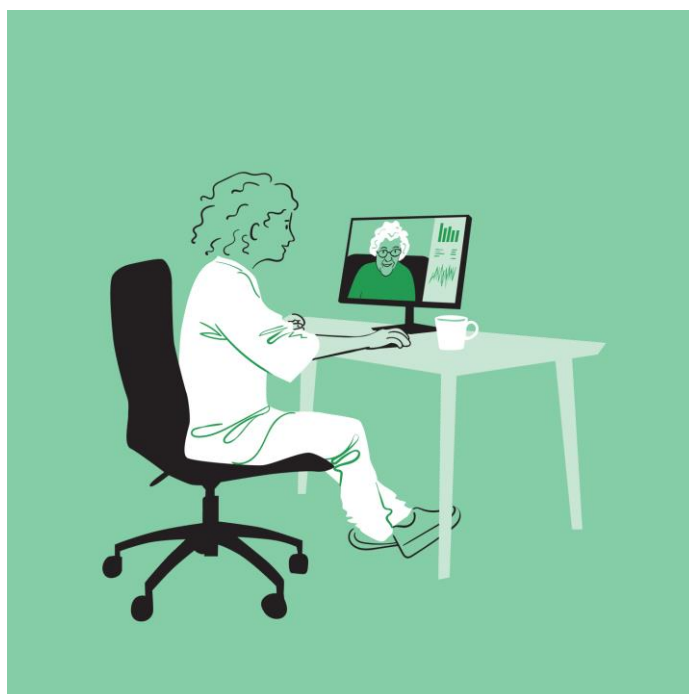




SLUTTRAPPORT, SPREDNINGSPROSJEKT FOR DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING I ØSTFOLD (2022-2024)

Tonje Myrvold
På vegne av prosjektgruppen

Sammendrag

Prosjektet digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Østfold har vært en del av spredningsprosjektet i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2022-2024).

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Fredrikstad, Hvaler, Råde, Vestby, Våler, Rakkestad, Halden, Sarpsborg og Sykehuset Østfold. Digital hjemmeoppfølging er godt forankret i Helsefellesskapet, og prosjektet har en god styringsstruktur. Vi har jobbet koordinert i utviklingen, kommuner og sykehus.

I perioden har vi utarbeidet tjenesteforløp med inklusjon fra kommunale tjenester, fastlege, sykehus og ved søknad. Det inkluderes pasienter fra alle aktører per 31.12.2024. Målgruppen er kronisk syke

Vi har etablert felles oppfølgingstjeneste for digital hjemmeoppfølging: Oppfølgingstjenesten er felles for alle kommuner. Oppfølgingstjenesten utarbeider, justerer og veileder brukere i egenbehandlingsplan, vurderer og følger opp varsler, gjennomfører videomøter, koordinere med fastlege, sykehus og kommune.

Det er etablert samarbeid med hjertesviktpoliklinikk, lungepoliklinikk og ambulerende lungeteam.

Vi har anskaffet løsning for digital hjemmeoppfølging. Arbeidet startet høsten 2022, inngikk kontrakt mai 2023 og startet implementeringen november 2023. Samtlige kommuner i opptaksområdet til Sykehuset Østfold var part i avtalen, eller har opsjon i avtalen.

Gjennomført emnekurs, digital hjemmeoppfølging: Emnekurset ble gjennomført 19 november 2024, det var 60 påmeldte.

Ordliste

DHO	Digital hjemmeoppfølging
EBP	EBP
EPJ	Elektronisk pasientjournal
e-link	Elektronisk meldingsutveksling gjennom pasientjournal
VKP	Velferdsteknologisk knutepunkt
USHT	Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Innhold

Sammendrag	1
Ordliste.....	1
Innledning	4
Prosjektets organisering	5
Organisering	5
Forankring i Helsefellesskapet	5
Fastlegegruppe.....	6
Mål med tiltaket.....	6
Prosjektets hovedmål	6
Målgruppe	6
Forventede effekter for brukere og helsetjenestene	6
Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging	7
Måloppnåelse og gevinster	7
Måloppnåelse, gjennom aktiviteter og leveranse i prosjektet.	7
Gevinster for brukere og helsetjenestene.....	8
Modell for digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Østfold.....	10
Tjenesteforløp.....	10
Roller og ansvarsfordeling.....	10
Inklusjonskriterier	11
Eksklusjonskriterier.....	11
Kriterier for avslutning av tjenesten.....	11
Oppfølging av brukere i digital hjemmeoppfølging.....	11
Involvering av brukere i tjenesten	11
Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan (EBP)	12
Utarbeide egenbehandlingsplan (EBP)	12
Godkjenne egenbehandlingsplan (EBP)	12
Etiske vurderinger.....	13
Samarbeid mellom oppfølgingstjenesten, fastlegen, sykehuset og kommunene	13
Fastlegen.....	13
Hjertesviktpoliklinikk og lungepoliklinikk/ambulerende lungeteam	14
Kommunene.....	14
Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på.....	15
Anskaffelse og implementering	16
Anskaffelsesprosessen	16
Valg av leverandør.....	16

Behov.....	16
Opplæring og implementering.....	17
Oppstart, implementering og skalering for kommuner i Helsefellesskapet Østfold.....	17
Integrasjon, velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	17
Anbefalinger knyttet til anskaffelse:	17
Prosessveiledning.....	18
Aktiviteter i 2024	18
Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed	18
Nyttige aktiviteter i regi av Helsedirektoratet	18
Læringspunkter og erfaringer.....	19
Erfaring med forankring av prosjektet.....	19
Anbefalinger og råd til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging.....	19
Erfaring vedrørende lokal DHO rolle.....	20
Hva må på plass for å sikre overgang til drift.....	20
Oppsummering og veien videre.....	20
Videre utvikling.....	20
Vedlegg	21

Innledning

Prosjektet digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet Østfold har vært en del av spredningsprosjektet i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (2022-2024). Bakgrunn og motivasjon for vår deltakelse var å utvikle mer bærekraftige og effektive måter å yte helsehjelp på i samarbeid med Sykehuset Østfold, dette i henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Fredrikstad, Hvaler, Råde, Vestby, Våler, Rakkestad, Halden, Sarpsborg og Sykehuset Østfold.

Ved oppstart hadde ingen av kommunene tatt i bruk digital hjemmeoppfølging som tjeneste, med unntak av Sarpsborg kommune som hadde tjenesten lokalt i kommunen.

Nytt for alle, var samarbeid og inklusjon av pasienter fra Sykehuset Østfold.

Vi har innhentet erfaringer fra prosjektene som har deltatt i utprøving av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018-2021. Og vi har fulgt Helsedirektorats anbefalinger knyttet til digital hjemmeoppfølging.

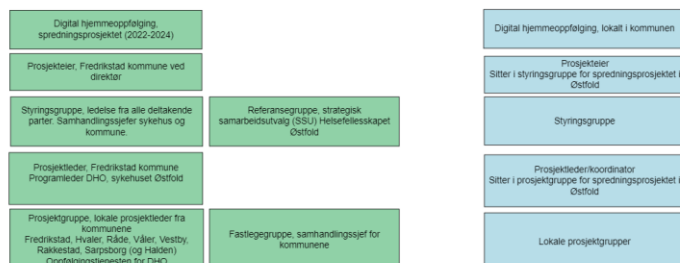
I prosjektperioden har vi etablert en god struktur for samarbeid og styring, anskaffet løsning for digital hjemmeoppfølging, utarbeidet fire tjenesteforløp, etablert felles oppfølgings-tjeneste og startet samarbeid om felles pasienter med Sykehuset Østfold.

I denne rapporten deler vi våre erfaringer fra prosjektet, perioden august 2022 til desember 2024, avslutningsvis informerer vi om planer videre i 2025.

Prosjektets organisering

Fredrikstad kommune er prosjekteier, og stiller med prosjektledelse.

Organisering



Styringsgruppe: kommunalsjefer/direktører for helse i aktive kommuner og klinikkssjef medisin SØK. Samhandlingssjef for sykehuset og for kommune

Referansegruppe: strategisk samarbeidsutvalg, Helsefellesskapet Østfold

Prosjektgrupper: Kommunal gruppe: Lokale prosjektledere/koordinatorer/rådgiver.

Helsefellesskapet: samhandlingssjefer, prosjektleder kommune og programleder DHO sykehus. Fastlegegruppe

Lokale prosjekter: styringsgruppe, lokal prosjektledelse, lokale prosjektgrupper

Prosjekteier: Janka Ekrem Holstad, direktør helse, Fredrikstad kommune

Prosjektleder: Tonje Myrvold, Fredrikstad kommune

Programleder DHO ved Sykehuset Østfold: Jan Terje Dragvoll

Samarbeidspartnere: Sykehuset Østfold, Fredrikstad, Hvaler, Sarpsborg, Rakkestad, Råde, Våler og Vestby og Halden. En fastlege per kommune. Samhandlingssjef for kommunene, samhandlingssjef for sykehuset.

Øvrige kommuner i helsefellesskapet følger prosjektet: Marker, Skiptvet, Aremark, Moss og Indre Østfold.

Forankring i Helsefellesskapet

Digital hjemmeoppfølging er godt forankret i Helsefellesskapet Østfold. Fra etablering av prosjektet (aug. 2022) har prosjektleder for kommunene og programleder for DHO ved Sykehuset Østfold jobbet sammen inn mot Helsefellesskapet. Organisering av prosjektet er bygd opp rundt Helsefellesskapet (se prosjektets organisering). Prosjektet har orientert løpende i strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og faglig samarbeidsutvalg (FSU). Prosjektet har også holdt orientering i partnerskapsmøtet hvor toppledelsen i kommuner og ved sykehuset deltar.

I tillegg til formelle styringsstrukturer har vi hatt faste møtepunkter med samhandlingssjef for kommunene og samhandlingssjef for sykehuset. Prosjektet har blitt sett i sammenheng med øvrige prosjekter og initiativer på området i Helsefellesskapet. Alle initiativ er forankret i ledelsen, og vi har jobbet koordinert med utviklingen.

Fastlegegruppe

Vi etablerte en fastlegegruppe, med representant fra hver kommune for involvering og medvirkning. Deltakere var en fastlege per kommune. Samhandlingssjef for kommunene, som også er lege, var en aktiv bidragsyter og et avgjørende bindeledd for prosjektet.

Mål med tiltaket

Mål med tiltaket baseres på Helsedirektoratets effektmål for spredning av digital hjemmeoppfølging (2022-2024):

- Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys til kronisk syke
- Økt mestring og selvstendighet for brukere
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer

Digital hjemmeoppfølging skal bidra til stabilitet, tidlig innsats og økt trygghet og mestring hos brukerne, som igjen kan forebygge og redusere innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Tiltaket skal også erstatte helsepersonell i tradisjonell hjemmetjeneste ved bruk av digital hjemmeoppfølging der det er vurdert hensiktsmessig. Samlet sett, skal digital hjemmeoppfølging, bidra til å utsette behov for mer omfattende helsetjenester, som igjen gir en verdi for brukeren, helsepersonell, organisasjon og samfunn.

Prosjektets hovedmål

Bærekraftig, sømløse helsetjenester i Helsefellesskapet Østfold. Med sømløse overganger mellom spesialisthelsetjenesten, oppfølgende tjeneste i kommunen og fastleger skal brukere av digital hjemmeoppfølging oppleve kontinuitet i tjenesten. Digital hjemmeoppfølging skal bidra til mestring, kunnskap og trygghet for brukeren gjennom aktiv deltakelse i egen helse og behandling. Tjenesten skal bidra til tidlig oppdagelse av forverret helsetilstand. DHO skal bidra til bedre ressursutnyttelse i tjenestene. og inngå i helhetlig tjenestemodell med overgripende roller i organisasjonen.

Målgruppe

Målgruppen er pasienter med kronisk sykdom, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand. Dette inkluderer kronisk syke pasienter fra primærhelsetjenesten, fastlege og spesialisthelsetjenesten. Fra primærhelsetjenesten er det i større grad basert på pasientens behov, fra spesialisthelsetjenesten er det pasienter med hjertesvikt og KOLS.

Forventede effekter for brukere og helsetjenestene

Vi har skissert følgende, for brukere av tjenesten og helsetjenestene basert på prosjektets mål

Bruker av tjenesten

- Opplevelse av trygghet og mestring
- Større innsikt i egen sykdom, økt helsekompetanse

- Bedre håndtering av sykdommen med plan for egentiltak
- Forbedret livskvalitet

Helsetjenestene

- Utsatt behov og/eller mindre bruk av helsetjenester hjemmet
- Utsatt behov og/eller redusert behov for korttidsopphold/KAD
- Færre akutte konsultasjoner hos fastlegen
- Bedre kommunikasjon i planlagte konsultasjoner
- Utsatt behov og/eller færre akutte sykehusinnleggelser
- Utsatt behov og/eller færre reinnleggelser på sykehus
- Mer effektiv bruk av kommunale ressurser

Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Gevinster måles gjennom brukerundersøkelser. Vi gjennomførte første undersøkelse i desember 2024. Kvantitative gevinster måles ved bruk av skjemaet tilpasset oppfølging av forbrukte helsetjenester. Gjennom nullpunktsmåling, og månedlige – hver tredje måneds gjennomgang. Vi ser der DHO erstatter eksisterende tjenester lar seg lettere måle. I 2024 har vi i stor grad testet ut ulike tjenesteforløp, målt gevinster uavhengig av forløp, med fokus på gevinster knyttet til hjemmetjenester. Prosjektet har nå et økt antall brukere, og gevinstrealisering knyttet til forbruk av helsetjenester i kommunen og ved sykehuset er målsetting for 2025.

Måloppnåelse og gevinster

Vi startet implementering november 2023 og har derav begrenset grunnlag for måloppnåelse av prosjektets hovedmål. Vi kan derimot vise til selvrapporterte gevinster og måloppnåelse på leveranser i prosjektperioden.

Måloppnåelse, gjennom aktiviteter og leveranse i prosjektet.

Anskaffe løsning for DHO: Inngikk kontrakt med leverandør mai 2023. Samtlige kommuner i opptaksområdet til Sykehuset Østfold var enten part i avtalen, eller med opsjon.

Etablere felles oppfølgingstjeneste: Ansatte sykepleier i prosjektstilling med oppstart september 2023, utvidet med ytterligere en sykepleier fra august 2024. Beslutning om videreføring i drift Q4 2025.

Utarbeide tjenesteforløp med inklusjon fra hjemmetjeneste, fastlege, sykehus og ved søknad: gjennomført, det inkluderes pasienter fra alle aktører.

Etablere samarbeid med klinikken ved sykehuset: Det er etablert samarbeid med hjertesviktpoliklinikken, lungepoliklinikk og ambulerende lungeteam.

Gjennomføre emnekurs, digital hjemmeoppfølging: Emnekurset ble gjennomført 19 november 2024, det var 60 påmeldte.

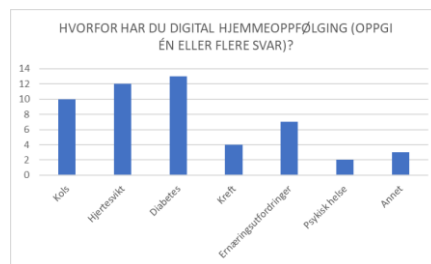
Deltakelse fra alle kommuner i helsefellesskapet: Samtlige kommuner i opptaksområdet til Sykehuset Østfold har tilsluttet seg prosjektet med oppstart 2025.

Gevinster for brukere og helsetjenestene

Det ble gjennomført en brukerundersøkelse i desember 2024. Resultater fra brukerundersøkelsen indikerer at digital hjemmeoppfølging har en positiv innvirkning på pasientenes trygghet, livskvalitet og evne til å ta vare på egen helse, samtidig som det fremkommer redusert belastning på helsetjenestene.

Det var 70% oppslutning på brukerundersøkelsen. Lenke til undersøkelsen ble sendt ut til 46 tjenestemottakere gjennom løsningen for digital hjemmeoppfølging. Vi mottok 32 svar. For å besvare undersøkelsen krever det nettilgang, for pasienter som har nettbrett gjennom kommunen, er denne sperret for annen bruk, vi kan anta at det var årsaken til oppslutningen.

De fleste respondentene har brukt digital hjemmeoppfølging i 6-12 måneder (44%), mens 41% har brukt det i mindre enn 6 måneder.



Opplevelse av trygghet: 81% av respondentene rapporterer opplevelse av økt trygghet. Hver på 19% svarte at denne var uendret. Det var ingen som rapporterte en reduksjon i opplevelse av trygghet.

Fysisk helse: 41% av respondentene opplevde bedre fysisk helse. 59% rapporterte ingen endring på spørsmålet om digital hjemmeoppfølging har påvirket egen fysisk helse,

Forbedret livskvalitet: 59% av respondentene rapporterte forbedret livskvalitet, hver på 41% rapporterte ingen endring av livskvalitet.

Styrket evne til egenomsorg: 72% av respondentene rapporterer økt evne til å ivareta egen helse. Det var ingen som rapporterte reduksjon på ivaretagelse av egen helse.

Selvrapportert bruk av helsetjenester

Fastlege: 41% av respondentene rapporterer reduksjonen i besøk til fastlegen, hver på 9% rapporterer økt antall besøk. For 50% av respondentene rapporterer at digital hjemmeoppfølging ikke har hatt innvirkning på antall fastlegebesøk.

Sykehus: 31% rapporterer at de har hatt færre innleggelser på sykehus etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. 56% rapporterer at oppstart av digital hjemmeoppfølging ikke har påvirket antall

innleggelser. Det er 3% som har opplevd økt antall innleggelser, og 9% som rapporterer at spørsmålet ikke er aktuelt / har ikke vært innlagt tidligere.

Blandet innvirkning på hjemmesykepleie: 50 % av respondentene har ikke hatt hjemmesykepleie tidligere. 13% av respondentene rapporterer at de har færre besøk etter oppstart av digital hjemmeoppfølging og 34% rapporterer at det ikke er en endring i antall besøk. 3% opplyser om flere besøk.

Egenbehandlingsplan

69% rapporterer at de har en egenbehandlingsplan

Aktiv bruk av planen: 32 % opplyser at de benytter denne daglig, hvorpå 45% bruker den av og til.

Tilpasset eget behov: 77% opplever at egenbehandlingsplanen i stor grad er tilpasset egne behov, hvorpå 23% opplever dette i noen grad

Nyttig hjelpemiddel: 55% opplever egenbehandlingsplanen som et nyttig middel ved forverring av sykdom, 18% rapporterer at den er nyttig i noen grad, hvorpå 9% rapporterer i liten grad.

Tilfredshet

Høy tilfredshet: 97% av respondentene er svært fornøyd eller fornøyd med digital hjemmeoppfølging. Det var ingen som rapporterte at de var misfornøyd.

Oppfølging fra helsepersonell: 97% av respondentene er svært fornøyd eller fornøyd med oppfølgingen de får fra helsepersonell knyttet til tjenesten digital hjemmeoppfølging. Det var ingen som rapporterte at de var misfornøyd.

«Hatt med ipad'en til fastlegen!»

«Dette er meget flott, jeg trenger hjelp»

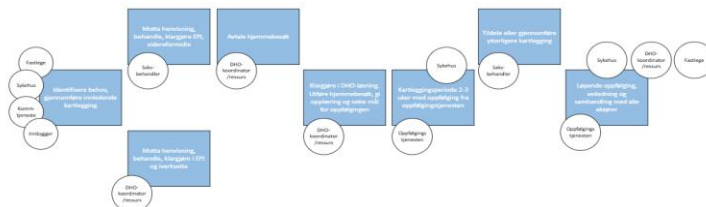
Samlet sett antyder resultatene at digital hjemmeoppfølging kan spille en avgjørende rolle i økt trygghet, økt helsekompetanse og redusert belastning på helsetjenestene. Spørsmål knyttet til hjemmesykepleie rapporterer 50 % at de ikke har hjemmesykepleie, vi vet at noen av disse med høy sannsynlighet ville fått hjemmesykepleie dersom digital hjemmeoppfølging ikke var et alternativ.

Modell for digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Østfold

Under innsikts- og behovsanalysen startet vi utvikling av tjenesteforløpene. Tjenesteforløpene ble utarbeidet gjennom workshops hvor representanter fra kommuner og sykehuset deltok. Vi skisserte behov for fire forløp.

Tjenesteforløp

- 1) inklusjon fra kommunale tjenester
- 2) inklusjon fra fastlege
- 3) inklusjon fra sykehuset
- 4) inklusjon ved søknad



Alle samhandlingsrutiner bygger på allerede eksisterende prosedyrer knyttet til samhandling mellom fastlege og kommunale helsetjenester, sykehus og kommunale helsetjenester. In nenfor hvert av forløpene utarbeidet vi prosedyrer og rutiner. Rutinene ble presentert for fastlegegruppen, og justert etter tilbakemeldinger, lik gjennomgang gjorde vi med hjertesviktpoliklinikken. For pasienter som allerede er innskrevet i helsetjenestene, og nye pasienter til kommunale helsetjenester jobbet vi frem tjenesteforløp, som deretter fikk lokal tilpasning.

Ved oppstart av inklusjon av pasienter fokuserte vi på tjenesteforløpene fremfor aktiv rekruttering. Rutiner og prosedyrer ble gjenstand for kontinuerlig evaluering og endring før vi så oss fornøyde. I arbeidet har vi hatt fokus på helhetlig tjenestemodell i drift, hvor roller og ansvar er definert. Som et resultat av arbeidet ble det ansatt sykepleier til felles oppfølgingstjeneste for digital hjemmeoppfølging.

Mrk. I tillegg til tjenesteforløpene skissert i denne sluttrapporten har Sykehuset Østfold egne forløp for digital hjemmeoppfølging der de har oppfølgings- og behandlingsansvar.

Roller og ansvarsfordeling

Inklusjon: Fastlege, kommunale helsetjenester, hjertesviktpoliklinikk, lungepoliklinikk/ambulerende lungeteam, saksbehandler

Kartlegging: DHO-ressurs/rolle hjemkommune

Tildeling: Saksbehandler hjemkommune/ DHO-ressurs hjemkommune

Opplæring: DHO-ressurs/rolle hjemkommune

EBP: Fastlege. Oppfølgingstjenesten for DHO utarbeider

Oppfølging: Oppfølgingstjenesten for DHO

Evaluering: Oppfølgingstjenesten for DHO. Hjemkommunen har et ekstra ansvar for de med kombinerte tjenester

Iverksetter etter evaluering: DHO-ressurs/rolle hjemkommune

Inklusjonskriterier

Basert på Helsedirektoratet sine nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging er det utarbeidet følgende kriterier for digital hjemmeoppfølging:

- ✓ Bruker er klar og orientert
- ✓ Over 18 år og samtykkekompetent
- ✓ Er motivert
- ✓ Har fastlege
- ✓ Helsebehov som kan følges opp på avstand
- ✓ Bruker har en eller flere kroniske diagnoser (eks. hjertesvikt, KOLS, diabetes)
- ✓ Har eget nettbrett eller smarttelefon med 4G/WiFi-dekning i hjemmet (kan lånes)

Eksklusjonskriterier

- ✓ Kognitiv svikt, demens diagnose
- ✓ Samtykker ikke til bruk
- ✓ Har et sykdomsbilde som ikke egner seg å følge opp på avstand
- ✓ Egner seg for inklusjon i forsterket utskrivelse

Kriterier for avslutning av tjenesten

- ✓ Forverret helsetilstand som ikke egner seg å følge opp på avstand
- ✓ Tjenesten er ikke lenger nyttig for brukeren
- ✓ Økt bruk av tjenester i hjemmet

Oppfølging av brukere i digital hjemmeoppfølging

Oppfølgingen av digital hjemmeoppfølging er organisert i en felles oppfølgingstjeneste med to sykepleiere. Fredrikstad kommune er vertskommune for tjenesten, og den er tilgjengelig for alle kommuner i Helsefelleskapet Østfold. Sykepleierne i oppfølgingstjenesten, hvorpå en har mastergrad i helsefagvitenskap, har mangeårig erfaring fra klinikken, både i kommuner og sykehus. Tjenesten er tilgjengelig på ukedager mellom kl. 08:00 – 15:00.

Den som inkluderer og henviser pasienten kontrollerer at inklusjonskriteriene er oppfylt. Hjemkommunen har ansvar for ytterligere kartlegging, tildeling, utlevering av utstyr og opplæring av pasienten. Etter gjennomført hjemmebesøk, er det oppfølgingstjenesten for DHO som tar over oppfølgingen. Deres hovedoppgave er å utarbeide egenbehandlingsplan (EBP) i samarbeid med bruker og fastlege, veilede tjenestemottakeren i bruk av EBP, oppfølging av varsler, gjennomføre videomøter og koordinere mellom aktører. Daglig dokumentasjon skjer i elektronisk pasientjournal (EPJ) i pasientens hjemkommune, oppfølgingstjenesten dokumenterer i Dignio Prevent, og dokumentasjonen overføres hjemkommunens EPJ via velferdsteknologisk knutepunkt (VKP).

Involvering av brukere i tjenesten

Ved inklusjon blir alle pasientene anbefalt å gjøre daglige målinger og registreringer de første 2-3 ukene.

Samtlige gjennomgår en kartlegningsperiode hvor man får en oversikt over målinger og symptomer over tid. Oppfølgingstjenesten følger tett opp i perioden og gjennomfører en grundig kartlegging av hva som er tjenestemottakeren sin vanlige helsetilstand og hva som kan kjennetegne en forverring. Dette danner grunnlag for å lage et utkast til EBP som ferdigstilles sammen med pasient og fastlege.

EBP skal gjenspeile den enkeltes behov, og pasienten skal være aktiv med i utarbeidelsen av denne gjennom å sette egne mål. EBP er mest effektive når pasienten selv kan beskrive hva som kjennetegner en forverring av sykdommen, og når symptomlisten er tilpasset deretter. Videre oppfølging blir tilpasset den enkelte pasient, og det legges en plan for ringe- eller videoavtaler etter behov. Det er også mulighet for å sende meldinger til oppfølgingstjenesten gjennom en chat-funksjon i brukerappen. Varsler følges opp daglig, og oppfølgingstjenesten veileder i bruk av EBP for tjenestemottakere som ikke igangsetter tiltak i henhold til denne på eget initiativ.

Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan (EBP)

Vi har utviklet en mal for EBP for de vanligste diagnosene som diabetes, hjertesvikt og KOLS. Malen danner grunnlaget for en tilpasset EBP for hver enkelt pasient. I EBP er det tydelig angitt hvilke målinger og spørreskjemaer som anbefales, samt frekvensen av disse. Det er også beskrevet tiltak som pasienten bør iverksette dersom målingene eller registreringene avviker fra det fastlegen har anbefalt.

For pasienter som ikke trenger en plan inndelt i grønn, gul og rød tilstand, er det utviklet forenklede utgaver av EBP. Dette gjelder for eksempel pasienter med ernæringsproblematikk.

Det er viktig å gjennomgå EBP regelmessig med pasienten for å holde planen oppdatert og for å minne dem på symptomer og tiltak i ulike tilstander. Oppfølgingstjenesten arbeider aktivt med å gjøre tjenestemottakeren mer selvstendige i bruken av planen.

Utarbeide egenbehandlingsplan (EBP)

Oppfølgingstjenesten setter inn grenseverdier i EBP, etter kartlegningsperiode, og etter avtale med fastlegen. Pasienten er informert om hvor det er anbefalt at målingene eller registreringene bør ligge og at det vil komme opp gult eller rødt varsel, dersom det går utover anbefalt grenseverdi. Grenseverdier settes også på spørreskjema knyttet til egenrapportert symptomtrykk

Gule verdier: Antas at det er en lett forverring i helsetilstand med behov for hyppigere målinger og tettere oppfølging av oppfølgingstjenesten. Pasienten kan ha medisinske tiltak gitt av fastlegen.

Røde verdier: Antas at det er en kraftig forverring i helsetilstand med behov for straks-tiltak og lav terskel for legekontakt.

EBP utarbeides i samarbeid med pasient og fastlege. I de tilfeller pasienten har en plan fra sykehuset fra tidligere implementeres denne i samråd med pasient, fastlege og sykehus. For tjenestemottakere som har flere diagnoser, vil man se på behovet for å dele opp målinger og symptomkartlegginger etter diagnose. Dette i samråd med fastlegen og eventuelt sykehuset der det er aktuelt.

Godkjenne egenbehandlingsplan (EBP)

Etter kartlegningsperiode gjennomføres samarbeidsmøte med fastlege, pasient, oppfølgingstjenesten og evt. andre aktører. I møtet gjennomgås registrerte målinger, symptomtrykk fra spørreskjema gjennomført i kartleggingsperioden. Utkast til EBP blir gjennomgått.

Oppfølgingstjenesten gjør nødvendige justeringer av EBP etter samarbeidsmøtet og sender et fullstendig EBP til fastlegen for godkjenning. Pasienten får tilgang til endelig versjon av EBP i sin brukerapp, når planen er godkjent.

Etiske vurderinger

Tjenesten gis etter informert samtykke fra brukeren. Pasienter som blir inkludert i tjenesten får informasjon om hva den innebærer og hvor dataene blir registrert. Det skal gis likeverdige helse og omsorgstjenester, tjenester basert på teknologi og bruk av eget utstyr vil ekskludere enkelte. Brukere som ikke har telefon og/eller måleutstyr som egner seg for tjenesten får låne utstyr av kommunen. For at det skal være en pålitelig tjeneste er vi avhengig av utstyr som er godkjent for bruk.

Helsepersonell må gi grundig opplæring, og re-opplæring ved behov. Ved mistanke om feilmålinger gjennomføres nye målinger med veiledning fra helsepersonell. Digital hjemmeoppfølging skal tildeles pasienter etter kartlegging, og til de som egner seg for tjenesten. Digital hjemmeoppfølging skal ikke erstatte helsepersonell der det ikke er faglig forsvarlig, og/eller fører til utrygghet for brukeren.

Samarbeid mellom oppfølgingstjenesten, fastlegen, sykehuset og kommunene

Det er per 31.12.2024 ikke gjennomført brukerundersøkelse blant fastleger, sykehus og kommunene om deres erfaring og opplevelse av digital hjemmeoppfølging og samarbeidet rundt tjenesten. Erfaringene som formidles her er generell tilbakemelding gitt av enkelte til oppfølgingstjenesten.

Fastlegen

Flere fastleger har gitt inntrykk av at de synes digital hjemmeoppfølging er et fint tilbud, men det er tilbakemeldinger om at det kan bli mye fokus på målinger. Enkelte fastleger har gitt tilbakemelding på at det er positivt å få oversikt over pasientens målinger og symptomer hver tredje måned i forbindelse med evaluering av tjenesten.

Fastlegen kan henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging ved å følge eksisterende prosedyrer for samhandling med kommunehelsetjenesten. Det benyttes elektronisk meldingsutveksling via EPJ. Etter dialog med pasienten, sendes e-link til kommunen med informasjon om ny bruker.

Uavhengig av aktør som inkluderer til digital hjemmeoppfølging, sender oppfølgingstjenesten e-link til fastlegen om oppstart og en forespørsel om dato og tidspunkt for samarbeidsmøte ca 2-3 uker frem i tid.

I utarbeidelse av tjenesteforløpet var målet å gjennomføre tverrfaglig møte via video for fastlege, pasient og oppfølgingstjenesten. Dette har ikke latt seg gjøre, videoløsningen til Dignio fordrer at fastlegen må benytte Dignio Prevent, det er ikke anledning til å sende egen sikker lenke for videodialog gjennom løsningen. Alle aktører må ha en egen registrert bruker og benytte samme løsning. Vi endret derfor til fysiske legebesøk etter noen tester ved bruk av e-link og telefon.

Oppfølgingstjenesten er med pasienter, etter samtykke, med på legetime hvor konsultasjonen dreier seg om gjennomgang av målinger, og spørreskjemaer knyttet til symptomer fra kartleggingsperioden og utkast til EBP. Fastlegen mottar skriftlig informasjon i forkant på e-link, inkludert utkast til EBP. Tilbakemeldingene fra de fleste fastleger har vært positive til denne gjennomføringen. En annen ringvirkning av legemøte er at fastlegen får god kjennskap til tjenesten, noe som reduserer barrieren til å inkludere nye pasienter.

Hjertesviktpoliklinikk og lungepoliklinikk/ambulerende lungeteam

Pasienter som avslutter oppfølging ved poliklinikk, eller er av behov for tettere oppfølging mellom polikliniske timer kan henvises til digital hjemmeoppfølging. Erfaringer viser at digital hjemmeoppfølging egner seg godt for pasienter som er usikre, har utfordringer med å vurdere symptomer selvstendig, eller de med mye symptomer med behov for hyppig justering av medisiner, særlig vanndrivende.

Poliklinikken gjennomfører samtale med pasienten, utfører innledende kartlegging og sender henvendelse til kommunen og fastlege på lik linje med øvrige henvendelser. Elektronisk melding via EPJ, merket Digital hjemmeoppfølging.

Hjertesviktpoliklinikken har kommet med innspill og bistått med tilpasninger til ulike maler som; kartleggingsskjemaer, spørreskjemaer og EBP for oppfølging av pasientgruppen. For enkeltbrukere kommer hjertesviktpoliklinikken med anbefalinger om hva blodtrykk, puls og kroppsvekt bør ligge på. Det blir gitt konkrete råd om hva pasienten kan ta av vanndrivende medikamenter, drikkrestriksjoner i tillegg til andre ikke-medikamentelle tiltak for å bedre hjertesvikten. Anbefalingene fra hjertesviktpoliklinikken blir satt inn i en EBP som gjennomgås sammen med fastlege og pasient for godkjenning.

Pasienter som blir henvist fra ambulerende lungeteam har ofte en behandlingsplan. Ved utarbeidelse av EBP tar man utgangspunkt i denne, og tilpasser med øvrig oppfølging, dette i samarbeid med ambulerende lungeteam. Planen sendes til fastlege for endelig vurdering.

Det gjennomføres faste møter mellom oppfølgingstjenesten og hjertesviktpoliklinikk, og mellom oppfølgingstjenesten, lungepoliklinikk og ambulerende lungeteam. Per 31.12.2024 foregår dette annenhver uke. Ved behov for konsultasjon og rådgivning fra sykehuset mellom disse møtene, er terskelen lav for samhandling.

Vi er med i utredning; pasientens måledata, hvor Helsedirektoratet skal rapportere på klinisk nytte ved deling av måledata mellom forvaltningsnivåer. Hjertesvikt- og lungepoliklinikk / ambulerende lungeteam har derfor tilgang på pasientens måledata gjennom Dignio Prevent.

Kommunene

Hjemkommunen registrere tjenestemottakeren i EPJ, og tildeler tjenesten digital hjemmeoppfølging. Kommunen har ansvar for inklusjon, kartlegging og opplæring. Kommunen har også ansvar for å følge opp med re-opplæring der det ikke kan gjøres digitalt. Kommunene følger opp evalueringer der tiltak utover digital hjemmeoppfølging kreves. Videre har de et ekstra ansvar for pasienter som mottar kombinerte tjenester med hjemmesykepleie og digital hjemmeoppfølging. Kommunen og oppfølgingstjenesten har faste ukentlige samhandlingsmøter.

Kommunene står fritt til å prøve ut digital hjemmeoppfølging til ulike grupper. Det prøves ut oppfølging av ernæringsstatus i Vestby kommune hvor ernæringsfysiolog er knyttet til prosjektet. Erfaringer, utarbeidede maler og kompetanse overføres oppfølgingstjenesten for DHO og øvrige kommuner.

Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Felles oppfølgingstjeneste for digital hjemmeoppfølging, kan ses på som et tiltak for å nå målet om bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer.

Våre erfaringer er at felles oppfølgingstjeneste er ressurs- og kostnadsbesparende, effektivt og reduserer barrieren for samhandling med klinikere ved sykehuset. Sykehuset har en samarbeidspartner fremfor 13 kommuner, og det letter mulighetene for samhandlingsmøter og kompetanseoverføring. Dette var også en sterk anbefaling fra Sykehuset Østfold sin side.

Med felles oppfølgingstjeneste skaper vi en samlet fagkompetanse i regionen, som deles på tvers av sykehus og alle kommuner. For å etablere en bærekraftig tjeneste er det nødvendig med et stort antall tjenestemottakere, sterkt fagmiljø, og flere sykepleiere å spille på. Det kan vanskelig forsvares økonomisk for en kommune alene.

Oppfølgingstjenesten avlaster kommunene med fastlegebesøk, bidrar til opplæring av helsepersonell på tvers av kommuner og kan ses på som implementeringsdrivere.

Samarbeid fremmer en bærekraftig tjeneste og bidrar til mer likeverdige helsetjenester.

Oppfølgingstjenesten kan også kombineres med andre modeller for digital hjemmeoppfølging. Sarpsborg kommune benytter oppfølgingstjenesten for pasienter som blir henvist fra sykehuset og til innbyggere som ikke har andre tjenester fra før. Pasienter med aktiv hjemmesykepleie følges opp lokalt av tjenesten, noe de har gode erfaringer med gjennom flere år.

Tjenesten digital hjemmeoppfølging kan gis på mange ulike måter. Formålet i dette prosjektet har i stor grad vært basert på medisinske målinger og symptomkartlegging til kronisk syke. I videre utvikling vil vi se på flere brukergrupper, og ulike modeller for oppfølging.

Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer

Utarbeider og koordinerer møter med fastlege, bruker, kommune ifm EBP

Bidrar til opplæring av helsepersonell i kommunene

Bidrar i hjemmebesøk og fastlegemøter

Faste samhandlingsmøter med kommunene

Faste samhandlingsmøter og konferering med hjertesviktpoliklinikk og lungeteam

Vedlegg 2: Tjenesteforløp

Vedlegg 3: Daglige rutiner ved oppfølgingstjenesten

Anskaffelse og implementering

Vi har anskaffet løsning for digital hjemmeoppfølging. Arbeidet startet høsten 2022, inngikk kontrakt mai 2023 og startet implementeringen november 2023.

Anskaffelsesprosessen

Prosessen med anskaffelse startet ved prosjektets oppstart i august 2022. Parallelt med dette arbeidet vi med innsikt og behovsanalyse. For å forstå tjenesten digital hjemmeoppfølging, leste vi sluttrapporter fra prosjekter som hadde deltatt i utprøving av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018-2021. Vi kontaktet Agder, Bodø, Ullensaker og Larvik for å få deres erfaringer, som ble delt med oss via Teams. Brukerrepresentant, som har hatt tjenesten i Sarpsborg siden 2016, delte også sine brukeropplevelser. Denne innsikten var avgjørende for oss, og basert på den, utformet vi ønsket tjenesteforløp med våre behovskrav.

Vi inviterte leverandører til å presentere sine løsninger for digital hjemmeoppfølging, og de kom med gode eksempler. Sykehuset Østfolds opptaksområde består av 13 kommuner, hvorav åtte deltok i spredningsprosjektet. For å nå våre mål, var det nødvendig å inkludere de øvrige kommunene i en felles anskaffelse. Derav ble alle kommunene invitert til deltakelse på opsjon, samtlige kommuner tilsluttet seg denne muligheten. Sykehuset Østfold hadde gjennom et Innovasjonspartnerskap Nyskapende pasientforløp (NYPA) allerede anskaffet løsning for digital hjemmeoppfølging, og deltok derfor ikke i selve anskaffelsen som kommunene i Helsefellesskapet gjennomførte.

Vi benyttet eksternt innkjøpskontor og etablerte en faggruppe for anskaffelsen, bestående av et tverrfaglig team fra Fredrikstad, Hvaler, Vestby, Våler og Sykehuset Østfold. Vi fikk mandat til å utforme kravspesifikasjonen. Kravspesifikasjonen ble utarbeidet basert på innsiktsarbeidet og resultater av workshops knyttet til behov og tjenesteforløp hvor samtlige kommuner og sykehuset deltok. Anskaffelsen ble gjennomført med forhandlinger, noe som var svært nyttig. Kravspesifikasjonen var todelt, en på anskaffelse av løsning for digital hjemmeoppfølging, og en rammeavtale på kompatibelt utstyr. Det er ingen krav til at alle brukere av løsningen må ha tilhørende utstyr levert av samme leverandør.

Valg av leverandør

Vi signerte kontrakt med Dignio i mai 2023. Vi valgte en felles tennant-løsning med sonestruktur, rolle- og tilgangsstyring for kommunene. Dette innebærer at kommunene har tilgang til sine egne pasienter og pasientens hjemkommune gir oppfølgingstjenesten tilgang basert på tjenstlig behov. På denne måten kan oppfølgingstjenesten for DHO arbeide i ett vindu og samle alle pasienter på tvers av kommunene i sin arbeidsflate. Oppfølgingstjenesten har kun tilgang til pasienten de har oppfølgingsansvar for.

Behov

Vi har meldt inn behov for et brukerråd hos leverandør, gjerne representert inn fra hvert Helsefellesskap som benytter løsningen. Det er mange utviklingsønsker, og ulike behov.

Opplæring og implementering

Vi startet implementering november 2023. September og oktober ble brukt til å sette opp sonestruktur, få opplæring i system og måleutstyr.

Vi var åtte kommuner som skulle motta opplæring, det foregikk over teams og ved fysisk oppmøte. Vi fikk opplæring, gjerne i kombinasjon to – tre kommuner sammen. Opplæringen fungerte fint, og vi hadde mulighet til å stille spørsmål og få videre veiledning i etterkant. Leverandør fulgte oss godt opp i perioden, og det var lav terskel for å ta kontakt.

Oppfølgingstjenesten og ressurspersoner i den enkelte kommune ble fort superbrukere i systemet, og oppfølgingstjenesten bisto ressurspersoner i kommunene med re-informasjon og opplæring til nye etter behov og ønske.

Samtlige kommuner knyttet på en testperson man kunne følge og øve seg på over en periode.

Oppstart, implementering og skalering for kommuner i Helsefellesskapet Østfold

Kommune	Oppstart	Implementering	Skalering
Fredrikstad	Aug 2022	Nov 2023 - 2024	Jan 2025
Hvaler	Aug 2022	Mai 2024	Jan 2025
Vestby	Aug 2022	Mai 2024	Jan 2025
Våler	Aug 2022	Nov 2023 - 2024	Jan 2025
Rakkestad	Aug 2022	Nov 2023 - 2024	Jan 2025
Sarpsborg	Aug 2022 (2012)	2024 (2013)	Jan 2025
Halden	Aug 2022		
Råde	Okt 2023	Feb 2024	Jan 2025

Integrasjon, velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Høsten 2024 var kommunene tilknyttet prosjektet med i pilot 2 av nasjonalt innføringsløp for VKP. Dette var svært effektiv implementering som var godt styrt fra den nasjonale innføringsgruppen. Med VKP unngår vi dobbeldokumentasjon og målinger utført, svar på spørreskjemaer og oppfølgingsnotat legger seg i brukerens journal i kommunenes EPJ.

Vi gjennomførte en nullpunktsmåling i forkant av integrasjonen, hvor resultatet viser at for 50 pasienter benytter helsepersonell i snitt 2 t og 35 minutter på dobbeldokumentasjon (målt ved dokumentasjon i EPJ).

Anbefalinger knyttet til anskaffelse:

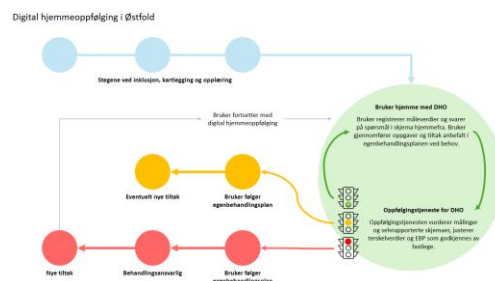
- Inkluder alle kommunene (og helst sykehuset) i en felles anskaffelse.
- Tenk skalering og smart bruk av ressurser.
- Inkluder i avtaleteksten at avtalen løper fra den første kommunen tar i bruk løsningen, slik at man alltid er i takt ved fornyelse av avtaler.
- Still krav basert på behov, men vær også åpen for nye muligheter
- Still krav om integrasjon med nasjonale løsninger
- Utfordre leverandøren

Prosessveiledning

Prosjektet har fått prosessveiledning av InnoMed. Innledningsvis (2022) arrangerte de workshops med deltakere fra kommuner og sykehus. Dette med temaene behov og tjenesteforløp.

Aktiviteter i 2024

Illustrasjon: Vi har fått prosessveiledning til å illustrere tjenesteforløp. Først å visualisere stegene fra inklusjon, og oppfølgingsprosessen med grønn, gul og rød tilstand for brukeren. Illustrasjonen er tekstfattig, slik at vi kan gjenbruke, redigere og velge hva vi vil fokusere på ved bruk av denne i kommunikasjon.



Rutiner: InnoMed hjalp oss med prosessen steg for steg i maler for kompetansebroen. På den måten kunne vi ryddig skrive inn rutinene og oversende lokal redaksjon ved Sykehuset Østfold for publisering. Lokal redaksjon ved Sykehuset Østfold deltok på møtene med InnoMed

Resultatet kan du se her [Digital hjemmeoppfølging i Helsefelleskapet Østfold - Kompetansebroen](#)

Tjenesteprismodell: Basert på arbeidet InnoMed gjorde for Ullensaker og Agder, utarbeidet de en modell for Østfold. For vår del, som ikke skulle over i drift, så var formålet å kunne kommunisere alternative prismodeller for styringsgruppen. Vi har nå et godt grunnlag vi kan jobbe videre med før overgang til drift.

Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed

InnoMed har god ekspertise og har vært svært nyttig for oss. De har lagt til rette for god samhandling, strukturert plan for arbeidet og holdt fremdrift. All prosess støtte vi har fått har ført til et resultat vi kan bruke og har nytte av.

Nyttige aktiviteter i regi av Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har lagt til rette for god psykologisk trygghet for erfaringsdeling mellom prosjekter. Kombinasjonen av prosjektledermøter, prosjektgruppemøter, temamøter og blanding mellom digitale og fysiske møteplasser har vært viktig for vårt prosjekt.

De har oppfordret til samarbeid mellom prosjekter, henvist spørsmål videre til prosjekter som har stått i samme utfordring, og løftet frem alle prosjektene etter tur. Skriftlig rapportering etter intuitiv rapporteringsmal etterfulgt av rapporteringsmøter med og uten prosjekteier har også bidratt til fremdrift og forankring til prosjekteier.

Læringspunkter og erfaringer

Forankring, organisering og definerte roller og ansvar har vært gjentagende aktiviteter i prosjektet gjennom perioden. Vi har lært at forankring tar tid, og det må skje på alle nivåer i tjenesten. Benytt eksisterende samhandlingsarenaer. Ikke undervurder arbeidet med forankring lokalt i kommunen.

Erfaring med forankring av prosjektet

I oppstart av prosjektet møttes kommunene, sykehus og samhandlingssjefer til oppstartsmøte, etterfulgt av to heldagssamlinger. Målet for samlingene var gjennomgang av forpliktelsene som fulgte tilskuddet og deltakelsen i spredningsprosjektet gjennom Nasjonalt velferdsteknologi program. Vi gjennomgikk forventningsavklaringer, og ble omforent om organisering, behov for prosessveiledning og anskaffelse av løsning for digital hjemmeoppfølging.

Gjennom hele høsten, og i 2023/24 jobbet vi med forankringsaktiviteter på flere nivåer, alltid kommune og sykehus sammen. Vi jobbet med profil for prosjektet, maler på presentasjoner, slik at alle skulle oppleve et eierskap til satsningen.

Vi har hatt faste møter med samhandlingssjefer i Helsefellesskapet. De har også vært delaktig i utviklingen, spesielt i oppstarten var samhandlingssjef for kommunene tett knyttet på. Samhandlingssjefer var døråpner inn i Helsefellesskapet. Vi benyttet alle oppsatte møtearenaer hvor kommuner og sykehus samhandlet. Vi orienterte på partnerskapsmøtet, gjentatte orienteringer i strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og i faglig samarbeidsutvalg (FSU)

Gjennom SSU ble det satt ned en styringsgruppe for prosjektet som består av helseledere i kommunene og klinikkjef for medisin ved Sykehuset Østfold.

Innledningsvis hadde vi en fastlegegruppe for forankring og medvirkning. Denne gruppen kunne vi i større grad jobbet tettere med, og vedlikeholdt videre ut i prosjektperioden. De fleste aktivitetene med gruppen foregikk i 2022 – 2023.

Vi har i tillegg god erfaring med å gjennomføre emnekurs for digital hjemmeoppfølging. Kurset i Østfold ble gjennomført november 2024.

Anbefalinger og råd til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging

Samarbeid i Helsefellesskapet er vår anbefaling. Inviter prosjekter som har gjort det før dere, innhent erfaringer, og start forankringen inn i Helsefellesskapet. Jobb med felles eierskap og samarbeidskultur. Man vil garantert møte på utfordringer, men med et omforent mål og styringsgruppe på tvers kan det lettere la seg løse.

Felles oppfølgingstjeneste reduserer barrieren for samhandling med sykehuset. Sykehuset har en aktør og forholde seg til, noe som kan fremme god samhandling. Oppfølgingstjenesten kan også ses på som implementeringsdrivere, støtte til helsepersonell i kommunene og bidra til et fellesskap mellom klinikere ved kommuner og sykehus. Med felles oppfølgingstjeneste, får sykepleierne et større antall pasienter å følge opp, noe som også gir dem god kompetanse. Denne kompetansen gir også en faglig trygghet i møte med pasienter og fastleger. Benytt oppfølgingstjenesten til å delta på fysiske møter med fastlege og pasienter i forbindelse med EBP, planen blir godt integrert i oppfølgingen, og det reduserer barrieren hos fastleger til å inkludere nye pasienter til tjenesten

Erfaring vedrørende lokal DHO rolle

Det er utfordrende å etablere nye roller, eller finne plass til nye arbeidsoppgaver i eksisterende roller. Digital hjemmeoppfølging må ses på som en integrert del av helsetjenesten, og ikke et prosjekt på sidelinjen. I samtlige tjenesteforløp er det hjemkommunen som har ansvar for tildeling, kartlegging og opplæring av brukerne. Vi ser at det kan være utfordrende å definere rollen i drift. Våre erfaringer tilsier at rollen må defineres hos en gruppe som en naturlig del av helsetjenesten og ikke hos definerte enkeltpersoner, det er sårbart og ikke bærekraftig for tjenesten.

Hva må på plass for å sikre overgang til drift

Vi skal jobbe videre med helhetlig tjenestemodell lokalt i kommunene, kommunene i samarbeid og mellom kommuner og sykehus.

Fokus på definerte roller og ansvar inn i tjenesteforløpet for digital hjemmeoppfølging, ledelsesprosesser og støttefunksjoner. Digital hjemmeoppfølging i drift skal være en integrert del av helsetjenestene, noe som krever etablerte roller. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold (USHT) er en del av prosjektgruppen i 2025, dette for å lære om digital hjemmeoppfølging, kunne bidra i utviklingen og oppleve eierskap til digital hjemmeoppfølging som en integrert del av helsetjenestene. USHT sitt oppdrag er å rådgi og veilede kommunene, vi ser det derfor nødvendig at de får god kjennskap til digital hjemmeoppfølging og tilbudet som gis i regionen.

Oppsummering og veien videre

Prosjektet ble igangsatt august 2022, det er besluttet videreføring av prosjektet i 2025. Prosjektet er godt forankret i Helsefellesskapet, og har en god styringsstruktur. Vi har felles oppfølgingstjeneste for digital hjemmeoppfølging tilgjengelig for alle kommunene i Helsefellesskapet. Det kan benyttes ulike modeller for oppfølging av digital hjemmeoppfølging. Vi har samhandling med hjertesviktpoliklinikk, lungepoliklinikk og ambulerende lungeteam. Det er utarbeidet fire tjenesteforløp, med rolle og ansvarsdeling. Implementeringen har startet, og vi må opp i antall pasienter. Det har vært utfordrende med gevinstrealisering. Arbeidet med helhetlig tjenestemodell fortsetter.

Videre utvikling

Det er besluttet videreføring i 2025, og ny status for overgang til drift besluttet Q4 2025. Målet er sømløse samhandling på tvers i Helsefellesskapet Østfold. For at det skal gis likeverdig tjenestetilbud i Østfold, må alle kommunene tilby tjenesten.

2025 er et skaleringsår for syv av kommunene, implementering for en kommune og oppstartsår for fem kommuner. Kommunene skal jobbe med helhetlig tjenestemodell, lokal gevinstoppfølging og videre forankring. Nye kommuner skal vi ta godt imot, og bidra til oppstart.

Vi skal jobbe videre med samhandlingen mellom Sykehuset Østfold og kommunene. Vi har etablert en god samhandlingsstruktur, det er godt forankret i Helsefellesskapet, digital hjemmeoppfølging er et satsningsområde for Sykehuset Østfold og for kommunene.

Aktiviteter 2025 mellom Sykehuset Østfold og kommuner:

- Gevinstrealisering, arbeidet har startet. Koble på analyseavdeling ved SØ.
- Pasientens måledata, dele data mellom forvaltningsnivåene, sømløs samhandling
- Utvide pasientgrupper i samhandling med sykehuset
- Digital hjemmeoppfølging som et verktøy under modellen integrerte helsetjenester

Vedlegg

1. Brukerundersøkelse
2. Tjenesteforløp
3. Daglige rutiner ved oppfølgingstjenesten
4. Fredrikstad kommune, reportasje
5. Deltakere i prosjektet

Vedlegg 1

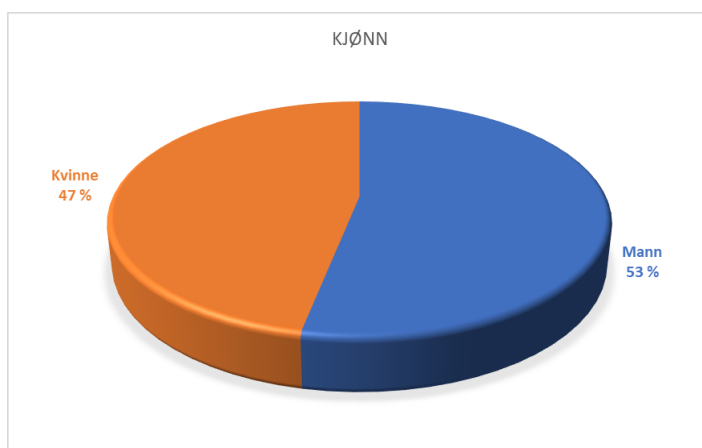
Brukerundersøkelse

Brukerundersøkelse digital hjemmeoppfølging, desember 2024.

Det var 70% oppslutning. Lenke til undersøkelsen ble sendt ut til 46 brukere gjennom løsningen for digital hjemmeoppfølging. Vi mottok 32 svar.

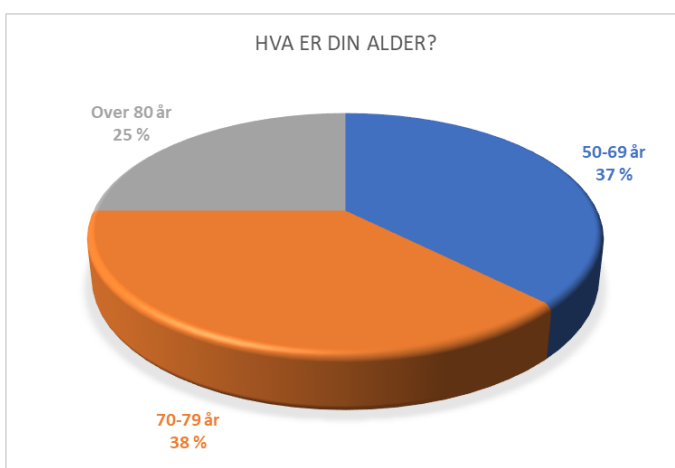
1. Kjønn

Mann	53%
Kvinne	47%
Annet	
Ønsker ikke oppgi	

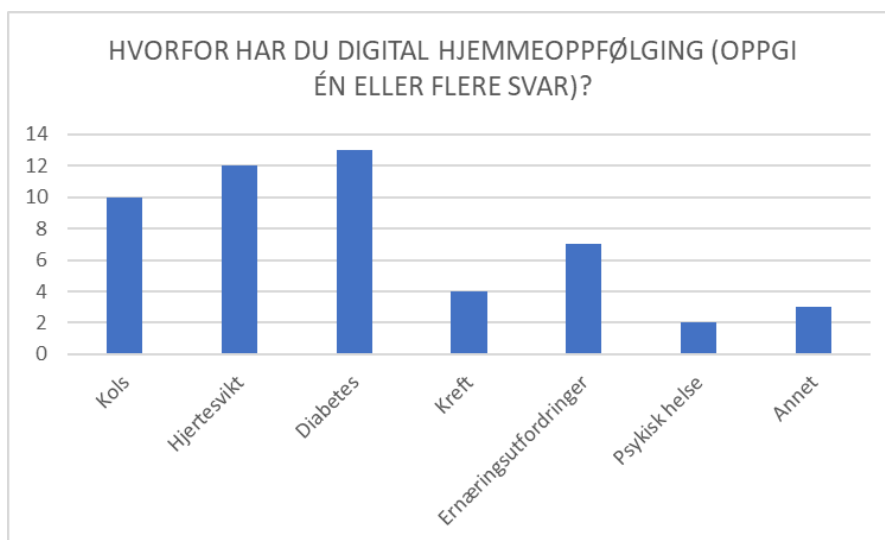


2. Hva er din alder

Under 50 år	
50-69 år	37,5%
70-79 år	37,5%
Over 80 år	25%

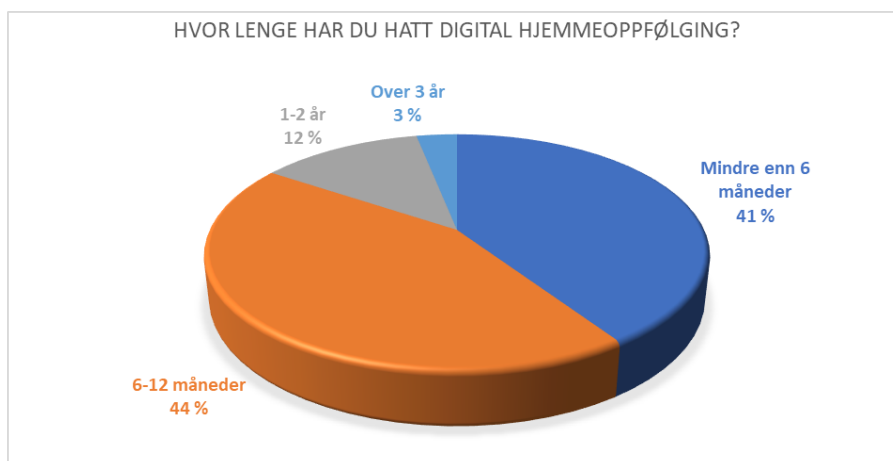


3.Hvorfor har du digital hjemmeoppfølging (oppgi én eller flere svar)?



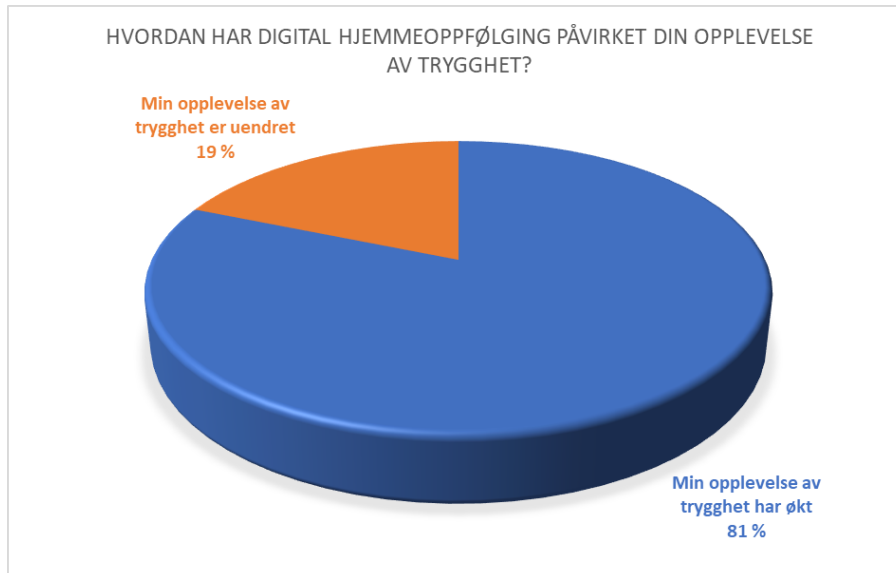
4.Hvor lenge har du hatt digital hjemmeoppfølging?

Mindre enn 6 måneder	41%
6-12 måneder	44%
1-2 år	12%
2-3 år	
Over 3 år	3%



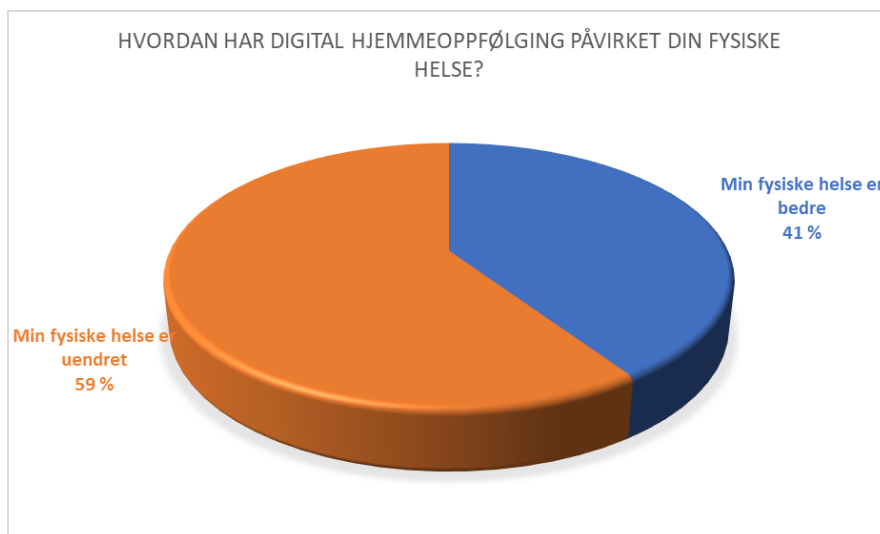
5.Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

Min opplevelse av trygghet har økt	81%
Min opplevelse av trygghet er uendret	19%
Min opplevelse av trygghet er redusert	



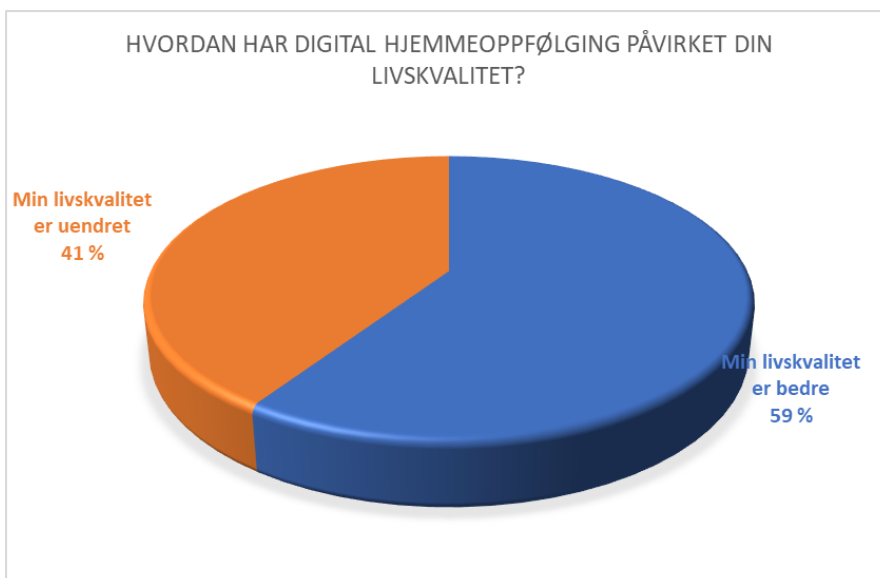
6.Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din fysiske helse?

Min fysiske helse er bedre	41%
Min fysiske helse er uendret	59%
Min fysiske helse er redusert	



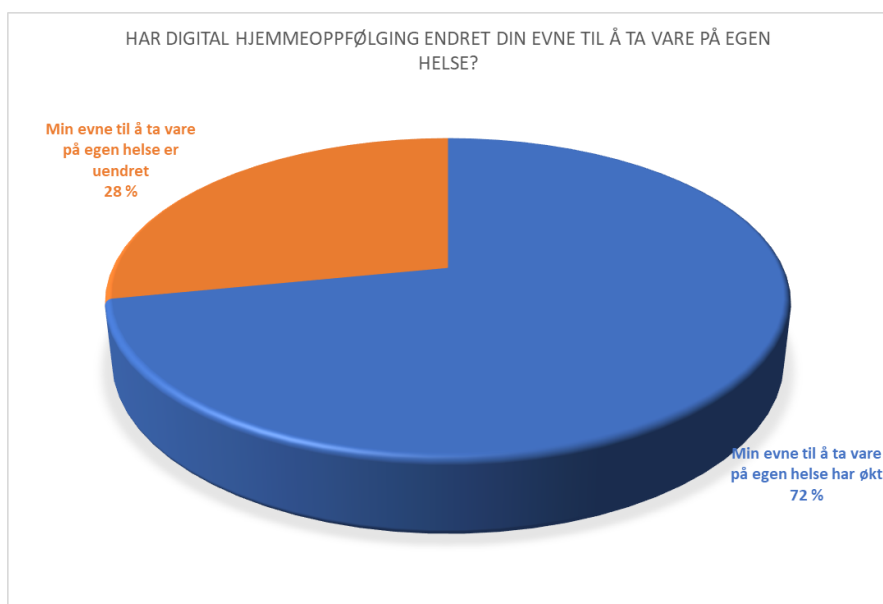
7.Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din livskvalitet?

Min livskvalitet er bedre	59%
Min livskvalitet er uendret	41%
Min livskvalitet er redusert	



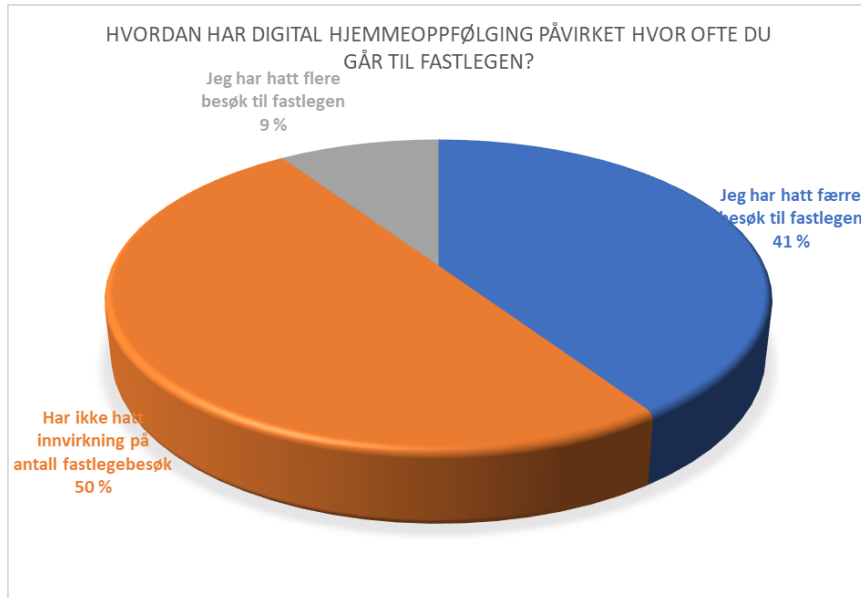
8.Har digital hjemmeoppfølging endret din evne til å ta vare på egen helse?

Min evne til å ta vare på egen helse har økt	72%
Min evne til å ta vare på egen helse er uendret	28%
Min evne til å ta vare på egen helse er redusert	



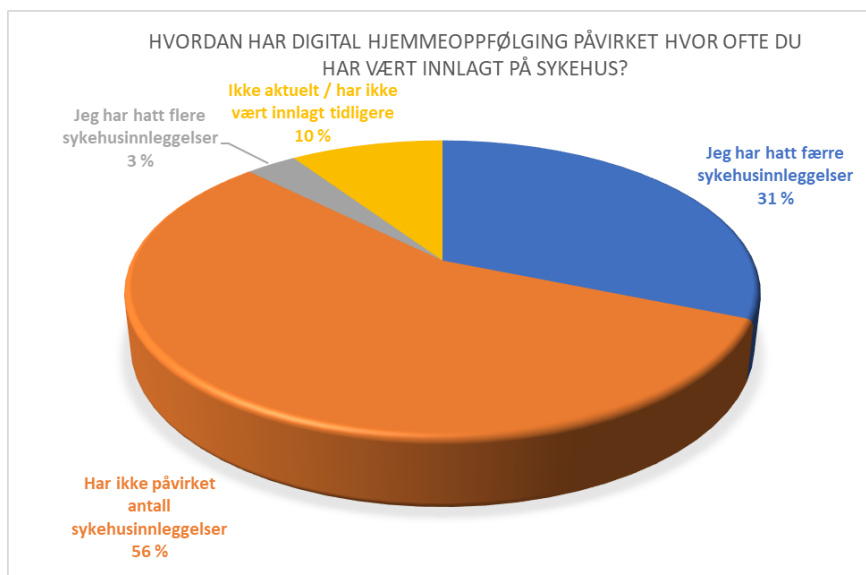
9. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du går til fastlegen?

Jeg har hatt færre besøk til fastlegen	41%
Har ikke hatt innvirkning på antall fastlegebesøk	50%
Jeg har hatt flere besøk til fastlegen	9%



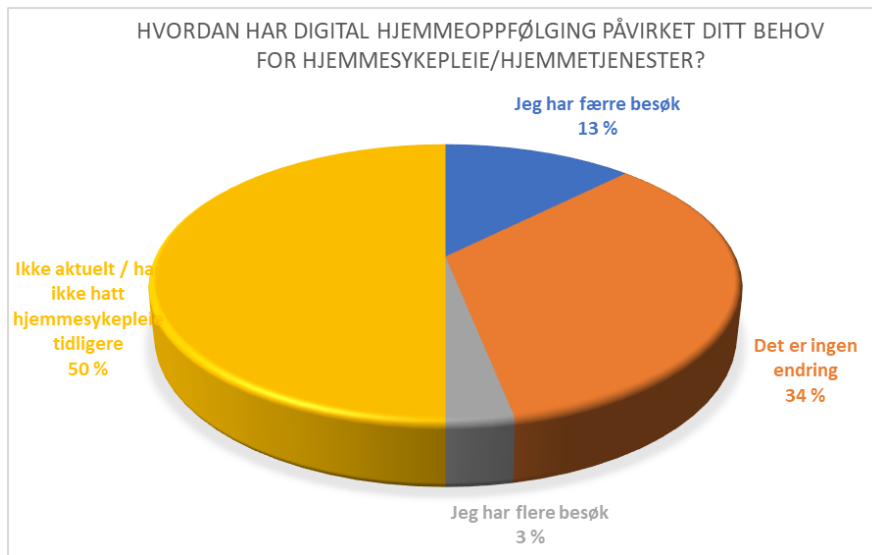
10. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?

Jeg har hatt færre sykehusinnleggelser	31%
Har ikke påvirket antall sykehusinnleggelser	56%
Jeg har hatt flere sykehusinnleggelser	3%
Ikke aktuelt / har ikke vært innlagt tidligere	10%



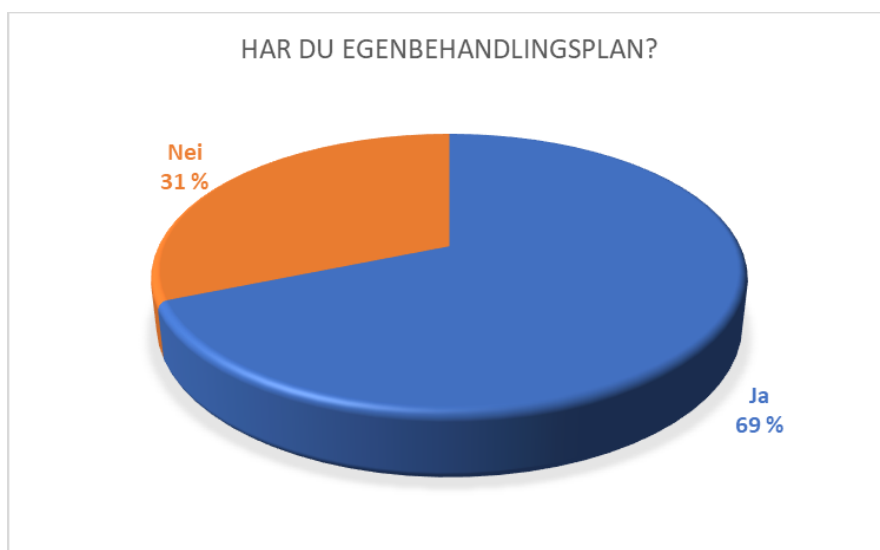
11. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmesykepleie/hjemmetjenester?

Jeg har færre besøk	13%
Det er ingen endring	34%
Jeg har flere besøk	3%
Ikke aktuelt / har ikke hatt hjemmesykepleie tidligere	50%



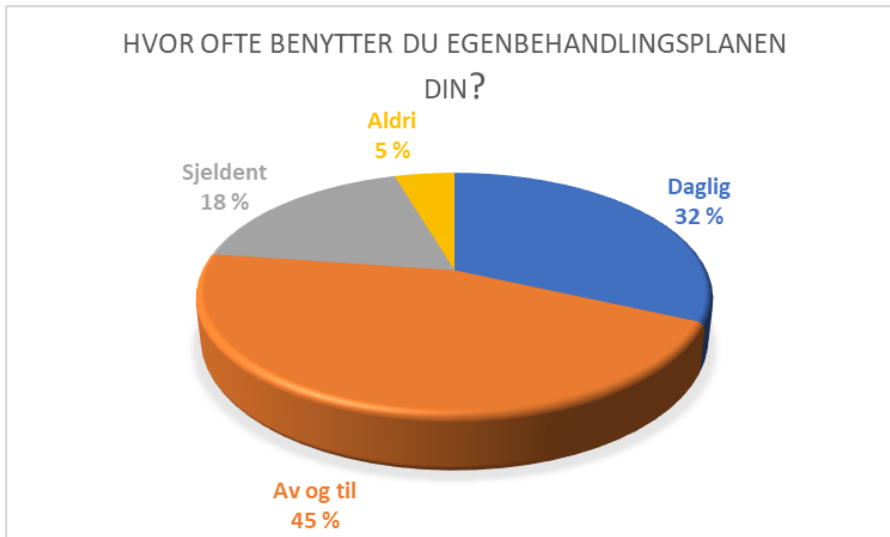
12. Har du egenbehandlingsplan?

Ja	69%
Nei	31%



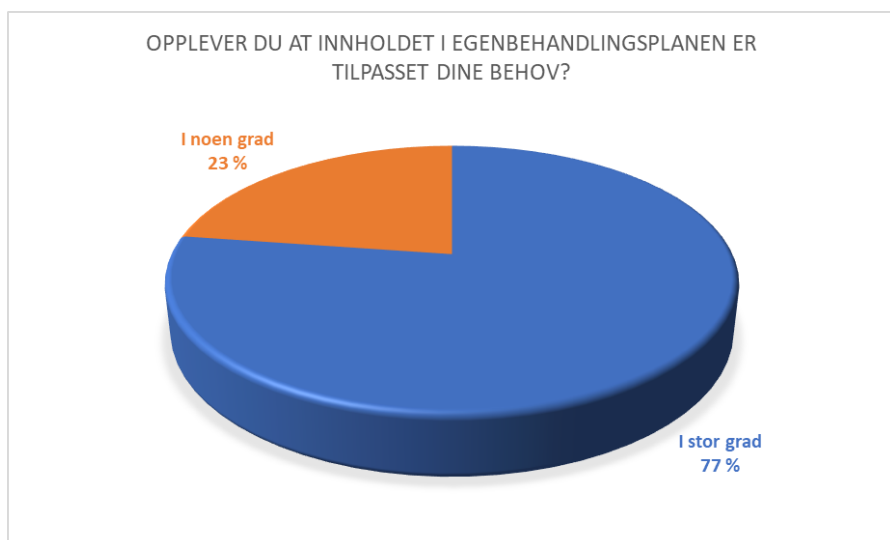
13. Hvor ofte benytter du egenbehandlingsplanen din?

Daglig	32%
Av og til	45%
Sjeldent	18%
Aldri	5%



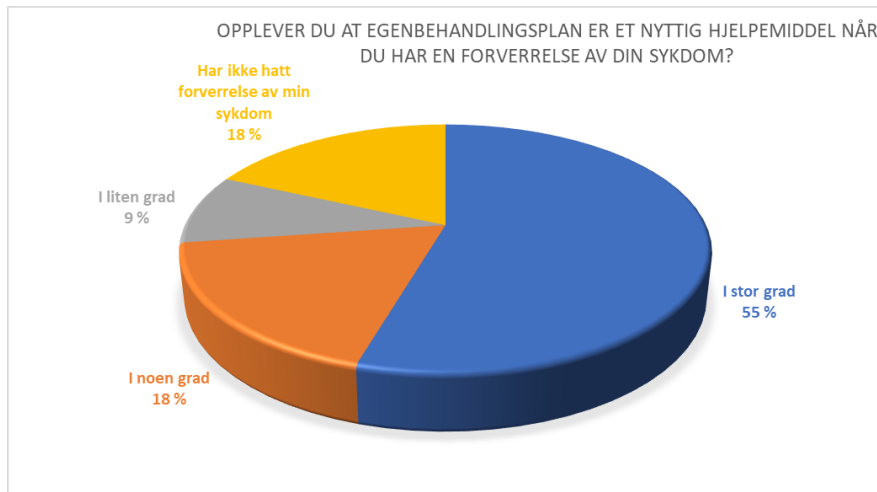
14. Opplever du at innholdet i egenbehandlingsplanen er tilpasset dine behov?

I stor grad	77%
I noen grad	23%
I liten grad	0



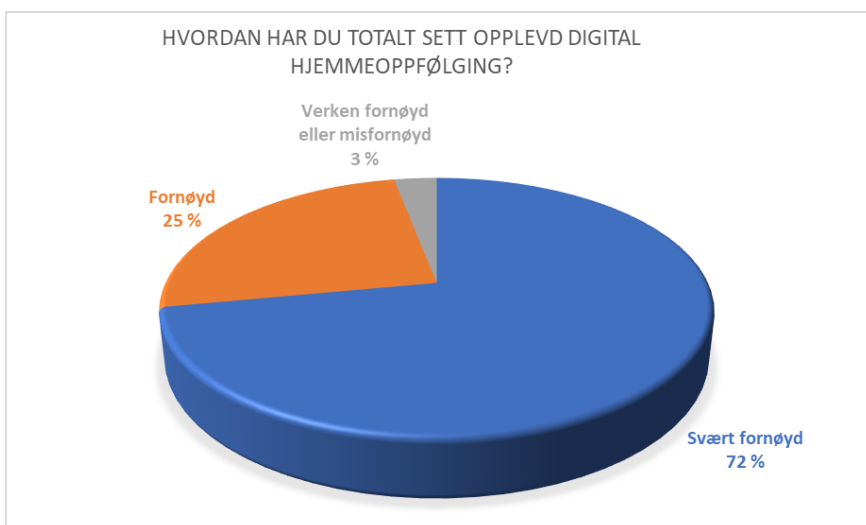
15. Opplever du at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel når du har en forverrelse av din sykdom?

I stor grad	55%
I noen grad	18%
I liten grad	9%
Har ikke hatt forverrelse av min sykdom	18%



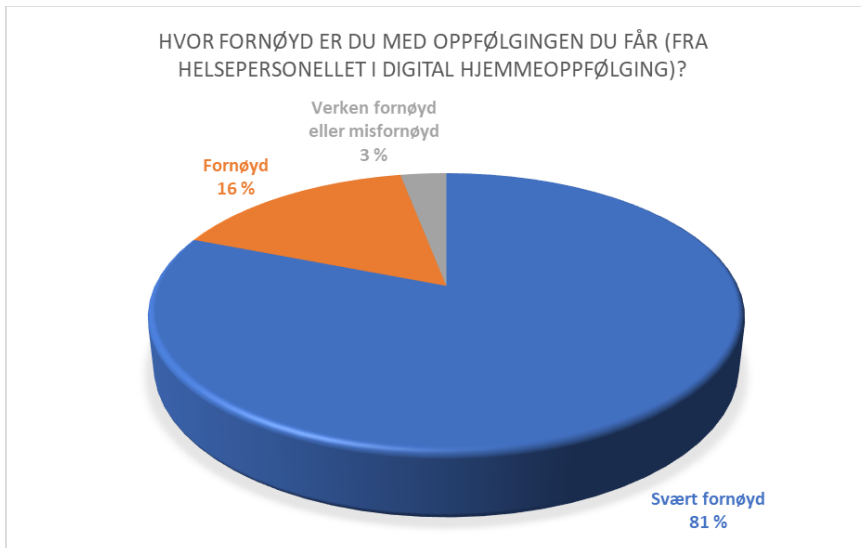
16. Hvordan har du totalt sett opplevd digital hjemmeoppfølging?

Svært fornøyd	72%
Fornøyd	25%
Verken fornøyd eller misfornøyd	3%
Misfornøyd	
Svært misfornøyd	



17. Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får (fra helsepersonellet i digital hjemmeoppfølging)?

Svært fornøyd	81%
Fornøyd	16%
Verken fornøyd eller misfornøyd	3%
Misfornøyd	
Svært misfornøyd	

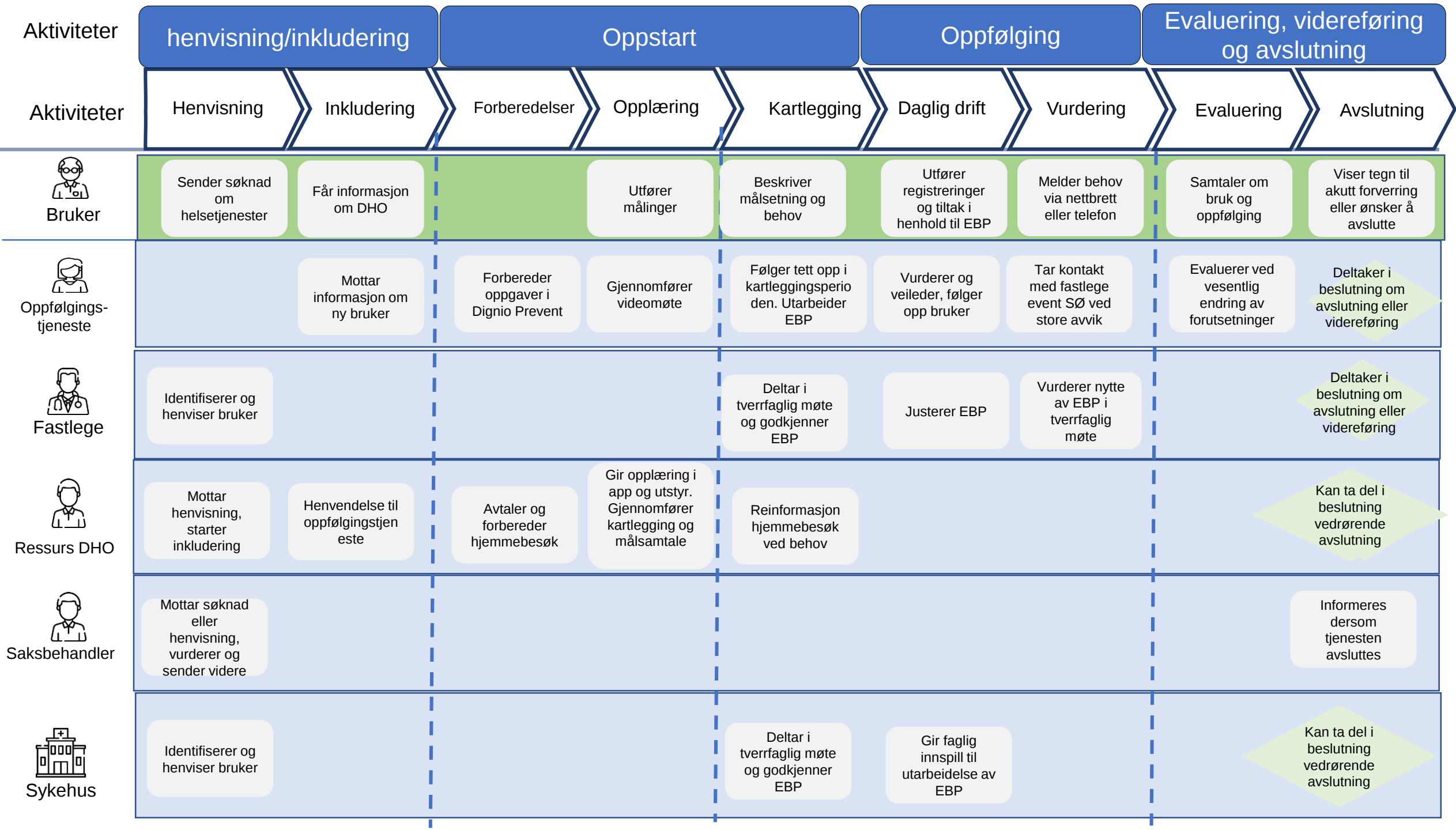


Tjenesteforløp, med aktører

Spredningsprosjektet, digital hjemmeoppfølging (2022-2024)

Mrk. gjeldende per 31.12.2024,
endringer kan forekomme i etterkant

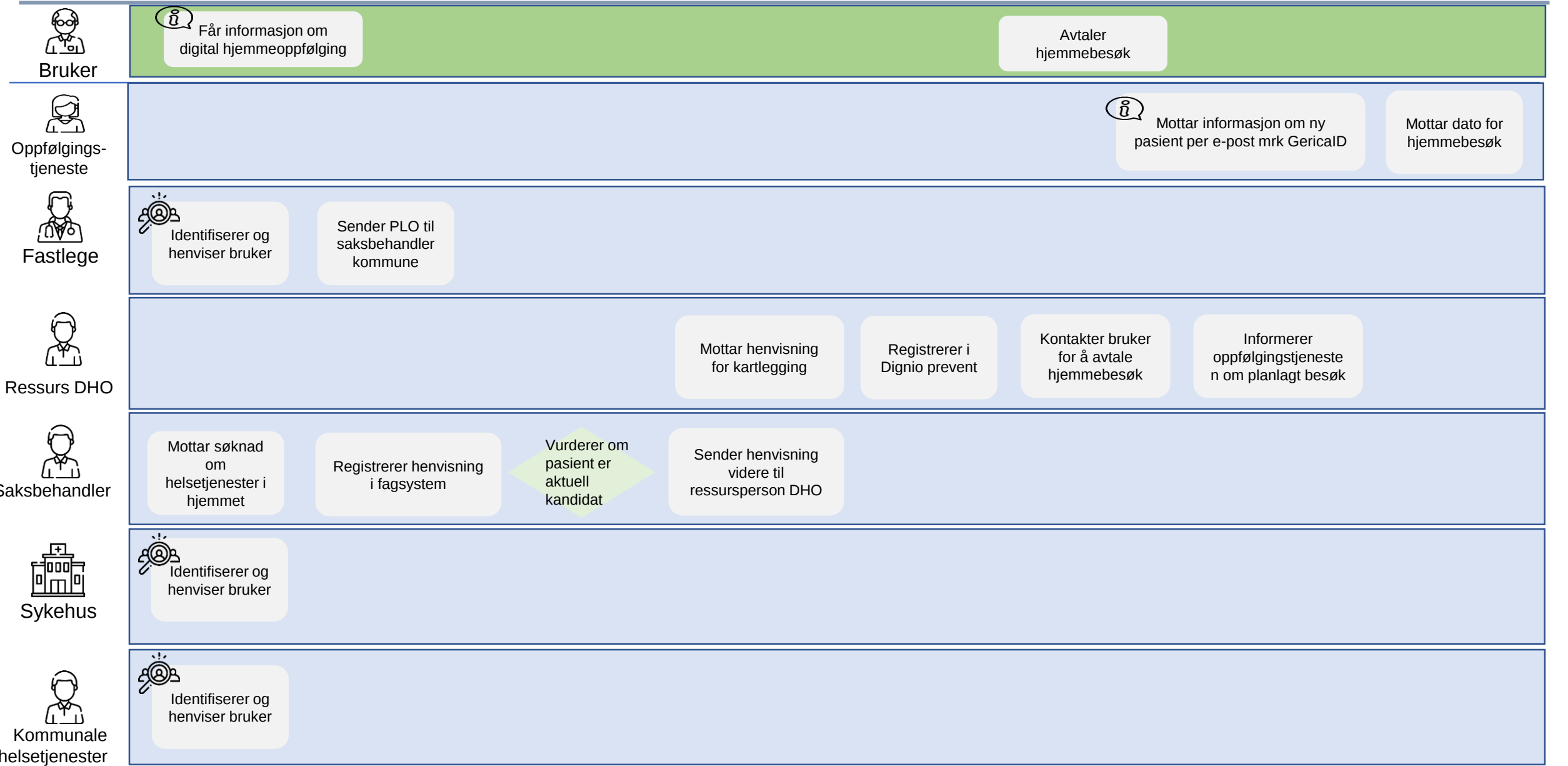
Aktivitet	Beskrivelse
Henvisning	Innledende kartlegging er gjennomført. Henvises til digital hjemmeoppfølging fra fastlege, kommunale tjenester, sykehus eller ved søknad (ved søknad må vurdering gjøres før videresending)
Inkludering	Pasienten registreres i Dignio Prevent, øvrige samarbeidspartnere blir involvert. Ressursperson DHO og oppfølgingstjenesten samhandler i forkant av kartleggings- og opplæringsbesøk. SØ blir involvert i de tilfeller det er aktuelt.
Kartlegging	Ressursperson DHO tar med utstyr ihht henvisning, gjennomfører ytterligere kartlegging inkl målsamtale.
Opplæring	Pasienten får opplæring, gjennomfører videomøte med oppfølgingstjenesten fra pasientens enhet. Utfører oppgaver gitt av oppfølgingstjenesten under opplæringen
Kartleggingsperiode	De første 2-3 ukene er det kartleggingsperiode knyttet til EBP og utarbeidelse av denne. I tillegg kartlegges brukers forståelse og motivasjon til DHO
Daglig drift	Bruker utfører målinger og svarer på spørreskjemaer. Følger opp i hht EBP. Oppfølgingstjeneste følger opp, veileder gjennom samtaler, chat og videodialog. Setter bruker i stand til å følge EBP
Vurdering	Vurderer registreringer fortløpende i oppfølgingstjenestens åpningstider. Justerer EBP. Dialog med fastlege, sykehus og ressursperson DHO
Evaluering	Evaluerer EBP, bruker og tjenesten. Setter tjenesten på stopp ved innleggelse SØ. Ved innleggelse kommunal institusjon tar bruker med måleutstyr og fortsetter registreringen. Samhandling mellom aktører
Avslutning	Avslutter tjenesten ved behov. Saksbehandler vurderer andre tiltak.



Aktiviteter

Henvisning

Inkludering



Aktiviteter

Forberedelser

Opplæring



Bruker



Mottar
hjemmebesøk

Mottar
opplæring av
app og utstyr

Gjennomfører
videomøte med
oppfølgingstjeneste



Beskriver
målsetning



Oppfølgings-
tjeneste



Forbereder hjemmebesøk i
samarbeid med
ressursperson DHO

Klargjør oppgaver
i Dignio Prevent

Gjennomfører
videomøte med bruker
og ressurs DHO



Fastlege



Ressurs DHO



Forbereder
hjemmebesøk i
samarbeid med
oppfølgingstjenesten



Utfører
nullpunktsmåling



Bruker registreres
for gevinst-
oppfølging



Ferdigstiller
utstyr



Utfører
hjemmebesøk

Gjennomfører
opplæring



Fyller ut
kartleggingsskjemaet
sammen med bruker



Utfører
målsamtale
med bruker



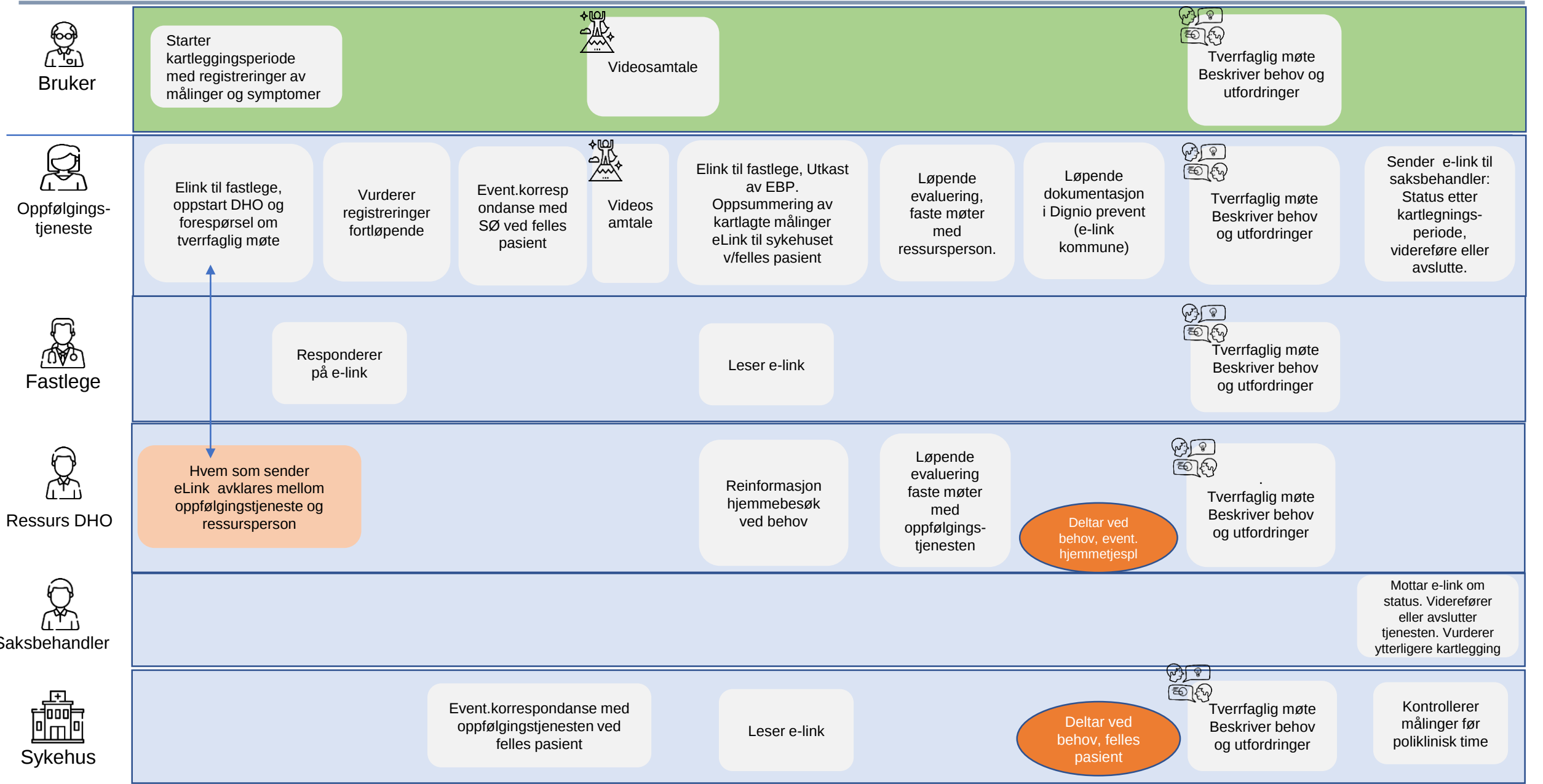
Saksbehandler



Sykehus

Aktiviteter

Kartlegging (2-3 uker)



Aktiviteter

Daglig drift

Vurdering



Bruker

Utfører registreringer i henhold til EBP



Kontakter oppfølgingstjenesten ved behov

Ny måling eller tiltak i henhold til EBP



Mottar veiledning i EBP

Gjennomgang og tilgang til oppdatert EBP



Oppfølgings-tjeneste

Vurderer registreringer i henhold til EBP



Gir råd til pasient ut fra EBP



Kontakter bruker ved avvik

Dialog og veiledning i EBP, målsamtaler

Løpende dokumentasjon EPJ



Dialog med ressurspersoner og med sykehuset



Kontakter fastlege ved store eller gjentakende avvik

Sender EBP til fastlege for godkjenning



Kontakter bruker for gjennomgang av oppdatert EBP



Fastlege

Vurderer behov for justering av EBP

Godkjenner endringer i EBP



Ressurs DHO

Den med tjenstlig behov. Leser løpende dokumentasjon EPJ



Dialog med oppfølgingstjenesten



Følger opp gevinster



Saksbehandler



Sykehus

Kontrollerer pasientens måledata ved behov

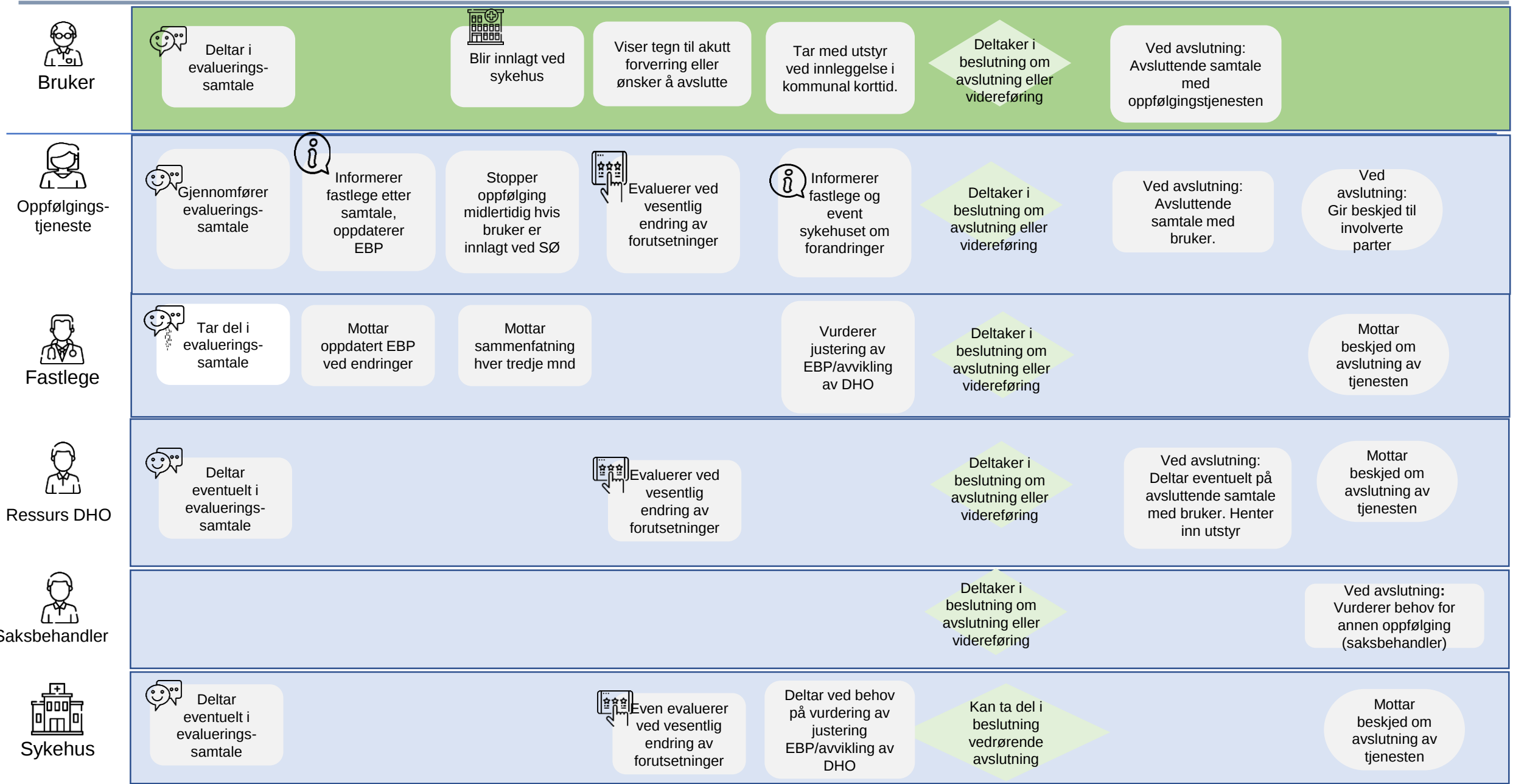


Dialog med oppfølgingstjenesten

Aktiviteter

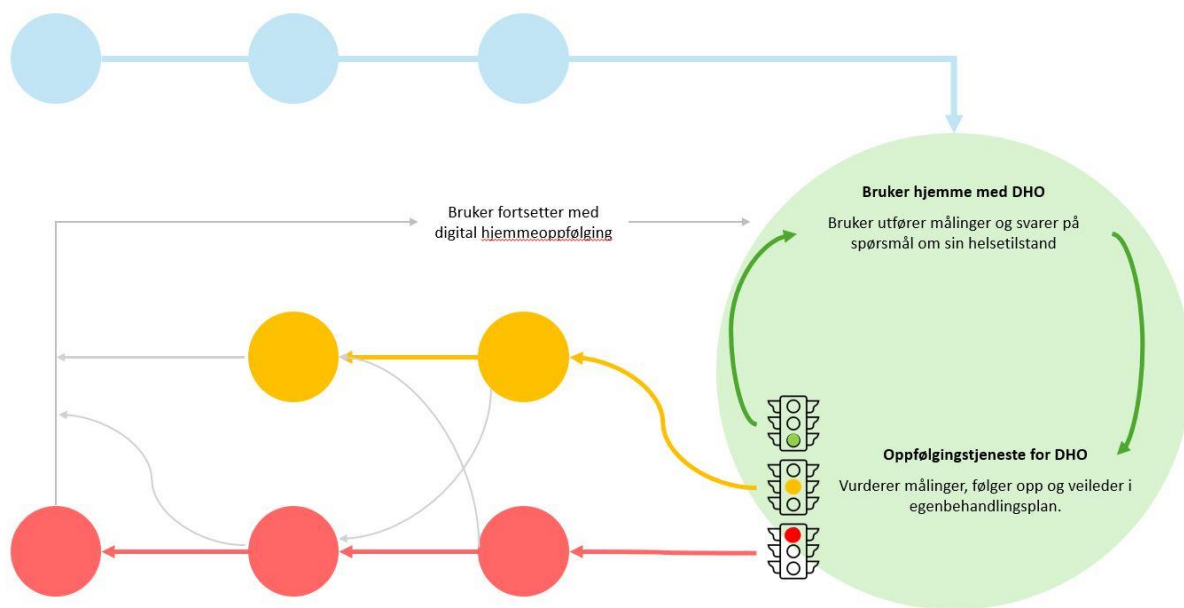
Evaluering / videreføring

avslutning



Daglige rutiner for digital hjemmeoppfølging, oppfølgingstjenesten for digital hjemmeoppfølging

Merk.; tjeneste i utvikling. Denne er gjeldende per 31.12.2024



Hovedoppgaver

Utarbeide, justere og veilede i egenbehandlingsplan

Vurdering av varsler og oppfølging

Ringesamtaler og videomøter med brukere

Dokumentasjon, inkludert arbeid med egenbehandlingsplan og evaluering

Samhandling med kommuner, fastleger og sykehus

Inntak av nye brukere og opplæring

Vurdering av varsler og oppfølging

Hver arbeidsdag starter med å gå gjennom varsler som har kommet inn ettermiddagen/kvelden/helgen før.

For brukere i oppstartsperiode (uten grenseverdier) Alle varsler kommer opp i dashbordet. Det er ikke satt grenseverdier. Bruker får ikke opp varsel ved avvikende målinger. Ved bekymringsverdige målinger

- Anbefal alltid å ta kontrollmåling.
- Kartlegg symptomer og vurder bruk av spørreskjema.
- Vurdere legekontakt eller tilsyn av hjemmesykepleien etter avtale.

Sykepleier ved oppfølgingstjenesten blir enig med bruker om hva som gjøres med bekymringsverdige målinger på kveld og helg. Dette fremgår i egenbehandlingsplan og er dokumentert i kommunens EPJ

- Vurdere behov for å sette midlertidige grenseverdier som bruker og sykepleier ved oppfølgingstjenesten føler seg komfortabel med.
- Avklare når lege skal kontaktes.
- Dersom hjemmesykepleie, gjøre avtale etter behov.
- Sykepleier ved oppfølgingstjenesten tar kontakt neste morgen eller mandag etter helg.

For brukere med gitte grenseverdier og egenbehandlingsplan

Varslene kommer ikke opp i dashbordet, hvis de er innenfor satt grenseverdi.

For å følge trender og holde oversikt tilstreber sykepleier ved oppfølgingstjenesten å se på historikk til alle brukerne i løpet av arbeidsdagen.

Varsler som kommer i dashbordet:

- **Rødt** varsel – rød måling
- **Gult** varsel – gul måling
- **Blått** varsel – bruker har sendt melding i MyDignio
- **Oransje** varsel – oppgave er ikke utført
- **Svart varsel** – målinger/oppgaver hvor det ikke er satt grenseverdi

Gule og røde målinger følges opp etter avtale med bruker (se informasjon under HELSE).

Brukeren veiledes til eller mestrer å bruke egenbehandlingsplanen på egenhånd.

På kveld og helg har brukeren selv ansvar for å følge egenbehandlingsplan og evt. ta kontakt med lege etter behov. For brukere med hjemmesykepleie, kan det gjøres egne avtaler hvis det er helt nødvendig.

Ved mistanke om feilmåling	Ved manglende måling	Ved usikkerhet rundt varsler/målinger
Ta kontakt med bruker, hvis ikke ny måling kommer inn innen kort tid.	Hvis varsel for «ikke utført oppgave».	Ring alltid ved tvilstilfeller Vurder tidspunkt for måling. Har brukeren hatt flere gule

Har bruker gjort riktige forberedelser i forkant av måling? (eks. sitte i ro, inntak av medisiner, måletidspunkt).	Ta kontakt med bruker, kartlegg årsak: Glemt måling Blitt logget ut av appen Fallerende allmenntilstand	eller røde målinger? Hvordan er trenden? Er dette en bruker som har egenbehandlingsplan og mestrer å bruke denne? Kartlegg sammenheng mellom målinger og symptomer ved å bruke spørreskjemaer.
Har bruker riktig måleteknikk? (veilede over telefon, video eller bruksanvisning).	Glemt å gi beskjed om planlagt fravær Akutt hendelse (f.eks sykehusinnleggelse)	Vurder videosamtale for å kunne gjøre en bredere klinisk vurdering.
Hvis feilmåling, slett målingen og dokumenter. Riktig måleverdi kan legges inn på vegne av bruker.	Lite/tomt batteri på medisinsk utstyr Tomt for strøm på smarttelefon/nettbrett	Vurder om det er aktuelt med tilsyn/oppfølging av hjemmesykepleien / DHO-ressurs/rolle Anbefal legekontakt etter behov

Ringeavtaler og videomøter med brukere

Følg arbeidsbeskrivelse for å se hvilken dag som er satt av for faste samtaler for de ulike kommunene. Informasjon om ringeavtalen står oppført i alle brukers HELSE-profil.

I samtalen snakker man om hvordan målingene/symptomene har vært siden sist ringeavtale, generelt om hvordan brukeren har det, samt om brukeren har nyttiggjort seg av egenbehandlingsplanen. Samtalen dokumenteres under notatkategori «Sammendrag» i Dignio Prevent og overføres lokal EPJ gjennom VKP.

Dokumentasjon, inkludert arbeid med egenbehandlingsplan og evaluering

Vurdering av varsler blir dokumentert under notatkategori «Varsel vurdert» med kort beskrivelse av tiltak/vurdering som er gjort.

For oppfølging utenom faste ringeavtaler, velges notatkategori «Oppfølging».

Ved behov for dokumentasjon utenom oppfølging av varsler og faste ringeavtaler, velges notatkategori «Notat». Egenbehandlingsplan evalueres ved behov i forbindelse med ringeavtaler og fortløpende ved evt. endringer i brukers helsetilstand.

Det gjøres individuelle evalueringer på om brukers fortsatt nyttiggjør seg DHO sett opp imot inklusjonskriteriene for tjenesten.

Samhandling med kommuner, fastleger og sykehus

Det gjennomføres faste og/eller sporadiske statusmøter med de ulike kommunene om felles oppfølging av brukerne. Samhandling med fastleger pågår fortløpende gjennom e-link, fysisk kontakt, videomøte eller telefon. Samhandling med sykehuset foregår på faste oppsatte møter, og via e-link ved behov.

Inntak av nye brukere og opplæring

Inntak av nye brukere tilstrebes å skje etter arbeidsbeskrivelsen. Sykepleier ved oppfølgingstjenesten deltar under opplæring av nye brukere fysisk eller over video i samråd med lokal ressursperson DHO



Følg opp blodtrykket i ditt eget hjem

I stedet for at hjemmesykepleien kommer hjem til Kirsten Tveter (79) fire ganger om dagen, tar hun blodtrykket og sender inn resultatene selv. – Det er trygghet i en eske, sier hun om utstyret som sørger for at kommunen kan følge opp pasientene digitalt hjemme.



Må du ofte ta blodtrykket eller andre prøver for å følge opp en kronisk sykdom? Da kan det være at du kan gjøre dette selv gjennom digital hjemmeoppfølging, som Kirsten Tveter.

– Dette gir deg muligheten til å bli fulgt opp av helsepersonell uten å måtte dra til legekantoret eller få besøk av hjemmesykepleien mange ganger om dagen, sier direktør for Helse, Janka Ekrem Holstad.



Janka Ekrem Holstad, direktør for Helse.

Hvordan fungerer det?

Ved å bruke et enkelt digitalt utstyr som kobles på nettbrettet eller smarttelefonen din, kan du måle blodtrykk, blodsukker eller oksygenmetning hjemme. Sammen med sykepleier og fastlegen lager du en egenbehandlingsplan, som inneholder dine egne mål i tillegg til medikamentelle tiltak. Du får også opplæring i bruk av utstyret.



Resultatene fra målingene til Tveter sendes automatisk til sykepleierne Marie Støles og Hanne Heyer i kommunen, som nå følger med på resultatene fra 50 pasienter i Fredrikstad og ellers i Østfold.

– Hvis noe avviker fra hva som er definert som normalt etter pasientens egenbehandlingsplan, står det i planen hvilke tiltak som skal gjennomføres. Vi gir grundig veiledning i hvordan egenbehandlingsplanen skal brukes, og tar kontakt med den enkelte etter avtale dersom målingene avviker, sier sykepleier Marie Støles.

Glad for å bli fulgt opp hjemme

Digital hjemmeoppfølging startet som et prosjekt i kommunen for et par år siden, og målet er at alle som kan få slik oppfølging skal få tilbud om det.

Kirsten Tveter er veldig takknemlig for å bli henvist til digital hjemmeoppfølging, etter å ha vært et kort opphold på rehabiliteringsavdelingen på Helsehuset.



Kirsten Tveter er veldig fornøyd med å ha digital hjemmeoppfølging. Her snakker hun med kommunens sykepleiere Marie Støles og Hanne Heyer, som følger med på resultatene fra målingene Tveter sender inn.

– Det er deilig å slippe å ha besøk hele tiden, og tenk så mye samfunnet sparer på dette! Du må bare klare å bruke en smarttelefon. Vi er jo nødt til å være med på det nye som skjer, det nytter ikke å holde seg fast i det gamle, mener Tveter.

Hvem passer dette for?

Digital hjemmeoppfølging passer for deg med kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjertesvikt eller andre tilstander som krever jevnlig oppfølging fra helsepersonell. Det kan også være at digital hjemmeoppfølging fungerer for deg med kortvarige helseutfordringer eller som oppfølging etter behandling på sykehus.

For mer informasjon om digital hjemmeoppfølging og hvordan du kan bli henvist, kontakt helseforvaltning og koordinering i kommunen.

Vedlegg 5 Deltakere i prosjektet

Rolle	Navn
Prosjekteier	Janka Ekrem Holstad, direktør helse, Fredrikstad kommune
Prosjektleder	Tonje Myrvold, Fredrikstad kommune
Programleder DHO	Jan Terje Dragvoll, Sykehuset Østfold

Helsefellesskapet	Navn
Samhandlingssjef for kommunene	Guro Steine Letting (2022-2024)
Samhandlingssjef for kommunene	Karianne Jenseg Bergmann (2024 ->)
Samhandlingssjef Sykehuset Østfold	Odd Petter Nilsen (2022)
Samhandlingssjef Sykehuset Østfold	Lise Wangberg Storhaug (2023 ->)

Rolle	Navn
Oppfølgingstjenesten for DHO	Marie Støles (2023 ->) Hanne Heyer (2024 ->)

Kommune /sykehus	Lokal prosjektleder/koordinator	Styringsgruppe (DHO i Østfold)
Sykehuset Østfold	Jan Terje Dragvoll (2022-2024)	Volker Solyga
Fredrikstad	Tonje Myrvold (2022-2024)	Janka Ekrem Holstad
Hvaler	Kirsti Blomquist, (2022) (2024) Angelica Bjønnes (2023)	Amund Bjørke
Våler	Sandra Hedstrøm (2022-2024)	Wenke Aannerød
Sarpsborg	Mona Kristoffersen (2022-2024)	Kirsti Skaug / Nils Nybøle
Halden	Linda Matheson (2024 ->) Anne Mette Pettersen (2022)	Martin Ekran
Rakkestad	Anita Buer (2022-2024) Anita Valleraunet (2024 ->)	Anita Buer
Vestby	Catrine G. Storstrøm (2022) (2024) Stein Roger Jørgensen (2022-2024)	Hanne Marthinussen
Råde	Tone Marit Nordhagen (2023-2024)	Thomas Meyer