

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

Versjon 1.

UTKAST

En tjenestebeskrivelse i utvikling

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

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

Endringer fra forrige versjon:

Eventuelle endringer fra forrige versjon skal fremgå under dette punktet.

31. jan. 2025.

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

Del 1. Rammer

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

Del 3. Tjenesteprismodell for felles oppfølgingstjeneste

Del 1. Rammer

1.1. Beskrivelse av samarbeidsprosjektet og partenes forpliktelser

1.1.1. Samarbeidsteamets sammensetning

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

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

Samarbeidets sammensetning er illustrert i figur 1. under.



Figur 1. Samarbeidet i tjenesten

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

1.1.2. Lokalisering, ledelse og organisatorisk forankring

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

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

Tabell 1. Organisering av samarbeidet

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

Driftsrådet skal:

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

Kommune/Helseforetak	Navn deltaker	Rolle	Deltatt fra dato
Ullensaker kommune	Annbjørg Laache	Avdelingsleder Lavterskeltilbud og Mestring	01.01.2025
Ahus, Hjertemed avd.	Henrik Shcimrer	Fagansvarlig kardiolog	01.01.2025
Ahus, Lungemed avd.	Anne Edvardsen	Avdelingsleder lungemed.	01.01.2025
Nes kommune			01.01.2025

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

Tabell 2. Representanter i driftsrådet

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

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

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

1.1.3. Rekruttering og opplæring

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

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

1.1.4. Åpningstid

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

1.1.5. Driftsmidler

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

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

1.1.6. Arbeidsbetingelser

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

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

1.1.7. Datadeling og dokumentasjon

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

1.1.8. Samtykkebetraktninger

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

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

1.1.9. Pasientsikkerhet og kvalitet

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

1.1.10. Instruksjonsmyndighet, ansvarsforhold og klagerettigheter

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

Del 2.

Beskrivelse av tjenestemodell for digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom

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

2.1. Digital hjemmeoppfølging i MILA modellen

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

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

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

2.1.1. Teknisk systemløsning for digital hjemmeoppfølging

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

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

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

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

2.1.2. Måleutstyr i tjenesten

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

2.1.3. Kriterier for tildeling av tjenesten

Pasientene må tilfredsstillende kriterier for generell og sykdomsspesifikk inklusjon.

Generelle kriterier (alle kriterier må være oppfylt)

INKLUSJON

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

Sykdomsspesifikke kriterier (minimum et av kriteriene må være oppfylt)

Kriterier for inklusjon av pasienter med Kols

INKLUSJON

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

Kriterier for inklusjon av pasienter med hjertesvikt

INKLUSJON

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

Avslutningskriterier

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

2.2. Tjenesteforløpet

2.2.1. Henvising

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

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

2.2.2. Kartlegging og tildeling av tjeneste

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

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

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

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

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

2.2.3. Pasientrapportering, målinger og terskelverdier

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

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

2.2.4. Oppfølging av pasientene

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.5. Egenbehandlingsplan

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.6. Avslutning av tjenesteforløpet

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

2.3. Dialog og informasjonsutveksling

2.3.1. Dialog med sykehusavdeling/ spesialist

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

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

2.3.2. Dialog med fastlege

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

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

2.3.3. Dialog mellom oppfølgingstjenesten og kommune

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

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

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

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

2.4. Evaluering av tjenesten og gevinstrapportering

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

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

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

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

Del 3.

Tjenesteprismodell for felles oppfølgingstjeneste

3.1. Bakgrunn for valg av tjenesteprismodell

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

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

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

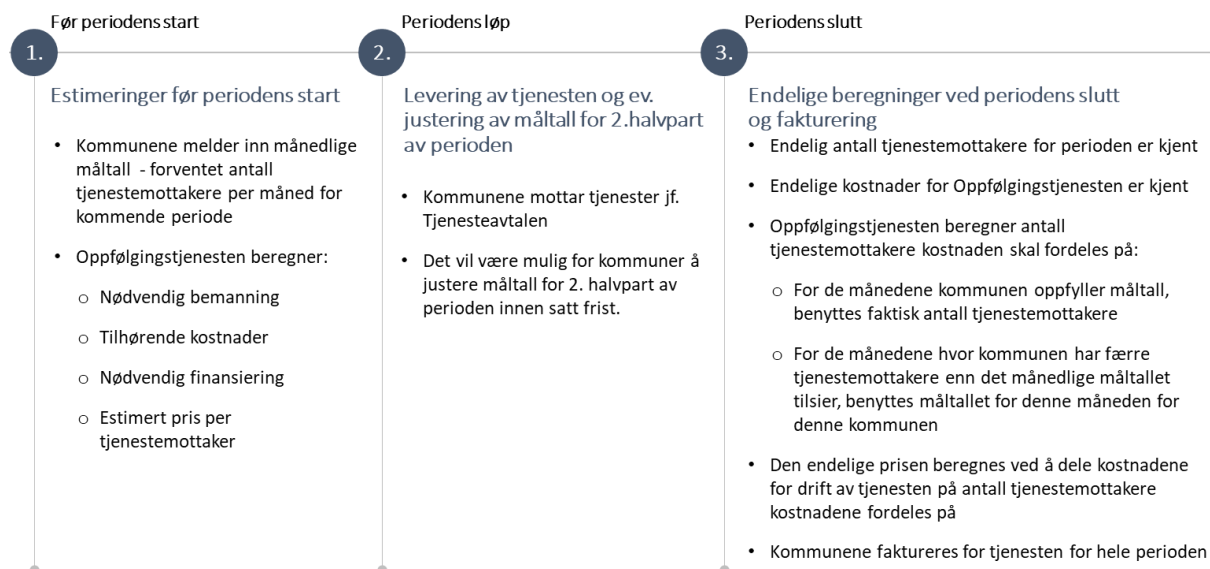
På lengre sikt anbefales det å gå over til en mer bærekraftig tjenestepriksmodell som i større grad ivaretar prinsipper som:

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

3.2. Beskrivelse av tjenestepriksmodellen for driftsåret 2025

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

Tidsløpet for driften av tjenestepriksmodellen vil være som følger:



Figur 1 Tidsløp for driften av tjenestepriksmodellen

3.2.1. Estimeringer før periodens start

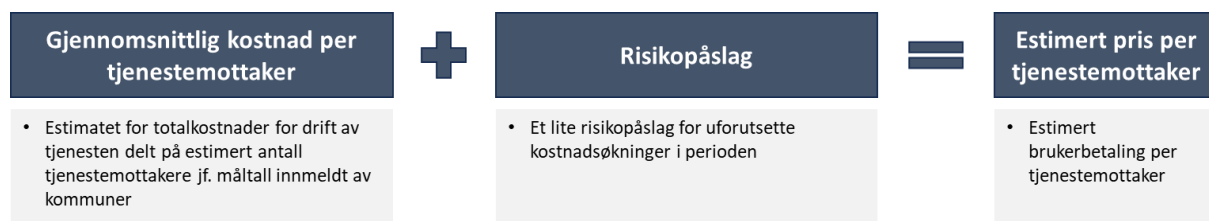
Før perioden starter, trenger Oppfølgings-tjenesten å få informasjon fra kommunene om hvor stor kapasitet den skal forberede seg på å håndtere.

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

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

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

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



Figur 2 Beregning av estimert pris per tjenestemottaker

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2. Periodens løp

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

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

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

3.2.3. Endelige beregninger ved periodens slutt

Ved periodens slutt er følgende størrelser kjent:

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

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

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

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

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

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

3.2.4. Tillegg ved oppstart av nye kommuner

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

3.3. Veien videre

Tjenestepriismodellen evalueres årlig av driftsrådet.

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

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