

Innsiktsarbeid:

Digital hjemmeoppfølging i Helse Nord

v1.0

Delprosjekt: Digital hjemmeoppfølging i Helse Nord

Prosjekt: Digitale pasient- og samhandlingstjenester

Prosjekteier: Helse Nord RHF

Tjenestedesigner: Michelle Hokland

17.11.25



Bakgrunn

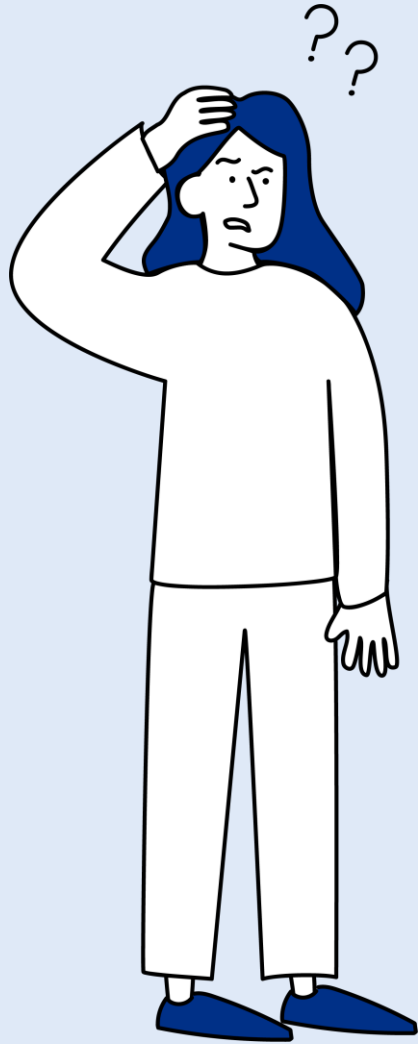
«Helseforetakene skal i samarbeid intensivere arbeidet med å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Helse Nord RHF vil sørge for at det etableres samarbeidsfora på tvers av HF-ene»

Styringskrav og rammer 2025

Fra Helse Nord RHF til helseforetakene



Hvorfor trengte vi innsikt?



Ka gjør vi egentlig rundt digital
hjemmeoppfølging her i nord?

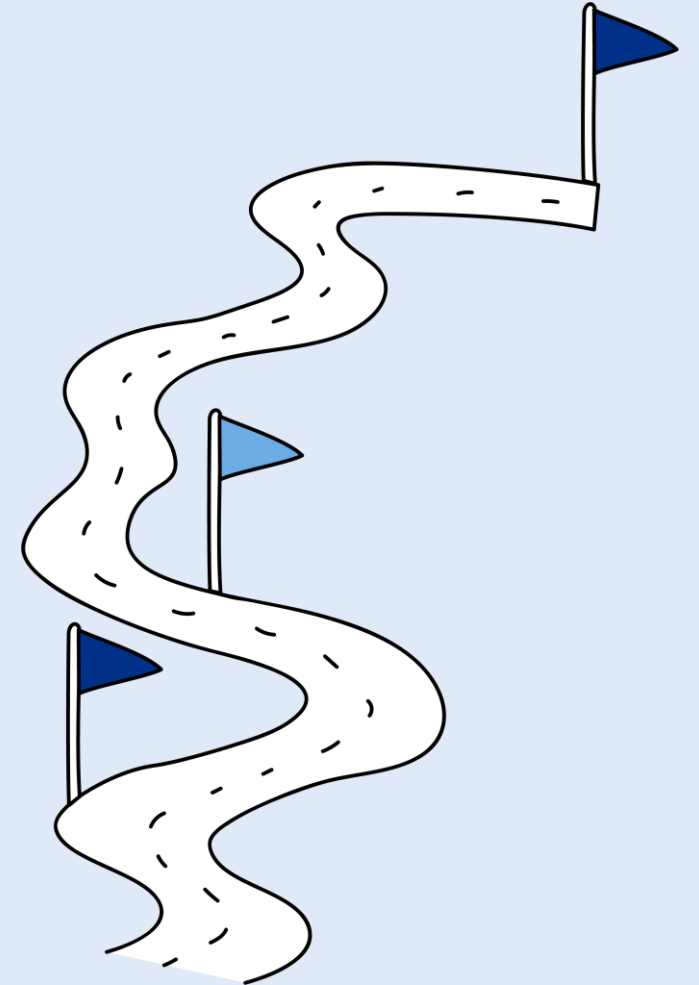
Mål

Målsetningen med innsiktsarbeidet har vært å lære mer om hvordan vi jobber med digital hjemmeoppfølging i Helse Nord, og forstå utfordringer og behov knyttet til å starte opp og videreutvikle pasientforløp med digital hjemmeoppfølging.

Deretter vurdere og anbefale tiltak for å intensivere arbeidet med å ta i bruk digital hjemmeoppfølging i Helse Nord.

Hvordan?

Lære av ulike initiativer og medarbeidere som jobber med digital hjemmeoppfølging.



...Men først!

«Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt.»

[Digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#)

Hypoteser og spørsmål



1

I Helse Nord er digital hjemmeoppfølging tatt i bruk på ulike måter, og noen helseforetak er kommet lengre enn andre.

- Hvordan er digital hjemmeoppfølging i bruk i Helse Nord i dag?
- Hva må til for å skape mer og bedre digital hjemmeoppfølging i Helse Nord?

2

Det er økende bruk av apper som er skreddersydd for digital hjemmeoppfølging, heretter omtalt som DHO-apper.

- Hvilke DHO-apper er i bruk?
- Hvordan brukes DHO-appene av pasienter og helsepersonell?
- Hvilke DHO-app skal tas i bruk i de ulike pasientforløpene?
- Hva må være på plass for at sykehusene kan ta i bruk DHO-apper?
- Hva er behovet for å integrere DHO-appene med andre systemer?

3

Det er flere digitale pasient- og samhandlingsløsninger (digitale skjemaer, digital dialog, pasientens planer m.fl.) som kan dekke behovene i pasientforløp med digital hjemmeoppfølging.

- Hvilke digitale løsninger skal brukes når?
- Hvordan kan flere digitale løsninger brukes i samme pasientforløp for å understøtte behov for digital hjemmeoppfølging?

Metode

Hovedmålet med innsiktsarbeidet har vært å lære av ulike initiativer i Helse Nord, og dermed har innsiktsarbeidet blitt gjennomført over en lengre periode.

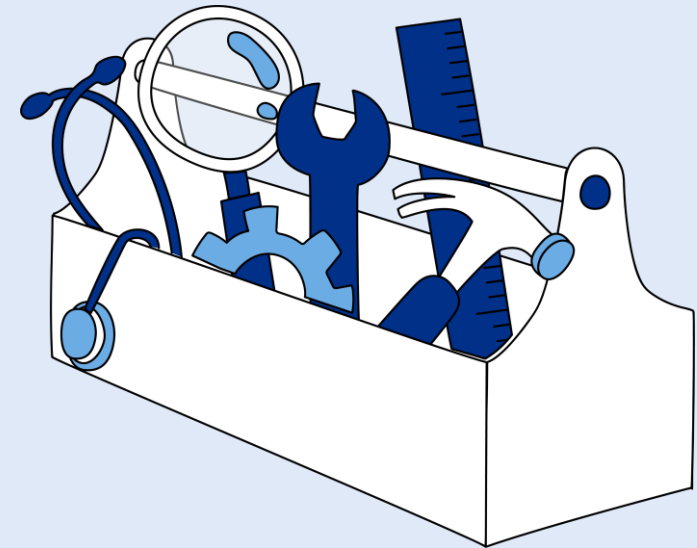
Det betyr at funn kan ha endret seg underveis i kartleggingen, spesielt kartlagte pasientforløp.

Valg av metode har vært tilpasset de ulike initiativene.

Metodevalg

- Digitale kartleggingsmøter
- Workshops
- Gruppeintervjuer
- Dybdeintervjuer
- Observasjon.

I all hovedsak er kartleggingen gjennomført ustrukturert med noen unntak.



Oversikt over informanter

Det er gjennomført kartlegging med følgende initiativer:

Perspektiver som er ivarettatt:

- P** Pasient
- H** Helsepersonell
- L** Ledelse

Tidlig hjem

Nyfødt intensiv
UNN Tromsø

P H L

Digital hjemmeoppfølging til pasienter med behov for bekkenbunnstrening

Bekkenbunnspoliklinikk
UNN Harstad

P H L

Digital hjemmeoppfølging for pasienter med hjertesvikt

Hjertepoliklinikken
UNN Tromsø

H L

Datadeling mellom sykehus og kommune

Arbeidspakke 1 og 3
Prosjekt ShareIT (NLSH)

P H L

Persontilpasset digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter

Arbeidspakke 5
Prosjekt ShareIT (NLSH)

P H L

Digital hjemmeoppfølging til pasienter med kroniske lungelidelser (KOLS)

Intensivavdeling
HSYK

H L

Helt hjem – Helt digital – Helt sikker – Hele veien med og for pasienten

«Vi fornyer UNN 2024-27»

H L

Digitale pasientforløp

Samarbeidsprosjekt «Etablere felles tjeneste om digital hjemmeoppfølging» i UNN og kommunene i Nord-Troms

H L

Samhandlingsprosjektene til UNN og Tromsø kommune

Fellestjenesteprogrammet
UNN og Tromsø kommune

- Eldreløftet
- Lindrende forløp
- KAD Solis infusjonspumpe
- Det trygge boalternativet
- Bedre ernæringsoppfølging til skrøpelige eldre

H L

Brukerpanel

Prosjekt «Digital innbygger- og samhandlingstjenester» (DIS)

P

Medarbeidere og team som jobber med å etablere digital hjemmeoppfølging

UNN, NLSH, FIN, HSYK og HN IKT

L

Digitale løsninger for DHO

DHO PAS i Dips Arena, Kaiku og Dignio

Andre initiativer i Helse Nord

Innsiktsarbeidet inkluderer ikke kartlegging av alle initiativene som jobber med digital hjemmeoppfølging, men i løpet av kartleggingen er det blitt identifisert andre initiativer som jobber med digital hjemmeoppfølging i Helse Nord:

Depresjon, panikklidelse og sosial angst (e-Behandling) UNN	Ernæring FIN og NLSH	Ortopedi HSYK	Revmatologisk oppfølging UNN
Diabetes 1 UNN og FIN	Hjertesvikt HSYK og FIN	Pacemaker/ICD/ILR NLSH	Søvnapne og sovemaske NLSH
Dialyse NLSH	Kols FIN	Palliasjon hos barn og unge NLSH	...
Epilepsi UNN, NLSH og HSYK	Kreft HSYK	Psykisk helse og rus HSYK	

! Listen er ikke komplett, og kan være mangelfull.

Noen av initiativene er i samarbeid med primærhelsetjenesten, og det varierer om forløpet er under planlegging, utprøving eller etablert. Helse Nord RHF samarbeider med de andre helseregionene om å etablere en felles oversikt over alle initiativer og fagområder med digital hjemmeoppfølging på både regionalt og nasjonalt nivå.

Samhandlingsinitiativer i nord

Det er flere samhandlingsinitiativer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, ofte koordinert av helsefellesskapene i Nord-Norge, som driver frem etablering av digital hjemmeoppfølging i regionen:

Finnmarksykehuset og Helsefellesskapet Finnmark

«Digital hjemmeoppfølging Finnmark» er etablert som et prosjekt for å oppnå tett samarbeid med kommunene om å utvikle en tydelig samhandlingsmodell, og hvor visjonen er å bygge et miljø for utvikling av e-helsetjenester i Finnmark.

Nordlandssykehuset og Bodø kommune

Nordlandssykehuset og Bodø kommune har jobbet med å etablere digital hjemmeoppfølging for flere pasientforløp over flere år.

DHO Nord (Lofoten, Vesterålen og Salten)

DHO-Nord er Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten sitt felles prosjekt for å innføre og utvikle digital hjemmeoppfølging i kommunene og på Nordlandssykehuset.

UNN og kommunene i Nord-Troms

UNN og kommunene i Nord-Troms har et samarbeidsprosjekt «Etablere felles tjeneste om DHO mellom UNN og kommunene».

Digitale Helgeland

Digitale Helgeland er et kommunalt oppgavefellesskap som forener 16 kommuner, og har opprettet et prosjekt «Digital hjemmeoppfølging Helgeland (DHH)». I prosjektet samarbeider Helgelandssykehuset, helgelandskommunene og samarbeidsparter blant fastleger.

Forbedringsområder



- Det har ikke blitt gjennomført kartlegging av pasientforløp med digital hjemmeoppfølging på FIN, men har vært dialog med nøkkelressurs.
- Det har ikke blitt gjennomført kartlegging av pasientforløp med sterk samhandling med primærhelsetjenesten, men har vært møter med medarbeidere i Helse Nord som har stor kjennskap til behovene i primærhelsetjenesten.
- Store deler av kartleggingen har blitt gjennomført med en ustrukturert metodikk for å tilpasse innsiktsarbeidet til de enkelte initiativene, og av hensyn til tid.
- Kartleggingen har hatt et stort omfang, og dermed blitt gjennomført over lengre tid.

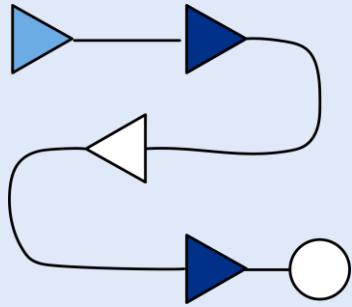
Hva har vi lært så langt?



Systematisering av innsikt

- Fra kaos til klarhet

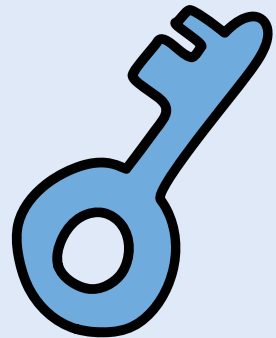
Innsikt er beskrevet og visualisert med to ulike tilnærminger:



1. Pasientforløp

I flere av initiativene har innsiktsarbeidet resultert i detaljert kartlegging av pasientforløp. Dette har vært for å imøtekomme behovene for kartlegging i initiativene, og benytte muligheten for prosjektet til å lære mer om detaljene i ulike pasientforløp med digital hjemmeoppfølging.

Funn fra kartlegging av pasientforløp er innarbeidet i nøkkelfunn.



2. Nøkkelfunn

Prosjektet har valgt å oppsummere innsikt i form av **13 nøkkelfunn**. Disse har blitt avdekt på ulike tidspunkter i innsiktsarbeidet, og kan variere i modenhet.

Nøkkelfunnene blir beskrevet og visualisert i denne presentasjonen.

Pasientforløp

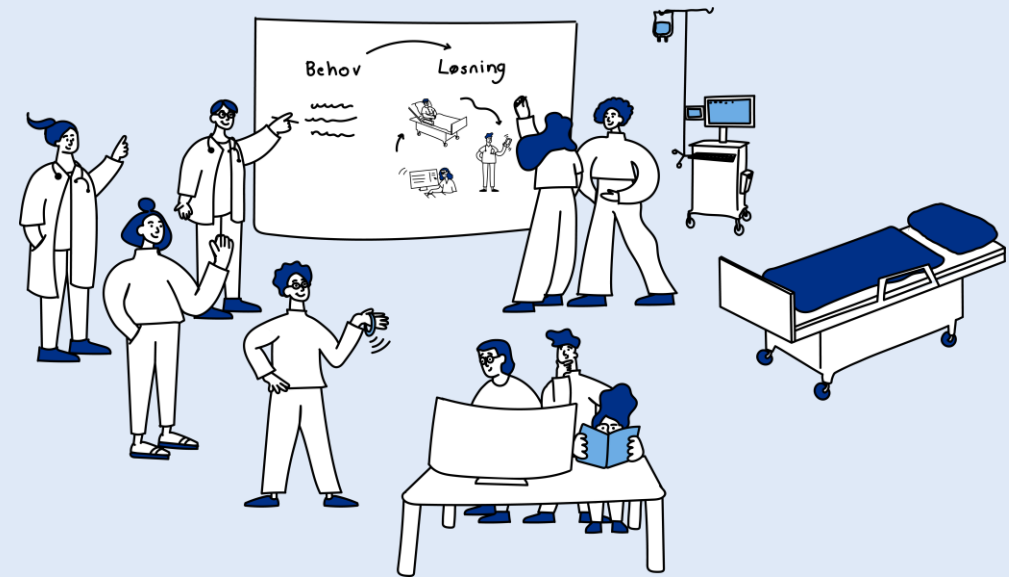
Pasientforløpene blir kort oppsummert i denne presentasjonen.

Se vedlegg for mer detaljer om pasientforløpene:

- Tidlig hjem
- Digital bekkenbunnspoliklinikk
- Persontilpasset digital hjemmeoppfølging til kreftpasienter
- Digital hjemmeoppfølging for hjertesviktpasienter
- Eldreløftet
- Digital hjemmeoppfølging for kolspasienter (IKKE BESKREVET)

Snarvei til pasientforløpstegninger:

https://miro.com/app/board/uXjVLQil_PY=?share_link_id=630067078406

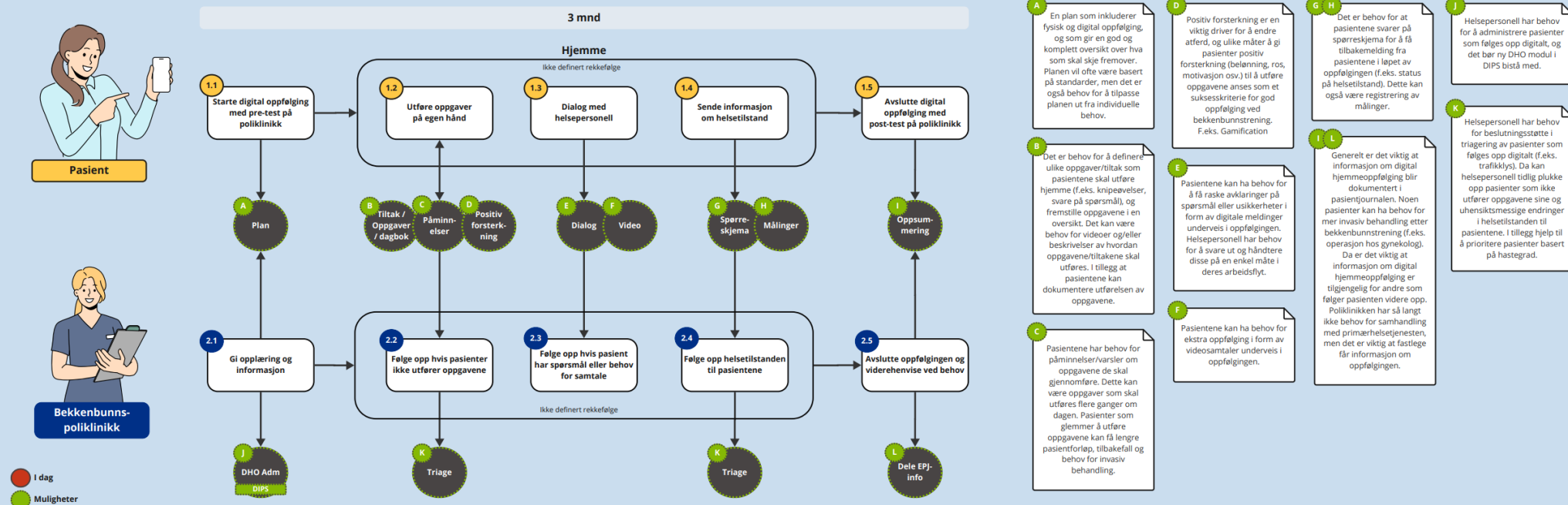


Digital bekkenbunnspoliklinikk

Bekkenbunnspoliklinikken i Harstad har ca. 250 pasienter i året med behov for bekkenbunnstrening ved inkontinens, og kun én spesialfysioterapeut som har 20% dedikert tid til pasientgruppen på poliklinikken. I dag har en del pasienter et forløp på 1 år som egentlig burde vare i 3 mnd. Dette kommer av ventetid på poliklinikken, rehenvisning på grunn av manglende forbedring, og at en del pasienter ender opp med invasiv behandling. Helsepersonell mener pasientene trenger bedre og tettere oppfølging, og at digital hjemmeoppfølging vil gi verdi for pasientgruppen og poliklinikken. Poliklinikken ønsker å komme i gang med digital hjemmeoppfølging, og venter på avklaring om mulighetene for å bruke Dignio. Det er et ønske om å videreutvikle tilbudet til pasienter med endometriose og andre underlivssmerter etter hvert.

Digital Bekkenbunnspoliklinikk

Bekkenbunnspoliklinikken på UNN Harstad



Persontilpasset digital hjemmeoppfølging for kreftpasienter

Kreftpoliklinikken på NLSH har gitt digital hjemmeoppfølging til ca. 390 kreftpasienter på immunterapibehandling. De har tatt i bruk en app Kaiku som er spesialisert på kreftbehandling, og hvor innholdet er evidensbasert og persontilpasset. Igjenom ShareIT-prosjektet er pågående arbeid med å etablere integrasjoner mellom Kaiku og DIPS Arena som blant annet skal skape bedre arbeidsflyt for helsepersonell. Digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter har vært positivt for både helsepersonell og pasienter. Blant annet opplever helsepersonell at de kan gjøre en bedre jobb, og pasientene opplever bedre kvalitet på oppfølgingen som reduserer innleggelseser. Det er et ønske om å videreutvikle tjenesten til alle kreftpasienter.

Ann Kristin får lettere kontakt med sykehuset via en ny app: – Helt genialt

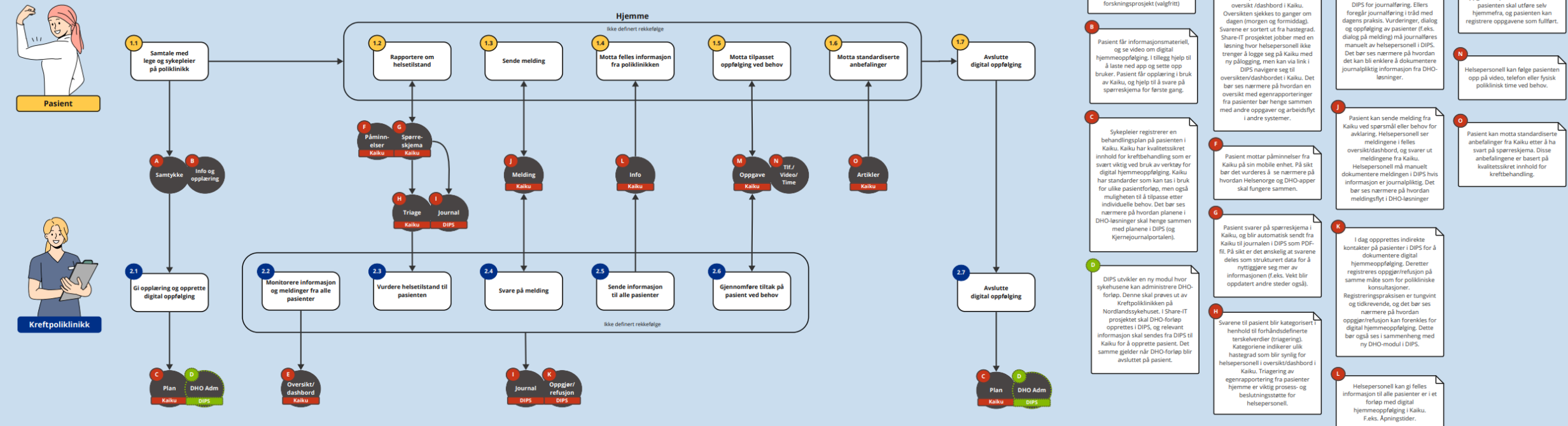
Ann Kristin Åseng i Bodo får behandling med immunterapi. Da er det viktig å følge med på symptomer på at noe kan være galt. – Knalltøft, sier hun om appen som Nordlandssykehuset er først ute med å ta i bruk.



Ann Kristin Åseng i Bodo har en app på telefonen som er veldig viktig. Med hjelp av den får hun enda bedre oppfølging av Nordlandssykehuset. (FOTO: ANNE KISTEN) (FOTO: ANNE KISTEN)

Persontilpasset digital hjemmeoppfølging for kreftpasienter

Kreftpoliklinikk på Nordlandssykehuset



Digital hjemmeoppfølging av hjertesviktpasienter

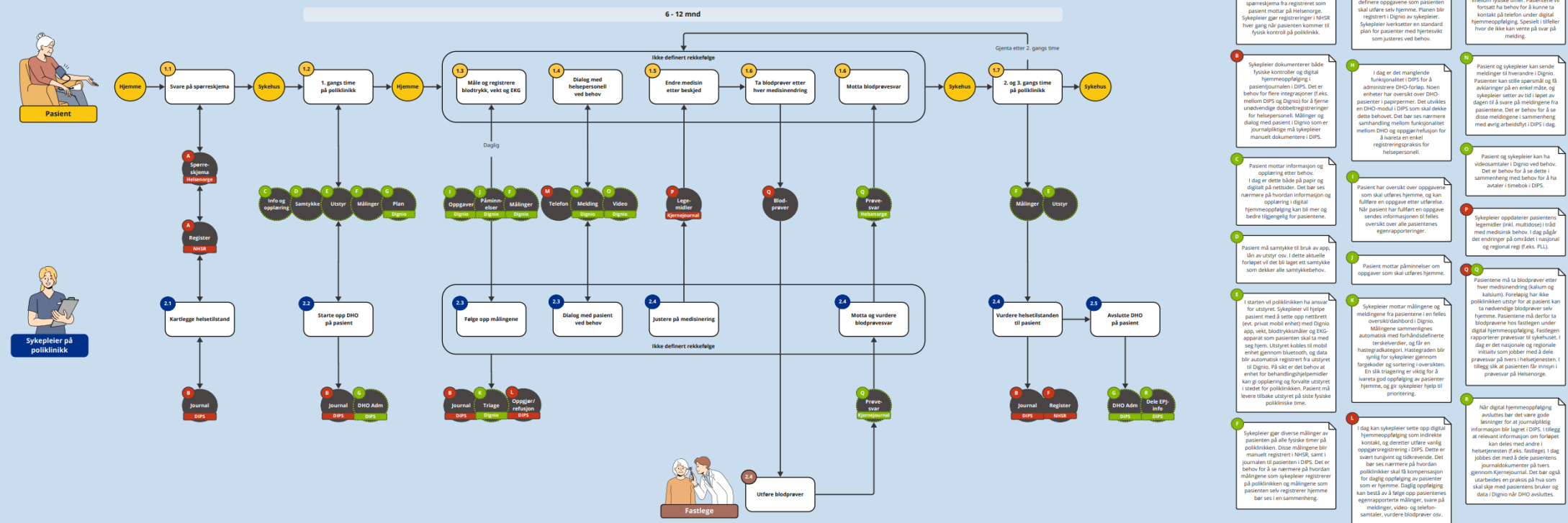
Hjertesviktpoliklinikken ved UNN Tromsø er en sykepleierstyrt poliklinikk med to spesialsykepleiere. Digital hjemmeoppfølging er foreløpig under utprøving ved bruk av Dignio på to pasienter. Poliklinikken gir opplæring i hjertesviktsykdom, kontroll og justering av medisiner, veiledning om trening og kosthold, og avdekker problemer som kan behandles. Foreløpig viser utprøvingen at pasientene klarer å trappe opp til maksdose på medisin raskere enn før, og dette kan føre til kortere pasientforløp. Det er et ønske om at utprøvingen skal inkludere flere pasienter, og på sikt andre pasientgrupper innenfor hjertemedisin.

Digital hjemmeoppfølging av hjertesviktpasienter

Hjertepoliklinikken på UNN Tromsø

Pasienter med hjertesvikt som ikke mottar kommunale tjenester

Pasienter med hjertesvikt som mottar kommunale tjenester



Eldreløftet

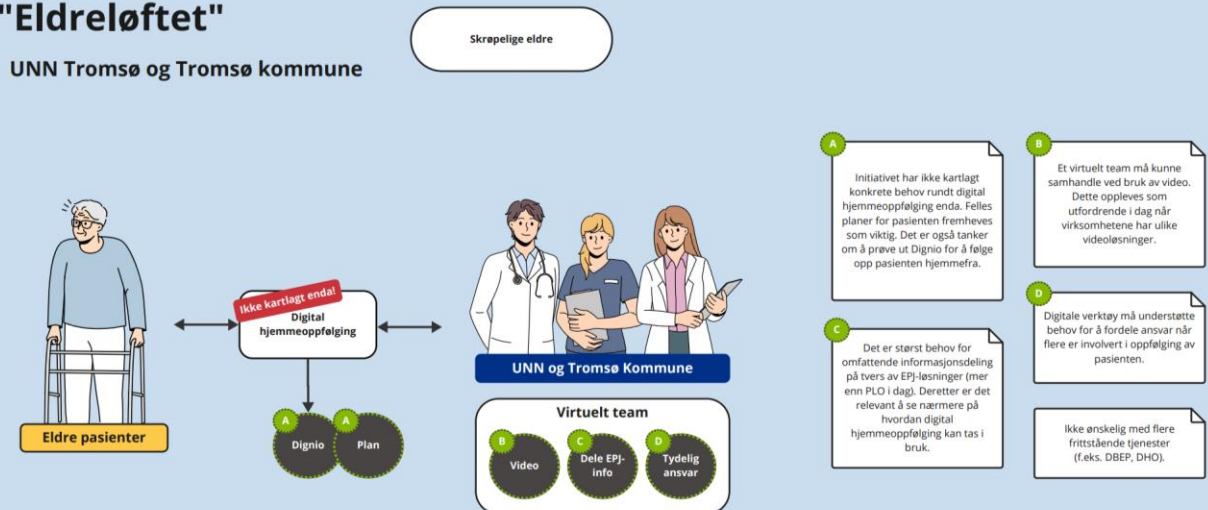
Eldreløftet er ett av flere samhandlingsprosjekter mellom UNN og Tromsø kommune. Fokuset er å forbedre samhandlingen mellom geriatrisk sengepost på UNN og Fastlandet sone 2 i hjemmetjenesten i Tromsø kommune. Målgruppen er skrøpelige pasienter som er innlagt på geriatrisk sengepost, og har hjemmetjenester fra før av.

Initiativet er et godt eksempel på at det er et stort behov for digitale løsninger som legger til rette for enkel og rask samhandling mellom helsepersonell på tvers av helsesektoren. Det er behov for digitale løsninger (f.eks. felles digital plan med ansvarsfordeling) for (virtuelle) team som består av helsepersonell fra ulike deler av helsetjenesten, og deling av informasjon om pasient på tvers. I tillegg er det behov for digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus for å ivareta utskrivning direkte til hjemmet.

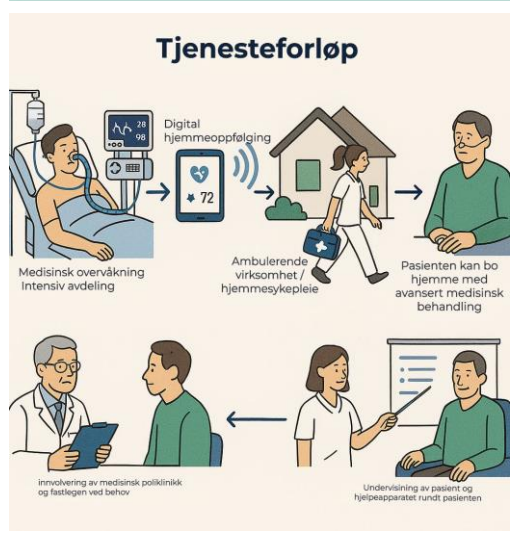
Eldreløftet har også tett samhandling med prosjekt «Felles innsatsteam» i regi av Forvaltningskontoret i Tromsø kommune. Formålet med prosjektet er å utvikle og pilotere et felles innsatsteam som kan oppnå raskere avklaring av forløpene før pasienten meldes som utskrivningsklar fra sykehus, og få flere pasienter skrevet ut direkte til hjemme hvis mulig.

"Eldreløftet"

UNN Tromsø og Tromsø kommune



Digital hjemmeoppfølging for pasienter med kroniske respirasjonslidelser (KOLS)



Illustrasjon: Eva Bjørhusdal ved bruk av kunstig intelligens.

Intensivavdeling på HSYK gir digital hjemmeoppfølging til pasienter som er lungesyke (kols), og har behov for pustestøtte. Så langt har 22 pasienter vært i forløpet, samt 6 nåværende pasienter. Hjemmebehandlingen innebærer at pasient får varmefuktet inspirasjonsluft med overtrykk i kombinasjon med eller uten ekstra oksygen. Dette forebygger forverring av sykdom, og gir pasientene bedre kapasitet i hverdagen. Initiativet består av tre sykepleiere fra Intensivavdelingen som samarbeider om poliklinisk- og ambulerende virksomhet, og er bindeleddet mellom pasient, sykehus og kommune. Sykepleierne bistår kommunene ved behov for medisinsk faglige råd, hjelp med utstyr, og hjemmebesøk. I tillegg gir opplæring til pasient, pårørende og helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Initiativet ønsker en bedre forståelse av hvilke digitale løsninger de kan ta i bruk, og hvordan. Fremover ønsker de å ta i bruk Dignio som gir en mer komplett pakke med funksjonalitet, og som flere kommuner i Helgeland har tatt i bruk.

Initiativet opplever at pasientene er tilfredse, blir mer selvstendige, har behov for færre innleggelser på sykehus, og fører til at pasientene får behandling på lavest effektive omsorgsnivå. DHO-forløpet bidrar med å håndtere utfordringer slik som mange lungesyke pasienter, utrygge pasienter, hyppige innleggelser og stort behov for samhandling.

Nøkkelfunn

Pasientforløp

1

Digitalisering av pasientforløp

Et prioritert satsningsområde i Helse Nord for å gi bedre og raskere helsehjelp til flere innbyggere.

2

Variasjoner i DHO-forløpene

Det er ulike variasjoner basert på diagnosespesifikke og individuelle behov hos pasienten. Løsningene må være fleksible nok til å støtte alt fra egenmålinger til selvhjelpsverktøy.

3

Ulike aktører kan være involvert

Jo flere aktører som deltar, desto større krav stilles til samhandling, ansvarsovergang, og informasjonsdeling. Det er behov for å ivareta ulike hensyn på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten ved etablering av *felles* DHO-forløp.

4

Brukergrupper med ulikt informasjonsbehov

Det er behov for mer detaljert kartlegging av brukergruppene og informasjonsbehov. F.eks. Primær vs. Sekundærbrukere.

5

God pasientopplevelse

Pasientene gir positive tilbakemeldinger, og opplever trygghet og nærhet til helsepersonell.

Digital støtte

6

Ulike digitale funksjoner

Det er identifisert digitale funksjoner som det ofte er behov for i DHO-forløp. Det er viktig å komme i gang med DHO-forløp selv om ikke digital støtte er «perfekt» i starten.

7

Administrering av DHO-forløp

I dag er det manglende funksjonalitet for å administrere DHO-forløp. Det er viktig med utprøving og videreutvikling for å ivareta at DHO PAS i DIPS Arena dekker våre behov.

8

DHO-apper i bruk

Kaiku, Dignio og Tellu brukes til digital hjemmeoppfølging i Helse Nord, og fremover bør det være mer fokus på behov for integrasjoner mellom DHO-apper, EPJ (DIPS Arena) og Helsenorge.

9

Mange relevante digitale løsninger: Hva – når – hvordan?

Det er ulike digitale løsninger for plan, skjema, dialog og video i tillegg til DHO-apper. Dette skaper uoversiktighet, og behov for samordning og veiledning.

10

«Digitalt merarbeid» for helsepersonell

Det er manglende integrasjoner mellom DHO-apper, EPJ (DIPS Arena) og Helsenorge som vil skape tungvinte arbeidsprosesser. Dette kan hindre mer bruk av digital hjemmeoppfølging.

Organisatorisk støtte

11

Kartlegging før oppstart

Kartlegging av pasientforløp skaper felles forståelse, og legger grunnlag for gode implementeringer.

12

Endringsledelse

Implementering av digital hjemmeoppfølging er avhengig av endringsledelse på ulike nivåer innad i virksomheten, og på tvers av aktører i helsetjenesten.

13

Organisering og team

Det er ulike begreper for organisering av digital hjemmeoppfølging (responscenter, oppfølgingscenter, PSHT m.fl.), men modellene bygger på samme prinsipper for samhandling og robust organisering.

14

Skalerbarhet

Det er behov for å dele og gjenbruke forløp på tvers for å sørge for et likt behandlingstilbud uansett bosted, og utrede nærmere hvordan helsetjenesten skal håndtere digital hjemmeoppfølging i fremtiden.

15

Helhetlig forvaltning

Det er behov for funksjonell, teknisk og merkantil forvaltning, og mer tydelighet i roller og ansvar på tvers i Helse Nord.

1

Nøkkelfunn 1: Digitalisering av pasientforløp

Digitalisering av pasientforløp er et prioritert satsningsområde i Helse Nord for å gi bedre og raskere helsehjelp til flere innbyggere.

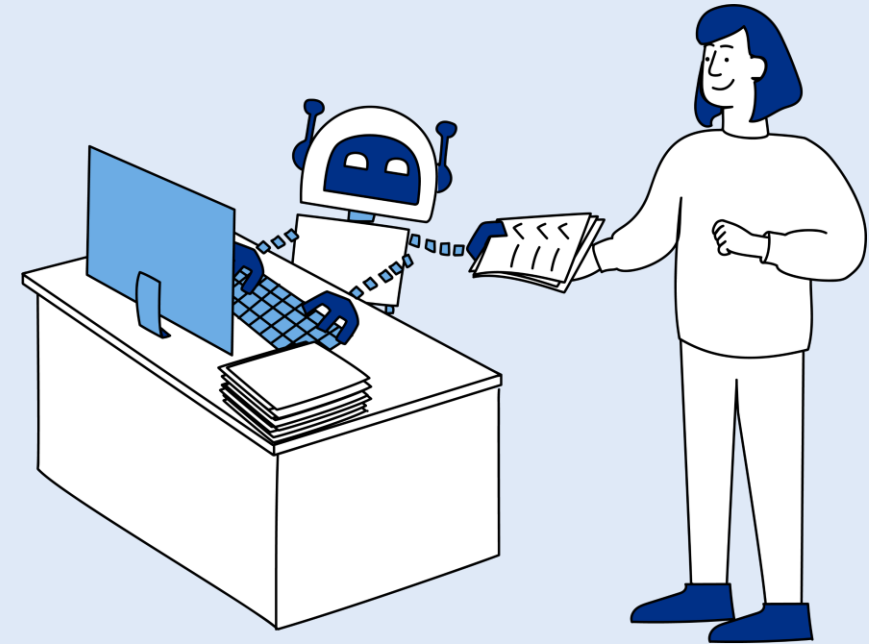
Blant annet jobber UNN med en ny strategi «Hjemme når man kan, på UNN når man må», og NLSH har etablert en digital poliklinikk.

Digitalisering av pasientforløp er et bredt område, og det kan være nyttig å se nærmere ulike typer pasientforløp hvor digitale løsninger er viktige forutsetninger:

- Brukerstyrt helsehjelp
- Behovsstyrt helsehjelp (inkl. digital hjemmeoppfølging)

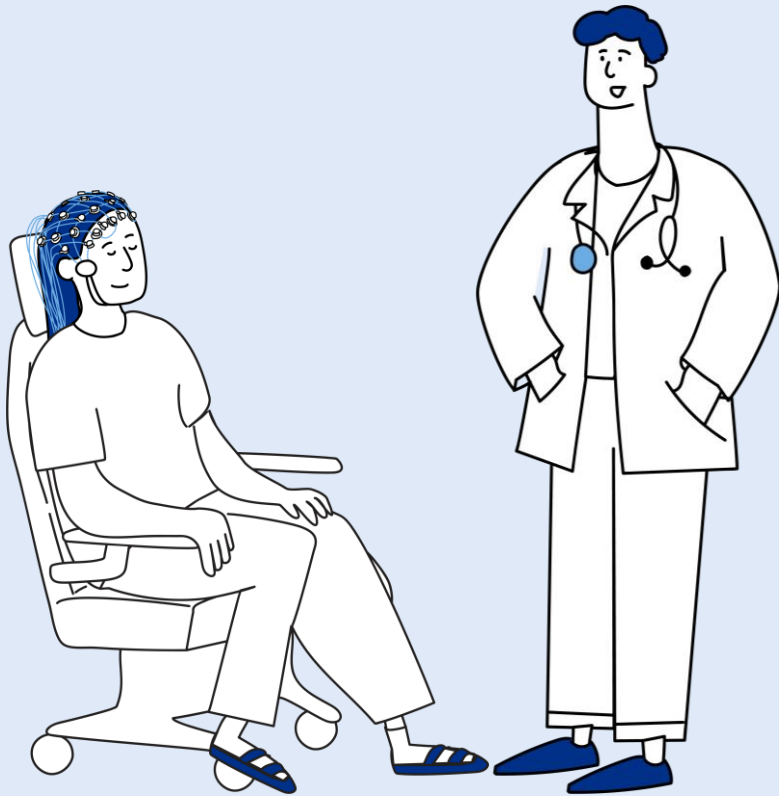
Behov for digitale løsninger utvikler seg i samsvar med behovene i pasientforløpene.

Fremover vil flere pasientforløp være en kombinasjon av fysisk og digital oppfølging.



Brukerstyrt helsehjelp

*«Min helsetilstand er stabil, og jeg er i stand til å vurdere egne symptomer.
Jeg kan **selv** initiere digital kontakt med spesialisthelsetjenesten ved behov»*



Brukerscenario

Kari er diagnostisert med epilepsi for 6 måneder siden, og er satt opp på fire oppfølgingstimer på sykehus i løpet av et år. Hun har ikke hatt komplikasjoner med medisinen, og håndterer diagnosen fint på egen hånd. Sykehuslegen vurderer på 2. oppfølgingstime at Kari ikke trenger flere faste oppfølgingstimer. De blir enige om at hun kan ta kontakt gjennom digitale løsninger dersom helsetilstanden forverrer seg, eller ved spørsmål.

Brukerstyrt helsehjelp

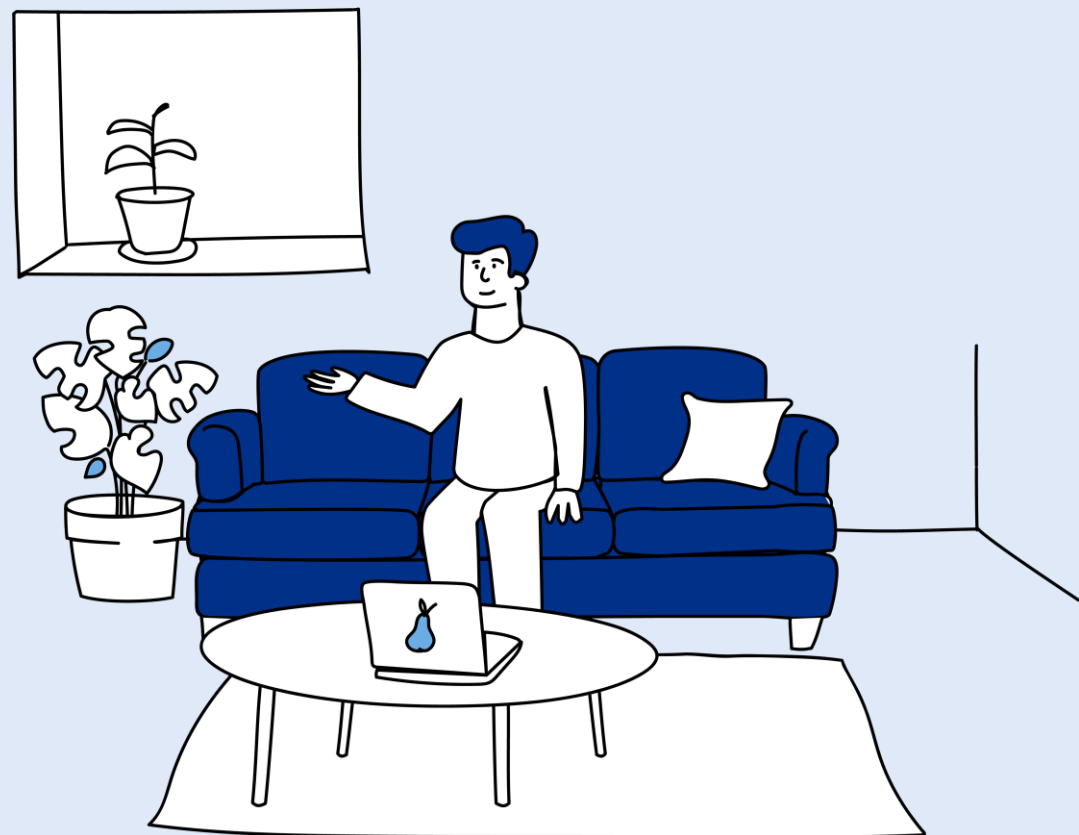
Digitale løsninger

Det er behov for **flere** digitale løsninger hvor pasient kan se informasjon om sin helsetilstand, og bli mer selvbetjent. Det kan bidra til mer effektive arbeidsprosesser i helsetjenesten, og mer effektiv *brukerstyrt* helsehjelp. F.eks. Når pasienter kan velge/endre time selv når det er nødvendig.

Helse Nord har tilgjengeliggjort ulike digitale tjenester for innbyggere på Helsenorge, og jobber med å videreutvikle og innføre flere tjenester for å gi innbyggere nye muligheter.

Eksempler:

- Digital dialog mellom pasient og helsepersonell (Helsenorge)
- Velge eller endre time selv (Helsenorge)



Behovsstyrt helsehjelp

«Jeg er hjemme, og får digital oppfølging av helsepersonell **basert på medisinsk behov**»

Behovsstyrt helsehjelp og digital hjemmeoppfølging er initiert av helsepersonell på bakgrunn av medisinske vurderinger. Dette kan variere i omfang og hyppighet, og som blir eksemplifisert i to brukerscenarioer:

Eksempel 1: «Av og til»

«Jeg er hjemme, og får **av og til** digital oppfølging av helsepersonell basert på medisinsk behov»

Eksempel 2: «Løpende»

«Jeg er hjemme, og min helsetilstand blir **løpende** fulgt opp av helsepersonell basert på medisinsk behov»



Eksempel 1: «Av og til»



Brukerscenario

Etter seks måneder får Kari et kraftig epilepsianfall. Hun tar kontakt med sykehuset, og føler seg mer trygg etter en samtale med sykepleier. I tillegg kan Kari selv velge en videotime med sykehuslege gjennom digital løsning når det passer henne. På videotimen snakker de om mulige endringer i medisiner, og om håndtering av fremtidige epilepsianfall. Kari skal fortsette med dagens medisiner en stund til, og skal svare på spørsmål om hvordan det går gjennom digitale spørreskjemaer hver tredje måned. På den måten kan sykehuset følge mer med på helsetilstanden til Kari, men unngå reising til sykehus. Sykehuset mottar svarene fra Kari og andre pasienter i en liste som blir triagert (grønn-gul-rød hastegrad) basert på definerte grenseverdier, og vurderer behov for oppfølging.

Eksempel 2: Løpende

Brukerscenario

Kari har ingen flere epilepsianfall i løpet av de neste månedene, men er ofte kvalm og svimmel. Hun har også diabetes 1, og har fått utfordringer med blodsukkeret etter epilepsidiagnosen. I tillegg økende grad av nedstemthet. Sykehuslegen vurderer at hun bør bytte epilepsimedisin, og har behov for å følge henne enda tettere opp. Sykehuslegen og Kari lager en plan om løpende digital hjemmeoppfølging gjennom DHO-app.

Kari måler blodsukkeret på gitte tidspunkter hver dag hjemmefra. Hun svarer på spørreskjema om somatiske symptomer og psykisk helse. Hun dokumenterer også egendefinerte tiltak for å håndtere nedstemthet. I tillegg kan hun sende digital melding til helsepersonell ved behov. Sykehuset mottar all informasjon fra Kari i en liste som blir triagert (grønn-gul-rød) basert på definerte grenseverdier, og vurderer behov for oppfølging på daglig basis.

Etter noen uker på ny medisin har Kari ingen kvalme og svimmelhet, men hun har fortsatt noen utfordringer med blodsukkeret og nedstemthet. Da overtar fastlegen videre oppfølging, og Kari fortsetter med digital hjemmeoppfølging i et par uker til. Etter hvert blir blodsukkeret og nedstemtheten stabilt nok til at Kari ønsker å avslutte digital hjemmeoppfølging. Hun er tilbake på jobb, får hjelp av fastlegen ved behov, og har digitale kontroller på sykehus for epilepsidiagnosen.



Behovsstyrt helsehjelp

Digitale løsninger

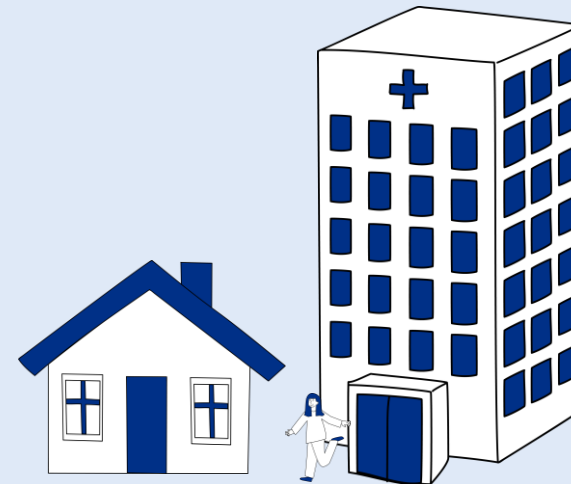
Det er behov for å jobbe videre med digitale løsninger som muliggjør ulik grad av behovsstyrt helsehjelp:

Digital oppfølging i stedet for at pasient må reise til fysisk oppmøte på poliklinikk. I dag er videokonsultasjoner og digitale spørreskjemaer mest brukt i Helse Nord for å erstatte fysisk oppmøte på poliklinikk.

Digital hjemmeoppfølging som innebærer tett og tverrfaglig oppfølging av pasienter i hjemmet i stedet for at pasient må reise til fysisk oppmøte på poliklinikk eller være innlagt på sengepost. I dag bruker Helse Nord i all hovedsak DHO-apper til slike pasientforløp, fordi disse inkluderer mer funksjonalitet som ofte dekker totalbehovet til forløpene. Det er i mindre grad «satt sammen» flere frittstående digitale løsninger for å dekke totalbehovet, fordi det stiller høyere krav til integrasjoner for å unngå tungvinte prosesser for pasient og helsepersonell.

Eksempler:

- Digitale spørreskjemaer om helsetilstand (Checkware, DIPS)
- Videokonsultasjoner (Whereby, Teams til klinisk bruk)
- E-konsultasjoner hos fastlege (Helsenorge)
- Digital dialog med helsepersonell (Helsenorge)
- App for digital hjemmeoppfølging (Kaiku, Dignio, Tellu, Youwell)



2

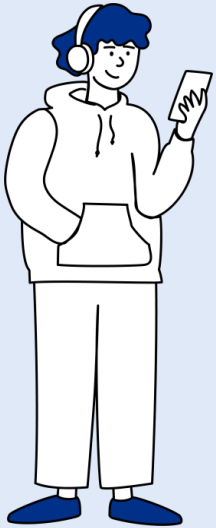
Nøkkelfunn 2: Pasientforløp med variasjoner

Pasientforløp med digital hjemmeoppfølging varierer slik som andre pasientforløp basert på diagnosespesifikke og individuelle behov hos pasienten.

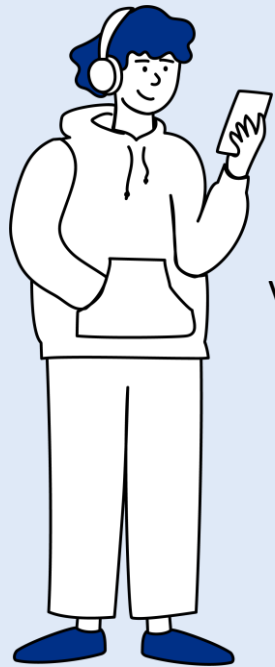
I noen pasientforløp er det viktig at helsepersonell får informasjon fra og at det er høy grad av interaksjon med pasienten for å **yte helsehjelp** som er nødvendig gjennom digital hjemmeoppfølging. F.eks. Pasienten måler blodtrykk og vekt hjemme som automatisk gjøres tilgjengelig for helsepersonell som følger opp pasienten.

I andre pasientforløp er det viktig at pasienten får verktøy som gir støtte og motivasjon til **selvhjelp**. F.eks. Dagbok for knipeøvelser i bekkenbunnstrening, og digital ros eller gamification for å øke motivasjon til selvhjelp hos pasienten.

Det må være mulig å tilpasse et DHO-forløp til diagnosespesifikke og individuelle behov hos pasienten. Dette stiller krav til høy grad av fleksibilitet rundt hvordan de digitale løsningene kan tas i bruk i ulike forløp. Samtidig er det behov for standardisering for å øke grad av gjenbruk, og sikre at innbyggere har tilgang på likt behandlingstilbud uansett bosted.



Ulik grad av kompleksitet på pasientforløp med digital hjemmeoppfølging

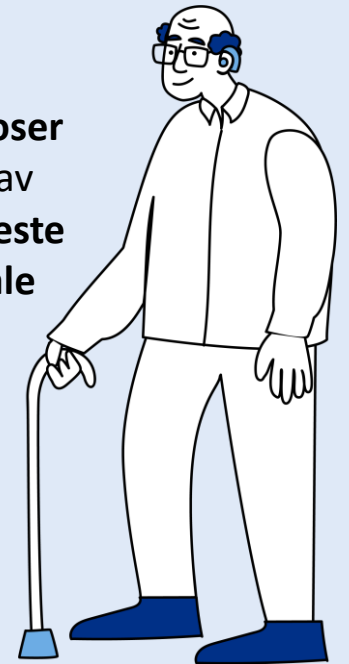


Eksempel:
Pasient med **én diagnose**
følges opp hjemmefra
av **poliklinikk på sykehus**
ved bruk **ett digitalt verktøy**

«Enkelt»

Eksempel:
Pasient med **flere diagnoser**
følges opp hjemmefra av
sykehus og hjemmetjeneste
ved bruk av **flere digitale**
verktøy og utstyr.

«Komplisert»



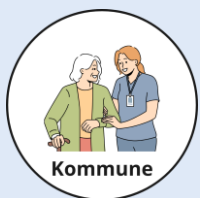
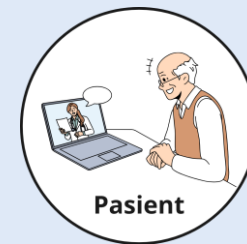
3

Nøkkelfunn 3: Flere aktører kan være involvert

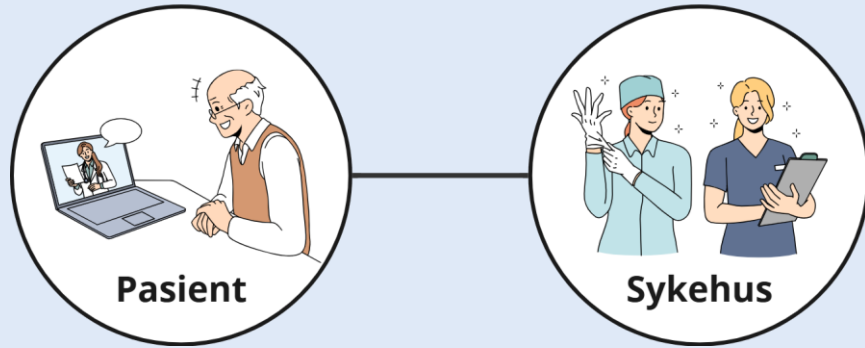
Det kan være nyttig å gruppere digital hjemmeoppfølging i ulike kategorier basert på hvilke aktører som er involvert. Kategoriene skal gi et overblikk over ulike typer pasientforløp med digital hjemmeoppfølging, og utelukker ikke andre grupperinger. Det kan være flere kategorier, spesielt innenfor primærhelsetjenesten. F. eks. Pasient + Hjemmetjeneste.

Digital hjemmeoppfølging med flere aktører på tvers av helsetjenesten er mer utfordrende, fordi det er behov for prosesser og systemer som understøtter samhandling og deling av informasjon på tvers. Det er ofte enklere å gjennomføre digital hjemmeoppfølging hvor det er kun én aktør som samhandler med pasient. F.eks. Digital poliklinikk på sykehus.

Pasientforløp med digital hjemmeoppfølging kan også utvikle behov for flere aktører underveis. F.eks. En pasient som får sårbehandling hjemme av Hjemmetjenesten kan få en forverring som krever at spesialist på sykehus og fastlege må bli involvert. Behov for slik fleksibilitet stiller krav til digitale løsninger som tas i bruk i digital hjemmeoppfølging, og tydelighet rundt ansvarsoverganger mellom aktører. I tillegg er det viktig å legge til rette for at anvendelse av digital hjemmeoppfølging kan endre og videreutvikle seg i fremtiden.

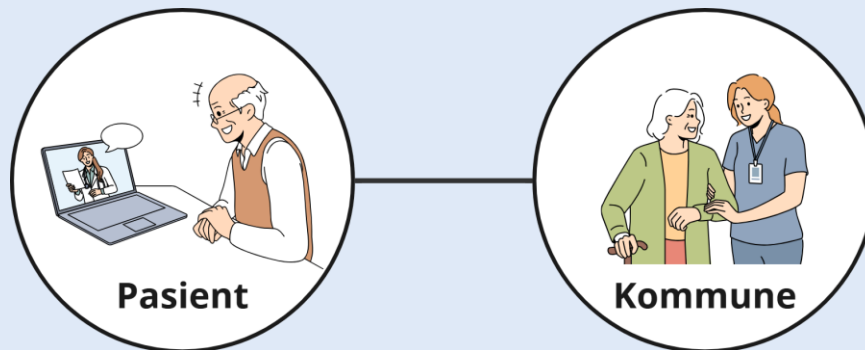


Pasient + Sykehus



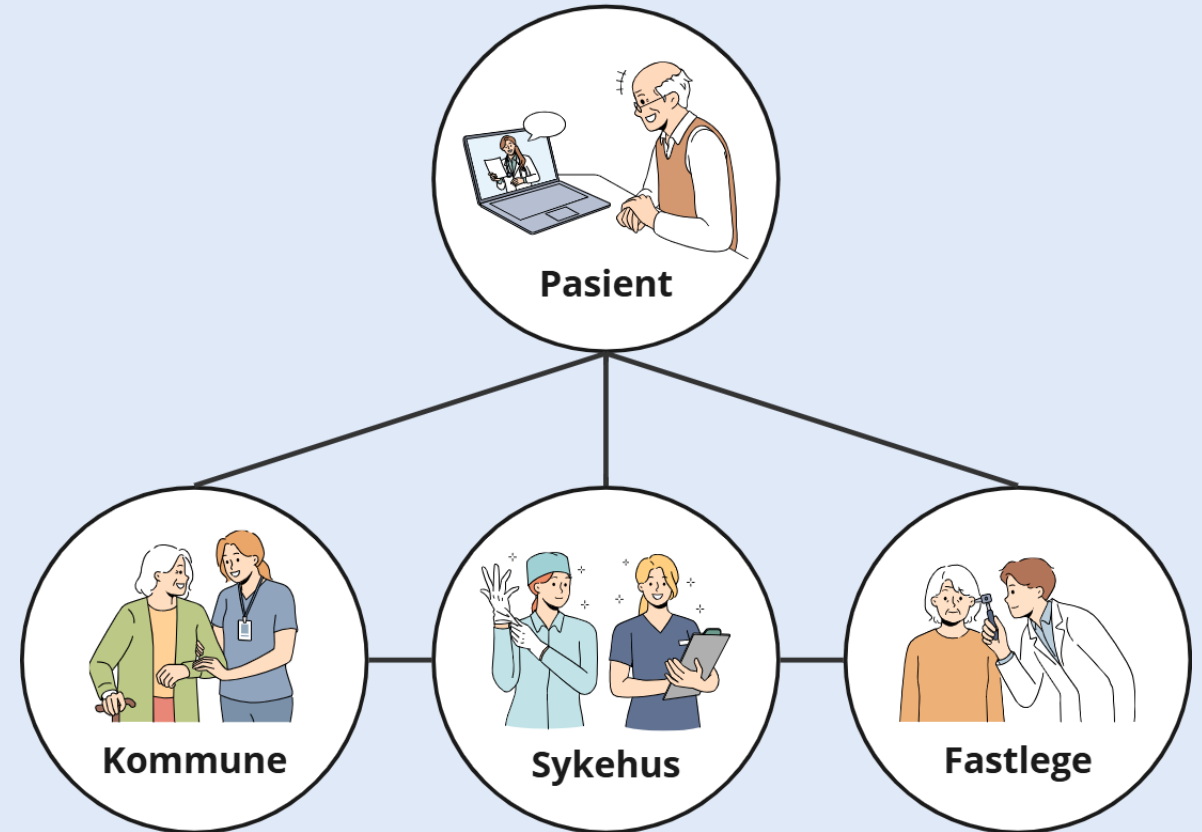
Brukerscenario: Kreftpasient på immunterapi har digital hjemmeoppfølging i stedet for fysiske polikliniske timer på sykehus.

Pasient + Kommune



Brukerscenario: Pasient med komplisert sår behandles med sårstell av kommunal hjemmetjeneste, og bruker digital hjemmeoppfølging for å overvåke progresjonen mellom sårstellene.

Pasient + Kommune + Sykehus + Fastlege



Brukerscenario: Eldre pasient med komplekse ernæringsutfordringer har digital hjemmeoppfølging av både kommune, fastlege og sykehus.

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Fremover er det viktig å legge til rette for flere *felles* DHO-forløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å kunne intensivere bruken av digital hjemmeoppfølging i Helse Nord.



Det er viktig å samhandle med primærhelsetjenesten under etablering og videreutvikling av slike DHO-forløp.

Eksempelvis:

- Sikre at aktørene forstår hverandres roller, og er likestilte i samarbeidet.
- God ledelsesforankring hos alle aktører som muliggjør endringsarbeid på tvers av helsetjenesten.
- Etablere digital hjemmeoppfølging som en likestilt tjeneste.
- Skape forståelse for ulike organisatoriske forhold.
- Etablere tydelige prosesser og rutiner som understøtter oppgave- og ansvarsfordeling blant flere aktører.
- Tilpasset informasjon og opplæring til ulike deler av helsetjenesten.
- Høy synlighet og tilgjengelighet hos alle aktører.
- Skape forståelse for hva digital hjemmeoppfølging kan være og bety i praksis for ulike aktører.

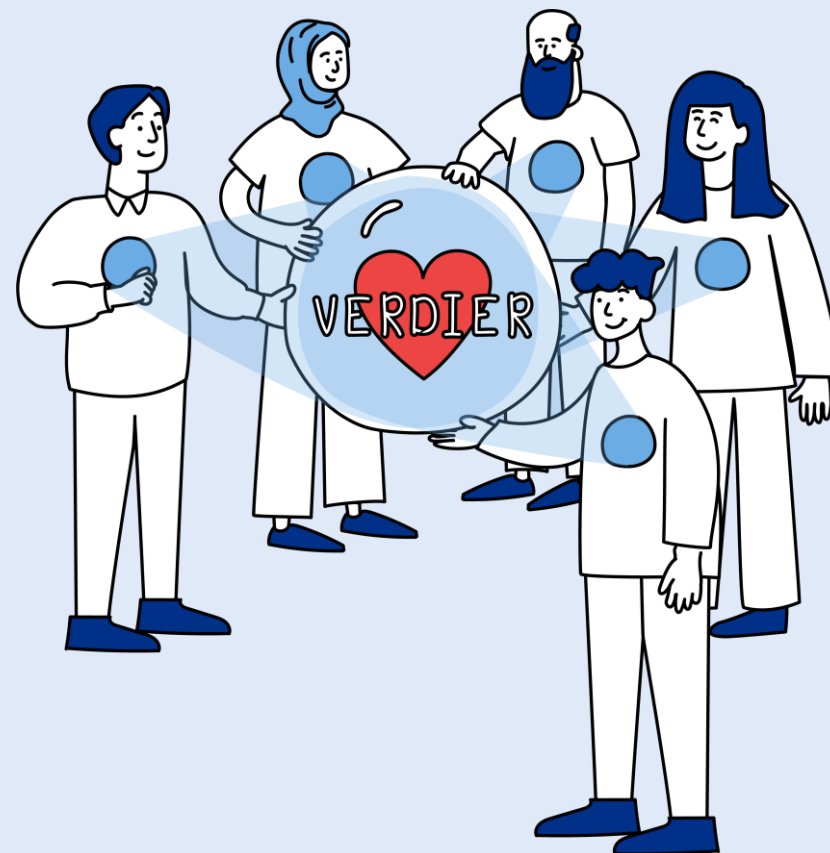
Det er initiativer i Helse Nord som har god erfaring med å samarbeide med primærhelsetjenesten om DHO-forløp. Spesielt har Nordlandssykehuset og Bodø kommune gjennom flere år prøvd ut flere varianter av samarbeid om felles DHO-forløp, og som andre initiativer kan nyttiggjøre seg av.

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Felles DHO-forløp er mer komplekse enn DHO-forløp i regi av én aktør. F.eks. DHO-forløp kan redusere innleggelser og oppfølging på sykehus, men føre til at kommunene får et større ansvarsområde for hjemmeboende pasienter.

Dette betyr at helsetjenesten må ivareta ulike hensyn ved etablering av felles DHO-forløp som kan være utfordrende for fagmiljøene. Hensyn rundt ansvarsfordeling, organisering og finansiering må ivaretas på et nivå hvor det er mulig å ivareta helhetlige behov på tvers av helsetjenestenivåer.

Det er behov for å jobbe videre med å finne ut av hvordan behov for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan ivaretas på best mulig måte ved etablering av foreløp med digital hjemmeoppfølging i Helse Nord.



4

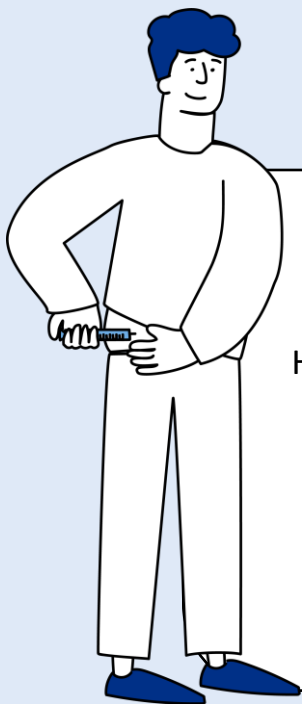
Nøkkelfunn 4: Ulike brukergrupper med ulikt informasjonsbehov

Innsiktsarbeidet har pekt på ulike brukergrupper som er involvert i digital hjemmeoppfølging gjennom kartlegging av pasientforløp. På neste side presenteres noen overordnede brukergrupper.

Det bør jobbes videre med å beskrive ulike brukergrupper i mer detalj (f.eks. personas) for å få en bedre forståelse for deres utfordringer og behov. F.eks. Sykehuslege vs. Fastlege.

Spesielt er det viktig å kartlegge **informasjonsbehovet** til ulike brukergrupper. Dette er viktig for å integrere nødvendige digitale løsninger, og oppnå informasjonsdeling på best mulig måte





Pasient

Pasient som har digital hjemmeoppfølging.

Hvordan vil variere basert på pasientforløpet med diagnosespesifikke og individuelle behov.

Pårørende kan også være en egen brukergruppe.



Primærbrukere

Helsepersonell som følger opp pasienten hjemme (ofte daglig).

Aktivt rolle i digital hjemmeoppfølging gjennom dialog med pasient, overvåke informasjon fra pasient osv.

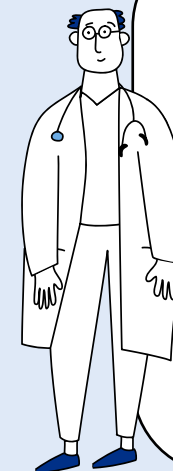
F.eks. Sykepleier, koordinator, oppfølgingscenter, responscenter osv.



Sekundærbrukere

Helsepersonell som har behov for å lese informasjon fra digital hjemmeoppfølging for å forstå helheten i pasientens helsetilstand, men spiller ingen aktiv rolle i digital hjemmeoppfølging

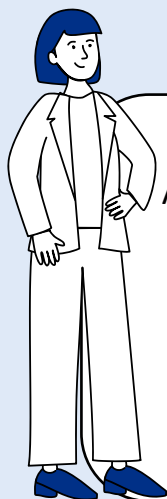
F.eks. Fastlege, hjemmetjeneste, lege på sykehus osv.



Leder

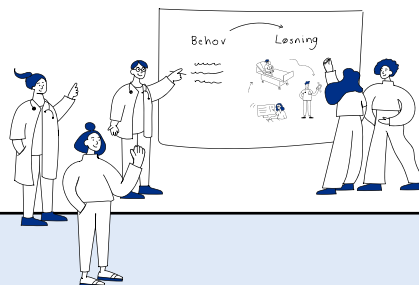
Ansvarlig for tilbud om digital hjemmeoppfølging.

F.eks. Leder på poliklinikk, Ledere på ulike nivåer osv.



DHO-team

Team som bistår i etablering av digital hjemmeoppfølging, og har god oversikt over ulike tilbud.



IT-medarbeider

IT-medarbeidere som forvalter digitale løsninger som understøtter digital hjemmeoppfølging.

F.eks. Helse Nord IKT, Dignio, Kaiku, Norsk Helsenett osv.



5

Nøkkelfunn 5: God pasientopplevelse

Innsiktsarbeidet peker på at pasientperspektivet blir godt ivaretatt i pasientforløp med digital hjemmeoppfølging. En del initiativer har pasienter med i planlegging, implementering og evaluering, og viser til gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende i alle aldersgrupper:

Eksempel 1: Pasienter mellom 18-92 år bruker Kaiku for kreftoppfølging i hjemmet. Pasientene føler seg trygg og godt ivaretatt, og det er lav grad av tekniske utfordringer. Spesielt blir muligheten til å sende melding til helsepersonell løftet frem som positivt.

Eksempel 2: Utprøving av Dignio for hjertesviktpasienter på UNN viser foreløpig at pasientene kan oppnå maksdose på medisin på et tidligere tidspunkt, og som kan forkorte pasientforløpet. Både pasient og pårørende har gitt positive tilbakemeldinger.

I tillegg er pasienter gode «ambassadører» for innføring av digital hjemmeoppfølging.

Generelt er helsepersonell opptatt av å forstå pasientenes behov og opplevelser både før, under og etter bruk av digital hjemmeoppfølging, samt å lære av dette for å skape bedre pasientforløp. Spesielt fremhever helsepersonell viktigheten med å gjøre vurderinger av pasientens digitale kompetanse før bruk av digital hjemmeoppfølging.

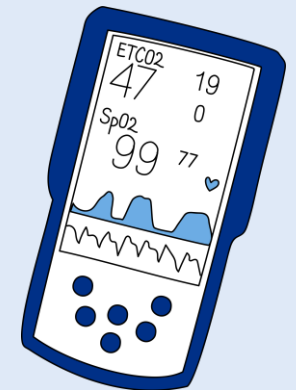


6

Nøkkelfunn 6: Ulike digitale funksjoner

I løpet av innsiktsarbeidet er det identifisert overordnede digitale funksjoner som det ofte er behov for i digital hjemmeoppfølging:

Meldinger/ Chat	Videosamtale	Bilde	Plan
Oppgaver	Påminnelser	Triagering 	Positiv forsterkning
Opplæring	Utstyr	Målinger	Spørreskjema
Administrasjon av forløp	Dele informasjon utenfor Helse Nord	Tiltak	...

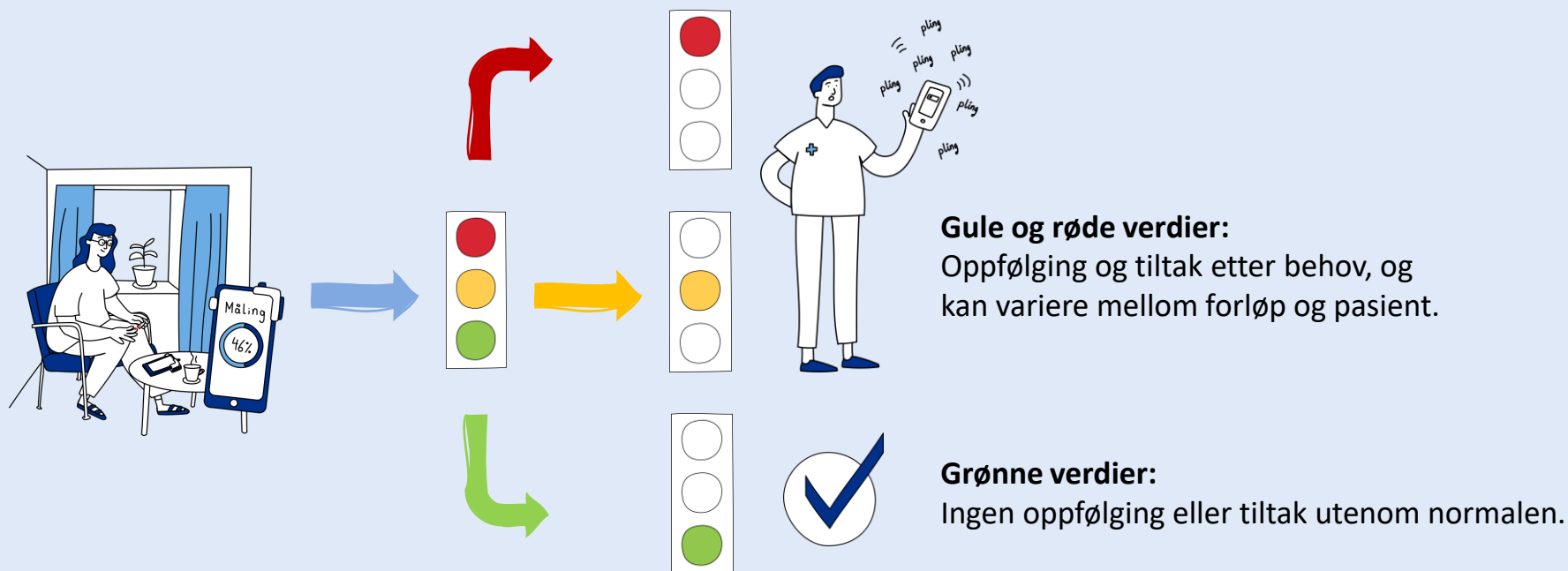


Oversikten er ikke komplett, og bør utarbeides på et mer detaljert nivå.
I tillegg er det viktig at digitale løsninger ivaretar variasjoner i behov for digitale funksjoner.

Triagering

Bruk av «triagering» eller «trafikklysmodell» er en viktig funksjon i digital hjemmeoppfølging, og det er positive tilbakemeldinger fra helsepersonell på bruk av slik beslutningsstøtte i digital hjemmeoppfølging. F.eks. Automatisk prioritering av egenmålinger fra pasienter basert på gitte grenseverdier.

Dette hjelper helsepersonell med prioriteringer i en travel hverdag, og er svært viktig når antall pasienter med digital hjemmeoppfølging øker.

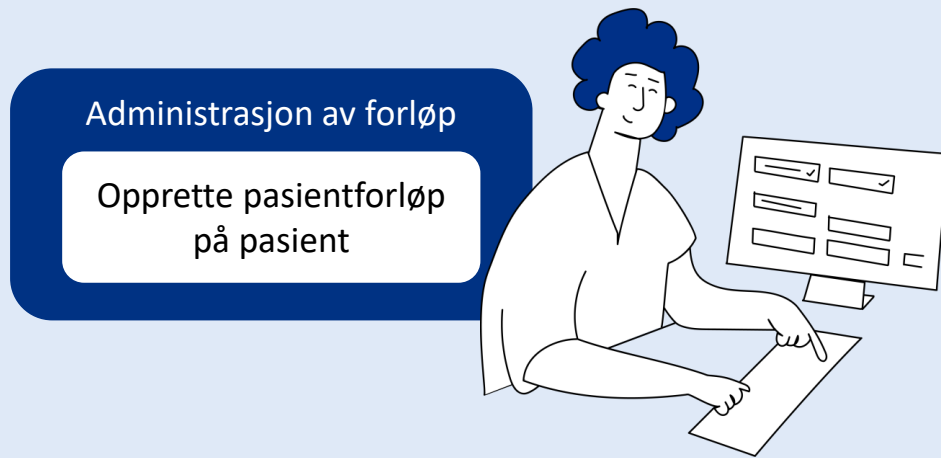


Det er også tilbakemeldinger om at dagens funksjoner for «triagering» i DHO-forløp ikke fungerer optimalt, og forbedringer er viktig for fremtidig skalerbarhet.

Behov for ulike funksjoner i DHO-forløp

Felles behov

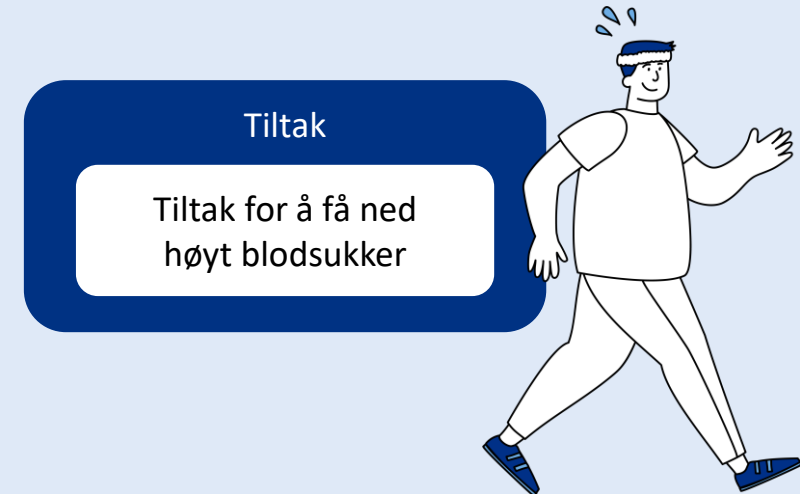
Noen behov for digitale funksjoner er *felles* for alle DHO-forløp for flere brukergrupper.



Eksempel: Oversikt og administrering av pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging i DIPS Arena.

Spesialiserte behov

Andre behov for digitale funksjoner er mer *spesialiserte* basert på type DHO-forløp for færre brukergrupper.



Eksempel: Behov for at pasienten kan få diagnosespesifikke forslag til tiltak som de kan gjøre på egenhånd.

Løsninger som dekker ulik grad av funksjoner

Det er ulike måter å dekke behovet for digitale funksjoner:

Det er allerede innført digitale løsninger som dekker enkelte behov for funksjonalitet i digital hjemmeoppfølging. F.eks. Videoløsninger.



Disse løsningene kan også brukes til andre formål enn digital hjemmeoppfølging.

Det er også tatt i bruk digitale løsninger som er mer spesifikk for digital hjemmeoppfølging, og som dekker flere behov for funksjonalitet. F.eks. DHO-apper som er skreddersydd for digital hjemmeoppfølging.



Grad av digital støtte kan videreutvikles etter oppstart

Det er viktig å utforske og skape forståelse for hvilken digital støtte som er nødvendig i starten av digital hjemmeoppfølging, og hvordan digital støtte kan videreutvikles etter oppstart.

Det har vært nyttig for initiativene i Helse Nord å komme i gang med digital hjemmeoppfølging selv om ikke alle behovene for digitale funksjoner har vært «perfekt» i starten. Dette har ført til viktig læring og erfaring. Fremover er det viktig å jobbe strukturert med å bruke erfaringene fra initiativene til å videreutvikle digitale løsninger, funksjonalitet og integrasjoner for digital hjemmeoppfølging slik at pasientforløpene får best mulig digital støtte.

Eksempel:



7

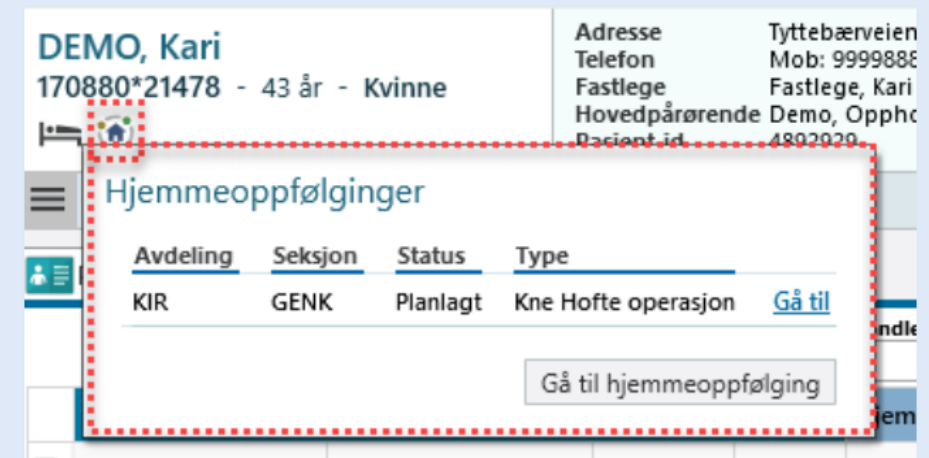
Nøkkelfunn 7: Administrering av DHO-forløp

I dag er det manglende funksjonalitet i DIPS Arena for å administrere pasientforløp med digital hjemmeoppfølging. Det fører til nye papirpermer med oversikter, og manglende rapportering som ikke gir inntjening for sykehusene.

Fremover skal NLSH og UNN prøve ut en ny modul DIPS - DHO PAS som NLSH har vært med på utvikling av, og det er viktig med kontinuerlig videreutvikling for å ivareta at modulen dekker behovene i Helse Nord.

Ett område som modulen bør ivareta er **automatisk oppgjørsregistrering** og rapportering for å komme bort fra tungvinte registreringsprosesser for helsepersonell.

Det bør også ses nærmere på hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten kan samhandle og dele informasjon om administrering av digital hjemmeoppfølging. Ulike aktører i pasientforløpet vil ha behov for å se om pasienter har aktive forløp med digital hjemmeoppfølging.



8

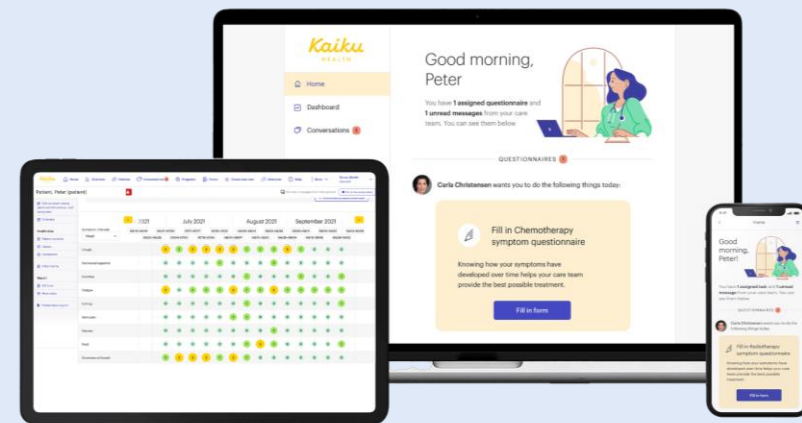
Nøkkelfunn 8: DHO-apper i bruk

DHO-apper betyr applikasjoner som er spesialisert til forløp med digital hjemmeoppfølging. Det er ulike leverandører som leverer DHO-apper til helsesektoren. I Helse Nord har flere helseforetak tatt i bruk DHO-apper i forløp med digital hjemmeoppfølging. F.eks. Kaiku, Dignio og Tellu.

Noen DHO-apper er spesialisert til en pasientgruppe (f.eks. Kaiku for kreftpasienter), mens andre er mer generalisert for flere pasientgrupper (f.eks. Dignio). DHO-apper kan være spesialisert med medisinsk faglig innhold som få andre tilbyr.

DHO-appene er frittstående løsninger som har brukergrensesnitt til både pasient og helsepersonell. Som regel laster pasient ned app på mobil eller nettbrett, og logger inn med digital ID-løsning. Mens helsepersonell logger inn med eget brukernavn og passord fra nettleser på PC.

DHO-appene gir «en pakke» med funksjonalitet, og dekker ofte totalbehovet for digitale løsninger i digital hjemmeoppfølging. Funksjonalitet varierer i de ulike DHO-appene, men ofte er det mulighet for meldinger/chat, videosamtaler, planer, oppgaver, varslinger, triagering og skjema.



Anskaffelse av rammeavtale

En del initiativer i Helse Nord ser behov for at DHO-appene kan tas i bruk i samarbeid med primærhelsetjenesten når begge aktørene er eller blir involvert i løpet av pasientforløpene. Dette muliggjør enklere ansvarsfordeling og informasjonsutveksling mellom aktørene som har ulike EPJ-systemer.

Helse Sør-Øst har gjennomført en anskaffelse av en rammeavtale for DHO-apper med seks leverandører, og som Helse Nord har utløst opsjon på. Denne kan helseforetakene ta i bruk hvis de skal implementere digital hjemmeoppfølging i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen med denne rammeavtalen er at primærhelsetjenesten ikke er inkludert som aktør, og den er utformet for infrastrukturen til HSØ.

Nordlandssykehuset har i samarbeid med Sykehusinnkjøp gjennomført en anskaffelse av en rammeavtale for Helse Nord hvor primærhelsetjenesten er inkludert som aktør. Anskaffelsen ble sluttført sommer 2025, og flere helseforetak og initiativer ønsker å ta i bruk avtalen med **valgt leverandør Dignio**.

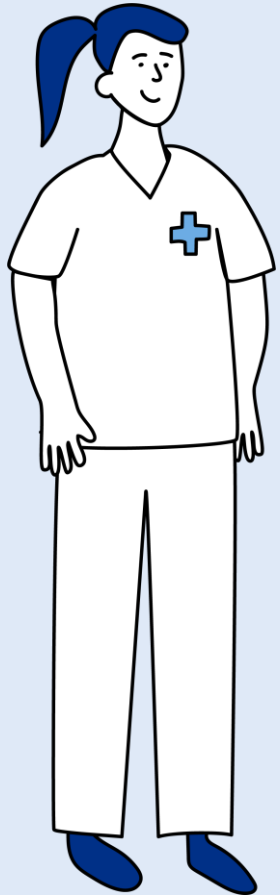


DHO-app + EPJ-system

DHO-apper inkluderer egne brukergrensesnitt for **helsepersonell**.

I dag er det manglende integrasjoner mellom DHO-apper og DIPS Arena.

Dette fører ofte til flere systemer å veksle mellom, ekstra pålogging, manuell dobbeltføring og forstyrrelser i arbeidsflyt.

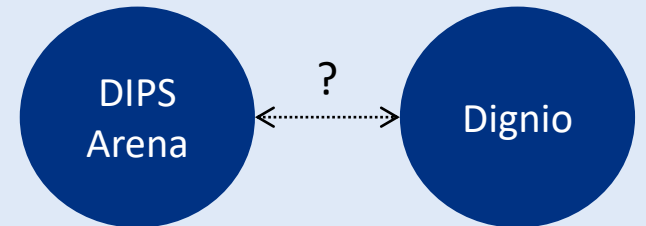


Erfaringene fra bruk av DHO-apper i Helse Nord understreker viktigheten med å integrere DHO-appene med EPJ-systemet for å unngå mer digital belastning for helsepersonell.

Spesielt for å ivareta at journalpliktig informasjon i DHO-appene også blir dokumentert i EPJ-systemet uten manuelle prosesser for helsepersonell.

ShareIT prosjektet i NLSH jobber med å integrere Kaiku og DIPS Arena for helsepersonell, og hvor målet er at helsepersonellet kan bruke Kaiku som blir innebygd DIPS Arena.

Eksempel:

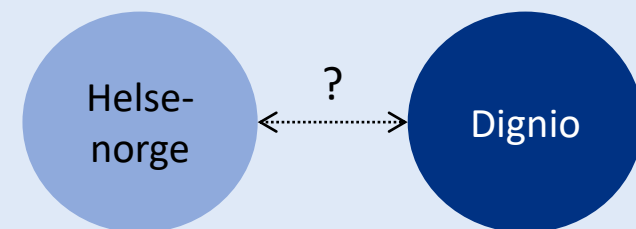


DHO-app + Helsenorge

DHO-apper inkluderer egne brukergrensesnitt for **pasienter**, og i noen tilfeller **pårørende**. I dag er det manglende integrasjoner mellom DHO-apper og Helsenorge.

Tilbakemeldinger fra pasientene i innsiktsarbeidet er at DHO-appene (f.eks. Kaiku og Dignio) er enkle og intuitiv å bruke hjemmefra.

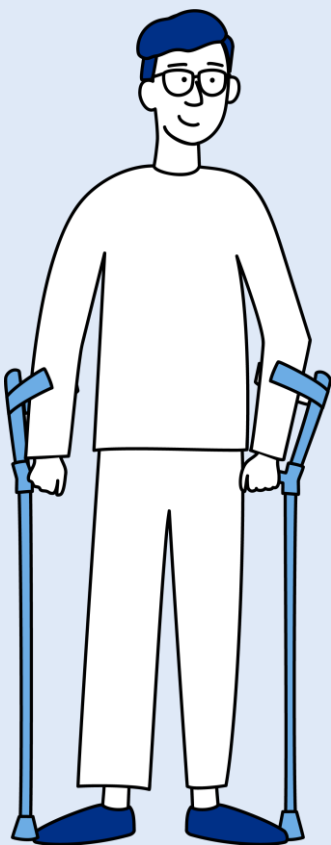
Eksempel:



Pasientene ønsker å bruke DHO-apper hvis det gir god oppfølging. De ønsker mest mulig samlet på Helsenorge, og at det er tydelig når DHO-app og Helsenorge skal tas i bruk. Pasientene tenker også at det ikke bør bli for mange apper å forholde seg til.

Det er også viktig å ivareta gode forløp for pasienter med manglende digital kompetanse.

Det er foreløpig ikke avdekt om noen i Helse Nord jobber med å se på hvordan pasienter skal forholde seg til både Helsenorge og DHO-apper fremover.



9

Nøkkelfunn 9:

Det er mange relevante digitale løsninger: Hva – når – hvordan?

I tillegg til økende bruk av DHO-apper, så er andre digitale løsninger i bruk for å understøtte digital hjemmeoppfølging:

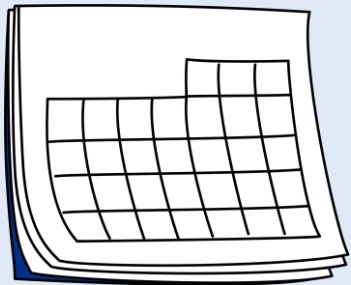
Digital plan

Digitale skjemaer

Digitale dialog

Video

Innsiktsarbeidet peker på at det er uoversiktlig hvilke digitale løsninger som kan tas i bruk, og hvilke behov de ulike løsningene kan dekke.



Digital plan

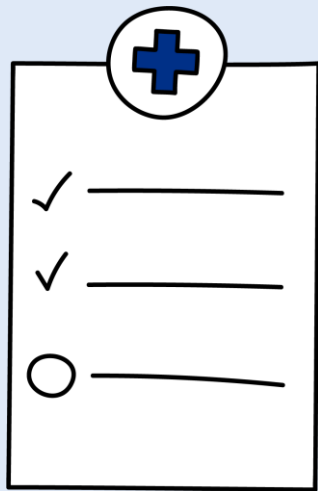
Digital plan er en viktig funksjon i digital hjemmeoppfølging. Samtidig gjelder dette for alle typer pasientforløp (også uten digital hjemmeoppfølging), spesielt for samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten om felles pasientgrupper.

Primær- og spesialisthelsetjenesten mangler en felles løsning for digital plan i dag, og det fører til tungvinte prosesser for helsepersonell.

I en digital plan er det behov for ulik funksjonalitet. Noe av det viktigste er at en felles plan kan deles i sanntid mellom relevante aktører på tvers av helsesektoren, og at det er mulig å definere og overføre ansvar i planen.

De fleste DHO-appene har mulighet for å definere en plan med tiltak, slik at pasient og relevante roller har en felles plan for digital hjemmeoppfølging.

I tillegg har Norsk Helsenett laget en løsning på Kjernejournalportalen som har vært prøvd ut i Helse Nord. Denne omtales som digital (egen-)behandlingsplan, delte behandlingsplaner, og DBEP.



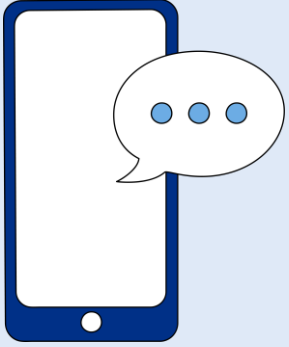
Digitale skjemaer

Digitale skjemaer er i bruk til ulike formål i Helse Nord, og ikke utelukkende for digital hjemmeoppfølging:

Checkware	• Ett skjema til/fra pasient (engangstilfelle) • Flere skjema til/fra pasient i en periode (forløp) • Inkl. Lisensierte skjemaer. • Eks. Erstatte fysisk time på poliklinikk • Eks. Oppfølging i psykiatrien
DIPS Arena	• Ett skjema til/fra pasient (engangstilfelle) • Ikke lisensierte skjemaer. • Eks. Ventelisterydding
Helsenorge	• Ett skjema til/fra pasient (engangstilfelle) • Eks. Helseopplysninger før ankomst på sykehus
DHO-apper	• Et eller flere skjema til/fra pasient som en del av digital hjemmeoppfølging ved bruk av DHO-app • F.eks. Kaiku og Dignio.

Checkware brukes en del til å følge opp pasienter hjemmefra over tid. F.eks. Nevrologisk poliklinikk på UNN sender ut digitale skjemaer til ca. 250-300 epilepsipasienter hver 3. mnd i 2 år. Pasienten svarer på spørsmål om deres helse, og svarene oversetter deres behov for oppfølging i kategoriene grønn, gul eller rød. Nevrologisk poliklinikk følger opp besvarelsene, og setter opp telefonsamtaler eller fysisk time ved behov.

I tillegg har DHO-apper ofte egen funksjonalitet for digitale skjemaer som tas i bruk når pasientforløpene allerede inkluderer bruk av DHO-app.

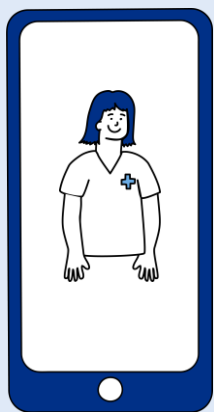


Digital dialog

Når pasienten er hjemme er det viktig at pasienten og helsepersonell kan komme i kontakt med hverandre på en enkel og rask måte. Det oppleves som en fordel for både pasient og sykehus hvis flere telefonhenvendelser kan erstattes med digital dialog når det vurderes som hensiktsmessig.

Hittil har mulighetene for digital dialog vært begrenset, men det pågår arbeid for å innføre digital dialog mellom pasient og behandler i Helse Nord.

I DHO-apper er det også mulig for pasient og helsepersonell å sende meldinger til hverandre via chat. Disse meldingene havner ikke i arbeidsflyten i DIPS Arena, og helsepersonell mottar og sender meldinger i brukergrensesnittet til DHO-appen. I tillegg må helsepersonell manuelt dokumentere meldingene i DIPS Arena hvis de inneholder journalpliktig informasjon.



Video

Bruk av videosamtaler er viktig i digital hjemmeoppfølging, og det er behov for å erstatte flere fysiske timer på sykehus (og telefonsamtaler) med videosamtaler.

I Helse Nord har Whereby vært i bruk for kliniske konsultasjoner, og innføring av Teams for klinisk bruk er i gang.

Det har blitt påpekt at dagens videoløsninger ikke legger godt til rette for gruppetimer med flere pasienter samtidig (lærings- og mestringskurs), og for at helsepersonell på tvers av helsetjenesten kan planlegge og gjennomføre felles videosamtale med pasient.

Nøkkelfunn 10: «Digitalt merarbeid» for helsepersonell

Digital hjemmeoppfølging kan gi mange gevinster, og en av dem er at det kan spare tid for helsepersonell, og gi mer effektive poliklinikker som kan frigjøre kapasitet.

Samtidig er det tatt i bruk digitale løsninger for digital hjemmeoppfølging som har ført til *digitalt merarbeid* for helsepersonell på ulike måter.

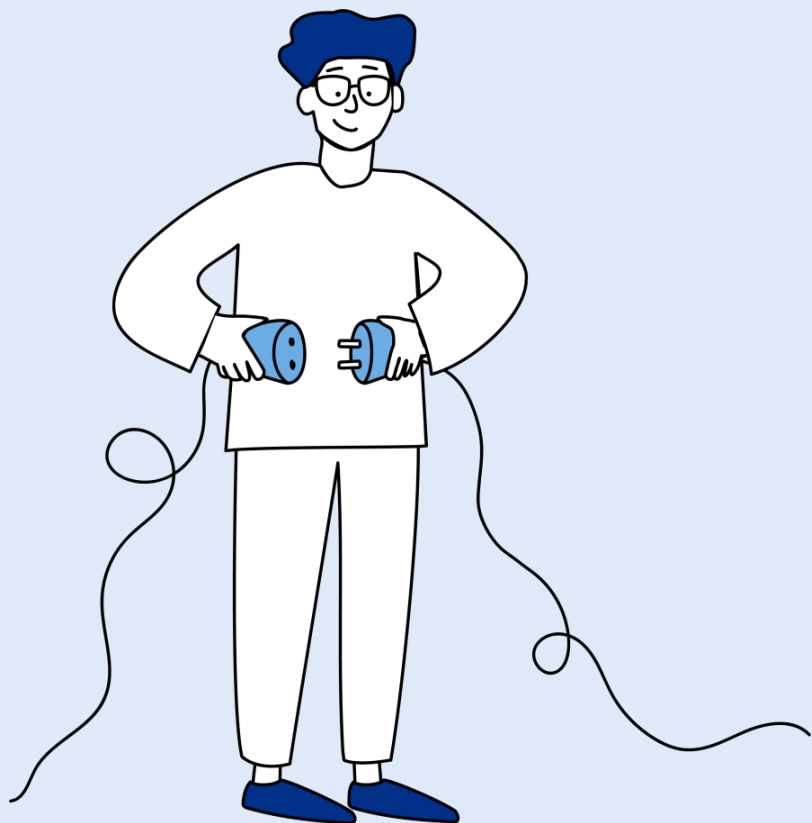
Eksempelvis:

- Logge på flere systemer med brukernavn og passord.
- Veksle mellom flere systemer i sine arbeidsoppgaver.
- Dobbeltregistrere informasjon mellom systemene for å ivareta dokumentasjonsplikt.

Dette er uønskede konsekvenser av digital hjemmeoppfølging, og helsepersonell ønsker derfor mer informasjonsdeling og integrasjoner mellom relevante digitale løsninger for å fjerne digitalt merarbeid.



Hvordan redusere «digitalt merarbeid» for helsepersonell?



Det bør iverksettes tiltak som unngår at digitalt merarbeid for helsepersonell blir en permanent effekt av innføring av digital hjemmeoppfølging, og som kan føre til redusert bruk av digital hjemmeoppfølging.

Fremover er det viktig å se nærmere på *årsaken* til digitalt merarbeid (f.eks. dobbeltregistrering) for helsepersonell, og finne gode tiltak. I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig å endre arbeidsprosesser, mens i andre tilfeller er det behov for å etablere integrasjoner mellom digitale løsninger.

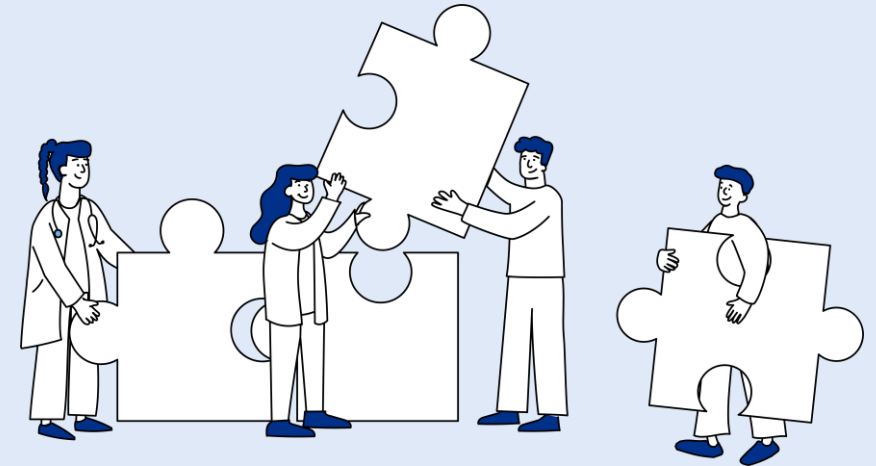
Dette gjelder mellom løsninger i Helse Nord, og at disse kan samhandle med løsningene til primærhelsetjenesten for å skape gode helhetlige pasientforløp.

Informasjonsdeling mellom digitale løsninger

Digitale løsninger for digital hjemmeoppfølging vil ofte ha behov for å utveksle informasjon til og fra relevante EPJ-systemer for å gi en komplett oversikt over pasientens helsetilstand uten manuelle dobbeltregistreringer av helsepersonell. F.eks. Integrasjon mellom Kaiku og DIPS Arena.

Det er også behov for at helsepersonell på tvers av nivåene i helsetjenesten kan dele informasjon mellom respektive EPJ-systemer for bedre samhandling om felles pasienter. F.eks. Sykehus kan se informasjon om funksjonsnivået til pasienten eller hvilke kommunale tjenester pasienten har hjemme i DIPS Arena.

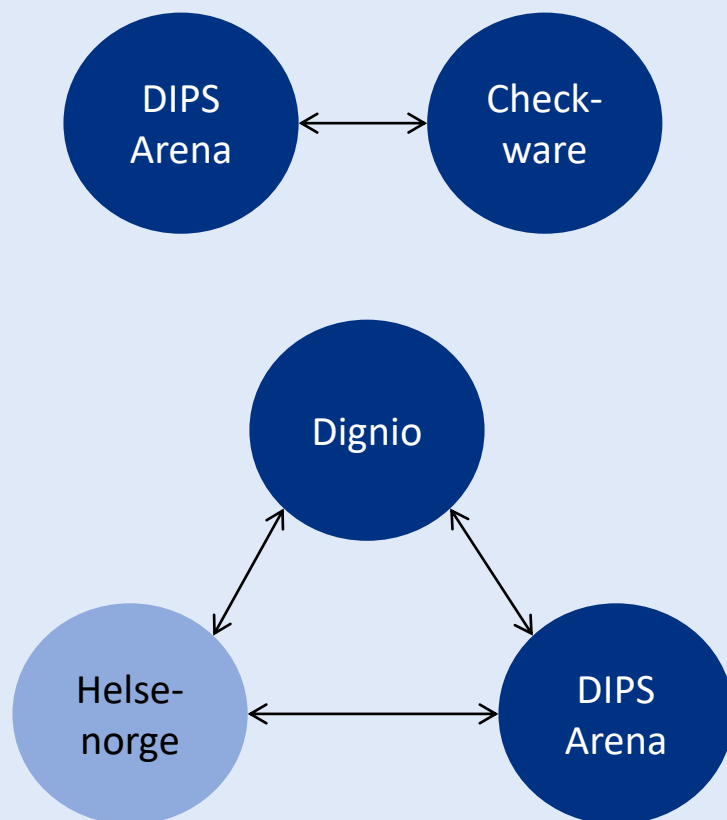
I tillegg til informasjonsdeling er det viktig å se nærmere på hvordan helsetjenesten kan løse behov for å overføre ansvar og videreføre prosesser i felles pasientforløp når det ikke er felles digitale løsninger. F.eks. Sykehus må registrere all informasjon og sette opp pasientforløp på nytt i eget system når pasient kommer fra kommunen. Det betyr at det blir viktig å se på arbeidsflyt og registreringsprosesser i sammenheng med informasjonsdeling mellom systemene.



Det er behov for høy grad av fleksibilitet på hvordan digitale løsninger kan tas i bruk i pasientforløpene, og for samhandling mellom ulike løsninger.

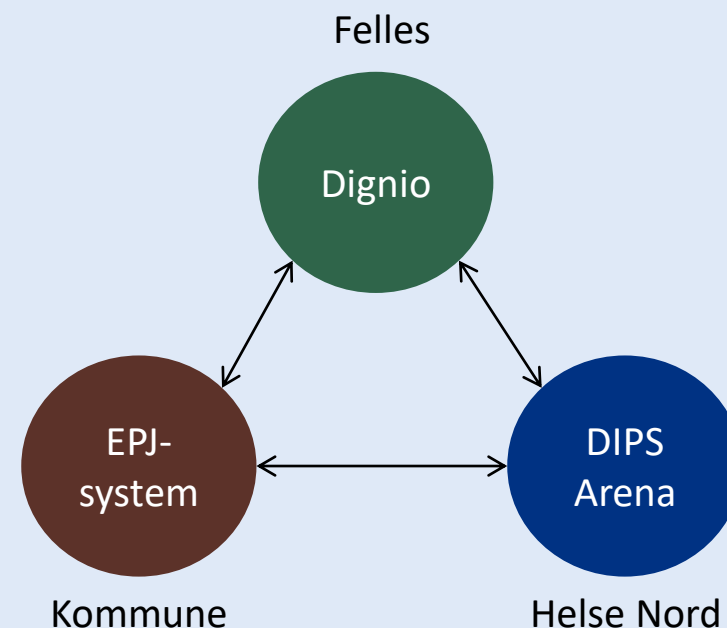
Behov for informasjonsdeling mellom digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten

Eksempel:



Behov for informasjonsdeling mellom digitale løsninger på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

Eksempel:

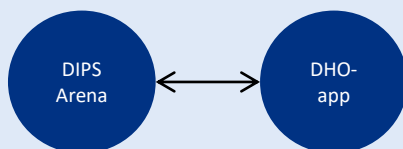


Digital hjemmeoppfølging mellom pasient og sykehus

Digitale løsninger som sykehusene bruker i digital hjemmeoppfølging vil ofte ha behov for å utveksle informasjon til og fra EPJ-systemet.

F.eks. Egenrapporterte målinger blir automatisk overført fra utstyr som pasient bruker hjemmefra til DIPS Arena i sanntid.

Eksempel:

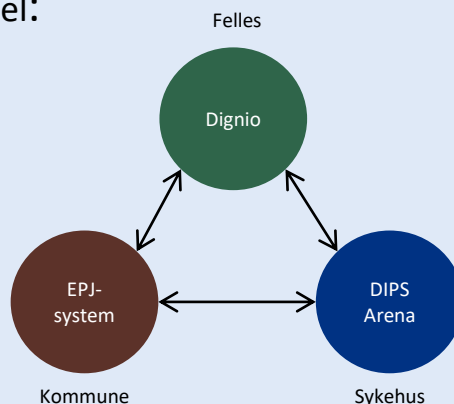


Digital hjemmeoppfølging med primærhelsetjenesten

Når primærhelsetjenesten er en del av pasientforløpet med digital hjemmeoppfølging er det behov for informasjonsdeling mellom felles digitale løsninger og ulike EPJ-systemer.

F.eks. Sykehus og kommune bruker Dignio som felles løsning, og journalpliktig informasjon blir automatisk overført til/fra EPJ-systemene til sykehus og kommune.

Eksempel:



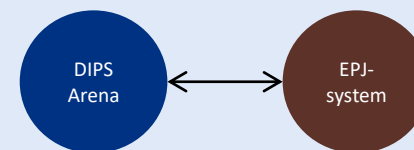
Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

(ikke kun digital hjemmeoppfølging)

Det er et generelt behov for at helsepersonell på tvers av helsetjenesten kan dele informasjon mellom respektive EPJ-systemer for bedre samhandling om felles pasienter.

F.eks. Sykehus kan se informasjon om funksjonsnivået til pasienten eller hvilke kommunale tjenester pasienten har hjemme i DIPS Arena.

Eksempel:



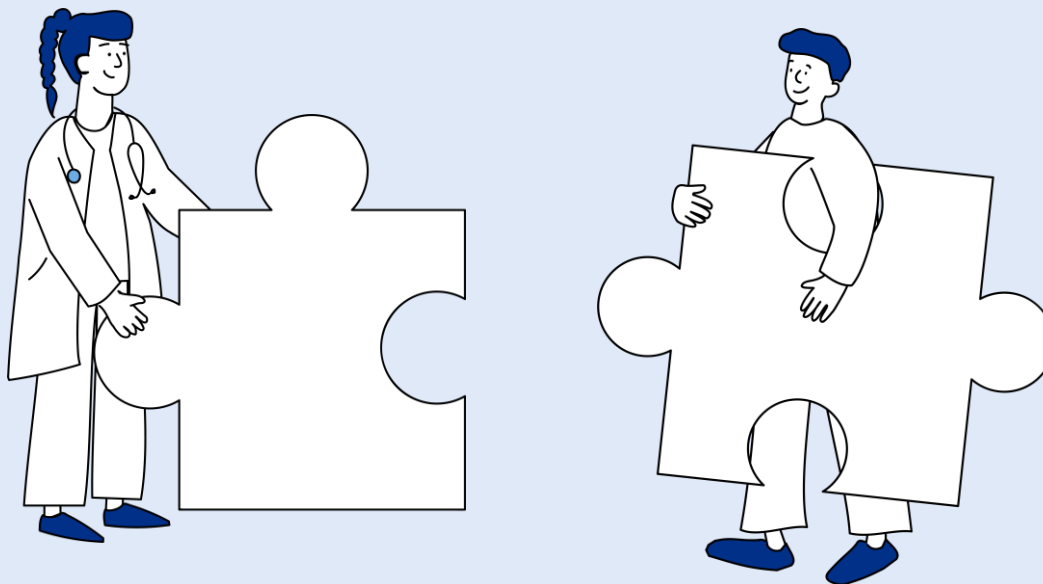
«Digital hjemmeoppfølging» og «samhandling»

Behovet for informasjonsdeling i helsetjenesten er komplekst, og erfaringene fra innsiktsarbeidet er at **digital hjemmeoppfølging** og **samhandling** ofte blir omtalt sammen. Dette er naturlig når samhandling på tvers av helsetjenesten ofte er en del av digital hjemmeoppfølging, og vice versa.

Innsiktsarbeidet viser at innføring av digital hjemmeoppfølging kan ses uavhengig av behov for større grad av informasjonsdeling mellom EPJ-systemer i helsetjenesten. Dette kan bidra til å redusere kompleksiteten med å intensivere implementering av DHO-forløp. Samtidig er det fortsatt viktig å løse behov for informasjonsdeling på tvers av helsetjenesten.

Oppfølging:
Helsepersonell yter helsehjelp

Samhandling:
Samarbeid mellom ulike aktører



A

Digital hjemmeoppfølging

En type oppfølging som tas i bruk i ulike pasientforløp.



«Oppfølging» handler om at helsepersonell yter helsehjelp til en pasient.

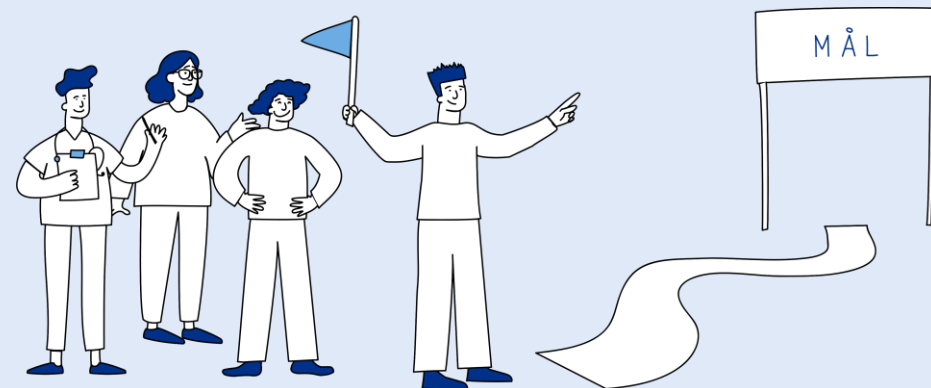
Både innad i spesialisthelsetjenesten, og i samarbeid med primærhelsetjenesten.

B

Samhandling på tvers i helsetjenesten

Ulike aktører i helsetjenesten som jobber sammen mot et felles mål.

F.eks. Bedre samhandling om utskrivningsklare pasienter.



Dette gjelder også forløp som ikke inkluderer digital hjemmeoppfølging.

11

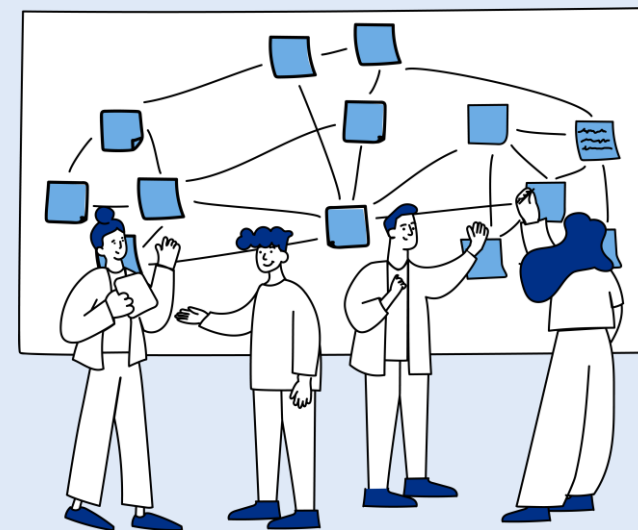
Nøkkelfunn 11:

Kartlegging før oppstart

Kartlegging handler om å skape et *fremtidig* pasientforløp med tverrfaglige perspektiver før implementering. En del av kartleggingen kan også handle om *dagens* pasientforløp og arbeidsprosesser for å forstå hvilke endringer som er nødvendige for å realisere forløp med digital hjemmeoppfølging.

Kartlegging kan bidra til å:

- Skape en felles forståelse av *fremtidig* pasientforløp og arbeidsprosesser.
- Forstå utfordringer og behov som digital hjemmeoppfølging skal løse.
- Involvere ulike brukergrupper og perspektiver
- Endre arbeidsprosesser, organisering, roller og prosedyrer.
- Vurdere behov for digitale funksjoner og informasjonsdeling.
- Vurdere hvilken digital støtte som er nødvendig i starten, og hvordan dette kan videreutvikles etter implementering (veikart).
- Lage opplæringsmateriell og gi opplæring.



Det er spesielt viktig at behov for digitale funksjoner og informasjonsdeling blir basert på forløp og prosesser som er fremtidsrettede for å bygge digitale løsninger som er bærekraftige over tid.

Generelt oppleves kartlegging som viktig selv om det kan ta ekstra tid i starten. I dag varierer det om kartlegging av pasientforløpene har vært gjennomført i de ulike initiativene

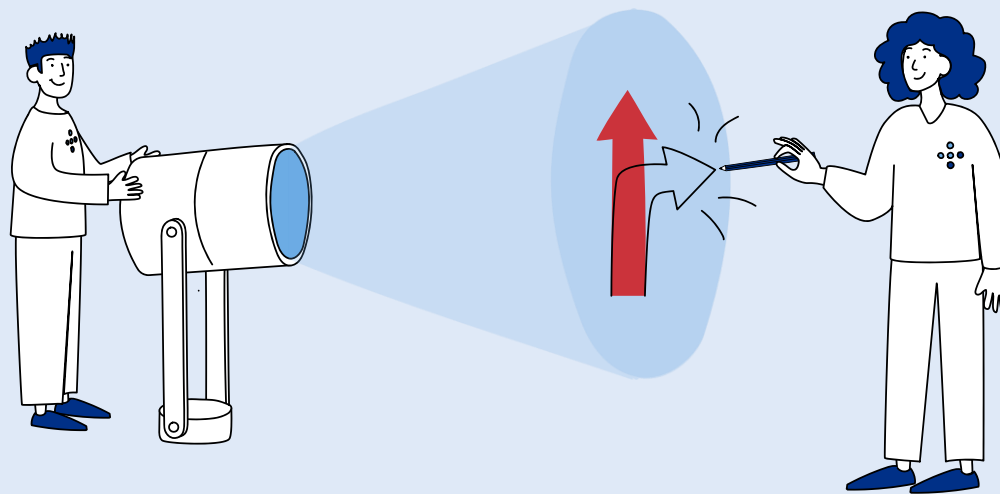
12

Nøkkelfunn 12: Endringsledelse

Implementering av digital hjemmeoppfølging er avhengig av endringsledelse på ulike nivåer innad i virksomheten, og på tvers av aktører i helsetjenesten.

Eksempelvis:

- Fremheve formålet med digital hjemmeoppfølging
- Etablere digital hjemmeoppfølging som en likestilt helsetjeneste.
- Skape tydelighet om prioriteringer slik at det er mulig å etablere digital hjemmeoppfølging i en travel helsetjeneste.
- Legge til rette for at fagmiljøene kan etablere digital hjemmeoppfølging.
- Sette retning for etablering av digital hjemmeoppfølging i utvalgte fagmiljøer.



Endringsledelse

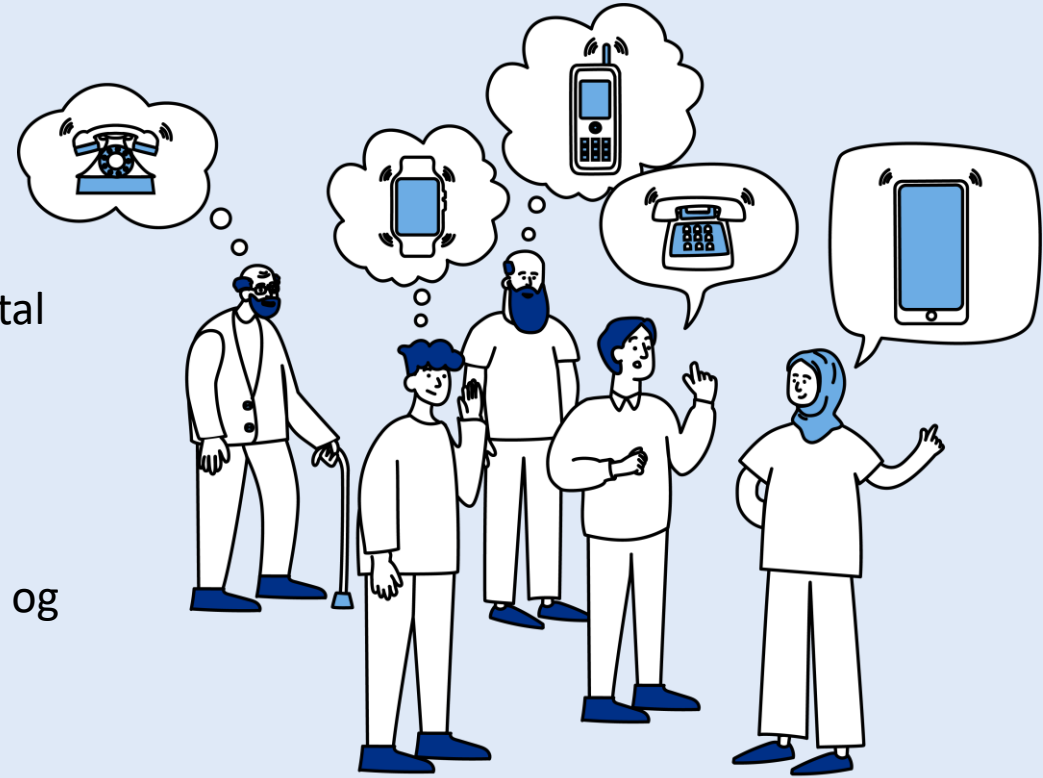
Endringsledelse er også viktig for å endre arbeidsprosesser, roller og organisering som følge av innføring av digital hjemmeoppfølging.

Det er viktig å kartlegge og vurdere hvordan innføring av digital hjemmeoppfølging vil påvirke arbeidsprosessene for helsepersonell, og deretter gjennomføre endring.

Dersom arbeidsprosessene ikke endres i takt med pasientforløpet kan det føre til merarbeid for helsepersonell, og manglende utbytte av digital hjemmeoppfølging.

Endring av arbeidsprosesser kan også påvirke behovet for digitale løsninger og informasjonsdeling.

God endringsledelse i ulike ledd er viktig for å skape mest mulig verdi av digital hjemmeoppfølging for både pasienter, helsepersonell og virksomheter.



Nøkkelfunn 13: Organisering og team

Det er ulike begreper og modeller for hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten organiserer seg for å understøtte felles pasientforløp. Samtidig bygger organiseringen på samme prinsipper. F.eks. God oppfølging av pasienten i hjemmet, godt samarbeid på tvers, og tydelige ansvarsforhold rundt felles pasienter. I Nord-Norge er det mange små kommuner, og derfor har det også vært fokus på å teste felles organisering som er robust for flere kommuner, og på tvers av helsetjenesten.

Responscenter er et kommunalt team som hjelper pasienter som har trygghetsalarmer eller lignende hjemme. Et felles responscenter kan også være et samarbeid mellom flere kommuner.

Pasientsentrerte helseteam (PSHT) er team som består av helsepersonell fra sykehus og kommune som samarbeider om pasientens behov for helsetjenester.

Felles innsatsteam består av helsepersonell fra PSHT og kommunal saksforvaltning, og samarbeider om utskrivningsklare pasienter.

Oppfølgingssenter er ett kommunalt team som følger opp pasienter med digital hjemmeoppfølging. Teamet utarbeider egenbehandlingsplaner, koordinerer aktører, veileder pasient, følger opp informasjon fra pasienten, og iverksetter tiltak ved behov. Et felles oppfølgingssenter kan også være et samarbeid mellom flere kommuner. I tillegg kan et interregionalt oppfølgingssenter også inkludere digital hjemmeoppfølging i regi av spesialisthelsetjenesten. Prosjektet DHO Nord er i gang med utprøving av et interkommunalt oppfølgingssenter "Helsehjelpa" i regi av Bodø kommune, og som involverer spesialisthelsetjenesten ved behov.

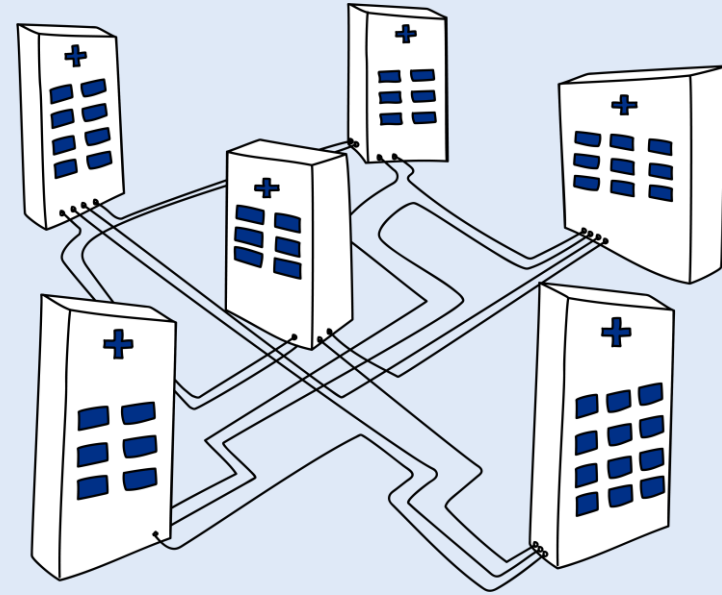
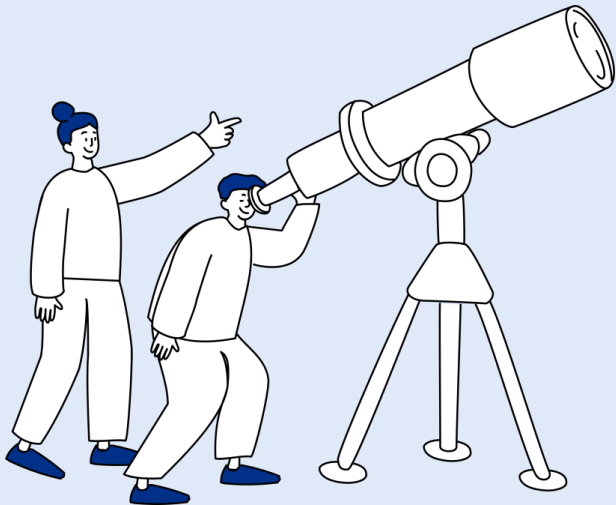
DHO-team jobber både strategisk og/eller operativt med digital hjemmeoppfølging internt i et helseforetak eller kommune. Teamet legger til rette, og bistår under etablering av digital hjemmeoppfølging. Det er ulike modeller for DHO-team hvor organisering og oppgaver varierer etter behovet til organisasjonen. Noen organisasjoner har kun en DHO-ansvarlig, mens andre har et DHO-team.

Noen av teamene jobber spesifikt med digital hjemmeoppfølging, mens andre jobber mer generelt om felles pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

14

Nøkkelfunn 14: Skalerbarhet

I Helse Nord er det varierende hvor langt helseforetakene har kommet med å etablere DHO-forløp, og det er behov for å kunne dele og gjenbruke pasientforløp på tvers av helseforetak i regionen og nasjonalt. Dette er viktig for at regionen skal være i stand til å sørge for at innbyggere i Nord-Norge får et likt behandlingstilbud uansett bosted.



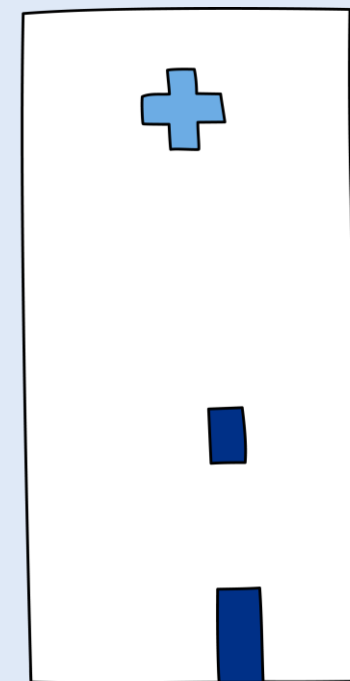
Det er også behov for å se nærmere på hvordan helsetjenesten i fellesskap skal håndtere digital hjemmeoppfølging i fremtiden når det er flere etablerte DHO-forløp som skal fungere sammen. F.eks. Pasient har flere diagnoser med digital hjemmeoppfølging, og det er høy grad av samhandling mellom mange aktører.

Skalerbarhet

I tillegg er det behov for at relevante digitale løsninger er tilgjengelige, og kan understøtte fremtidige behov i DHO-forløp på best mulig måte. Det innebærer også å ivareta behov for informasjonsdeling mellom ulike aktører, og se nærmere på hvordan data fra digital hjemmeoppfølging kan bidra til f.eks. forskning. Dersom fagmiljøer ikke får dekket sine behov for digitale verktøy i DHO-forløp kan dette hindre skalerbarhet og spredning.

Frem til nå har digital hjemmeoppfølging i stor grad vært noe som har vært initiert og etablert internt i ulike helseforetak. Innsiktsarbeidet peker på at etablering av digital hjemmeoppfølging ofte blir startet av engasjerte helsepersonell i ulike fagmiljøer. Det etterlyses mer støtte regionalt, og mer standardisering på tvers av forløp og helseforetak. Det oppleves at det er utydelig hvem som har hvilket ansvar på området digital hjemmeoppfølging.

Det kommer tydelig frem at fagmiljøene har behov for mer hjelp og støtte for å fremme mer og riktig etablering av digital hjemmeoppfølging.



Nøkkelfunn 15:

Helhetlig forvaltning

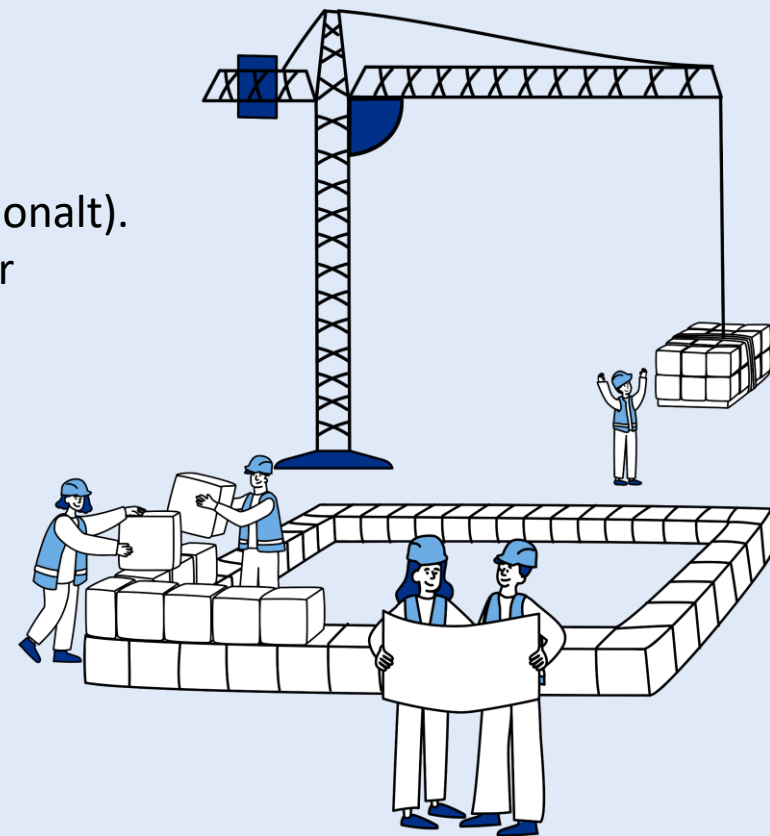
Innsiktsarbeidet har lært om behov for funksjonell, teknisk og merkantil forvaltning som tyder på et overordnet behov for *helhetlig forvaltning* av digital hjemmeoppfølging i Helse Nord:

"E det ingen å lene sæ på i sånne utviklingsprosesser?"

Leder av et DHO-prosjekt

Kartlagte forvaltningsbehov:

- Oversikt over pasientforløp med digital hjemmeoppfølging (også nasjonalt).
- Oversikt over hvilke digitale verktøy som er i bruk og kan tas i bruk for digital hjemmeoppfølging.
- Forvalte felles kravsett til leverandører for digital hjemmeoppfølging.
- Dialog med leverandører om utbedring av funksjonalitet og utvikling av integrasjoner.
- Forvalte ulike avtaler med leverandører.
- Etablere integrasjoner mellom relevante digitale løsninger.
- Kartleggingsbistand ved oppstart av digital hjemmeoppfølging.
- Fasilitere regionalt nettverk for digital hjemmeoppfølging.
- Feilhåndtering
- Beredskapsplaner



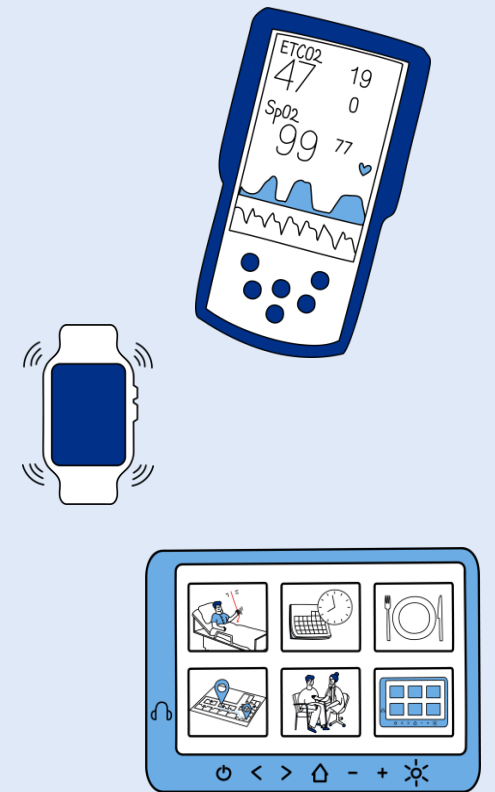
Forvaltning av digitalt utstyr

I digital hjemmeoppfølging har sykehuset behov for ulik type informasjon om helsetilstanden til pasienten for å yte god helsehjelp. Informasjonen kan være basert på pasientens opplevelser, eller målinger fra utstyr. Dette kan føre til behov for at pasienten låner utstyr med seg hjem. F.eks. bærbar blodtryksmåler, vekt eller insulinmåler. En pasient kan også ha behov for å låne nettbrett, men ofte har pasienten personlige enheter som kan benyttes til digital hjemmeoppfølging.

Utstyr kan overføre måledata automatisk fra utstyret til applikasjoner ved bruk av bluetooth. Det er også utstyr som ikke er koblet til applikasjoner, og hvor pasient manuelt registrerer målingene i et digitalt brukergrensesnitt. Det er viktig DHO-apper ikke gir begrensninger om hvilke typer utstyr som kan tas i bruk til digital hjemmeoppfølging.

På sykehusene er det samarbeid med interne enheter (f.eks. Medisinsk teknikk og behandlingshjelpemidler på UNN) om utstyr som pasienten låner med seg hjem.

Samtidig forvaltes utstyr ulikt innad og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og innsiktsarbeidet peker på behov for felles forvaltningsordning for utstyr som kan håndtere pasientforløp hvor ansvar for pasienten flyttes mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

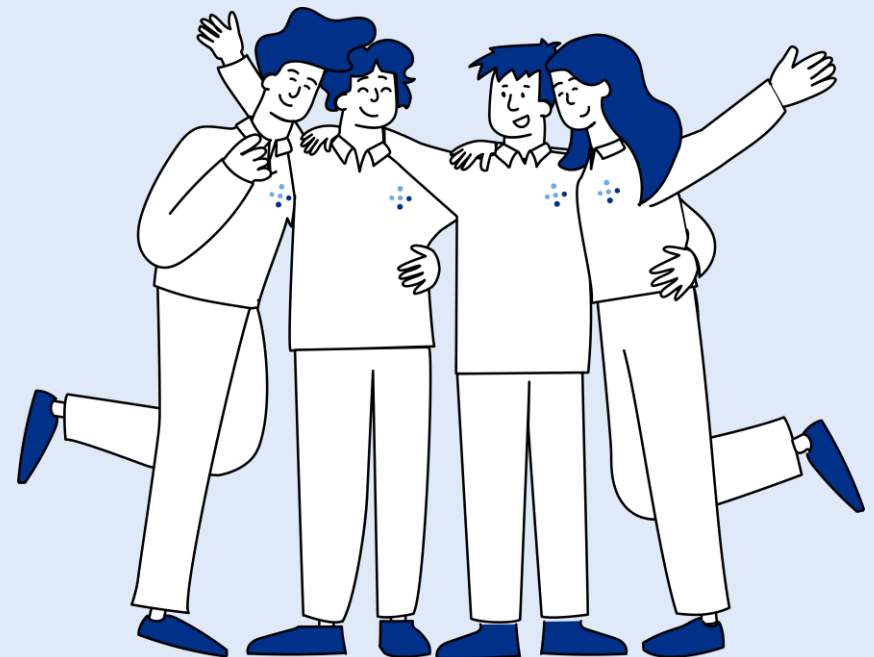


Regionalt nettverk

Flere initiativer i helseforetakene har vært i dialog med andre helseforetak for å lære og gjenbruke pasientforløp. Helseforetakene igangsetter digital hjemmeoppfølging på ulike måter, og noen kommer raskere i gang enn andre. Frem til nå har arbeidet i stor grad vært «klinikerdrevet» hvor engasjerte helsepersonell har sett muligheter ved bruk av digitale løsninger. Da er det spesielt viktig at det er enkelt å komme i gang med digital hjemmeoppfølging på riktig måte.

I regi av prosjektet har Helse Nord etablert et regionalt nettverk for digital hjemmeoppfølging. Det har vært gjennomført digitale møter og fysisk samling i Bodø med deltakelse fra UNN, NLSH, HSYK, FIN, HN IKT og HN RHF.

Tilbakemeldingene er at et slikt nettverk er til stor nytte for helseforetakene, og bør videreføres for å styrke samarbeid og deling på tvers i Helse Nord.



Anbefalinger



Anbefalinger

Basert på innsiktsarbeidet kan det pekes på noen anbefalinger for veien videre:



Etablere integrasjoner

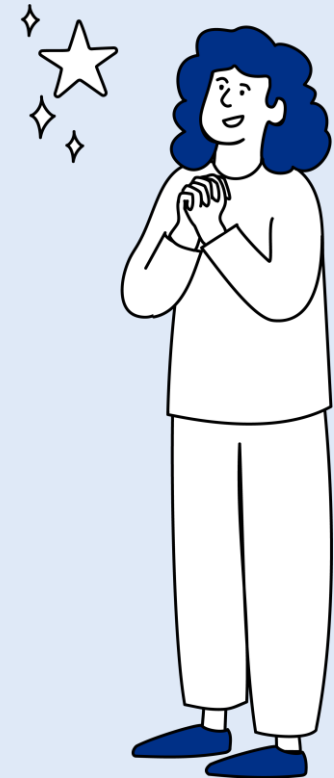
Kartlegge informasjons- og funksjonalitetsbehov

Etablere veiledning om bruk av digitale løsninger

Utrede behov og muligheter på Helsenorge

Videreutvikling og innføring av DHO PAS i DIPS Arena

Avklare roller og ansvar

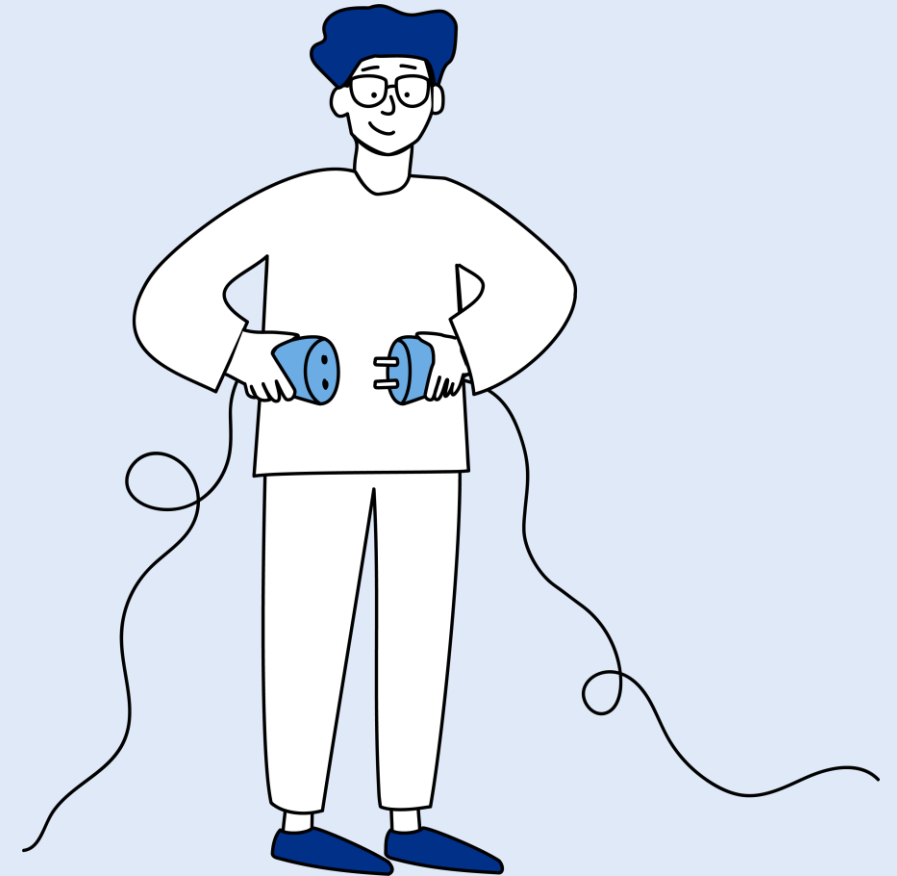


Etablere integrasjoner

Fremover er det spesielt viktig å komme i gang med å etablere nødvendige integrasjoner mellom relevante digitale løsninger innenfor digital hjemmeoppfølging. Helse Nord bør raskt sette i gang arbeidet for å unngå merarbeid for helsepersonell, og ivareta at journalpliktig informasjon blir dokumentert på riktig sted.

Etablering av integrasjoner bør være et regionalt samarbeid i Helse Nord, samt interregionalt samarbeid for gjenbruk på tvers av helseregioner. Generelt bør integrasjonsarbeidet være strukturert, og basert på god behovskartlegging. Regionen bør også prioritere behov for integrasjoner i fellesskap.

Spesielt bør Helse Nord igangsette et arbeid med å etablere integrasjon mellom Dignio og DIPS Arena.



Kartlegge informasjonsbehov

Innsiktsarbeidet har ikke kartlagt informasjonsbehov på detaljert nivå.

Det er viktig å fortsette kartleggingsarbeidet for å få kunnskap om hvilken informasjon ulike brukergrupper har behov for. Deretter vurdere hvordan funksjonalitet og integrasjoner kan understøtte behovene.

Dette kan gi grunnlag for å prioritere, og utføres som en del av utviklingsarbeidet.

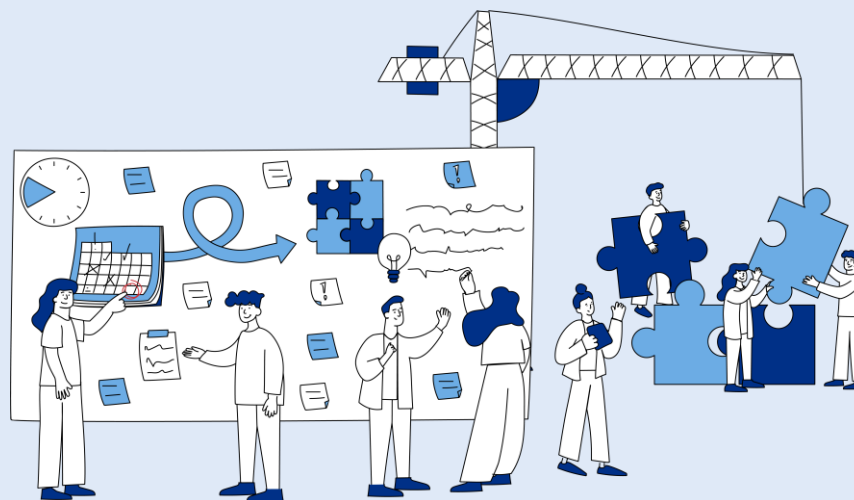
F.eks. Integrasjon mellom Dignio og DIPS Arena.

Kartlegging av informasjons- og funksjonalitetsbehov må ligge til grunn for integrasjonsarbeidet, og er en forutsetning for å lykkes med å etablere integrasjoner som gir verdi.

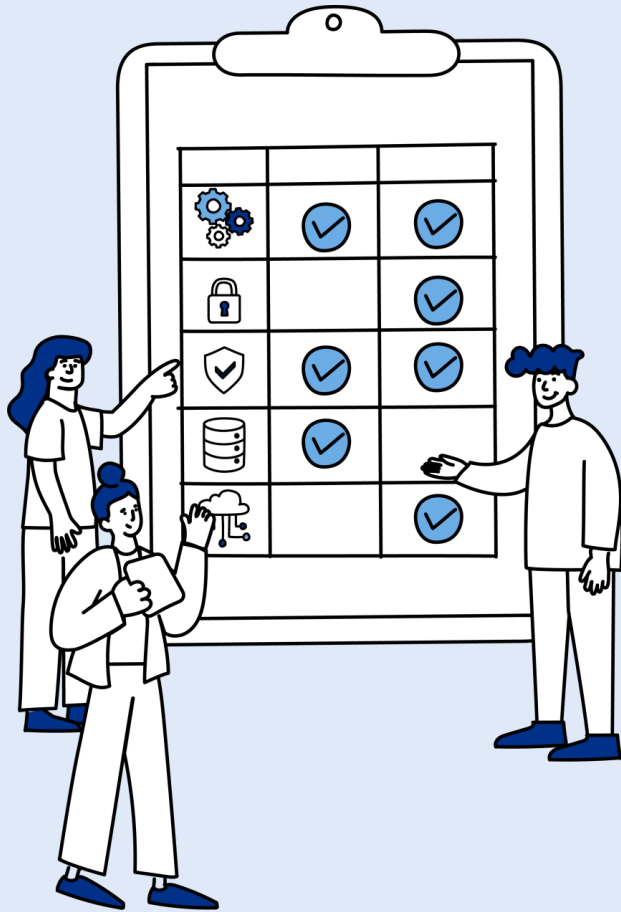
Det kan også være nyttig å detaljere ulike brukergrupper innenfor digital hjemmeoppfølging (f.eks. personas) som kan være utgangspunktet for kartlegging av informasjons- og funksjonalitetsbehov.

I dette arbeidet bør man også ta sikte på å dekke områder som ikke ble dekt i innsiktsarbeidet:

- Finmarksykehuset
- Primærhelsetjenesten



Etablere veiledning om bruk av digitale løsninger



I løpet av innsiktsarbeidet er det kartlagt at flere digitale løsninger er relevant for digital hjemmeoppfølging. Dette oppleves uoversiktlig, og spesielt for kliniske fagmiljøer som ønsker en bedre forståelse av hvilke digitale løsninger som kan tas i bruk til hva. Det kan være nyttig å etablere veiledninger som beskriver hvilke løsninger som kan brukes til ulike formål. F.eks. Når bør Dignio tas i bruk i stedet for Checkware?

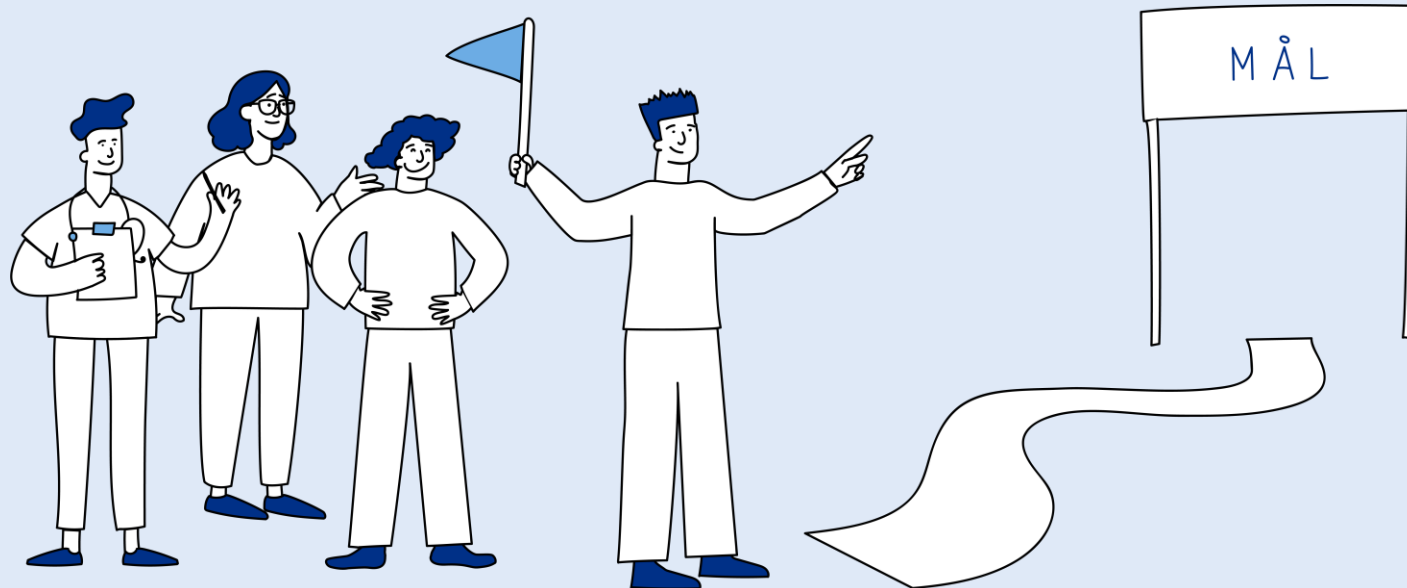
Dette kan også føre til mer bevisstgjøring som ivaretar at pasienter og helsepersonell ikke får digitale løsninger som har for mange funksjoner enn det faktisk er behov for.

I dette arbeidet bør også funksjonalitet i de ulike løsningene kartlegges nærmere for å få oversikt over mulig informasjons- og funksjonalitetsoverlapp. Spesielt løsningene Digno, DIPS Arena, Checkware, Kjernejournalportal og Helsenorge bør ses nærmere på.

Dette må også henge sammen med etablering av integrasjoner, og kan gi oss bedre mulighet til å utnytte potensiale som datagrunnlaget fra digital hjemmeoppfølging gir oss.

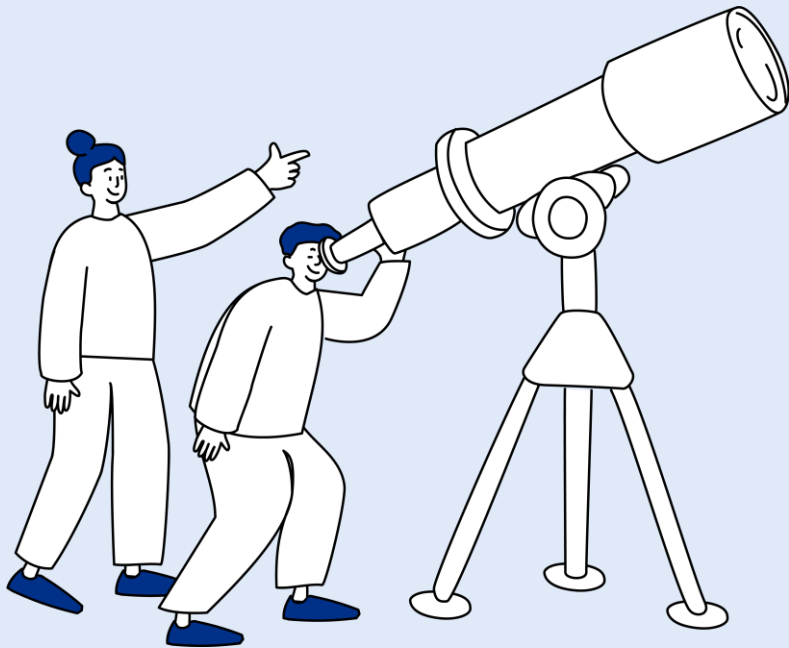
Videreutvikle DHO PAS i DIPS Arena

DHO PAS i DIPS Arena skal prøves ut på NLSH og UNN fremover. Det er viktig at utprøvingen blir dokumentert, og ivaretar regionale hensyn og behov. Utprøvingen vil tydeliggjøre regionens behov for videreutvikling slik at produktet kan ivareta skalering av digital hjemmeoppfølging. Innsiktsarbeidet har pekt på behov for å kunne administrere pasientforløp med digital hjemmeoppfølging, og kompleksiteten rundt koding/oppgjørsregistrering av slik oppfølgingsaktivitet. DHO PAS bør også så snart som mulig sørge for automatisk koding av løpende oppfølging innenfor digital hjemmeoppfølging. Videreutvikling og innføring av DHO PAS vil unngå merarbeid for helsepersonell, ivareta inntjeningsgrunnlaget til sykehusene, og legge til rette for skalering av digital hjemmeoppfølging i Helse Nord.



Utrede behov og muligheter på Helsenorge

Det bør utredes nærmere hvordan pasienter skal forholde seg til både DHO-apper og Helsenorge, og for noen pasienter kan det bli flere ulike apper å forholde seg til samtidig. Det er viktig å se nærmere på hvordan pasientopplevelsen skal være om noen år når helsetjenesten tilbyr mer digital hjemmeoppfølging. Flere pasientforløp vil inkludere digitale løsninger, og Helse Nord bør fokusere utviklingen i en felles retning i tråd med regionens behov.

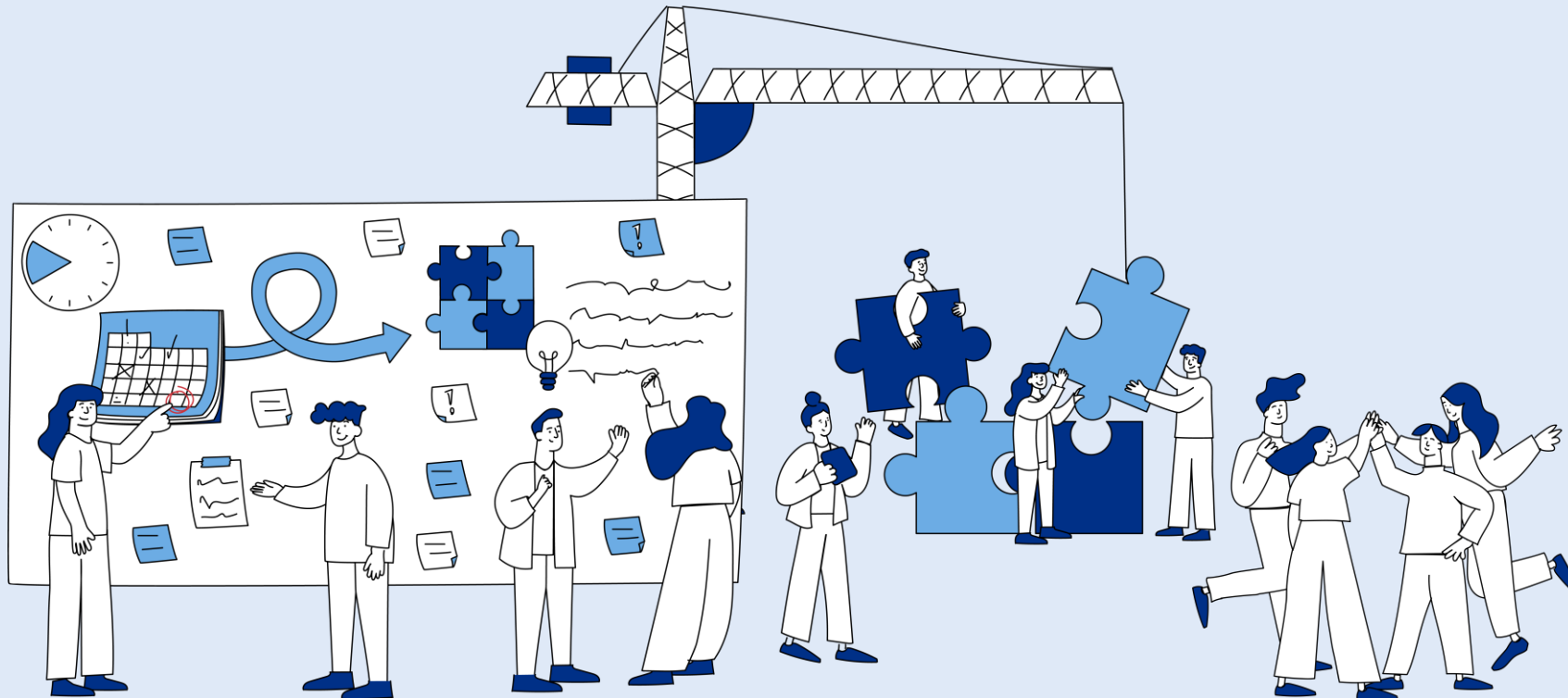


Det er flere spørsmål som bør utredes videre:

- Hvordan er pasientopplevelsen i fremtiden hvis pasient er en del av flere pasientforløp med ulike digitale løsninger?
- Hvilken informasjon skal være på Helsenorge? Og hvilken informasjon trenger ikke å være på Helsenorge?
- Hvordan skal Helsenorge forholde seg til DHO-apper?
- Hvordan kommer primærhelsetjenesten til å bruke Helsenorge fremover som kan ha betydning for spesialisthelsetjenesten?
- Innsyn i journal (f.eks. Ikke lenger bruker i DHO-app)

Avklare roller og ansvar

Innsiktsarbeidet peker på behov for å tydeliggjøre ansvar og roller for digital hjemmeoppfølging i Helse Nord. Eksempelvis vil det føre til at sykehusene kan få bedre hjelp av Helse Nord IKT. Det er også avdekt behov for funksjonell, teknisk og merkantil forvaltning, og Helse Nord bør se nærmere på hvordan behovene for forvaltning og samarbeid kan ivaretas på best mulig måte.



Vedlegg



- Funksjonell innsiktsrapport v1.0
- Vedlegg 1: Kartlegging av pasientforløp v.1.0

Tilbakemeldinger

Dokumentet og presentasjon er v1.0, og kan bli oppdatert i nyere versjoner.

Send gjerne tilbakemeldinger til:

Michelle Hokland

Tjenestedesigner

michelle.isabelle.hokland@hnikt.no

