



Oslo kommune

Helseetaten

Sluttrapport HELT DHO



Sammendrag

For å møte dagens og fremtidens utfordringer i helsevesenet, er det nødvendig å jobbe på nye måter (ref. Helsepersonellkommisjonsrapport). Sykehusene opplever ofte reinnleggelser blant pasienter med kroniske sykdommer, mens kommunale helse- og omsorgstjenester står overfor rekrutteringsutfordringer og økt press på hjemmetjenesten og fastleger. Bedre samhandling mellom sykehus og kommune, samt bruk av teknologi som digital hjemmeoppfølging (DHO), kan bidra til å løse noen av disse utfordringene.

Prosjektet HELT DHO har fulgt bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner i samarbeid med Diakonhjemmet sykehus for å etablere og skalere DHO. Tidligere prosjekter og incentiver fra 2013 har gjort det mulig å tilby DHO i noen av Oslos bydeler. Overordnede mål i Oslo kommune er å tilby likeverdige tjenester til Oslo innbyggere uansett bosted. I nåværende prosjekt ville vi bruke våre erfaringer fra tidligere prosjekt og praksis i sentrumsbydelene, samt nasjonale anbefalinger for å etablere og skalere DHO i Diakonhjemmet sektoren.

Prosjektet HELT DHO har resultert i betraktelig økning av antallet DHO-pasienter (fra ca 20 i 2023 til 150 i desember 2024) i bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner, som følge av flere aktiviteter i prosjektet (henvisningskonkurranser på Diakonhjemmet sykehus og vestbydelene, DHO emnekurs og besøk hos fastleger, og deltagelse i bydelenes ALU møter, mm.). Prosjektet har også resultert i en DHO håndbok og en startpakke for DHO (helhetlig tjenestemodell), som har vært et fruktbart samarbeid mellom Helseetaten og bydelene. Både håndboken og startpakken er publisert i EQS og tilgjengelig for hele Oslo kommune og andre kommuner.

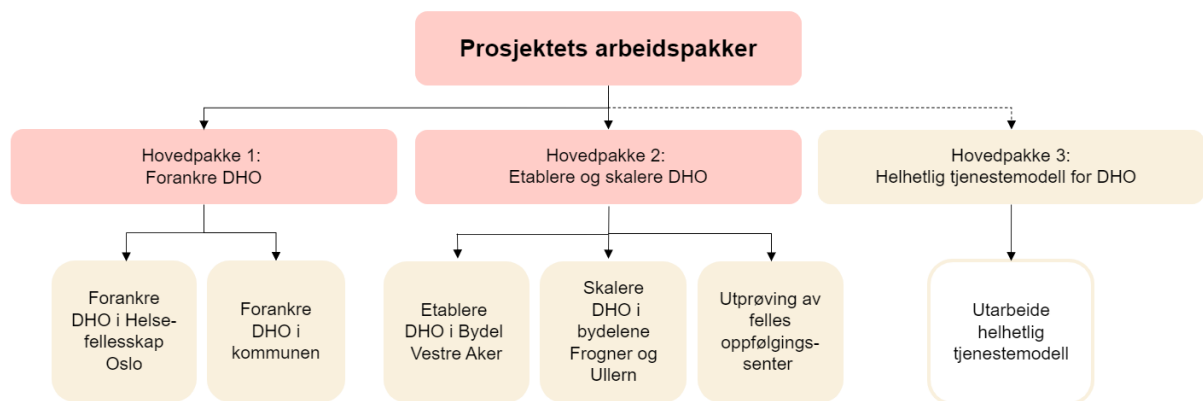
Kvalitative målingene i prosjektet viser at DHO pasientene er kjempefornøyde med DHO oppfølging og vil fortsette. Analyse av spørreskjemaundersøkelse som har blitt gjennomført i prosjektet viser at pasientene opplever økt trygghet, bedre mestring og økt kunnskap om egen sykdom. Kvantitative målingene viser en reduksjon i antall innleggelser blant DHO pasienter, mens DHO målinger i kommunale helsetjenester indikerer at DHO og hjemmetjenesten bør ses i sammenheng og nødvendige tiltak bør iverksettes, bl.a. å tilby DHO tjenesten tidlig i forløpet, før behovet for hjemmesykepleie oppstår. Prosjektet avdekket også at det er vanskelig å få henvisinger fra fastleger og involvere dem i DHO tjenesten, og det trenges flere incentiver for å forbedre samarbeid mellom fastleger og DHO oppfølgingstjenesten i kommunen.

Ordliste

Begrep/ord/forkortelse	Beskrivelse
DHO	Digital hjemmeoppfølging – tjeneste for å følge opp pasienter hjemme. Pasienten får utdelt nettbrett (eller kan bruke byod – egen mobil telefon) og måleutstyr, og gjennomfører målinger og svarer på spørsmål om egen helse. Målinger og svar på spørsmål blir automatisk overført et oppfølgingssenter i bydel som følger opp pasienten digitalt.
DHO-løsning	Løsning som benyttes til Digital hjemmeoppfølging. I Oslo kommune benyttes løsning fra Dignio AS. Løsningen består av en pasientapp, MyDignio og en arbeidsflate for ansatte, kalt Dignio Prevent. I tillegg kommer relevante måleapparater med Bluetooth overføring.
HELT DHO	Helhetlig tjenestemodell for digital hjemmeoppfølging
DHS	Diakonhjemmet sykehus
Sentrumsbydelene	Består av de fire sentrumsbydelene Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen og Gamle Oslo
OS	Oppfølgingssenter, sykepleiere som følger opp pasienter hos bydelene
VKP	Velferdsteknologisk knutepunkt
EPJ	Elektronisk pasientjournal
BFR	Bydel Frogner
BUN	Bydel Ullern
BVA	Bydel Vestre Aker
HEL	Helsetaten
Vest-bydelene	BFR, BUN og BVA
EBP	Egenbehandlingsplan, pasientenes plan for oppfølging av en forverring

1 Innledning

Prosjektet HELT DHO startet tidlig våren 2023 og pågikk frem til desember 2024. Prosjektet har hatt som mål å etablere og skalere tjenesten DHO i de vestlige bydelene i Oslo, herunder Vestre Aker, Frogner og Oslo, samt forankre tjenesten i Oslo kommune og Helsefellesskapet Oslo. I tillegg har prosjektet hatt som mål å utarbeide helhetlig tjenestemodell for DHO og gjøre en utprøving av felles oppfølgings-senter for de tre nevnte bydelene. Prosjektet har definert og levert følgende hovedpakker og leveransepakker:



Prosjektets leveransepakker kan deles i følgende tre kategorier:

1. Forankring: arbeid med å forankre DHO som tjeneste både i kommunen og i Helsefellesskapet Oslo. Dette innebærer spredning av informasjon, oppdatering av informasjonsnettsider og å holde foredrag i ulike fora.
2. Etablering og skalering: arbeid med å etablere DHO som tjeneste i bydel Vestre Aker og skalere i Frogner og Ullern. Dette innebærer å lage en rigg for oppfølgingsstjenesten i bydel Vestre Aker og jobbe aktivt med å få opp et pasientvolum hos alle tre bydeler. Som en del av denne hovedpakken har prosjektet også inkludert en utprøving av et felles oppfølgings-senter for alle tre bydeler.
3. Helhetlig tjenestemodell (startpakken og håndbøker): arbeid med å utarbeide en helhetlig tjenestemodell for DHO som gjør det enklere for andre bydeler å etablere tjenesten.

Hovedpakker	Beskrivelse
Hovedpakke 1: Forankre DHO	Det er ønskelig at DHO er tilgjengelig for innbyggere uavhengig av hvilken bydel de bor i og hvilket sykehus de tilhører. Det er også ønskelig at DHO tilbys som en integrert og likeverdig tjeneste basert

	på den helhetlige tjenestemodellen, og med samarbeid knyttet til ressurskrevende aktiviteter. Prosjektet vil derfor jobbe med: • Forankring i Helsefellesskap Oslo • Forankring i kommunen
Hovedpakke 2: Etablere og skalere DHO	Bydelene Frogner og Ullern har startet opp digital hjemmeoppfølging i mindre skala, mens Bydel Vestre Aker ikke tilbyr tjenesten. Prosjektet vil bidra til: • Etablering av DHO i bydel Vester Aker • Skalering av DHO i bydelene Frogner og Ullern • Samarbeid med fastleger og Diakonhjemmet sykehus • Utprøving av oppfølgingssenter for bydelene i vest For de tre bydelene skal prosjektet jobbe med å integrere tjenesten i bydelene. Etablering og skalering baseres på den helhetlige tjenestemodell for DHO (men kjøres parallelt).
Hovedpakke 3: Helhetlig tjenestemodell for DHO	Digital hjemmeoppfølging har utviklet seg litt ulikt i bydelene som i dag tilbyr tjenesten og vi mangler en felles, bærekraftig og helhetlig tjenestemodell, som også bydeler som ikke tilbyr DHO i dag kan benytte på et senere tidspunkt. Prosjektet vil derfor: • Utvikle en helhetlig modell for oppgaver knyttet til å sette tjenesten ut til bruker og løpende kommunale oppgaver

2 Faktaboks om prosjektet (kommuner /bydeler, helseforetak og fastlegetjenesten)

Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet, forankring i Helsefellesskapet

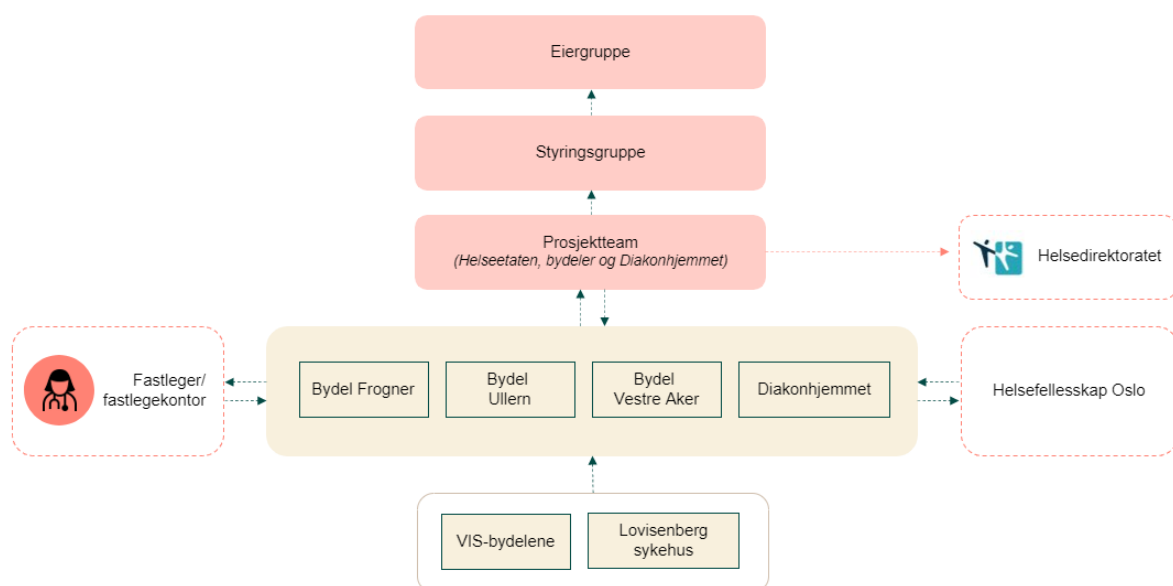
HELT DHO prosjektet i Oslo kommune har i stor grad vært organisert som et tverrfaglig prosjekt. Prosjektteamet har bestått av personer med ulike bakgrunn og erfaring, og har samarbeidet tett om prosjektets leveranser og aktiviteter. Selve prosjektarbeidet har fulgt smidig prosjektmetodikk som er en tilnærming til

prosjektledelse som vektlegger fleksibilitet, samarbeid og kontinuerlig forbedring. HELT DHO prosjektet har bestått av et prosjektteam med prosjektkoordinatorer fra de tre bydelene, prosjektkoordinator fra Diakonhjemmet sykehus samt et prosjektkontor fra Helseetaten. Videre har prosjektet hatt en eiergruppe og styringsgruppe, og samarbeidet tett med Helsedirektoratet. Prosjektet har blitt forankret i Oslo Helsefelleskap og har blitt fulgt opp derfra også.

Prosjektet har også kontinuerlig strebet å etablere et samarbeid med fastleger, og fikk våren 2024 etablert et samarbeid med en fastlege fra bydel Ullern. For å sikre god forankring og informasjonsdeling har vi hatt faste møter med bydelsoverlegene og deltatt i ALU-møter i vestbydelene. Bydelsoverlegene har vært spesielt viktige i dette arbeidet, da de spiller en nøkkelrolle i å nå ut til fastlegene og sikre at informasjonen når frem på en god måte.

Prosjektet har hatt tett samarbeid med sentrumsbydelene (VIS bydelene) i Lovisenberg sektor som har erfaring med DHO fra før.

Figuren nedenfor viser prosjektorganiseringen:



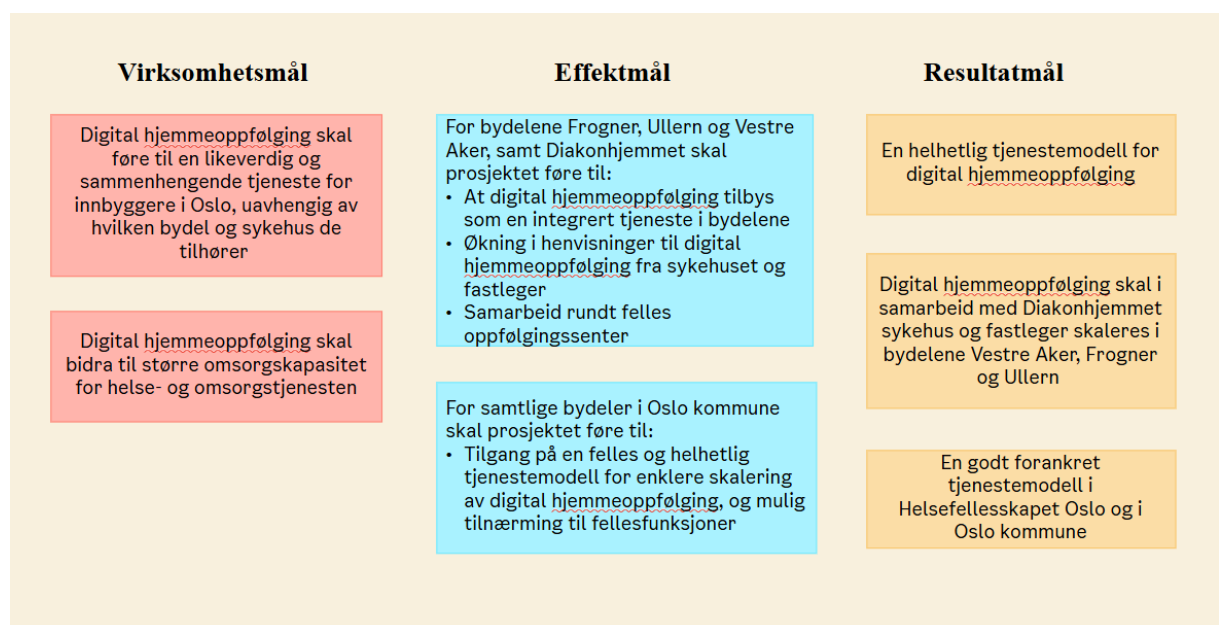
Prosjektet har jevnlig rapportert til Helsedirektoratet, eiergruppen og styringsgruppen. Prosjektet har gjennom 2023 og 2024 avholdt 8 eiergruppemøter og 14 styringsgruppemøter, i tillegg til kvartalsvis rapporteringsmøter med Helsedirektoratet. Disse gruppene har vært instanser som har gitt gode og konstruktive tilbakemeldinger til prosjektet og bidratt til å sikre fremdrift. I eiergruppen har det vært medlemmer fra samtlige bydeler, Diakonhjemmet og Helseetaten på direktørnivå, og i styringsgruppen har det vært medlemmer på

avdelingsledernivå. Prosjektet har blitt finansiert av Helsedirektoratet i tillegg til egenfinansiering.

3 Mål med tiltaket

- **Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt (kommune/bydel/helseforetak)**

Prosjektet har definert mål som er kategorisert som virksomhetsmål, effektmål og resultatmål. Målene oppsummeres i figuren nedenfor. Virksomhetsmålene sier noe om ønsket framtidig situasjon etter gevinster er realisert. Effektmålene forteller hvilke konkrete endringer prosjektet skal føre til. Resultatmålene beskriver hva prosjektet skal levere.



Videre har prosjektet definert noen litt mer spesifikke mål som prosjektteamet har jobbet aktivt med. Hovedmålet med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt har vært å etablere tjenesten i vanlig drift ved prosjektslutt hos de tre bydelene i vest. Videre har vi hatt et mål om at digital hjemmeoppfølging skal være en kjent tjeneste for alle i kommunen, spesialisthelsetjenesten og fastleger i sektoren. Dette innebærer mye forankringsarbeid og informasjonskampanjer hos flere instanser.

Når det gjelder skalering av pasientantallet har prosjektet hatt et mål om 160 pasienter fordelt på de tre bydelene ved utgangen av 2024.

- **Målgruppe**

Målgruppen for vårt prosjekt har vært pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring. I starten fokuserte vi på pasienter med KOLS-diagnose, men etter hvert innså prosjektteamet at dette var en begrensning. I samråd med styringsgruppen besluttet vi derfor å inkludere andre pasientgrupper, som diabetes, kreft, hjertesvikt og pasienter med ernæringsproblemer

Målgruppen har vært pasienter som bor hjemme og som er vurdert til å kunne ha nytte av DHO tjenesten. Nyttan kan være redusert behov for hjemmetjeneste, økt trygghet, stabilisere helsetilstand, eller bedre eller mer sammenhengende og sømløs oppfølging av helsetilstand.

- **Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist)**

Vår hypotese var at prosjektet kan bidra til mer effektiv ressursbruk i spesialist- og primærhelsetjenesten, bidra til å øke kvaliteten av oppfølgingen og redusere behovet for innleggelser/reinnleggelser, og redusere behov for hjemmesykepleie. Noe som også kan gi mer fornøyde pasienter; øke selvstendighet, trygghet, kompetanse om egen sykdom, bedre helsesituasjon blant DHO pasienter. Ved jevnlig monitorering kan forverret helsetilstand avdekkes på et tidlig tidspunkt og med samhandling mellom bydelene, fastlege og spesialist kan riktig behandlingstiltak iverksettes.

- **Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging**

I begynnelsen av prosjektet brukte prosjektgruppen et Excel-gevinstskjema utarbeidet av InnoMed (versjon 1). Etter hvert innså teamet at skjemaet var vanskelig og komplisert. Prosjektlederen utarbeidet derfor et eget Excel-skjema som prosjektkoordinatorerne tok i bruk. Følgende variabler ble registrert i skjemaet:

- ID-nr i fagsystem (Geric)
- Oppstartdato (DD.MM.ÅÅÅÅ)
- Dato for gjennomført måling (DD.MM.ÅÅÅÅ)
- Antall besøk helsetjenester i hjemmet per måned
- Antall forbrukte minutter på helsetjenester i hjemmet per måned

Målingene ble registrert 12 måneder før oppstart av DHO-tjenesten (retrospektivt), samt 3, 6 og 12 måneder etter oppstart.

Prosjektkoordinatorerne var ansvarlige for å fylle ut skjemaet. I november 2024 har prosjektet overført alle registrerte målinger fra sin Excel-fil til en ny Excel-versjon utarbeidet av InnoMed.

NB! Variablene fra kommunens side gjelder kun for DHO-pasienter som mottok hjemmesykepleie før oppstart av DHO-tjenesten. For Oslo kommune er disse variablene kun representative for 40 % av alle brukere i kommunen, som resultatene senere viste.

Fra spesialisthelsetjenesten ønsket vi å undersøke om antall innleggelser kunne påvirkes av DHO-tjenesten i bydelene. Vi sammenlignet derfor antall innleggelser blant et utvalg av DHO-pasienter (henvist til DHO av både bydeler og Diakonhjemmet sykehus) 12 måneder før og 12 måneder etter oppstart av DHO-tjenesten. Denne analysen ble utført av analysesjefen ved Diakonhjemmet i oktober 2024.

Prosjektet ønsket også å måle følgende variabler fra fastlegenes side:

- Antall fastlegekonsultasjoner blant DHO-pasienter
- Antall hjemmebesøk gjennomført av fastlege

Imidlertid innså prosjektet i ettertid at det var utfordrende å måle disse to parameterne på grunn av:

- Tilgang til fastlegenes EPJ
- Konsultasjoner bør være knyttet til spesifikke diagnoser som DHO-pasienter fikk oppfølging for fra oppfølgingssentrene i bydelen

4 Måloppnåelse / gevinster

- **I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?**

Vi har etablert kontakt på tvers av virksomhetene og har lyktes med innføring av DHO tjeneste i samarbeid. Prosjektet har resultert i:

- DHO tjenesten er etablert i vestbydelene (Frogner, Ullern og Vestre Aker)
- Tjenesten er forankret og kjent blant ansatte i primær – og spesialisthelsetjenesten (Diakonhjemmet sykehus) i sektoren
- Prosedyre for henvisning er utarbeidet og er i bruk blant aktuelle ansatte på Diakonhjemmet sykehus
- Antall DHO pasienter i vest bydelene har økt betydelig (150 pasienter i desember 2024)
- Helhetlig tjenestemodell (håndbok DHO og startpakken DHO) er utarbeidet, forankret og publisert i EQS og tilgjengelig for alle

- Informasjon om DHO tjenesten i kommunen er oppdatert (Oslo kommune nettside) og er publisert også på Kompetansebroen.no
- DHO tjenesten er forankret blant mange fastleger i sektoren (besøk av 22 fastlegekontorer, 2 emnekurs ila. 2024, deltagelse på ALU møter i bydel Frogner og Ullern, tett samarbeid med bydelsoverleger)
- Prosjektteamet har hatt flere møter med potensielle DHO brukere (møter organisert av Pensjonistforbundet)
- Under prosjektet har det blitt organisert DHO nettverk for alle bydeler som tilbyr DHO, en felles arena for DHO i kommunen.
- DHO brosjyre for pasienter er utarbeidet og er bruk hos fastleger og sykehuset

Ikke alle målene ble nådd i løpet av prosjektperioden. For eksempel ble utprøvingen av en felles oppfølgingstjeneste i de tre bydelene kun testet under sommerferieavviklingen i 2023 og 2024.

- **Hvilke gevinster har prosjektet gitt, (for brukere/ pårørende, helsepersonell som følger opp pasienter/fastleger, kommune og helseforetak)**

Analyse av spørreskjemaundersøkelse som har blitt gjennomført i prosjektet viser at pasientene opplever økt trygghet, bedre mestring og økt kunnskap om egen sykdom. Kvantitative målingene viser en reduksjon i antall innleggelser blant DHO pasienter:

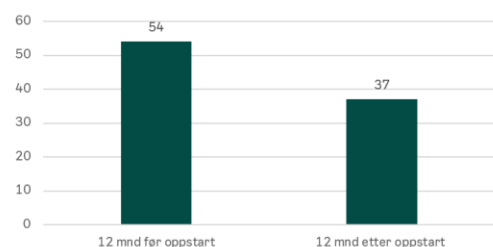
Pasientskjema

- ▶ 10 spørsmål
- ▶ Opplevd trygghet, helsesituasjon, mestring, kunnskap om egen helse
- ▶ Endring i score fra 24,2 til **32,4** (snitt)



Antall innleggelser

- ▶ Antall innleggelser på Diakonhjemmet sykehus har gått ned med **- 31,5 %** når vi sammenligner 12 måneder før og 12 måneder etter oppstart med DHO



Tallgrunnlaget gjelder samlet for alle pasienter med DHO i Diakonhjemmet og er uavhengig av diagnose

Vi har mottatt positive tilbakemeldinger fra både pasienter og pårørende. Se vedlagte pasienthistorier for mer informasjon.

En indikator som skulle vise kommunale gevinster ved bruk av DHO, var antall besøk av hjemmesykepleier. Det er viktig å påpeke at ett av målene med DHO er å utsette behovet for hjemmetjenester. Vi mener derfor at denne indikatoren ikke viser det helhetlige potensialet som DHO kan resultere i. Indikatoren er representativ for kun 40 % av alle DHO-brukere i Oslo, det vil si de som hadde hjemmetjenester før DHO-oppstart. De resterende 60 % hadde ikke hjemmetjenester fra før, og det er i denne gruppen vi forventer en økning, nettopp fordi DHO er en forebyggende tjeneste som på sikt kan utsette behovet for andre omsorgstjenester:

Kommunale gevinster med bruk av DHO

Pasienter med DHO og *uten* hjemmesykepleie

60 %

Mangler tallgrunnlag for å estimere gevinster.
Potensielle gevinster: utsatt behov for andre helse-
og omsorgstjenester

Pasienter med DHO og *med* hjemmesykepleie

40 %

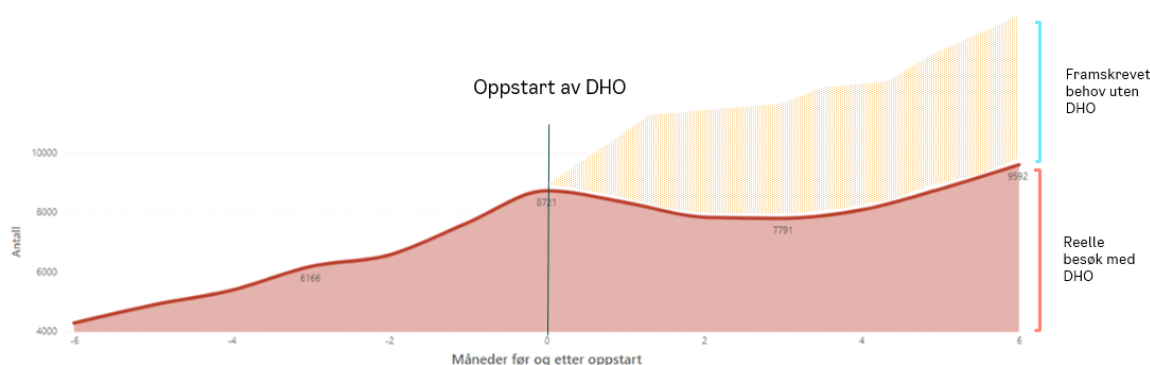
Har tallgrunnlag fra manuelle tellinger i prosjektet
+ startet på arbeid med indikatorer og
datagrunnlag for VFT i Oslo kommune.

Når vi bruker VFT Indigo-prototypen (en applikasjon utarbeidet av Helseetaten med tanke på datadreven helsetjenester i kommunen) for å sammenligne antall besøk av hjemmesykepleien ved oppstartstidspunktet og 6 måneder etter, ser vi en utvikling der besøkskurven først går noe ned, flater ut, og deretter stiger. Gevinstopotensialet blir tydelig først når vi sammenligner denne utviklingen med behovet uten DHO – det vil si hva behovet ville vært dersom DHO ikke hadde blitt tatt i bruk. I VFT Indigo jobbes det med å dykke dypere ned i disse tallene.

Gevinstgrunnlag for 40 % av pasientene

Tall for Oslo – antall besøk

VFT Indigo: Tjenesteområde 3 – Hjemmesykepleie – **testuttrekk alle DHO brukere i kommunen**



DHO-målinger i kommunale helsetjenester tyder på at DHO og hjemmetjenesten bør ses i sammenheng, og nødvendige tiltak bør iverksettes. Blant annet bør DHO-tjenesten tilbys tidlig i forløpet, før behovet for hjemmesykepleie oppstår.

Gevinster for helsepersonell i bydelene (oppfølgingssentre): tilgang til oppdaterte og objektive pasientmålinger, som kan resultere i riktige proaktive tiltak for å unngå forverring av helsetilstanden og eventuelle sykehusinnleggelser. Se pasienthistorier for mer konkrete eksempler.

Gevinster for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten (Diakonhjemmet sykehus): flere ansatte har uttrykt stor tilfredshet når DHO-pasienter tok med seg iPad med DHO-data. Dette gjorde det mulig for helsepersonell å se objektive målinger i trender, noe som kunne bidra til videre justering av behandlingen (de fleste pasientene var diabetikere).

Gevinster for fastleger: En fastlege i prosjektet har uttalt følgende: «De henviste DHO-pasientene (henvist av fastlegen) kommer ikke så ofte nå, noe som oppleves som en avlastning. Når de må til meg, tar de med seg iPad med DHO-data som viser trender og punktmålinger, noe som gir trygghet i praksisen ved igangsetting av nødvendige tiltak basert på dataene. Kommunikasjonen med sykepleiere fra oppfølgingssentrene i bydelene fungerer bra, og vi har stort sett brukt PLO-utveksling».

Fra prosjektteamets ståsted ser vi et forbedringspotensial når det gjelder samarbeid mellom oppfølgingstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for bedre samarbeid rundt DHO-pasienter, ideelt sett gjennom faste ukentlige tverrfaglige møter. Det er også behov for bedre samarbeid mellom oppfølgingstjenesten og fastleger, spesielt når det gjelder utarbeidelse av egenbehandlingsplaner.

- **Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?**

Se avsnittet «Opplegg for måling av gevinster og effekter, plan for oppfølging» for mer utfyllende informasjon.

Tilleggsinformasjon: Gevinster og målinger har vært faste temaer på alle prosjektets styringsgruppemøter og eiergruppemøter.

Sykepleierne som var ansvarlige for å fylle ut Excel-filen (gevinstskjema for kommunale gevinster) mener at dette var en vanskelig oppgave og opplevdes som ekstraarbeid, men samtidig svært viktig for videre skalering og utrulling av tjenesten i kommunen

- **Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet**

Prosjektet har gjennomført en rekke aktiviteter som var viktige for forankring og skalering av DHO-tjenesten i sektoren (vest) og i kommunen. Her er noen av de viktigste:

- DHO-emnekurs for fastleger og annet helsepersonell (to ganger, to-dagers kurs vår og høst 2024)
- Møte med brukerutvalget ved Diakonhjemmet sykehus, inkludert involvering i utarbeidelsen av DHO-pasientbrosjyre
- Møter med leger, fagsykepleiere og andre faggrupper ved Diakonhjemmet sykehus
- Møter med saksbehandlere og andre typer hjemmetjenester i bydelene
- DHO-henvisningskonkurranser i bydeler og på sykehuset (vår og høst 2024)
- Møter med Helsefellesskap Oslo
- Møter med Pensjonistforbundet og dets medlemmer
- Etablering av DHO-nettverk i Oslo kommune, hvor spesialisthelsetjenesten ble invitert til å holde innlegg om temaer som sepsis hos eldre, KOLS og oppfølging, diabetes
- Workshop om endringsledelse (drevet av InnoMed)
- Faste møter med bydelsoverleger
- Workshop om egenbehandlingsplan på sykehuset
- Utarbeidelse av DHO-brosjyre for pasienter
- Oppdatert informasjon om DHO-tjenesten på Oslo kommunes nettside og Kompetansebroen
- Tett samarbeid med kommuneoverlegen i Oslo
- Tett samarbeid mellom bydeler og Helseetaten om utarbeidelse av DHO-håndbok og DHO-startpakke

- Tett samarbeid mellom helsepersonell fra bydeler og sykehuset om utarbeidelse av ansvarsmatrise
- Utarbeidelse av sykehusets DHO-henvisningsprosedyre
- Utarbeidelse av DHO-prosedyre og DHO-kort notat for fastleger

5 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt/ Helsefellesskap

- **Tjenesteforløp beskriv kort, (endringer/utvikling i løpet av perioden? (vedlegg)**

Tjenesteforløpet er utarbeidet i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (siste versjon er vedlagt). Det har blitt gjort flere endringer i modellen i løpet av prosjektperioden.

- **Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier**

Prosjektet startet først med kun KOLS-pasienter, men etter hvert innså prosjektteamet at dette snevret inn prosjektet betydelig og ekskluderte mange potensielle DHO-pasienter. Høsten 2024 ble det derfor bestemt i samråd med styringsgruppen å oppheve denne inklusjonskriteriet og se bredere på målgruppen for tjenesten. Fra september 2024 har målgruppen for tjenesten vært:

- Pasienter med kroniske sykdommer (for eksempel KOLS, hjertesvikt, kreft og diabetes)
- Pasienter som trenger kort- eller langtidsoppfølging (etter sykehusinnleggelse)
- Pasienter med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand og/eller reinnleggelse på sykehus
- Pasienter med økt behov for helse- og omsorgstjenester

Prosjektet har hatt flere dialoger med fagmiljøet på sykehuset angående KOLS-pasienter som bruker oksygen. Sykehuset mente at denne pasientgruppen får svært god oppfølging fra medisinsk poliklinikk, mens sykepleiere fra oppfølgingssentrene i bydelene mente at denne gruppen er aktuell for DHO (ref. fra sentrumsbydelene, og noen få DHO-brukere fra denne gruppen som har hatt DHO-tjenesten i vest og var svært fornøyde med DHO-oppfølgingen fra bydelene). Denne dialogen fortsetter mens prosjektet har gått i drift fra januar 2025. Hovedargumentet for å inkludere denne gruppen i DHO-tjenesten er at pasientene kunne få daglig oppfølging av viktige helseparametere og viktige tiltak kan bli iverksatt tidlig i forløpet for å unngå forverring av helsetilstand, mens oppfølging på poliklinikk er mer datobasert (kalenderstyrt).

Prosjektteamet mener at det er viktig å samarbeide mer om denne pasientgruppen. Det er også viktig å gjøre endringer i finansieringsmodeller.

- **Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten**

Prosjektet hadde et møte med Brukerutvalget ved Diakonhjemmet sykehus i august 2023. Prosjektteamet presenterte prosjektet og hadde en dialog med medlemmene i Brukerutvalget om utformingen av tjenesten. Prosjektteamet involverte også Brukerutvalget i utformingen av DHO-pasientbrosjyren, som skulle distribueres via møter med fastleger i sektoren, møter med fagpersoner på sykehuset og andre faggrupper i bydelene. En av medlemmene i Brukerutvalget deltok på et av prosjektmøtene organisert av Helsedirektoratet. Brukerutvalget ga også sine innspill til nettsiden om DHO på Oslo kommunes nettside: [Digital hjemmeoppfølging - Hjelpemidler og velferdsteknologi - Oslo kommune](#).

Prosjektteamet har hatt flere møter med medlemmer i Pensjonistforbundet for å presentere DHO-tjenesten. Disse møtene var viktige, da mange hørte om DHO for første gang. Prosjektteamet mottok mange spørsmål om tjenesten, noe som viser stor interesse og engasjement. En del av deltakerne syntes at «det er litt skremmende med digitale tjenester», og noen er «redde for å være alene uten fysisk menneskelig kontakt». Dette bekrefter at innbyggerne trenger mer utfyllende informasjon om DHO og digitale tjenester generelt. Pensjonistforbundet organiserte også et webinar hvor de inviterte to sykepleiere fra oppfølgingssentrene til å snakke om DHO-tjenesten.

- **Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan**

Prosjektteamet har gjennomført en felles workshop om egenbehandlingsplan på sykehuset (september 2023), en intern workshop med oppfølgingssentrene i bydelene, og hatt et møte med en fastlege fra Bodø kommune som hadde erfaring med egenbehandlingsplan fra før. Prosjektteamet har utarbeidet en felles mal for EBP som har blitt brukt av alle tre bydelene.

Prosjektteamet har erfart at det ofte er vanskelig å involvere fastleger i utarbeidelse og redigering av egenbehandlingsplanen (medikamentell del) siden de ikke er vant til å jobbe med planer og ofte har lite tid. Prosjektteamet har også opplevd at ikke alle brukere ønsker en egenbehandlingsplan, noe som resulterte i at ikke alle DHO-brukere hadde en egenbehandlingsplan i prosjektet.

Videre har prosjektteamet erfart at flere prosjekter i landet har sine egne versjoner av egenbehandlingsplanen, og det hadde vært nyttig med en felles versjon som kunne

brukes av alle. Det oppleves også som utfordrende å utarbeide egenbehandlingsplaner for pasienter med multimorbiditet.

- **Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging (Organisering, kompetanse, omfang og etiske vurderinger)**

I vårt prosjekt har hver bydel hatt et eget oppfølgingssenter, bestående av en sykepleier som hadde hovedansvar for oppfølging av DHO-pasienter i sin bydel og deltakelse i prosjektaktiviteter. Oppfølgingssentrene ble plassert under følgende avdelinger:

- Avdeling Fag og Utvikling, som tilhører Hjemmetjenesten
- Under Helse og Mestring, avdeling Fagutvikling og Kvalitet, som en selvstendig tjeneste

Sykepleierne hadde ofte andre oppgaver i tillegg til DHO-oppfølging og deltakelse i prosjektet, inkludert faste møter med ressurspersoner, tverrfaglige møter med mestringsteam og hjemmetjeneste, samt oppgaver knyttet til ansvar som ELISE-kontakt, trygghetsalarmer og sesongvaksinering av ansatte og hjemmeboende.

Sykepleierne hadde erfaring fra både primær- og spesialisthelsetjenesten og samarbeidet tett med hverandre om oppfølgingen av DHO-pasienter i bydelene. De hadde interne møter i tillegg til prosjektmøter og etablerte en egen chat i Teams. De har jobbet mye med forankring av tjenesten internt i bydelene (deltok på mange interne møter med forskjellige faggrupper, gjennomførte DHO-måned og henvisningskonkurranser). Sykepleierne utarbeidet en felles fraværsrutine for å samarbeide og følge opp pasienter fra andre vestbydeler mens noen av dem var på ferie. Dette ble testet i løpet av sommeren 2023 og 2024 og fungerte bra, men de opplevde at det var krevende perioder når en sykepleier måtte følge opp alle pasienter fra tre bydeler. Kartlegging av nye pasienter i disse periodene ble stoppet. De mener at det bør være to sykepleiere som følger opp pasienter fra alle tre bydeler når en av de tre er på ferie eller syk.

- **Erfaring med fastlegens rolle og ansvar**

Prosjektteamet har besøkt 22 fastlegekontorer i vestbydelene. I møtene med fastlegene informerte vi om tjenesten og hadde en åpen dialog for å besvare spørsmål og diskutere muligheter for henvisninger. Prosjektet delte ut informasjonsmateriell til både leger og pasienter. Prosjektteamet opplevde variasjon i fastlegenes holdning til

DHO; noen var svært positive og så dette som fremtiden, mens andre var mer skeptiske. Prosjektteamet mener at det trengs mer informasjon (fra Helsedirektoratet og Legeforeningen) om DHO for både spesialisthelsetjenesten og fastleger.

For å sikre god forankring og informasjonsdeling har vi hatt faste møter med bydelsoverlegene og deltatt i ALU-møter i bydelene. Bydelsoverlegene har vært spesielt viktige i dette arbeidet, da de spiller en nøkkelrolle i å nå ut til fastlegene og sikre at informasjonen når frem på en god måte.

Prosjektteamet har gjennomført to DHO-emnekurs (vår og høst 2024) med 79 deltakere. Kurset er godkjent av Legeforeningen og Sykepleierforbundet, og basert på opplegg fra Helsedirektoratet. Gjennomføringen ble gjort i tett samarbeid med bydelsoverlegene, og vi hadde besøk av brukere av digital hjemmeoppfølging som fortalte om praktisk bruk og nytte ved tjenesten. Kurset resulterte i at bydelene mottok flere henvisninger fra deltakerne.

Prosjektteamet har etablert et tett samarbeid med en fastlege fra bydel Ullern. Dette resulterte i flere henvisninger fra legen, og vi kunne gjennomføre et intervju med ham og en pasient. Han deltok på emnekurs 2 og delte sine erfaringer med DHO.

Generelt mener prosjektteamet at det er vanskelig å etablere et godt samarbeid med fastleger om DHO-tjenesten. De har ofte lite tid og prioriterer ikke tid til å redigere egenbehandlingsplaner. PLO-utveksling fungerer i varierende grad.

- **Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle**

Digital hjemmeoppfølging er en tjeneste som er relevant for mange typer pasientgrupper med kroniske sykdommer. I Oslo kommune er tjenesten diagnoseuavhengig, og mange pasienter med multimorbiditet og komplekse sykdomshistorikker benytter seg av denne oppfølgingen.

For Diakonhjemmet startet prosjektgruppen med å legge en plan for hvordan vi skulle finne riktig utgangspunkt og sikre henvisninger fra sykehuset. Vi startet med KOLS-pasienter, noe som føltes naturlig da en lungesykepleier fra poliklinikken var en del av prosjektgruppen. Vi hadde god dialog med helsepersonell, som diskuterte i sine møter for å identifisere aktuelle pasienter til oppfølging. Etter hvert erfarte vi at dette ikke ga nok henvisninger, da det var begrenset hva vi kunne få av henvisninger på kun én diagnose.

Vi bestemte oss derfor for å utvide til flere diagnoser. Vi involverte sengeposter og hadde interne møter med fagsykepleiere, ledere og medisinsk klinikk. Etter hvert landet vi på en mer diagnoseuavhengig tilnærming, noe som også var i tråd med tilnærmingen for DHO i Oslo kommune.

Når vi skulle velge pasientgrupper og henvisninger, tok vi alltid utgangspunkt i pasienter hvor digital hjemmeoppfølging kunne gi god støtte, der det var relevant å måle, og der pasientene selv, eller med hjelp fra pårørende, kunne bruke den digitale løsningen.

Siden digital hjemmeoppfølging var en ny tjeneste for mange på Diakonhjemmet sykehus, la vi stor vekt på god forankring og informasjon internt.

Prosjektkoordinatoren på sykehuset, i samarbeid med prosjektteamet, utviklet en henvisningsrutine, la ut informasjon på intranettet om hvordan man henviser til tjenesten, og vi gjennomførte undervisningsblokker for både leger og sykepleiere. I tillegg hadde prosjektteamet stand for å vise frem løsningen og arrangerte også henvisningskonkurranser for å øke engasjementet.

En viktig læring var at henvisninger krever kontinuerlig informasjon og dialog. I prosjektet har Diakonhjemmet henvist pasienter med KOLS, diabetes type 1 og 2, samt hjertesvikt. Dette i tillegg til henvisninger fra bydeler, fastleger og pasienter selv, for pasienter med ernæringsproblematikk, kreft – og mange av disse pasientene er også multimorbide.

Fra prosjektteamets ståsted ser vi et forbedringspotensial når det gjelder samarbeid mellom oppfølgingstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er behov for bedre samarbeid rundt DHO-pasienter, ideelt sett gjennom faste ukentlige tverrfaglige møter.

Se også informasjon om KOLS-pasienter med oksygenbruk i avsnittet «Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier»

- **Beskrivelse av hvordan anskaffelse har vært gjennomført, og hvordan implementering og prosesser rundt dette har gått (Leverandør, type teknologi, omfang)**

Helseetaten har ansvaret for å gjennomføre anskaffelser av DHO-løsninger på vegne av hele kommunen. Etter en grundig anskaffelsesprosess har Helseetaten valgt å inngå kontrakt med Dignio AS som leverandør av digital hjemmeoppfølging. Kontrakten startet i desember 2024.

Alle leverandørene som deltok i konkurransen ble invitert til å demonstrere sine løsninger. De skulle vise hvordan deres løsning fungerer basert på realistiske scenarier. Ett scenario var: "Pasient har en negativ utvikling i målinger over tid, og dette kan ses både grafisk og i tekstformat." Det var viktig å kunne se at løsningene var brukervennlige i praksis og at de kunne hjelpe pasienter og helsepersonell med å tidlig oppdage og forebygge forverring av fysisk og psykisk helsetilstand.

Leverandørene viste frem ulike måleutstyr som pasienter og deres pårørende kan bruke for å blant annet måle blodsukker og puls. Ansatte fikk også se apper knyttet til tjenesten. I prosessen med å utarbeide kravspesifikasjonen for løsningene, gjennomførte anskaffelsesprosjektet workshops med ansatte i bydelene som jobber med digital hjemmeoppfølging, samt med brukere og deres pårørende. Bydel Grünerløkka, Bydel Sagene og Bydel St. Hanshaugen deltok på demoene som leverandørene holdt.

Starten av 2025 vil brukes til akseptansetesting av ny funksjonalitet som er inkludert i den nye avtalen. Deretter følger pilotering. Dersom alt går som planlagt, vil avtalen godkjennes og erstatte den nåværende avtalen. Hvis vi unngår store forsinkelser, vil dette skje i løpet av våren 2025.

- **Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten**

DHO er en forebyggende tjeneste, og ett av målene er å utsette behovet for andre typer hjemmetjenester, samt unngå unødvendige sykehusinnleggelser og bruk av legevakt. DHO er en kostnadseffektiv tjeneste sammenlignet med andre typer tjenester, men krever riktig organisering og samhandling med både spesialisthelsetjenesten og kommunen internt (f.eks. hjemmesykepleien som har blitt nevnt her tidligere).

Det er behov for en omstilling i dagens praksis, hvor forebyggende tjenester som DHO kan tilbys tidlig i forløpet for å utsette eller unngå behovet for andre helsetjenester. Dette vil også gi pasientene en større rolle i forebygging og behandling.

- **Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på**

Prosjektet har hatt en tydelig organisering med eiergruppe, styringsgruppe og prosjektteam. Vi hadde faste møter på alle tre nivåer, noe som opplevdes som en velfungerende organisering av prosjektet. Vi har deltatt på flere workshops, blitt invitert til å holde innlegg på konferanser, seminarer og webinarer.

Organiseringen av oppfølgingen av pasienter i bydelene har fungert ganske bra. Samtidig ser prosjektet behov for enda tettere samarbeid mellom oppfølgingstjenestene, eventuelt et felles oppfølgingssenter som kan være ett kontaktpunkt for spesialisthelsetjenesten og fastleger. Dette skal testes ytterligere i fremtidige prosjekter.

6 Prosessveiledning

- **Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?**

InnoMed har gjennomført en workshop om endringsledelse for prosjektteamets deltakere, samt holdt flere digitale møter om gevinster. Mot slutten av 2024 utarbeidet en representant fra InnoMed en mal for en workshop med ledere i bydeler og sykepleiere fra oppfølgingssentre. Denne workshopen, kalt «Overgang til drift», var den siste i rekken.

Begge workshopene var svært viktige for prosjektet, og prosjektteamet er svært fornøyd med InnoMeds bidrag. Resultatene fra begge workshopene er dokumentert i MIRO board og har blitt brukt proaktivt i prosjektet.

- **Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed**

Prosjektet har ikke mottatt direkte prosessveiledning fra InnoMed. Likevel har InnoMeds deltakelse i prosjektmøtene i Helsedirektoratet vært svært nyttig.

- **Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?**

Digitale og fysiske møter organisert av Helsedirektoratet har vært svært nyttige for både prosjektleder og prosjektteam. Det har vært verdifullt å dele erfaringer med andre og høre om fremdriften i landets DHO-prosjekter. Teams-kanalen fungerte også godt, og kontakten med Helsedirektoratets kontaktpersoner via e-post var effektiv.

Prosjektteamet opplever at rapporteringsmøter og kvartalsvise rapporter om prosjektets fremdrift har vært svært nyttige.

7 Læringspunkter / erfaringer

- **Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune**

Gjennom prosjektperioden har vi lært mye og innsett at for å oppnå effektive helsetjenester er det avgjørende å forstå og integrere erfaringer fra ulike aktører innen helsevesenet. Helsepersonell, helseforetak og kommuner har alle unike perspektiver og innsikter som kan bidra til å forbedre kvaliteten og effektiviteten av DHO-tjenesten.

Helsepersonell er i frontlinjen av pasientbehandlingen, og deres erfaringer med direkte pasientkontakt gir verdifull innsikt i hva som fungerer og hva som kan forbedres. Noen viktige erfaringer fra vårt prosjekt inkluderer:

Kommunikasjon og samarbeid: Effektiv kommunikasjon mellom prosjektet og helsepersonell involvert i tjenesten, samt mellom helsepersonell og pasienter, og mellom ulike faggrupper, er essensielt for å sikre god DHO-tjeneste.

Kontinuerlig oppdatering og opplæring: Regelmessig faglig oppdatering og opplæring er nødvendig for å holde helsepersonell oppdatert om DHO. Vi har erfart at DHO-nettverket som vi i Helsestaten organiserte, fungerte veldig bra og var nyttig for både erfaringsdeling mellom bydelene og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Lederstøtte: Prosjektteamet mener at lederstøtte er viktig for å opprettholde motivasjon og kvalitet i prosjektarbeidet.

Ressursallokering: Effektiv fordeling av ressurser, både økonomiske og menneskelige, er nødvendig for å opprettholde aktivitetene i prosjektet og DHO-oppfølgningen.

Målinger: Målinger i prosjektet opplevdes som krevende, men samtidig nyttige.

Smidig tilnærming: Å være åpen for nye løsninger og justere kursen underveis har bidratt til å forbedre effektiviteten og kvaliteten på prosjektarbeidet.

Tverrfaglig samarbeid: HELT DHO-prosjektet har i stor grad vært organisert som et tverrfaglig prosjekt. Prosjektteamet har bestått av mennesker med ulik bakgrunn og erfaring, og har samarbeidet tett om prosjektets leveranser og aktiviteter.

Brukermedvirkning: Involvering av Brukerutvalget og brukere (direkte kontakt med oppfølgingstjenesten og evalueringsskjema) i planlegging og evaluering av DHO-tjenesten har bidratt til å sikre at tjenestene er tilpasset deres behov.

- **Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?**

I HELT DHO-prosjektet har alle deltakerne hatt tydelige roller og oppgaver, noe som har gjort det enklere å drifte både prosjektaktiviteter og selve DHO-tjenesten. Prosjektkoordinatorene i vestbydelene og på sykehuset hadde kombinerte stillinger, hvor de både håndterte prosjektaktiviteter og linjeoppgaver, samtidig som de jobbet tett med pasienter. De var aktive deltakere i utformingen av DHO-tjenesten, og deres innspill har blitt brukt proaktivt i sektoren.

Å ha en eiergruppe og en styringsgruppe har vært svært viktig for prosjektdriften. Eiergruppen har hatt en mer strategisk rolle og har vært avgjørende for å gi riktig

retning for prosjektet, mens styringsgruppen har operert på et mer taktisk og operativt nivå, og bidratt med nødvendige justeringer i prosjektkursen.

Prosjektlederen har hatt hovedansvaret for driften av prosjektet og oppfølgingen av viktige milepæler og aktiviteter. For prosjektlederen har det vært viktig å ha dialog med andre prosjektledere i landet gjennom møter organisert av Helsedirektoratet, samt møter med Helsefellesskap Oslo og byrådsavdelingen for helse. Tett samarbeid mellom prosjektlederen og prosjektgruppen har vært avgjørende for prosjektets resultater.

Fra DHO-tjenestens perspektiv bør roller og ansvar for spesialisthelsetjenesten og fastleger detaljeres og spesifiseres mer, spesielt når det gjelder utarbeidelse av EBP og selve DHO-oppfølgingen. Nasjonale føringer på dette området ville vært svært nyttige.

- **Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi?**

Samarbeidet med DHO-leverandøren Dignio har vært utmerket. Helseetaten har hatt jevnlig utviklingsmøter med Dignio, hvor representanter fra bydelene som tilbyr DHO, samt forvalteren for DHO i Oslo kommune, også har deltatt. Det har vært lav terskel for å kontakte Dignio representanter ved behov.

- **Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?**

Prosjektet har møtt flere utfordringer underveis. For å håndtere disse har prosjektteamet erfart at en smidig metode var avgjørende. Kvaliteten ble ivaretatt gjennom det smidige utviklingsløpet ved at teamet kontinuerlig var åpne for forbedringer, arrangerte møtearenaer, og satte av tid til evaluering og nye ideer. Prosjektteamet har også hatt flere retrospektiv-møter for å evaluere prosjektkursen og gjøre nødvendige justeringer.

Forankring av tjenesten i alle ledd og tydelig kommunikasjon både nedover i tjenesten og oppover til styringsgruppen og eiergruppen har også vært svært viktig.

- **Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)**

De viktigste suksesskriterier:

- Riktig sammensetning av prosjektteam

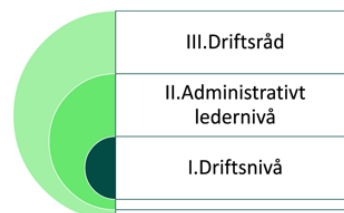
- Dedikerte ledere
 - Ressursallokering
 - Økonomisk støtte
 - Klare mål og forventninger
 - God planlegging i forkant
 - Gjennomføring av DHO runde blant fastleger og DHO emnekurs
 - Stand på sykehuset
 - Henvisningskonkurranse i bydeler og på sykehuset
 - Effektiv kommunikasjon
 - Engasjert prosjektteam
 - Kontinuerlig evaluering
 - Involvering tverrfaglig fagpersoner i prosjektet
 - Utarbeidelse av prosedyrer
 - Læring og forbedring
 - Tett kontakt mellom medlemmer i prosjektteamet
- **Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging?**
- Lær av andre prosjekter og bruk deres erfaringer.
 - Integrer DHO-prosjektet tett med eksisterende helsetjenester i kommunen for å lette overleveringen til linjen.
 - Gi jevnlig informasjon til kommunen, spesialisthelsetjenesten og fastleger.
 - Samarbeid tett med kommuneoverlegen(e).
 - Involver alle partnere tidlig i prosjektet og bli enige om målet med DHO-etableringen.
 - Etabler en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, eiergruppe og prosjektteam.
 - Bruk en smidig gjennomføringstilnærming.
 - Bruk tjenestemodeller fra andre prosjekter, juster dem for å lage din egen, og unngå dobbeltarbeid.
 - Involver brukere og pårørende i utformingen av tjenesten.
 - Delta i relevante møter, workshops og seminarer om tjenesten.
 - Hold faste møter med prosjektteamet, styringsgruppen og eiergruppen.

7 Oppsummering og veien videre

- **Hva er status for overgang til drift , evt. plan for dette?**

Prosjektet har gått over i drift fra januar 2025 med følgende organisering, godkjent av styringsgruppen og eiergruppen:

III. Driftsråd
Hvem: Direktører fra bydel, HEL og Diakonhjemmet (lokalt LSU)
Mandat: Følge opp stabilitet, gevinster, forankre lokalt, strategisk utvikling.
Hyppighet: Kvartalsvis



II. Administrativt ledernivå
Hvem: Ledere for oppfølgingstjenesten og leder for sengeposter DHS
Mandat: Følge opp drift
Hyppighet: Annenhver måned

Internt i bydel
Hvem: Ledere og ansatte i oppfølgingstjenesten, evt. andre faggrupper
Mandat: Følge opp drift, utvikle og skalere DHO internt i bydel
Hyppighet: Hver mnd.

I. Driftsnivå
Aktivitet 1
Hvem: Ansatte i oppfølgingstjenesten og kontaktperson på Diakonhjemmet (leder for sengeposter)
Mandat: Inklusjon og opplæring av pasienter og personell
Hyppighet: Annenhver uke (ansatte i oppfølgingstjenesten), 1 g. per mnd med leder for sengeposter DHS

Aktivitet 2
Hvem: Ansatte i oppfølgingstjenesten og Bydelsoverleger
Mandat: Kontaktpunkt med fastleger, videreutvikling, forankring og involvering.
Hyppighet: Kvartalsvis

05.02.2025

- **Hva må på plass for å sikre overgang til drift, herunder helhetlig tjenestemodell?**

N/A

- **Hva er planer for videre utvikling?**

Helsetaten vil fortsette å koordinere DHO-tjenesten i hele Oslo og drifte DHO-nettverket. I tillegg er Helsetaten i oppstartsfasen med å etablere DHO i OUS-sektoren.

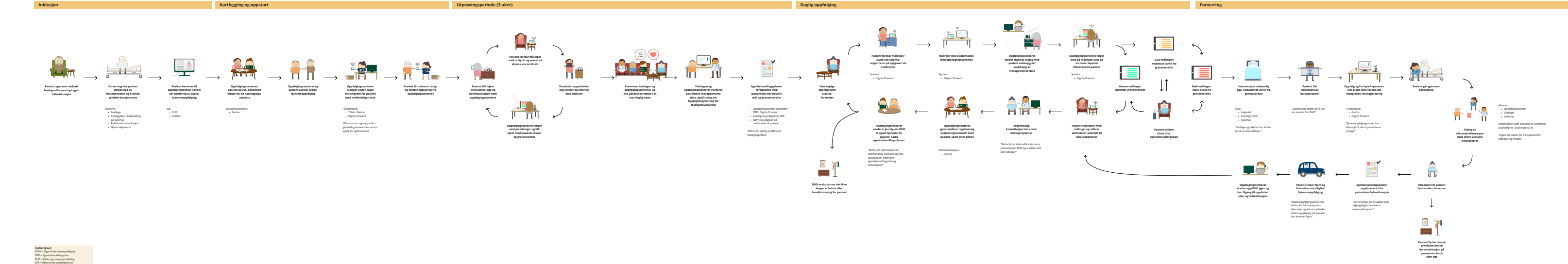
8 Vedlegg

- Tjenesteforløp for ulike målgrupper (vedlagt)
- Organisasjonskart (i teksten)
- Brukerevalueringer (i teksten)
- Oppsummering av tjenesteforbruk (i teksten, per januar var det ca 380 DHO brukere i hele Oslo, 160 av dem i vestbydelene)
- Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi (DHO håndbok – vedlagt og nettside - [Dokument «Velferdsteknologi - Digital hjemmeoppfølging - Hovedmeny»](#), ID 47827 - EQS Startpakken for DHO- vedlagt og nettside-

Dokument «Velferdsteknologi - Startpakke - Digital hjemmeoppfølging», ID 48111 - EQS)

- Prosjektets pasienthistorier (vedlagt)
- Annet – eks mediaoppslag, kopi eller lenker:
- [Webinar digital hjemmeoppfølging Oslo on Vimeo](#)
- <https://www.kompetansebroen.no/aktuelt-helsefellesskapet/digital-hjemmeoppfolging-er-na-tilgjengelig-for-pasienter-i-flere-bydeler?o=oslo>
- <https://www.kompetansebroen.no/samhandling/digital-hjemmeoppfolging-i-oslo-kommune?o=oslo>
- <https://www.kompetansebroen.no/samhandling/digital-hjemmeoppfolging-i-diakonhjemmet-sektor?o=oslo>
- <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/tjenester-og-hjelpemidler-i-hjemmet/hjelpemidler-og-velferdsteknologi/digital-hjemmeoppfolging/>

Tjenestereise for DHO



Pasienthistorier:

1.

Alder: 77

Bosituasjon: Bor alene

Sykdomshistorie: Diagnostisert med KOLS. Hatt gjentatte sykehusinnleggelser på grunn av KOLS-forverring.

Hva skjedde?

Bruker opplevdes mer surklede og tett per telefon utover uken + observerte metningsfall på DHO. CRP tatt mandag viste 11, som var noe forhøyet fra uken før.

Tiltak:

Sykepleier på oppfølgingssenteret ga beskjed til hjemmesykepleien (bruker hadde allerede vedtak på besøk morgen og kveld i helgen) og ba de om å ta en ekstra CRP i helgen og sikre fagtilsyn.

Utfall:

Brukers CRP hadde økt fra 11 (mandag) til 88 (lørdag). Legevakten ble kontaktet av hjemmesykepleien og bruker fikk satt i gang AB-kur hjemme via legevakten. Han ble bedre etter en ukes tid og unngikk sykehusinnleggelse.

2.

Alder: 95

Bosituasjon: Bor alene. Enke.

Sykdomshistorie: Diagnostisert hjertesvikt. Henvist fra hjertepoliklinikken. Hatt flere tilfeller med lavt blodtrykk. Hun opplevde det vanskelig at kroppen ikke holdt seg stabil.

Hva skjedde?

Bruker startet med burinex 1 mg etter konsultasjon på hjertepoliklinikken. Fikk derfor DHO for oppfølging. Etter dette hatt gjentatte episoder hvor hun følte seg svimmel og blodtrykket var lavt. Vekt og BT x 1 per uke. Etter konsultasjon med OS og DHS forsøkte bruker å redusere burinex til 0,5 mg, men endte da med vektøkning og tungpust etter et par dager. Startet så med burinex 1 mg igjen, men episodene med lavt blodtrykk fortsatte. Bruker stilte etterhvert spørsmål ved om hun kunne slutte å ta metoprolol 25 mg og OS sendte en PLO til DHS for å spørre om dette. Hjertespesialist på DHS bekreftet at hun kunne trappe ned og etterhvert seponere dosen.

Utfall: Bruker har blitt bedre kjent med egen kropp og symptomer. Hun har sluttet å ta metoprolol 25 mg og har nå stabilt blodtrykk og en stabil vekt, med bedre livskvalitet.

3.

Alder: 96

Diagnose: KOLS, hjertesvikt og obstipasjon

Bosituasjon: Bor alene, enke

Sykdomshistorie: Bruker ble henvist fra FL etter gjentatte fastlegebesøk. Plaget med obstipasjon og høyt blodtrykk, samt hyponatremi.

Hva skjedde?

Bruker har tatt blodtrykket omtrent daglig etter oppstart med DHO. Hun har hatt vedvarende høye blodtrykksmålinger, noe som er ugunstig med tanke på hennes hjertesvikt. OS sendte en PLO til FL for å informere om blodtrykksmålingene.

Utfall?

Bruker har fått økt dose metoprolol fra 25 mg til 50 mg. Hun har stabilt blodtrykk og synes det er gøy å følge med på egne målinger.

4.

Alder: 87

Bosituasjon: Bor alene. Enke.

Diagnose: Hjertesvikt

Sykdomshistorie: Hatt gjentatte episoder med blodtrykksfall. Så voldsomt at hun ikke lenger tør å gå alene ute. Ønsket derfor DHO til å følge med på blodtrykket gjennom dagen.

Hva skjedde?

Bruker informerte OS om økende tungpust og redusert allmenntilstand over flere uker. Hun hadde vært hos fastlegen med problemet, men fikk ingen respons. Han mente at hun måtte regne med å ha det slik når hun har en alvorlig hjertesvikt. Bruker bestemte seg derfor for å bytte fastlege og skulle på konsultasjon hos han om tre uke. Blodtrykket hennes var tilsynelatende fint gjennom uken, men OS hørte på telefonen at bruker var svært tungpustet og hadde høy respirasjonsfrekvens. Hun ble bedt om å ta en vekt og hadde da gått opp 1 kg siden kartleggingsbesøket 2 uker i forveien. Hun hadde selv forsøkt å ringe ambulansen dagen før, men fikk beskjed om at hun måtte ta drosje. Hun bestemte seg derfor å bil hjemme, da dette ble for vanskelig. Med veiledning fra OS ringte bruker legevakten på nytt og OS fikk konferert med legevaktspl.

Utfall?

Bruker ble innlagt med lungeødem og ble tappet for dette. Etter at hun kom hjem har bruker vært mer observant på å ta vekt og hun fikk økt dosen med spirix etter legekonsultasjon hos FL.

5.

Alder: 77

Diagnose: Respirasjonssvikt type 1 (LTOT), KOLS

Bosituasjon: Bor alene

Sykdomshistorie: Lettere kognitivt svekket grunnet langvarig mangel på O2. Følges opp av OUS. Får 5L oksygen som han glemmer å ta på seg.

Hva skjedde?

Bruker ble henvist til DHO fordi hjemmetjenesten ikke slapp inn til bruker, De skulle følge opp ernæring og at han hadde på seg O2. Under oppfølging med DHO har det litt observert at bruker har gått ned i vekt.

Utfall?

Bruker får nå hjemmetjeneste il oppfølging av ernæring x1 per dag.

6.

Alder: 77

Diagnose: Respirasjonssvikt type 1 (LTOT), KOLS

Bosituasjon: Bor alene

Sykdomshistorie: Lettere kognitivt svekket grunnet langvarig mangel på O2. Følges opp av OUS. Får 5L oksygen som han glemmer å ta på seg.

Hva skjedde?

Bruker ble henvist til DHO fordi hjemmetjenesten ikke slapp inn til bruker, De skulle følge opp ernæring og at han hadde på seg O2. Under oppfølging med DHO har det litt observert at bruker har gått ned i vekt.

Utfall?

Bruker får nå hjemmetjeneste il oppfølging av ernæring x1 per dag.

7.

Alder: 56 år

Diagnose: Nyretransplantert, Diabetes2, noe kognitiv svikt

Bosituasjon: Bor med ektefelle, som følger tett opp kona.

Sykdomshistorie: Går på immundemende medisiner som må tas til riktig tid. De gjør at hun har stor infeksjonsfare. Hun har svært ustabilt blodsukker.

Hva skjedde?

Bruker ble henvist til DHO fordi bruker og ektefelle, ikke lenger orket å ha mange besøk fra hjemmesykepleien, synes de mangler kontroll og oversikt, og kommer til feil tid, slik at bruker ikke får tatt medisin til riktig tid.

Utfall?

Tilpasset DHO, til å daglig måle temperatur, vekt, blodsukker og oksygenmetning hver dag. Fått oppgaver som minner bruker på å ta medisiner og å huske å ta på seg trygghetsalarm. Bruker og partner er veldig fornøyd. Bruker ble akutt syk, ble lagt inn på sykehuset. Overlege på nyretransplantasjon avd. Rikshospitalet, fikk se iPad, og alle målingene, og var henrykt. Han tok bilde og ville vise frem til flere kollegaer. Hadde ikke sett DHO før. Bruker får nå færre besøk av hjemmesykepleien enn tidligere.

8.

Alder: 67år

Diagnose: Kreft

Bosituasjon: Bor alene

Sykdomshistorie: Bruker måtte i forbindelse med kreftdiagnosen fjerne mye tynn-, og tykktarm, og sliter med mange løse tømminger hver dag, som går ut over livssituasjonen.

Hva skjedde?

Bruker ble fulgt opp med 10 min fysisk støttesamtale fra hjemmesykepleien hver kveld. Veldig mange ulike personer besøkte bruker, og hadde lite kjennskap til hennes kreftdiagnose og utfordringer. Henvist til DHO fra hjemmesykepleier fordi det opplevdes uverdig for bruker å utlevere seg til så mange ulike hver dag. Det ga lite støtte. Bruker var også ofte på toalettet når hjemmesykepleien kom.

Utfall?

Bruker har fått DHO, hvor hun måler vekt hver dag, da hun har slitt med vekttap pga mange tømminger. Hun har også fått tilpasset egne spørsmål om daglig avføring og bruk av stoppende midler, slik at hun kan få bedre oversikt over hva som bedrer situasjonen. Får også ESAS spørsmål, da bl.a. smertene varierer fra dag til dag. Hun ønsker ofte telefonkontakt, og er fornøyd med ny oppfølging. Kontakter nå hjemmesykepleien kun ved behov. Frigjort tid for hjemmesykepleien.

Velferdsteknologi - Digital hjemmeoppfølging - Håndbok

Dokumentadministrator: Thomas Lystad

Gyldig fra: 22.11.2024

Revisjon: 1.2

Godkjent av: Dagny Alida Johnson Meltvik

Revisjonsfrist: 22.11.2025

ID: 47102

Håndbok: Digital hjemmeoppfølging

Innhold

1. [Vurdere behov og levere tjenesten](#)
 1. [Henvise og behandle søknad](#)
 2. [Hente utstyr og opprette bruker](#)
 3. [Kartlegge behov og opplæring](#)
 4. [Oppstartsperiode](#)
 5. [Egenbehandlingsplan](#)
 6. [Løpende oppfølging](#)
 7. [Evaluerer](#)
 8. [Pause tjenesten](#)
 9. [Avslutte tjenesten](#)
2. [Bestille, faktura og si opp utstyr](#)
3. [Brukerveiledere og informasjonsmaterieil](#)
 1. [For tjenesteytere](#)
 2. [For pasienter og pårørende](#)
4. [Om digital hjemmeoppfølging](#)
 1. [Kort om tjenesten](#)
 2. [Målgrupper](#)
5. [Utstyr og systemer](#)
 1. [Brukerapp og nettbrett](#)
 2. [Måleutstyr](#)
 3. [Dignio Prevent](#)
6. [Trenger du hjelp?](#)

1. Vurdere behov og levere tjenesten

1.1 Henvise og behandle søknad

Denne rutinen er for deg som skal henvise pasienter med behov for digital hjemmeoppfølging, og for deg som skal fatte vedtak.

► Steg 1: Henvise pasienter

Ansvarlig: Bydeler

- Henvis pasienter til digital hjemmeoppfølging, via Elise eller 135 journal.

Ansvarlig: Fastleger og spesialisthelsetjenesten

- Fastleger og spesialisthelsetjenesten henviser pasienter til digital hjemmeoppfølging via PLO-melding/E-link.

Pasienten selv og pårørende kan også søke om digital hjemmeoppfølging.

Slik søker pasienter og pårørende

Pasienter og pårørende kan søke om digital hjemmeoppfølging. De kan søke digitalt, sende skjema i posten eller ringe bydelen.

- Digitalt: Skjema finnes på Oslo kommunes nettside, [Søk helse- og omsorgstjenester](#). De må logge seg inn med MIN-ID, velge bydelen der pasienten bor, fylle inn og sende skjemaet.
- Post: Skjema på nettsidene kan også skrives ut og sendes i posten til pasientens bydel. De må først velge bydel der pasienten bor, så vises lenke til skjema som kan skrives ut.

Telefon: Alternativt kan de ringe pasientens bydel (21 80 21 80).

► Steg 2: Motta og behandle henvisning om digital hjemmeoppfølging

Ansvarlig: Bydeler

- Motta henvisning om digital hjemmeoppfølging og bekreft at 135-journal (intern henvisning) eller PLO-melding/E-link (ekstern henvisning) er mottatt til den som har henvist pasienten. Ved henvisning via Elise opprettes tjenesten, før den merkes som utført (se Steg 3: Tildele tjenesten).
- Ved behov, ta kontakt med den som har henvist, dersom henvisning for eksempel er uklar eller mangelfull.
- Opprett 103-tjeneste «Digital hjemmeoppfølging». Hvis du er usikker på om tjenesten passer pasienten eller pasienten ikke har andre aktive aktuelle tjenester som eksempelvis hjemmetjeneste, kan du i stedet opprett 100-tjeneste «Utredning av tjenestebehov».
- Kontakt pasienten for å høre om vedkommende ønsker digital hjemmeoppfølging. I samtalen bør du:
 - informere om hvem som har henvist pasienten til tjenesten
 - informere om hva digital hjemmeoppfølging er
 - informere om at de kan teste ut tjenesten og ikke forplikter seg til mer enn dette
 - avklare om pårørende skal bistå pasienten med målinger og svare på spørsmål, og om dette er greit for pasienten
 - avtale tid for kartleggings-/oppstartssamtale, dersom tjenesten er aktuell for pasienten
- Dokumenter samtalen i 136-journal, inklusive årsak dersom tjenesten ikke er aktuell.
- Dersom pasienten ikke er aktuell eller ikke ønsker tjenesten, avslutt 103 eller 100-tjenesten.
- Dersom pasienten er aktuell for tjenesten og du ikke har opprettet 103-tjeneste «Digital hjemmeoppfølging», gjør du dette.

Hvem kan ha nytte av tjenesten?

Digital hjemmeoppfølging er spesielt nyttig for pasienter som har:

- sykdommer med oppfølgingsbehov over tid som diabetes, kols, hjerte-/karsykdommer, ernæringsproblematikk, psykiske helseutfordringer og kreft
- behov for kortvarig oppfølging ved for eksempel medisinendringer, nyoppdaget sykdom, smittsom sykdom og etter behandling ved sykehus
- middels til høy risiko for forverring av sin helsetilstand
- middels til høy risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester
- behov for rehabilitering
- behov for veiledning og motivasjon ved livsstilsendringer
- behov for palliativ behandling

I tillegg bør det tas hensyn til pårørende, da erfaringer viser at tjenesten gir god støtte og økt trygget for dem.

► Steg 3: Tildele tjenesten

Ansvarlig: Bydeler

- Tildel tjenesten 103, digital hjemmeoppfølging i Gericar.

Maler og brukerveiledere

- [Vedtaksmal](#) (Gericar)

1.2 Hente utstyr og opprette bruker

Denne rutinen er for deg som skal hente utstyr på lokalt lager og opprette pasienten som bruker i respons- og administrasjonssystemet.

► Steg 1: Hente ut og eventuelt merke utstyr

Ansvarlig: Bydeler

- Hent utstyr på bydelens lokale lager.
- Hvis utstyret ikke er merket, gjør gjerne dette. Utstyret bør merkes med bydel og eventuelt telefonnummer til oppfølgingssenteret.

Hvis det er tomt på lokalt lager må ansvarlig i bydelen bestille utstyr, se egen rutine [Bestille, faktura og si opp utstyr](#).

► Steg 2: Opprette bruker og tilpasse oppsett

Ansvarlig: Bydeler

Logge inn

- Logg inn i Dignio Prevent: app.dignio.com.

Opprette bruker

- Opprett pasienten som bruker i systemet.
- Opprett brukernavn og passord, eller kryss for telefonnummer hvis pasienten skal bruke BYOD (Bring Your Own Device).
- Finn utstyret ved å taste inn serienummer (utstyret er allerede registrert i systemet), og knytt dette til pasienten.
- Ved bruk av nettbrett, lås nettbrettet slik at tilgangen begrenses til appen.
- For brukerveiledning, se [leverandørens hjelpesider](#).

Tilpasse oppsett og innstillinger

- Opprett oppgaver (målinger, spørreskjema og/eller aktivitet).
- Opprett gjerne informasjonsside på pasientens nettbrett, med eksempelvis:
 - kontaktinformasjon
 - brukerveiledning til app
 - generell informasjon om tjenesten
- Sett opp varslingskjede.
- For brukerveiledning, se [leverandørens hjelpesider](#).

Formidle personvernerklæring

- En lenke til personvernerklæringen skal legges inn på informasjonssiden på pasientens enhet.

Fyll ut utlånsskjema

- Fyll ut utlånsskjema med blant annet serienummer på utstyret/eller type utstyr. Se [eksempel på utlånsskjema](#) som brukes i flere bydeler.

Om målinger, skjema og oppgaver

- En **måling** er en medisinsk måling som typisk måler et vitalt parameter, som temperatur eller blodtrykk. Pasienten utfører dette selv og oppgaven vil være synlig i pasientappen MyDignio. Pasienten, sammen med helsepersonellet, har alltid oversikt over resultatene på egne målinger.
- Et **spørreskjema** brukes i kartleggingen av pasienten, for eksempel av ulike symptomer. Pasienten har også her tilgang til egne svar og kan derfor følge utviklingen selv.
- En **oppgave** (aktivitet) er en konkret handling som pasienten skal utføre. Det kan eksempelvis være en treningstur, eller en påminnelse om et legebesøk eller å ta medisin.

Kilde: Dignio

1.3 Kartlegge behov og opplæring

Denne rutinen er for deg som skal kartlegge behov, utlevere utstyr, gi opplæring og dokumentere kartleggingen.

► **Steg 1: Kartlegge pasientens behov og egnethet**

Ansvarlig: Bydeler

- Gjennomfør en kartlegging av pasientens situasjon og behov. Se [eksempel på kartleggingsskjema](#), og velg ut det som treffer pasientens utfordringer best. For å sikre en god individuell oppfølging, ta utgangspunkt i innbyggerens mål ved å spørre «Hva er viktig for deg?».
- Pårørende kan også tilføre verdifull informasjon i vurderingen av egnethet.
- Informer pasienten og eventuelle pårørende om hva digital hjemmeoppfølging er og hva de kan forvente av tjenesten. Bruk gjerne appen for å praktisk vise hvordan tjenesten kan fungere for denne pasienten.
- Vurder aktuelt startpunkt for tjenesten. Dette kan for eksempel være å starte med én eller flere målinger, spørreskjema og aktiviteter. Dette skal tilpasses den enkelte pasient.

► **Steg 2: Overlevere utstyr og gi opplæring**

Ansvarlig: Bydeler

- Overlever utstyr til pasienten og gi tilpasset opplæring. Ta hensyn til språk og kognitiv funksjon. Opplæringen bør inkludere:
 - hvordan utstyret og nettbrettet skal brukes
 - informasjon om brukernavn og passord for innlogging
 - hvordan bruke pasientappen MyDignio
 - hva pasienten skal gjøre hvis det er feil på utstyr
 - informasjon om oppbevaring av utstyr
 - informasjon om bytting av batteri i måleutstyr
 - informasjon om ladning av nettbrettet
- Dersom pårørende skal være involvert i bruken av tjenesten, gi nødvendig opplæring og avklar deres rolle.

Merk! Sørg for at pasienten signerer utlånsskjema.

► **Steg 3: Dokumentere**

Ansvarlig: Bydeler

- Dokumenter kartleggingsbesøket i 170-journal.
- Logg inn i Dignio Prevent: app.dignio.com og legg inn aktuell informasjon, som:
 - type utstyr pasienten har fått utdelt
 - oppstartsdato
 - diagnose(r)
 - alarmhåndtering (eksempelvis ring etter 3 gule alarmer)
 - annen nyttig informasjon (for eksempel om tjenestemottaker har hjemmetjeneste og bor alene)
 - frekvens (for eksempel hvor ofte målinger skal gjøres)
- Legg inn tidspunkt og frekvens på fast oppfølging (ringetilsyn, meldingsutveksling el.l.) av pasienten i Dignio. Den faste oppfølgingen bør være minimum én gang per måned, og tilpasses den enkelte pasients behov.
- Legg inn tidspunkt og frekvens på fast evaluering av pasienten i Gerica. Evaluering skal gjøres minimum hver 6. måned. Se egen rutine for [Evaluere](#).
- Fyll inn situasjon og mål i tiltaksplanen for pasienten i Gerica.

1.4 Oppstartsperiode

Denne rutinen er for deg som skal følge opp pasienten i oppstartsperioden.

► Steg 1: Følge opp pasienten i en oppstartsperiode

Ansvarlig: Bydeler

- Følg opp pasienten tett i en oppstartsperiode (ca. 2 uker), inklusive individuelle rutiner og bruk av utstyret, veiledning underveis og oppfølging av data/målinger.
- Vurder om tjenesten er rett for denne pasienten.
- Tilpass tjenesten etter erfaringer fra oppstartsperioden, eksempelvis for frekvens på målinger og oppgaver.
- Dokumenter eventuelle endringer i Geric.
- Send PLO til fastlegen med informasjon om digital hjemmeoppfølging, historikk på målinger, bli enige om grenseverdier og vurderer behov for tverrfaglig møte.
- Følg opp eventuelle henvendelser fra spesialhelsetjenesten og fastlegen.

► Steg 2: Eventuelt avslutte tjenesten

Ansvarlig: Bydeler

Avslutt tjenesten hvis pasienten ikke ser en nytteverdi, ikke mestrer utstyret eller trenger en annen type oppfølging.

- Gå til rutine [Avslutte tjenesten](#).

Hvis pasienten for eksempel blir lagt inn på sykehus eller skal ut på reise, skal tjenesten stoppes eller pauses midlertidig.

- Gå til rutine for [Pause tjenesten](#).
-

1.5 Egenbehandlingsplan

Denne rutinen er aktuell for pasienter som har/skal ha egenbehandlingsplan, og er for deg som skal utarbeide og sørge for godkjenning av denne planen.

► Steg 1: Utarbeide egenbehandlingsplan

Ansvarlig: Bydeler

- Ta kontakt med pasienten for å avklare om pasienten allerede har en egenbehandlingsplan fra sykehus, eller om pasienten har behov for og vil benytte en egenbehandlingsplan som utarbeides i forbindelse med digital hjemmeoppfølging.
- Ta kontakt med fastlegen for å avtale tverrfaglig samarbeidsmøte (takst F14) med pasient og sykepleier på oppfølgingssenteret, dersom det skal utarbeides en egenbehandlingsplan.

- Hvis pasienten allerede har en egenbehandlingsplan fra sykehus, informer gjerne fastlegen om dette.
- Lag utkast til egenbehandlingsplan dersom pasienten ikke har dette fra før.
- Noen pasienter kan ha egenbehandlingsplan basert på flere diagnoser. Vurder da hvordan dette skal håndteres.
- Gjennomfør tverrfaglig møte med fastlege og pasient, for å gå igjennom egenbehandlingsplanen.

Ansvarlig: Fastlege

- Fastlegen deltar i tverrfaglig møte.

► Steg 2: Godkjenne egenbehandlingsplan

Ansvarlig: Bydeler

- Gjør eventuelle justeringer etter tverrfaglig møte og send egenbehandlingsplanen til pasientens fastlege for godkjenning. Dette gjelder også ved revurdering av egenbehandlingsplan fra sykehus.
- Publiser egenbehandlingsplanen i Dignio Prevent etter at den godkjent av fastlegen.

Ansvarlig: Fastlege

- Fastlegen godkjenner egenbehandlingsplanen.

Fastlegen er medisinsk ansvarlig for egenbehandlingsplanen. Hvis planen er startet ved sykehus eller annen institusjon er de medisinsk ansvarlig, til fastlegen overtar (Helsedirektoratet).

Om egenbehandlingsplan

Egenbehandlingsplanen skal:

- fremme pasientens selvstendighet
- fremme pasientens helsekompetanse og mestring i hverdagen
- støtte tiltak som reduserer symptomtrykk, bedrer livskvalitet og livsprognose

Planen bygger ofte på en trafikklysmodeell der fargene er karakterisert med symptomer, tegn og målinger for selvobservasjon, ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak knyttet til sykdomsaktivitet og målsetninger for sykdomsbehandling og hverdagsfunksjon.

- Grønt beskriver vanlig tilstand som søkes opprettholdt.
- Gult forverring som krever moderate egne tiltak.
- Rødt som krever større tiltak og kontakt med helsepersonell.

Kilde: [Helsedirektoratet](#)

1.6 Løpende oppfølging

Denne rutinen er for deg som skal følge opp en pasient med digital hjemmeoppfølging, etter oppstartsperioden.

► Følge opp og veilede pasienten

Ansvarlig: Bydeler

- Følg opp pasientrapporterte data/målinger etter trafikklysmøll.
- Veiled pasienten i henhold til behov/egenbehandlingsplan.
- Gjennomfør planlagte ringetilsyn for pasienter i stabil fase, etter avtalt tidspunkt og frekvens.
- Gjennomfør ikke planlagt oppfølging etter behov, inklusive eventuelle hjemmebesøk.
- Følg opp eventuelle endringer i pårørendes situasjon (eksempelvis at pårørende er syk og ikke kan følge opp som tidligere).
- Ved endringer i situasjon og behov, sørg for å videreformidle dette til andre som bør informeres, og dokumenter i Gerica.
- Den individuelle oppfølgingen diskuteres gjerne i faste møter med tverrfaglig team. Fastlege og sykehus involveres etter behov.

I den løpende oppfølgingen er det viktig å ha tålmodighet, bli kjent med pasienten og gi det tid.

► Følge opp og lukke varsler

Ansvarlig: Bydeler

- Logg inn i Dignio Prevent: app.dignio.com, for oversikt over varsler.
- Håndter mottatte varsler, og deleger oppgaven videre hvis du ikke kan følge opp varselet selv.
- Endre eventuelt «tilstanden» til pasienten (grønn, gul eller rød sone), basert på data som kommer inn.
- Lukk varselet etter at det er vurdert og tiltak er utført.
- Skriv notat ved behov for utdyping av hendelsen.
- Velg «Kopier til journal» for automatisk overføringer til Gerica. Ved behov kan du gjøre videre dokumentering i Gerica på hendelsen, også etter at varselet er lukket.
- Sett i gang aktuelle samarbeid med for eksempel pårørende, fastlege, hjemmetjenesten, ved behov.

Responstider for digital hjemmeoppfølging

- **Rødt varsel.** Følg opp pasienten så fort det lar seg gjøre.
- **Gult varsel.** Følg opp pasienten i løpet av vekten. Kartlegg status ved førstegangs gul varslings. Gjør rede for eventuelle feilkilder som teknisk feil på utstyr eller nylig aktivitet.
- **Grønt varsel.**
 - Grønt varsel på oppgave ikke utført, følg opp pasienten etter behov og avtalt målefrekvens.
 - Grønt varsel på måling utløser ingen handling, og man kan vurdere å slå av grønt varsel på måling på brukeren. Før inn i Labsvar i Gerica.
- **Blå varslar.** Gi tilbakemelding i løpet av vekten til pasienten som har sendt melding. Før inn meldingsutveksling i Gerica.
- **Grå varslar.** Mangler å få fastsatt grenseverdier eller oppgaver, bestreb å sette grenseverdier på bruker innenfor 2 ukers tidsdrift.
- **Teknisk varsel.** Vurderes etter type varsel, håndter varselet i løpet av vekten.

► Ved tekniske feil

Ansvarlig: Bydeler

- Kontakt pasienten for å kartlegge feilen så raskt som mulig etter at denne blir oppdaget.
- Vurder om det er behov for å rykke ut til pasienten eller om feilen kan løses på avstand.
- Avtal eventuelt besøk for å løse problemet og vurder om utstyret skal erstattes slik at det kan tas med nytt utstyr på samme besøk. Om du ikke får tak i pasienten, skal det journalføres i 136 journal at man har forsøkt å kontakte pasienten.
- Forsøk å kontakte pasienten igjen senere samme dag eller neste virkedag.
- Kontakt Dignio support og meld om feilen.

Tekniske feil kan være feil som varsles i Dignio Prevent, eller som pasient, pårørende eller oppfølgingssenteret oppdager på annen måte.

Trenger du hjelp?

Har du spørsmål om utstyr, systemer, varsler eller faktura? Ta kontakt med leverandøren Dignio AS:

- telefon for kritiske feil: 69 95 55 20
- e-post: support@dignio.com
- åpningstid for annen brukerstøtte enn kritiske feil: 8-16 alle hverdager med unntak av røde dager.

► Håndtere service, skade eller tap av utstyr

Ansvarlig: Bydeler

- Ta kontakt med leverandør, ved mistanke om defekt utstyr.
- Ved skade eller tap av utstyr, gå til egen rutine for [Bestille, faktura og si opp utstyr](#).

1.7 Evaluere

Denne rutinen er for deg som skal gjøre evaluering enten ved jevne tidsintervaller, eller ved endringer i pasientens fysiske eller kognitive helsetilstand.

► Steg 1: Evaluere nytte og forsvarlighet ved tjenesten

Evaluering bør gjøres hver 6. måned, eller ved endret helsetilstand. Det bør ellers vurderes individuelt, om det er behov for hyppigere revurderinger.

Ansvarlig: Bydeler

- Les igjennom dokumentasjon og vurder eventuell ny informasjon fra sykehus, fastlege, pårørende eller pasienten selv.
- Se på historikk i Dignio Prevent.
- Avtal og gjennomfør evalueringssamtale med pasienten og eventuelt pårørende.

Fastleger og sykehus involveres ved behov.

Veiledning til evalueringssamtale

- Hvordan oppleves bruken av tjenesten?
- Hvordan fungerer den individuelle rutinen for å ta målinger og svare på spørreskjema?
- Vurder om det er endringer i pasientens funksjonsnivå, helsetilstand eller andre faktorer som påvirker forsvarligheten i tjenesten.
- Hvordan fungerer egenbehandlingsplanen?
- Hvordan oppleves eventuelle pårørendes rolle?
- Hvordan oppleves nytten av tjenesten?

Tips! Se gjerne også til kriterier fra [Kartlegge behov og opplæring](#).

► Steg 2: Dokumentere evalueringen og endre tiltak ved behov

Ansvarlig: Bydel

- Dokumenter resultat fra evalueringen med begrunnelse/konklusjon i Gerica.
- Gjør eventuelle tilpasninger i tjenesten.
- Hvis det blir besluttet at tjenesten skal pauses eller avsluttes, se rutiner for [Pause tjenesten](#) og [Avslutte tjenesten](#).
- Informer pasienten og tjenesteytere, samt eventuelt andre som bør informeres.

1.8 Pause tjenesten

Denne rutinen er for deg som skal pause digital hjemmeoppfølging hos en pasient.

Å pause tjenesten kan være aktuelt hvis pasienten for eksempel drar på ferie, blir lagt inn på sykehus eller helsehus.

► Steg 1: Pause tjenesten

Ansvarlig: Bydeler

- Logg inn i Dignio Prevent: app.dignio.com.
- Slå av varsler for denne pasienten. For brukerveiledning, se [leverandørens hjelpesider](#).
- Dokumentér nødvendig informasjon i Gerica.
- Informer aktuelle tjenesteytere, og andre som bør informeres om at tjenesten pauses.

► Steg 2: Aktivere tjenesten igjen

Ansvarlig: Bydeler

- Logg inn i Dignio Prevent: app.dignio.com.
- Aktiver varsler for denne pasienten. For brukerveiledning, se [leverandørens hjelpesider](#).
- Dokumentér nødvendig informasjon i Gerica.
- Informer aktuelle tjenesteytere, og andre som bør informeres.

1.9 Avslutte tjenesten

Denne rutinen er for deg som skal avslutte digital hjemmeoppfølging hos en pasient.

Å avslutte tjenesten kan eksempelvis være aktuelt hvis behovene er endret eller pasienten har fått langtidsplass.

► Avslutte tjenesten

Ansvarlig: Bydeler

- Få inn utstyr fra pasient. Dersom pasientens situasjon gjør at det vil drøye med å få utstyret tilbake, [Pause tjenesten](#).
- Rengjør og sjekk utstyret, og tilbakefør til lokalt lager dersom det kan benyttes videre.
- Logg inn i Dignio Present: app.dignio.com.
 - Fjern utstyr i systemet som er tilknyttet pasienten.
 - Avslutt pasienten i systemet.
- For brukerveiledning, se [leverandørens hjelpesider](#).
- Avslutt tiltaket i Geric, og informer tjenesteytere og andre som bør informeres om at tjenesten avsluttes.

2. Bestille, faktura og si opp utstyr

Denne rutinen er for deg som skal bestille utstyr til lokale lager, gjøre fakturakontroll og si opp eller returnere utstyr.

► Bestille utstyr til lokalt lager

- Fyll inn bestillingsskjemaet du finner på Helseetatens side [Digital hjemmeoppfølging](#) på intranett.
- Send bilaget til leverandøren på e-post: salg@dignio.no.
- Be gjerne om digital signatur og arkiver i Websak.

Er det første gang det bestilles digital hjemmeoppfølging i bydelen?

- Ved første gangs bestilling av digital hjemmeoppfølging i bydelen, må det gjøres avrop på avtalen.
- Gjør avrop på avtalen ved å sende inn Bilag-11, se til [felles intranett for veiledning](#).
- Det anbefales å ta kontakt med systemforvalter i seksjon for velferdsteknologi i Helseetaten.
- Teknologien er testet og risikovurdert, men innføring av teknologien forutsetter at det i tillegg gjennomføres en risikovurdering basert på tjenesteutførelse i egen virksomhet. Se [mal og veiledning for RoS](#) av velferdsteknologi i bydelene.
- Avtal opplæring med leverandør. Send e-post til leverandøren for å bestille opplæring: salg@dignio.no.

► Fakturakontroll og betaling

Ansvarlig: Bydeler

- Kontrollerer at fakturagrunnlaget stemmer overens med utstyr og pasienter.
- Ved avvik, kontakt leverandøren.
- Betal faktura fra utstyrsleverandør.

► Si opp eller returnere utstyr

Ansvarlig: Bydeler

- Send e-post til leverandør for oppsigelse eller erstatning. E-post: salg@dignio.no.
- E-posten bør inneholde informasjon om:
 - serienummer på utstyret
 - om utstyret skal sies opp eller erstattes
 - årsak til oppsigelse eller erstatning
 - hvilken bydel som returnerer utstyret og kontaktperson
- Send utstyret i retur til leverandøren. Fakturaseddel (returlapp) skal klistres på pakken. Etterspør fakturaseddel hvis du ikke har mottatt dette fra leverandøren.
- Følg opp oppsigelsestid på 3 måneder.

Merk!

Oppsigelsen begynner 1. i påfølgende måned. Sender du eksempelvis oppsigelse den 15. februar er oppsigelsestiden ut mai.

► Betale erstatning ved tap eller skade

Ansvarlig: Bydeler

- Betal erstatning til leverandør ved tapt eller ødelagt utstyr.

Informasjon om priser for erstatning ved tapt eller ødelagt utstyr finnes på [informasjonssider om Digital hjemmeoppfølging](#) på intranett.

3. Brukerveiledere og informasjonsmateriell

3.1 For tjenesteytere

Brukerveiledere og informasjonsmateriell for digital hjemmeoppfølging finner du på [leverandørens hjelpesider](#) for digital hjemmeoppfølging.

3.2 For pasienter og pårørende

- [Brosjyre til pasienten \(PDF\)](#)
 - [MyDignio bruksansvisning \(PDF\)](#)
 - [Om pasientappen MyDignio](#)
-

4. Om digital hjemmeoppfølging

4.1 Kort om tjenesten

Digital hjemmeoppfølging er en forebyggende tjeneste til pasienter med kroniske sykdommer. Tjenesten er basert på at pasientene selv utfører avtalte målinger og svarer på spørsmål om sin helsetilstand, via et nettbrett. Pasientene følges opp av sykepleiere på oppfølgingssentre i bydelene, som gir medisinsk faglig støtte og veiledning. Tverrfaglige team i kommunen, spesialisthelsetjenesten og fastleger involveres ved behov.

Digital hjemmeoppfølging er en dagtjeneste, som følger opp pasienter mandag til fredag, innenfor normal arbeidstid. Ved enkelte tilfeller kan målinger også følges opp kveld og helg av hjemmetjenesten i bydelen.

4.2 Målgrupper

Erfaringer viser at digital hjemmeoppfølging er spesielt nyttig for pasienter med sykdommer med oppfølgingsbehov over tid, som:

- diabetes
- KOLS
- hjerte-/karsykdommer
- ernæringsutfordringer
- psykiske lidelser
- kreft

Tildeling av tjenesten ses ofte i sammenheng med pasientens risiko for forverring, reinnleggelse og økt behov for tjenester. I nyttevurderinger tas det i tillegg hensyn til pårørende, da erfaringer viser at tjenesten gir god støtte og økt trygget for dem.

Digital hjemmeoppfølging er også relevant for pasienter med behov for kortvarig oppfølging, rehabilitering, livsstilsendringer og palliativ behandling.

5 Utstyr og systemer

5.1 Brukerapp og nettbrett

Pasienter med digital hjemmeoppfølging blir fulgt opp gjennom en applikasjon. Der får pasienten personlig tilpassede oppgaver og mulighet til å ta målinger hjemmefra. Resultatene sendes direkte til oppfølgingssenteret i bydelen som følger opp.

I appen har pasienten oversikt over:

- målinger
- oppgaver (aktiviteter)
- spørreskjema
- helsehistorikk

- egenbehandlingsplan
- meldinger og videosamtaler med oppfølgingssenteret

5.2 Måleutstyr

Pasienter med digital hjemmeoppfølging tildeles måleutstyr ut fra behov:

- blodsuktermåler
- blodtryksmåler
- pulsoksymeter
- personvekt
- termometer
- aktivitetsmåler

5.3 Dignio Prevent

I Dignio Prevent får oppfølgingssenteret oversikt over pasienter med digital hjemmeoppfølging, hvilke måleutstyr de har og deres egenbehandlingsplan.

Hovedfunksjoner:

- sette opp pasient (legge til ny, knytte til utstyr, pasientens innloggingsinformasjon)
- pasientens oppgaver (legge til oppgave og målinger, grenseverdier, opprette spørreskjema)
- følge opp pasient (egenbehandlingsplan, tilstand, meldinger, videosamtale, informasjonsside, historikk)

Logg inn i Dignio Prevent: app.dignio.com

For å logge inn må du ha brukernavn og passord til systemet.

6. Trenger du hjelp?

Har du spørsmål om utstyr, systemer, varsler eller faktura?

Ta kontakt med leverandøren Dignio AS:

- telefon for kritiske feil: 69 95 55 20
- e-post: support@dignio.com
- åpningstid for annen brukerstøtte enn kritiske feil: 8-16 alle hverdager med unntak av røde dager.

Relaterte vedlegg:

 [01 Brukerveiledning Tellu administrator](#)

 [02 Brukerveiledning Tellu Tjenesteansvarlig](#)

-  03 Brukerveiledning Tellu Tjenesteutøver
-  04 Brukerveiledning Tellu Tilsynsoperator
-  05 Bruksanvisning for sensorer TelluCare Tilsyn
-  06 Kommunikasjonshub håndbok
-  07 Av_på_strømledning_lysdioder_alarmknappen
-  08 Brukermanual_NEAT_bevegelsessensor PIRII v1_3
-  09 Brukerveiledning NEAT senge/stolsensor
-  10 Brukermanual_Trygghetsalarm
-  11 Snor reim og batteri SMILE lav
-  12 RoomMate-roller-og-tilganger-rev
-  13 RoomMate-tilsyn
-  19 RoomMate-admin
-  20 RoomMate-markeringer
-  35 Onepager_RoomMate_Brukere-og-parorende (1)
-  BRUKSANVISNING FOR MyDignio V4
-  DHO Info til pasient og pårørende

Velferdsteknologi - Startpakke - Digital hjemmeoppfølging

Dokumentadministrator: Thomas Lystad

Gyldig fra: 25.06.2024

Revisjon: 1.0

Godkjent av: Dagny Alida Johnson Meltvik

Revisjonsfrist: 25.06.2025

ID: 48111

Startpakke: Digital hjemmeoppfølging

Innhold

1. [Om startpakken](#)
2. [Forankring og samarbeid](#)
3. [Definere mål med tjenesten](#)
4. [Avklare organisering av oppfølgingen](#)
5. [Prosesser og rutiner](#)
6. [Bestille teknologi og opplæring](#)
7. [Planlegge implementering](#)
8. [Implementere ny tjeneste](#)
9. [Drifte og evaluere tjenesten](#)
10. [Oppfølging av gevinster og kostnader](#)

1. Om startpakken

Startpakken for digital hjemmeoppfølging, er for deg som skal jobbe med innføring av denne kommunale tjenesten i bydelen. Tjenesten benyttes til å følge opp pasienter med kroniske sykdommer, via et kommunalt oppfølgingssenter.

Innføringen gjøres i samarbeid med fastleger og gjerne med andre bydeler i samme sykehussektor. Dersom tjenesten skal benyttes til å følge opp pasientgrupper som er til behandling på sykehus, gjøres innføringen i tillegg i samarbeid med sykehuset i sykehussektoren.

Startpakken basere på guide fra KS for implementering av digital hjemmeoppfølging, og beskriver oppgaver som må gjennomføres i forbindelse med innføring, og inneholder flere tips fra bydeler som tilbyr tjenesten i dag.

2. Forankring og samarbeid

Før innføringsarbeidet startes, bør det tas stilling til aktuelle pasientgrupper og hvordan tjenesten skal tas i bruk. Dette har påvirkning på innføringsprosjektet og hva som kreves av samarbeid med sykehuset i sykehussektoren.

► Steg 1: Initiere etablering

Ansvarlig: Bydel

- Gjør en initiell vurdering av aktuelle pasientgrupper for tjenesten. Se egne startpakker dersom innføringen gjelder digital oppfølging for friskliv_(kommer egen startpakke) eller digital oppfølging med video DOT (kommer egen startpakke).
- Ta kontakt med Helseetaten, seksjon for velferdsteknologi før initiering og oppstart.
- Initierer dialog med sykehuset i sykehussektoren dersom det vurderes oppfølging av pasienter som er til behandling på sykehus, og med bydelsoverlege i egen bydel.
- Dersom det er aktuelt å samarbeide med andre bydeler om tjenesten, initieres også dialog med denne/disse bydelene.
- Bruk gjerne presentasjon om digital hjemmeoppfølging (kommer) og tjenestereise for digital hjemmeoppfølging (kommer) i dialogen.

Ansvarlig: Helseetaten

- Helseetaten støtter i prosess med etablering av digital hjemmeoppfølging ved kroniske sykdommer.

Hvem kan ha nytte av digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging er spesielt nyttig for pasienter som har:

- sykdommer med oppfølgingsbehov over tid som diabetes, kols, hjerte-/karsykdommer, ernæringsproblematikk, psykiske helseutfordringer og kreft
- behov for kortvarig oppfølging ved for eksempel medisinendringer, nyoppdaget sykdom, smittsom sykdom og etter behandling ved sykehus
- middels til høy risiko for forverring av sin helsetilstand
- middels til høy risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester
- behov for rehabilitering
- behov for palliativ behandling

► Steg 2: Forankre etablering

Ansvarlig: Bydel

- Sørg for at det er definert et tydelig oppdrag som er forankret hos ledelsen i bydelen.
- Innføring av digital hjemmeoppfølging krever ressurser med avsatt tid til prosjektgjennomføring, samt midler til gjennomføring av innføringsprosjekt, videre drift inklusive oppfølgingssenter, samt skalering.

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset sørger for at oppdraget er forankret hos ledelsen og at det settes av ressurser til deltakelse i innføringsprosjekt, dersom tjenesten omfatter pasienter som får behandling på sykehuset.

► Steg 3: Etablere prosjekt

Ansvarlig: Bydel

- Etabler prosjektorganisering for innføring.
- Pek ut en innføringsansvarlig. Denne personen bør være trygg på å jobbe med forankring på tvers av virksomheter. Gode kommunikasjonsegenskaper er svært viktig!
- Etabler en styringsgruppe med representasjon fra bydelen, Helseetaten, fastleger og sykehus.

- Etabler gjerne også eiergruppe der ledere fra virksomhetene er representert.

Ansvarlig: Sykehus og Helseetaten

- Sykehuset og Helseetaten stiller med representanter til styringsgruppen.

► **Steg 4: Etablere samarbeidsavtaler**

Ansvarlig: Bydel

- Sikre forpliktelse for samarbeid hos alle involverte aktører.
- Bruk gjerne etablerte beslutningsstrukturer i Helsefellesskap Oslo.
- Forankre forslag til samarbeidsstruktur med lederne i bydelen og bydelsoverlege.
- Etabler samarbeidsavtale mellom bydelen og sykehuset i sykehussektoren, eller inkluder i eksisterende samarbeidsavtale, dersom tjenesten krever samarbeid med sykehuset. Koordiner og samkjør dette arbeidet med andre bydeler i sykehussektoren.
- Støtt sykehuset med forankring av innføringsprosjektet.
- Det kan også være en fordel å etablere intensjonsavtale med utvalgte fastleger/fagslegekontor.

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset sørger for forankring av samarbeidsstruktur med ledere, også på aktuelle avdelinger/poster på sykehuset.

Aktørenes roller

Aktuelle aktører og deres rolle, avhenger av aktuelle pasientgrupper og hvordan tjenesten skal tas i bruk. Digital hjemmeoppfølging ved kroniske sykdommer gjøres ofte i samarbeid med flere aktører:

- Sykehuset henviser pasienter til digital hjemmeoppfølging og gir råd eksempelvis ved forverring av tilstand.
- Fastleger henviser pasienter til digital hjemmeoppfølging og godkjenner egenbehandlingsplaner som inneholder medikamentell behandling. Hvis planen starter på sykehus, er sykehuset ansvarlig til fastlegen overtar. Ansvar for oppfølging må være klart definert. Planen bør gjennomgås i et tverrfaglig møte med pasient, fastlege, sykepleier og andre.
- Bydelen vurderer henvisninger, kartlegger behov, tildeler tjenesten og følger opp pasienten inklusive oppfølging av målinger, gir råd og veileder pasientene.

3. Definere mål med tjenesten

► **Steg 1: Definere mål og forventet effekt**

Ansvarlig: Bydel

- Avklar hvorfor dere ønsker å satse på digital hjemmeoppfølging ved kroniske sykdommer.
- Avklar aktuelle pasientgrupper for tjenesten, på kort og lenger sikt.
- Sett gjerne ambisjonsnivå for skalering av tjenesten, første 12 måneder.

- Definer forventet nytte med tjenesten, både for pasienter, eventuelle pårørende og for helsetjenesten. Ta gjerne kontakt med bydeler som har etablert tjenesten, for å lære av deres erfaringer.

Forventet nytteverdi

Erfaringer tilsier at digital hjemmeoppfølging gir følgende nytteverdi for:

Pasienter:

- Økt trygghet, mestring og kunnskap om egen helsetilstand.
- Forebygger alvorlige helseproblemer ved å fange opp endringer/risikoer tidlig.
- Tilpasset behandling og tiltak basert på dialog og helsedata.

Pårørende:

- Økt trygghet og støtte i krevende situasjoner, med nære med kroniske sykdommer.

Ansatte:

- Forbedret tjenestekvalitet og pasientsikkerhet ved tett oppfølging.
- Mulighet for individuell tilpasning basert på dialog og helsedata.
- Samarbeid med andre helsetjenester for mer helhetlig og koordinert oppfølging.

Dette i tillegg til:

Økonomi:

- Økt omsorgskapasitet til andre oppgaver eller pasienter med større behov.
- Tilby tjenesten til flere brukere, med samme ressurser.
- Utsatt og unngått behov for andre tjenester.

Skalering:

- Økt bruk av velferdsteknologi.
- Reduserte forskjeller mellom bydelene.

► Steg 2: Definere aktuelle pasientgrupper for innføringsfasen

Ansvarlig: Bydel

- Vurder hvilke pasientgrupper som er best egnet for henvisning *i innføringsfasen*.
- Innhent gjerne informasjon/data som grunnlag for vurderingen. Eksempelvis knyttet til pasienter/pasientgrupper med:
 - hyppige sykehusinnleggelser og polikliniske konsultasjoner
 - høyt antall fastlegekonsultasjoner
 - høyt forbruk av hjemmetjenester
 - behov for jevnlig oppfølging, som for eksempel hyppig justering av legemidler og blodsukkerregulering
 - behov for oppfølging i hjemmet grunnet smittevern eller andre hensyn.
- Pasientens situasjon og behov skal være utgangspunktet når det vurderes hvem som henvises til digital hjemmeoppfølging. Det skal derfor være lav terskel for vurdering av aktuelle kandidater.
- Forankre gjerne vurderinger og valg med fastleger.

Arbeidet gjøres i samarbeid mellom bydel og Helseetaten, samt sykehuset dersom innføringsfasen skal inkludere pasienter som får behandling på sykehus.

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset deltar i vurdering av aktuelle pasientgrupper og bistår med informasjon/data som grunnlag for vurdering, dersom dette gjelder pasienter som får behandling på sykehuset.

► **Steg 3: Kartlegg dagens oppfølging og hva som skal endres**

Ansvarlig: Bydel

- Lag en tjenestereise som illustrerer/beskriver hvordan oppfølgingen gjøres i dag, for de aktuelle pasientgruppene. Spør gjerne i nettverket om det er andre bydeler som kan veilede i dette arbeidet.
- Avklar hvilke arbeidsprosesser som må endres.
- Avklar hva som må gjøres på nye måter og hvordan.

Arbeidet gjøres gjerne i samarbeid med fastleger/bydelsoverlege.

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset deltar i arbeid med tjenestereise, kartlegge prosesser som må endres, dersom oppfølgingen gjelder pasienter som behandles på sykehuset.

► **Steg 4: Hospitering**

Ansvarlig bydel:

- Planlegg og gjennomfør hospitering i bydel som allerede tilbyr tjenesten.
- Planlegg og gjennomfør hospitering på sykehus, dersom dette er aktuelt.

Ansvarlig sykehus:

- Sykehuset bistår med hospitering, dersom innføringen inkluderer pasienter som får behandling på sykehus.

4. Avklare organisering av oppfølgingen

Pasienter med kroniske sykdommer med tjenesten digital hjemmeoppfølging skal følges opp av et oppfølgingssenter, i hovedsak på dagtid, som bemannes med erfarne sykepleiere.

► **Steg 1: Avklare om det skal etableres eget eller felles oppfølgingssenter**

Ansvarlig: Bydel

- Avklar om det skal etableres et eget oppfølgingssenter i egen bydel eller om dette skal gjøres i samarbeid med andre bydeler i sykehussektoren.
- Avklar om det eventuelt skal samarbeides med andre bydeler eksempelvis ved ferieavvikling og sykdom.
- Dersom tjenesten leveres i samarbeid med andre bydeler, må det utarbeides en samarbeidsavtale/samarbeidsmodell.

► Steg 2: Avklare organisatorisk tilhørighet og tverrfaglig samarbeid i bydel

Ansvarlig: Bydel

- Avklar organisatorisk tilhørighet for oppfølgingssenteret.
- Dersom oppfølgingssenteret etableres i samarbeid med andre bydeler i sykehussektoren, må den organisatoriske tilhørigheten til både ressurser og oppfølgingssenteret avklares.
- Sikre forpliktende samarbeid med andre helsefaglige ressurser i bydelen, for å sikre god tverrfaglig vurdering og oppfølging.

► Steg 3: Avklare oppfølging ut over dagtilbud

Ansvarlig: Bydel

- Digital hjemmeoppfølging ved kroniske sykdommer, etableres som et dagtilbud på hverdager.
- Enkelte pasienter kan imidlertid ha behov for oppfølging også ut over dagtilbudet. Ved slike behov har noen bydeler valgt å overføre oppfølgingen til hjemmetjenesten, for tiden ut over dagtilbudet. I slike tilfeller må det utarbeides en samarbeids- og oppfølgingsmodell inklusive rutiner og risikovurderinger for oppfølgingen.

► Steg 4: Sikre rett bemanning av oppfølgingssenteret

Ansvarlig: Bydel

- Sørg for bemanning av oppfølgingssenteret:
 - minimum 2 erfarne sykepleiere (anbefaler minimum 1 1/2 årsverk)
 - dedikerte sykepleiere med stillingsbrøk/avtalt tid og omdisponeres ikke.
 - overlappende tid på jobb for å sikre kontinuitet i oppfølgingen og et godt fagmiljø.
- Etabler en vikarløsning slik at tjenesten også videreføres ved ferie/sykdom.
- Ta høyde for at sykepleierne skal delta i nettverk for erfaringsdeling og kompetanseutvikling.

Hvor mange pasienter kan et oppfølgingssenter følge opp?

Hvor mange pasienter en sykepleier kan følge opp, avhenger av hvilke pasientgrupper tjenesten retter seg mot. Vær oppmerksom på at eksempelvis kreftpasienter og pasienter med KOLS grad 4, ofte krever tettere oppfølging. Ta gjerne kontakt med andre bydeler som har etablert tjenesten, for å lære av deres erfaringer.

► Steg 5: Sørge for rett kompetanse på oppfølgingssenteret

Ansvarlig: Bydeler

- Sikre at sykepleiere til oppfølgingssenteret har:
 - god kjennskap til organisasjonen og hvordan tjenesten fungerer
 - bred sykepleiefaglig kompetanse
 - eventuell tilleggskompetanse innen aktuelle fagområder, inklusive kompetanse på spesifikke sykdommer, og digital oppfølging
 - gode kommunikasjonsferdigheter og endringskompetanse
 - evne til å involvere pasienter, samt veilede og motivere i bruken av tjenesten
- For å trives med oppgavene bør sykepleierne også:
 - ha stor arbeidskapasitet
 - være ryddige og systematiske

- være empatiske og se hele mennesket
 - være problemløsere
 - evne å se sammenhenger
 - holde hodet kaldt i stressede situasjoner
 - evne å prioritere
 - ha tekniske ferdigheter
 - være uredde for å ta kontakt med andre helsetjenester
-

5. Prosesser og rutiner

Digital hjemmeoppfølging skal følge byomfattende prosess og rutiner i håndbok for velferdsteknologi, samt eventuelle lokale tilknyttede rutiner. I tillegg etableres rutiner for fastleger, samt for sykehuset dersom dette er aktuelt.

► Steg 1: Rutiner for kommunale oppgaver

Ansvarlig: Bydeler

- Les nøye gjennom [håndbok for digital hjemmeoppfølging](#), samt [løpende kommunale oppgaver](#) i håndbok for velferdsteknologi.
- Gjennomfør aktuelle oppgaver, blant annet knyttet til:
 - risiko- og sårbarhetsvurdering av tjenesten (RoS)
 - sikre beredskap
 - rolle- og tilgangsstyring
- Utvikle lokale rutiner, der det er behov for dette. Gjelder eksempelvis for:
 - håndtering av varsler
 - akutt og planlagt fravær

► Steg 2: Rutiner for sykehus

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset utvikler rutiner for digital hjemmeoppfølging som kommunal tjeneste, dersom oppfølgingen inkluderer pasienter som får behandling på sykehuset.
- Rutinen bør inkludere:
 - hvordan henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging
 - samhandling med oppfølgingssenteret for aktuelle pasienter
- Sykehuset sørger for forankring og at rutinen er godt kjent i virksomheten.

► Steg 3: Rutiner for fastleger

Ansvarlig: Fastleger

- Utvikle rutiner for digital hjemmeoppfølging som kommunal tjeneste, for fastleger.
 - Rutinen bør inkludere:
 - hvordan henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging
 - godkjenning av egenbehandlingsplan
 - Sørg for forankring og at rutinen er godt kjent i virksomheten.
-

6. Bestille teknologi og opplæring

For digital hjemmeoppfølging ved kroniske sykdommer benyttes teknologisk løsning og pasientutstyr, som inngår i samkjøpsavtale for digital hjemmeoppfølging i Oslo kommune.

► Første gangs avrop

- Oslo kommune har inngått samkjøpsavtale med leverandør av oppfølgingssystem, pasientutstyr og brukerstøtte for digital hjemmeoppfølging.
- Ved første gangs avrop på avtalen, se egen rutine i Håndbok for digital hjemmeoppfølging; [Bestille, faktura og si opp utstyr.](#)

► Bestille tilganger, opplæring og pasientutstyr

Ansvarlig: Bydeler

- Kontakt administrator i bydelen for å gi tilgang til oppfølgingssystem, eller ta kontakt med Helseetaten dersom bydelen ikke benytter systemet fra før. Dersom det skal opprettes et oppfølgingssenter i samarbeid med andre bydeler, ta kontakt med Helseetaten.
- Bestill opplæring i bruk av oppfølgingssystemet og pasientutstyr, for sykepleiere på oppfølgingssenteret. Vurder gjerne også behov for opplæring i kliniske prosedyrer, avhengig av aktuelle pasientgrupper i innføringsfasen. Det vil være behov for generell kunnskap om kliniske prosedyrer ved bruk av digital hjemmeoppfølging, samt fagkunnskap om eksempelvis KOLS, diabetes, kreft og psykisk helse.
- Bestill pasientutstyr til test av tjenesten.

I tillegg gjøres nødvendige bestillinger av eksempelvis kontorutstyr til sykepleierne på oppfølgingssenteret.

7. Planlegge implementering

Lag en godt forankret plan for utrulling av tjenesten. Hent gjerne erfaringer fra andre bydeler som allerede har implementert tjenesten.

► Steg 1: Lage plan for implementering

Ansvarlig: Bydel

- Avklar når tjenesten skal startes opp.
- Lag en plan for utrulling av tjenesten.

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset sørger for at relevante ansatte i virksomheten har tilstrekkelig informasjon om tjenesten, dersom innføringen inkluderer pasienter som får behandling på sykehuset.

► Steg 2: Implementere prosesser og rutiner

Ansvarlig: Bydel

- Sørg for god forankring, og implementer byomfattende rutiner beskrevet i [Håndbok for digital hjemmeoppfølging](#) ved kroniske sykdommer.
- Sørg for god forankring, og implementer eventuelle lokale rutiner for digital hjemmeoppfølging.

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset sørger for implementering av lokale rutiner, dersom innføringen inkluderer pasienter som får behandling på sykehuset.

► Steg 3: Planlegge kommunikasjon og forankring

Ansvarlig: Bydel

- Definer hvilke målgrupper dere ønsker å nå med kommunikasjonen.
- Undersøk aktuelle kommunikasjonskanaler.
- Kartlegg hvordan dere best kan nå ut til aktuelle målgrupper.
- Utarbeid gjerne en kommunikasjonsplan med oversikt over målgrupper og tiltak.
- Sørg for å oppdatere bydelens nettsider med informasjon om tjenesten.

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset er ansvarlig for å kommunisere tjenesten internt, dersom den omfatter pasienter som får behandling på sykehuset.

8. Implementere ny tjeneste

Implementering av digital hjemmeoppfølging krever solid forankring blant aktørene som bidrar på tvers av tjenesteforløpet. Ambassadører i bydelen, blant fastlegene og på sykehuset som framsnakker tjenesten.

► Steg 1: Gjøre organisasjonen klar

Ansvarlig: Bydel

- Forbered ledere på implementeringen. Sørg for at alle har en god forståelse for hva målsetningene er, og hva som kreves av ressurser.
- Be gjerne lederne og bydelsoverlege om å framsnakke tjenesten for å skape engasjement i organisasjonen.
- Identifiser gjerne ambassadører som får et særskilt ansvar til å motivere medarbeidere. Husk at det er behov for ambassadører også blant fastlegene.
- Forbered ansatte på å identifisere og henvise potensielle tjenestemottakere.
- Sørg for at alle kjenner rutiner for henvisning godt.
- Sørg for god informasjonsflyt til aktuelle målgrupper/interessenter.

► Steg 2: Informere innbyggere og pasienter

Ansvarlig: Bydel

- Spre gjerne informasjonsbrosjyrer på sykehus og legekontor, i tillegg til kommunale tjenesteytere, eksempelvis ergo- og fysioterapeut, sosionom og NAV.
- Du finner [informasjonsmateriell i Håndbok for digital hjemmeoppfølging](#).

Ansvarlig: Sykehus

- Sykehuset er ansvarlig for å spre informasjon til egne pasienter, dersom innføringsfasen inkluderer pasienter som får behandling på sykehuset.

► Steg 3: Komme i gang med oppfølging av pasienter

Ansvarlig: Bydel

- Vurder konkret hvilke pasienter som er mest klar for å motta digital hjemmeoppfølging først.
- Start gjerne med et begrenset antall pilotbrukere for å sikre at tjenesten er klar.
- Vurder utprøvningsperiode av tjenesten, og etabler rutiner for evaluering og tilpasning etter prøveperioden.
- Husk at utstyret skal testes før utlevering til pasientene. Dette inkluderer kalibrering av måleutstyr, nettbrett og nettverksdekning hjemme hos pasienten.

9. Drifte og evaluere tjenesten

Drift av tjenesten skal følge prosesser og rutiner i Håndbok for digital hjemmeoppfølging, relevante rutiner for løpende kommunale oppgaver i Håndbok for velferdsteknologi, samt lokale rutiner.

► Sørge for at rutinene følges

Ansvarlig: Bydel

- Vær oppdatert på, og følg rutiner i [Håndbok for digital hjemmeoppfølging](#).
- Vær oppdatert på, og følg lokale rutiner.

► Sikre godt tverrfaglig samarbeid i bydelen

Ansvarlig: Bydel

- Samarbeid med andre helsefaglige ressurser i bydelen, for å sikre god tverrfaglig vurdering og oppfølging.

► Analysere evalueringer og gjennomfør forbedringer av tjenesten

Ansvarlig: Bydel

- Samle gjerne inn erfaringer fra bydelen, fastleger og sykehus. Hvordan opplever de at tjenesten fungerer?
- Evaluer samhandling mellom helsepersonell på tvers av kommune, fastlege og eventuelt sykehus. Er alle roller og ansvarsforhold klare? Har alle ledd tilstrekkelig kompetanse og tilgang til systemer de har behov for?
- Evaluer gjerne om kommunikasjonen fungerer tilfredsstillende. Er svartiden mellom leddene i tjenesten tilstrekkelig? Er informasjonsflyten god?

10. Oppfølging av gevinster og kostnader

► Følge opp gevinster

- Oppfølging av gevinster skal gjøres i henhold til helhetlig gevinstmodell for velferdsteknologi (egen Håndbok kommer).

► Følge opp kostnader

- Oppfølging av faktura fra leverandør skal gjøres i henhold til rutiner for [Bestille, faktura og si opp utstyr](#) i Håndbok for digital hjemmeoppfølging.
 - Oppfølging av øvrige kostnader gjøres i henhold til lokale rutiner.
-

Relaterte vedlegg:

- 📄 01 Brukerveiledning Tellu administrator
- 📄 02 Brukerveiledning Tellu Tjenesteansvarlig
- 📄 03 Brukerveiledning Tellu Tjenesteutøver
- 📄 04 Brukerveiledning Tellu Tilsynsoperator
- 📄 05 Bruksanvisning for sensorer TelluCare Tilsyn
- 📄 06 Kommunikasjonshub håndbok
- 📄 07 Av_på_strømledning_lysdioder_alarmknappen
- 📄 08 Brukermanual_NEAT_bevegelsessensor PIRII v1_3
- 📄 09 Brukerveiledning NEAT senge/stolsensor
- 📄 10 Brukermanual_Trygghetsalarm
- 📄 11 Snor reim og batteri SMILE lav
- 📄 12 RoomMate-roller-og-tilganger-rev
- 📄 13 RoomMate-tilsyn
- 📄 19 RoomMate-admin
- 📄 20 RoomMate-markeringer
- 📄 35 Onepager_RoomMate_Brukere-og-parørende (1)
- 📄 BRUKSANVISNING FOR MyDignio V4
- 📄 DHO Info til pasient og pårørende