

SLUTTRAPPORT FOR PROSJEKT MILA3



MITT LIV, MITT ANSVAR

Utprøving av digital hjemmeoppfølging for kronisk syke



 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

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

Prosjektet har vært forankret i Helsefellesskapets strategi og handlingsplan, og har hatt jevnlige 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

Effekt mål

- 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

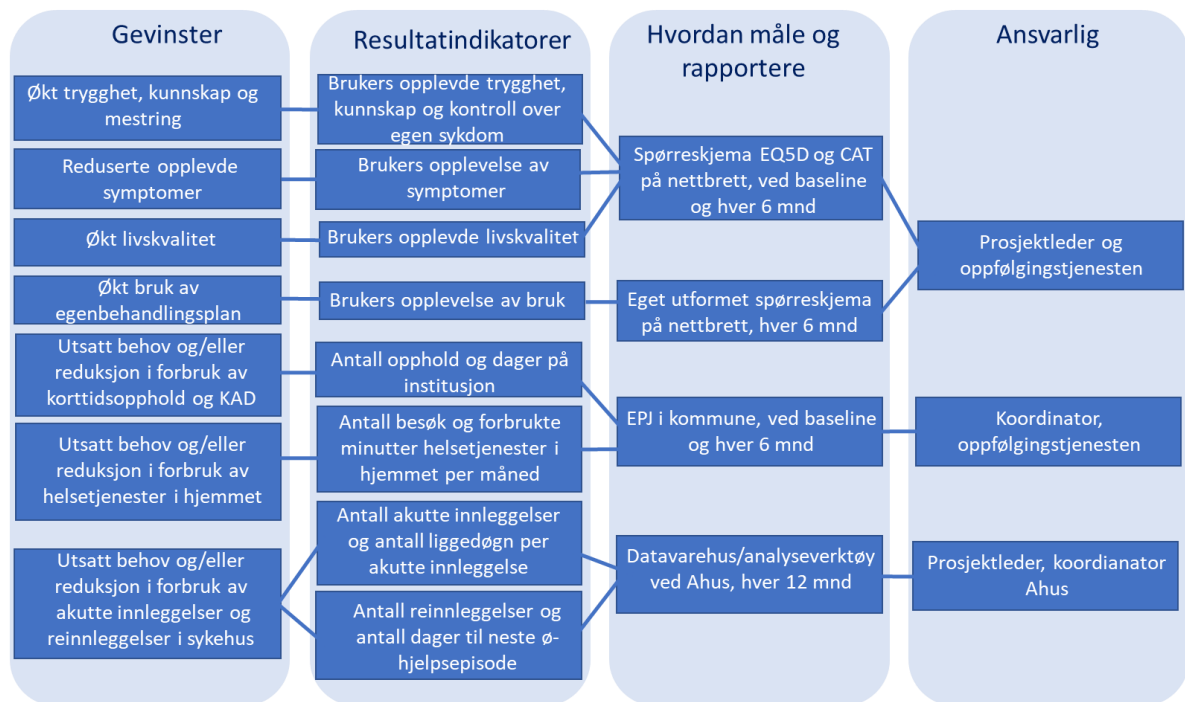
For tjenestene i kommunen, fastleger og sykehus er det potensielle gevinster knyttet til punktene under. Disse punktene vil også være positive for pasientene og deres pårørende.

- 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 innleggelses ved sykehus
- Utsatt behov og/eller reduksjon i antall reinnleggelses 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

Gevinster 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 kompetensdeling 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 legekonsultasjon. Fastlegene bruker målingene og data for å sette i gang tiltak eller endre på behandling til pasienten. Dette kan være for eksempel endring på blodtrykksmedisiner, 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 medisinjusteringer 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 rutinstyrke 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 legekonsultasjonen 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.

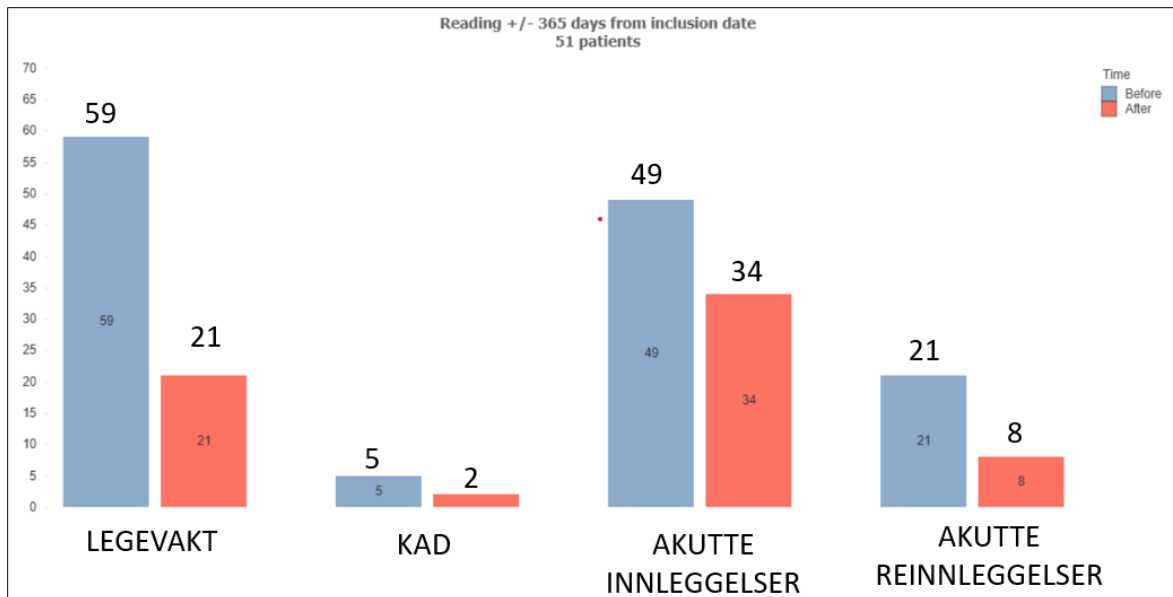
Det å følge opp pasienter på avstand krever annen kunnskap og erfaring hos sykepleieren. Dette kan ta tid å opparbeide seg og god klinisk erfaring fra før er nødvendig. Man har erfart at faste ansatte i oppfølgingstjenesten gir trygghet til pasienten og en helhetlig oppfølging.

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.

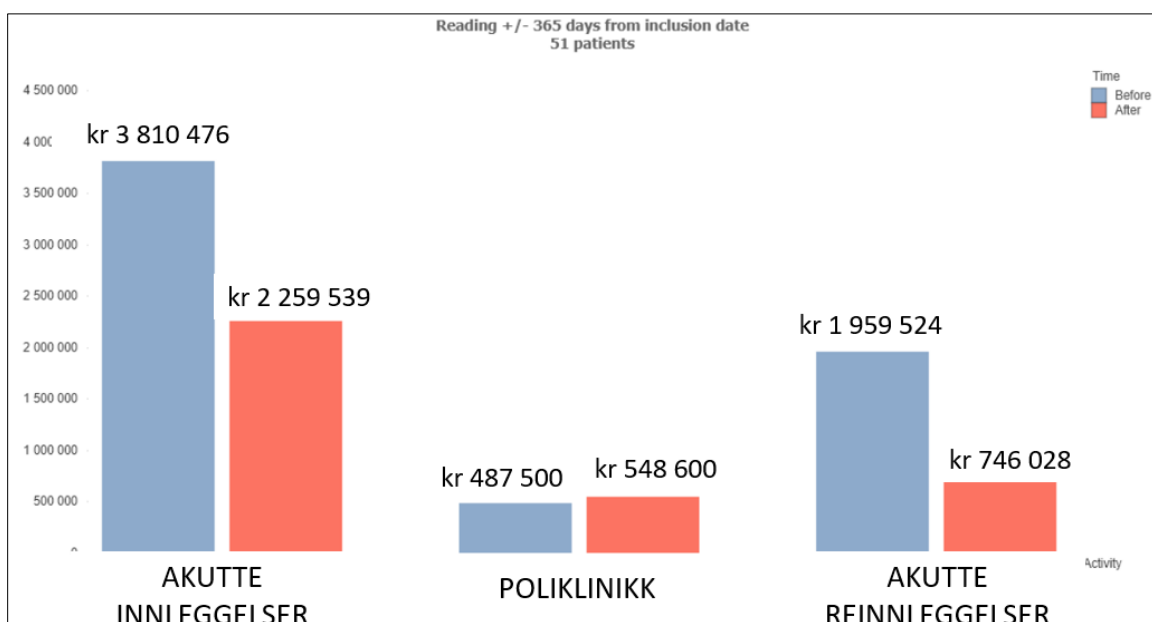
Reduksjon i forbruk av øyeblikkelig hjelp tjenester

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). Estimateret 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 totalkostnad 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>

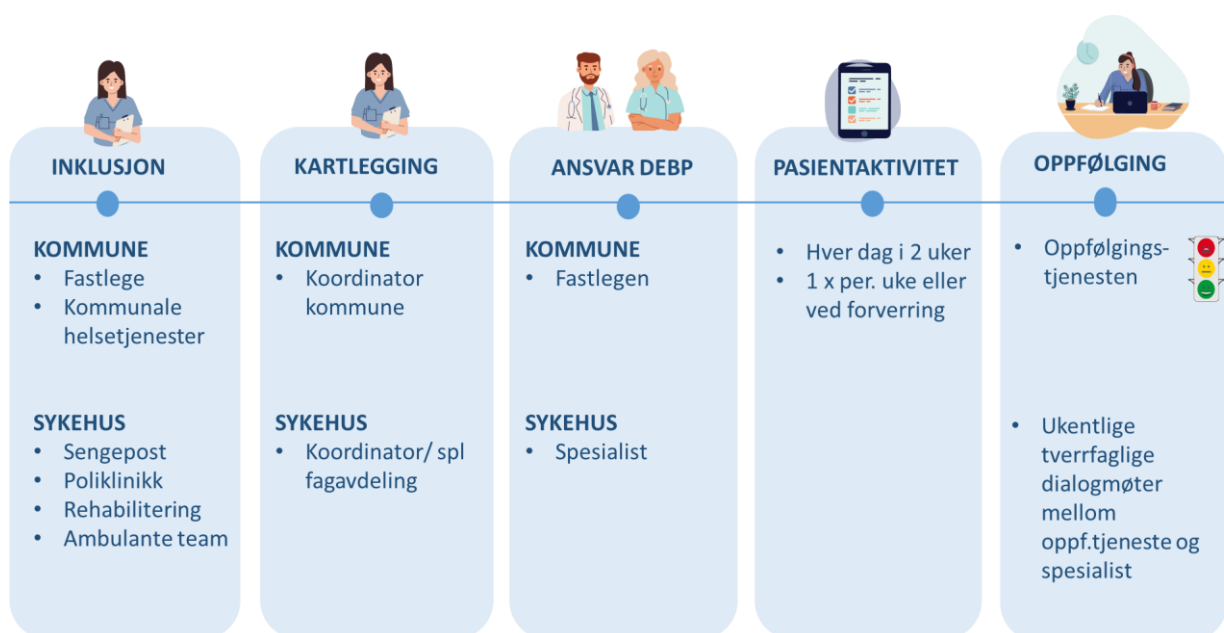
Tabell 1. Kostnadsestimat for DHO tjenesten sammenliknet med kostnadsestimat for alternativ tjeneste, hjemmesykepleie

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 skjemaesvarelses 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 tilfredsstillende 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 foregår 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 måledata, skjema besvarelser 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 møtevirksomhet 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 velferdsteknologi-programmet 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 velferdsteknologi-programmet. 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 velferdsteknologi-programmet 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 møtevirksomhet 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