

Hvorfor og hvordan kan digital hjemmeoppfølging bli en del av vårt helsetjenestetilbud?

Kommunene må forberede seg på økt befolkningsvekst og en økning i antall eldre over 75 år i årene som kommer. Det er også forventet en økning i antallet personer som lever med kronisk sykdom, slik som kols, hjertesvikt og diabetes. For å sikre bærekraft og gode helsetjenester også i fremtiden, må helsevesenet utvikle nye måter å levere tjenestene på.

Marte Aasen Fredriksen, *spesialsykepleier*, oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging, Ullensaker Kommune
Marte.Aasen@ullensaker.kommune.no

Maren Skogli Pettersen, *spesialsykepleier*, oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging, Ullensaker Kommune
Maren.Skogli.Pettersen@ullensaker.kommune.no

Nina Mickelson Weldingh, *prosjektleder digital hjemmeoppfølging*, Ullensaker Kommune
Nina.m.weldingh@ullensaker.kommune.no

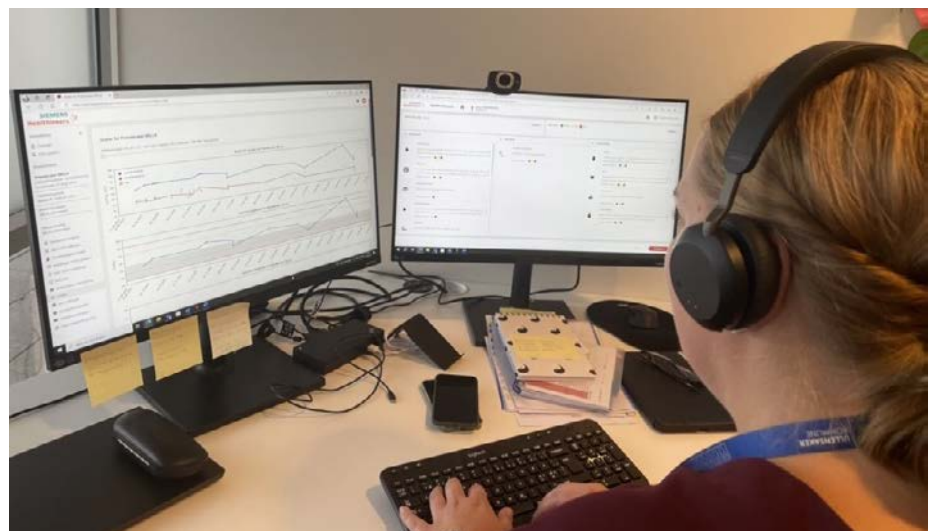
Mitt liv, mitt ansvar (MILA) er en av seksten delprosjekter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som jobber for å støtte innføring av ny teknologi i helsetjenesten og for at digital hjemmeoppfølging (DHO) skal kunne bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Formålet med prosjektet er å:

- finne ut hvordan DHO kan benyttes som hjelpemiddel, for å gi økt trygghet og mestring, økt kunnskap om egen sykdom, en bedre kontroll over egen sykdom og mindre symptomer
- undersøke hvordan DHO best organiseres for å styrke samhandlingen mellom helsetjenestenivå og undersøke i hvilken grad DHO påvirker forbruk av andre helsetjenester i sykehus og kommune.

MILA er et samarbeidsprosjekt mellom Ullensaker (prosjekteier) og Akershus universitetssykehus (Ahus), og er nå i en spredningsfase med ni andre involverte kommuner fra helsefelleskapet; Gjerdrum kommune, Hurdal kommune,

Eidsvoll kommune, Nes kommune, Nannestad kommune, Nordre Follo kommune, Frogn kommune, Nesodden kommune og Aurskog-Høland. Videre er også Cathinka Guldbergs sykehuset (tidligere LHL-sykehuset Gardermoen)





Marte Aasen Fredriksen

involvert i inklusjon av pasienter. Prosjektet har siden oppstart samarbeidet med Siemens Healthineers om å utvikle en teknisk løsning som inkluderer at pasientene kan følges opp via målinger hjemme, samt få utarbeidet en digital plan for egenbehandlingstiltak. Prosjektet har hatt brukermedvirkning fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke underveis i utviklingen av løsning og tjenesteforløp.

Målgruppen for prosjektet har vært pasienter med kols og hjertesvikt. Prosjektets tjenestemodell er organisert med en oppfølgingstjeneste sentralisert i Ullensaker kommune, som ivaretar pasientoppfølgingen for alle samarbeidende kommuner. Gjennom en sentral oppfølgingstjeneste klarer man i større grad å ivareta mengdetrening, kompetanse og kvaliteten på oppfølging, råd og veiledning som tilbys pasientene.

Tjenestemodellen innebærer at pasienter med kols og hjertesvikt følger opp egen sykdom med regelmessige egenmålinger og at helsepersonell bistår med råd og veiledning. Egenmålinger gjøres av vitale data, som f.eks. blodtrykk, vekt



Maren Skogli Pettersen

og oksygenmetning, i tillegg til spørsmål om egen helsetilstand. Pasientene kan følge med på egne målinger på nettbrett. Målingene blir også overført til oppfølgingstjenesten, som tar kontakt med pasienten ved målinger utenfor referanseområde. Oppfølgingstjenesten gir sykepleiefaglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen er pasientens verktøy for å håndtere egen sykdom, og utarbeides i fellesskap mellom pasient, oppfølgingstjeneste og lege.

Det unike i dette prosjektet er det tette samarbeidet mellom oppfølgingstjenesten og spesialist på sykehus.

«Det bidrar til økt kvalitet på egenbehandlingsplanene, raskere medisinsjusteringer samt at det fremmer en mer brukerstyrt poliklinikk, basert på behov fremfor rutinekontroller»

(Nina Weldingh)

Pasientene som følges opp i prosjektet rapporterer om økt trygghet og bedre mestring av egen sykdom. DHO gjør det lettere å fange opp tegn til forverring, som gjør at man får iverksatt tiltak på et



Nina Mickelson Weldingh

tidlig tidspunkt og forhindre behov for akutt helsehjelp. Foreløpige tall for MILA viser at antall innleggelser på sykehus, polikliniske besøk og kontakt med legevakt går ned etter bruk DHO.

Hvordan DHO gjennomføres i praksis kan være ulikt, men dette er et eksempel på hvordan man kan organisere tjenestetilbudet. Vi håper at flest mulig kommuner og sykehus ser nytten av et tett samarbeid som del av den digitale hjemmeoppfølgingen.

Organisering av tjenesten og oppfølgingen

Pasientene inkluderes fra ulike arenaer i kommunen eller via kontakt med Ahus. Pasientene som takker ja til å bli fulgt opp med DHO får utdelt blodtryksmåler og pulsoksymeter, men benytter eget termometer og vekt. Via en app som lastes ned på pasientens nettbrett eller smarttelefon, svarer de på spørsmål om egen helse og gjennomfører målinger. Oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommunen består av to sykepleiere, som nå følger opp de om lag 110 pasientene, på vegne av alle de samarbeidende kommunene. Slik deler ►

kommunene mer på ressursene, opprettholder mengdetrening i veiledning og kompetansen som kreves for å følge opp pasientene. Hver av de samarbeidende kommune har i tillegg en koordinator som bidrar med inklusjon og opplæring av pasienter i egen kommune.

Ved inklusjon til DHO får alle pasientene med kols en kartleggingsamtale hjemme eller på lungepoliklinikken på Ahus der pasientens helsetilstand og utfordringer kartlegges. Pasienter får opplæring i bruk av utstyr og app. Målingene pasientene sender inn kategoriseres i grønne, gule og røde varsler. Grønne varsler er normale forhold, gule varsler er et tegn til endring i helsetilstanden og ved røde varsler har bruker en forverrelse av sin sykdom. Målingene observeres og pasient kontaktes via telefon og melding i den digitale DHO plattformen. Har pasientene behov for akutt helsehjelp kontakter de selv fastlege/legvakt/113.

Når pasientene har målt i 14 dager gjennomfører oppfølgingstjenesten en målsamtale med pasient med hovedfokus på «hva er viktig for deg?» som kan være temaer som røykeslutt, trening og ernæring. Resultatene fra målsamtalen brukes aktivt i videre samtaler.

Ut ifra målinger som er gjort vurderes disse av enten fastlege eller spesialist, avhengig av hvor pasienten ble inkludert fra, og individuelle terskelverdier for vitale verdier innenfor grønn, gul og rød tilstand defineres. Kommunikasjon mellom oppfølgingstjenesten og fastlege foregår via elektronisk melding i journalsystemet. Oppfølgingstjenesten har ukentlig legemøter med lungelege og koordinator på Ahus. Her diskuteres pasienter hvor oppfølgingstjenesten ser utfordringer eller endring i sykdomsbilde, hvor det kan være behov for justering av medikamentelle tiltak eller

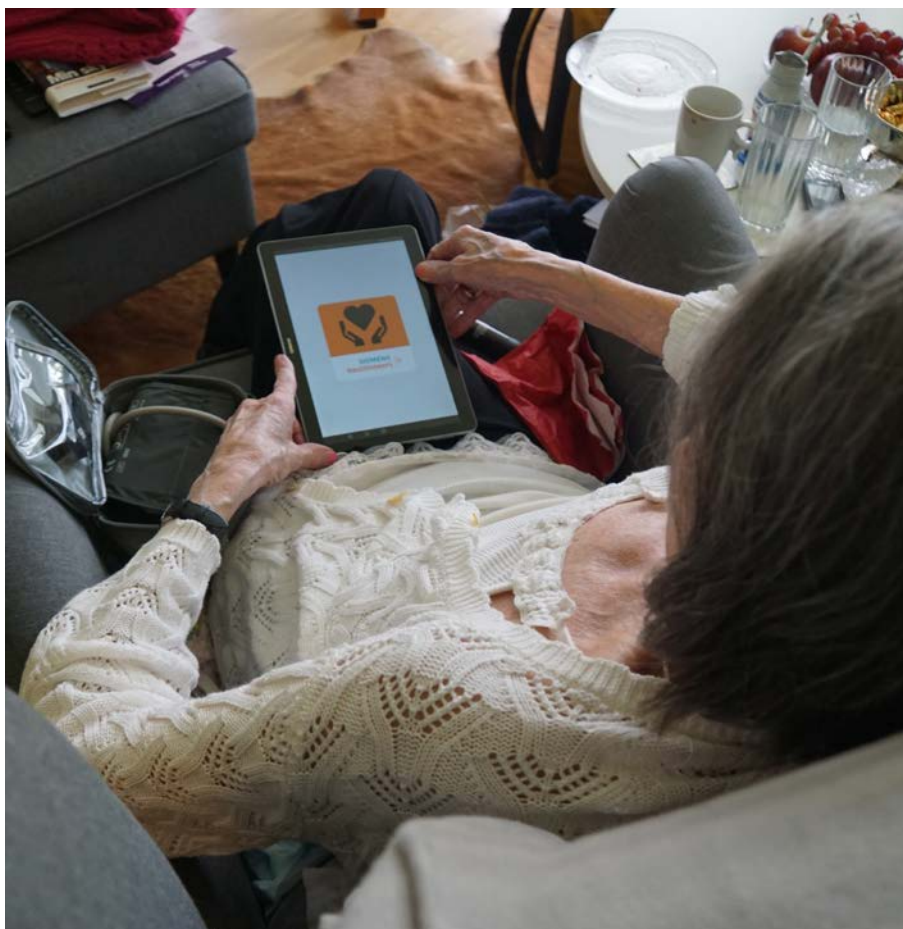
behov for kontroll hos spesialist. Pasienten kommer da inn til time på lungepoliklinikken via prosjektet til lungefunksjonstester, møte med sykepleier og samtale med lege. Sykehuset opplever at dette samarbeidet bidrar til å fremme en mer brukerstyrt poliklinikk. Poliklinikken kutter nå rutinekontrollene for disse pasientene og kaller inn til hastetimer etter behov. På den måten får pasientene behandling ut ifra behov fremfor rutinestyrte kontroller ifølge avdelingsleder ved lungemedisinsk avdeling, Anne Edvardsen.

På oppfølgingstjenesten jobber sykepleierne Maren Pettersen og Marte Aasen Fredriksen. Oppgavene på oppfølgingstjenesten er spennende og svært varierende. Arbeidet består i å følge opp målingene pasientene sender inn, spre informasjon om MILA ut i egen kom-

mune, bistå andre samarbeidskommuner, inkludere nye pasienter og koordinere dialogen mellom alle aktører. En stor del av jobben er inklusjon av nye pasienter. Det kan være utfordrende å vurdere hvilke pasienter denne tjeneste er best egnet for. Pasientene som deltar, har stor variasjon i sine sykdommer og alder, noen er yrkesaktive, andre er plaget med hyppig forverrelser, og noen utredes for transplantasjon. Maren og Marte opplever at DHO gir disse pasientene trygghet og økt kunnskap til å mestre egen sykdom og få en bedre hverdag.

Økt mestring gjennom en digital egenbehandlingsplan

Alle pasientene som deltar, får utarbeidet en individuell digital egenbehandlingsplan, som de har tilgang til via en egen app. Planen utarbeides i samarbeid med pasient, lege og sykepleier på oppfølgings-



tjenesten. Pasientene som inkluderes fra kommunen får utarbeidet egenbehandlingsplanen i samarbeid med fastlege, mens pasienter som inkluderes fra poliklinikk får utarbeidet plan fra lungelege. Planen tar utgangspunkt i pasientens egne definerte mål i kartleggingssamtalene og er delt inn i en grønn, gul og rød sone med ulike tiltak for grad av forverring av symptomer. Planen er et verktøy som viser hva pasienten selv kan gjøre hvis helsen endrer seg og inneholder råd om aktiviteter, medisiner, røykeslutt, slimmobilisering og ernæring.

Når pasientene har gjennomført en måling genererer dette et grønt, gult eller rødt varsel, og pasienten får beskjed om hvilken sone de befinner seg i. Pasientene kan logge seg inn egenbehandlingsplanen og trykke på sonen som er aktuell denne dagen. For mange gir dette en god støtte og trygghet. Planen er lett tilgjengelig ved at den er digital, er enkel å redigere og holde oppdatert. Det er viktig at pasientene kun har en plan. Noen pasienter tar egenbehandlingsplanen raskt i bruk selv, mens andre har behov for tett veiledning og hyppige samtaler om hva de selv kan gjøre, etter spør om de har sett i egenbehandlingsplanen sin og trygger de på økning av inhalasjoner, start av prednisolon eller antibiotika.

Hvilken verdi opplever pasientene at digital hjemmeoppfølging gir dem?

Turid og Laila har blitt fulgt opp med DHO over lenger tid. Begge er sterkt preget av sin lungesykdom, men sier at DHO har gjort en stor endring i deres hverdag. Begge nevner trygghet som et nøkkelord, og det opplever Maren og Marte at er viktig for de fleste. Pasientene vet at det er noen som ser på målingene deres, tar kontakt ved behov og har noen de kan rådføre deg med. Vi har fått lov til å dele Turids og Lailas historie.

Turids historie

Turid er 70 år, har kols GOLD IV med uttalt emfysem og ble rekruttert inn i prosjektet fra hjemmesykepleien. Turid bor i en omsorgsbolig, satt i koronatiden alene i lenestolen, og var ikke ute av leiligheten sin på 2 år. Hun ble redd for å gå ut, isolerte seg, spiste lite, røyket over 10 røyk om dagen og vegret seg for all aktivitet grunnet ekstrem tungpust og slim. Hun har vært heldig og hatt lite infeksjoner, men leppene var cyanotiske, selv i ro. Hun orket ikke stelle seg, drakk næringsdrikker fordi hun ikke orket å lage seg mat, og pådro seg decubitus på sete. Hjemmesykepleien økte daglige besøk, og Turid hadde gitt opp.

Jeg hadde ikke vært ute av leiligheten på to år. Jeg hadde gitt opp

Ved oppstart med DHO ble det raskt avdekket at hun hadde veldig lav metning, SaO₂ på 75 –78% og høyt blodtrykk. Hun fikk nye blodtrykks- og inhalasjonsmedisiner hos fastlegen. Dette gav god effekt, og Turid fikk håp om at hverdagen kunne bli bedre. Ved å utføre regelmessige målinger har Turid lært mer om sin egen helse og hva hun selv kan gjøre for å holde seg i best mulig form. Hun opplever det trygt å vite at det er noen som følger med, og man blir godt kjent selv når oppfølgingen foregår digitalt. Målsamtalen med oppfølgings-tjenesten gjorde henne mer bevisst om at det fortsatt er mulig å gjøre tiltak i hverdagen. Hun har jobbet mye med røykeslutt og har forsøkt flere ganger tidligere uten å lykkes. Nå har Turid brukt god tid og det ble laget en plan. Med støtte fra både oppfølgings-tjenesten, og Frisklivssentralen i kommunen er hun blitt røykfri. Etter tre måneder uten røyk, ble Turid tatt opp på det ukentlige tverrfaglige dialogmøte oppfølgings-tjenesten har med lungelege og sykepleier på lungepoliklinikken ved Ahus. Hun kom inn på en av prosjektets



polikliniske timer, og fikk etter dette aktivitetsoksygen og VPAP. Det ble utarbeidet en egenbehandlingsplan hvor Turid har flere tiltak innen blant annet pusteteknikk og økte inhalasjoner hun kan forsøke når pusten oppleves tyngre. Turid opplever dette som trygt. Oksygenet gjør også at Turid føler seg tryggere. Hun forsøker å stelle seg selv og lage seg mat så ofte som mulig, men hjemmesykepleien er fortsatt innom daglig. Dagsformen varierer, men hun har lært seg hvordan å energispare aktiviteten sin. Det har ikke blitt hyppigere besøk hos fastlege, men hvis behovet skulle komme så er ikke tanken på å reise på legekontoret like slitsomt som før.

Turid opplever å ha en bedre hverdag med økt sosialt innhold og har klart å besøke slektninger/venner hun ikke har sett på mange år. Ergoterapeut hjalp til med å skaffe Turid en scooter. Hun kommer seg nå på kafé med venner og familie, men har også reist på egenhånd på butikken. Hun har gått opp i vekt, matlysten er bedre og decubitus er grodd. Hun merker en positiv endring i hud og hår etter røykeslutt, og dette gjør at hun føler seg mer vel. Klesskapet er under ▶

opprydding, og de gamle hobbyene strikking og tegning er en del av hverdagen igjen.

«Det er betryggende at noen følger med, og at det samarbeides mellom kommune og sykehuset. Jeg synes det føles lettere å oppsøke fastlegen»

Det har vært lettere for Turid å gjøre en endring i livet når hun har teamet rundt DHO i ryggen. Når Turid ser tilbake på alt som har skjedd i livet etter at hun ble med i prosjektet, er hun veldig glad for at hun gav DHO en sjanse. Røykeslutt

har vært veldig viktig, men vanskelig å gjøre på egenhånd. Turid forteller at hun er svært stolt av å ha klart dette. Hun er nå klar for trening, og har søkt om bistand fra mestringsteamet i kommunen igjen. Målet er å kunne hente posten med rullatoren igjen.

«Jeg har fått bedre innsikt og forståelse for min egen sykdom. Det har gitt meg en bedre hverdag med mer sosialt innhold. Jeg har fått bedre matlyst og gått opp i vekt, og nå føler jeg meg klar for å starte gå-trening.»

Lailas historie

Laila er 74 år og kom inn i prosjektet etter en innleggelse på øyeblikkelig hjelp plass i kommunen. Hun har kols GOLD IV med både emfysem og hyppig bronkitt. Hverdagen før hun begynte med DHO var preget av mye usikkerhet og utrygghet rundt sykdommen og flere forverrelser som innimellom trengte innleggelse. Hun var lite ute av leiligheten på grunn av covid og tungpust. Symptomer som tungpust, hoste og slim preget hverdagen, og satte en begrensning rundt hverdagslige aktiviteter. Dusjing var nærmest umulig for henne å gjennomføre. Vekten begynte å gå nedover og hun fikk ikke i seg tilstrekkelig med næring. Laila hadde lite oppfølging rundt sin kols og følte hun fikk lite forståelse for sine utfordringer rundt sykdommen. Da Laila fikk tilbud om DHO kom hun raskt inn i bruk av app og utstyr, og lærte seg fort å kjenne igjen endringer i egen helsetilstand ved å følge med på egne målinger. Gjennom de innrapporterte målingene oppdaget oppfølgingstjenesten desaturering under aktivitet. Gjennom de tverrfaglige dialogmøtene mellom oppfølgingstjenesten og spesialist fikk hun raskt time på lungepoliklinikken, hvor hun fikk endret inhalasjonsmedisiner og tildelt aktivitetsoxygen hjemme.

Hverdagen har blitt mye bedre for Laila. Hun har fått hjelp til å søke om scooter og elektrisk rullestol og hun forsøker å komme seg ut nesten hver dag enten på egenhånd eller med ektemannen. Hun har fått interesse for stolpejakt, og bruker scooteren som hjelpemiddel for å komme seg rundt. Ved min siste polikliniske time på Ahus gikk hun inn med rullator i stedet for å bruke rullestol.

«Hverdagen er veldig mye bedre nå. Jeg føler meg privilegert som får så god oppfølging.»



Laila sier hun opplever en trygghet gjennom å bli fulgt opp digitalt. Før hun kom med i prosjektet var hun plaget med mye uro og angst. Dette har blitt bedre etter at lungelegen og fastlegen, gjennom prosjektet samhandlet om en videre plan.

«Det gir en trygghet å bli fulgt opp digitalt, jeg blir roligere i kroppen, og det er fint å kunne ha noen å ringe hvis det er noe man lurer på. Det har gått seg til mye, takket være dere. Jeg hadde ikke vært der jeg er i dag hvis jeg ikke hadde blitt med.»

Avslutning

Turid og Laila sine historier er bare to av mange eksempler på hvordan DHO kan bidra til økt trygghet og økt mestring av egen sykdom. Pasienter med kols blir ikke friskere, så det er vanskelig å se om DHO kan føre til redusert forbruk eller forskjøvet behov for helsetjenester. Det å oppnå lengre stabile faser i sitt sykdomsforløp er også en stor verdi for pasientene. De foreløpige tallene viser til et redusert behov for akutte helsetjenester, noe som antas å knyttes opp mot en tidligere gjenkjenning av symptomer

og tidligere igangsetting av tiltak gjennom DHO oppfølgingen. Tilbudet om DHO er foreløpig under utprøving, men målet er at det implementeres som del av vårt tjenestetilbud. På sikt er det ønske om å utvide konseptet til å gjelde også andre pasientgrupper og kommuner.



NSF FLU Landskonferanse Bodø 2024



NSF FLU LANDSKONFERANSE 2024

Vi ønsker alle hjertelig velkommen til
Landskonferansen i 2024
Radisson BLU Hotel, Bodø
WWW.LUNGESYKEPLEIERE.NO