



Digital hjemmeoppfølging

Bydel Frogner

Mars 2022



Oslo

InnoMed



Innhold

- 1. Bakgrunn og metode**
- 2. Erfaringer fra andre**
 - 2.1 Velferdsteknologi i sentrum (VIS)
 - 2.2 Digital hjemmeoppfølging i Agder
 - 2.3 Mitt liv, mitt ansvar (MILA)
- 3. Oppsummering av innsiktsarbeid**
- 4. Oppsummering av gevinstarbeid**
- 5. Anbefalinger til veien videre**
- 6. Nyttige lenker**
- 7. Vedlegg**



Sammendrag

InnoMed har fra september 2021 bistått bydel Frogner med oppstart av digital hjemmeoppfølging for pasienter med lungesykdom. Prosjektet er et pilotprosjekt startet høsten 2021 av bydel Frogner, enhet for mestring og folkehelse, hvor det testes ut digital hjemmeoppfølging for et begrenset antall brukere med lungesykdom.

InnoMed har bistått med rådgivning i prosjektmetodikk, gevinstrealisering og innsiktsarbeid. Innsikten og gevinstarbeidet har blitt sammenstilt, og presenteres i denne rapporten.

Rapporten beskriver hvordan piloteringen foregikk og presenterer de viktigste erfaringene fra pasienter, personale på sykehuset og fastlege ved å tilby og motta tjenesten. Rapporten beskriver også hvordan det har blitt jobbet med gevinster, og presenterer foreløpige resultater fra utprøvingen. Målet med piloteringen er å tilegne seg kunnskaper og erfaringer med digital hjemmeoppfølging, for å kunne justere på tjenesten før den skal ut i drift, og eventuelt videre spredning til flere pasienter.

Forventede effekter og gevinster:

- **For pasientene:** økning i mestring, trygghet, digital kompetanse og opplevelse av bedre flyt i tjenesten.
- **For tjenesten:** økning i kvalitet, tverrfaglig samarbeid, reduksjon i utgifter til helse- og omsorgstjenester, og implementering av forebyggende helsetjenester så tidlig som mulig.

Ordforklaringer

Digital hjemmeoppfølging, DHO (tidligere: medisinsk avstandsoppfølging)	«Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell»
Gevinst	«Gevinster er nyttevirknninger, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.»
Oppfølgingscenteret	«Den enhet som mottar og følger med på målinger og innrapporterte data fra pasient/bruker som mottar digital hjemmeoppfølging.»
Pasient	I denne rapporten brukes benevnelsen «pasient» for personer som mottar digital hjemmeoppfølging. I kommunale helsetjenester brukes gjerne benevnelsen «bruker», mens det i bydelene brukes «innbygger».
Egenbehandlingsplan (EBP)	Planen for oppfølging ved digital hjemmeoppfølging blir omtalt som egenbehandlingsplan. I egenbehandlingsplanen beskrives tiltak som pasienten selv har ansvaret for å gjennomføre. Formålet med egenbehandlingsplanen er å oppdage forverringer tidlig, forebygge og å redusere utvikling av en forverring, hindre sykehusinnleggelse og gi økt trygghet og mestringsopplevelse. Den gir pasienten retningslinjer for hva som gjøres ved en forverring av sykdommen. Pasienten følges opp av helsepersonell i tråd med egenbehandlingsplanen og avtale for oppfølging.

*Kilde: [Sluttrapport fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging \(2018-2021\)](#)

1

Bakgrunn og metode

Prosjektet er et pilotprosjekt i regi av bydel Frogner

- **Formålet med prosjektet** har vært å få kunnskap og erfaring med å teste ut digital hjemmeoppfølging som et forebyggende tiltak for pasienter med lungesykdom. Innsikt og erfaring fra dette prosjektet skal danne grunnlag for videre eskalering av digital hjemmeoppfølging til nye pasientgrupper.
- **Prosjektets tjenestemodell** innebærer at pasienter med kols eller annen type lungesykdom følger opp egen sykdom med regelmessige egenmålinger av oksygenmetning, i tillegg til spørsmål om egen helsetilstand. Helsepersonell fra oppfølgingscenteret bistår med råd og veiledning.



Prosjektet har bestått av en prosjektgruppe og en styringsgruppe

Prosjektet er en del av prosjektet «integrerte helsetjenester», som er et samarbeidsprosjekt med Diakonhjemmet sykehus og bydel Ullern, finansiert av midler fra Helse Sør-Øst og Statsforvalteren. Bydel Ullern startet opp med DHO samtidig som bydel Frogner, hvor det er satt ned samarbeidspartnere på tvers for bl.a. erfaringsutveksling.

Til prosjektet har det vært ansatt en sykepleier i 100% stilling fra august 2021. I tillegg har koordinator for velferdsteknologi bistått med i snitt et halvt årsverk. Ledergruppen består av enhetsleder for enhet mestring og rehabilitering og seksjonsleder for hverdagsmestring. Samtlige prosjektmedarbeidere er ansatt i bydel Frogner.

Prosjektgruppen	
Vegard Tangen	Velferdsteknologikoordinator
Gina Haakonsen	Sykepleierkonsulent
Styringsgruppen	
Annebeth Johansen	Enhetsleder, enhet mestring og rehabilitering
Tone Trønnes Jevnaker	Seksjonsleder hverdagsmestring

Bydelen valgte lungesyke pasienter på grunn av økende reinnleggelsesprosent

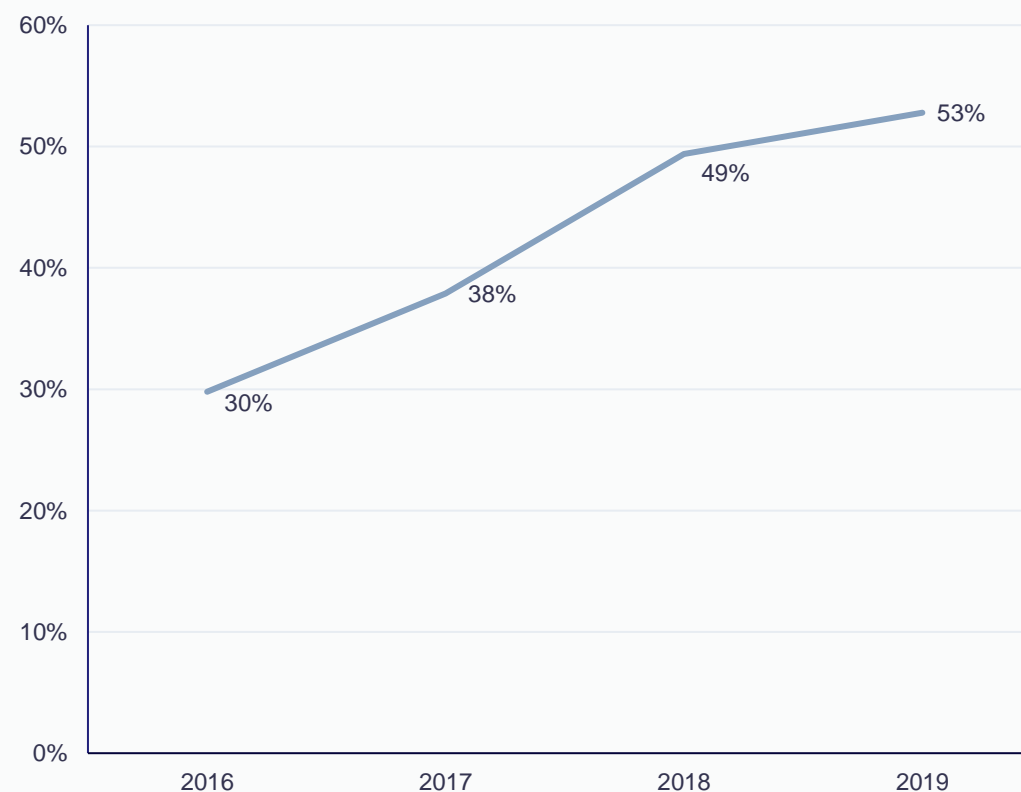
Det var en betydelig økning i reinnleggelsesprosent fra 2016 til 2019

- Data innhentet fra analyseavdelingen på Diakonhjemmet viser at det er en økende reinnleggelsesprosent for personer med lungesykdom bosatt i bydel Frogner.
- På fire år økte reinnleggelsesprosenten for lungesyke med 23 prosentpoeng.
- Kunnskapen om dette var bakgrunnen for valg av pasientgruppe.

For å gi pasientgruppen et bedre tilbud ble følgende resultatmål satt:

- Utvikle og teste tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging
- Opprette en tydelig henvisningsrutine mellom lungepoliklinikken og bydel Frogner
- Opprette og drifte et oppfølgingscenter med inntil 15 brukere med lungesykdom
- Teste ut relevant teknologi knyttet til digital hjemmeoppfølging

Reinleggelsesprosent for lungesyke pasienter ved Diakonhjemmet sykehus



*Kilde: data innhentet fra analyseavdelingen på Diakonhjemmet

Samarbeidspartnere

Oslo kommune



Oslo

Siden høsten 2021 har prosjektgruppen hatt ukentlige erfaringsdelingsmøter på Teams med Helseetaten og Bydel Ullern. Det er utført hospitering hos bydel Gamle Oslo. Det er også innledet samarbeid og erfaringshenting fra VIS-prosjektet via erfaringsmøter og Workplacekanaler.

Dignio AS



Leverandør av teknologien som blir brukt til digital hjemmeoppfølging. Dignio har bidratt med produktopplæring og veiledning under oppstart og det har vært en tett dialog med kundeutvikler i prosjektet. Det ble i starten av prosjektet gjennomført fysisk opplæring i Dignio Prevent hos Dignio sine kontoret i Oslo.

Bydel Frogner



Oslo

Prosjektet har hatt mange samarbeidspartnere internt i bydelen som har bidratt til rekruttering av brukere og å heve kvaliteten på tjenesten. Bydelsfysioterapeut, bydelsergoterapeut, saksbehandler, Ellen Johansen (Vika fysikalske), mestringsteam, hukommelsesteam, gericakonsulent, hjemmetjenesten og Frisklivssentralen. Fysioterapeut med tilskudd ved Vika fysikalske med spesialkompetanse på lungesykdommer. Ellen har ukentlige treningsgrupper for pasienter med kols hvor de fleste deltakerne har blitt rekruttert til prosjektet.

Diakonhjemmet sykehus



Prosjektet er en del av prosjektet Integrerte helsetjenester, som er et samarbeidsprosjekt med Diakonhjemmet og Bydel Ullern, finansiert av midler fra Helse Sør-Øst og Statsforvalteren. I prosjektperioden har sykepleier fra oppfølgingscenteret i Bydel Frogner hospitert hos lungepoliklinikken, samt vært med pasient/deltager på poliklinisk time

En web-app for oppfølgingscenteret og pasientapp for selvrapporing

Oppstart DHO

1

Pasienten får informasjon om DHO fra oppfølgingscenteret etter ønske. Henviing mottas av oppfølgingscenteret fra sykehus, frisklivssentralen eller hjemmetjenesten.

2

Oppfølgingscenteret tar kontakt og avtaler tid for hjemmebesøk med pasienten. Oppfølgingscenteret diskuterer grenseverdier, egenbehandlingsplan, får samtykke fra pasienten og gir opplæring i bruk av saturasjonsmåler for oksygenmåling og utfylling av brukerundersøkelse via nettbrett.

3

Brukere av digital hjemmeoppfølging utfører målinger av O2-metning, og svarer på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett. Resultatene overføres automatisk fra oksymeter til nettbrettet slik at pasienten enkelt kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres også digitalt til et oppfølgingscenter i bydelen hvor en sykepleier følger opp målingene på hverdager fra 09-15.

4

Hvis det er tegn til forverring og ved målinger utenfor det som er normalverdier for den enkelte, gir oppfølgingscenteret medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og egenbehandlingsplan, og vurderer i samråd med pasient om vedkommende bør ta kontakt med sin fastlege eller legevakt.

Følgende kriterier har blitt brukt ved inklusjon av pasienter

Inklusjonskriterier

- Pasienten er bosatt i Frogner bydel
- Pasienten har lungesykdom – fortrinnsvis KOLS
- Pasienten har tilstrekkelig digital kompetanse, eller pårørende som kan bistå
- Pasienten er motivert for tjenesten, og positivt innstilt til teknologi
- Pasienten evner å utføre målingene (håndmotorikk, syn, hørsel)
- Pasienten er samtykkekompetent
- Pasienten vurderes til å kunne ha nytte av tjenesten

Eksklusjonskriterier

- Pasienten har rusproblemer
- Pasienten har langkomment demens eller kognitiv svikt
- Pasienten har lav sykdomsbelastning
- Pasienten har språk-/kommunikasjonsutfordringer
- Pasienten har lav/ingen dekning for mobildata

En kombinasjon av dybdeintervjuer og spørreskjema har blitt brukt som metode for innsiktsarbeid

- **InnoMed har bistått prosjektet med innsiktsarbeid.** Det har blitt hentet inn innsikt fra to sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, to fastleger og fire brukere. De seks andre brukernes erfaringer med tjenesten er også tatt med i rapporten. Etter intervjuene analyserte InnoMed innsikten, som fremstilles i kapittel 3.
- **På grunn av kapasitetsutfordringer** har det vært utfordrende å få til dybdeintervjuer med fastleger. De fikk derfor tilsendt spørreskjemaer som InnoMed gikk gjennom sammen med dem, hvor det var mulig å stille oppfølgingsspørsmål. 2/4 fastleger svarte på disse henvendelsene.
- **Intervju med brukere** ble holdt over telefon for å begrense smitterisiko for pasienter i risikogruppen for alvorlig sykdom ved smitte av covid-19. Intervjuene med sykepleiere på lungepoliklinikken var også telefonintervju. Sammenstilt innsikt ble sendt tilbake til intervjuobjektene for sitatsjekk før det ble brukt videre i prosjektet.

Intervjugruppe	Antall
Pasienter	4
Sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten	2
Fastleger	2

Måling av gevinster pågikk fra september 2021 til januar 2022

Prosjektet har gjennomført målinger av både kvalitative og kvantitative gevinster. Kvalitative gevinster er målt ved bruk av intervjuer, mens de kvantitative gevinstene er dokumentert gjennom spørreskjema og datauttrekk.

Følgende kvantitative og kvalitative gevinstene har blitt prioritert:

- Subjektiv opplevelse av trygghet, mestring og digital kompetanse hos pasienter.
- Antall og varighet av sykehusinnleggelser.
- Antall uønskede hendelser ved å se på antall gule og røde varsler oppfølgingscenteret fikk.
- Antall fastlegekonsultasjoner.

Gevinstarbeidet har foregått i henhold til prosessen illustrert nedenfor:



Prosjektgjennomføringen har blitt begrenset av flere forhold

Forankring

Opplevd motstand fra spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere ved lungepoliklinikken på Diakonhjemmet har uttrykt at de ikke opplever å ha blitt inkludert fra start, og at det har vært uoversiktlig hvilken rolle de skulle ha inn i prosjektet. Legene på poliklinikken har uttrykt at de ikke ønsker å delta.

Prosjektet, og tiltaket, har vært forankret i ledelsen ved sykehuset, og har vært involvert i ukentlige statusmøter blant annet. Likevel viser funnene fra innsiktsarbeid at denne forankringen ikke har blitt jobbet tilstrekkelig med nedover i de kliniske miljøene. Det kan være flere grunner til at samarbeidet mellom bydelen og sykehuset har vært utfordrende. Det kan for eksempel handle om kommunikasjonsarbeidet rundt DHO, både fra bydelen og fra ledelsen i sykehuset. Hvordan har innspillene fra lungesykepleierne blitt tatt inn i utvikling av tjenesten fra start?

På grunn av høyt press på helsetjenestene har det vært en utfordring å hente inn tall fra fastlegekontorene som ikke har hatt mulighet til å prioritere dette i tilstrekkelig grad. Av samme grunn hadde fastlegene lite tid til å bli intervjuet om digital hjemmeoppfølging, og bare 2 av 4 fastleger hadde mulighet til å stille til intervju. Dette gjør at kunnskapsgrunnlaget foreløpig er for tynt, og det må jobbes videre med dette for å sikre pålitelighet.

Covid-19-pandemien

Pandemien har ført til at brukerne har vært mer skeptiske til hjemmebesøk. Når man har måttet bruke munnbind hos brukerne, har dette gjort kommunikasjonen utfordrende, da brukere med redusert hørsel har hatt vanskeligheter med å høre og forstå hva som blir sagt. I tillegg skaper munnbindet en avstand mellom sykepleier og brukeren. Pandemien har også påvirket forbruk av helsetjenester for mange.

På grunn av pandemien har det vært en utfordring å allokere nok ressurser til prosjektet. Prosjektmedarbeidere har måttet prioritert bort prosjektarbeid til fordel for andre bydelsoppgaver tilknyttet pandemihåndtering.

2

Erfaringer fra andre

Erfaringer fra andre DHO-prosjekter som har kommet lenger med utprøving av digital hjemmeoppfølging



Prosjektene nedenfor har i likhet med bydel Frogner også lungesyke pasienter som del av målgruppen. I Oslo kommune brukes samme digitale løsning (Dignio) som i bydel Frogner, mens det i Agder og Øvre Romerike brukes løsning fra Siemens. Alle prosjektene var del av Helsedirektoratets nasjonale utprøving av digital hjemmeoppfølging.

VIS

- **VIS** står for «**velferdsteknologi i sentrum**», og er et samarbeidsprosjekt mellom de fire sentrumsbydelene i Oslo (St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene) og Lovisenberg diakonale sykehus.
- Bydel Frogner har hospitert på oppfølgingscenteret til VIS, og har hatt erfaringsutveksling.
- Det foreligger flere synergier mellom disse prosjektene, mtp digital løsning og geografi.

Agder

- **Agder-prosjektet** er en del av «Felles forvaltning av DHO – et samhandlingsprosjekt i helsefellesskap på Agder».
- Målet er å forbedre koordineringen mellom kommuner, fastleger og sykehus for tiltak rundt digital hjemmeoppfølging.
- I en pilot fra desember 2020 til februar 2021 mottok 6 pasienter med kols digital hjemmeoppfølging fra sykehuset med overgang til kommunale tjenester.

MILA

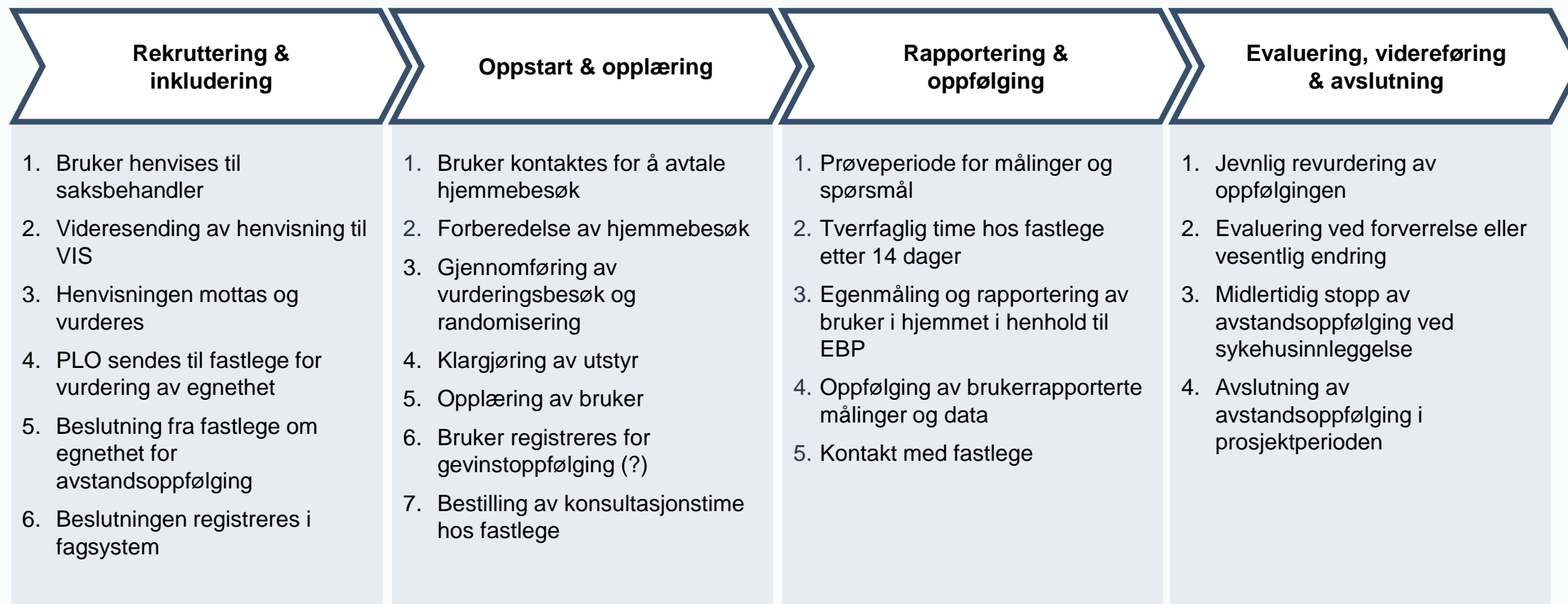
- **MILA** er et samhandlingsprosjekt med Ullensaker kommune (prosjekteier), Gjerdrum kommune, fastleger, Akershus universitetssykehus HF, Digitale Gardermoen IS, Landsforening for hjerte-lungesyke og LHL- sykehuset Gardermoen.
- Formålet med MILA har vært å få kunnskap og erfaring med digital hjemmeoppfølging for pasienter med kols og hjertesvikt.

*Kilde: [Sluttrapport fra nasjonal utprøving av digital hjemmeoppfølging \(2018-2021\)](#)

2.1

Velferdsteknologi i sentrum (VIS)

I VIS-prosjektet opplever brukerne et bedre tjenesteforløp på grunn av tettere samarbeid mellom alle aktører



Oppsummeringen av funnene trekker frem positive erfaringer samt utfordringer

Positive erfaringer

- Fastlegene har fått mer utfyllende helseopplysninger om pasienten, som ga dem et bedre beslutningsgrunnlag for medisiner og behandling.
- Tverrfaglig møte med pasient og helsepersonell er nyttig, og skaper et mer helhetlig bilde av pasienten.
- Fastlegene ser at pasientene får bedre sykdomsforståelse og blir mer deltagende i egen behandling
- Besparelse i samlet medgått tid til kommunale tjenester, på ca. 30 minutter per bruker i måneden.
- Sykepleierne har bedre forståelse av tjenesten, hvilke pasienter DHO kan egne seg for, og eventuelle gevinster på sikt som f.eks. å fange opp forverring tidligere, eller om det kan bidra til å redusere reinnleggelser.
- En del pasienter tar med seg nettbrettet til polikliniske timer på sykehuset, som medfører et tettere samarbeid mellom sykehuset og bydelene.
- Brukerne forstår bedre sin kropps signaler og symptomer, og opplever at de kan i større grad håndtere egen helsesituasjon.

Utfordringer

- Det var utfordrende å få med fastlegene på grunn av at de hadde det travelt.
- Koronapandemien påvirket rekrutteringsprosessen slik at vi ikke kunne ha fysiske møter hos brukerne, og heller ikke kunne gjennomføre brukersamlinger.
- Tilpasningsdyktighet er kritisk for å lykkes med et prosjekt av denne typen og som involverer flere parter.
- Det har vært utfordrende og ressurskrevende å identifisere et godt verktøy for å hente ut gevinster. Vi har opplevd utfordringer med gevinstverktøyet. Dette har blitt løst fortløpende gjennom dialog med utvikleren av skjemaet.
- Det er tungvint for fastlegene at de ikke har tilgang til pasientens verdier i sine journalsystemer.

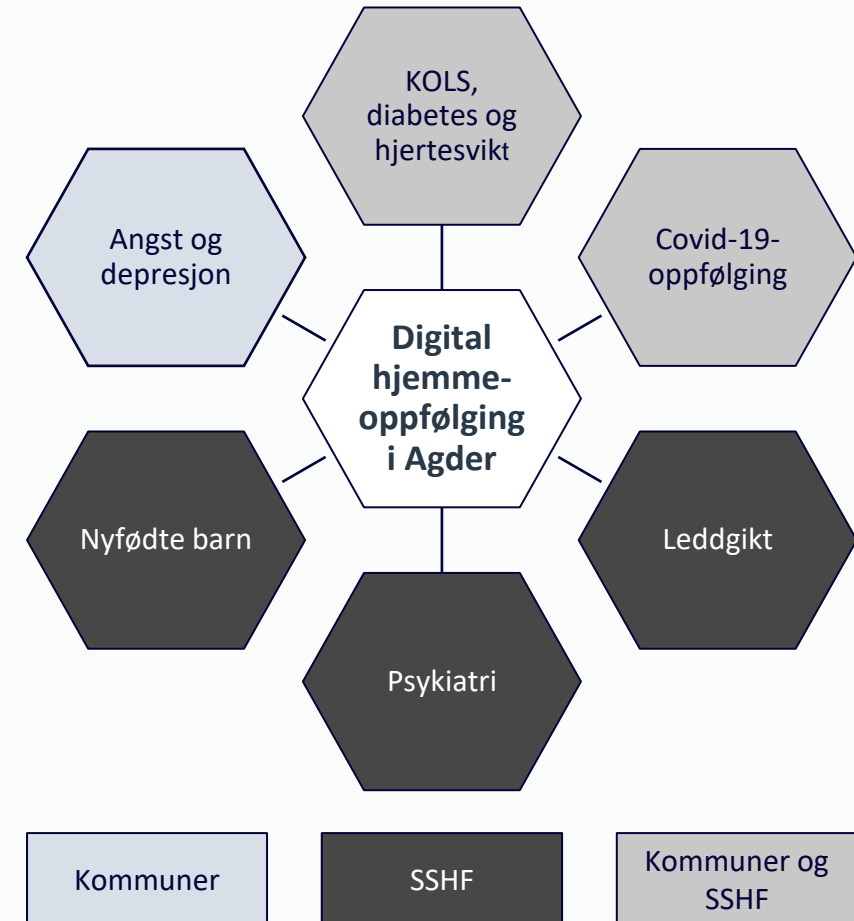
2.2

Digital hjemmeoppfølging i Agder

Agder har flere pågående initiativer for digital hjemmeoppfølging

Pågående initiativer

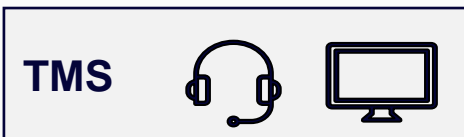
- Oppfølging fra telemedisinsk sentral (TMS) og primærhelseteam for personer med kols, diabetes og hjertesvikt
- Oppfølging fra TMS, primærhelseteam og den kommunale helsetjenesten for personer med angst og depresjoner
- Covid-19-oppfølging fra TMS og fastlegekontorer
- Covid-19-oppfølging fra hjerteavdelingen på Sørlandet sykehus avdeling Kristiansand
- Oppfølging av nyfødte og barn og mødre fra nyfødtintensiv på Sørlandet sykehus
- Oppfølging av kols-pasienter fra lungeavdelingen på Sørlandet sykehus
- Videokonsultasjon fra sårpoliklinikken på Sørlandet sykehus
- Selvrapporing for pasienter med leddgikt fra revmatologisk poliklinikk på Sørlandet sykehus
- Selvrapporing for psykiatrispasienter på Sørlandet sykehus



I Agder har man prøvd ut to modeller for digital hjemmeoppfølging

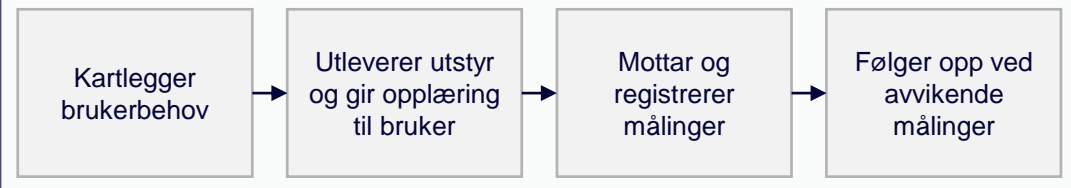
Oppfølging fra telemedisinsk sentral

- Telemedisinsk sentral (TMS) er regional sentral for oppfølging av brukerne. Sentralen er bemannet av sykepleiere som har i hovedoppgave å følge opp brukere av digital hjemmeoppfølging
- Sykepleierne på sentralen har tett dialog med både kommunen og fastlegen. Sykepleierne foretar kartlegging av brukernes oppfølgingsbehov når tjenesten initieres av pasientens hjemkommune, står for utstyrslogistikk, opplæring og oppfølging av målinger

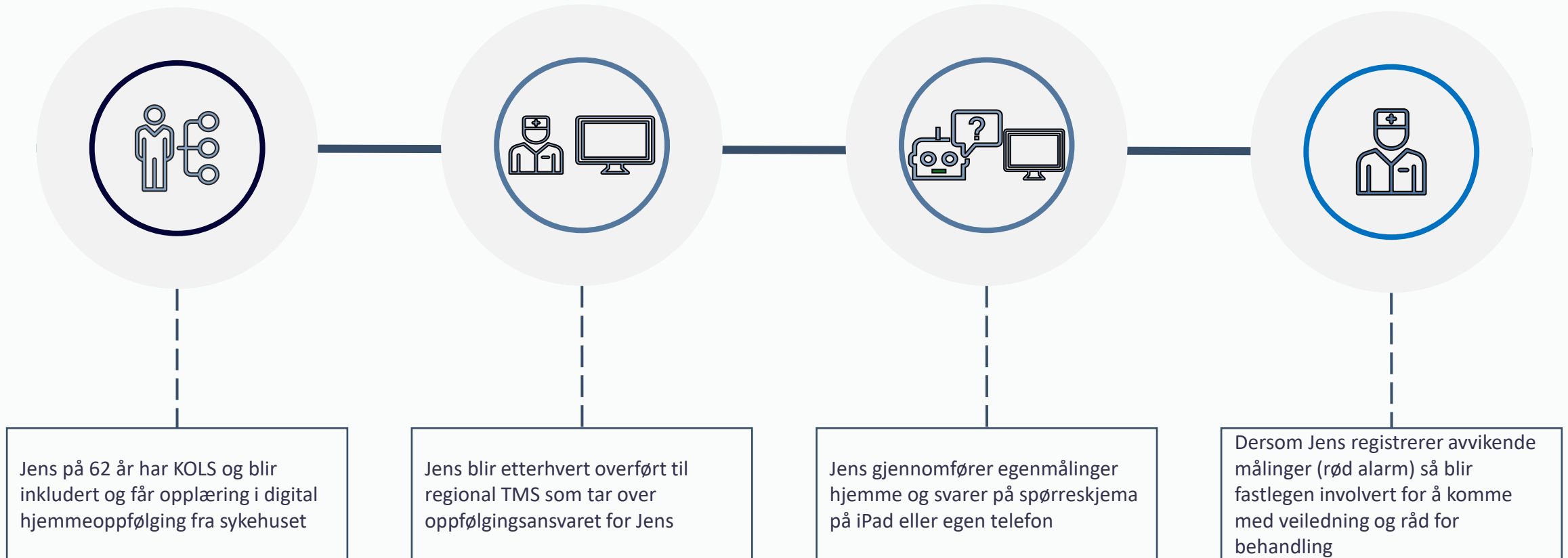


Oppfølging fra tjenesten

- Ved oppfølging fra tjenesten er oppfølgingen en integrert del av kommunens tjenestetilbud
- Bruker blir fulgt opp av helsepersonell fra kommunen, gjerne fra hjemmetjenesten
- Kommunen kartlegger brukerbehov, starter opp tjenesten, leverer ut utstyr, gir pasienten opplæring og gjør oppfølging av målinger



Både spesialisthelsetjenesten, regional TMS og fastlege er involvert i tjenesten



Spesialisthelsetjenesten



Regional TMS



Fastlege

Agder kan vise til positive erfaringer samt utfordringer tilknyttet piloten

Positive erfaringer

- Ansatte ved sykehusets lungeavdeling, forvaltning, TMS og brukere er generelt positive til digital hjemmeoppfølging fra sykehus med overgang til TMS. Ved å tilby denne tjenesten direkte fra sykehuset kan man raskere tilby pasienter oppfølging.
- Pasienter som får tilbud om oppfølgingen er positive til tjenesten og føler økt trygghet og mestring av egen sykdom.
- Informasjonsutveksling mellom sykehus, kommune, fastlege og TMS er essensielt for å få til et smidig pasientforløp og har i piloten fungert godt.
- Det er særlig positivt at pasienter blir overført til TMS med en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan. Dette effektiviserer tjenesten og gjør at pasient raskere blir koblet opp på digital hjemmeoppfølging.
- Det er særlig positivt at oppfølgere fra sykehus bruker samme teknologisk verktøy (OTH) som oppfølgere på TMS. Dette bryter ned siloer.

Utfordringer

- Piloten har ikke en lang nok varighet eller nok inkluderte pasienter til å synliggjøre gevinster som f.eks reduksjon i sykehusinnleggelseser.
- Det er tilknyttet utfordringer til inkludering av pasienter på lungeavdelingen, både pga lav forankring av tjenesten blant de ansatte på avdelingen, men også fordi innlagte pasienter kan være utsatt for mye påvirkning og stress på avdelingen som ikke gjør dem egnet til å inkluderes når de er innlagt.
- Det er behov for å prøve ut tjenesten i enda større grad og over lenger tid for å kunne samle inn nok data som bedre kan kartlegge gevinster.
- Utdeling av utstyr og transport i forbindelse med møter med pasienter er ikke driftet på en effektiv måte i piloten.

2.3

Mitt liv, mitt ansvar (MILA)

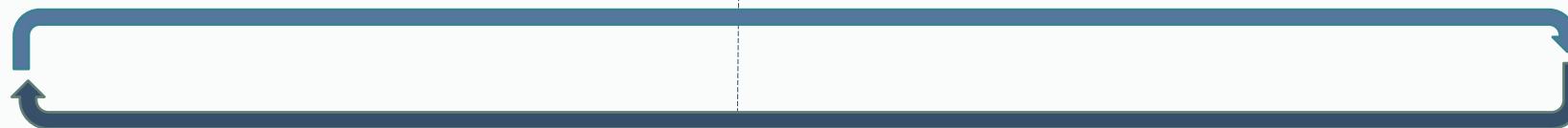
I MILA sin tjenestemodell er det sykehuset som følger opp pasienten de første ukene etter utskrivelse, før kommunene tar over



PASIENT

FORSTERKET UTSKRIVELSE

DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING



Inklusjon: Ahus Lunge og Ahus Kongsvinger sykehus.
EBP utarbeides på sykehuset

Lungeteamet: Oppfølging fra sykehuset 2-4 uker

Inklusjon: DHO kommune + Fastlege
EBP utarbeides av FL og DHO kommune

DHO kommune: oppfølging for Øvre Romerike
Oppfølging x 1/uke, kl. 09-15

Prosjektet har kartlagt positive erfaringer, samt utfordringer med utprøvingen

Positive erfaringer

- Fastlegene opplever at pasientene har blitt mer bevisst på egen sykdom og behandling av denne sammenlignet med tidligere. Dette bidrar til at helsesamtalene kan gjøres på en annen måte og at dialogen blir bedre og mer produktiv for både fastlege og pasient.
- Nyttig å utarbeide egenbehandlingsplaner i samarbeid med fastlegene.
- Med tilgang til pasientens målinger er det lettere å fange opp tegn til forverring, og iverksette tiltak med støtte i pasientens egenbehandlingsplan.
- En nedgang i antall innleggelse i sykehus etter pasientene fikk digital hjemmeoppfølging.
- Pasientene opplever tjenesten som fleksibel og at de får hjelp av helsepersonell når de har behov.
- En stor andel opplever økt trygghet, mestring, er fornøyde med oppfølgingen de får, og har blitt mer bevisst på egen sykdom.

Utfordringer

- Prosjektet er usikker på om arbeidet med å inngå intensjons- og samarbeidsavtaler med den enkelte fastlege i forkant av prosjektet var hensiktsmessig bruk av tid.
- I prosjektet har fastlegen godkjent pasientene for inklusjon, prosjektet mener at denne oppgaven burde ligge til den kommunale forvaltningen som har ansvaret for tjenesten DHO.
- Kommunene bør innarbeide digital hjemmeoppfølging som et satsningsområde i kommunens planverk. Dette også bør gjøres i helsefelleskapene.
- Det er nødvendig å sikre forankring og god informasjon på alle nivåer i kommunen fra kommunaldirektør og ut i tjenestene når DHO skal etableres.
- Det er lettere å skape engasjement i sykehusets fagavdelinger når oppgavene er relatert til deres daglige virke.
- Samhandlingspotensialet ved bruk av DHO bør utforskes videre for å unngå løsninger som ikke er kompatible mot hverandre.

3

Oppsummering av innsiktsarbeidet

Oppsummeringen av funnene trekker frem positive erfaringer samt utfordringer tilknyttet piloten

Positive erfaringer

- Pasientene er fornøyde, føler seg ivaretatt og opplever mer trygghet etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. Det er særlig positivt at pasientene føler en avlastning i forbindelse med koordinering av ulike tjenestetilbud. Som kronisk syk må man forholde seg til mange ulike oppfølgingsinstanser. Med digital hjemmeoppfølging opplever pasientene at koordineringsansvaret er flyttet fra dem til oppfølgingscenteret. De tar kontakt med både fastlegen og Diakonhjemmet for pasienten, og det sparer mye tid og bekymring.
- God informasjonsutveksling mellom sykehuset, bydelen, oppfølgingscenteret og fastlegene er av stor betydning for oppfølgingen. I løpet av den siste tiden har personalet på sykehuset begynt å bruke dialogmeldinger for kontakt med fastlegene og bydelen. Det er fortsatt i oppstartsfasen, men aktørene er positivt innstilt til denne måten å kommunisere på.

Utfordringer

- De ulike tjenestenivåene har ulike oppfatninger av hvilken verdi digital hjemmeoppfølging tilfører for pasientene. Tjenesten fremstår ikke som godt nok forankret i det kliniske miljøet på sykehuset, og hos fastlegene. Innsiktsarbeidet tyder på at det ikke har blitt jobbet godt nok med å informere og forankre tilbudet fra ledelsen i sykehuset og nedover i det kliniske miljøet.
- Pasientene opplever at samarbeidet mellom sykehuset og hjemmesykepleien fungerer i varierende grad. Erfaringene er at ting blir fulgt opp, men at det ofte tar lang tid.
- Piloten har for kort varighet, og for få pasienter inkludert, til å synliggjøre kvantitative gevinster som for eksempel færre sykehusinnleggelse. Det er behov for å prøve ut tjenesten i større omfang og over lengre tid for å kunne samle inn nok data til å kartlegge gevinstene. Da kan man med mer troverdighet si noe om hva som fungerer, og ikke.

Pasientene er fornøyde med oppfølgingen, og håper å kunne fortsette

Beskrivelse av funn

- Pasientene opplever at samarbeidet med sykehuset har vært bra. Når det gjelder mellom sykehuset og hjemmesykepleien oppleves det som mer varierende; ting blir fulgt opp, men det tar lang tid.
- En av pasientene opplever å ha en fastlege som ikke følger godt opp, og da har det vært veldig bra å ha oppfølgingssenteret som kan ta kontakt med fastlegen. Det pusher han/hun og man får lettere opplysninger.
- Det oppleves som en stor fordel at målingene gjøres hver dag. Det gir en grundig oversikt over hvordan utviklingen har vært over tid.
- Pasientene føler det er en trygghet å bli fulgt opp. Det føles trygt at noen ringer når verdiene er dårlige eller man føler seg dårlig og melder fra om dette i spørreskjemaene.
- Det kan være mange som vegrer seg for å ta i bruk digital hjemmeoppfølging på grunn av teknologikompetanse. Tilbakemeldingene fra pasientene er at det er veldig enkelt, og de fleste klarer å lære seg det.
- Som kronisk syk må man forholde seg til mange ulike oppfølgingsinstanser. Med digital hjemmeoppfølging opplever pasientene at koordineringsansvaret er flyttet fra dem til oppfølgingssenteret. De tar kontakt med både fastlegen og Diakonhjemmet for pasienten, og det sparer mye tid og bekymring.

«Jeg har fått beskjed om at dette tilbudet er i en prosjektperiode, og kanskje forsvinner om noen måneder. Hva skjer etter det? Hadde vært veldig synd for meg om dette forsvinner»

«Jeg kan aldri flytte fra denne bydelen nå når jeg blir så godt fulgt opp»

Viktig å ta med seg videre

- Det er viktig å sette fokus på fungerende samarbeid mellom fastlegen, Diakonhjemmet og oppfølgingssenteret for at pasienten skal føle seg godt ivaretatt. Det bør på plass en felles forvaltning rundt digital hjemmeoppfølging.
- Det er behov for å analysere hvordan digital hjemmeoppfølging påvirker pasientens tilstand over en lengre tidsperiode.

Det kliniske miljøet på sykehuset er usikre på om DHO er en effektiv oppfølgingsmetode for valgt pasientgruppe

Beskrivelse av funn

- Prosjektet er ikke godt nok forankret i miljøet på lungepoliklinikken på sykehuset. Det er en tydelig motstand fra utøvende helsepersonell ved denne avdelingen på Diakonhjemmet sykehus. Prosjektet har vært forankret i ledelsen på sykehuset, men ikke tilstrekkelig nedover i de kliniske miljøene. Motstanden ligger spesielt i at pasientene som per d.d. får digital hjemmeoppfølging har en alvorlig kols-diagnose, og de ser ikke nytten av å måle SpO2 for denne pasientgruppen. Det oppfattes heller ikke som en avlastning for dem da disse pasientene trenger tett oppfølging fra spesialister.
- Selve samarbeidet med oppfølgingscenteret har fungert greit. Sykepleierne på lungepoliklinikken er positive til digital hjemmeoppfølging når det kommer til selvrappotering i de tilfeller hvor pasienter kan lære seg å kjenne igjen symptomer. Dette kan redusere stress og angst som kan forverre symptomene.
- Lungesykepleierne er positive til prosjektet dersom det fører til bedre samarbeid på tvers av tjenestenivå. Likevel savner de å bli involvert i beslutninger i prosjektet, eksempelvis ved bestemmelser om inklusjonskriterier og organisering av prosjektet dersom det er forventet at de skal bidra aktivt.
- I starten av prosjektet fikk poliklinikken informasjon om at DHO-prosjektet var for pasienter med milde symptomer på kols, og at denne gruppen skulle få litt mer oppfølging. Nå er de fleste som inkluderes de mest alvorlig syke. Opplevelsen er at disse pasientene er så dårlige at de må følges tett av lungesykepleier og lungelege på lungepoliklinikken. Det krever mye kompetanse å følge opp så dårlige lungepasienter.

«Flere av pasientene som har blitt inkludert er mye dårligere enn avtalt. Disse bør følges opp av lungelege og lungesykepleier på poliklinikken»

«Det at pasienten svarer på spørsmålene fra oppfølgingscenteret vil kunne bidra til økt bevissthet om symptomer, og tegn på forverring. De vil da kunne iverksette tiltak for å forhindre at tilstanden forverres ytterligere»

Viktig å ta med seg videre

- Det er behov for mer arbeid rundt forankring på lungemedisinsk poliklinikk. Dette kan gjøres ved å jevnlig informere om digital hjemmeoppfølging på forskjellige arenaer på sykehuset, samt å få mer erfaring med utprøvelsen for å vise enda tydeligere gevinster av oppfølgingen. I forankringsarbeidet er det viktig å tilpasse kommunikasjonen til de ulike aktørene som er involvert i tjenesten.
- For sykepleierne på lungepoliklinikken har det vært en utfordring å sette av tid til å involvere seg i prosjektet, så et behov er å se på mulighetene for å frikjøpe ressurser som kan fokusere fullt på digital hjemmeoppfølging. Dette vil være spesielt viktig når flere pasienter skal inkluderes.

Fastlegene følger opp få pasienter med DHO, men opplever at det fungerer greit for de det gjelder

Beskrivelse av funn

- Fastlegene intervjuet hadde varierende kjennskap til digital hjemmeoppfølging før pasientene de er fastlege for startet med dette. På grunn av manglende informasjon om tilbudet også etter at pasientene startet opp med DHO, vet fastlegene fortsatt begrenset om hva det innebærer for pasientene.
- For de pasientene som er alvorlig syke med kols, og har hyppige innleggelses og/eller konsultasjoner på sykehuset, er fastlegens rolle for det meste supplerende.
- Samarbeidet mellom fastlegene og oppfølgingscenteret har stort sett vært gjennom henvendelser om referanseverdier. Fastlegene synes ikke at de trenger å bli oppdatert fortløpende om oksygenmetning verdiene pasientene har men synes at det er mest nyttig for pasienten.
- Med tanke på kjennskap til pasientens egenbehandlingsplan før og etter oppstart av DHO, opplever fastlegene at det ikke har skjedd store endringer der. Det trekkes frem at dersom pasientene kommer til konsultasjon må man uansett spørre om symptomene, eksempelvis økt tungpust, behov for medisiner og henvisning, og der kan ikke DHO avlaste. Fastlegene ønsker å bli involvert i utarbeidelse av EBP når det gjelder de kritiske referanseverdiene.
- Fastlegene mener at det er bra for lungesyke pasienter å følges opp med digital hjemmeoppfølging, fordi det bidrar til å øke pasientenes kompetanse på sykdommen, samt sykdomshåndtering. Det bidrar til at pasientene føler seg godt ivaretatt.

«Med tanke på bruk av DHO for lungesyke pasienter (generelt), er det vanskelig å si hvor nyttig det er, men jeg antar at det ikke kan være noe annet enn bra»

«De med moderat kols som kan få akutte forverringer og som har en eller to konsultasjoner i året hos meg, vil nok ha mest utbytte av DHO. I de tilfellene kan DHO bidra til å forebygge sykdomsforverrelser»

Viktig å ta med seg videre

- Det er behov for å gi informasjon og målrettet forankringsarbeid mot fastlegene.
- Avklaring av oppgaver, ansvar og samarbeidsområder mellom fastlegene og oppfølgingscenteret.

4

Oppsummering av gevinstarbeidet

DHO kan føre til gevinster for pasienter, helseforetak og kommune

På grunn av begrenset datagrunnlag må gevinstene tolkes med forsiktighet. Med erfaringene fra andre lignende prosjekt som har kommet lengre, samt tendensen vi ser i datauttrekk forventes det å oppnå følgende gevinster ved bruk av digital hjemmeoppfølging over en lengre tidsperiode:

Pasient

- Pasientene opplever økt trygghet, digital kompetanse og innsikt i egen sykdom. Dette kan utsette behov for andre tjenester.
- Pasientene er fornøyde og ønsker å fortsette med digital hjemmeoppfølging.
- Ved at pasientene får bedre kunnskap om sin egen sykdom kan de bli mer selvstendige og dermed unngå akutte og uønskede hendelser.
- Pasienten blir satt i sentrum på tvers av de ulike nivåene i helsetjenesten.

Helseforetak

- Det er indikasjoner på at digital hjemmeoppfølging kan føre til
- Færre sykehusinnleggelser
 - Reduksjon i antall innleggelsesdøgn
 - Bedre samhandling med fastlege og kommune

Kommune

- Reduksjon i antall fastlegekonsultasjoner hvor pasienten selv må ta kontakt med fastlegen.
- Mindre behov for hjemmetjenester og større avlastning for hjemmesykepleien over tid.
- Ved bruk av digitale tjenester vil kommunen møte behovet for mer effektiv ressursbruk, som fremtiden vil kreve.
- Kommunen kan styrke kvaliteten på helsetjenestene.

Mål og gevinstindikatorer

Prosjektet har definert 3 overordnede målsetninger for arbeidet med digital hjemmeoppfølging:

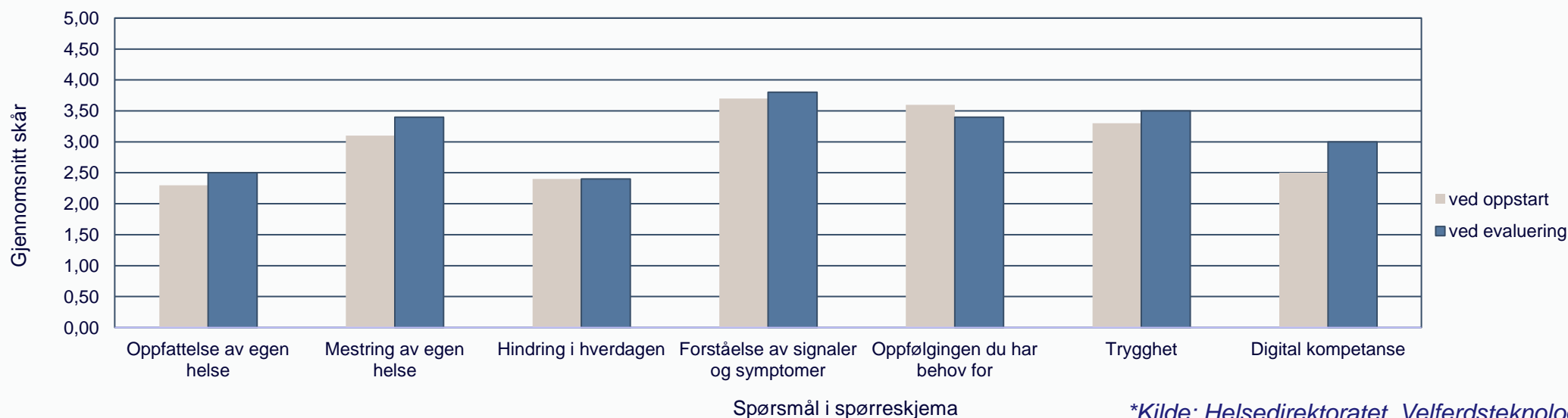
- 1) Reduksjon i risiko for uønskede hendelser
- 2) Bedre nytte av helsetjenestene for pasientene
- 3) Færre akutte sykehusinnleggelseser

Basert på dette er det definert 6 konkrete gevinster som måles og følges opp:

Gvinster	Resultatindikatorer	Hvordan måle og rapportere
Redusert risiko for uønskede hendelser	Antall uønskede hendelser	Antall gule og røde varsler per pasient registreres per måned.
Økt trygghet	Brukers subjektive opplevelse av trygghet, målt på en skala 1-5	Kartlegges gjennom samtale med bruker per måned.
Økt digital kompetanse	Brukers subjektive opplevelse av digital kompetanse, målt på en skala 1-5	Kartlegges gjennom samtale med bruker per måned.
Økt kunnskap om egen sykdom	Brukers subjektive opplevelse av kunnskap om sin egen sykdom, målt på en skala 1-5	Kartlegges gjennom samtale med bruker per måned.
Reduksjon i antall sykehusinnleggelseser	Antall sykehusinnleggelseser	Antall sykehusinnleggelseser og innleggelsesdøgn per pasient per måned.
Reduksjon i antall fastlegekonsultasjoner	Antall fastlegekonsultasjoner	Kartlegges gjennom samtale med bruker og oppfølgingssenteret per måned.

Økt trygghet, digital kompetanse og innsikt i egen sykdom blant pasienter

- Pasientene svarte på en spørreundersøkelse utarbeidet av prosjektgruppen ved oppstart (nullpunkt) og ved evaluering (varierte mellom 1 til 5 måneder).
- Spørreskjemaet besto av 7 spørsmål hvor målet var å kartlegge blant annet hvordan pasientene vurderte sin egen helse, hva de syntes om oppfølgingen de har fått og hvordan de vurderte sin digital kompetanse. Til hvert spørsmål kunne pasientene skåre mellom 1 (svært dårlig/liten grad) til 5 (svært god/stor grad). Spørreskjemaet tok utgangspunkt i skjemaet som Helsedirektoratet utarbeidet til VIS-prosjektet*.
- Ved evaluering, ser man en økning i gjennomsnittskåren for de fleste spørsmålene.
- Alle pasientene har oppgitt at de synes oppfølgingen de har fått så langt har vært svært god og de ønsker å fortsette med digital hjemmeoppfølging.



*Kilde: Helsedirektoratet, Velferdsteknologi i sentrum

Erfaringene fra pasienter tyder på at de er fornøyde med oppfølgingen



“

Jeg opplever en trygghet ved å ha oppfølging og føler meg ikke alene om sykdommen. Det er veldig viktig for meg som bor alene. Jeg håper oppfølgingen fortsetter

“

Superenkelt å bruke

“

Jeg blir meget godt fulgt opp gjennom prosjektet, men dårlig oppfølging fra fastlegen

“

Tryggheten det har gitt meg har vært veldig viktig for meg. Da får jeg bekreftelse på hva jeg føler og kan slappe mer av

“

Takk for at dere er der for meg, det gir meg en form for trygghet

Reduksjon i antall sykehusinnleggelser har stor påvirkning på kostnader

Før oppstart av DHO	Etter oppstart av DHO	Resultatene
<p>Fra 01.01.2019 til 01.08.2021</p> <ul style="list-style-type: none">• 4 av 10 pasienter var innlagt på sykehuset mellom 1 og 3 ganger.• Blant disse var totalt antall dager innlagt på sykehuset mellom 8 og 20 dager per pasient (gjennomsnitt: 12 dager).	<p>Fra 01.08.2021 til 01.02.2022</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 av 10 pasienter var innlagt på sykehuset mellom 1 og 2 ganger.• Blant disse var totalt antall dager innlagt på sykehuset mellom 3 og 9 dager per pasient (gjennomsnitt: 6 dager)	<ul style="list-style-type: none">• Antall dager innlagt på sykehuset har i gjennomsnitt blitt redusert med 6 dager per pasient etter innføring av DHO.• Unngåtte kostnader anslås å være 102.000 NOK per pasient som er innlagt på en generell avdeling. Dette kommer av 6 døgn*17,000 (enhetskostnad)*.



Måling av gevinstene pågikk fra **september 2021 til januar 2022**. Dette er en kort tidsperiode, og mest sannsynlig for kort til å kunne si noe sikkert om effekten av tiltaket. Dette gjelder spesielt for de kvantitative gevinstene.

Med erfaringene fra andre lignende prosjekt som har kommet lengre, samt en svak synkende tendens hos inkluderte pasienter (med unntak av èn pasient) forventer vi en **reduksjon i antall sykehusinnleggelser når pasientene har brukt digital hjemmeoppfølging over en lengre tidsperiode.**

* Kilde: [Dokumentasjon av enhetskostnader, Statens legemiddelverk](#)

Antall uønskede hendelser og fastlegekonsultasjoner kan reduseres over tid

Antall uønskede hendelser

- Oppfølgingscenteret har kartlagt antall gule og røde varsler de har fått fra 10 pasienter fra september til desember 2021.
- Dette ble gjort fordi prosjektet hadde en hypotese om at utprøving av digital hjemmeoppfølging over en lengre tidsperiode kan føre til reduksjon i antall gule og røde varsler.
- Det er en varierende trend når det gjelder antall gule og røde varsler. Dette kan være på grunn av forskjellige årsaker:
 - Pasienter opplever å blir dårligere når det er vinter og lave temperaturer.
 - Målinger blir tatt når pasienter er aktive og ikke i hvile.
 - Tilfeldige akutte forverrelser, noe som kan skje selv om pasienten blir fulgt opp og har tatt medisiner.
- Over tid, når pasienter blir mer bevisste på egne symptomer kan akutte forverrelser bli unngått.

Antall fastlegekonsultasjoner

- Gjennomsnitt antall fastlegekonsultasjoner totalt per måned etter oppstart med DHO har økt fra 0,4 til 1,78.
- Samtidig har gjennomsnitt antall fastlegekonsultasjoner hvor pasienten har tatt kontakt med fastlegen selv blitt redusert fra 0,4 til 0,22 per måned. Dette kan tyde på at pasienten har hatt mindre behov for å ta kontakt med fastlegen selv, og at oppfølgingscenteret har tatt kontakt på vegne av pasienten.
- Med digital hjemmeoppfølging har pasienten:
 - Blitt avlastet i koordinering av tjenestetilbud
 - Spart tid og krefter, hvor han ikke trenger å ringe fastlegen like ofte, og vente / bli satt i kø.

5

Anbefalinger til veien videre

Prosjektet bør etablere en arbeidsgruppe med involverte aktører

Hva bør gjøres

For å skape en omforent forståelse og interesse for prosjektet bør det settes ned en arbeidsgruppe med representanter fra alle involverte aktører, deriblant:

- Spesialisthelsetjenesten
- Bydelen
- Oppfølgingstjenesten
- Fastleger
- Brukerrepresentanter

Optimaliser tjenesten for de allerede inkluderte brukerne, før spredning og skalering til nye pasientgrupper.

Kartlegg utfordringer, bli enige om et felles mål for prosjektet og sett ned en fremdriftsplan med fastsatte møtepunkt.



Forslag til aktiviteter



Inviter til et «oppstartsmøte» og bli kjent med hverandres erfaringer, roller og arbeidsoppgaver.



Jobb videre med gevinster, både kvalitative og kvantitative, og evaluer jevnlig.



Aksepter at man trækker feil, og anerkjenn læringsverdien ved å bruke erfaringene videre i prosjektet. Lag gode mekanismer for å sortere ideer og begrenskadeomfanget ved å gjøre risikoanalyser i ulike faser av prosjektet.



Gå raskt frem i liten skala. Test og juster, og test igjen i stedet for å vente til man har alle svar. Evaluer og gjør justeringer underveis.

Det må jobbes systematisk med forankring i alle ledd av tjenesten

Det er avgjørende at alle involverte aktører har et eierforhold til prosjektet. Involverte i prosjektet bør begynne med å inngå en forpliktende samarbeidsavtale og sette klare, felles mål. Opprettelse av tverrfaglige team med mangfold av egenskaper kan bidra til å bygge relasjoner på tvers av siloer.

Representanter fra sykehus og kommune er viktige aktører som bør inngå i arbeidsgruppen, og som kan bidra til forankring i sine miljøer. Det bør også vurderes å involvere fastleger i deler av arbeidet. Sett av tilstrekkelige ressurser. Videre må deltakelsen forankres i toppledelsen hos både kommune/bydel og sykehus, og på alle ledernivå og i kliniske miljøer.

Alle aktørene må involveres fra start. Dette bidrar til at man ser på hverandre som likeverdige samarbeidspartnere. Videre kan man jobbe med å:

- Sammen gjøre en grundig behovskartlegging
- Felles utarbeidelse av gode helhetlige tjenesteforløp
- Avklare tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom oppfølgingstjenesten, fastlege og sykehus



Nyttige lenker

Verktøy, metoder, rapporter

[Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021](#)

[Veikart for tjenesteinnovasjon, KS](#)

[Eksempel på tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging](#)

[Eksempel på forankringspresentasjon mot kommuner og fastleger](#)

[Finansiering av digital hjemmeoppfølging](#)

[Eksempel på en intensjonsavtale om samarbeid mellom kommune og sykehus](#)

* Finn flere nyttige lenker og verktøy på [InnoMeds nettsider](#)

Vedlegg

Spørreskjema som pasienter fikk i dette prosjektet

1. Hvordan vurderer du din egen helse? (1=svært dårlig, 5=svært god)
2. Opplever du at du håndterer helsesituasjonen din? (1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)
3. Opplever du at helsetilstanden din hindrer deg i å gjøre ting i hverdagen? (1= i svært stor grad, 5= i svært liten grad)
4. Opplever du at du forstår din kropps signaler og symptomer? (1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)
5. Opplever du at du får den oppfølgingen du har behov for? (1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)
6. Opplever du trygget i forbindelse med oppfølgingen av din helsesituasjon (1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)
7. Hvordan vurderer du din digitale kompetanse? (1=svært dårlig, 5=svært god)

Spørreskjema som fastlegene fikk i dette prosjektet

1. Hvor godt kjente du til digital hjemmeoppfølging (DHO) før pasienten din startet med dette? (1=kjente ikke til det, 5=kjente svært godt til det) Skår:
Hvordan? (Evt. sitat):
2. Hvordan vurderer du din kjennskap til digital hjemmeoppfølging (DHO) etter at pasienten din startet med DHO? (1=svært dårlig, 5=svært god) Skår:
Hvorfor? (Evt. sitat):
3. Hva er tenker du om bruk av DHO for lungesyke pasienter? (1=svært lite nyttig, 5=svært nyttig)
Skår: Hvorfor? (Evt. sitat):
4. Hvordan opplever du samarbeidet mellom fastlege og oppfølgingscenteret? (1=svært dårlig, 5=svært godt)
Skår: Hvorfor? (Evt. sitat):
5. Hvordan vurderer du kjennskapen din til pasientens egenbehandlingsplan før oppstart av DHO? (1=svært dårlig, 5=svært god)
Skår: Hvorfor? (Evt. sitat):
6. Hvordan vurderer du kjennskapen din til pasientens egenbehandlingsplan etter oppstart av DHO? (1=svært dårlig, 5=svært god)
Skår: Hvorfor? (Evt. sitat):
7. Opplever du at konsultasjonene har endret seg etter oppstart av DHO? (0=ingen endring, 1= mindre effektivt enn før, 5= mye mer effektivt enn før) Skår:
Hvorfor? (Evt. sitat):
8. Opplever du at tilstanden til pasienten du er fastlege til har endret seg etter oppstart av DHO? (0=ingen endring, 1= dårligere enn før, 5= mye mer bedre enn før) Skår: Hvorfor? (Evt. sitat):
9. Hva tenker du er det viktigste å fokusere på når man skal tilby DHO til pasienter med lungesykdom evt til andre pasientgrupper? Svar:
10. Har du innspill til hvordan DHO av lungesyke pasienter kan forbedres (mtp utfordringer du har nå med DHO)? Svar:

Intervjuguide spesialisthelsetjeneste

1. Erfaring med pasientgruppen

- Fortell litt om deg selv. Hvor jobber du? Hvilken rolle har du?
- Hvilken erfaring har du med å jobbe med pasienter med lungesykdom? Hva er din rolle i arbeidet med denne pasientgruppen?
- Hvordan er helsetilbudet til lungesyke pasienter organisert i din avdeling? (hvem er aktørene, hva slags kompetanse eksisterer, finnes det et team)

2. Tverrfaglig samarbeid i de ulike delene av helsetjenesten

- Hvilke kommunale aktører samarbeider du vanligvis med i arbeidet med pasientgruppen, og hvordan opplever du dette samarbeidet?
- Opplever du at pasientgruppen mottar et helhetlig og koordinert behandlingsforløp og tjenester på tvers av ulike etater?
- Om ja på spørsmålet ovenfor; hvordan oppnår dere dette?
- Om nei på spørsmålet ovenfor; hva tror du er hovedårsaken til at pasientene ikke mottar et helhetlig og koordinert behandlingsforløp?

3. Oppfølging av lungesyke pasienter gjennom DHO

- Har du kjennskap til digital hjemmeoppfølging? Hva er dine meninger om DHO for lungesyke pasienter?
- Opplever du at det foreligger gode metoder for oppfølging av lungesyke pasienter?
- Hva innebærer en egenbehandlingsplan?
- Hvordan jobber personalet på lungepoliklinikken for å følge opp egenbehandlingsplanen til pasientene?
- Opplever du at dagens tjenester er tilgjengelig for pasienten når pasienten trenger det? Om ikke, hva er det som hindrer dette?
- Tror du at DHO kan øke tilgjengeligheten av tjenester? (få frem både fordeler og ulemper av DHO)
- Har du fått noen tilbakemeldinger fra pasienter (hva har fungert bra for pasienten, er det tjenester som mangler/ønskes mer av?/hva er dems meninger rundt DHO?)
- Hva tenker du er det viktigste å fokusere på når man skal tilby DHO til pasienter med lungesykdom?

Intervjuguide pasienter

1. Nøkkelspørsmål til informanten

- Erfaringer ift. dagens helsetilbud
- Fortell litt om deg selv.
- Hvilke oppfølgingstjenester får du for din lungesykdom? Hvem er de aktørene du er i kontakt med?
- Hvordan opplever du dagens oppfølgingstjenester? (mtp tilgjengeligheten, kompetanse av helsepersonell, kontinuitet)

2. Tverrfaglig samarbeid i de ulike delene av helsetjenesten

- Hvordan opplever du at samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene har vært?
- Hva fungerer bra, hva fungerer mindre bra?
- Hva kunne gjort samarbeidet bedre?
- Opplever du at du mottar et helhetlig og koordinert behandlingstilbud?
- Om ja på spørsmålet ovenfor; hvorfor?
- Om nei på spørsmålet ovenfor; hva tror du er hovedårsaken til at du ikke mottar et helhetlig og koordinert behandlingstilbud?

3. Oppfølging av pasientgruppen gjennom DHO

- Hva er den største forskjellen på før og etter du begynte med digital hjemmeoppfølging?
- Hva er dine meninger rundt DHO for deg og andre som har lungesykdom? (få frem både fordeler og ulemper av DHO)
- Siden vi jobber med å opprette et nytt DHO tilbud, hva tenker du er viktig å ta med?

Pasienter får hjelp til å ta kontakt med fastlegen gjennom oppfølgingssenteret

Pasienthistorikk



- "Rune" har KOLS
- Startet med digital hjemmeoppfølging i september 2021
- Får oppfølging fra sykepleier på oppfølgingssenteret
- Svarer på spørsmål om sin egen helse på nettbrett flere ganger i uken, nesten daglig
- Måler oksygenmetning minst x1 per dag

Gevinster

- Gjennomsnitt antall fastlegekonsultasjoner totalt per måned etter oppstart med DHO har **økt fra 0,4 til 1,78**.
- Samtidig har gjennomsnitt antall fastlegekonsultasjoner hvor Rune har tatt kontakt med fastlegen selv blitt **redusert fra 0,4 til 0,22 per måned**. Dette kan tyde på at Rune har hatt mindre behov for å ta kontakt med fastlegen selv, og at oppfølgingssenteret har tatt kontakt på vegne av pasienten.
- Med digital hjemmeoppfølging har Rune:
 - Fått en annen vei inn til fastlegen
 - Spart tid og krefter, hvor han ikke trenger å ringe fastlegen like ofte, og vente / bli satt i kø.