regulatoriske, økonomiske, administrative, behov for samhandling via felles datainfrastruktur** (som VKP)
- Viktig å belyse alle punkter grundig i overgangen som kan være til hindring for skalering – spesielt dataflyten på tvers av forvaltningsnivåene.
- Hemmer er manglende mulighet for datadeling/ integrasjoner. Mye logistikk skal på plass, samhandlingen i overgangen spesielt viktig.
- Hvem har ansvar for utstyret?
- Trekke synergier fra gode eksempler der samhandling og overgang mellom sykehus og kommune fungerer.

#### **Svar fra Regionale helseforetak**

Utrykte vedlegg, følger saken i 360.

## Flytting av spesialisthelsetjenester hjem

### Utgitt

[Dato]

### Bestillingsnummer

[BESTILLINGSNR]

### Utgitt av

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

**Telefon** 810 20 050

**E-post** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

### Forsidefoto

krediteres

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)