

# SLUTTRAPPORT FOR PROSJEKT MILA3



## MITT LIV, MITT ANSVAR

Utprøving av digital hjemmeoppfølging for kronisk syke



 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

*Sluttrapporten er del av erfaringsrapport fra lokale prosjekt i spredning av digital  
hjemmeoppfølging 2022 – 2024*

## Innhold

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Innhold .....                                                                            | 2  |
| Sammendrag .....                                                                         | 3  |
| 1 Innledning.....                                                                        | 4  |
| 2 Faktaboks om prosjektet .....                                                          | 4  |
| 3 Mål med tiltaket .....                                                                 | 5  |
| Målgruppe .....                                                                          | 5  |
| Forventede gevinster.....                                                                | 5  |
| Gevinstplan.....                                                                         | 6  |
| 4 Måloppnåelse / gevinster .....                                                         | 6  |
| Gvinster for pasient/bruker .....                                                        | 6  |
| Erfaringer fra fastleger.....                                                            | 7  |
| Erfaringer fra spesialisthelsetjenesten .....                                            | 7  |
| Erfaringer fra oppfølgingstjenesten.....                                                 | 8  |
| Forbruk av helsetjenester og kostnader .....                                             | 8  |
| 5 Modell for digital hjemmeoppfølging i MILA .....                                       | 11 |
| Tjenesteforløp .....                                                                     | 11 |
| Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier.....                                          | 11 |
| Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging .....                                 | 12 |
| Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan.....                            | 13 |
| Samarbeid mellom aktørene .....                                                          | 13 |
| Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten .....                       | 14 |
| Digitalt system for DHO .....                                                            | 15 |
| Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på .....                                   | 16 |
| Etiske vurderinger.....                                                                  | 16 |
| 6 Prosessveiledning .....                                                                | 17 |
| Prosessveiledning fra InnoMed .....                                                      | 17 |
| Veiledning og pressestøtte fra Helsedirektoratet.....                                    | 17 |
| 7 Læringspunkter / erfaringer .....                                                      | 18 |
| Erfaringer rundt suksesskriterier, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune..... | 18 |
| Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO .....                         | 18 |
| Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi.....                          | 19 |
| 9 Oppsummering og veien videre .....                                                     | 19 |
| 10 Vedlegg .....                                                                         | 20 |

## Sammendrag

Mitt liv, mitt ansvar 3 (MILA3) er et samarbeidsprosjekt mellom Ullensaker, Gjerdrum, Nes, Eidsvoll, Hurdal, Nannestad kommune, Aurskog-Høland, Nordre-Follo, Nes, Nesodden, Akershus universitetssykehus (Ahus), fastleger og Siemens Healthineers. MILA3 bygger på funn og erfaringer fra prosjektene «Mitt liv, mitt ansvar 1» (MILA1) og «Mitt liv, mitt ansvar 2» (MILA2) som ble gjennomført i perioden august 2018 – juni 2022. MILA3 startet i juni 2022, med prosjektslutt 31.des. 2024.

Formålet med prosjektet har vært å teste ut hvordan digital hjemmeoppfølging (DHO) kan bidra til økt trygghet og egenmestring av sykdom for pasienter med kroniske lidelser, samt undersøke hvordan DHO kan organiseres som del av helsetjenestetilbudet i kommunen. Prosjektet kan vise til gode resultater som økt trygghet, livskvalitet og mestring av egen sykdom, samt redusert forbruk av helsetjenester og unngåtte kostnader.

I prosjektet har DHO vært organisert som en felles oppfølgingstjeneste lokalisert i Ullensaker kommune, hvor pasienter følges opp på vegne av ni samarbeidskommuner i helsefellesskapet Ahus og kommunene. Det har vært tett samarbeid med spesialister som del av tjenesteforløpet. Tjenestemodellen innebærer et tett samarbeid mellom oppfølgingstjenesten, fastleger og sykehusspesialister, og erfaringene fra prosjektet er at dette tette samarbeidet bidrar til økt kompetanse og kvalitet på pasientoppfølgingen.

I forbindelse med prosjektslutt 31. desember 2024, ble piloterte pasientforløp, kols og hjertesvikt besluttet implementert som del av ordinær drift fra 1. januar 2025. 10 kommuner og Ahus har signert samarbeidsavtaler om DHO med felles oppfølgingstjeneste, og 3 kommuner har signert intensjonsavtale om oppkobling mot samarbeidet i 2026. Felles anskaffelse av DHO system over i driftsfase er under arbeid, hvor 17 kommuner og Ahus er med. Plan for kontraktsignering er Q1 2025. Det planlegges for å jobbe videre med spredning til ytterligere kommuner i Helsefellesskapet, samt videreutvikling til flere pasientgrupper og flere tjenesteområder i kommunene.

## 1 Innledning

Ullensaker kommune, Gjerdrum kommune og Akershus universitetssykehus (Ahus) har deltatt i nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) siden 2018 med prosjektene Mitt liv, mitt ansvar (MILA) og Mitt liv, mitt ansvar 2 (MILA2). I 2021 ble kommunene Eidsvoll, Nes, Nannestad og Hurdal samt Lovisenberg rehabilitering også en del av prosjektet. MILA prosjektet har hatt som formål å teste ut hvordan DHO kan bidra til økt trygghet og egenmestring av sykdom for pasienter med kroniske lidelser, samt undersøke hvordan DHO kan organiseres som del av helsetjenestetilbudet i kommunen. Erfaringer fra MILA1 og MILA2 var at DHO oppleves som et nyttig verktøy for både pasienter og helsepersonell, men at det fortsatt var behov for videre arbeid med organisering, helhetlig tjenesteforløp, digital samhandling og spredning til flere kommuner og fagområder i sykehuset. MILA-prosjektet ble videreført som del av spredningsprosjektet som MILA3 fra 2022, med prosjektslutt 31.12.2024. I MILA3 ble kommunene Nordre Follo, Frogn, Nesodden og Aurskog Høland med som samarbeidspartnere.

## 2 Faktaboks om prosjektet

| Samarbeidspartnere                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Styringsstruktur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eidsvoll kommune</li> <li>• Nes kommune</li> <li>• Nannestad kommune</li> <li>• Gjerdrum kommune</li> <li>• Hurdal kommune</li> <li>• Nordre Follo kommune</li> <li>• Nesodden kommune</li> <li>• Frogn kommune</li> <li>• Aurskog-Høland Kommune</li> <li>• Akershus universitetssykehus</li> <li>• LHL sykehuset Gardermoen</li> <li>• Siemens Healthineers</li> <li>• Fastleger</li> </ul> | <p><b>Prosjekteier:</b><br/>Helle Dorteia Gjetrang, kommunaldirektør, Ullensaker kommune</p> <p><b>Styringsgruppe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nina Dahl, kommunedirektør, Eidsvoll kommune</li> <li>• Jørn A. Limi, viseadministrerende direktør, Akershus universitetssykehus</li> <li>• Bente Gerner, avdelingsleder Avd. samhandling og helsefremmende, Akershus universitetssykehus</li> </ul> <p><b>Prosjektleder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nina Mickelson Weldingh, Ullensaker kommune</li> </ul> <p><b>Prosjektgruppe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marte Fredriksen Aasen, Ullensaker kommune</li> <li>• Maren Skogli Pettersen, Ullensaker kommune</li> <li>• Bendik Hegna, Akershus universitetssykehus</li> <li>• Anne Edvardsen, Akershus universitetssykehus</li> <li>• Silje Bergersen, Akershus universitetssykehus</li> <li>• Henrik Schirmer, Akershus universitetssykehus</li> <li>• Inger Lise Bråthen, brukerrepresentant LHL</li> </ul> |

Prosjektet har vært forankret i Helsefellesskapets strategi og handlingsplan, og har hatt jevnlig møter i Helsefellesskapets møtefora og Helseledernetverkene.

### 3 Mål med tiltaket

Formålet med MILA prosjektet har vært å få kunnskap og erfaring om:

- hvordan bruk av DHO påvirker pasientens helse, trygghet og mestring
- hvordan DHO kan organiseres og driftes i daglig virksomhet for å understøtte pasientens behov for helhetlige og sammenhengende helsetjenester

#### Resultatmål

- Inklusjon og oppfølging av 146 pasienter fra Gardermoregionen
- Utprøving av tjenesteforløp 1, 2 og 3
- Videreutvikle innhold og bruk av digital egenbehandlingsplan
- Utarbeide prismodeller for oppfølging fra Ullensaker for pasienter i andre kommuner
- Utarbeide løsning for bedre utstyrslogistikk
- Påkobling til velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) for Ullensaker kommune i løpet av 2022 og vurdere påkobling for flere kommuner i 2023
- Uttrekk av styringsdata fra kommuner og sykehus til bruk i Helsefellesskapet
- Spredning til flere kommuner og fagavdelinger i sykehuset

#### Effektmål

- Økt pasientrapportert brukertilfredshet, trygghet og mestring ved bruk av DHO
- Bedre samhandling ved bruk av DHO
- Bedre samfunnsøkonomisk nytte ved å redusere bruk av akutte tjenester til mer planlagte og forebyggende tjenester i kommuner og sykehus

### Målgruppe

Målgruppen for prosjektet har vært pasienter med kronisk sykdom. I MILA3 er det pasientforløp for pasienter med kols og hjertesvikt som har vært utprøvd.

### Forventede gevinster

Potensielle gevinster for inkluderte pasienter:

- Økt trygghet og mestring
- Økt kunnskap om egen sykdom
- Bedre kontroll over egen sykdom og mindre symptomer
- Bedret livskvalitet
- Økt bruk av egenbehandlingsplan

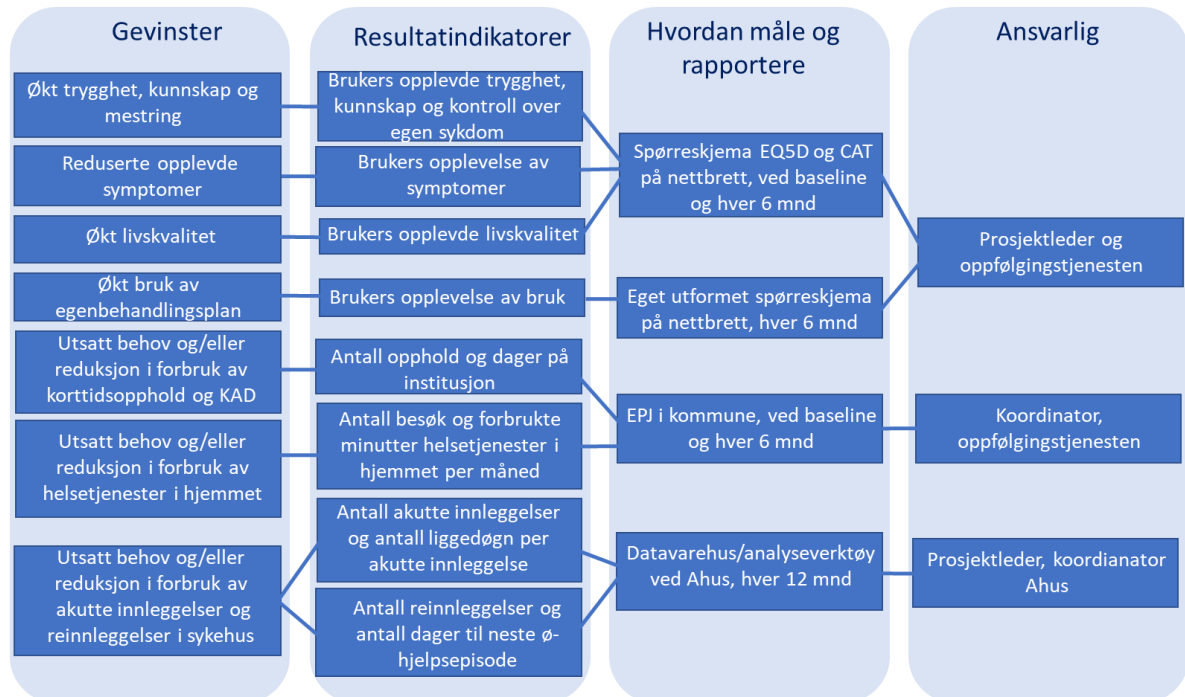
For tjenestene i kommunen, fastleger og sykehus er det potensielle gevinster knyttet til punktene under. Disse punktene vil også være positive for pasientene og deres pårørende.

- Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av korttidsopphold/ avlastning
- Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av KAD
- Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av helsetjenester i hjemmet
- Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av akutte innleggelser ved sykehus
- Utsatt behov og/eller reduksjon i antall reinnleggelser i sykehus
- Færre akutte timer hos fastlege
- Bedre dialog i planlagte konsultasjoner hos fastlege
- Effektiv bruk av kommunale tjenester

- Effektiv bruk av sykehustjenester

## Gevinstplan

Prosjektets gevinstplan beskriver ønskede gevinster for ulike aktører i prosjektet, resultatindikatorer for disse samt hvordan disse måles og følges opp (fig. 1).



Figur 1. Gevinstplan MILA3

## 4 Måloppnåelse / gevinster

### Gvinster for pasient/bruker

I prosjektet har det vært sendt ut halvårlige brukerundersøkelser som berører temaer relatert til opplevd trygghet og mestring, bruk og opplevd nytte av egenbehandlingsplan samt brukertilfredshet med tjenesten digital hjemmeoppfølging.

Ved brukerundersøkelse i oktober 2024 svarte 180 av 192 pasienter, hvor 63% har mottatt DHO i over et år. Resultater fra brukerundersøkelsen fremgår i vedlegg 1. Oppsummert er tilbakemeldingene svært gode der:

- 98% oppgir å være svært fornøyd eller fornøyd med digital hjemmeoppfølging
- 84% opplever at DHO har bidratt til økt trygghet
- 83% opplever en økt kunnskap og forståelse av egne helseutfordringer
- 40% opplever en bedring av fysisk helse
- 52% opplever at DHO har økt deres livsglede

- 26% rapporterer å ha redusert hyppigheten av fastlegebesøk

Noen sitater fra brukerne som beskriver hva de oppgir har vært det beste med digital hjemmeoppfølging er:

*«Jeg har blitt mer oppmerksom på egne symptomer, hvordan best handle ved endringer»*

*«Fått bedre oversikt og kontroll på sykdommen»*

*«Trygghetsfølelsen. At noen bryr seg og har kunnskap om det de jobber med»*

*«Jeg er tryggere på at jeg gjør det rette»*

*«At jeg får god hjelp, når jeg har behov for det»*

Andre gevinster er at sykehuset har gått over til brukerstyrt poliklinikk, noe som innebærer at pasienten blir kalt inn til en hastepoliklinisk time når de har behov for det, og slipper å møte på kontroll når alt er som normalt. Dette er en viktig gevinst både for sykehuset og for pasienten. Videre har samarbeidet mellom tjenestenivåene bidratt til økt kompetansedeling fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Flere pasienter har fått hjemmeoksygen som en direkte konsekvens av tettere oppfølging ved DHO. Flere pasienter har økt sin fysiske aktivitet og sluttet å røyke.

Brukere i MILA3 har bidratt med sine erfaringer i form av intervjuer, hvor erfaringene er publisert i fagartikkel i Fagbladet for lungesykepleie (vedlegg 2).

### Erfaringer fra fastleger

Tilbakemelding fra fastlegene er varierende. Flere av fastlegene gir tilbakemelding på at digital hjemmeoppfølging er et godt verktøy for oppfølging av pasienter. Fastlegene har ikke hatt tilganger inn i den digitale løsningen for DHO benyttet i MILA3. Målinger formidles via PLO fra oppfølgingstjenesten til fastlegen eller ved at pasienten viser til målinger i sin DHO applikasjon på egen mobile enhet, under en legesamtale. Fastlegene bruker målingene og data for å sette i gang tiltak eller endre på behandling til pasienten. Dette kan være for eksempel endring på blodtryksmedisiner, inhalasjonsmedisiner eller vanndrivende. Fastlegene gir tilbakemelding på at det er nyttig å få en oversikt over målingene, andre uttrykker derimot betenkeligheter med å gi pasienten for store spillerom i egenbehandling uten legekontakt.

### Erfaringer fra spesialisthelsetjenesten

Samarbeidende avdelinger ved sykehuset er lungemedisinsk og hjertemedisinsk avdeling. Erfaringene fra spesialist og sykepleier tilknyttet prosjektet er at de tverrfaglige møtene med oppfølgingstjenesten oppleves å være et nyttig og viktig møte. Møtet er et forum hvor utfordringer hos pasientene kan diskuteres og endringer i egenbehandlingsplan og medisinstillinger kan tas stilling til. Spesialist ved sykehuset fremhever nytten av deling av data i DHO systemet. Historikken over pasientens målinger og egenrapporterte data utført hjemme og over tid bidrar til et vesentlig bedre grunnlag for vurdering av medisiner. Samarbeidet har fremmet behovsstyrte polikliniske konsultasjoner ved at pasientene kan tas inn til hastetimer ved behov, fremfor rutinstyrte innkallinger. Det er lavterskel for å ta kontakt med hverandre på tvers av tjenestenivå, og fleksibilitet og tilgjengelighet oppleves som svært viktig. Erfaringene fra spesialisthelsetjenesten er at DHO bidrar til å kunne fange opp tegn til forverring på et tidlig tidspunkt, noe som bidrar til reduksjon i innleggelser. Videre oppleves det at pasientene er bedre forberedt og dialogen i legesamtalen blir bedre. Tettere oppfølging av

målinger har bidratt til å kunne gjennomføre bedre vurdering av oksygen-behandling og flere pasienter har fått hjemme-oksygen. Løpende blodtrykk, puls og vektmålinger letter justering av pasientens hjertesviktmedisinering og gir bedre grunnlag for dialog med pasienten og bedrer compliance.

### Erfaringer fra oppfølgingstjenesten

Oppfølgingstjenesten ser at pasienten blir mer trygge i sin egen avgjørelse ved å få veiledning og en god egenbehandlingsplan. Dette bidrar til å gi pasienten en mer stabil og tryggere hverdag hjemme, noe som kommer frem i brukerundersøkelser og samtaler med pasientene.

Oppfølgingstjenesten trenger en egenbehandlingsplan hvor pasienten har spillerom for selvmedisinering. Utfordringen her kan være at fastlegen/kommunehelsetjenesten ikke er vant med bruk av egenbehandlingsplan. Planen fra spesialisthelsetjenesten gir et større spillerom for pasienten som er nødvendig for at pasienten kommer raskere i gang med behandling.

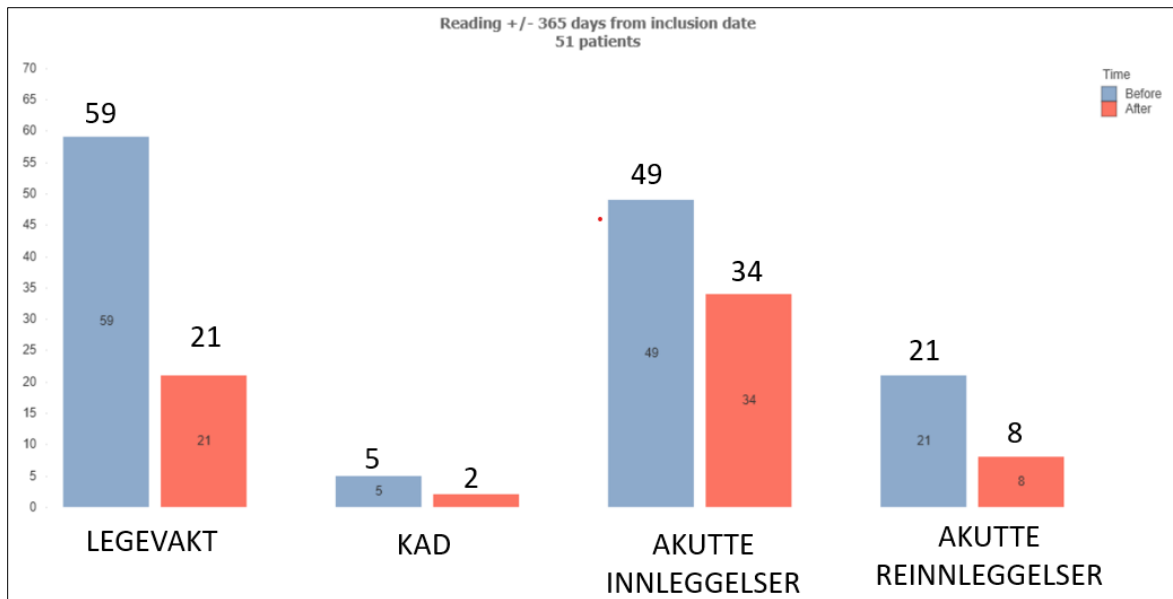
Det å følge opp pasienter på avstand krever annen kunnskap og erfaring hos sykepleieren. Dette kan ta tid å opparbeide seg og god klinisk erfaring fra før er nødvendig. Man har erfart at faste ansatte i oppfølgingstjenesten gir trygghet til pasienten og en helhetlig oppfølging.

### Forbruk av helsetjenester og kostnader

For å evaluere virkning av digital hjemmeoppfølging har prosjektet ønsket se nærmere på forbruk av helsetjenester før og etter oppstart av MILA. For dette har prosjektet søkt og fått innvilget unntak fra taushetsplikten og for å gjøre analyser med data fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR-data). I de følgende analysene er NPR og KPR-data koblet, og dataene er aidentifisert. Datasettet har gjort at MILA-prosjektet har kunne følge pasientgruppens fotavtrykk i helsetjenesten før og etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. Bruk av data på denne måten kan være et nyttig virkemiddel for å kvalitetsstyre tjenester på tvers av nivåer, eller i helsefellesskapet.

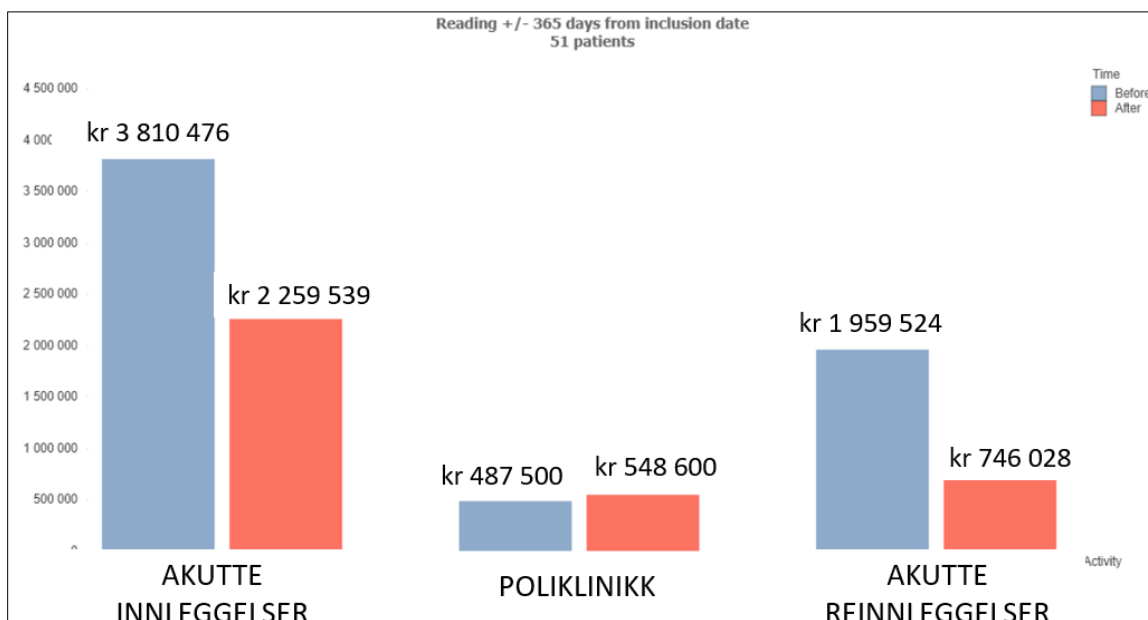
### Reduksjon i forbruk av øyeblikkelig hjelp tjenester

Uttrekk med NPR og KPR data viser reduksjon i forbruk av øyeblikkelig hjelp tjenester som antall episoder med akutte døgnopphold på sykehus, akutte reinnleggelser på sykehus, legevakt og kommunalt akutt døgnopphold (KAD) 365 dager før og etter oppstart av DHO (fig 2).



Figur 2. Visning av forbruk av helsetjenester ved bruk av NPR og KPR data. Blå søyler viser 365 dager før pasientene ble inkludert i MILA og røde søyler viser 365 dager etter at de ble inkludert i MILA. Det er 51 pasienter som kvalifiserer for uttrekket som ble utført oktober 2024.

I sykehus gjennomføres kostnad-per-pasient-beregninger (KPP). KPP er en metode for kobling av informasjon om den medisinske behandlingen en pasient har fått med informasjon om hva denne behandlingen har kostet. I MILA-prosjektet er en tverrsnittskost for pasientgruppene koblet med forbruk av sykehustjenester. Analysen gir en indikasjon på betydelig unngåtte kostnader for sykehuset i form av redusert antall episoder med akutte innleggelser og reinnleggelser etter oppstart med DHO (fig. 3)



Figur 3. Visning av kostnader for bruk av spesialisthelsetjenester med bruk av KPP-data. Blå søyler viser 365 dager før pasientene ble inkludert i MILA og røde søyler viser 365 dager etter at de ble inkludert i MILA. Det er 51 pasienter som kvalifiserer for uttrekket som ble utført oktober 2024.

I Norge har man ikke utarbeidet KPP-beregninger for kommunale helse- og omsorgstjenester slik som Sverige. Ved ulik metode blir det utfordrende å sammenligne kostnader i sykehus og kommune.

KPP-modellen er en fullkostanalyse og tar høyde for alle kostnader knyttet til sykehusdriften, mens ved kommunens kostnadsberegninger holdes direkte (lønn til pleiepersonale, medisinsk utstyr, mat og drikke) og indirekte kostnader (administrasjon, vedlikehold, forsikring, IT og teknologi) adskilt.

Det er kjent at det tar tid å vise kvantitative effekter av et forebyggende tiltak, og det foreligger ikke tilstrekkelig tallgrunnlag til å kunne konkretisere oppnådde gevinster for kommunen i form av en kostnytteanalyse. I tabellen under vises imidlertid et kostnadsestimat gjort i prosjektet, basert på prosjektperiodens drift av oppfølgingstjeneste og estimert kostnad for DHO-systemløsning samt kostnadsestimat per vedtakstime for hjemmetjeneste. Kostnadssammenlikningen viser kostnader med og uten DHO. I estimatet er det tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig antall vedtakstimer for pasienter med hjemmetjenester (5,2 timer per uke). Estimaten representerer ikke nødvendigvis gjennomsnittspasienten som mottar DHO per i dag, men viser at kostnadene ved DHO er betydelig mindre enn alternativet, som er hjemmesykepleie. Uten DHO vil man anta at flere av de 213 pasientene som i dag følges opp digitalt vil ha behov for andre helsetjenester som hjemmesykepleie og korttidsopphold. Det må jobbes videre med hvordan man måler i hvilken grad DHO bidrar til unngåtte eller forskjøvet behov for andre helsetjenester i kommunen. Tallene i dette estimatet kan ikke benyttes som grunnlag for kost nytte analyser.

| Kostnad kommune med DHO                                                                                                                                                             | Ant. pasienter | Per år            | Per mnd.         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|
| Estimert kost per pasient for felles oppfølgingstjeneste                                                                                                                            |                | 12 240            | 1 020            |
| Estimert kost per brukerlisens i systemløsning                                                                                                                                      |                | 4 392             | 366              |
| Estimert kostnad for medisinsk teknisk utstyr per pasient                                                                                                                           |                | 1 416             | 118              |
| <i>Sum kostnader med DHO (per pasient)</i>                                                                                                                                          | <i>1</i>       | <i>18 048</i>     | <i>1 504</i>     |
| <i>Sum kostnader med DHO (gitt dagens pasientantall i DHO)</i>                                                                                                                      | <i>213</i>     | <i>3 844 224</i>  | <i>320 352</i>   |
| Kostnad kommune uten DHO                                                                                                                                                            | Ant. pasienter | Per år            | Per mnd.         |
| Beregnet gjennomsnittlig total kostnad per vedtakstime hjemmesykepleie er 1 314 kroner. Gjennomsnittlig antall vedtakstimer for pasienter med hjemmesykepleie er 5,2 timer per uke. |                | 327 974           | 27 331           |
| <i>Sum kostnad uten DHO (per pasient)</i>                                                                                                                                           | <i>1</i>       | <i>327 974</i>    | <i>27 331</i>    |
| <i>Sum kostnad uten DHO (gitt at dagens pasientantall i DHO ville hatt hjemmetjenester)</i>                                                                                         | <i>213</i>     | <i>69 858 462</i> | <i>5 821 538</i> |
| Differanse (besparelse) med DHO                                                                                                                                                     | Ant. pasienter | Per år            | Per mnd.         |
| <i>Per pasient</i>                                                                                                                                                                  | <i>1</i>       | <i>309 926</i>    | <i>25 827</i>    |
| <i>Totalt (gitt dagens pasientantall i DHO)</i>                                                                                                                                     | <i>213</i>     | <i>66 014 238</i> | <i>5 501 186</i> |

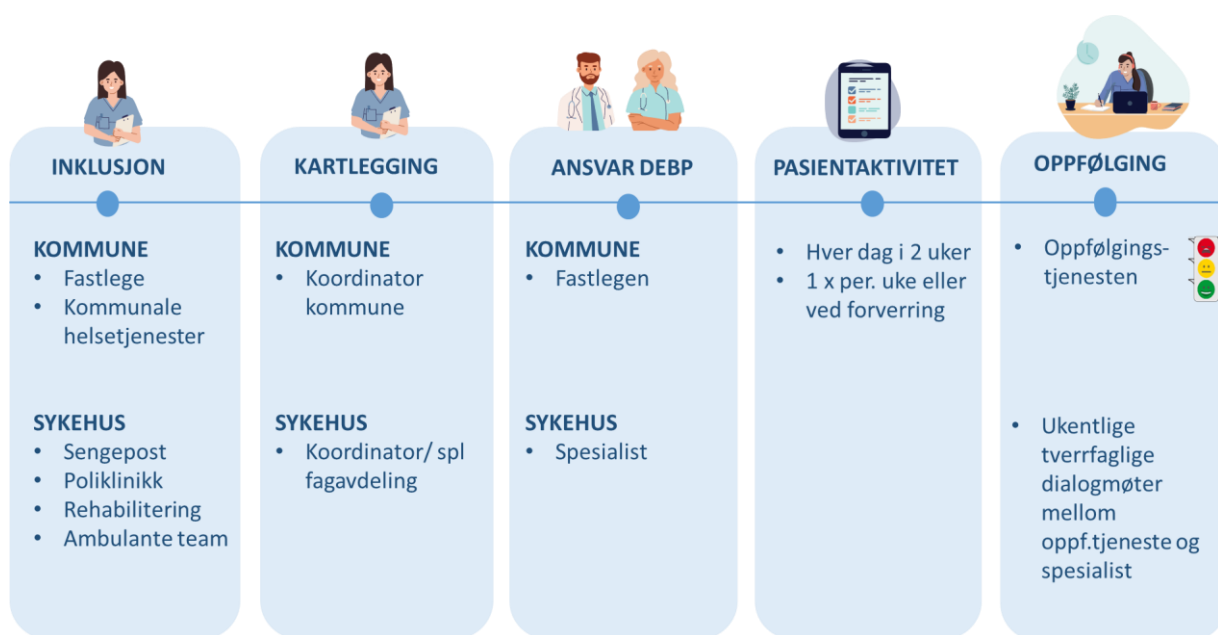
Tabell 1. Kostnadsestimat for DHO tjenesten sammenliknet med kostnadsestimat for alternativ tjeneste, hjemmesykepleie

## 5 Modell for digital hjemmeoppfølging i MILA

### Tjenesteforløp

Utvikling og justeringer av pasientforløp utprøvd i MILA1 og MILA2 fremgår i relaterte sluttrapporter. Tjenesteforløpet i MILA3 er et resultat av erfaringer i de foregående prosjektene. Tjenesten i MILA3 har vært organisert som et samarbeid om en felles oppfølgingstjeneste for DHO, hvor oppfølgingstjenesten er organisert under Ullensaker kommune.

Tjenesteforløpet er illustrert i fig. 4. Pasienten inkluderes fra ulike aktører i kommune eller ved ulike tjenester i sykehus relatert til Lungemedisinsk eller Hjertemedisinsk avd. Koordinator ute i bostedskommune reiser på hjemmebesøk til pasienten for kartlegging, opplæring og tildeling av utstyr. Pasientene sender inn målinger og skjemaesvarer hver dag de første to uker etter inklusjon. Etter to ukersperioden defineres terskelverdier i samarbeid mellom lege og oppfølgingstjenesten. Avhengig av hvor pasienten inkluderes fra er det fastlege eller spesialist ved sykehusavdeling som har ansvar for definering av terskelverdier og utarbeidelse av pasientens egenbehandlingsplan. Deretter rapporterer pasientene inn én dag i uken, eller oftere ved forverring. Oppfølgingstjenesten følger opp pasientene iht. trafikklysmodellen hvor rødt og gult prioriteres før grønn. Videre detaljer av tjenesteforløpet fremgår i Tjenestebeskrivelsen, vedlegg 3.



Figur 4. Tjenesteforløp MILA3, prosess og ansvarsfordeling

### Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier

#### Kriterier for tildeling av tjenesten

Pasientene må tilfredsstille kriterier for generell og sykdomsspesifikk inklusjon.

#### Generelle kriterier (alle kriterier må være oppfylt)

##### INKLUSJON

- Ha Bank ID
- Ha eget nettbrett eller smarttelefon med 4G dekning i hjemmet
- Motivert for å benytte seg av tjenesten og i større grad ta ansvar for egen helse
- Bostedsadresse i en av kommunene som deltar i samarbeidet
- Hjemmeboende
- Over 18 år og samtykkekompetent

### Sykdomsspesifikke kriterier (minimum et av kriteriene må være oppfylt)

Kriterier for inklusjon av pasienter med Kols

#### INKLUSJON

- Risikogruppe E eller
- Risikogruppe B med betydelig angstkomponent forbundet med sin Kols

Kriterier for inklusjon av pasienter med hjertesvikt

#### INKLUSJON

- NYHA klasse 2-4
- Pasienter i fast oppfølging fra hjertemedisinsk poliklinikk (3 kontakter eller mer per år)

### Avslutningskriterier

Pasientens tilstand eller sykdomskompleksitet tilsier at digital hjemmeoppfølging ikke lenger er gunstig eller til nytte for tjenestemottaker, eller kommer i konflikt med andre overlappende tjenesten som tjenestemottaker mottar.

## Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging

### Pasientrapportering, målinger og terskelverdier

Pasientene får anbefaling om å sende inn målinger og rapporteringer på egen helse og symptomer en gang per uke, samt ved forverring av tilstand. Målingene og rapporteringene pasientene sender inn kategoriseres i grønne, gule eller røde varsler. Det er individuelle terskelverdier hos hver enkelt pasient som avgjør hvilken sone pasienten allokteres til.

Det er utarbeidet to ulike terskelverdier. Det er utarbeidet standard terskelverdier for kols og hjertesvikt, definert av lungeleger og kardiologer i MILA-prosjektet. Terskelverdiene endres ved behov og individualiseres i samråd med fastlege eller spesialist og oppfølgingstjenesten, etter målte 14 dager.

### Oppfølging av pasientene

Oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommune følger opp og vurderer pasientens innrapporteringer, mandag til fredag mellom kl. 9 - 15.

Alle nye pasienter blir kontaktet ukentlig de to første ukene, så lenge ikke annet tilsvarer hyppigere kontakt. Etter to uker gjennomfører oppfølgingstjenesten en målsamtale med pasienten, som blir brukt i den videre oppfølgingen av pasienten.

Oppfølgingstjenesten prioriterer målinger etter trafikklysmodellen hvor rødt og gult prioriteres før grønn, se følgende beskrivelse under:

- **Grønne varsler** - kvitteres ut. Oppfølgingstjenesten kontrollerer først at det ikke foreligger beskjeder i pasientens journal fra fastlege. Alle pasienter kontaktes via melding i digitalt system eller telefon x 1 pr måned ved bare grønne varsler. Pasienten oppfordres til bruk av egenbehandlingsplan.
- **Gule varsler** – vurderes om bruker skal kontaktes, og om det skal iverksettes tiltak. Veiledning iht. egenbehandlingsplan. Ligger pasienten i gul sone over lengre tid, kontaktes lege for tiltak eller endring av terskelverdier.
- **Røde varsler** – bruker skal kontaktes og situasjon vurderes. Bruk egenbehandlingsplan. Ved behov for akutt hjelp kontakter pasienten selv fastlege/ legevakt/ 113.

Ved normale målinger gjennomfører pasientene ukentlig måling/innrapportering. Ved gule og røde målinger anbefales det å måle daglig inntil de er i grønn sone igjen. Pasienten mottar støtte og veiledning i bruk av egenbehandlingsplanen som er utarbeidet, og oppfordres til å iverksette tiltak som beskrevet i planen.

Dersom det skal gjøres endringer av terskelverdier, gjøres dette etter forordning av lege. Endringer skal dobbelt-kontrolleres. Det dokumenteres i journal hvem som har gjort endringene, når det er gjort og hvem som har kontrollert at de er korrekte jf. forordning.

### Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

Egenbehandlingsplanen er et godt verktøy for involvering og ansvarliggjøring av pasienten. Det er gjort uttrekk på forbruk av helsetjenester, som viser en reduksjon i forbruk av øyeblikkelig helsetjenester i sykehus og kommune. Resultatet antyder at pasientene iverksetter tiltak tidligere enn før og at mer alvorlige forverringer unngås. Pasientene ser ut til å få et mer stabilt sykdomsforløp. Videre er egenbehandlingsplanen et særdeles godt verktøy for oppfølgingstjenesten i forbindelse med den daglige veiledningen av pasienten. Oppfølgingstjenesten veileder pasienten i tiltak og medikamenter som er utarbeidet i samarbeid med, og godkjent av fastlege eller spesialist. Samarbeidet mellom oppfølgingstjenesten og lege bidrar til økt erfaringsdeling på tvers og samarbeid med fagspesifikke avdelinger ved sykehuset fremmer kvaliteten på egenbehandlingsplanene. Pasienten opplever økt trygghet ved at de har én kontakt å forholde seg til som kan ivareta kommunikasjonen mellom flere helseaktører.

### Samarbeid mellom aktørene

#### Samarbeid med sykehusavdeling/ spesialist

Oppfølgingstjenesten samarbeider tett med lungelege og kardiolog på Ahus. Det er ukentlig tverrfaglige dialogmøter hvor oppfølgingstjenesten kan ta opp pasienter i prosjektet som er i behov av vurdering hos spesialist. Sykepleier på oppfølgingstjenesten, koordinator ved sykehusavdeling og spesialist deltar på møtene. Koordinator ved sykehusavdelingene har ansvar for innkalling til møtene.

De tverrfaglige dialogmøtene mellom oppfølgingstjenesten og ressurspersoner ved sykehuset foregår per i dag elektronisk gjennom Norsk helsenett, men ved anskaffelse av ny løsning kan det forekomme endringer som vil medføre oppdatering av denne tjenestebeskrivelsen.

Pasientene som tas opp på disse møtene kan bli kalt inn på egne polikliniske timer, og man forsøker ut en form for brukerstyrt poliklinikk. Pasientene får ofte justert og oppdatert egenbehandlingsplanen under disse møtene. Ressurspersonene ved sykehuset har ansvar for å sende alle notat fra møtene vedrørende vurderinger og endringer rundt pasientoppfølgingen til aktuell fastlege, oppfølgingstjenesten og eventuell sykepleietjenesten i bostedskommune dersom pasienten mottar tjenester fra hjemmesykepleien.

I prosjektet har det også vært et tett samarbeid mellom ambulant lungeteam ved Ahus og oppfølgingstjenesten om felles pasienter. Lungeteamet sender notat fra hjemmebesøk til oppfølgingstjenesten. Oppfølgingstjenesten kontakter lungeteamet ved endringer hos pasienten ved behov. Lungeteamet forsøker å redusere hjemmebesøk hos de pasientene som ivaretas godt av MILA3.

### **Samarbeid med fastlege**

Oppfølgingstjenesten informerer fastlegen via elektronisk melding i journalsystemet når ny pasient inkluderes. Det gis ut informasjon om tjenesten, terskelverdier og målinger. All dialog foregår via disse meldingene, men telefonnummer til oppfølgingstjenesten gis ut ved oppstart.

For pasienter som ikke har henvisning eller oppfølging fra sykehuset er det fastlege som har ansvar for terskelverdier og tiltak i pasientens egenbehandlingsplan. Der fastlege har ansvaret sender oppfølgingstjenesten ny elektronisk melding til fastlege etter 14 dager, for dialog om terskelverdier og medisinerings i pasientens egenbehandlingsplan.

Oppfølgingstjenesten forespør/informerer ofte fastlege når det vurderes ønskelig med vurdering hos spesialist. Fastlege får informasjon ved oppstart om at det er mulighet for å delta på dialogmøter med spesialist.

### **Samarbeid mellom oppfølgingstjenesten og kommune**

Dagens løsning for DHO inkluderer ikke muligheter for informasjonsutveksling mellom kommuner eller mellom kommune og sykehusavdeling. Det er heller ikke felles journalsystem i tjenesten. Informasjonsutveksling rundt pasientene skjer derfor via dialogmelding i kommunenes journalsystem eller via telefon. Hjemmesykepleien og oppfølgingstjenesten samarbeider hos de pasientene der man ser behov for tettere dialog/kontakt. Dette forgår via elektroniske meldinger i kommunens journalsystem og telefon.

Det er opprettet egen Teamsgruppe som benyttes til kommunikasjon med lokale DHO Koordinatorer hos hver samarbeidspart. Videre gjennomføres koordinatormøter hver 6.uke.

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

Gjennom hele prosjektet har MILA hatt en utnevnt brukerrepresentant fra LHL for pasienter med kronisk sykdom, som har sikret brukermedvirkning underveis. Representant har vært involvert i kartlegging av behov, både gjennom deltakelse ved workshop, utarbeidelse av pasientforløp og

småskala testing/pilotering og evaluering, samt videre fremtidig behov i forbindelse med anskaffelse av DHO system. Helsepersonell og ledelse i sykehus og virksomhetsledere i kommune involveres i kartlegging av nye pasientgrupper. Ved oppstart av nye pasientforløp har aktuelle aktører vært involvert i workshops for å definere flyten og arbeidsfordelingen i et digitalt forløp. Ved oppstart av MILA1 hadde man et samarbeid med brukerrepresentant fra fastlegene. I MILA3 har samarbeidet med fastlegene blitt ivaretatt via kommunikasjon gjennom kommuneoverleger, høstmøter og fastlegenes arbeidsutvalgsmøter. Videre har det vært en fastlege fra Ullensaker og fra Nordre Follo og som har stilt seg disponible ved erfaringsutveksling og innspill knyttet til samhandlingsbehovet i DHO.

## Digitalt system for DHO

Det digitale systemet for digital hjemmeoppfølging benyttet i prosjektfasen ble levert via Siemens Healthineers via en forsknings- og utviklingsavtale (FOU-avtale).

Det digitale systemet levert av Siemens Healthineers benyttes består av to separate systemer. Open Tele Health (OTH) er et system hvor helsepersonell får oversikt over tjenestemottakernes måldata, skjemabesvarelser og kan ha asynkron kommunikasjon med pasienten. Systemapplikasjonen som tjenestemottaker benytter for å registrere målinger, besvare spørreskjema og asynkron kommunikasjon med oppfølgingstjenesten inn i OTH, heter Digitalhands. Det andre digitale systemet som sammen med OTH muliggjør digital hjemmeoppfølging, er systemet og applikasjonen Egenbehandlingsplan, hvor pasienten kan klikke seg inn for å se tiltak relatert til sine symptomer og sonebeskrivelse.

### Måleutstyr i tjenesten

Pasientene som mottar tjenesten digital hjemmeoppfølging får utdelt utstyr for hjemmemåling av vitale parametere, ut ifra diagnose. Pasienter med kols får tildelt pulsoxymeter og blodtrykksapparat. Pasienter med hjertesvikt får tildelt blodtrykksapparat. Nettbrett/smarttelefon, temperaturmål og vekt må pasientene selv sørge for. Bostedskommune er ansvarlig for innkjøp av utstyr og for å sørge for utdeling av utstyr til pasient. Kommunene i samarbeidet må tilpasse seg anbefalt utstyr og avtale med leverandør av DHO. Oppfølgingstjenesten fører oversikt over utstyr hos hver pasient som mottar tjenesten.

### Leverandørsamarbeid og anskaffelse

Samarbeidet med leverandør om utvikling av systemet fungerte meget godt i MILA1 og MILA2. I MILA3 ble det imidlertid utfordringer med ressurser hos leverandør og videreutviklingen av selve systemet. Leverandøren annonserte til prosjektet at de ønsket å trekke seg fra DHO markedet og prosjektet startet arbeidet med å forberede seg på en anskaffelse av nytt DHO system. Noen måneder etter gikk Siemens Healthineers tilbake på sin beslutning om å trekke seg fra DHO-markedet, og besluttet å videreføre DHO satsningen. Avtalen mellom partene var en FOU-avtale og i forbindelse med mål om overgang fra prosjekt til drift ved prosjektslutt 2024 ble det likevel igangsatt et arbeid for å komme i gang med en anskaffelse av DHO system. MILA fremmet et initiativ om en felles anskaffelse i helsefellesskapet med mål om økt samhandling om pasienter som mottar DHO på tvers av fag- og tjenestenivåer. Initiativet ble etablert som et eget underprosjekt.

Gjennomføringen av felles anskaffelse har krevd mye forankring og møtevirkosomhet med alle partene i Helsefellesskapet, helt ned til aktører på driftsnivå, politiske fora, sykehusledelse, kommunestyre, helseledernetverkene samt nasjonale aktører som Helsedirektoratet og Norsk helsenett. Erfaringen

er at felles anskaffelser er komplekse og det er tidkrevende å sikre dialogen og de ulike behovene og innspillene fra alle partene.

Felles anskaffelse av DHO-løsning ble publisert 3. oktober 2024 som en konkurranse med forhandling. Følgende parter deltar på samkjøp: kommunene Ullensaker, Nes, Gjerdrum, Aurskog-Høland, Nordre Follo, Frogn og Nesodden. Følgende parter deltar på opsjon: Ahus og kommunene Eidsvoll, Nannestad, Hurdal, Rælingen, Nittedal, Lillestrøm, Lørenskog, Enebakk og Ås. Leverandørene leverte tilbud innen fristen 9. desember og Innkjøpskontoret AS leder anskaffelsesprosessen inntil avtale med ny leverandør er signert.

### Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Erfaringene fra prosjektet viser til flere fordeler med å samles om en felles oppfølgingstjeneste. Det gir mulighet for kommunene til å samles om ett kontaktpunkt inn mot fagavdelingene på sykehuset og muliggjør det som har vært unikt med MILA; samarbeidet med spesialist gjennom ukentlige tverrfaglige dialogmøter hvor man diskuterer utfordringer hos pasienter som kommunen og spesialisthelsetjenesten har felles behandlingsansvar for. Samarbeid med spesialist avlaster fastlegene og sikrer pasientene økt helsekompetanse. Se mer om tjenestemodellen i vedlegg 3. Fordelene er også knyttet til kostnadsbesparelser, kompetanse i oppfølgingstjenesten, håndtering av personellressurser, sykdom og ferieavvikling. Samarbeid fremmer en bærekraftig tjeneste og bidrar til mer likeverdige helsetjenester i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027.

Denne organiseringen fordrer imidlertid en samarbeidsmodell med delt dataansvar og det krever en koordinering og styring av samarbeidet. Videre fordrer det at en part er eier og drifter oppfølgingstjenesten, noe som innebærer en viss risiko.

### Etiske vurderinger

Det er viktig at man kan stole på de dataene som samles inn i forbindelse med pasientmålinger som gjøres av pasienten hjemmefra, ettersom beslutninger om tiltak og medisinerings vurderes basert på disse dataene. Feilaktige data kan føre til feilbehandling. I prosjektet har man stilt krav til utstyr som er tilstrekkelig testet og vist seg å ha høy grad av pålitelighet og kvalitet.

Noen digitale systemer og utstyr kan ha begrensninger innen tilgjengelighet på versjon og type mobile enheter. Videre setter tjenesten føringer for at pasienten kan benytte egen mobil enhet. Dette kan skape et skille mellom de som har tilgang til nødvendige enheter og internettilgang, og de som ikke har det. Tilstrekkelig teknologisk kompetanse er ikke nødvendigvis en forutsetning, da man har sett at systemene i DHO er enkle å lære seg og de aller fleste mestrer systemet. Kognitive svekkelser er en større utfordring, og utvikling av dette er viktig å hele tiden vurdere under et DHO forløp.

## 6 Prosessveiledning

### Prosessveiledning fra InnoMed

#### Tjenesteskisse

I forbindelse med felles anskaffelse hvor målet var å få på plass et system som muliggjorde samhandling om pasienter som mottar DHO på tvers av virksomhet- og tjenestenivå var det behov for å skissere et helhetlig pasientforløp med DHO. Målet med en slik tjenesteskisse var å synliggjøre behovet ovenfor leverandørene i forbindelse med gjennomføringen av en felles anskaffelse av digitalt system for DHO.

I forbindelse med dette behovet mottok prosjektet støtte fra InnoMed i form av bistand av tjenstedesigner fra InnoMed. Det ble gjennomført 3 digitale møter hvor prosessen var: 1. Enighet rundt behov og formidling av tjenesteforløp og flyt. 2. Dialog og innspill på utkast fra tjenstedesigner 3. Ferdigstilling og overlevering av tjenesteskisse og figurer i et program som prosjektet kunne benytte videre for fremtidig justering. Ferdigstilt tjenesteskisse (vedlegg 4) er delt med alle aktørene i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet og ble benyttet i felles anskaffelse slik som tiltenkt.

#### Tjenesteprismodell

Ved overgang fra prosjekt til drift var det behov for å få på plass en tjenesteprismodell for samarbeidet om felles oppfølgingstjeneste for DHO. Det ble søkt InnoMed for bistand til utvikling av en tjenesteprismodell som la til rette for enkel forvaltning av drift, rettferdig og forutsigbar pris samt reduksjon av risiko for vertskommunen.

Arbeidet startet med at InnoMed fasiliterte to workshops sammen med andre prosjekter i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Workshopene bidro til erfaringsutveksling rundt viktige momenter å hensynta i en tjenesteprismodell. Videre fikk prosjektet utnevnt en kontaktperson fra InnoMed med erfaring og kompetanse rundt utvikling av tjenesteprismodeller. Samarbeidet mellom ressursperson og prosjektet har fungert meget bra og har vært særdeles viktig for prosjektets prosess rundt overgang til drift. Ressursperson fra InnoMed har bidratt inn i styringsgruppemøter samt samarbeidsmøter med alle partene i MILA samarbeidet for å forklare og forankre foreslått modell. Arbeidet har resultert i en modell som er besluttet benyttet i drift i 2025, som ivaretar prinsipper som ble fremhevet som viktige ved oppstart. Denne kortsiktige modellen er enkel å administrere, samt forutsigbar, relatert til betaling og budsjettering for hver kommune. Detaljert beskrivelse av tjenesteprismodellen fremgår i vedlegg 3.

Videre er det anbefalt en mer langsiktig modell som overleveres driftsrådet for vurdering av innføring i 2026. Den langsiktige tjenesteprismodellen skal i større grad ivareta prinsipper som:

- Insentiver for å øke antall tjenestemottakere, også kalt økt inklusjon
- Jevn betaling per tjenestemottaker i løsningen
- Rettferdig fordeling mtp. innbyggertall
- Redusert risiko for vertskommunen

### Veiledning og pressestøtte fra Helsedirektoratet

Gjennom jevnlig fellessamlinger i det Nasjonale velferdsteknologiprogrammet har prosjektet knyttet relasjoner med viktige samarbeidspartnere nasjonalt. Samlingene har bidratt til deling av refleksjoner og erfaringer og bygget bro mellom prosjektene. Programmet har bidratt til at prosjektet

har kunnet knytte samarbeid med andre prosjekter nasjonalt, som står i samme utfordringsbilde og prosesser. Videre har programmet bidratt med struktur og forankring opp mot prosjekteier og forventinger til samarbeidspartnere lokalt i prosjektet.

## 7 Læringspunkter / erfaringer

### Erfaringer rundt suksesskriterier, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune

Felles oppfølgingstjeneste for DHO er en proaktiv tjeneste som krever stor grad av veiledning direkte opp møt pasienten. God veiledning, tett oppfølging og kjennskap til pasientene er en forutsetning for at pasient/bruker etter hvert klarer å nyttiggjøre seg av sin egenbehandlingsplan. Slik veiledning og oppfølging krever god kompetanse og faglig trygghet hos de ansatte. Dette tar tid å oppnå. Et suksesskriterium for å oppnå god kvalitet og en robust tjeneste er stabilitet i personell, både i oppfølgingstjeneste, og blant DHO koordinatorene og spesialistene hos den enkelte samarbeidspart. For å oppnå dette er forankring i ledelsen hos hver av partene essensielt. Erfaringen i fra prosjektperioden er at de DHO koordinatorstillingene som har hatt en fleksibel funksjon/rolle har oppnådd best resultater og effektiv inklusjon av pasienter. Koordinatorer bør inneha helsefaglig kompetanse og være organisatorisk tilknyttet under helse i kommunen, for å sikre tett dialog og forankring med nærmeste virksomhetsleder eller enhetsleder.

Dialogen og forankringen opp i politiske fora og øverste ledelse har vært avgjørende for å få en forståelse av hvorfor man bør satse på digital hjemmeoppfølging som del av vår ordinære helsetjeneste. I en slik forankring er det viktig å vise til god kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenesten, samt data som underbygger dette. Det gode datagrunnlaget som har vært høstet frem i løpet av prosjektperioden anses som avgjørende for at man har fått en beslutning om overgang fra prosjekt til ordinær drift.

Utfordringene er at datagrunnlaget høstet fra prosjektet er ikke tilgjengelig for alle, og i kommune har man ikke tilsvarende mulighet for datauttrekk. Enhver virksomhet er ansvarlig for å drive kvalitetsstyring av tjenester. For å fremme og synliggjøre effekter av samarbeidsmodeller på tvers av tjenestenivåer og fagnivåer, slik som i MILA, er det behov for å få på plass felles data til kvalitetsstyring av tjenesten og tilgjengeliggjøre disse gevinstmålingene for alle samarbeidsparter.

### Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO

Alle aktørene involvert i samarbeidet om tjenesten har et ansvar for å skape en god egenbehandlingsplan for pasienten. Fastlege og spesialist sin rolle er å anbefale pasienten som aktuell for å motta tjenesten DHO, men det er pasientens bostedskommune som beslutter tildeling av tjenesten. Her er det viktig med felles enighet og klare retningslinjer for inklusjonskriterier, samtidig som man alltid må vise skjønn når det kommer til vurderinger av den enkeltes nytte av tjenesten. Et samarbeid innebærer også viktighet av god tillitt mellom helseaktørene, tjenestenivåene og deres roller og ansvar definert i tjenestebeskrivelsen.

Tydelig definerte roller og ansvar er vesentlig for god kvalitet i tjenesten, og spesielt ved samhandling på tvers av nivåer og aktører. I prosjektet har man fått erfaring av viktigheten ved at avslutning av

tjenesten DHO er et ansvar som bør ligge til oppfølgingstjenesten. Kommunene som betaler for egne brukere i tjenesten skal ha eierskap og være beslutningstakere, men før avslutning av en slik tjeneste som innebærer tett samarbeid er det viktig med dialog på tvers av helseaktørene i tjenesten. Digital hjemmeoppfølging har bidratt til at sykehusavdelinger har startet med behovsstyrt poliklinikk, noe som er en svært viktig gevinst for både sykehuset og for pasienten. Dette innebærer imidlertid at rutinekontroller både innad i sykehus og hos fastlege kan ha blitt avsluttet. Det er derfor viktig å gjennomføre en vurdering i samarbeid med involverte aktører før DHO tjenesten avsluttes. Samtidig bør det være en forutsigbarhet ved varsel om avslutning av tjenesten innen en fastsatt tid, og ikke med umiddelbar virkning.

### Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi

I Mila prosjektet har man hatt en forsknings- og utviklingsavtale med Siemens Healthineers som leverandør av teknisk løsning for DHO. Et tett samarbeid med leverandør, rettet mot behov i tjenesten muliggjorde utvikling av egenbehandlingsplan fra en pdf versjon til digital versjon. Det ble lagt vekt på brukergrensesnitt både for pasient og helsepersonell i løsningen. Gjennom prosjektperioden har det vært tett dialog og jevnlig møtevirkosomhet hvor man definerte behov og felles mål sammen med leverandørene. I løpet av prosjektperioden og samarbeid med leverandør har man også erfart at leverandørmarkedet er avhengig av flere kunder som har det samme behovet i løsningen. Utvikling er kostbart for leverandørene og det er viktig at man nasjonalt blir mest mulig samlet om standarder for tjenesten og teknologien som kreves. Vi er avhengig av hverandre og godt samarbeid er avgjørende for at vi utvikler oss effektivt og i tråd med fremtidige behov.

## 9 Oppsummering og veien videre

Prosjektslutt for Nasjonalt velferdsteknologiprogram og MILA-prosjektet var 31.12.2025. Anbefalingen fra prosjektets styringsgruppe var overgang fra prosjekt til ordinær drift med piloterte pasientforløp for KOLS og hjertesvikt fra 1.1.2025.

Høsten 2024 ble det gjennomført en prosess med involverte kommuner for å beslutte videre innretning av DHO. I kommunestyret i Ullensaker kommune den 15.10.2024 ble det besluttet at DHO overføres til drift og blir en del av kommunens ordinære helsetjenestetilbud fra 01.01.2025. En felles oppfølgingstjeneste for DHO etableres for kommunene i Helsefellesskapet Ahus og kommunene. Oppfølgingstjenesten driftes av Ullensaker kommune. Samarbeidskommunene forplikter seg til å finansiere tilbudet via avtale om kjøp og salg av tjenester. Ny systemløsning for DHO anskaffes. Likelydende sak ble fremmet som saksfremlegg internt hos samarbeidskommunene.

23.12.2024 ble samarbeidsavtale om felles oppfølgingstjeneste for DHO signert av 10 kommuner (Ullensaker, Nes, Nannestad, Eidsvoll, Gjerdrum, Aurskog-Høland, Nordre Follo, Frogn, Nesodden og Nittedal) og Ahus. Ytterligere 3 kommuner (Ås, Enebakk, Lørenskog) har meldt at de ønsker å koble

seg på samarbeidet i løpet av 2026. Videre organisering av samarbeidet er skissert i Tjenestebeskrivelse, vedlegg 3.

Spredning av tjenesten til flere kommuner ivaretas i driftsmodellen. Det er sendt søknad til Helsedirektoratet via tilskuddsordningen "Tilrettelegging for å ta i bruk digitale tjenester i den kommunale helse- og omsorgssektoren", for å støtte opp ressurser til videreutvikling av tjenesten DHO, herunder skalere DHO til nye pasientgrupper som del av MILA samarbeidsmodellen og innføring av DHO som del av andre tjenesteområder i kommune.

## 10 Vedlegg

- Vedlegg 1. Digital hjemmeoppfølging Brukerundersøkelse oktober 2024
- Vedlegg 2. Artikkel i Fagblad for lungesykepleiere
- Vedlegg 3. Tjenestebeskrivelse og tjenestepriismodell felles oppfølgingstjeneste DH
- Vedlegg 4. Tjenesteskisse DHO MILA\_Innomed

## Oversikt over svar Lukket

Svar

180



Gjennomsnittstid

07:21



Varighet

61 Dager



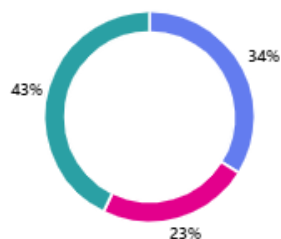
### 1. Kjønn

|        |     |
|--------|-----|
| Kvinne | 101 |
| Mann   | 79  |



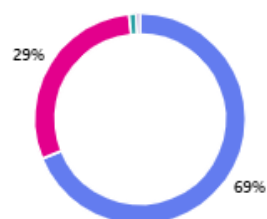
### 2. Hvor lenge har du hatt oppfølging med digital hjemmeoppfølging?

|              |    |
|--------------|----|
| 0-6 måneder  | 61 |
| 7-12 måneder | 42 |
| Over 1 år    | 77 |



### 3. I det store og hele hvordan opplever du digital hjemmeoppfølging?

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Jeg er svært fornøyd            | 124 |
| Jeg er fornøyd                  | 53  |
| Verken fornøyd eller misfornøyd | 2   |
| Jeg er misfornøyd               | 1   |
| Jeg er svært misfornøyd         | 0   |



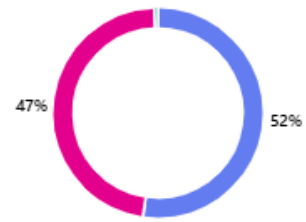
### 4. Har digital hjemmeoppfølging påvirket din fysiske helse?

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| Min fysiske helse er bedre enn før                           | 72  |
| Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min fysiske helse | 104 |
| Min fysiske helse er verre enn før                           | 2   |



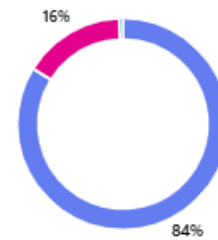
5. Har digital hjemmeoppfølging påvirket din livsglede?

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| ● Min livsglede er bedre enn før                           | 91 |
| ● Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min livsglede | 82 |
| ● Min livsglede er dårligere enn før                       | 1  |



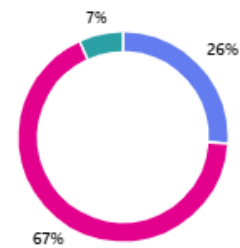
6. Har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| ● Jeg er tryggere enn før                                               | 150 |
| ● Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min opplevelse av trygghet | 28  |
| ● Jeg er mer utrygg enn før                                             | 1   |



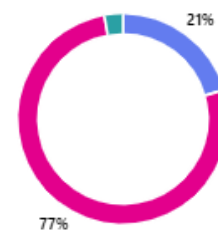
7. Har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du går til fastlegen?

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ● Jeg har redusert mine besøk til fastlegen                                  | 46  |
| ● Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket hvor ofte jeg går til fastlegen | 119 |
| ● Jeg har økt mine besøk til fastlegen                                       | 12  |



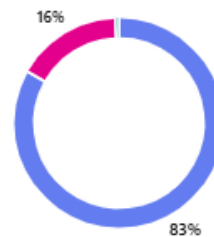
8. Har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem?

|                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| ● Digital hjemmeoppfølging har redusert mitt behov for tjenester      | 36  |
| ● Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket mitt behov for tjenester | 134 |
| ● Digital hjemmeoppfølging har økt mitt behov for tjenester           | 5   |



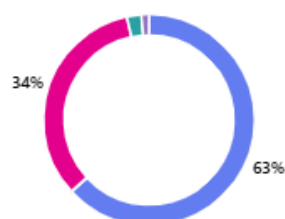
9. Har digital hjemmeoppfølging påvirket din kunnskap og/eller forståelse av dine helseutfordringer?

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Digital hjemmeoppfølging har økt min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer | 148 |
| Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min kunnskap og/eller forståelse av mine...      | 29  |
| Digital hjemmeoppfølging har redusert min kunnskap og/eller forståelse av mine...           | 1   |



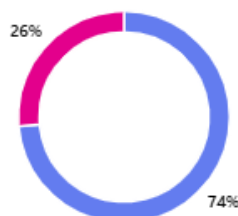
10. Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får fra oppfølgingstjenesten?

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Svært fornøyd                   | 113 |
| Godt fornøyd                    | 60  |
| Verken fornøyd eller misfornøyd | 4   |
| Misfornøyd                      | 2   |
| Svært misfornøyd                | 0   |



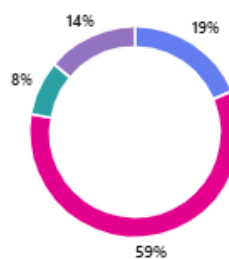
11. Har du en egenbehandlingsplan?

|     |     |
|-----|-----|
| Ja  | 131 |
| Nei | 47  |



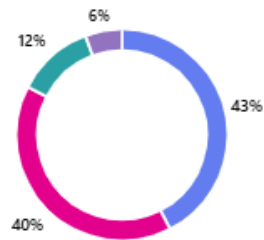
12. Hvor ofte benytter du egenbehandlingsplanen?

|           |    |
|-----------|----|
| Daglig    | 31 |
| Av og til | 98 |
| Sjeldent  | 14 |
| Aldri     | 23 |



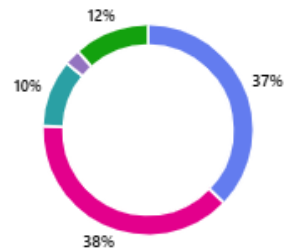
13. Opplever du at innholdet i egenbehandlingsplanen er tilpasset dine behov?

|              |    |
|--------------|----|
| I stor grad  | 68 |
| I noe grad   | 64 |
| Verken eller | 19 |
| I liten grad | 9  |



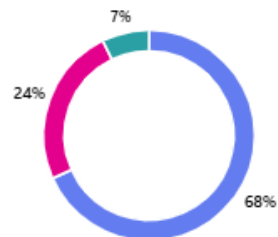
14. Opplever du at egenbehandlingsplanen er et nyttig hjelpemiddel når du har en forverrelse av din sykdom?

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| I stor grad                          | 61 |
| I noe grad                           | 63 |
| Verken eller                         | 17 |
| I liten grad                         | 4  |
| Har ikke hatt forverrelser av sykdom | 19 |



15. Dersom du ble/har vært innlagt på sykehus med akutt forverring av din sykdom, hva tenker du ville vært optimal oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset?

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Oppfølging en dag i uken er tilstrekkelig etter utskrivelse fra sykehus                                | 95 |
| Jeg opplever økt behov for oppfølging, med to dager i uken, etter utskrivelse fra sykehus              | 34 |
| Jeg opplever økt behov for oppfølging, med tre eller flere dager i uken, etter utskrivelse fra sykehus | 10 |



16. Hva har vært det beste med digital hjemmeoppfølging?

138  
Svar

Siste svar  
"Mer kontrol"  
"De følger opp. Gir beskjed, oppsøk lege. Vært viktig, at de i tillegg ringer, når de ... "  
...

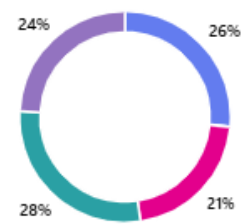
17. Hvilke forslag har du til forbedringer?

97  
Svar

Siste svar  
"Bra som det er"  
"Fortsette med den personlige kontakt"  
...

18. Høsten 2023 startet vi med oppfølging hver ukedag fremfor fast oppfølgingsdag én dag i uken. Hvordan opplever du at dette dekker ditt behov for oppfølging?

|                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <span style="color: #4F81BD;">●</span> Jeg opplever at oppfølging hver ukedag dekker mine behov bedre enn kun en fast oppfølgingsdag i uken | 45 |
| <span style="color: #E91E63;">●</span> Jeg opplever ikke noe forskjell i oppfølgingen                                                       | 36 |
| <span style="color: #009688;">●</span> Jeg opplever at oppfølging fast en dag i uken dekket mitt behov bedre                                | 48 |
| <span style="color: #9575CD;">●</span> Jeg har ingen formening om dette                                                                     | 41 |



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

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

---

**Marte Aasen Fredriksen**, *spesialsykepleier*, oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging, Ullensaker Kommune  
[Marte.Aasen@ullensaker.kommune.no](mailto:Marte.Aasen@ullensaker.kommune.no)

**Maren Skogli Pettersen**, *spesialsykepleier*, oppfølgingstjenesten digital hjemmeoppfølging, Ullensaker Kommune  
[Maren.Skogli.Pettersen@ullensaker.kommune.no](mailto:Maren.Skogli.Pettersen@ullensaker.kommune.no)

**Nina Mickelson Weldingh**, *prosjektleder digital hjemmeoppfølging*, Ullensaker Kommune  
[Nina.m.weldingh@ullensaker.kommune.no](mailto:Nina.m.weldingh@ullensaker.kommune.no)

---

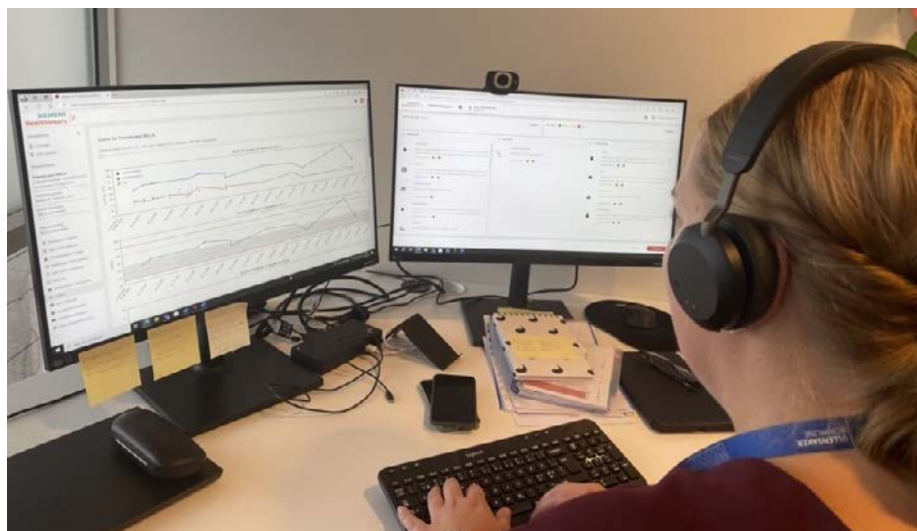
**M**itt liv, mitt ansvar (MILA) er en av seksten delprosjekter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som jobber for å støtte innføring av ny teknologi i helsetjenesten og for at digital hjemmeoppfølging (DHO) skal kunne bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Formålet med prosjektet er å:

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

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

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





Marte Aasen Fredriksen



Maren Skogli Pettersen



Nina Mickelson Weldingh

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

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

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

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

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

*«Det bidrar til økt kvalitet på egenbe-handlingsplanene, raskere medisinsjuseringer samt at det fremmer en mer brukerstyrt poliklinikk, basert på behov fremfor rutinekontroller»*

(Nina Weldingh)

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

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

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

### Organisering av tjenesten og oppfølgingen

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

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

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

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

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

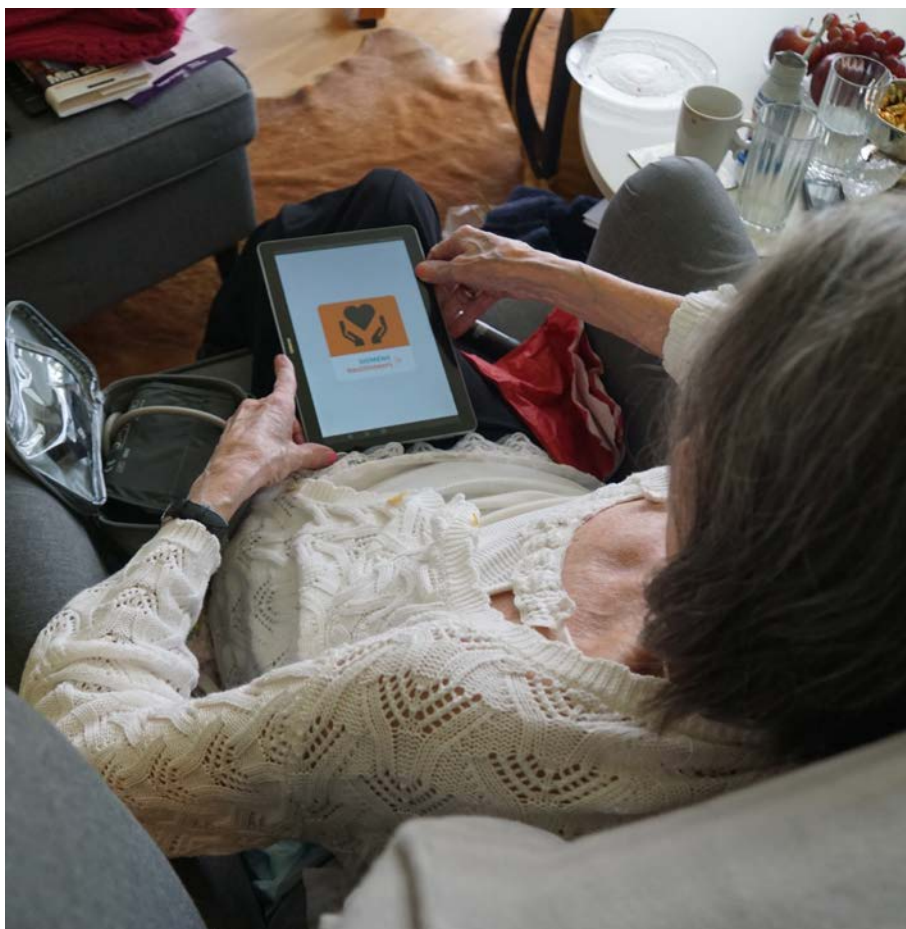
behov for kontroll hos spesialist. Pasienten kommer da inn til time på lungepoliklinikken via prosjektet til lungefunksjonstester, møte med sykepleier og samtale med lege. Sykehuset opplever at dette samarbeidet bidrar til å fremme en mer brukerstyrt poliklinikk. Poliklinikken kutter nå rutinekontrollene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

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

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

### **Økt mestring gjennom en digital egenbehandlingsplan**

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



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

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

### Hvilken verdi opplever pasientene at digital hjemmeoppfølging gir dem?

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

### Turids historie

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

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

Ved oppstart med DHO ble det raskt avdekket at hun hadde veldig lav metning, SaO<sub>2</sub> på 75 –78% og høyt blodtrykk. Hun fikk nye blodtrykks- og inhalasjonsmedisiner hos fastlegen. Dette gav god effekt, og Turid fikk håp om at hverdagen kunne bli bedre. Ved å utføre regelmessige målinger har Turid lært mer om sin egen helse og hva hun selv kan gjøre for å holde seg i best mulig form. Hun opplever det trygt å vite at det er noen som følger med, og man blir godt kjent selv når oppfølgingen foregår digitalt. Målsamtalen med oppfølgings-tjenesten gjorde henne mer bevisst om at det fortsatt er mulig å gjøre tiltak i hverdagen. Hun har jobbet mye med røykeslutt og har forsøkt flere ganger tidligere uten å lykkes. Nå har Turid brukt god tid og det ble laget en plan. Med støtte fra både oppfølgingstjenesten, og Frisklivssentralen i kommunen er hun blitt røykfri. Etter tre måneder uten røyk, ble Turid tatt opp på det ukentlige tverrfaglige dialogmøte oppfølgingstjenesten har med lungelege og sykepleier på lungepoliklinikken ved Ahus. Hun kom inn på en av prosjektets



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

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

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

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

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

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

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

### Lailas historie

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

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

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



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

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

### Avslutning

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

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



## NSF FLU Landskonferanse Bodø 2024



### NSF FLU LANDSKONFERANSE 2024

Vi ønsker alle hjertelig velkommen til  
**Landskonferansen i 2024**  
**Radisson BLU Hotel, Bodø**  
**[WWW.LUNGESYKEPLEIERE.NO](http://WWW.LUNGESYKEPLEIERE.NO)**

## Tjenestebeskrivelse for samarbeidet om digital hjemmeoppfølging og felles oppfølgingstjeneste for Helsefellesskapet Ahus og kommunene

### Versjon 1.

#### UTKAST

#### En tjenestebeskrivelse i utvikling

Tjenestebeskrivelsen vil være i utvikling, men når det gjøres endringer lages ny versjon, som nummereres og dateres. Endringer skal løftes opp til orientering i Driftsrådet for dette tjenestesamarbeidet.

I denne tjenestebeskrivelsen vil begrepene pasient, bruker og tjenestemottaker brukes som likeverdige begrep om mottakene av tjenesten i dette samarbeidet.

#### Endringer fra forrige versjon:

Eventuelle endringer fra forrige versjon skal fremgå under dette punktet.

#### 31. jan. 2025.

- Omdefinert Kols inklusjonskriterier iht. nye standarder for 2024
- Lagt inn oppdaterte kontakter driftsråd

Del 1. Rammer

Del 2. Beskrivelse av tjenestemodell for digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom

Del 3. Tjenesteprismodell for felles oppfølgingstjeneste

## Del 1. Rammer

### 1.1. Beskrivelse av samarbeidsprosjektet og partenes forpliktelser

#### 1.1.1. Samarbeidsteamets sammensetning

Ved at medarbeidere fra både sykehuset og flere kommuner i helsefellesskapet Ahus og kommunene samarbeider om tjenesten digital hjemmeoppfølging (DHO) fremmes en likeverdig og helhetlig tjeneste.

Samarbeidet settes sammen av årsverk fra hver av partene for koordinator for tjenesten samt at kommunene deler på kostnader for en felles oppfølgingstjeneste. Kostnader for tjenesten og kostnadsfordeling er beskrevet i Del 3.

Samarbeidets sammensetning er illustrert i figur 1. under.



Figur 1. Samarbeidet i tjenesten

Årsverk for koordinatore og andre ressurspersoner hos partene her er en minimumsanbefaling. Hver part har ansvar for å påse at ressurser og årsverk dekker ansvarsoppgaver i samarbeidet.

#### 1.1.2. Lokalisering, ledelse og organisatorisk forankring

Samarbeidet er organisert i tre nivåer og inkluderer et driftsråd, et administrativt ledernivå og et driftsnivå. Organiseringen av samarbeidet er oppsummert i tabell 1. under.

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Driftsråd</b>                | <b>Deltakere: virksomhetsledere/enhetsledere hos hver av kommunene og avdelingsleder ved sykehuset</b><br><b>Mandat:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Følge opp måltall, stabilitet og gevinster</li> <li>Forankre lokalt</li> <li>Strategi og videreutvikling</li> <li>Evaluerer og rapporterer</li> </ul> <b>Møtefrekvens: kvartals vise møter hvor teamleder for samarbeidet er ansvarlig for innkalling.</b> |
| <b>Administrativt ledernivå</b> | <b>Deltakere: Administrativ og personal ansvarlig leder for oppfølgingstjenesten. Teamleder DHO</b><br><b>Ansvar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Følge opp personell og drift</li> <li>Regnskap og administrasjon</li> <li>Koordinerende for driftsråd</li> </ul> <b>Møtefrekvens: Ukentlige driftsmøter</b>                                                                                                   |
| <b>Driftsnivå</b>               | <b>Deltakere: Ansatte i oppfølgingstjenesten, koordinatorene hos den enkelte part.</b><br><b>Ansvar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inklusjon og opplæring av pasienter og personell</li> <li>Pasientoppfølging</li> <li>Gevinstrapportering</li> </ul> <b>Møtefrekvens: Mnd. koordinatormøter</b>                                                                                                             |

*Tabell 1. Organisering av samarbeidet*

Driftsrådet består av virksomhetsledere/enhetsledere hos hver av kommunene og avdelingsleder ved sykehuset. Driftsrådet skal være et rådgivende organ hvor mandatet er å følge opp måltallet av brukere, gevinster og forankre lokalt i egen linje. Videre skal driftsrådet følge opp stabilitet i ansatte og ivaretagelse av ansvarsoppgaver i samarbeidet. Driftsrådet skal komme med råd i de tilfeller det oppstår utfordringer i tjenesten eller samarbeidet. Videre skal driftsrådet bidra med vurdering av utvikling og oppskalering til nye kommuner og nye pasientgrupper. Driftsrådet skal årlig evaluere tjenesten og levere årsrapport på samarbeidet. Driftsrådet kan foreslå eventuelle endringer og justeringer i avtalen og tjenestepriismodellen. Driftsrådet skal ha kvartal vise møter. Oversikt over representanter i driftsrådet fremgår i tabell 2.

Driftsrådet skal:

- Følge opp stabilitet i ansatte og ivareta ansvarsoppgaver i samarbeidet
- Komme med råd i de tilfeller det oppstår utfordringer i tjenesten eller samarbeidet
- Bidra med vurdering av utvikling og oppskalering til nye kommuner/pasientgrupper
- Årlig evaluere tjenesten og levere årsrapport på samarbeidet
- Foreslå eventuelle endringer og justeringer i avtalen og tjenestepriismodellen
- Gjennomføre møter kvartalsvis

| <b>Kommune/Helseforetak</b> | <b>Navn deltaker</b> | <b>Rolle</b>                                   | <b>Deltatt fra dato</b> |
|-----------------------------|----------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| Ullensaker kommune          | Annbjørge Laache     | Avdelingsleder<br>Lavterskeltilbud og Mestring | 01.01.2025              |
| Ahus, Hjertermed avd.       | Henrik Shcimrer      | Fagansvarlig kardiolog                         | 01.01.2025              |
| Ahus, Lungemed avd.         | Anne Edvardsen       | Avdelingsleder lungemed.                       | 01.01.2025              |
| Nes kommune                 |                      |                                                | 01.01.2025              |

|                        |                        |                                                            |            |
|------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|------------|
| Nannestad kommune      | Cathrine Stenbrenden   | Enhetsleder Omsorgsboligen og hjemmetjenesten indre sone   | 01.01.2025 |
| Eidsvoll kommune       | Trine Kjelbergvik      | Virksomhetsleder Hjemmebaserte tjenester Helse-og mestring | 01.01.2025 |
| Gjerdrum kommune       | Nina Kristine Svendsen | Leder forvaltning og stab                                  | 01.01.2025 |
| Aurskog-Høland kommune | Marita Hoftvedt-Sægrov | Rådgiver Helsestab og tildeling                            | 01.01.2025 |
| Nordre-Follo kommune   | David J. Sørensen      | Virksomhetsleder, Rehabilitering og legetjenester          | 01.01.2025 |
| Frogn kommune          | Silje Solbakken        | Fagleder Koordinering og Mestring                          | 01.01.2025 |
| Nesodden kommune       | Sandra Edvardsen       | Virksomhetsleder hjemmebaserte tjenester                   | 01.01.2025 |
| Nittedal kommune       | Toril Vesteng Heggen   | Enhetsleder tverrfaglige hjemmetjenester                   | 01.01.2025 |

*Tabell 2. Representanter i driftsrådet*

Oppfølgingstjenesten er organisatorisk forankret i sektor Helsevern- og sosial omsorg, Enhet tjenester til hjemmeboende, Avdeling lavterskeltilbud og mestring, ved Ullensaker kommune. Avdelingsleder har det administrative og personellmessige ansvaret for ansatte i oppfølgingstjenesten. Oppfølgingstjenesten sitter samlet i samme lokale ved Pårørendes hus i Ullensaker kommune. Det vil være definert en fagansvarlig i oppfølgingstjenesten, fordelt på 2 ansatte, som har ansvar for oppdatering av rutiner, bidra med faglig forbedring av tjenesten samt koordinere samarbeidet med koordinatorene hos hver av partene i samarbeidet. Ullensaker kommune har ansvar for å drifte oppfølgingstjenesten og føre eget regnskap for denne.

I starten anses det hensiktsmessig å ha en teamleder for tjenesten som følger opp tjenesten over i drift og koordinerer møter med driftsrådet. I tillegg vil det være en fagansvarlig ved oppfølgingstjenesten som rapporterer til administrativ ledelse i Ullensaker samt samarbeidets teamleder, heretter benevnt DHO teamleder. Teamleder organiseres i Ullensaker kommune, for å sikre tett dialog med oppfølgingstjenesten. Teamleder rapporterer til kommunaldirektør Helse i Ullensaker kommune, men har tett dialog og jevnlig møter med nærmeste personalleader for oppfølgingstjenesten, Avdelingsleder lavterskeltilbud og mestring.

Hver av partene deltar inn i samarbeidet med egne ressurser som inkluderer DHO koordinatorene hos hver av kommunene og sykehusavdelingene samt spesialist ved fagavdeling ved sykehuset. Disse ressursene er ansatt eller engasjert av den enkelte part i dette samarbeidet. Partene har arbeidsgiveransvar for egne ansatte og er ansvarlige for å sikre stabil bemanning og oppdekking av fravær av egne ansatte for å ivareta oppgavene som inngår i tjenesten. Hovedsakelig vil koordinatorene hos hver part inngå som superbrukere av DHO og den tekniske løsningen som er anskaffet til dette formålet. Ved flere koordinatorene hos den enkelte part skal ansvarlig superbruker oppnevnes.

### **1.1.3. Rekruttering og opplæring**

Det overordnede ansvaret for rekruttering av ansatte i samarbeidet beskrevet under 1.1.1 ligger hos den enkelte part. Det betyr at Ullensaker kommune har ansvar for rekruttering, opplæring og kompetanse samt effektiv drift av oppfølgingstjenesten, og hver part har selv ansvar for rekruttering

av egne koordinatore og personell i samarbeidet. Koordinatorer bør inneha helsefaglig kompetanse og være organisatorisk tilknyttet under helse i kommune for å sikre tett dialog og forankring med nærmeste virksomhetsleder eller enhetsleder som deltar inn i samarbeidets driftsråd. Ved langtidsfravær har hver part ansvaret for å sikre vikardekning etter behov og i samråd med teamleder DHO. Oppfølgingstjenesten har ansvar for å sikre opplæring av koordinator hos eventuelle nye kommuner eller sykehusavdelinger som kobler seg opp i løpet av samarbeidsperioden. Videreføring ved rekruttering av nytt personell ved opptrapping eller ved at noen slutter skal i hovedsak ivaretas av den enkelte part.

#### **1.1.4. Åpningstid**

Åpningstider for oppfølgingstjenesten er mellom 8:00-15:30. Pasientoppfølging foregår mellom kl. 9-15, utover dette benyttes tiden til planlegging, møtevirksomhet, herunder tverrfaglige møter og samarbeidsmøter, eventuell opplæring og forbedring av tjenesten. Tjenesten er ikke en akutt tjeneste og det presiseres tydelig til tjenestemottakere og samarbeidsaktører at ved behov for øyeblikkelig hjelp, må Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) kontaktes.

#### **1.1.5. Driftsmidler**

Hver part dekker selv eventuelle kostnader i forbindelse med tjenestebil eller kjørebok for den ansatte koordinator. Driftsmidler for felles oppfølgingstjeneste og økonomisk fordeling blant partene er videre beskrevet i Del 3. Tjenestepriismodell. I tillegg kommer utgiftene knyttet til teknisk løsning for digital hjemmeoppfølging og utstyr tilknyttet det aktuelle i pasientforløpet. Driftsmidler til sistnevnte vil faktureres direkte fra leverandør etter ny anskaffelse av løsning for digital hjemmeoppfølging er på plass.

Videreutvikling av tjenesten ut til nye pasientgrupper vil kreve ytterligere finansiering. Det vil, i dialog med driftsrådet etterstribes å søke eksterne finansieringsmidler til videreutvikling og begrenning av driftskostnader.

#### **1.1.6. Arbeidsbetingelser**

Ansatte i samarbeidet vil ha sine ansatt rettigheter og de arbeidsbetingelser som er knyttet til den kommunen/sykehusavdelingen de er ansatt ved.

Avdelingsleder lavterskeltilbud og mestring har det administrative drift og ressursansvaret for oppfølgingstjenesten. Nærmeste personalleder for ansatte i samarbeidet har ansvaret for medarbeidersamtaler og sykefraværsoppfølgingen av sine ansatte og har dialog med teamleder DHO ved lengre fravær. Deltagelse på aktuelle kurs må stå i relasjon til den daglige driften som må prioriteres. I hovedsak dekkes kursing av ansatte av den enkelte part.

#### **1.1.7. Datadeling og dokumentasjon**

Det digitale systemet for digital hjemmeoppfølging er per avtaleinngåelse levert av Siemens Healthineers, men partene er i en pågående anskaffelse av nytt system med formål om samhandling om felles pasienter. Felles system eller funksjoner som muliggjør deling av data og viktig informasjon om pasientene i samarbeidet effektiviserer arbeidet og bidrar til at nyttig informasjon relevant for pasientoppfølgingen er tilgjengelig for helseaktørene ved behov. Ved avtaleinngåelse med leverandør av nytt system for DHO vil denne tjenestebeskrivelsen oppdateres med de endringer som fremgår av dokumentasjons- og informasjonsflyt og datadeling. Ved felles system og samarbeid om pasientene oppstår et delvis delt dataansvar, egen avtale for dette er vedlagt Samarbeidsavtalen (Vedlegg 2). I tillegg vil det inngås egne databehandlervtaler mellom hver part og leverandør av teknisk løsning. Ansatte hos den enkelte part har ansvar for journalføring iht. gjeldende lovverk og retningslinjer. Informasjonsutvekslingen er videre beskrevet under Del 2.

#### **1.1.8. Samtykkebetraktninger**

Behandling og informasjonsutveksling mellom ulike tjenestenivåer, fagområder og juridiske enheter skal være basert på informert samtykke. Et samtykke kan i hovedsak gis skriftlig og muntlig og kan være eksplisitt eller implisitt/stilltiende. En pasient som forstår hva helsehjelpen og informasjonsdelingen innebærer og tar den imot har stilltiende samtykket. I forbindelse med delingen av personopplysninger mellom kommuner og tjenestenivåer er det nødvendig å innhente informert samtykke. Dette skal dokumenteres i journal.

Det er ønskelig å samle data for å se på nytteeffekter av tjenesten, og i den forbindelse skal skriftlig samtykke fra pasienten innhentes ved beslutning om tildeling av tjeneste. Videreføring av innhenting av skriftlig samtykke vurderes årlig i dialog med personvernombud i Ullensaker kommune og driftsrådet. Pasienten skal motta muntlig og skriftlig informasjon utarbeidet av oppfølgingstjenesten, der de forhold pasienten trenger informasjon om for å kunne gi et informert samtykke fremgår. Den ansatte som innhenter samtykket skal dokumentere at informasjon er gitt. Koordinator hos den aktuelle part har et individuelt ansvar for å ivareta dette samt ansvar for korrekt oppbevaring av samtykker.

#### **1.1.9. Pasientsikkerhet og kvalitet**

Tjenestemottakerne i aktuelle samarbeid om digital hjemmeoppfølging ivaretas i henhold til gjeldende prosedyrer og rutiner utarbeidet av oppfølgingstjenesten i samarbeid med sykehus og kommuner i samarbeidet. Hver part har ansvar for etterlevelse av disse samt at disse er innarbeidet i aktuelle kvalitetssystemer. Felles rutiner skal sikre likeverdig behandling og ivaretagelse av pasientsikkerheten. Oppfølgingstjenesten har ansvar for at eventuelle endringer i rutiner tas opp i koordinatormøter med partene, samt tilgjengeliggjøring av siste versjoner i samarbeidets teams kanal.

#### **1.1.10. Instruksjonsmyndighet, ansvarsforhold og klagerettigheter**

Hver enkelt part har ansvar for den helsehjelpen som ytes. Pasientsikkerheten og personvernet utøves i henhold til gjeldende regler hos den enkelte virksomhet og den enkelte virksomhet har instruksjonsmyndighet i forhold til egne ansatte. Feil, klage eller forhold som berører erstatning til tredjemann er regulert i samarbeidsavtalen.

## **Del 2.**

### **Beskrivelse av tjenestemodell for digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom**

Tjenestemodell for digital hjemmeoppfølging er et resultat av en pilotert tjenestemodell som del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram fra 2018 til 2024. Formålet med tjenestemodellen er at tjenestemottakerne skal oppleve økt mestring, trygghet og i større grad være i stand til å ta ansvar for egen helse. Prosjektet ble kalt Mitt liv, mitt ansvar og tjenestemodellen for digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom som denne beskrivelsen omfatter vil heretter også benevnes MILA modellen.

#### **2.1. Digital hjemmeoppfølging i MILA modellen**

Målgruppen er pasienter med kronisk sykdom, med medium eller høy risiko for forverrelse av tilstand, innleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. I 2025 omfatter tjenestetilbudet pasienter med kols og hjertesvikt. Inklusjonskriterier og avslutningskriterier er spesifisert under punkt 2.1.4.

Formålet med tjenesten er at pasienten skal få økt mestring av egen helse og ta større del i oppfølgingen av egen sykdom.

For å sikre at digital hjemmeoppfølging blir en helhetlig tjeneste hvor pasienten er i sentrum, er det avgjørende at tjenestene samarbeider på tvers av nivåer og at ansvaret for behandling og oppfølging av pasienten settes i et system som sikrer at pasienten opplever tjenesten som sømløs.

#### **2.1.1. Teknisk systemløsning for digital hjemmeoppfølging**

Samarbeidspartnerne deltar i en felles anskaffelse av løsning for digital hjemmeoppfølging. Men for å ivareta helsehjelpen til eksisterende tjenestemottakere i prosjektet vil tjenesten ved oppstart 1. januar 2025 benytte prosjektavtale med Siemens Healthineers, om levering av digital systemløsning, inntil ny leverandøravtale er på plass.

Det digitale systemet levert av Siemens Healthineers benyttes består av to separate systemer. Open Tele Health (OTH) er et system hvor helsepersonell får oversikt over tjenestemottakernes måledata, skjemabesvarelser og kan ha asynkron kommunikasjon med pasienten. Det er oppfølgingstjenesten som koordinerer, gir og fjerner tilgang i OTH. Koordinatorer i prosjektet har tilgang til egne pasienter i egen separat gruppe adskilt fra de andre partenes grupper. Det oppstår et felles dataansvar mellom kommune, oppfølgingstjenesten og sykehuset, derav utarbeides Avtale om delvis delt dataansvar, vedlagt samarbeidsavtalen. Applikasjon som tjenestemottaker benytter for å registrere målinger, besvare spørreskjema og asynkron kommunikasjon med oppfølgingstjenesten inn i OTH, heter Digitalhands.

Det andre digitale systemet som sammen med OTH muliggjør digital hjemmeoppfølging, er systemet og applikasjonen Egenbehandlingsplan.

Alle behandlende tiltak fra oppfølgingstjenesten dokumenteres i Ullensaker kommunes journalsystem, CosDoc. Koordinatorer har ikke tilgang til oppfølgingstjenestens journalsystem, og har ikke tilgang til å se oppfølgingstjenestens oppfølging av sine pasienter. Koordinatorene hos den enkelte part har selv en journalplikt og benytter journalsystemet og det reglement som er gjeldende hos den part hvor de er ansatt.

#### **2.1.2. Måleutstyr i tjenesten**

Pasientene som mottar tjenesten digital hjemmeoppfølging får utdelt utstyr for hjemmemåling av vitale parametere, ut ifra diagnose. Pasienter med kols får tildelt pulsoxymeter og blodtrykksapparat. Pasienter med hjertesvikt får tildelt blodtrykksapparat. Nettbrett/smarttelefon, temperaturmål og vekt må pasientene selv sørge for. Bostedskommune er ansvarlig for innkjøp av utstyr og for å sørge for utdeling av utstyr til pasient. Kommunene i samarbeidet må tilpasse seg anbefalt utstyr og avtale med leverandør av DHO. Oppfølgingstjenesten fører oversikt over utstyr hos hver pasient som mottar tjenesten.

#### **2.1.3. Kriterier for tildeling av tjenesten**

Pasientene må tilfredsstille kriterier for generell og sykdomsspesifikk inklusjon.

**Generelle kriterier (alle kriterier må være oppfylt)**

### **INKLUSJON**

- Ha BankID
- Ha eget nettbrett eller smarttelefon med 4G dekning i hjemmet
- Motivert for å benytte seg av tjenesten og i større grad ta ansvar for egen helse
- Bostedsadresse i en av kommunene som deltar i samarbeidet
- Hjemmeboende
- Over 18 år og samtykkekompetent

### Sykdomsspesifikke kriterier (minimum et av kriteriene må være oppfylt)

Kriterier for inklusjon av pasienter med Kols

#### INKLUSJON

- Risikogruppe E eller
- Risikogruppe B med betydelig angstkomponent forbundet med sin Kols

Kriterier for inklusjon av pasienter med hjertesvikt

#### INKLUSJON

- NYHA klasse 2-4
- Pasienter i fast oppfølging fra hjertemedisinsk poliklinikk (3 kontakter eller mer per år)

### Avslutningskriterier

Pasientens tilstand eller sykdomskompleksitet tilsier at digital hjemmeoppfølging ikke lenger er gunstig eller til nytte for tjenestemottaker, eller kommer i konflikt med andre overlappende tjenesten som tjenestemottaker mottar.

## 2.2. Tjenesteforløpet

### 2.2.1. Henvisning

Alle kan henvise pasienter til prosjektet. Henvisning forutsetter at pasienten har gitt muntlig samtykke til at henvisning kan sendes. Pasienter og pårørende kan ta direkte kontakt med oppfølgingstjenesten. Henvisninger fra samarbeidskommuner og sykehus sendes til saksbehandlertjenesten i Ullensaker. Saksbehandler sender informasjon til oppfølgingstjenesten i intern avdelingspost i CosDoc.

Ved tilfeller hvor pasienter tar kontakt selv eller henvises fra sykehus, informerer oppfølgingstjenesten koordinator i bostedskommune via dialogmelding i journalsystemet. Koordinator ved bostedskommune vurderer om pasienten skal tildeles tjenesten.

### 2.2.2. Kartlegging og tildeling av tjeneste

Koordinator i bostedskommune er ansvarlig for kartleggingsbesøk hjemme hos pasienten. Koordinator benytter kartleggingsskjema som er utarbeidet av oppfølgingstjenesten. Koordinator i bostedskommune skal innhente skriftlig informert samtykke fra pasienten, på eget skjema utarbeidet av oppfølgingstjenesten. Pasienten samtykker til bruk av digitalt system og informasjonsdeling med andre som har helseoppfølging- og behandlingsansvar for pasienten på tvers av spesialisthelsetjeneste, bostedskommune og fastlege. Signert samtykkeskjema oppbevares iht. personvern og nedlåst på tilgangsstyrt område hos hjemkommune. Hjemkommune er ansvarlig for å påse sikker lagring.

Informasjon innhentet via kartleggingsskjema sendes på dialogmelding i kommunenes journalsystem til oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommune. Den må inneholde sjekkpunkter på kartleggingsskjema, samt nullpunktsmålinger for eventuell hjemmesykepleie ved oppstart (antall besøk og minutter hjemmesykepleie per måned).

Når en ny pasient tildeles tjenesten, skal koordinator dokumentere dette i bostedskommunens journalsystem. Det opprettes tjenesten «Digital Hjemmeoppfølging» i journal, slik at dette blir synlig for andre helsetjenester i bostedskommunen. Kommunene velger selv om det skrives vedtak på tjenesten, men slik myndighet skal ikke delegeres.

Det er deretter oppfølgingstjenesten som følger opp pasientene med digital hjemmeoppfølging.

Oppfølgingstjenesten følger sjekklistepunkter som ligger på teams, og setter oppfølgingen i system, samt informerer fastleger om at pasienten har fått tildelt tjenesten digital hjemmoppfølging.

### 2.2.3. Pasientrapportering, målinger og terskelverdier

Pasientene får anbefaling om å sende inn målinger og rapporteringer på egen helse og symptomer en gang per uke, samt ved forverring av tilstand. Målingene og rapporteringene pasientene sender inn kategoriseres i grønne, gule eller røde varsler. Det er individuelle terskelverdier hos hver enkelt pasient som avgjør hvilken sone pasienten allokteres til.

Det er utarbeidet to ulike terskelverdier. Det er utarbeidet standard terskelverdier for kols og hjertesvikt, definert av lungeleger og kardiologer i MILA-prosjektet. Terskelverdiene endres ved behov og individualiseres i samråd med fastlege eller spesialist og oppfølgingstjenesten, etter målte 14 dager.

### 2.2.4. Oppfølging av pasientene

Oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommune følger opp og vurderer pasientens innrapporteringer, mandag til fredag mellom kl. 9 - 15.

Alle nye pasienter blir kontaktet ukentlig de to første ukene, så lenge ikke annet tilsvarer hyppigere kontakt. Etter to uker gjennomfører oppfølgingstjenesten en målsamtale med pasienten, som blir brukt i den videre oppfølgingen av pasienten.

Oppfølgingstjenesten prioriterer målinger etter trafikklysmodellen hvor rødt og gult prioriteres før grønn, se følgende beskrivelse under:

- **Grønne varsler** - kvitteres ut. Oppfølgingstjenesten kontrollerer først at det ikke foreligger beskjeder i pasientens journal fra fastlege. Alle pasienter kontaktes via melding i digitalt system eller telefon x 1 pr måned ved bare grønne varsler. Pasienten oppfordres til bruk av egenbehandlingsplan.
- **Gule varsler** – vurderes om bruker skal kontaktes, og om det skal iverksettes tiltak. Veiledning iht. egenbehandlingsplan. Ligger pasienten i gul sone over lengre tid, kontaktes lege for tiltak eller endring av terskelverdier.

- **Røde varsler** – bruker skal kontaktes og situasjon vurderes. Bruk egenbehandlingsplan. **Ved behov for akutt hjelp kontakter pasienten selv fastlege/ legevakt/ 113.**

Ved normale målinger gjennomfører pasientene ukentlig måling/innrapportering. Ved gule- og røde målinger anbefales det å måle daglig inntil de er i grønn sone igjen. Pasienten mottar støtte og veiledning i bruk av egenbehandlingsplanen som er utarbeidet, og oppfordres til å iverksette tiltak som beskrevet i planen.

Dersom det skal gjøres endringer av terskelverdier, gjøres dette etter forordning av lege. Endringer skal dobbelt kontrolleres. Det dokumenteres i journal hvem som har gjort endringene, når det er gjort og hvem som har kontrollert at de er korrekte jf. forordning.

Det presiseres ovenfor pasienten at tjenesten ikke er en akutt-tjeneste og at pasienten selv har ansvar for å kontakte fastlege/legevakt/113 ved manglende respons eller bedring av iverksatte tiltak eller ved forverring av helsetilstand.

Ved spørsmål om avvik på utstyr bes pasienten om å utføre kontrollmåling, eventuelt kontakter oppfølgingstjenesten koordinator som da har ansvar for å foreta hjemmebesøk for kontroll av utstyr.

### **2.2.5. Egenbehandlingsplan**

En egenbehandlingsplan tar utgangspunkt i “Hva er viktig for deg? Hva kan du gjøre for å kunne holde deg i best mulig form og forhindre innleggelser?”

Egenbehandlingsplanen brukes ved vurderinger av målinger, i samtale med pasienten og oppfølgingstjenesten, og skal være et hjelpemiddel for begge parter. Planen gir råd og påminnelser om hva pasienten selv kan gjøre av aktiviteter, medisiner og kosthold når de befinner seg i grønn, gul eller røde sone.

Pasienter som skrives ut fra sykehus eller følges opp av poliklinikk, vil få en egenbehandlingsplan utarbeidet i samarbeid med lungelege/kardiolog. Kopi av denne sendes til fastlege, oppfølgingstjenesten og eventuelt sykepleiertjenesten i pasientens bostedskommune, hvis pasienten har hjemmesykepleie. Informasjonsdelingen foregår via dialogmelding i journalsystemet.

Pasienter som inkluderes via kommunen vil få en egenbehandlingsplan utarbeidet i samarbeid med oppfølgingstjenesten og fastlege.

Lege har ansvar for forordning av medisiner og for å godkjenne den til enhver tid gjeldende egenbehandlingsplanen. Tiltak på aktiviteter og ernæring tilpasses hver pasient og legges inn av oppfølgingstjenesten, basert på standardiserte maler utarbeidet i forbindelse med MILA-prosjektet. Maler er lagret og tilgjengeliggjort via teamskanal med alle ressurspersoner fra samarbeidspartnere.

Oppfølgingstjenesten har ansvar for å gjennomføre opplæring av pasienten i bruk av egenbehandlingsplanen, når den er ferdig godkjent av lege.

Oppfølgingstjenesten har ansvar for å gjennomføre en målsamtale med pasienten over telefon/video. Informasjonen fra målsamtalen, inkludert oversikt over pasientens innrapporterte målinger de første 14 dagene sendes via elektronisk melding til fastlege.

Egenbehandlingsplaner skal være et levende dokument, og oppfølgingstjenesten skal aktivt benytte denne i samtaler med pasienten. Oppfølgingstjenesten har ansvar for dialog med fastlege ved behov og spesialist ved pasienter som mottar poliklinisk oppfølging, og i dialog med lege gjøre justeringer av tiltak i egenbehandlingsplanen slik at den alltid er godt individuelt tilpasset hver pasient.

### **2.2.6. Avslutning av tjenesteforløpet**

Oppfølgingstjenesten vurderer kontinuerlig om pasienten nyttiggjør seg digital hjemmeoppfølging. Hver 2. uke ser oppfølgingstjenesten over hvem som ikke har sendt inn målinger. Ved utelatte målinger, tas det kontakt med bruker per melding eller telefon for vurdering om justering og eventuelt avslutning jf. avslutningskriterier definert under punkt 2.1.4. Ved vurdering om avslutning av tjeneste tar oppfølgingstjenesten kontakt med koordinator i bostedskommune via telefon og informerer om anbefalt avsluttet forløp. Dersom bostedskommune selv skulle ønske å avslutte tjenesten DHO for egne brukere må de ha dialog med oppfølgingstjenesten i forkant. Oppfølgingstjenesten informerer pasientene om vurdering og avslutning av forløp. Vurderingen og avsluttet forløp i DHO skal journalføres av oppfølgingstjenesten og informasjonen deles mellom bostedskommune, fastlege og spesialisthelsetjenesten via dialogmelding.

## **2.3. Dialog og informasjonsutveksling**

### **2.3.1. Dialog med sykehusavdeling/ spesialist**

Oppfølgingstjenesten samarbeider tett med lungelege og kardiolog på Ahus. Det er ukentlig tverrfaglige dialogmøter hvor oppfølgingstjenesten kan ta opp pasienter i prosjektet som er i behov av vurdering hos spesialist. Sykepleier på oppfølgingstjenesten, koordinator ved sykehusavdeling og spesialist deltar på møtene. Koordinator ved sykehusavdelingene har ansvar for innkalling til møtene. De tverrfaglige dialogmøtene mellom oppfølgingstjenesten og ressurspersoner ved sykehuset foregår per i dag elektronisk gjennom Norsk helsenett, men ved anskaffelse av ny løsning kan det forekomme endringer som vil medføre oppdatering av denne tjenestebeskrivelsen.

Pasientene som tas opp på disse møtene kan bli kalt inn på egne polikliniske timer, og man forsøker ut en form for brukerstyrt poliklinikk. Pasientene får ofte justert og oppdatert egenbehandlingsplanen under disse møtene. Ressurspersonene ved sykehuset har ansvar for å sende alle notat fra møtene vedr vurderinger og endringer rundt pasientoppfølgingen til aktuell fastlege, oppfølgingstjenesten og eventuell sykepleietjenesten i bostedskommune dersom pasienten mottar tjenester fra hjemmesykepleien.

### **2.3.2. Dialog med fastlege**

Oppfølgingstjenesten informerer fastlegen via elektronisk melding i journalsystemet når ny pasient inkluderes. Det gis ut informasjon om tjenesten, terskelverdier og målinger. All dialog foregår via disse meldingene, men telefonnummer til oppfølgingstjenesten gis ut ved oppstart. For pasienter som ikke har henvisning eller oppfølging fra sykehuset er det fastlege som har ansvar for terskelverdier og tiltak i pasientens egenbehandlingsplan. Der fastlege har ansvaret sender oppfølgingstjenesten ny dialogmelding til fastlege etter 14 dager, for dialog om terskelverdier og medisineringsplan i pasientens egenbehandlingsplan.

Oppfølgingstjenesten forespør/informerer ofte fastlege når det vurderes ønskelig med vurdering hos spesialist. Fastlege får informasjon ved oppstart om at det er mulighet for å delta på dialogmøter med spesialist.

### **2.3.3. Dialog mellom oppfølgingstjenesten og kommune**

Dagens løsning for DHO inkluderer ikke muligheter for informasjonsutveksling mellom kommuner eller mellom kommune og sykehusavdeling. Det er heller ikke felles journalsystem i tjenesten. Informasjonsutveksling rundt pasientene skjer derfor via dialogmelding i kommunenes journalsystem eller via telefon. Ved overgang til ny leverandøravtale for digitalt system for DHO kan det forekomme endringer i kommunikasjonsmuligheter på tvers av tjenestenivå. Tjenestebeskrivelse og avtale om

felles behandlingsansvar vil da oppdateres med ny versjon og ny databehandleravtale med ny leverandør vil utarbeides.

Det er opprettet egen Teamsgruppe som kalles MILA i Ullensaker teams, hvor oppfølgingstjenesten er administrasjonsansvarlig. Koordinatorer hos hver samarbeidspart gis tilgang til denne gruppen. Nødvendig informasjon for koordinatorer er samlet i egen undergruppe koordinator kommune og sykehus. Det er også opprettet en chat med hver kommune og oppfølgingstjenesten, samt en felles chat med alle koordinatorer, oppfølgingstjenesten og teamleder. Teams brukes i hovedsak, og mail ved behov. Det skal ikke deles sensitiv informasjon på noen av disse kanalene.

Oppfølgingstjenesten kaller inn til koordinatormøter hver 6.uke. Dette foregår digitalt unntatt 2 fysiske møter i året. Referat deles på mail, i tillegg til at det ligger oversikt over alle referat på egen mappe på teams koordinator kommuner og sykehus.

## **2.4. Evaluering av tjenesten og gevinstrapportering**

En gang per år sender oppfølgingstjenesten ut en anonym brukerundersøkelse på lenke til hver pasient, hvor man ønsker tilbakemeldinger på tjenesten de mottar. Undersøkelsen inneholder spørsmål med svaralternativer og utarbeides av oppfølgingstjenesten og teamleder. Undersøkelsen utarbeides i Forms. Resultatene brukes til justering og utvikling av tjenesten, samt rapportering av gevinster for tjenestemottakerne på gruppenivå.

Pasienter sender også tilbakemeldinger på meldinger i OTH ved eget ønske. Disse vurderes fortløpende og tas med i utviklingen av tjenesten.

Rapportering av andre gevinster skal gjennomføres kvartalsvis. Oppfølgingstjenesten har ansvar for å følge opp at innrapporteringen skjer til riktig tid. Koordinatorene i kommunene har ansvar for å hente ut og rapportere inn tid og besøk hjemmesykepleie pasienten har per måned, samt KAD- og korttidsopphold i bostedskommunen, inn til oppfølgingstjenesten. Koordinatorene har eget skjema de fyller inn i for sine kommuner på teams. Oppfølgingstjenesten samler gevinstene for hver kommune i et overordnet gevinstskjema for tjenesten.

Presentasjon av felles gevinster gjøres ved behov på koordinatormøter og individuelt for hver kommune på forespørsel.

## **Del 3.**

### **Tjenesteprismodell for felles oppfølgingstjeneste**

#### **3.1. Bakgrunn for valg av tjenesteprismodell**

Ved utarbeidelsen av tjenesteprismodellen har det blitt vurdert flere ulike modeller, og de ble vurdert ut fra en rekke prinsipper, herunder:

1. Forutsigbarhet i betalingen per kommune
2. Insentiver for å øke antall tjenestemottakere (økt inklusjon)
3. Jevn betaling per tjenestemottaker i løsningen
4. Rettferdig fordeling mtp innbyggertall
5. Redusert risiko for vertskommunen
6. Enkel administrasjon

På kort sikt anses det viktig å prioritere en modell som er enkel å administrere, samt forutsigbar, relatert til betaling og budsjettering for hver kommune.

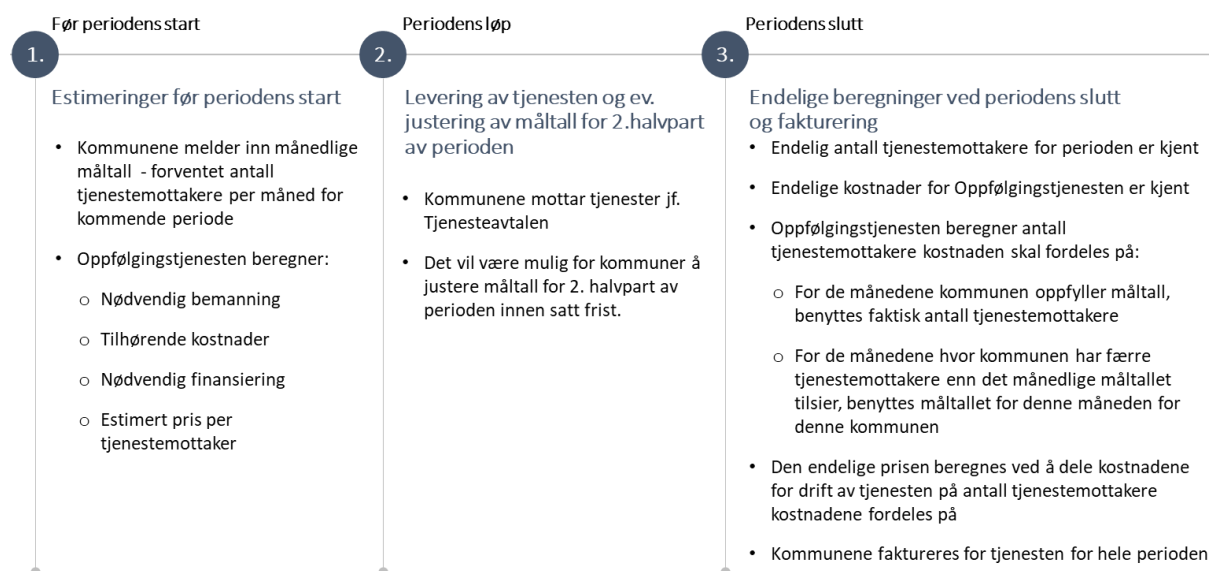
På lengre sikt anbefales det å gå over til en mer bærekraftig tjenestepriksmodell som i større grad ivaretar prinsipper som:

- Insentiver for å øke antall tjenestemottakere, også kalt økt inklusjon
- Jevn betaling per tjenestemottaker i løsningen
- Rettferdig fordeling mtp. innbyggertall
- Redusert risiko for vertskommunen

### 3.2. Beskrivelse av tjenestepriksmodellen for driftsåret 2025

For å ivareta prinsipper om enkel administrasjon og høy grad av forutsigbarhet i totalbetaling per kommune involverer den kortsiktige tjenestepriksmodellen for år 2025 at Kommunene forplikter seg til å betale for faktiske brukere, men mints innmeldte måltall på begynnelsen av år. Det vil si at dersom faktiske brukere er lavere enn innmeldt måltall må kommunen betale for innmeldt måltall. Pris per bruker estimeres ved start av år, basert på et budsjett for Oppfølgings-tjenesten. Ved årsslutt faktureres kommunene basert på faktisk utgifter per bruker. Det er liten risiko for vesentlige avvik mellom budsjett og regnskap.

Tidsløpet for driften av tjenestepriksmodellen vil være som følger:



Figur 1 Tidsløp for driften av tjenestepriksmodellen

#### 3.2.1. Estimeringer før periodens start

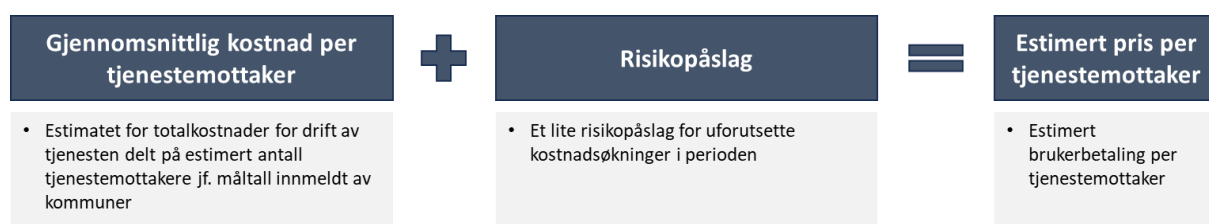
Før perioden starter, trenger Oppfølgings-tjenesten å få informasjon fra kommunene om hvor stor kapasitet den skal forberede seg på å håndtere.

Kommunene estimerer behovet for tjenesten og melder inn **måltall per måned** som sier hvor mange tjenestemottakere som vil benytte seg av Oppfølgings-tjenesten per måned i den kommende perioden.

Det forventes at kommunene forplikter seg til disse månedlige måltallene. Hvis kommunene ikke når opp til sine månedlige måltall, vil endelig antall tjenestemottakere per måned til enkeltkommunen settes lik disse månedlige måltallene, se delkapittel 0.

Oppfølgings-tjenesten benytter disse måltallene for å beregne nødvendige ressurser for drift av Oppfølgings-tjenesten i perioden og for å estimere tilhørende kostnader. Driftskostnader inkluderer lønnskostnader, administrasjon og overheadkostnader for Oppfølgings-tjenesten. Estimater for

totalkostnader for drift av tjenesten danner grunnlaget for beregning av estimert pris per tjenestemottaker.



Figur 2 Beregning av estimert pris per tjenestemottaker

**Estimert pris per tjenestemottaker baseres på den gjennomsnittlige kostnaden per tjenestemottaker** gitt totalt antall estimerte tjenestemottakere i perioden og den estimerte totalkostnaden gitt ressursbehovet for drift av Oppfølgingstjenesten i perioden.

Oppfølgingstjenesten legger inn en sikkerhetsmargin på bemanning per tjenestemottaker det første driftsåret slik at de til enhver tid har den nødvendige kapasiteten til å levere tjenesten og sikrer nødvendig beredskap for å kunne ta imot eventuelle nye tjenestemottakere på relativt kort varsel. Dette er også nødvendig for å ha tilstrekkelig kapasitet for økt inklusjon på kort varsel uten at nye tjenestemottakere fra en kommune går på bekostning av tjenestemottakere i andre kommuner som benytter seg av Oppfølgingstjenesten.

Det legges derfor inn en sikkerhetsmargin i bemanningen på 10%, som i praksis tilsier at i oppstartsfasen bør det beregnes 73 tjenestemottakere per 1 ÅV.

**I tillegg skal estimert pris per tjenestemottaker inkludere et lite risikopåslag** for å kunne ivareta ekstra kostnader som:

- Uforutsette endringer/ økninger i kostnader som kan oppstå i perioden som for eksempel lønnsøkning i forbindelse med det årlige lønnsoppgjøret, høyere kostnader grunnet eventuell bruk av vikarer og andre uforutsette kostnadsøkninger.

Risikopåslaget settes til 3,5 % av den gjennomsnittlige kostnaden per tjenestemottaker.

**Summen av den gjennomsnittlige kostnaden per tjenestemottaker og risikopåslaget vil utgjøre den estimerte prisen per tjenestemottaker som videreformidles til kommunene i forkant av periodens start.**

Den estimerte prisen per tjenestemottaker og kommunens måltall for perioden danner grunnlaget for **den estimerte brukerbetalingen for perioden** for enkeltkommune.

### 3.2.2. Periodens løp

I periodens løp mottar kommunene tjenesten jf. de rammene og bestemmelsene som vedgår samarbeidsavtalen og del 1 og 2 i denne tjenestebeskrivelsen.

Dersom antall tjenestemottakere overstiger måltallene per måned er det hver enkelt part sitt ansvar å følge opp antall tjenestemottakere relatert til egne budsjetter.

Midtveis i perioden vil kommunene få muligheten til å justere måltallene for 2. halvpart av perioden. Eventuelle justering av månedlige måltall for juli- desember 2025 meldes inn til Oppfølgingstjenesten innen 01.05.2025, på skjema som vil bli sendt ut til hver av partenes kontaktpersoner.

### **3.2.3. Endelige beregninger ved periodens slutt**

Ved periodens slutt er følgende størrelser kjent:

- Endelig antall tjenestemottakere for perioden
- Endelige totalkostnadene for Oppfølgingstjenesten for perioden

Oppfølgingstjenesten kan dermed beregne den endelige prisen per tjenestemottaker for perioden.

Etter periodens slutt mottar kommunen faktura for hele perioden hvor den faktiske kostnaden per tjenestemottaker ganges opp med:

- Faktisk antall tjenestemottakere for de månedene kommunen oppfyller det månedlige måltallet
- Måltallet for måneden for kommunen for de månedene hvor kommunen har færre tjenestemottakere enn det månedlige måltallet tilsier

Faktisk kostnad per bruker er regnskapsførte utgifter for Oppfølgingstjenesten iht. til budsjettoppsett per totalt antall brukere.

**Ved eventuelt overskudd i oppfølgingstjenesten vil det bli løftet opp som sak i driftsrådet med forslag om bruk til videreutvikling av tjenesten.**

### **3.2.4. Tillegg ved oppstart av nye kommuner**

For nye kommuner som kobler seg opp til samarbeidet vil det måtte påberegnes en oppstartskostnad i forbindelse med opplæring. Opplæring av ressurspersoner hos nye kommuner beregnes til en ressurskost tilsvarende 2 dagers arbeid av en sykepleier fra oppfølgingstjenesten. Kostnaden vil faktureres ved inneværende kvartal for dato kommunen kobles opp til tjenestesamarbeidet.

### **3.3. Veien videre**

Tjenestepriismodellen evalueres årlig av driftsrådet.

Arbeidet med en mer bærekraftig og langsiktig tjenestepriismodell er allerede påbegynt. Modellen vil beskrives i et eget dokument som overleveres Driftsrådet senest i løpet av Q2 2025. Hovedårsaken til dette er at den langsiktige modellen i større grad ivaretar flere prinsipper som beskrevet i delkapittel 3.1.

Dersom samarbeidskommunene samtykker, vil ny modell tas i bruk for driftsåret 2026.

# Digital hjemmeoppfølging ved samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Kari tar selv målinger med måleutstyr hjemme. Måledatene overføres automatisk til løsningen, men hun kan også registrere de manuelt. Kari svarer også på spørsmål om egenopplevd helse. I pasientvisningen kan Kari ha god oversikt over historiske målinger og innsendte svar på skjemaer.

Kari

Kari er 67 år og har KOLS. Hun er utrygg på egen helsesituasjon og er hyppig innlagt på sykehus. Under kontroll hos fastlege etter siste innleggelse, informerer fastlege om DHO-tilbud i kommunen. Kari blir sammen med fastlege enig om å sende henvisning til kommunen.

Oppfølgingstjeneste i kommunen

Hanne i kommunen gjennomfører kartleggingssamtale og gir opplæring i digitalt utstyr med Kari.

Hanne tildeleer utstyr og oppretter bruker for Kari i DHO-løsningen.

Kari hjemme med DHO

Basert på målinger og skjemaer som Kari sender inn, lager Hanne en tilpasset digital egenbehandlingsplan med ulike soner for tiltak Kari selv skal følge når hun er i normal tilstand, forverring eller alvorlig forverring av sin sykdom. Basert på målinger fra Kari de 14 første dagene har Hanne dialog med fastlege eller spesialist om hvilke grenseverdier som settes for hver sone i Kari sin egenbehandlingsplan.



Hanne og Lars kommuniserer om tiltak og i dialog med Kari ferdigstilles den digitale egenbehandlingsplanen hvor både Kari's mål og medisiner fremkommer tydelig. Den digitale egenbehandlingsplanen blir tilgjengelig i løsningen for Kari etter at Lars har godkjent den.

Fastlege Lars

Lars, Kari's fastlege, kan gå inn i den digitale egenbehandlingsplanen Hanne har laget å gjøre endringer og godkjenne planen.

Hanne og Lars kan kommunisere i DHO-løsningen.

Hanne i oppfølgingstjenesten

Hanne kan bruke maler i løsningen når hun oppretter digital egenbehandlingsplan og grenseverdier. Hun kan tilpasse malene etter Kari's behov og bygge et behandlingsforløp.

Sykehus

Kari kan se historiske målinger i løsningen, vurdere og justere tiltak og medisinering i DEBP. Vurderer behov for poliklinisk time eller innleggelse: Helsepersonell kaller inn Kari.

Hanne i oppfølgingstjenesten

Hanne har god oversikt over pasientvarslinger og løsningen hjelper henne til å prioritere oppfølging etter behov. Hun kartlegger Kari's normaltillstand og initierer terskelverdier og DEBP. Hanne kan kommunisere med Kari eller annet helsepersonell i løsningen. Hun kan eksportere journalverdige opplysninger fra løsningen. Løsningen har motivasjonsmekanismer som Hanne kan bruke ved gjennomførte tiltak.

**Ved røde verdier**  
Hanne i kommunen tar kontakt med spesialisthelsetjenesten. De vurderer sammen behov for hastetime på poliklinikk eller innleggelse.

Ved gule og røde verdier, går det automatisk varsel til både Kari og Hanne.

Kari hjemme med DHO

Kari gjennomfører oppgaver og tiltak i tråd med digital egenbehandlingsplan som hun ser i løsningen, anbefalt fra helsepersonell ved behov. Gjennom løsningen mottar hun motivasjonsmeldinger. Hun kan også kommunisere med Hanne i løsningen.

**Ved grønne verdier**  
Kari fortsetter med å gjennomføre målinger

**Ved gule verdier**  
Hanne tar kontakt med Kari via telefon, video eller melding og vurderer behov for samhandling med fastlege Lars.

Fastlege Lars

Vurderer historiske målinger og justerer tiltak og medisinering i DEBP

Kari reiser hjem, fortsetter oppfølging via DHO i kommune og følger tiltak i DEBP.

DEBP = Digital egenbehandlingsplan

Behov og funksjonalitet i denne tjenesteskissen/brukerreisen ønskes demonstrert i video.