

RUTINE DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING.

Henvisning

- Alle (fastlege, ansatte i kommunens helsetjeneste, sykehus, brukere og pårørende) kan henvise brukere til digital hjemmeoppfølging).
- Tjenesten. Dersom vi får henvisninger fra tjenesten skal disse alltid gå via Tjenestekontoret som oppretter tjenesten og gir oss tilgang.
- Fastlege. Vi tar kontakt med Tjenestekontoret for tilgang. Skriv under intern samhandling. Tjenestekontor: «nn er en mulig kandidat for digital hjemmeoppfølging og er forespurrt. Årsak / hensikt til henvisningen er...»

Inklusjonskriterier:

- *Kronisk sykdom (KOLS, hjertesykdom og diabetes) og har behov for oppfølging av helsetjenesten.*
- *Pasienten må ha et sykdomsbilde som er mulig å observere/måle/følge opp på avstand.*
- *Det må være forsvarlig og ønskelig å følge opp pasienten med digital hjemmeoppfølging.*
- *Det må være forventet nytte av tiltaket for pasienten.*
- *Pasienten må være motivert.*
- *Pasienten må være samtykkekompetent og ha evne til å følge en plan, eventuelt i samarbeid med pårørende.*
- *Pasienten kan benytte enkel teknologi eventuelt med opplæring/testperiode eller i samarbeid med pårørende.*

Vurdering/Oppstart

Vurderingen starter allerede ved henvisning. Om henvisningen er mangelfull, kontakt henviser eller søk informasjon i Profil. Fastlegen har ofte gode innspill og nyttig informasjon om helsehistorikk, vi må da ha tillatelse fra pasienten til å kontakte fastlegen. Målet er at pasienten skal være vurdert og eventuelt inkludert 14 dager etter henvisning. Bruk kartleggingsskjema (ligger på google disk under Helsehjelpen) og ha ekstra fokus på pasientens evne til å forstå og bruke målsetting til å bedre helsesituasjon. Hos noen kommer dette med tiden, men det er viktig at pasienten er motivert til å bruke målsetting som metode.

I Profil opprettes tiltak "Digital hjemmeoppfølging" under "Periodisk oppfølging". Her journalføres alle vurderinger/handlinger i oppfølgingen. (Hvis en pasient blir vurdert til å ikke være aktuell kandidat etter kartlegging skal det noteres grunn for eksklusjon og tiltaket skal ikke avsluttes. Tjenesten avsluttes deretter i tjeneste bildet.)

Hvis pasienten bor langt fra sentrum, kan det være hensiktsmessig å ta med utstyr til vurderingssamtalen. Hvis ikke gjøres det avtale om utplassering senere, senest innen 7 dager. Ta med: Utlånsskjema, kartleggingsskjema og bruksanvisning til utstyret pasienten skal bruke.

Man må på forhånd ha tenkt igjennom hva slags utstyr denne pasienten kan ha nytte av. Bruk Profil til å bli kjent med pasienten, ellers kan henvisningen inn være til god hjelp hvis en slik foreligger. Vi kan spørre pasienten hva som er viktig for pasienten og utfordringer relatert til sykdommen. Pasientens egne behov er grunnlaget for utforming av spørreskjema og valg av utstyr. Låneavtale må undertegnes av pasienten.

For å legge til utstyr hjemme hos pasienten, må du ha med bærbar PC.

Velg maler ut i fra diagnoser og avhengig av hva pasientene svarer utarbeides individuelt tilpasset spørreskjema (ligger i Prevent). Det skal alltid spørres om hva som er viktig for brukeren og hva han eller hun selv kan gjøre for å nå egne mål.

'Kartlegging oppstart'- skjemaet skal alle ha ved oppstart (ligger i Prevent) og skjema 'Regelmessig oppfølging' skal også legges til alle for oppfølging hver 12.uke.

Sjekkliste oppstart pasient

Løpenummer:

- Pasient er lært opp i bruk av utstyret
- Pasienten har skrevet under utlånsark fra Helsehjelpen
- Pasienten er informert om at DHO ikke er en akuttjeneste og oppfølgingen kun skjer dagtid mandag-fredag
Om noe skjer på kveld/helg må pasienten bruke egenbehandlingsplanen, evt gi beskjed til hjemmetjenesten eller ringe 113 ved akutt hendelse
- Fastlegen er informert om oppstart
(At pasienten følges opp med digital hjemmeoppfølging via Helsehjelpen, hva som følges opp, målsetting og at vi tar kontakt når egenbehandlingsplan skal utarbeides)

Obs: Om pasienten følges opp med blodukker må egne blodsukkerstrimler bestilles (Merke: Accu-check guide-strimler)

I profil:

- Tjenesten "digital hjemmeoppfølging" er opprettet (tjenestekontoret). Sjekk at den er iverksatt.
- Tiltaket "digital hjemmeoppfølging" under periodisk oppfølging er opprettet
Tiltaksbeskrivelse: "Pasienten følges opp med digital hjemmeoppfølging fra Helsehjelpen hverdager, mellom kl 0800-1530. Deretter hva som følges opp og hvorfor/målsetting."
- Det er oppført at pasienten følges opp med DHO (hva og hvorfor) øverst i sammenfatning
- Sammendrag fra oppstarts/kartleggingsbesøk er dokumentert i Profil under 'Digital hjemmeoppfølging'
- Oppdatere liste 'Oversikt oppfølging' i sikker sone

I Dignio Prevent:

- Informasjonsfelt er fylt ut (følg malen)
- "Målinger i Profil" og "9. ukers oppfølginger" er lagt inn i "Oppgaver"
- Det er lagt inn Spørreskjema fra mal: 'Kartlegging oppstart' (kun 1 gang) og 'Regelmessig oppfølging' (hver 12. uke)
- Grenseverdier er satt
- Egenbehandlingsplan er ført inn og publisert

Egenbehandlingsplan:

- Fastlegen har godkjent grenseverdier og egenbehandlingsplan
- Avklare om pasienten har behovsmedikamenter hjemme. Dokumenter i informasjonsfelt i Dignio
- Dokumenter under tiltaket "digital hjemmeoppfølging" at pasienten har egenbehandlingsplan i Dignio Prevent og på eget nettbrett.

Oppfølging/ Daglige oppgaver

Daglig oppfølging

1. følge opp alle varsler
2. følge opp påminnelser
3. legge målinger i profil
4. annet

1. Følge opp varsler

- røde varsler prioriteres og pasientene ringes ved behov. I tillegg legges røde målinger inn under Målinger i Profil..
- gule varsler, er det nedadgående trend eller vedvarende?
- grønne varsler, er det oppgaver ikke utført er det greit å få en oversikt om det er pasienter som ikke har svart over flere dager. Hvorfor har de ikke svart? Evt endre frekvens på spørreskjema.
- sorte varsler, referanseverdi ikke satt.

Det er viktig og alltid gjøre en helhetlig vurdering ift varsler. Være obs på om det er forverring, eller om det er endring i tilstand som kanskje gjør at referanseverdier burde endres. Vi dokumenterer i Profil. Håndter gjerne varsler i Prevent med et notat som sier "ringetilsyn" eller liknende, for å synliggjøre hvordan røde/gule varsler har blitt håndtert.

2. Påminnelser/Kalender i Prevent

Bruk påminnelser aktivt. Legg inn avtaler, oppfølginger, beskjeder eller annen viktig info. Eksempler på påminnelser: målinger i profil, kontakte fastlege, ringetilsyn, 9 ukers oppfølging, behandlingsmøte.

OBS: 9 ukers påminnelse blir forskjøvet i kalenderen hvis det utsettes eller ferdigstilles på andre dager enn planlagt. Sjekk derfor alltid i Profil dato for sist 9 ukers oppfølging.

Egenbehandlingsplan (EBP)

Verktøy for pasienten for å se hva de skal gjøre når, ut fra målinger og svar på spørreskjema. Utarbeides i samarbeid med fastlege. Fastlege er medisinsk ansvarlig. Maler til EBP ligger i Prevent. Målsettinger skal også inn i EBP. Planen skal være et dynamisk verktøy, og det vurderes fortløpende behov for endringer.

3. Målinger i Profil

Pasientene ligger inne med påminnelser om å legge inn målinger i profil på de ukedagene de er satt opp på. Vi legger inn gjennomsnittsmåling for siste uke.

4. Annet

- Justere referanseverdier
- revurdere utstyr/frekvens
- følge opp utstyrsfeil/innlogging
- fortløpende evaluering av digital hjemmeoppfølging ift nytte for pasienten

BEHANDLINGSMØTE/EGENBEHANDLINGSPLAN

Deltakere i møtet:

- Pasienten og gjerne pårørende, representant fra Helsehjelpen og hjemmetjenesten der pasienten mottar tjenester.
- Ved behov/mulighet: kontaktsykepleier ved sykehuset, sykehuslege, fysioterapeut evt andre

Forberedelser til møtet:

Det vil være hensiktsmessig å holde møtet ca. to til fire uker etter oppstart og det er viktig at det ikke går for lang tid etter oppstart. Vi må ha nok kunnskap om pasienten til å ha satt målsetting, referanseverdier og kunne etablere behandlingsplan. Hvis pasienten har hatt en forverring i denne perioden, bør møtet utsettes til pasienten har vært noen uker i stabil fase. Bestill en dobbelttime som skal knyttes mot takst 14b (samhandlingsmøte). Pasienten skal ikke betale for møtet.

Hva skal vi ha med til møtet?

Erfaringer etter oppfølgingen så langt, forslag til grenseverdier som skrives ut fra Prevent og utkast til egenbehandlingsplan. Pasientens målsetting, hva er viktig for nettopp denne pasienten? «Hva er viktig for deg» Hvordan tenker pasienten å nå målene sine?

Temaer som skal tas opp:

- Hva vil legen ha ut av oppfølgingen, hvordan vil denne at vi kommuniserer? E-melding eller telefon?
- Hva vil fastlegen ha av opplysninger, ukentlige oppdateringer eller kun oppdatering ved endring eller forverring? Gjøre tydelige avtaler som er til nytte for alle parter.
- Vil legen ha tilgang til Dignio?

- Har pasienten rett utstyr i forhold til diagnose/ problemstilling? Hva tenker fastlegen om dette?
- Ved bruk av inhalasjonsmedisiner; gjennomgang av disse (NICE guidelines er kilde og bør følges. Sett deg derfor inn i dette før møtet). Har pasienten optimal astma/KOLS-behandling?
- Har hjertesviktpasienten allerede en avtale med poliklinikken på sykehuset om medikamenter? Vanndrivende, når, hvor mye? (ESC guidelines , retningslinjer for behandling av hjertesvikt)

Hensikten med møtet er å informere legen om oppfølgingen og at denne godkjenner opplegget som er laget for pasienten, og kommer med innspill til oppfølgingen. I tillegg er det viktig å få på plass en egenbehandlingsplan som gjenspeiler pasientens målsettinger og problemstillinger.

Spesialisthelsetjenestens rolle: Behandlingsavklaring, behov for opplæring av pasient eller oppfølgingstjeneste/ hjemmetjeneste, bidra i utarbeidelse av egenbehandlingsplan.

[Pasientens Egenbehandlingsplan \(EBP\) – en rask innføring](#)

I etterkant av møtet:

Helsehjelpen gjør endringer i egenbehandlingsplanen etter avtale med fastlege eller sykehus og publiserer denne til pasientens nettbrett. Planen sendes til fastlegen enten som e-melding eller som PDF i Profil. Oppdater målsetting og notatfelt i Prevent med dato for revidering av egenbehandlingsplan. Oppdater eventuelle oppgaver som pasienten skal ha knyttet til planen på nettbrettet. Oppdater Profil med tekst til egenbehandling møtet, hva har skjedd, hvilke avtaler ble gjort og legg planen inn under skjema.

Avslutte pasient.

- hente inn utstyr (som rengjøres og legges på lager).
- dokumentere i profil under digital hjemmeoppfølging hvorfor tjenesten er avsluttet. Under Tjenestekontoret: informer om at tjenesten er avsluttet. Avslutt tjenesten i tjenestebildet.
- oppdatere liste 'Oversikt oppfølging'
- sende e-melding til fastlege.
- i Prevent: -flytte utstyr over til helsehjelpen. - arkivere bruker.