

Digital hjemmeoppfølging Nord- Troms og UNN



 UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE |
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



 HelseDirektoratet

InnoMed



FASTLEGE

SCENARIO FOR DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

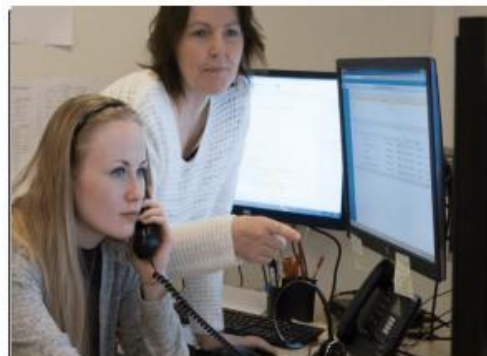
Gruppe:



Olav bestiller en legetime fordi han opplever en økende tung pust og dårlig form. Olav tar fergen til sentrum for å besøke sin fastlege eller gjennomfører møtet som en telefonkonsultasjon.



Legen kjenner Olav godt fra før, og med forverringen Olav opplever i bakhodet foreslår legen at Olav kan starte med digital hjemmeoppfølging. Legen og Olav diskuterer muligheten for å starte opp med digital hjemmeoppfølging, og hvilke nytte Olav kan ha ved å starte opp med digital hjemmeoppfølging.



Legen kontakter hjemmetjenesten og saksbehandler og diskuterer hva slags digital hjemmeoppfølging Olav har behov for. F.eks., hva slags målinger som skal tas, og hvor ofte de skal tas, tiltak ved forverring. Legen setter opp referanseverdiene som skal følges opp. Legen, hjemmetjenesten og Olav utarbeider en oppfølgingsplan / egenbehandlingsplan.



Saksbehandler fatter et vedtak om at Olav kan starte opp med digital hjemmeoppfølging. Tjenesten opprettes i fagsystem.



Velferdsteknologikonsulent / saksbehandler i kommunen blir kontakt angående utstyr. Bestiller / henter relevant utstyr fra lager.

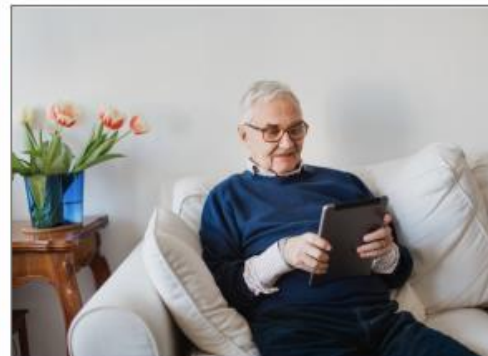
Er utstyret på lager?



Superbruker oppretter bruker i Dignio. Hjemmetjenesten drar til Olav, inviterer pårørende (hvis det er mulig) og installerer utstyret. Olav og pårørende får opplæring i utstyret som skal brukes og gjennomgang av egenbehandlingsplan. Olav og pårørende får muligheten til å teste utstyret.



Olav tar i bruk utstyret. Får tett oppfølging og veiledning (daglig telefonkontakt) for å høre hvordan det går. Det er etablert rutiner for oppfølging av resultater (f.eks. sykepleier i hjemmetjenesten oppsøker Olav ved forverring), og det er satt opp oppfølgingsmøter (eks to ukers testperiode med evaluering og ny etter 3 mnd). Primærkontakten til Olav har ansvar for evalueringssamtale. Fastlegen har faste



Ved bruk av digital hjemmeoppfølging kan Olav bo lengre hjemme, og har redusert behov for fysisk oppfølging av hjemmetjenesten. Olav føler seg trygg på bruken av utstyret og følger egenbehandlingsplanen. Ved forverring tar Olav selv kontakt eller blir kontaktet av hjemmetjenesten. Gjør justeringer på antall målinger eller bruk av utstyret ved behov.

SYKEHUS



Olav er innlagt på sykehus med kolsforverring. Avdelingen starter vurdering av hvilket hjelpebehov Olav vil kunne ha etter utskrivelse.



Sykehusavdelingen anser risiko for reinnleggelse som høy og henviser Olav til PSHT, som bistår i planlegging av utskrivelse. Behov og funksjonsnivå kartlegges og formidles elektronisk til kommunen.



Kommunen mottar kartlegging og vurderer sammen med Olav og PSHT/sykehusavdelingen hvilket tilbud han har behov for. Digital hjemmeoppfølging kommer opp som et alternativ.



Sykehusavdeling, PSHT, Olav og representanter fra kommunen møtes (evt digitalt) i et tverrfaglig møte hvor tilbudene presenteres og Olav får en kort og sammenfattet brosjyre om digital hjemmeoppfølging.



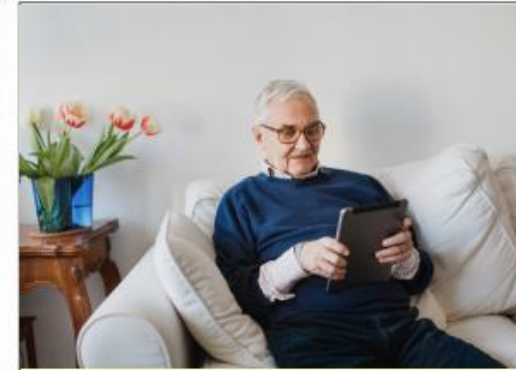
Olav gjør seg kjent med tilbudet gjennom brosjyre og ansatte på avdelingen og PSHT. Olav takker ja til tilbudet om DHO. Sykehuset/PSHT informerer kommunen og sender søknad om DHO.



Olav skrives ut fra sykehuset. Saksbehandler eller kartleggingsansvarlig kommer på hjemmebesøk og gir opplæring i utstyr.



Olav følges opp digitalt med SpO2-måling, vekt, blodtryksmåling, app for egenmestring av angst og egenbehandlingsplan utarbeidet i samarbeid med fastlege. Olav blir kontaktet eller tar kontakt selv ved symptomer på forverring.



Bor hjemme og er selvhjulpel, følges opp digitalt etter behov.

HJEMMETJENESTEN

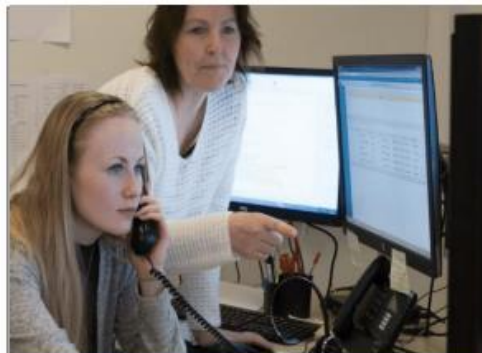
SCENARIO FOR DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

Gruppe:



Hjemmesykepleier har ut fra forverring hos Olav, utført en kartlegging og vurdert behov for DHO, da han passer inn i målgruppen for tiltaket

Hjemmesykepleier informerer pasient om DHO og samtykker til at man sender PLO om dette behovet



- Hjemmesykepleier sender PLO melding til fastlegen med informasjon om forverring og at pasient bør bli vurdert for Digital hjemmepfølging

Hjemmesykepleier legger ved en utfyllende begrunnelse/beskrivelse av vurderingen



Fastlege innkaller til time. Må være et fysisk møte for å vurdere pasient og ta eventuelle prøver. Blir enige om DHO



Fastlege oppretter kontakt/henviser til saksbehandler i DHO med PLO melding
DHO tar kontakt med Olav avtaler hjemmebesøk neste dag og iverksetter vedtak på DHO



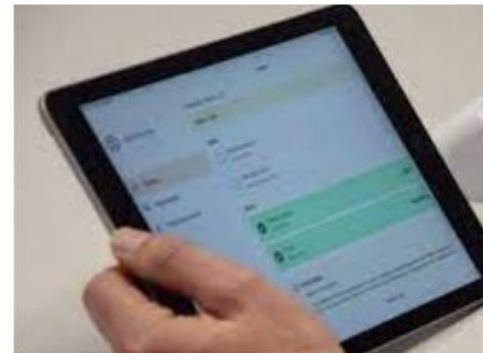
Fastlegen lager detaljert EBP i samarbeid med pasient, hjemmetjenesten og DHO

DHO kartlegger behov for relevant utstyr og bestiller



DHO team holder opplæring, og trykker pasient og pårørende i samarbeid med hjemmetjenesten

- kontinuerlig opplæring ved behov
- kobler på relevante tjenester



Kontinuerlig kartlegging av tiltaket og gradvis nedtrapping av tjenester fra hjemmesykepleie

DHO team mottar og vurderer målinger
Avtale oppfølging og møter med Fastlegen



De digitale verktøy gjør at han mestrer egen sykdom og er trygg
Olav er selvstendig
Olav bor hjemme
DHO forebygger sykehusinnleggelse da han fanger opp sykdomstegn tidligere og forebygger forverring

	Henvisning og kartlegging	Tilpasning	Opplæring og test	Daglig drift	Evaluering	Videreføre/Avslutte
H V A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Henvisning/ forespørsel via e-melding fra sykehus eller fastlege, fra tjenestested selv, fra pasient/pårørende til Hjemmetjenesten. 2. Kartleggingsamtale/ samarbeidsmøte «hva er viktig for deg, tverrfaglig vurdering», oppnevne kontaktperson fra tjenesten oppstart 3. Vurdere om bruker er aktuell for DHO iht. inklusjonskriterier (digital ferdighet, tilgjengelig smarttelefon/nettbrett) hyppighet av oppfølging, type målinger, spørreskjema/ oppgaver, manuell registrering vs. Automatisk innsending av måleresultat) alvorlighet-hvor rask respons ved røde målinger) 4. Kartlegge wifi/4Gdekning. 5. Vedtak om DHO 6. Kontakte VFT-koordinator for mulig anskaffelse av utstyr 7. Registrere data for gevinstrealisering, f.eks vedtakstimer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anskaffe aktuelt utstyr (fra lager eller bestille nytt- kontakt velferdsteknologikoordinator) 2. Registrere bruker i velferdsportal, Dignio 3. Knytter bruker opp mot aktuell teknologi 4. Legge inn egenbehandlingsplan med målinger, skjema, oppgaver 5. Tilpasse innstillinger for bruker: 6. Lage tiltaksplan i Profil med plan for oppfølging (rutine for fylling, varselmottakere og håndtering av alarmer) 7. Levere utstyr til bruker og laste ned pasientappen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gjennomføre opplæring for bruker (evt. pårørende og ansatte) Laste ned app MyDignio 1. Testperiode over to uker med tett oppfølging av tjenestested, fysiske besøk etter individuelle behov 2. Evaluer hvordan bruker håndterer utstyret, evt. justere hyppighet av målinger/oppgaver 3. Dokumentere endringer i fagsystem og ferdigstille tiltak. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oppfølging i portal, jf. brukers egenbehandlings-plan. Sjekke målinger, meldinger, chat (daglig/ukentlig) 1. Håndtere tekniske varsler som lavt batteri og andre feil 2. Dokumentere i fagsystem dersom oppfølging i form av helsehjelp, f.eks. overføre måledata fra siste uke 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vurdere hvilke effekter DHO-oppfølging har for bruker og pårørende, evt. for ansatte 2. Evalueringsskjema til paseinten hver 6.mnd.? Standardskjema eller individuelt? 3. Evaluere om innstillinger bør endres 4. Avgjøre om tilbudet skal opprettholdes eller avsluttes 5. Registrere nye data for gevinstrealisering. f.eks vedtakstimer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stoppe tjenesten midlertidig hvis bruker reiser bort? 2. Videreføre tjenesten selv om bruker havner på korttidsopphold på sykehjem? 3. Avslutte tjenesten hvis evaluering tilsier dette <ol style="list-style-type: none"> a. Nullstille utstyr i nettportal b. Avslutte tiltak i fagsystem
H V E	<p>Fastlege, ansatte hjemmetjeneste/ROP/fysio/ergo/sykehusa vd., velferdsteknologikoordinator</p> <p>Gevinstrealisering- leder</p>	Tjenestested/superbruker, velferdsteknologikoordinator	Superbruker lærer opp, evaluerer og dokumenterer i fagsystem	Tjenestested/superbruker/ fastlege	Leder/Superbruker evaluerer brukerens nytte i samråd med fastlege og dokumenterer endringer i fagsystem	Superbruker flytter eller avslutter tiltaket og utstyret.

Eksempel Hjemmetjenesten

Hvordan følge opp pasientene?

1. Kommunal tjeneste i samarbeid med pasient/pårørende?

2. Sykehus i samarbeid med pasient/pårørende?

3. Pasient/pårørende sammen med **sykehus** OG **kommune**?

4. Felles oppfølging i Nord-Troms?