

Erfaringsrapport - Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022-2024

Innholdsfortegnelse

1.	Sammendrag	3
1.1	Sentrale begrep i rapporten	5
2.	Bakgrunn og oppdrag for spredning av digital hjemmeoppfølging	6
2.1	Bakgrunn.....	6
2.2	Prosjektets oppdrag og mål	7
2.3	Om målgruppen og utfordringsbildet.....	8
2.4	Grunnlag for innhold i erfaringsrapporten.....	9
3.	Gjennomføring av prosjektet.....	9
3.1	Rammer for utprøvingen	9
3.2	Felles tjenesteutvikling som strategi	10
3.3	Kort beskrivelse av spredningsprosjekt og status	11
4.	Organisering av en bærekraftig tjeneste.....	13
4.1	Viktige momenter ved organisering av digital hjemmeoppfølging	13
4.2	Tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging.....	14
4.3	Modell for digital hjemmeoppfølging.....	15
4.4	Valg av målgrupper i spredning av digital hjemmeoppfølging	20
4.5	Inklusjonskriterier.....	21
4.6	Individuell oppfølging av pasienter	21
4.7	Kompetanse i oppfølging av pasienter	22
4.8	Utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan	23
5.	Erfaring med samhandling om digital hjemmeoppfølging	25
5.1	Samarbeid i helsefellesskapet.....	26
5.2	Digital hjemmeoppfølging i den kommunale helse og omsorgstjenesten	27
5.3	Fastlegens rolle i digital hjemmeoppfølging	28
5.4	Samarbeid mellom kommuner og sykehus	30
5.5	Involvering av brukere i utvikling av tjenesten.....	31
5.6	Brukervennlig teknologi og samarbeid med leverandører	32
5.7	Personvern og etiske vurderinger	33
5.8	Helhetlig tjenestemodell sikrer avklaring av roller og ansvar	33
6.	Måloppnåelse og gevinster av digital hjemmeoppfølging.....	34

6.1	Gevinstplaner og oppfølging av gevinster.....	34
6.2	Gevinster for brukere.....	36
6.3	Gevinster for helsepersonell.....	37
6.4	Effekter på bruk av helsetjenester	38
6.5	Måloppnåelse for spredning av digital hjemmeoppfølging	43
7.	Forskningsaktiviteter knyttet til spredningsprosjektet	44
8.	Barrierer og utfordringer	44
9.	Læringspunkter og anbefalinger ved implementering av digital hjemmeoppfølging ..	46
10.	Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging	48
11.	PDF av rapporten	50
12.	Vedlegg	50

1. Sammendrag

Helsedirektoratet har gjennomført prosjekt for spredning av digital hjemmeoppfølging i perioden september 2022 til ut 2024. Formålet har vært å etablere et tilbud om digital hjemmeoppfølging innen alle 19 helsefelleskap, der kommunale helsetjenester, fastleger og sykehus samarbeider om utvikling og etablering av digital hjemmeoppfølging innen helsetjenesten. Framskrivninger viser at Norge står foran store utfordringer med redusert tilgang på helsepersonell og forventet økning i antall med behov for helse- og omsorgstjenester¹. Mange kommuner kjenner på disse utfordringene allerede. Målet er derfor at digital hjemmeoppfølging skal bidra til bedre kvalitet i tjenesten for kronisk syke, økt mestring og selvstendighet og å bidra til bedre ressursutnyttelse i helsetjenesten.

Spredning av digital hjemmeoppfølging er basert på [nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging](#) som ble publisert i november 2022, og forskning og erfaringer fra utprøving av digital hjemmeoppfølging (2018-2021). Behovet for å ta i bruk teknologi i helsetjenesten for å møte bærekraftutfordringer er tidligere løftet i [Primærhelsemeldingen](#) og [Morgendagens omsorg](#). I [Nasjonal helse- og sykehusplan](#) understrekes det at helsetjenesten må ta i bruk teknologi for å flytte tjenester hjem til pasienten og samarbeide om helhetlig oppfølging av pasienter på tvers av nivå. De løftet også fram helsefelleskapene som et viktig samarbeidsorgan framover, et budskap som er blitt forsterket gjennom [Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#). Utfordringsbildet har blitt ytterligere tydeliggjort etter prosjektets oppstart, blant annet gjennom [Tid for handling](#), som fremhever nødvendigheten av å automatisere alle prosesser der menneskelig kontakt ikke tilfører ekstra verdi.

I alt 17 prosjekt som omfattet alle 19 helsefelleskap har deltatt i arbeidet med spredning av digital hjemmeoppfølging. Prosjektene har omfattet to eller flere kommuner i samarbeid med fastleger og sykehus innen det enkelte helsefelleskap. De har jobbet med felles tjenesteutvikling som strategi, og gjennom workshops og felles prosjekt lagt grunnlag for god samhandling. Prosjektene har fått prosessveiledning fra [InnoMed](#) i nært samarbeid med Helsedirektoratet. Det har vært lagt vekt på å skape felles arenaer for erfaringsdeling og støtte.

Prosjektene har utarbeidet lokale målsettinger og gevinstplaner. De har tatt utgangspunkt i lokale utfordringer og behov og sett på mulige synergier når de har planlagt den nye tjenesten. Noen har derfor organisert tjenesten i egen kommune, som en egen enhet, i hjemmetjenesten eller i legekantor, mens andre har tatt utgangspunkt i interkommunal legevakt, alarmsentral eller etablert et felles oppfølgingssenter for flere kommuner.

Målgruppen har vært som i utprøvingen, pasienter med kroniske sykdommer, med middels til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester, og også i spredningsprosjektet har det i stor grad vært pasienter med kols, hjerte-/karsykdommer og diabetes, samt kreft og psykiske lidelser som har vært inkludert. Noen prosjekter har også inkludert andre målgrupper.

Hele 92% av brukerne rapporterer at de enten er svært fornøyde eller fornøyde med den totale opplevelsen av digital hjemmeoppfølging i den nasjonale brukerundersøkelsen gjennomført i desember 2024. Resultatene viser økt trygghet, økt mestring og livskvalitet og høy tilfredshet med digital hjemmeoppfølging. Pasientene rapporterer at de får støtte til å

¹ [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#)

fange opp forverring tidlig og at de får hjelp når de trenger det. Digital hjemmeoppfølging gir økt forståelse for egen sykdom og hva de selv kan og bør gjøre. Resultatene er i tråd med forskningen knyttet til utprøvingen. De som oppgir at de har en egenbehandlingsplan scorer i gjennomsnitt bedre på alle områder.

Helsepersonell opplever at digital hjemmeoppfølging er positivt for pasientene, at det bidrar til effektiv ressursbruk og at det gir god beslutningsstøtte i oppfølging av pasienter. Mange fastleger opplever at de har fått et nytt verktøy til å følge opp pasienter på en effektiv måte. Prosjektet i Ullensaker kommune i samarbeid Ahus har gjort uttrekk av NPR- og KPR-data som viser tydelig reduksjon i akuttjenester og innleggelser i spesialisthelsetjeneste og en reduksjon av institusjonstjenester i kommunene. Flere av de nye prosjektene rapporterer redusert bruk av hjemmesykepleie, redusert besøk hos fastlege og færre innleggelser i sykehus for sine pasienter, men har foreløpig lavt volum. Det er behov for bedre systemer for å kunne følge gevinster på en enklere måte.

Prosjektet har bidratt til økt samarbeid i helsefellesskapene og bedret samarbeid mellom spesialist og primærhelsetjeneste. Der prosjektene har fått rekrutterings- og samhandlingsmidler fra helsefellesskapene har det både gitt legitimitet til arbeidet og økt gjennomføringskraft. Støtte fra statsforvalter er også viktig for å styrke prosjektene lokalt.

Det er fortsatt barrierer for å sikre at digital hjemmeoppfølging skal bli en effektiv tjeneste. Det er særlig finansiering, manglende mulighet for datadeling og integrasjon til journal som løftes som utfordringer. Anskaffelser er en utfordring, men noen har gjennomført felles anskaffelser innen helsefellesskapet, noe som kan lette samarbeid og gjøre det lettere å komme i gang for mindre kommuner.

De regionale prosjektene har rapportert at samhandling på tvers av helsesektoren er tidkrevende. De er samstemt om at grundig forankring for å sikre eierskap og at tiltakene faktisk møter lokale utfordringer er vesentlig. I løpet av prosjektperioden har det vært aktive pasienter i 18 av 19 helsefellesskap. Det har vært en økning i antall personer som følges opp med digital hjemmeoppfølging og antall kommuner som har aktive personer med tjenesten. Ved utgangen av 2024 hadde kommuner innen 16 av 19 helsefellesskap tilbud om digital hjemmeoppfølging. Ytterligere to helsefellesskap starter opp henholdsvis første og tredje kvartal 2025.

Digital hjemmeoppfølging er fortsatt i utvikling, både for å skalere og å rette tiltaket til nye grupper. Det ligger også et stort potensial i samordning mellom kommuner innen helsefellesskapene og i samhandling om felles pasienter på tvers av tjenestenivåene. Selv om flere kommuner/prosjekt er over i drift, er det behov for utvikling til nye grupper og støtte til de som er i oppstart. Det er fortsatt behov for koordinering og utvikling av beste praksis og mer lik oppfølging i hele landet.

Det er derfor behov for å videreføre digital hjemmeoppfølging som et prioritert område. Både i Helsedirektoratet og i helseteknologiordningen i samarbeid med KS. Arbeidet må ses i sammenheng med videre utvikling av digitale samhandlingsløsninger.

1.1 Sentrale begrep i rapporten

Begrep	Forklaring
Digital hjemmeoppfølging (DHO)	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. I spredningsprosjektet omfatter i hovedsak oppfølging basert på data fra pasienten (data fra sensorer og medisinsk teknisk utstyr og/eller pasientrapporterte data), kommunikasjon og dialog mellom pasient og behandlere (video/telefon samt asynkrone meldinger)
Velferdsteknologi	Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.
Tjenesteforløp	Et tjenesteforløp beskriver organisering og oppgaver knyttet til å yte helsetjenester til pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging.
Oppfølgingstjenesten	Den funksjonen som mottar og følger med på målinger og innrapporterte data fra bruker som mottar digital hjemmeoppfølging. Oppfølging av pasienter kan organiseres på mange ulike vis (hjemmetjeneste, legekontor, egen enhet, interkommunalt mv.)
Helsefellesskap	Det er etablert 19 helsefellesskap med utgangspunkt i geografiske opptaksområder for helseforetakene. Helsefellesskapene er ikke en juridisk enhet, men en arena for samhandling på ulike nivåer.
Gevinst	Gevinster er nyttevirksomheter, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.
DHO-løsning	Programvare og utstyr som benyttes for digital hjemmeoppfølging fra ulike leverandører. Det omfatter en brukerflate for pasienten som vises i pasientens nettbrett/mobilapp, og en brukerflate for helsepersonell hvor det er innebygget beslutningsstøtte.
Pasientens måledata	Skal sikre helsepersonell enkel tilgang til oppdatert informasjon om pasientens status og skape bedre informasjonsflyt på tvers av helsepersonell og ulike helsevirksomheter som samarbeider om en pasient.
Helhetlig tjenestemodell	En helhetlig tjenestemodell beskriver alle oppgaver og ansvarsroller som inngår når en kommune/samarbeidsstruktur skal etablere og drifte tilbud om digital hjemmeoppfølging. KS har utarbeidet et strukturert verktøy til hjelp for å utarbeide helhetlig tjenestemodell ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging.
Egenbehandlingsplan	Plan over pasientens mål og tiltak for oppfølging av egen helse.

2. Bakgrunn og oppdrag for spredning av digital hjemmeoppfølging

Helsedirektoratet fikk oppdrag om å gjennomføre spredning av digital hjemmeoppfølging i tildelingsbrev for 2022, som en del av videreføring av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. Prosjektet bygger på nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging og forskning og erfaring fra utprøvningsprosjekt som de faglige rådene er basert på. Når det i rapporten snakkes om spredning, er det spredning av digital hjemmeoppfølging som arbeidsform til hele landet, samtidig som det jobbes med skalering og videre utvikling av tjenesten.

2.1 Bakgrunn

Første utprøving av digital hjemmeoppfølging ble gjennomført fra 2015-2018 med fire utprøvningskommuner. Formålet var å komme med nasjonal anbefaling om skalering og spredning. Det ble raskt klart at det var behov for mer kunnskap. Helsedirektoratet gjennomførte derfor en utredning etter oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) der ulike alternativer og veivalg ble vurdert. Det ble anbefalt å gjennomføre en ny utprøving med et bredere nedslagsfelt i 2018-2021. For å sikre god kunnskap ble Universitetet i Oslo sammen med Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin valgt til å evaluere utprøvingen. Det var viktig å ha en kontrollgruppe, for å få best mulig vurdering av effekt, derfor ble det valgt å gjennomføres utprøvingen som en randomisert, kontrollert studie (RCT-studie). Samtidig var digital hjemmeoppfølging i en oppstartsfase, og det ville være behov for å kunne gjøre tilpasninger underveis, slik at det skulle bli en mest mulig effektiv tjeneste. Evaluering ble derfor gjennomført som en pragmatisk randomisert kontrollert studie (RCT) da det er en gunstig forskningsrigg for å teste intervensjoner under realistiske forhold.

Forskningen og erfaring fra utprøving av digital hjemmeoppfølging er viktig grunnlag for at det ble besluttet å gjennomføre spredning av digital hjemmeoppfølging. Forskning fra utprøvingen viser at digital hjemmeoppfølging har signifikante effekter for pasienter på opplevelse av trygghet og mestring av eget liv, helserelatert livskvalitet og at det bidrar til å stabilisere helsen. Det gir økt kunnskap om egen helse og verktøy til å fange opp og håndtere forverring på et tidlig tidspunkt. Den samfunnsøkonomiske analysen konkluderte med at den prissatte og ikke-prissatte nytten ved digital hjemmeoppfølging trolig er god ressursbruk så lenge kostnadene holdes nede og tjenesten tilbys de som har størst behov. Det ble i tillegg anbefalt videre satsing fra alle prosjektene som hadde deltatt i utprøvingen på bakgrunn av deres erfaringer.

Lenke til forskningsrapporten og rapport fra den nasjonale utprøvingen ligger her:

- [Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging, sluttrapport fra utprøving 2018-2021 UiO m.fl. 2022](#)
- [Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021 - Helsedirektoratet](#)

Spredning av digital hjemmeoppfølging bygger på [nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging](#). Disse er utarbeidet på bakgrunn av forskning og erfaring fra utprøvingen samt annen relevant forskning på digitalt hjemmeoppfølging. De beskriver hvordan digital hjemmeoppfølging kan etableres og organiseres, med lenke til relevante verktøy, og hvilket kunnskapsgrunnlag det enkelte råd bygger på:

1. Kommunale helse- og omsorgstjenester bør tilrettelegge for digital hjemmeoppfølging.
2. Før oppstart av digital hjemmeoppfølging bør det søkes samarbeid i helsefellesskapet.
3. Personer med kroniske lidelser med middels til høy risiko for forverring av helsetilstand bør tilbys digital hjemmeoppfølging som en individuelt tilpasset tjeneste.

Oslo Economics, som gjennomførte følgeevaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging sammen med Universitet i Oslo og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2018-2021/22), har publisert to artikler i internasjonale tidsskrift på bakgrunn av følgeevalueringen. Artiklene beskriver ulike erfaringer og resultater av utprøvingen som beskrevet i innledningen av kapittelet:

- [Experiences with telemedicine-based follow-up of chronic conditions: the views of patients and health personnel enrolled in a pragmatic randomized controlled trial | BMC Health Services Research | Full Text](#)
- [Pragmatic randomized controlled trial comparing a complex telemedicine-based intervention with usual care in patients with chronic conditions | The European Journal of Health Economics](https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-023-01664-w)<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-023-01664-w>

2.2 Prosjektets oppdrag og mål

Helsedirektoratet har gjennomført et prosjekt for spredning av digital hjemmeoppfølging i perioden 2022 til 2024. Prosjektet var en del av videreføring av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (2022-2024) og oppdrag om videreføring er forankret i Tildelingsbrev for 2022.

Det **overordnede samfunnsmålet** for Nasjonalt Velferdsteknologiprogram 2022-2024 har også vært styrende for spredning av digital hjemmeoppfølging:

Velferdsteknologi skal bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Det overordnede samfunnsmålet består av flere underliggende samfunns mål som satsingen på velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging skal bidra til, og dannet grunnlag for prosjektets **hovedmål**:

At digital hjemmeoppfølging tas i bruk som en ordinær del av helse- og omsorgstjenestens oppfølging av den enkelte pasient, både internt i den enkelte kommune, og i samhandling mellom nivåene/aktørene for å bidra til god helse og en bærekraftig tjeneste.

Effektmål

Effektmål for spredning av digital hjemmeoppfølging er:

- Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys til kronisk syke
- Økt mestring og selvstendighet for brukere
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer

Med bedre tjenestetilbud med økt kvalitet menes at pasientens sikres medvirkning i eget behandlingsopplegg og opplevelse av måloppnåelse, helhet og sammenheng, for å bidra til innsikt, trygghet og mestring av eget liv og helse. Det innebærer at pasienter får individuelt tilpasset oppfølging ut fra sine behov, og støtte og verktøy til å ivareta egen helse.

Med bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivå og sektorer menes at helsepersonell kan følge opp flere pasienter på en hensiktsmessig måte, og at tiltak gjennomføres og koordineres slik at behov for helsetjenester samlet sett kan reduseres som følge av mer effektiv oppfølging. Formålet er å frigjøre omsorgskapasitet og bidra til bærekraftige tjenester, samtidig som man sikrer at pasienter får individuelt tilpasset hjelp når de trenger det.

Resultatmål

På bakgrunn av utprøvingen av digital hjemmeoppfølging ble det anbefalt å samarbeide innen helsefellesskapene, selv om disse fortsatt var under etablering flere steder. Til tross for dette, valgte Helsedirektoratet å ta initiativ til å starte digital hjemmeoppfølging innenfor alle helsefellesskapene for å skape aktivitet i hele landet, og følgende **resultatmål** ble formulert:

Det er etablert tilbud om digital hjemmeoppfølging i et samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i alle 19 helsefellesskap innen utgangen av 2024.

Med resultatmålet menes at det skal være etablert et tilbud om DHO i alle helsefellesskap, der minst to eller flere kommuner i samarbeid med spesialisthelsetjenesten har etablert digital hjemmeoppfølging innen det enkelte helsefellesskap, og at det er en ambisjon at disse kan være drivkraft for videre utbredelse i det enkelte helsefellesskap.

2.3 Om målgruppen og utfordringsbildet

Målgruppen har vært pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus, økt behov for helse- og omsorgstjenester, betydelig behov for koordinering på tvers av sektor eller der man forventer ønsket nytte knyttet til mestring, pasientopplevelse og ressursbruk.

Dette er pasienter med høyt forbruk av helse og omsorgstjenester, og består i stor grad av pasienter med ikke-smittsomme kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjertesykdommer, psykiske lidelser og kreft. Målgruppen har ofte flere diagnoser, sammensatte og store behov, og har behov for oppfølging av sin sykdom fra fastlege, sykehus eller helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Mange har behov for oppfølging av flere aktører. Dette krever samhandling over tid for å bidra til helhetlige pasientforløp og stimulere til at pasienter tar aktiv del i egen oppfølging.

Dette er samme målgruppe som for utprøving av digital hjemmeoppfølging, og som i stor grad ligger til grunn for de nasjonale faglige rådene. Bakgrunn for valg av målgruppe er at det er høyere kostnader forbundet med helsetjenester og oppfølging til pasienter med stort behov for tjenester.

Forskerne som fulgte utprøvingen (2018-2021) anbefalte at man rettet tiltaket til de som har størst nytte av tiltaket. Dette har blitt vektlagt overfor deltakende prosjekt. Antakelsen er at ved å fokusere på denne målgruppen vil de som deltar raskere kunne se effekter av arbeidet.

2.4 Grunnlag for innhold i erfaringsrapporten

Rapporten bygger på erfaringer fra gjennomføring av det nasjonale spredningsprosjektet, sluttrapporter fra deltakende prosjekt, innspill i samlinger og rapportering underveis, samt innspill fra forskere, prosessveiledere og andre aktører i sektor.

KS har vært en viktig samarbeidspartner i gjennomføringen av prosjektet. Flere brukerorganisasjoner har gitt innspill til spredningsprosjektet i ulike faser. Dette gjelder blant annet Kreftforeningen, LHL, Diabetesforbundet, Mental Helse og Pårørendealliansen. I tillegg har Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen holdt appell på samling for prosjektene.

Sluttrapporter fra de lokale prosjektene er vedlagt denne rapporten. Det samme er en oppsummering fra Nasjonalt senter for e-helseforskning som har fulgt prosjektet.

3. Gjennomføring av prosjektet

Gjennomføring av spredningsprosjektet i digital hjemmeoppfølging bygger på virkemidler og erfaringer fra gjennomføring av utprøving av digital hjemmeoppfølging. Det er stilt krav til samarbeid innen det enkelte helsefellesskap, at to eller flere kommuner deltar, samt at felles tjenesteutvikling skal skje i et samarbeid mellom kommune, fastleger og sykehus. Prosessveiledning og felles milepælsplan, samt virkemidler for erfaringsdeling og tett oppfølging har vært sentrale suksesskriterier i arbeidet. Det enkelte prosjekt har tatt utgangspunkt i felles utfordringer og behov, hvilke gevinster de forventer av tiltaket og hvilke mulige synergier de har hatt å bygge på i etablering av tjenesten. I gjennomføringen har Helsedirektoratet samarbeidet og koordinert arbeidet med KS.

3.1 Rammer for utprøvingen

Det var en klar anbefaling i sluttrapporten etter utprøving av digital hjemmeoppfølging at spredningen måtte forankres i det enkelte helsefellesskap. Dette var også i tråd med føringer fra [Nasjonal helse- og sykehusplan](#) (2020-2023) som oppfordret til samhandling i helsefellesskap.

For å bidra til spredning ble det stilt krav om at søknader måtte omfatte to eller flere kommuner, og være behandlet/forankret i deltakende kommuner, helseforetak og i relevante samarbeidsfora, herunder regionale kommunale digitaliseringsnettverk i fylket. Kommunale helse- og omsorgstjenester med fastleger i samme kommune og spesialisthelsetjenesten måtte forplikte seg til å delta. Hensikten med dette var å sikre at arbeidet var forankret i de ordinære og naturlige samarbeidsfora.

Utprøving av digital hjemmeoppfølging hadde i stor grad omfattet større kommuner, mens det nå var ønskelig å få med kommuner av ulik størrelse over hele landet. I tillegg til at arbeidet skulle bygge på nasjonale faglige råd, forskning og erfaringer fra utprøving av digital hjemmeoppfølging, ble det viktig at nye prosjekt skulle tilrettelegges lokalt ut fra lokale synergier, for å sikre en mest mulig effektiv og tilpasset tjeneste. Det var forventning om at spredning av digital hjemmeoppfølging skulle bidra til å utvikle og implementere varige strukturer. Det burde derfor planlegges etablert som en del av det ordinære helse- og omsorgstjenestetilbudet, eventuelt at det er i prosess og at det var planer for dette.

3.2 Felles tjenesteutvikling som strategi

Det har vært krav til deltakelse fra alle aktører, både fastleger og helsepersonell fra kommuner og sykehus, i oppstart og utvikling av en ny måte å jobbe og samarbeide på. Felles workshops har vært viktig for å skape en felles arena lokalt og bli kjent med hverandres roller og ansvar.

Det har vært lagt særlig vekt på innsiktsarbeid og å avklare behov og sikre forankring hos deltakende kommuner og aktører. Hva er utfordringsbildet hos oss? Hva er forventet nytte av digital hjemmeoppfølging? Prosjektene har jobbet med å bli enige om mål og målgruppe sammen, og jobbet sammen om design og organisering av tjenesten, og utarbeidet gevinstplan for gevinstoppfølging. Tjenesteutviklingen har vært basert på stegvis utvikling basert på test, erfaring, evaluering og justering.

Helsedirektoratet utarbeidet en milepælsplan for å bidra til felles retning på arbeidet med digital hjemmeoppfølging. Denne bygger på [Veikart for tjenesteinnovasjon](#), og erfaringer fra utprøvningsprosjektene. Milepælene for prosjektet var å *avklare behov, utforme tjenesteforløp og utarbeide helhetlig tjenestemodell* (Figur 1).

Milepæl 1 Avklare behov	Milepæl 2 Utforme tjenesteforløp	Milepæl 3 Helhetlig tjenestemodell
- Forankring - Kartlegg interessenter og lag forankringsplan - Risikovurdering - Innsikt - Avdekke faktiske behov og årsaker til problemer gjennom: a. Statistikk/tall fra interessenter b. Gjennomføre intervjuer/være i dialog med interessenter - Felles mål: Hva er problemet og hva ønsker vi å oppnå? - Velge målgruppe - Hva er forventet nytte? - For pasienter - For helsetjenesten - Lag en gevinstplan - beskriv forventede gevinster	- Beskriv dagens tjenestereise for valgte målgruppe - Utarbeid ny tjenestereise: - Bygg på erfaring fra utprøvningsprosjektene - Hvilke mulige synergier og alternativer har dere? - Hvordan organisere oppfølging av pasienter? - Diskuter forslag med ansatte hos alle aktører. Test løsningsforslag. - Definer rutiner og ansvar – bruke andres erfaring og tilpass - Må dere anskaffe relevant utstyr og teknologi? - Hvem kan dere samarbeide med i Helsefellesskapet? - Start pilotering av tjenesten	- Utarbeid en helhetlig tjenestemodell med tydelig rolle og ansvarsfordeling, inkl. konkrete oppgavebeskrivelser - Se eksempel fra utprøvningsprosjektene. Hva må tilpasses lokalt? - Sørg for at nødvendige og pålagte oppgaver i forbindelse med personvern og informasjonssikkerhet er ivarettatt

Figur 1: Milepæler i prosjektet

Støtte og oppfølging til deltakende prosjekt

I spredning av digital hjemmeoppfølging har det vært viktig å bygge på den metodikken som ble benyttet i utprøvningsprosjektene, og som prosjektlederne opplevde som nyttig. Det har vært avgjørende å sikre gjensidig støtte og erfaringsutveksling for de lokale prosjektene, for å bidra til felles utvikling og at de har kunnet bruke hverandre i utviklingsarbeidet.

De viktigste tiltakene har vært:

- **Nettverk for erfaringsdeling:** Prosjektledermøter (fire ganger per år) og fellessamlinger (to ganger per år) med flere deltakere fra hvert prosjekt. Møtene har vært både digitale og fysiske.
- **Tilbud om prosessveiledning** i samarbeid med InnoMed, med støtte til lokale workshops.

- **Fast rapportering** med felles mal, inkludert rapporteringsmøter fire ganger per år, hvorav to med prosjekteier
- **Utarbeidelse av verktøy** som [Kvikkguide til digital hjemmeoppfølging](#), [Pasientens egenbehandlingsplan – en rask innføring](#) og [Digital hjemmeoppfølging - Kartlegging og tildeling av tjenester](#).
- **Digitale temamøter** med ulike fagtema innen digital hjemmeoppfølging
- **Tilgang til felles teamsområde**, der dokumenter og rapporter, tjenesteforløp, prosedyrer og presentasjoner mv. ble delt.
- **Produksjon av introduksjonsfilm** om digital hjemmeoppfølging og hva det innebærer i spredningsprosjektet.
- **Emnekurs for fastleger og helsepersonell** i kommuner og spesialisthelsetjeneste med fokus på samhandling om digital hjemmeoppfølging.
- **Helhetlig tjenestemodell** i tråd med KS metodebeskrivelse.
- I tillegg har prosjektledelsen i Helsedirektoratet har vært tilgjengelig for avklaringer, støtte og deltakelse i lokale møter og workshops

Helsedirektoratet gjennomførte i august 2024 en kartlegging over hvilke tiltak prosjektlederne hadde benyttet og hvor nyttig de ulike tiltakene ble opplevd. Prosjektlederne løftet fram prosjektledersamlinger, fellessamlinger og temamøter som svært viktig. Videre var prosessveiledning, kontakt og avklaringer med Helsedirektoratet, rapporteringsmøter med prosjekteier og at Helsedirektoratet deltok i lokale møter og workshops ansett som svært viktig.

Prosessveiledning fra InnoMed

Helsedirektoratet søkte InnoMed om prosessveiledning for alle prosjektene som inngikk i spredning av digital hjemmeoppfølging, og fikk innvilget dette både for 2023 og 2024. InnoMed eies av de regionale helseforetakene (RHF'ene) og kommunenes sentralforbund (KS) i fellesskap. De jobber med tjenesteinnovasjon i samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten, og har lang erfaring i veiledning av denne type prosjekt. InnoMed har gjennomført workshops og gitt veiledning ut fra det enkelte prosjekt sitt behov. De har også bidratt med felles prosessveiledning i samlinger og temamøter i nært samarbeid med Helsedirektoratet, med utgangspunkt i milepælene og utfordringene til det enkelte prosjekt. De har jobbet særlig med gevinstoppfølging og forbedring av skjema for gevinstrealisering, samt å bidra til å utarbeide tjenestepriksmodeller for samarbeidsprosjekt som skal over i drift.

Prosessveiledningen har vært svært nyttig og er scoret høyt av prosjektene på hva som er viktig for å lykkes med arbeidet. Det har vært et godt og konstruktivt samarbeid mellom InnoMed og Helsedirektoratet gjennom hele perioden.

3.3 Kort beskrivelse av spredningsprosjekt og status

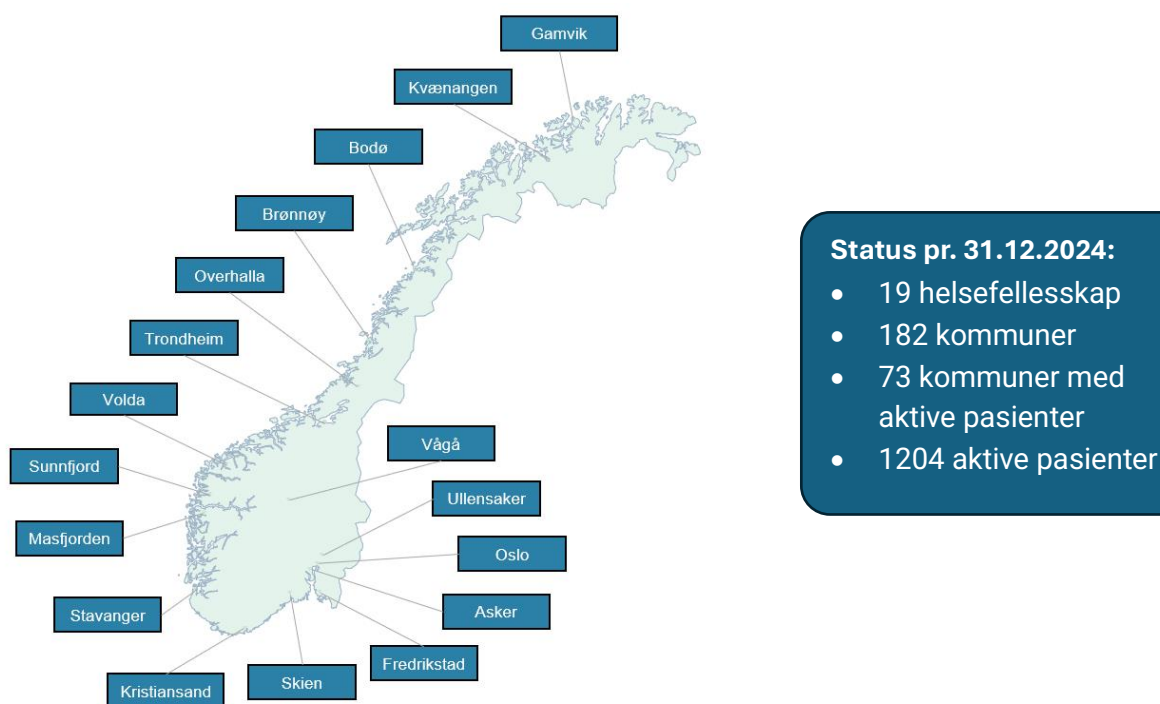
Tilskudd til prosjekter til spredning av digital hjemmeoppfølging ble lyst ut i april 2022, med avklaring av deltakelse juni og felles oppstartsamling i september 2022. Alle helsefellesskap

var representert, med unntak av helsefellesskapene i Helgeland og Finnmark. Det ble derfor utlyst en ny runde i 2023 der kun kommuner fra disse helsefellesskapene kunne søke, og det medførte at Helgeland og Finnmark først kom med i prosjektet fra henholdsvis mars og oktober 2023.

Én kommune har søkt på vegne av det lokale samarbeidsprosjektet og stått som eier lokalt og vært ansvarlig for gjennomføring. Prosjektene har mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet gjennom Nasjonalt Velferdsteknologiprogram og helseteknologiordningen.

Alle 19 helsefellesskap er representert gjennom 17 samarbeidsprosjekt som har deltatt i spredning av digital hjemmeoppfølging. Oversikten under viser den kommunen som er prosjekteier innen de ulike helsefellesskapene (Figur 2). To prosjekt representerer to helsefellesskap hver, henholdsvis Vestfold og Telemark og Førde og Fonna. Det er variasjon i hvor mange kommuner som har deltatt i de ulike prosjekt, fra to kommuner i Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag til alle kommuner i helsefellesskapet i prosjektene i Sør-Rogaland, Østfold og Helgeland. Noen av kommunene har hatt en observatørstatus med plan for å koble seg på etter hvert. Alle prosjektene har hatt samarbeid med sitt lokale helseforetak.

Det inngår totalt 182 kommuner i spredningsprosjektene. 73 av kommunene hadde pasienter som ble fulgt med digital hjemmeoppfølging pr. 31.12.24 med til sammen 1204 aktive pasienter. Det er viktig å merke seg at prosjektene er i oppstartfasen. Potensialet for pasienter som kan dra nytte av denne type oppfølging er langt høyere.



Figur 2: Oversikt over kommunene som er prosjekteiere i spredningsprosjektet

Prosjektene som deltok i utprøving av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018-2021 har vært viktige for å dele erfaring, og støtte nye prosjekt til å komme i gang. I tillegg til å dele sine erfaringer i prosjektledermøter, fellessamlinger og temamøter, har de deltatt på lokale workshops og møter. Gjennom dette har de gitt drøyt hjelp og inspirasjon i de nye prosjektene. Å bli kjent med hverandre gjennom nettverksmøter har lagt et viktig grunnlag for denne

erfaringsdelingen. Prosjektene har også delt fortløpende arbeid med organisering, rutiner og prosedyrer, slik at man har kunnet bygge på hverandres arbeid.

Spredningsprosjektet har omfattet mange kommuner og mange mindre kommuner med store avstander. Dette har gitt nye utfordringer. Å jobbe med forankring og etablere en god organisering i et stort område er krevende. Her har mange av prosjektene gjort en svært god jobb. Innlandet løste dette med å dele inn i regioner med egne prosjektledere, eiere og styringsgrupper. Denne modellen ble delt med flere. Lokalt eierskap både regionalt og i den enkelte kommune er viktig for å sikre at digital hjemmeoppfølging faktisk møter de behovene man ser lokalt, og blir en del av en målrettet satsing innen den enkelte kommune. Også koblingen og samarbeidet med helsefelleskapene har utviklet seg og blitt svært viktig for felles retning og samarbeidsstrukturer. Arbeidet er videreført innen alle helsefelleskap (unntatt ett), og 18 prosjekt har fått støtte i helseteknologiordningen for 2025.

4. Organisering av en bærekraftig tjeneste

Prosjektene i digital hjemmeoppfølging har tatt utgangspunkt i lokale forhold og strukturer og hva de mener kan gi lokale synergier når de har vurdert hvordan tjenesten best organiseres lokalt. I tillegg har de bygget på erfaring og anbefaling fra utprøvningsprosjektene.

Utgangspunkt for spredningsprosjektet er at digital hjemmeoppfølging bør organiseres som et dagtilbud på hverdager, og at det ikke er en akutt tjeneste med døgntilbud. Dette var erfaringen etter utprøving av digital hjemmeoppfølging, og er fortsatt erfaringen etter gjennomført spredningsprosjekt. Det stiller krav til at pasientene er egnet for oppfølging i en slik tjeneste som beskrevet i tidligere kapittel, og at det gis god informasjon til pasient og pårørende hva dette betyr.

Når man tar i bruk nye måter å yte tjenester til innbyggerne på er det viktig å sikre forankring på ledernivå, å skape forståelse for hvorfor det skal gjøres endringer og involvere ansatte i alle trinn av prosessen. For å få effekt av nye arbeidsmåter må gamle arbeidsformer endres, og man må bygge ny kompetanse og skape trygghet for hvordan teknologien fungerer og hva den kan bidra til.

4.1 Viktige momenter ved organisering av digital hjemmeoppfølging

Kommuner og sykehus som inngår i prosjektene har selv vurdert hvordan de ønsker å organisere etablering og drift av digital hjemmeoppfølging og oppfølging av pasienter i sitt område. Kommuner, regioner og helseforetak har ulike behov, muligheter og forutsetninger for etablering og drift av digital hjemmeoppfølging. Det anbefales å diskutere dette i helsefelleskapet og komme til en felles plan for prosessen for de kommuner og helseforetak som inngår i samarbeidet, med utgangspunkt i ønsker, muligheter og mulige synergier. Tjenesten kan organiseres internt i egen kommune, i samarbeid med flere kommuner og eventuelt med helseforetaket.

[Kvikk-guide til digital hjemmeoppfølging](#) ble utarbeidet på bakgrunn av erfaringer i utprøving av digital hjemmeoppfølging og har vært nyttig for mange spredningsprosjektene. Her

beskrives de ulike stegene og fasene i etablering og drift av digital hjemmeoppfølging, med lenke til ulike eksempler.

I planlegging av spredningsprosjektet ble det utarbeidet en felles milepælsplan som nevnt i kapittel 3.2. Her er det lagt særlig vekt på å sikre forankring og at man har vurdert hva som er utfordringsbildet, behov og mål og sikret involvering hos alle aktører i milepæl 1 før man går i gang med å planlegge tjenesteforløp og etalering av den nye tjenesten i milepæl 2.

Viktig momenter prosjektene har drøftet, omfatter blant annet:

- Behov, målsetting og målgrupper:
 - Hva er utfordringsbildet sett fra fastlegen, kommunehelsetjenesten og sykehuset?
 - Hva ønsker man å oppnå med digital hjemmeoppfølging?
 - Hvem rettes tjenesten til? Har noen erfaringer med DHO for nevnte målgruppe(r) i prosjektet /andre helseforetak/kommuner?
 - Hvilken kompetanse må man ha?
 - Hvilken gevinst/nytte forventes ved å ta i bruk DHO for de aktuelle målgruppene?
- Lokale forhold, eksisterende strukturer og tjenester
 - Hvordan er dette prosjektet forankret? Hva må eventuelt avklares?
 - Hvilke eksisterende ressurser, tjenester og strukturer kan man bygge på? For eksempel legevakt, responstjeneste, andre velferdsteknologiske løsninger, erfaring med digital hjemmeoppfølging, kommunale legekantor med sykepleierbemanning?
- Fordeling av oppgaver, roller og ansvar
 - Hvilke oppgaver skal ligge hos oppfølgingstjenesten?
 - Hvilke andre tjenesteområder eller aktører har en rolle i oppfølging av pasienter, hvem bør man samhandle med og på hvilken måte?
 - Hvordan organisere oppgavedeling ved interkommunal oppfølgingstjeneste?
- Tilgang på utstyr og erfaring med anskaffelse?
 - Har deltakerne tilgang til utstyr/rammeavtaler?
 - Har prosjektet kompetanse/erfaring knyttet til anskaffelse, bruk og forvaltning av medisinsk utstyr?
 - Er dette noe partene kan/bør samarbeid om ved oppstart?

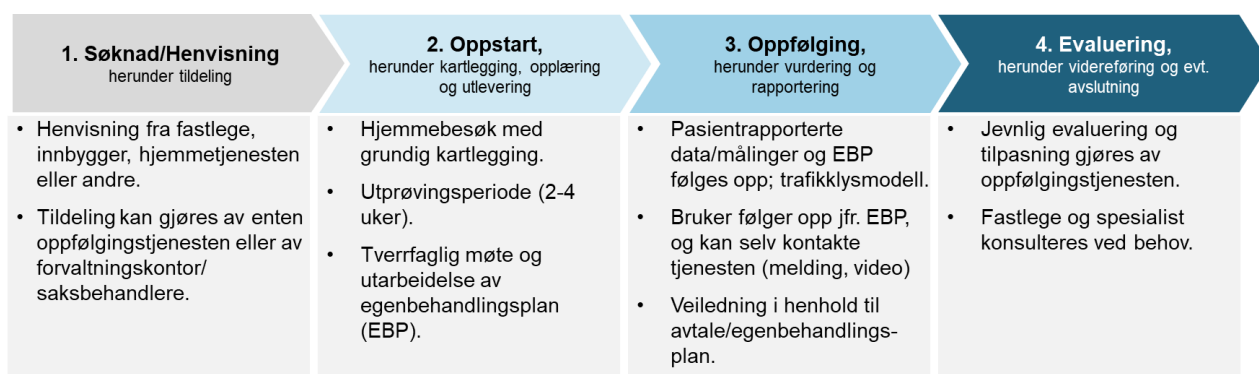
4.2 Tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging

Tjenesteforløp for oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging er lagt opp relativt likt for alle prosjekt og vanlige målgrupper. I hovedsak er dette som ved tildeling av andre helsetjenester (Figur 3).

1. **Søknad/henvisning:** Henvisning kan komme fra fastlege, hjemmesykepleien, sykehuset, innbygger selv eller andre. Vurdering av behov og egnethet og tildeling/vedtak gjøres via tildelingskontor, oppfølgingstjenesten eller den virksomhet som har ansvar for å følge opp tjenesten, for eksempel hjemmetjenesten.
2. **Oppstart:** Ved oppstart gjennomføres et hjemmebesøk med grundig kartlegging og opplæring før man gjennomfører en utprøvningsperiode på 2-4 uker, der pasienten gjør aktuelle målinger og svarer på spørsmål relatert til symptombilde hver dag. Utkast til

egenbehandlingsplan utarbeides på bakgrunn av pasientens mål og normalsituasjon i prøveperioden. Denne forankres med fastlege og pasient i tverrfaglig møte eller etter avtale

3. **Oppfølging:** Pasient følges opp som beskrevet i egenbehandlingsplanen, gjennomfører aktuelle målinger og/eller svarer på spørsmål, følger opp evt. tiltak og kan selv kontakte tjenesten. Pasientrapporterte data/målinger følges opp av helsepersonell i tråd med egenbehandlingsplan etter trafikklysmode, der grønn indikerer at alt er i orden, gul en begynnende forverring og rød er akutt forverring. Pasienten tilbys veiledning etter avtalt frekvens
4. **Evaluering:** Oppfølgingstjenesten må sikre jevnlig evaluering og tilpassing, og konsultere fastlege eller spesialist ved behov for å sikre en faglig forsvarlig tjeneste. Tiltaket avsluttes dersom pasienten ikke lenger har nytte av tiltaket eller er for dårlig.



Figur 3: Hovedelementer i tjenesteforløp

Prosjektene har utarbeidet rutiner og prosedyrer for alle deler av forløpene. Oslo har også publisert sin [Håndbok i digital hjemmeoppfølging](#) på nett i tillegg ligger den som vedlegg i deres sluttrapport.

4.3 Modell for digital hjemmeoppfølging

Prosjektene har valgt ulike modeller når de har organisert digital hjemmeoppfølging. De har tatt utgangspunkt i lokale forhold, valg av målgrupper og mulige synergier, og hva som er vurdert at kan bidra til en bærekraftig tjeneste lokalt.

Hovedskillet i modellene er om pasienter følges opp i egen kommune eller på vegne av flere kommuner. De fleste har startet med oppfølging fra ulike enheter i egen kommune, mens flere har etablert oppfølging på vegne av flere kommuner når volum har økt.

For å sikre faglig forsvarlig oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer er det en tydelig tilbakemelding fra prosjektene på at det bør være sykepleier som har ansvaret for oppfølgingstjenesten, evt. i samarbeid med annet helsepersonell (fysioterapeut, ergoterapeut mv). Prosjektet i Ullensaker har anslått at en sykepleier i hel stilling kan følge opp ca. 80 pasienter. Dette kan variere ut fra hvordan oppgaver og roller er fordelt, og med ulike målgrupper og hvor tett oppfølging disse krever.

Helsedirektoratet har anbefalt en stegvis utvikling, der man starter opp i liten skala, evaluerer og justerer etter hvert. For mange kommuner vil det være å organisere dette i en del av eksisterende tjeneste, i avgrenset omfang mens man bygger opp volum.

Oppfølging i egen kommune

Fordeler ved å etablere dette som en del av eksisterende tjenester i egen kommune, eller som en egen enhet, er at man har oversikt og god kjennskap til kommunen, utfordringsbilde og hvilke tjenester og muligheter som finnes. Det kan være lettere å samarbeide med de ulike tjenestene internt i kommunen. Ulempen kan være at det kan bli sårbart dersom det er få som følger opp og om det er lavt volum kan det ta tid før man er trygg og opplever å ha nødvendig kompetanse. Drammen i Vestre Viken-prosjektet har gjort en vurdering av fordeler og ulemper, og gjennomførte en utredning av aktuelle måter å følge opp pasienter på i egen kommune før de landet på sin modell.

Eksempel på oppfølging i egen kommune:

1. Oppfølging fra kommunalt legekontor med fast ansatte sykepleiere og leger, for eksempel Overhalla og Seljord.
2. Oppfølgingsenhet i egen kommune, samlokalisert med legevakt, som egen enhet eller i hjemmetjenesten, for eksempel Bodø, Larvik, bydeler i Oslo, Lebesby, Masfjorden, Vinje, Drammen, Asker, Nordreisa, Kvæningen, Kåfjord og Storfjord.

For å sikre bærekraftige tjenester vil oppfølging i egen kommune for mange mindre kommuner derfor være som del av et annet ansvar og fordelt på to eller flere sykepleiere, eller som et ansvar for vakthavende sykepleier i hjemmetjenesten, for å sikre tilstrekkelig robusthet ved sykdom og ferieavvikling. Flere av prosjektene som har startet med oppfølging i egen kommune vurderer nå om og evt. hvordan oppfølgningstjenesten kan etableres for flere kommuner. Dette gjelder blant annet Nord-Gudbrandsdalen og Nord-Troms.

Oppfølging på vegne av flere kommuner

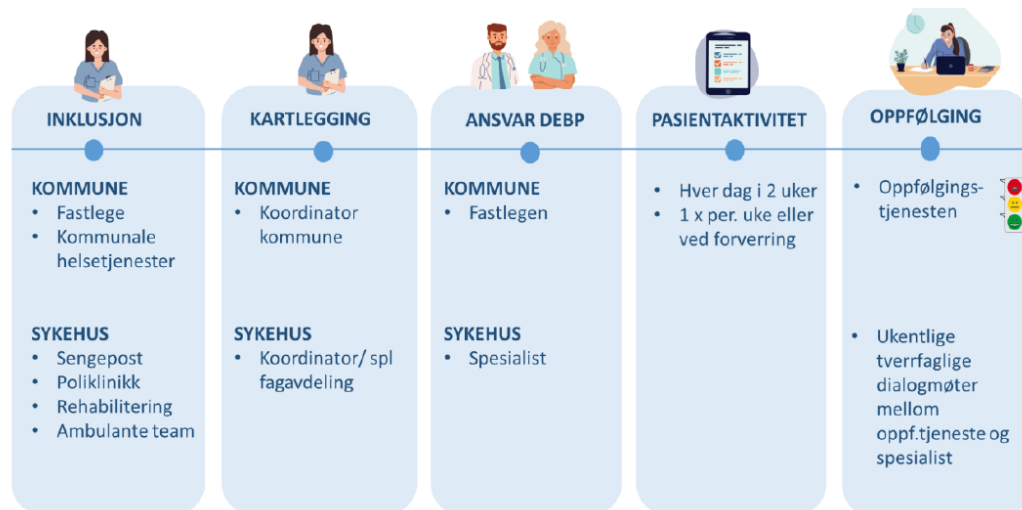
Samarbeid om oppfølgningstjeneste bidrar til økt volum, bedre ressursutnyttelse og å sikre økt kompetanse i oppfølgingen ved at de som følger opp får/har mer erfaring. Det kan også bidra til en mer robust tjeneste, og mulighet for å samarbeide om spesifikke fagressurser på tvers av kommuner, eks kreftsykepleier, demenskoordinator, psykiatrisk sykepleier, lungesykepleier eller andre spesialiteter. Det krever god forankring i deltakende kommuner - i alle ledernivå og praktiske avklaringer av roller og ansvar.

Det kan være en ulempe dersom man ikke har tilstrekkelig eierskap i samarbeidende kommuner, slik at de ikke opplever at dette blir en del av kommunenes helsetilbud og ser at det gir gevinster. Det stiller også krav til definerte ressurser lokalt og enighet om informasjonsstruktur for å ivareta pasientsikkerhet i samarbeid med den enkelte kommune.

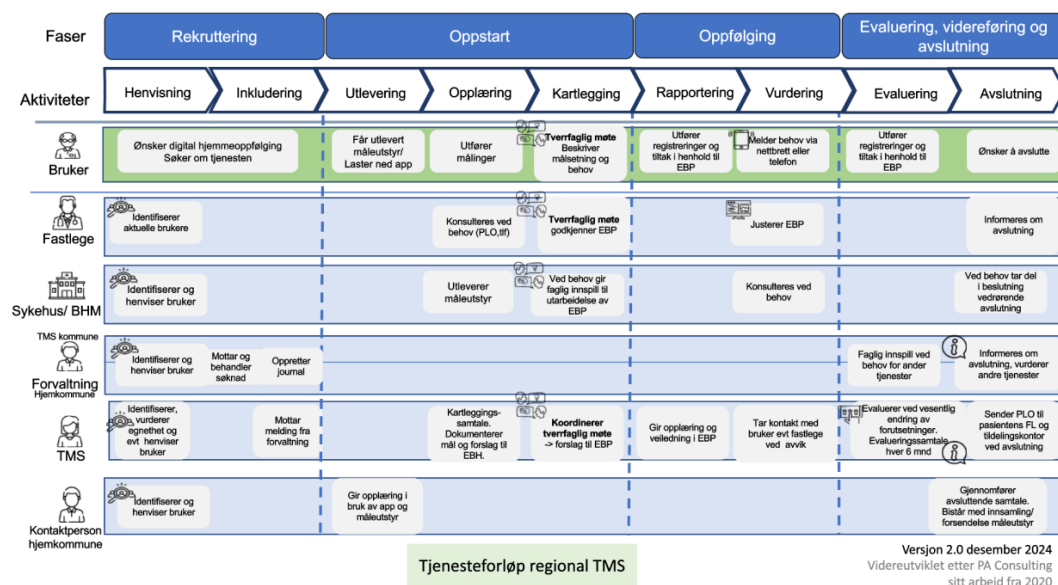
Noen har bygget opp egne enheter slik som Agder, Ullensaker og Bodø, men andre har bygd på eksisterende strukturer. Skien har lagt oppfølgningstjenesten til sin alarmsentral, som betjener trygghetsalarmer og velferdsteknologi, men med egne dedikerte sykepleierressurser. I Nord-Gudbrandsdal arbeider de med å utrede en felles oppfølging i tilknytning til responscenteret/legevakta på lokalmedisinsk senter på Otta. Dette er politisk vedtatt, og de har fått skjønnsmidler fra Statsforvalteren til å utvikle felles responscenter for regional oppfølging av digital hjemmeoppfølging.

Eksempel på oppfølging på vegne av flere kommuner:

1. Oppfølgingssenter i én kommune som driftes for flere kommuner, for eksempel Ullensaker (Figur 4), Fredrikstad, Arendal (Figur 5) og Skien.
2. Oppfølging fra interkommunal legevakt for flere kommuner, for eksempel Volda og Nord-Gudbrandsdal.



Figur 4: Tjenesteforløp fra Ullensaker



Figur 5: Tjenesteforløp Agder

Oppfølging i samarbeid med sykehuset

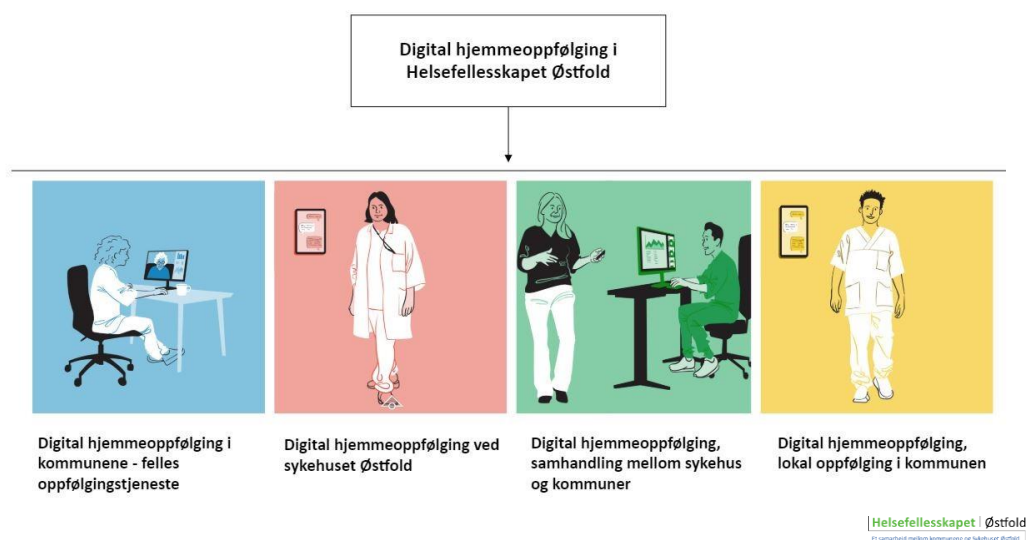
En del kommuner har etablert et tett samarbeid med sykehuset om felles pasienter, og flere er i gang med å vurdere eller planlegge dette. Det har i første rekke vært pasienter med kols og hjertesvikt, men utvides nå til flere grupper. Denne oppfølgingen er gjerne i samarbeid med at det er et felles interkommunalt oppfølgingssenter som nevnt i avsnittet over. Et effektivt og godt samarbeid med sykehuset fordrer at kommuner i helsefellesskapet samordner seg rundt kommunikasjonen inn mot fagavdelingene ved sykehusene.

Eksempel på oppfølging i samarbeid med sykehuset:

1. Tett samarbeid i form av henvisninger og evt. at spesialister på sykehus utarbeider egenbehandlingsplan som forankres med fastlege og legges til grunn for videre oppfølging i kommunen. Ullensaker har i tillegg faste møter der pasienter i rød sone diskuteres og sikres rask oppfølging evt. i poliklinikk for å håndtere forverring på tidlig tidspunkt.
2. Felles tjenesteforløp, der pasienten kan følges opp i samarbeid etter avtalt roller og ansvar, for eksempel Fredrikstad, Helgeland og Nordlandssykehuset/Bodø.

Oppfølging organisert med ulike kombinasjoner

Digital hjemmeoppfølging kan også organiseres med ulike kombinasjoner, som vist i eksempelet fra prosjektet i Østfold under (Figur 6). Agder er organisert på samme måte, med mulighet for felles oppfølging eller internt i egen kommune.



Figur 6: Organisering av digital hjemmeoppfølging i Helsefelleskap Østfold

Viktige forutsetninger ved samarbeid om oppfølgingstjeneste

Erfaringene fra prosjektet viser til flere fordeler med å samles om en felles oppfølgingstjeneste. Fordelene er blant annet knyttet til kostnadsbesparelser, kompetanse i oppfølgingstjenesten, håndtering av personellressurser, sykdom og ferieavvikling. Det gir mulighet for kommunene til å samles om ett kontaktpunkt inn mot fagavdelingene på sykehuset, noe som kan bidra til å legge til rette for enklere samarbeid mellom kommuner og sykehus. Prosjektet i Ullensaker er et godt eksempel. De har gjennomført ukentlige tverrfaglige dialogmøter hvor man diskuterer utfordringer hos pasienter som kommunen og spesialisthelsetjenesten har felles behandlingsansvar for. Samarbeid med spesialist avlastet fastlegene og sikrer pasientene økt helsekompetanse. Samarbeid fremmer en bærekraftig tjeneste og bidrar til mer likeverdige helsetjenester i tråd med [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027](#).

Denne organiseringen fordrer imidlertid en samarbeidsmodell med delt dataansvar og det krever en koordinering og styring av samarbeidet. Arbeidet må forankres godt i samarbeidende kommuner slik at de tar eierskap og integrerer digital hjemmeoppfølging som sitt ordinære tilbud. Videre fordrer det at én part er eier og drifter oppfølgingstjenesten, noe som kan innebære en økonomisk risiko. Noen av prosjektene har derfor jobbet med en tjenesteprismodell som bidrar til å fordele kostnader på en forutsigbar måte for de som inngår i samarbeidet.

Tjenesteprismodell

I samarbeid med InnoMed, har prosjektet i Ullensaker utarbeidet en tjenesteprismodell. Ved overgang fra prosjekt til drift var det behov for å få på plass en tjenesteprismodell for samarbeidet om felles oppfølgingstjeneste for digital hjemmeoppfølging for de 10 kommunene som inngår i samarbeidet. Modellen skal bidra til enkel forvaltning av drift, rettferdig og forutsigbar pris for deltakerkommunene, samt reduksjon av risiko for Ullensaker som er vertskommunen for oppfølging av digital hjemmeoppfølging. Dette arbeidet ble presentert i Nasjonalt senter for e-helseforskning sitt webinar "[Hvordan prise tjenester i offentlig-offentlig samarbeid?](#)" 4.april 2025. Detaljert beskrivelse av tjenesteprismodellen fremgår i deres sluttrapport. De jobber også med en mer langsiktig tjenesteprismodell som skal fremme incentiver for økt inklusjon og utvikling av tjenesten.

Agder har etablert en driftsmodell med samarbeidsavtaler som er vedlagt deres sluttrapport. De har også etablert en tjenesteprismodell som er tilpasset deres organisering, med både felles oppfølgingssenter i Arendal og mulighet for oppfølging i egen kommune, samt med logistikk-løsning for utstyr fra Sørlandet sykehus.

Oppfølging i samarbeidskommuner

Hvordan oppgavene er fordelt mellom oppfølgingstjenesten og samarbeidende kommuner kan variere. Under er eksempel på koordinator i Nordre-Follo sine oppgaver i samarbeid med Ullensaker. Samarbeidskommunene har minimum 20% stilling for koordinator, men noen har også flere eller høyere prosent. Det avhenger av volum for antall pasienter som følges opp.

Oppgaver for koordinator i Nordre-Follo:

- Ta imot henvendelser på kandidater og vurdere at kriteriene er oppfylgt
- Dialog med fastleger og andre kommunale aktører
- Hjemmebesøk: Kartlegge, opplæring i apper, opplæring i utstyr
- Dialog med oppfølgingstjenesten
- Dokumentasjon i Geric
- Rapportere på gevinster og effekter

4.4 Valg av målgrupper i spredning av digital hjemmeoppfølging

Målgruppen for digital hjemmeoppfølging har vært kronisk syke med medium til høy risiko for reinnleggelse, eller økt behov for helsetjenester, på samme måte som det har vært i utprøvingen (se kapittel 2.3). Mange av de deltakende prosjekt har tatt utgangspunkt i pasienter med kols, hjertesvikt eller diabetes etter å ha diskutert utfordringsbildet lokalt. I samarbeid med sykehus har det vært nødvendig å enes om en felles målgruppe for å samarbeide med en konkret avdeling, eksempel kols og hjertesvikt, slik de har gjort i Ullensaker, Sunnfjord og Fredrikstad. Mange av pasientene som har vært inkludert har også flere andre diagnoser. For primærhelsetjenesten har det i større grad ofte vært basert på pasientens behov. Prosjekt som har startet med én diagnosegruppe, har i flere tilfeller utvidet til at det er behov for helsetjenester som er utgangspunkt for å vurdere om digital hjemmeoppfølging er egnet for den aktuelle pasient. Dette har også gjort det enklere å rekruttere pasienter i kommunen, slik blant annet Oslo har erfart.

Flere av de som har opparbeidet volum og holdt på en stund, inkluderer nye målgrupper og tar i bruk digital hjemmeoppfølging for flere tilstander. Ernæringsproblematikk, kreft og psykisk helse er det vanligste, samt personer med sammensatte plager og stort behov for oppfølging.

I Bodø har man i tillegg hatt en utprøving av digital hjemmeoppfølging overfor personer med nedsatt funksjonsevne og store helseplager i bolig. Sykepleiere i Helsehjelpa har gitt sykepleiefaglig støtte og veiledning til personalet i boligene for å sikre faglig forsvarlig helseoppfølging av målgruppen, med basis i kartlegging og utarbeidet tverrfaglige egenbehandlingsplaner.

Ved utredning av lokale behov har noen prosjekt har valgt andre målgrupper. Stavanger har valgt å satse på Friskliv, som også er prøvd i Sogndal, mens Randaberg har rettet tilbudet til pårørende til hjemmeboende med demensdiagnoser.

Prosjektet i Asker har testet digital hjemmeoppfølging på ulike diagnoser, for eksempel ADHD og demens. De opplevde at pasienter med disse diagnosene ikke hadde nytte av tiltaket. Én bydel i Oslo avsluttet satsing på digital hjemmeoppfølging i frisklivssenter på grunn av vurderinger knyttet til kost-nytte.

4.5 Inklusjonskriterier

I sluttrapporten fra utprøvningsprosjektene ble det anbefalt diagnoseuavhengige vurderingskriterier for inklusjon. Det ble presisert at det må gjøres individuelle vurderinger av den enkelte, og at det kan være situasjoner der pårørende ønsker å ivareta oppfølgingen og dette er hensiktsmessig for familien eller for å ivareta den pårørende. I spredningsprosjektet har i hovedsak de samme inklusjonskriteriene som ble presentert i sluttrapport fra utprøvningsprosjektet blitt benyttet, med noen lokale justeringer:

Vurderingskriterier for å tilby digital hjemmeoppfølging:

- Pasienten må ha et sykdomsbilde som er mulig å observere/følge opp på avstand
- Pasienten må være motivert
- Det må være forsvarlig og ønskelig å følge pasienten med digital hjemmeoppfølging
- Det må være forventet nytte av tiltaket for pasienten
- Det bør være forventet effekt på tjenesteforbruk
- Pasienten må være samtykkekompetent og evne å følge en plan, evt i samarbeid med pårørende
- Pasienten kan benytte enkel teknologi evt. med opplæring/testperiode

Nord-Troms har utarbeidet en kombinasjon av inklusjonskriterier og sjekkliste, der man også krysser av for forventet nytteeffekt ved inklusjon (se vedlagt sluttrapport).

I noen tilfeller der det er nært samarbeid med en spesifikk sykehusavdeling har man utarbeidet tilleggskriterier rettet til alvorlighetsgrad av diagnose (for eksempel Ullensaker kols og hjertesvikt).

Sikkerhet i løsningen innebærer som regel at det stilles krav om Bank ID, og det må avklares om pasienten har eller kan skaffe dette. For å redusere digitalt utenforskap der pasientene ikke har råd til eget utstyr eller ikke har Bank ID, bør man ha mulighet for å låne ut nettbrett og evt. alternativ pålogging med tilstrekkelig sikkerhet. Flere av prosjektene har tilrettelagt for dette. Det må også avklares om pasienten har nettverk eller mobildekning der vedkommende bor.

4.6 Individuell oppfølging av pasienter

Utgangspunktet for oppfølging av den enkelte pasient er at det er vurdert at vedkommende har nytte av digital hjemmeoppfølging, og at den oppfølging som tilbys er forsvarlig og i tråd med faglige retningslinjer der dette foreligger.

For at tiltaket skal oppleves nyttig må oppfølgingen bidra til at pasienten:

- får støtte til innsikt i hva som påvirker egen sykdom, hva han/hun selv kan gjøre for å holde seg frisk
- fanger opp og håndterer en forverring tidlig
- tar mer ansvar for egen helse

For å tilpasse tiltaket individuelt tar man utgangspunkt i pasientens mål ved å spørre *"Hva er viktig for deg"*, og utarbeider en egenbehandlingsplan ut fra pasientens mål og de helseutfordringer som skal følges opp. Mange har poengtert at dersom pasientens behov

eller symptomer endrer seg må oppfølgingen justeres og tilpasses, slik at den oppleves relevant og motiverende for den enkelte.

Et viktig element ved digital hjemmeoppfølging er at verktøyet er pedagogisk tilrettelagt, slik at pasienten kan se egne målinger og se utvikling selv for å lære og forstå sammenhenger. Dette er viktig for å bygge helsekompetanse. Trafikklysmodellen som benyttes oppleves pedagogisk og enkelt for pasienten å forstå.

Digital hjemmeoppfølging passer ikke for alle. Det er en forutsetning at det gjennomføres en grundig kartlegging, og at man evaluerer etter prøveperioden. For noen få kan målinger føre til helseangst eller at man blir for opphengt i sykdommen. Målhyppighet må avpasses hva som er hensiktsmessig og faglig forsvarlig oppfølging for den enkelte etter at prøveperioden er over. Det må sikres jevnlig evaluering av tiltaket så lenge pasienten følges med digital hjemmeoppfølging for å sikre at dette er en egnet oppfølging, og eventuelt avslutte tiltaket.

Forsvarlighetskravet gjelder for digital hjemmeoppfølging som ved all annen helsetjeneste, både på systemnivå og for den enkelte helsearbeider. Helsepersonell må vurdere om vedkommende har den nødvendige informasjon om pasientens sykdomsforløp, symptomer mv til å diagnostisere og iverksette behandling. Ved bruk av elektroniske medier i pasientkontakt, må virksomheten sørge for at det tekniske utstyret til enhver tid er i orden.

Den enkelte helsearbeider må på sin side vurdere om den informasjon som mottas har så god kvalitet at den kan danne grunnlaget for ytelse av helsehjelp. I motsatt fall må informasjonen innhentes på andre måter, eks. ved at pasienten innkalles til time/henvises til lege.

Det har vært en bekymring fra noen leger at symptomer hos en pasient kan bli oversett eller tolket som noe annet når vedkommende følges opp med digital hjemmeoppfølging. Det er derfor viktig å være spesielt oppmerksom og kontakte lege dersom en pasient blir dårlig og iverksatte tiltak ikke har forventet effekt.

Helsetilsynet har gjort noen tilsyn ved bruk av velferdsteknologi, blant annet medisindispensere. Anbefalinger herfra er like relevant for annen bruk av teknologi. En gjenganger i anbefalinger er at man må avklare roller og ansvar for de ulike steg i tjenesten, og at man må sikre god kartlegging av om dette er egnet oppfølging, god informasjon til pasient og pårørende, samt jevnlig evaluering for å sikre at det fortsatt er forsvarlig, nyttig og ivaretar pasientsikkerhet.

4.7 Kompetanse i oppfølging av pasienter

Opplæring skaper trygghet og forståelse. Det må tilrettelegges for god informasjon og opplæring til ansatte i tjenesten generelt og de som skal jobbe med informasjon, henvisning, tildeling og oppfølging spesielt. Både helsepersonell og fastleger har etterlyst mer opplæring og informasjon for å kunne delta mer aktivt.

Kompetanse i oppfølgingstjenesten

Det er primært sykepleiere som bemanner oppfølgingstjenesten slik den er organisert i prosjektene. Rett kompetanse hos de ansatte i oppfølgingstjenesten er avgjørende. Dette gjelder dels kompetanse på spesifikke sykdommer som dekker målgruppen av pasienter,

men også kompetanse på å kunne følge opp pasienter digitalt. Kompetanse som anses betydningsfull er:

- Det bør være sykepleiere med bred erfaring og evt. tilleggskompetanse innen aktuelle fagområder, som er trygg i rollen og har kjennskap til organisasjonen og hvordan tjenestene fungerer.
- God kommunikasjonsevne, pasientinvolvering og endringskompetanse blir trukket fram som viktig.
- Teknisk kompetanse er ikke det viktigste, men man må kunne veilede i bruk av løsningen.
- Det er et mål at pasienten skal mestre sin egen sykdom – fokus i kompetansebyggingen bør rettes mot dette. Mange har god erfaring med motiverende samtaler som metode i tillegg til kompetanse på aktuelle sykdommer og tilstander. Agder har også utviklet et beslutningsstøtteverktøy som gir oppfølgeren veiledning for ulike problemstillinger slik at de kan være trygge på rådene de gir.
- Viktig å ha tilgang til tverrfaglig nettverk, for å få råd og veiledning knyttet til aktuelle problemstillinger (ernæringsproblematikk, trening/rehabilitering og medisinske spørsmål mv).

I oppstart er det viktig å bygge opp kompetanse slik at en liten gruppe ansatte er trygge og kan være ambassadører. Det er viktig å bygge nettverk og utveksle erfaringer med andre kommuner, på tvers av fagområder og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Utvikling av gode egenbehandlingsplaner og beslutningsstøtte for oppfølgingstjenesten er viktig for å øke volum av pasienter og dermed bygge erfaring.

Emnekurs

Helsedirektoratet har videreutviklet emnekurs for fastleger og helsepersonell i kommuner og sykehus. Kurset er godkjent av Den norske legeforening, det gir 15 poeng for spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin og kurset er også godkjent av Norsk Sykepleierforbund. Det ble gjennomført seks kurs i 2024 for henholdsvis Oslo, Bodø/Vesterålen, Nord-Troms/Finnmark og Østfold, og to kurs våren 2025 for Vestre Viken og Helgeland. Til sammen har i underkant av 400 deltakere deltatt på disse emnekursene.

Det er planlagt kurs i flere av de andre prosjektene gjennom 2025. Kursene har vært godt evaluert og har bidratt til økt engasjement blant deltakerne. Flere fastleger har blitt positive til digital hjemmeoppfølging når de ser effekten det har på egne og andres pasienter.

Målet er å skape engasjement, øke kunnskap om digital hjemmeoppfølging og etablere en plattform for lokal samhandling mellom helsepersonell i kommune, fastleger og sykehus.

"Dette er fremtiden, det vil være besparende for samfunnet om pasienter får mere ansvar og innsikt i egen helse", deltaker på emnekurs i Oslo.

4.8 Utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

Målet med en egenbehandlingsplan er å fremme pasientens selvstendighet, helsekompetanse og mestring i hverdagen, og den skal støtte tiltak som reduserer symptomtrykk, bedrer livskvalitet og livsprognose. Planen skal ta utgangspunkt i pasientens egne mål "Hva er viktig for meg" og søke tiltak og behandling som fremmer disse målene.

Den skal skape forutsigbarhet og oversikt for pasienten, og omfatter både medikamentelle tiltak, og ikke-medikamentelle tiltak. Sistnevnte kan omfatte kosthold/ernæring, fysisk aktivitet/øvelser, eller andre tiltak for å ivareta sosial aktivitet og psykisk helse, mens medikamentelle tiltak kan omfatte tiltak pasienten anbefales å iverksette selv eller i samråd med helsepersonell ved en forverring.

Egenbehandlingsplanen bidrar til at tiltak samles i en felles plan, noe som gir mer enhetlig oppfølging og veiledning av pasienten, tilpasset individuelle behov. Ved utarbeidelse av egenbehandlingsplanen er det viktig at:

- Pasienten er involvert fra start: Hva er viktig for deg?
- Planen må være så konkret som mulig og forståelig for pasienten
- Det brukes tid på å utarbeide en god plan, og pasienten får veiledning i å følge den systematisk og regelmessig.
- Helsepersonell må ha god kjennskap til planen og den må benyttes systematisk ved oppfølging.

En faggruppe bestående av leger og sykepleiere med erfaring fra digital hjemmeoppfølging utarbeidet en [veileder til pasientens egenbehandlingsplan](#) etter utprøvingen i 2021. Denne angir mål, innhold, etablering, hvordan sikre pasienten eierskap og hvem som gjør hva i praksis. Helsedirektoratet anbefaler at det bør ligge en egenbehandlingsplan til grunn for oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging.

Når en pasient starter med digital hjemmeoppfølging, kartlegges pasientens utfordringer, og det gjennomføres en prøveperiode på 2-4 uker for å vurdere om tjenesten er egnet for pasienten. I prøveperioden samles relevante måledata for å kartlegge hva som er pasienten sin habituelle tilstand og innsamlede data benyttes til å utarbeide egenbehandlingsplanen og sette forslag til terskelverdier i etterkant av perioden.

Egenbehandlingsplanen i de lokale prosjektene er i hovedsak initiert av helsepersonellet som følger opp pasienten, men den kan også initieres av fastlege eller sykehus. Ansvar for oppfølging skal være klart definert og samstemt mellom partene som har bistått i utarbeidelse av planen. Planen bør utarbeides i nært samarbeid mellom pasient, helsepersonell som følger opp pasienten og fastlege/sykehus. Planen bør som hovedregel gjennomgås i tverrfaglig møte med pasient, fastlege og helsepersonell som følger opp pasienten. Fastlegen er ansvarlig for medisinske tiltak i planen, og må definere referanseverdier for aktuelle målinger og vurdere om planen skal inneholde medikamentelle tiltak. Vurderinger og tiltakene må være i tråd med faglig forsvarlig oppfølging for den enkelte, dennes diagnose og øvrige situasjon. Her må det utarbeides lokale prosedyrer for hvordan samarbeidet mellom helsepersonellet som følger opp pasienten, fastlege og eventuelt sykehus skal foregå for å tydeliggjøre roller og ansvar.

Egenbehandlingsplan er fortsatt nytt og uvant verktøy å benytte for både fastleger og helsepersonell. Enkelte fastleger har gitt tilbakemeldinger på at det kan være utfordrende å sette referanseverdier, og å vite hvilket ansvar som følger med tjenesten. Veilederen, emnekurs og annen opplæring er derfor viktig for å at involverte helsepersonell skal være trygge på roller, ansvar og forventninger. Dette må også omfatte hvordan informasjonsflyt skal være mellom aktørene. Her anbefales å bygge på de ordinære kanalene.

Brukerundersøkelsen fra desember 2024 viser at mange pasienter opplever at egenbehandlingsplanen er et nyttig verktøy og at det motiverer dem til å ta vare på egen helse og følge den behandlingen som legen har forordnet. Pasienter gir uttrykk for at de

opplever at planen er nyttig når de har en forverring. I brukerundersøkelsen kommer det frem at pasienter som oppgir at de har egenbehandlingsplan opplever bedre effekt av oppfølgingen.

Helsepersonell gir uttrykk for at en felles plan bidrar til bedre oversikt, gjør pasientene tryggere og at de i større grad tar ansvar for oppfølging av egen helse. Det forutsetter at planen er oppdatert, og at pasienten opplever den nyttig. Den bør derfor ikke være for generell for ulike diagnoser. I noen tilfeller gir planen støtte for pårørende. Noen ganger husker ikke pasienten at de har en plan, men den ligger til grunn for veiledning og oppfølging fra helsepersonellet.

"Egenbehandlingsplanen er gullet i tjenesten!" (sykepleiere i Larvik)

Flere prosjekt rapporterer at egenbehandlingsplanen er svært viktig i oppfølging, og at den burde benyttes også for andre pasienter med komplekse behov. I en del tilfeller har man iverksatt digital hjemmeoppfølging uten å utarbeide egenbehandlingsplan. Da reduseres pasient og pårørendes muligheter til å bygge selvstendighet og egenmestring, og veiledning kan bli mer generell. I de tilfeller det ikke foreligger en egenbehandlingsplan bør man derfor sikre at det ligger en behandlingsplan for den enkeltes helseutfordringer og behov til grunn for oppfølgingen.

Noen leverandører har integrert egenbehandlingsplan i sin DHO-løsning. Det gjør det lettere for oppfølgingstjenesten å oppdatere planen. Det er imidlertid et stort behov for at planen kan deles digitalt slik at den kan oppdateres av behandlere på tvers av omsorgsnivå, og være oppdatert i sanntid. Dette er dessverre ikke blant prioriterte samhandlingstiltak pr. nå.

5. Erfaring med samhandling om digital hjemmeoppfølging

Etablering av digital hjemmeoppfølging som en tjeneste forutsetter samarbeid på tvers av aktører, da tjenesten i stor grad retter seg til pasienter med kroniske lidelser. Disse har ofte behov for oppfølging fra både kommune, fastlege og sykehus, og effektiv bruk av ressurser forutsetter god samhandling. Fastlegene er en viktig samarbeidspartner som har ansvar for å utarbeide medisinske anbefalinger i egenbehandlingsplan til pasientene.

Erfaringene viser at interkommunalt samarbeid innen samme region/helsefelleskap er viktig for å legge til rette for samhandling, erfaringsdeling og en bærekraftig tjeneste. Hver kommune må vurdere hva som er mest hensiktsmessig organisering ut fra lokale forutsetninger, forsvarlighetskrav til tjenesten og bærekraft. Mange har startet etablering i egen kommune, for å få kunnskap og sikre lokal forankring og eierskap. Tendensen nå er at flere etablerer felles oppfølgingstjeneste, eller vurderer dette.

Samarbeid om felles løsninger er veien å gå. Samtidig tar det lengre tid å forankre tiltak i alle kommuner og enes om felles opplegg for alle samarbeidspartnere. Det er imidlertid viktig å sikre god forankring i alle ledd for å skape varig endring og felles retning.

5.1 Samarbeid i helsefellesskapet

Spredningsprosjektet har hatt en tydelig forventning om at prosjektene er forankret i helsefellesskapene. Dette gir mulighet for å ha en felles tilnærming til utvikling innen helsefellesskapet, noe som vil gjøre samarbeid mellom sykehus og kommuner enklere. Dette er i tråd med [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) og [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027](#), og retter seg til noen av de samme prioriterte målgruppene.

Forankring til helsefellesskapene har vært håndtert ulikt. Dette skyldes at helsefellesskapene er en relativt ny konstruksjon, som har fungert forskjellig innen ulike områder. Der bare noen kommuner har deltatt i første runde sammen med fastleger og helseforetaket, har tanken vært at de skal opparbeide erfaring og gode strukturer og bidra til videre spredning innen eget helsefellesskap i neste runde.

Det er etter hvert mange gode eksempel på samarbeid innen helsefellesskapene:

Helsefellesskapet som styringsgruppe og forankringsarena

Flere har brukt Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) som forankringsarena og holdt informasjon og oppdateringer jevnlig. I Sør-Rogaland har de benyttet SSU i helsefellesskapet som styringsgruppe, og blant annet forankret beslutning om felles anskaffelse der alle kommuner og sykehuset er med. Prosjektet i Østfold har hatt en egen styringsgruppe, men benyttet helsefellesskapets SSU som referansegruppe og samarbeidet tett med koordinatorene for sykehus og kommune.

Tildeling av rekrutterings- og samarbeidstilskudd

Flere prosjekt har mottatt rekrutterings- og samhandlingstilskudd til å videreutvikle satsing på digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet. Dette har gitt mulighet for økt frikjøp av ressurser og også støttet innkjøp, slik at det er enklere for prosjektene å komme i gang. Helgeland, hvor alle 18 kommuner i regionen er med, har fått ekstra drahjelp gjennom dette. En bevisst satsing har ført til at de har kommet i gang i en region og har ambisiøse mål om videre oppstart og skalering for øvrige regioner i fylket.

Helsefellesskapet i Salten, Lofoten og Vesterålen har gitt midler til felles anskaffelse. I Finnmark er det gitt midler til to stillinger for å stimulere arbeidet med å etablere digital hjemmeoppfølging, i Østfold er det gitt midler som dekker to sykepleierstillinger i oppfølgingstjenesten og Ullensaker har mottatt midler til to stillinger til drift og videreutvikling av tjenesten. Nord-Troms, Helgeland, Oslo og Sør-Rogaland har også mottatt midler.

Felles anskaffelse i helsefellesskapene

Prosjektet i Østfold var først ut med å gjennomføre en anskaffelse for alle kommunene i helsefellesskapet. Det har gjort det enklere å ha felles oppfølgingstjeneste, og ikke minst bidratt til at de kommunene som var med som observatører i første runde, enkelt kan starte opp med digital hjemmeoppfølging nå fra 2025. I kapittel 5.6 beskrives flere eksempel.

På bakgrunn av erfaringene mener Helsedirektoratet at forankring i helsefellesskapet og bruk av rekrutterings- og samhandlingsmidler på denne type fellestiltak styrker arbeidet med felles

tilnærming i samarbeid mellom sykehus og kommuner og i oppfølging av pasienter med behov for oppfølging fra flere aktører. Kravet til felles tjenesteutvikling har styrket samarbeidet mellom aktørene og bidrar til økt samhandling om felles pasienter, og forståelse for hverandres roller og ansvar.

5.2 Digital hjemmeoppfølging i den kommunale helse og omsorgstjenesten

Felles for kommunene som deltar i spredning av digital hjemmeoppfølging er behovet for å ta i bruk nye verktøy for å møte utfordringer med økende behov for helsetjenester og lavere tilgang på helsepersonell. Kommunene har vært opptatt av å legge til rette for god samhandling slik at pasienter skal oppleve sømløse og helhetlige tjenester. Samtidig har de vært opptatt av at satsingen må gi effekter på ressursbruk også i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har anbefalt at man forankrer arbeidet i helsefellesskapet og samarbeider om å starte opp med digital hjemmeoppfølging. For å få effekt av digital hjemmeoppfølging må arbeidet forankres i alle ledd i den enkelte kommune, enten kommunen selv organiserer oppfølging eller om man er en del av et interkommunalt samarbeid. Det har derfor vært viktig å avklare behov og forventninger gjennom å utarbeide lokale gevinstplaner.

For å få best mulig effekt av digital hjemmeoppfølging må man både etablere nye tjenesteforløp og avlære gamle måter å jobbe på. Dette krever både en kulturendring og organisatoriske endringer for å lykkes. Slike endringsprosesser tar tid, og det er viktig å ha tilstrekkelig tid til at endringene implementeres. Det er viktig å ta høyde for å sette av nok dedikerte og motiverte ressurser i oppstart- og implementeringsfasen. Erfaring fra de prosjektene som har startet opp er at det er viktig å komme i gang og få egne erfaringer, jobbe stegvis, evaluere og justere, og å sikre forankring på alle nivå gjennom hele prosessen.

De fleste kommuner er i en presset økonomisk situasjon. Det gjør det særlig vanskelig å jobbe med endrings- og utviklingsprosjekter. Det tar tid før en får gevinster på tjenesteforbruk. Tilskudd til frikjøp av ressurser er nødvendig for å ta noe av pukkelkostnader. De fleste opplever at tilskuddene som gis burde vært høyere. De som i tillegg får støtte fra Statsforvalter, og fra rekrutterings- og samhandlingstilskudd i helsefellesskapene, for styrket gjennomføringskraft. Dette er viktig for å skalere og få digital hjemmeoppfølging over i drift.

Der anskaffelse er gjennomført for alle kommunene i helsefellesskapet, er det enklere for den enkelte kommune å gjøre avrop og starte opp. Likeens når det er etablert felles oppfølgingstjeneste og rutiner for samhandling mellom aktører og roller.

Tildeling av digital hjemmeoppfølging på lik linje som andre helsetjenester

Det er et mål at velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging tilbys på lik linje med andre kommunale helse- og omsorgstjenester, ut fra den enkeltes behov. Erfaringen er at søknader og henvisning bør vurderes av saksbehandlere i tildelingskontoret for å sikre enhetlig vurdering om digital hjemmeoppfølging kan erstatte eller komplettere andre tjenester. Det kan være lettere å starte opp med digital hjemmeoppfølging når man melder et behov, enn å

erstatte andre tjenester. Erfaringen er fortsatt at mange pasienter opplever at digital hjemmeoppfølging gir en tettere og nærmere oppfølging enn andre tjenester, pasientene får hjelp når de trenger det og støttes til trygghet og mestring i hverdagen.

Det er laget en [kortfattet veiledning til saksbehandling](#) når DHO vurderes som tiltak for å støtte kommuner i å lage egne rutiner her. Det er også gjort en juridisk vurdering ved Helsedirektoratets juridiske avdeling, av om det er krav til vedtak om digital hjemmeoppfølging eller ei, hvor det står:

"Digital hjemmeoppfølging er organisert på mange ulike måter, ut fra hva som er hensiktsmessig og lokale forhold. I noen tilfeller vil det være naturlig å fatte vedtak, evt. å inkludere DHO i et vedtak om hjemmesykepleie, der DHO skjer i regi av hjemmesykepleien. Er det igangsatt av fastlege og følges opp av denne, er det ikke naturlig med vedtak. Det vil imidlertid være betydelige gråsoner der begge konklusjoner vil kunne forsvares, avhengig av hva man vektlegger.

Det er i denne sammenhengen viktig å understreke at kravet i loven om vedtak først og fremst er der for å ivareta pasientens behov for informasjon, forutsigbarhet og rettssikkerhet mht. f.eks. klage. Disse hensynene kan imidlertid ivaretas også på andre måter. Pasienten kan gis skriftlig informasjon om oppfølgings-/behandlingsløpet og om klageadgang, og involveres ved vurdering av eventuelle endringer. Enten det fattes vedtak eller ikke vil pasienten ha rett til informasjon og medvirkning, og det vil på vanlig måte foreligge dokumentasjonsplikt, klagerett etter pbrl. § 7-2 og krav om forsvarlighet mv. I den gråsonen som er omtalt ovenfor vil det vesentligste være de lovkravene som er omtalt i avsnittet ovenfor, ikke at samtlige kommuner lander på samme konklusjon mht. i hvilke tilfeller det skal fattes vedtak.

Ut fra det ovenstående, og de foreliggende gråsonene mht. når det er krav om vedtak eller ikke, må det bare legges til grunn at kommunene vil gjøre dette forskjellig. Når det gjelder registrering til KPR, så bør DHO på bakgrunn av dette registreres som en tjeneste på samme måte som annen velferdsteknologi, med start og sluttdato, men ikke med krav til vedtaksdato etc."

5.3 Fastlegens rolle i digital hjemmeoppfølging

Fastlegene har en nøkkelrolle for å sikre kontinuitet og medisinsk oppfølging av innbyggere/pasienter. Fastlegen har innsikt og informasjon om pasienten som kan være avgjørende for videre oppfølging. Fastlegen kan henvise pasienter, og er en rådgiver i arbeidet med digital hjemmeoppfølging og har ansvar for medisinske tiltak. Beslutning om oppstart av digital hjemmeoppfølging i kommunen følger samme roller og ansvar som ved tildeling av andre kommunale helse og omsorgstjenester.

Fastlegene må involveres fra start når man jobber med endringsprosesser, både på systemnivå og i oppfølging av den enkelte pasient for å ta i bruk og utvikle digital hjemmeoppfølging som tjeneste. Flere har opplevd det utfordrende å få med fastlegene, men de fleste spredningsprosjektene har hatt fastleger med i arbeidsgruppen eller involvert de i workshops og utviklingsarbeid for å finne gode løsninger for informasjonsflyt lokalt. Det er også sentralt at rutiner og prosedyre for samhandling utarbeides i samarbeid med fastlegegruppen innen den enkelte kommune/prosjekt, slik man blant annet har gjort i Østfold.

Fastlegen er ansvarlig for de medisinske tiltakene i egenbehandlingsplanen og for å godkjenne grenseverdier. Det er fortsatt en del usikkerhet rundt bruk av egenbehandlingsplaner da dette er nytt for de fleste. "Pasientens egenbehandlingsplan – en rask innføring" ble utarbeidet av en gruppe leger og sykepleiere etter utprøvingen for å gi en god innføring og støtte i dette arbeidet. De fleste leger foretrekker at sykepleier med oppfølgingsansvar har utarbeidet et utkast på bakgrunn av en testperiode og i samarbeid med pasientene og i forkant av det tverrfaglige møtet. Oppfølgingstjenesten avtaler lokalt hvordan og hvor ofte de sender over måledata/kurver som viser utvikling og trender etter avtale med fastlegene. Fastlegene etterlyser tilgang til målingene gjennom egen EPJ. Pasientens måledata er en av de nasjonale samhandlingsløsningene og under utvikling.

Mange fastleger ser potensialet i digital hjemmeoppfølging for å forbedre pasientoppfølgingen og redusere antall konsultasjoner, og bruker målinger og data for å sette i gang tiltak eller endre på behandling. De opplever at pasientene mestrer utstyret og er fornøyde med tjenesten og i større grad kan ta ansvar og følge opp egen sykdom. Noen fastleger er skeptiske til digital hjemmeoppfølging, da de er bekymret for merarbeid, hvilket juridisk ansvar de påtar seg og at de har manglende kunnskap om tjenesten. Enkelte uttrykker også betenkeligheter med å gi pasienten for stort spillerom i egenbehandling uten legekontakt.

Fastlegens juridiske og medisinske ansvar for pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging

På bakgrunn av innspill beskrevet i forrige kapittel, har Helsedirektoratet fått utarbeidet en vurdering fra juridisk avdeling:

"Fastlegens juridiske og medisinske ansvar ved oppfølging av pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging, skiller seg i utgangspunktet ikke fra det ansvaret fastlegen har for vanlig oppfølging av listepasienter. Dette gjelder også ved samarbeid med sykehus knyttet til henvisning og epikriser og oppfølging av disse.

Avklaring av oppgaver og ansvar ved samarbeid mellom tjenestenivåer, og mellom ulike tjenester på samme nivå, må gjøres innen det enkelte område. Dette innebærer å gjøre nødvendige avklaringer av hvilke oppgaver fastlegene skal ha i tjenesteforløpet generelt og hvordan informasjonsflyt skal være, der det kan være tvil om dette. Ved henvisning til digital hjemmeoppfølging er det vanligvis sykepleier med ansvar for oppfølging som utarbeider forslag til egenbehandlingsplan på bakgrunn av årsak til henvisning og aktuell problemstilling. I utarbeidelse av egenbehandlingsplan for den enkelte må det vurderes hvilke tiltak som er aktuelle for å opprettholde helse og hvilke tiltak som skal settes i verk ved hhv. begynnende og akutt forverring. Fastlegen må godkjenne planen, med grenseverdier og evt. medisinske tiltak. Vurderinger og tiltakene må være i tråd med faglig forsvarlig oppfølging for den enkelte, dennes diagnose og øvrige situasjon.

Det må videre være rutiner som sier noe om i hvilke tilfeller eller på hvilke tidspunkter fastlegen skal gå inn og sjekke målinger, f.eks. om det kun skal gjøres når fastlegen får PLO-melding fra oppfølgingstjenesten, eller om det (i tillegg) skal gjøres med visse tidsintervaller. Med utgangspunkt i rutinene må det gjøres konkrete vurderinger for hvordan oppfølgingen av den enkelte pasient skal være.

Det er viktig å understreke at fastlegen ikke har et "objektivt ansvar" for alt som kan gå galt. For at fastlegen skal kunne stilles til ansvar, må fastlegen være å bebreide, f.eks. for manglende avklaringer knyttet til oppgavefordeling og -gjennomføring, manglende utførelse av oppgaver som fastlegen har påtatt seg eller unnlattelse av å følge opp en hendelse som burde vært fulgt opp. Det samme gjelder for øvrig personell som er involvert i digital hjemmeoppfølging.

For å sikre at man har gjennomgått aktuelle problemstillinger, bør det gjøres en overordnet ROS-analyse for den aktuelle tjenesten, der det vurderes hva som kan gå galt og på hvilken måte, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å sikre at pasientene som mottar det aktuelle tjenestetilbudet er forsvarlig ivaretatt."

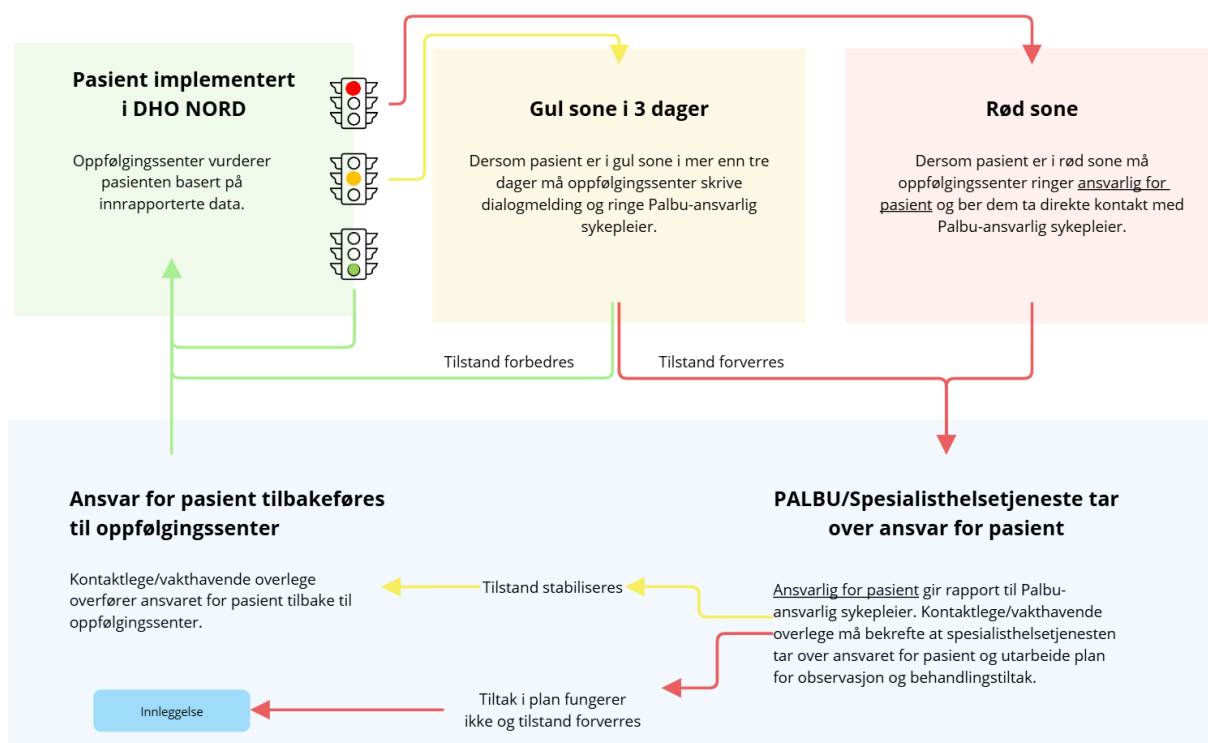
5.4 Samarbeid mellom kommuner og sykehus

Mange sykehus er nå godt i gang med å satse på digital hjemmeoppfølging for egne pasienter, mens det har variert i hvilken grad det er etablert samarbeid om felles pasientforløp. For å sikre god fremdrift og forankring er det svært viktig med likestilte prosjektledere fra kommuner og sykehus som samarbeider nært og deltar sammen i viktige fora. Det har vært svært vellykket blant annet i Østfold, Ullensaker/Ahus-prosjektet og i Helgeland. Gode erfaringer som har vært delt fra disse prosjektene har gitt inspirasjon til de andre prosjektene, og aktiviteten i samarbeidet mellom kommuner og sykehus har økt det siste året.

I samarbeid med sykehus er det enklest å starte med en diagnosegruppe knyttet til én avdeling eller poliklinikk som ser nytten i å følge opp pasienter digitalt. De fleste som har startet opp har tatt utgangspunkt i kols eller hjertesvikt, og flere jobber med å utvide samarbeidet til andre grupper.

I prosjektet i Ullensaker/Ahus har de etablert ukentlige tverrfaglige møter mellom sykepleier i oppfølgingstjenesten og lungemedisinsk- og hjertemedisinsk avdeling på sykehuset. Erfaringene er at møtene oppleves nyttig og viktig. Her kan utfordringer hos enkeltpasienter diskuteres, og man kan ta stilling til medisinstilting og endringer i egenbehandlingsplanen. Spesialistene fremhever nytten ved deling av data i DHO-systemet. Trendene og historikken over pasientens målinger hjemme gir et vesentlig bedre grunnlag for vurdering av medisiner. De opplever at dialogen med pasientene i legekonsultasjon er bedre, at pasientene er bedre forberedt og det kan føre til at pasienten i større grad følger opp iverksatt behandling/medisinering. Dette samarbeidet har fremmet behovsstyrte poliklinikker ved at pasientene kan tas inn til hastetimer ved behov framfor rutinestyrte innkallinger.

En gjentakende diskusjon har vært hvordan ansvar skal fordeles når en pasient følges i et pasientforløp der både kommunen og sykehus kan ha ansvar i ulike faser. Bodø og Nordlandssykehuset har beskrevet ansvarsforholdet mellom kommunen og sykehus godt i sin modell i PALBU-prosjektet (palliasjon for barn og unge) (Figur 7). Her startet man utprøving av digital hjemmeoppfølging til en pasient som mottok døgnkontinuerlige helsetjenester i kommunen, med støtte fra spesialistteamet ved barneavdelingen.



Figur 7: Pasientforløp i PALBU-prosjektet

5.5 Involvering av brukere i utvikling av tjenesten

Det er en klar forventning at man involverer brukere når man skal etablere digital hjemmeoppfølging. Dette er også nedfelt i tilskudsregelverket som en ramme for spredningsprosjektene.

På nasjonalt nivå har Helsedirektoratet invitert brukere og pårørende til å delta i nasjonale fellessamlinger for å dele sine erfaringer ved fysiske samlinger september 2022 og oktober 2023. Dette er noe brukerne har satt stor pris på, og som har gitt viktige signaler til de lokale prosjektene. Videre brukerorganisasjoner blitt invitert (Kreftforeningen, LHL, Mental Helse og Pårørendealliansen) til å komme med appeller til prosjektene i både i fellessamling i april 2023 og ved avsluttende samling desember 2024.

De lokale prosjektene har oppfølging på individnivå med evalueringssamtaler, i tillegg gjennomføres brukerundersøkelser hver 3-6 måned. Noen av prosjektene har hatt med brukerrepresentant i de lokale arbeidsgruppene, noen har invitert brukerorganisasjoner og pensjonistforeninger til å delta i workshops. Erfaringene er at det gir mange viktige innspill og bidrar til utvikling og bedre tilpassing av tjenestene. Brukerundersøkelser og evalueringer med enkeltpasienter er også viktige for innspill til utvikling av tjenestene lokalt.

Flere av prosjektene har fått laget filmer som formidler brukererfaringer. Disse er nyttige for å skape forståelse for hva digital hjemmeoppfølging er, hvordan det oppleves av brukere, hvilke gevinster tjenesten kan gi, samt hvordan helsepersonell følger opp. Lenke til de nyeste:

- [Volda kommune beskriver hvordan de følger opp en pasient med kols](#)
- [Digital hjemmeoppfølging - ny tjeneste i Drammen, Lier og Asker kommune](#)
- [Prosjektet i Oslo viser erfaring til en pårørende og en pasient med kreft](#)

I forbindelse med avslutning av spredningsprosjektet ble det gjennomført en felles brukerundersøkelse for alle prosjektene. Denne er omtalt i kapittel 6.2.

5.6 Brukervennlig teknologi og samarbeid med leverandører

Hovedinntrykket i spredningsprosjektet er at teknologien er enkel og brukervennlig for pasientene og gir god oversikt for helsepersonell som skal følge opp. Erfaringene her er som i utprøvingen.

Prosjektene opplever at de har et godt samarbeid med leverandørene. Leverandører av digital hjemmeoppfølging sitter inne med mye erfaring og kunnskap. Tilbakemelding fra prosjektene er at leverandørene har vært viktige i opplæring av ansatte når man skal starte opp tjenesten. De har også veiledet i aktuelle pasientcase som kan være nyttig for de målgrupper man har valgt å starte med i de enkelte kommuner.

Anskaffelse er krevende, særlig for mindre kommuner. Dette vil kunne være en barriere for å starte opp med digital hjemmeoppfølging. Mange kommuner har gjort avrop på eksisterende avtaler som har vært tidsbesparende og gjort at de raskere har kommet i gang med inklusjon av pasienten. Fordelen med dette er at de kan gjøre en enkel anskaffelse ved å gjøre avrop på en eksisterende rammeavtale. Ulempen er når det blir ulik programvare og løsning som benyttes i de forskjellige kommuner innen det enkelte helsefellesskap. Det kan hemme samhandling og mulighet for felles oppfølging.

Flere har gjennomført anskaffelse på vegne av flere kommuner. Når noen i helsefellesskapet har gjennomført anskaffelse på vegne av alle (eller flere), er det lettere å kunne gjøre avrop nå man er klar til å starte. Her er noen prosjekter som har gjennomført anskaffelser på vegne av flere kommuner:

- **Østfold:** Alle kommuner i helsefellesskapet deltok i anskaffelsen. Fem kommuner var på opsjon og har fulgt prosjektet, og er nå klare for oppstart. Alt er klart for å kunne gjøre avrop, og benytte de rutiner, prosedyrer og den organisering som er tilrettelagt innenfor helsefellesskapet. Dette gjør det enkelt å komme i gang når man er klar for oppstart.
- **Sør-Rogaland:** Alle kommunene er med på anskaffelsen, og sykehuset er på opsjon.
- **Ullensaker:** Ullensaker har gjennomført en felles anskaffelse med Ahus og 16 kommuner i helsefellesskapet.
- **Agder:** Har inngått en felles avtale om velferdsteknologi (som inkluderer digital hjemmeoppfølging) for alle 25 kommunene i Agder
- **Oslo:** Har en felles avtale for alle bydeler. Når OUS-sektor og de fem bydelene som sogner dit starter opp, kan de gjøre avrop på eksisterende avtale.
- **Nordlandssykehuset:** Gjennomfører våren 2025 en anskaffelse på vegne av alle kommunene i helsefellesskapet, med opsjon for øvrige kommuner/sykehus innen Helse Nord.

5.7 Personvern og etiske vurderinger

En helhetlig tilnærming til etiske problemstillinger er avgjørende for å sikre at DHO er trygg, rettferdig og til pasientens beste. Digital hjemmeoppfølging krever vurderinger knyttet til personvern og datasikkerhet, der sensitive pasientopplysninger må beskyttes. Autonomi og samtykke må ivaretas, pasienter må få god informasjon og gjøre informerte valg.

Etablering av digital hjemmeoppfølging må sikre faglig forsvarlige helsetjenester. Det skal ikke tildeles der det kan medføre utrygghet for bruker, tjenesten må evalueres og vurdere om det fortsatt er hensiktsmessig eller bør avsluttes.

Tilgjengelighet og digital ulikhet må tas med i vurdering for å sikre at alle kan benytte tjenesten. Dette går blant annet på å kunne tilby alternative løsninger for pasienter som ikke har Bank ID eller ikke har tilgang til mobil eller nettbrett.

Kvalitet og pålitelighet i oppfølgingen er viktig for å unngå feil. Alle rapporteringer fra pasientene må vurderes og behandles av helsepersonell, slik at pasientene får en god og forsvarlig helsetjeneste. Juridisk ansvar må også avklares. Man må kunne stole på dataene som samles inn ved pasientmålinger siden beslutninger om tiltak og medisiner baseres på disse dataene. Det må sikres god opplæring av den enkelte og stilles krav til at utstyret er tilstrekkelig testet og har høy grad av pålitelighet og kvalitet. Det må også være systemer for å kontrollere om det kan være feilmålinger, der pasienten eller personell måler på nytt. Et godt eksempel er beskrivelse av daglige rutiner i oppfølgingstjenesten Fredrikstad kommune. Her beskrives blant annet tiltak ved mistanke om feilmåling, manglende måling eller usikkerhet rundt varsler/målinger (se vedlagt sluttrapport).

Det må gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyse ved oppstart av tjenesten som må gjentas med jevne mellomrom for å fange opp eventuelle endringer. Det er også viktig å sikre at avvikssystemet for virksomheten er kjent slik at man kan rette opp og lære av eventuelle avvik.

5.8 Helhetlig tjenestemodell sikrer avklaring av roller og ansvar

[Helhetlig tjenestemodell](#) er utarbeidet av KS for å støtte kommuner i å sikre at alle oppgaver og ansvarsområder ved implementering av velferdsteknologi er ivaretatt og sikre varig drift. For kommuner er det viktig at dette også gjennomføres for digital hjemmeoppfølging, slik at kommunen benytter samme modell tilpasset de ulike løsningene man tar i bruk og har en enhetlig oversikt over oppgavene. KS har tilbud om felles innføringsløp for å få dette på plass, som kommunene anbefales å følge.

Modellen består av seks oppgaveområder. Det første området handler om tjenesteforløpet og hvordan velferdsteknologi må tildeles, installeres, gis support på og evalueres. Dette er en løpende prosess. De fem andre oppgaveområdene i modellen er viktige oppgaver som også må ivaretas. De understøtter tjenesteforløpet, drift og utvikling av velferdsteknologitjenesten(e).

Agder har gjennomført et grundig arbeid med helhetlig tjenestemodell, og dette ligger som vedlegg i deres sluttrapport. Deres erfaringer viser at det anbefales å skille mellom oppgaver som skal ivaretas på lokalt og regionalt nivå. De har implementert en overordnet helhetlig

tjenestemodell for regionen, men anbefaler også at kommunene selv vurderer og tilpasser sin egen helhetlige tjenestemodell. Dette innebærer at noen roller og oppgaver vil bli fulgt opp regionalt, mens andre vil ligge lokalt.

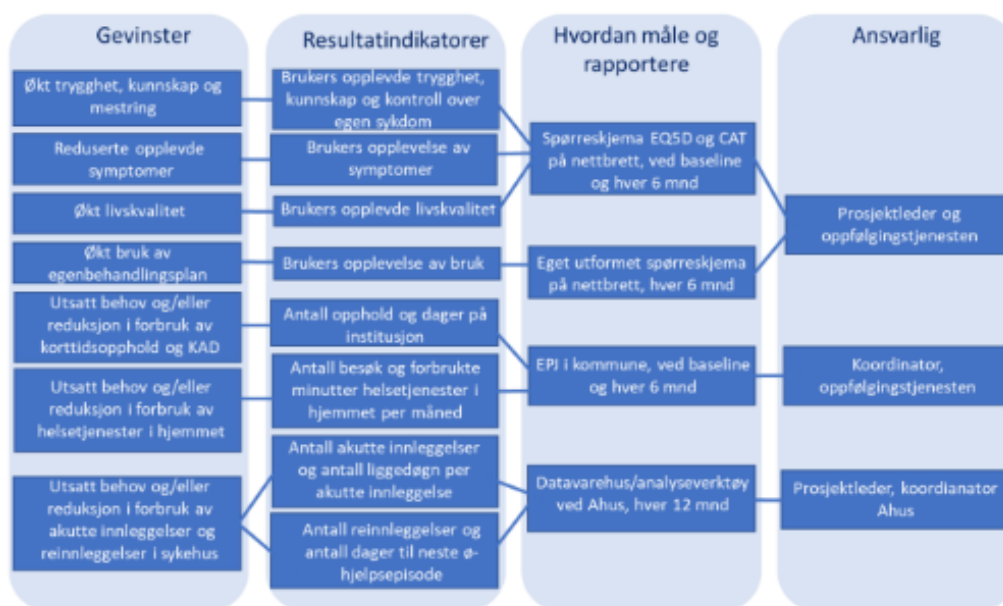
6. Måloppnåelse og gevinster av digital hjemmeoppfølging

Tilbakemeldinger fra de lokale prosjektene og felles brukerundersøkelse viser at pasientene som følges med digital hjemmeoppfølging opplever økt trygghet, mestring og selvstendighet, og at de opplever å få hjelp til å oppdage og håndtere forverring i egen sykdom på et tidlig tidspunkt. Det å fange opp forverringer og håndtere disse bidrar både til økt helsekompetanse hos den enkelte og til at bruker kan unngå innleggelse i sykehus, ikke må på legevakten og kanskje unngår økt behov for helsetjenester som en alvorlig forverring kan medføre.

Spredningsprosjektet har bidratt til stor aktivitet i alle helsefelleskap, og styrket samarbeidet om å utvikle felles tjenester på tvers av nivåene i helsetjenesten.

6.1 Gevinstplaner og oppfølging av gevinster

Prosjektene har utarbeidet mål tilpasset til lokale satsinger og målgrupper. Alle prosjektene har utarbeidet gevinstplaner med oversikt over hva de ønsker å oppnå med digital hjemmeoppfølging og hvordan de skal følge opp dette. Under ligger eksempel fra prosjektet i Ullensaker som viser både gevinster og resultatindikatorer, og hvordan dette skal måles og rapporteres, i tillegg til hvem som er ansvarlig (Figur 8).



Figur 8: Gevinstplan i Ullensaker

Prosjektene har gjennomført lokale brukerundersøkelser hver tredje eller sjette måned etter som de har fått flere pasienter. Det har imidlertid vært utfordrende for prosjektene å hente u

oversikt og statistikk for å følge effekter på tjenesteforbruk. Det er krevende for kommunene å hente ut data på forbruk av tjenester fra sine EPJ-systemer, dette er ofte rapporter som må utarbeides manuelt.

Prosjektene har derfor benyttet [manuelle gevinstskjema](#) utviklet av InnoMed for å følge utvikling i tjenesteforbruk av kommunale helse- og omsorgstjenester for de som er inkludert. Bruk av dette skjemaet har vært oppfattet som omfattende og tidkrevende, selv om InnoMed har forenklet skjemaet og gjort det mer brukervennlig.

Oslo Economics har utarbeidet rapporten [Gir helseteknologi forventede gevinster?](#) på vegne av KS der de har undersøkt om helseteknologi gir forventede gevinster. Deres konklusjon er at helseteknologi, og da særlig velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, har et betydelig potensial. Det presiseres at kommunene må jobbe systematisk for å ta ut effektivitetsgevinster og ikke bare kvalitetsgevinster for å møte de utfordringer de står overfor.

For å lykkes med å få gevinster ved innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging må de ulike ledernivåene engasjere seg i arbeidet. Det krever at man har god kjennskap til og innsikt i hva som er viktig for å skape og følge effekter. KS har utarbeidet en [FoU-rapport](#) som beskriver nødvendig kompetanse for å få effekter ved innføring av velferdsteknologi.

Det er behov for å få bedre styringsdata for å kunne følge effekter av digital hjemmeoppfølging, både internt i den enkelte kommuner og i samarbeid om felles pasienter. Her har prosjektet i Ullensaker og Ahus vist nytte av å se KPR- og NPR-data i sammenheng. Helsedirektoratet har jobbet for å få digital hjemmeoppfølging inn som indikator i KPR. Dette ser ut til å komme på plass fra 2026. I tillegg må det jobbes med å sikre at prosjektene får tilgang til og kan benytte analysedata.

Felles nasjonal brukerundersøkelse

For å kunne se effekter nasjonalt og ha mulighet for å sammenligne mellom prosjekt, ble det i desember 2024 gjennomført en felles brukerundersøkelse til pasienter som ble fulgt opp med digital hjemmeoppfølging. Spørreskjemaet ble utformet i samarbeid med regionale prosjektledere, og ble på forhånd sendt ut til enkelte brukere for testing og tilbakemeldinger. Helsedirektoratet utarbeidet en mal som alle prosjektledere sendte ut til sine pasienter via DHO-løsning. For å ivareta anonymiteten, ble prosjekter med færre enn ti aktive pasienter bedt om å sende ut spørreskjemaene lokalt, mens anonymiserte svar ble sendt direkte til Helsedirektoratet.

Flere prosjekter opplevde tekniske problemer med deling av spørreundersøkelsen. Pasienter som hadde fått ulevert nettbrett fra kommunen som bare kunne benyttes til digital hjemmeoppfølging, kunne ikke åpne det digitale spørreskjemaet grunnet begrensninger i løsningen. Derfor mottok kun personer som benyttet eget nettbrett eller mobil med BankID-løsning spørreundersøkelsen. Dette begrenset antallet som kunne svare vesentlig.

Totalt var det 776 personer som mottok undersøkelsen og som hadde mulighet til å svare. Av disse besvarte 465 personer undersøkelsen. Dette tilsvarer en svarprosent på 60%. Det var 214 menn og 249 kvinner som bevarte undersøkelsen. 7 av 10 av respondentene var i alderen 50-79 år. De mest vanlige diagnosene var kols, hjertesvikt og diabetes, men kreft,

psykisk helse, ernæringsutfordringer og annet er også årsak til at flere følges opp med digital hjemmeoppfølging. 1 av 4 har svart at de har to eller flere diagnoser.

6.2 Gevinster for brukere

Hele 92% av brukerne rapporterer at de er enten svært fornøyde eller fornøyde med den totale opplevelsen av digital hjemmeoppfølging i den nasjonale brukerundersøkelsen.

Både i brukerundersøkelser og evalueringssamtaler beskriver pasienter som er fulgt med digital hjemmeoppfølging økt trygghet og bedre mestring av sin situasjon. Hele 84% rapporterer at deres trygghet har økt, mens ingen mener at den har blitt redusert som følge av tjenesten. Dette samsvarer i stor grad med tilbakemeldinger prosjektene har fått fra både brukere og helsepersonell. Pasientene opplever at de får kontakt med helsetjenesten når de trenger det, og at de får hjelp og støtte til å fange opp og håndtere forverring i sin situasjon.

Digital hjemmeoppfølging gir økt forståelse for egen sykdom og hva de selv kan og bør gjøre. For to av tre brukere har digital hjemmeoppfølging økt evnen til å ta vare på egen helse, mens mindre enn 1% opplever en reduksjon. En stor del pasienter oppgir også økt livskvalitet etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. Over halvparten mener at digital hjemmeoppfølging har ført til at deres livskvalitet er bedre, og kun 1% mener den er redusert etter oppstart.

Hver tredje person som følges med digital hjemmeoppfølging rapporterer at den fysiske helsen har forbedret seg, og kun 4% rapporterer en forverring. Dette er spesielt interessant med tanke på at mange av respondentene tilhører en målgruppe hvor man kan forvente en nedgang i fysisk helse på grunn av sykdomsbilde og alder. I utprøvningsprosjektet som ble gjennomført i perioden 2018-2021, ble det utført undersøkelser hvor man sammenlignet tiltaksgruppen med kontrollgruppen. Resultatene viste at tiltaksgruppen hadde en mer stabil helsetilstand, mens kontrollgruppen opplevde en forverring i helse/tilstand i løpet av måleperioden. Dette indikerer at det å oppnå en stabil fysisk helse er en gevinst i seg selv, og spesielt hos de pasientene som opplever en forbedring i helsen gjennom oppfølgingen.

"Føler jeg har fått mer energi og har nå laget meg en middag, jeg kan ikke huske sist jeg gjorde det", pasient i Asker

Å slippe reisevei er også positivt, dette gjelder særlig de som bor ute i distriktene og har lang reisevei for å få helsehjelp. Generelt viser brukerundersøkelsen en tendens til at kvinner opplever noe mer positive effekter på de kvalitative gevinstene enn menn ved bruk av digital hjemmeoppfølging.

Pasienter som oppgir at de har egenbehandlingsplan opplever bedre effekt av oppfølgingen på alle områder. Mange gir uttrykk for at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel. Den bidrar til bevisstgjøring av hva de selv kan gjøre for å holde seg friske, og fange opp tegn til forverring. I tillegg opplever flere brukere at de opplever at aktørene i helsetjenesten samhandler bedre etter de startet med DHO. Det er også en tendens at kvinner i større grad opplever at egenbehandlingsplanen er tilpasset sine behov og at den er et nyttig hjelpemiddel ved en forverrelse av sin sykdom.

Pårørende opplever støtte og avlastning når deres nærmeste følges med DHO. Det gir økt forståelse for situasjonen, og de opplever også at de selv kan få veiledning. Dette gjelder særlig for pårørende til kreftpasienter. Også pårørende som bor langt unna opplever at DHO bidrar til trygghet og avlastning ved at de vet at noen følger med.

«Det var skummelt først. Men han kan bo hjemme og vi har fått hverdagen tilbake. Hvis vi oppdager forverring kan jeg justere medisinen etter avtale med fastlegen», pårørende (82 år) til ektefelle (95 år)

Resultatene er i tråd med det som har kommet frem i lokale brukerundersøkelser i spredningsprosjekt og erfaring og forskning fra det nasjonale utprøvningsprosjektet (2018-2021).

6.3 Gevinster for helsepersonell

Prosjektene gir tilbakemelding om at arbeidet med digital hjemmeoppfølging har styrket samhandlingen mellom sykehus, fastlegene og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Det er ikke gjort egne undersøkelser på helsepersonellens opplevelse med digital hjemmeoppfølging. Beskrivelsen baseres på tilbakemelding fra prosjektene. Samtidig er tilbakemeldingene i tråd erfaringene fra utprøvingen.

Sykepleiere i oppfølgingstjenester opplever at digital hjemmeoppfølging bidrar til effektiv ressursbruk, god arbeidsflyt og at de kan følge opp flere pasienter enn tidligere uten økt ressursinnsats. Tilgang til data og trender gir et bedre beslutningsgrunnlag, og gjør det enkelt å fange opp tegn til forverring på et tidlig tidspunkt, mens egenbehandlingsplanen gjør det enkelt å iverksette avtalte tiltak. Flere fremhever at digital hjemmeoppfølging gir økt fokus på helsefremmende og forebyggende tjenester og bidrar til økt kompetanse.

*"Med den tette oppfølgingen, ser vi raskt om han blir i dårlig form. Vi har lært å kjenne ham godt, og jeg tror vi har forhindret flere sykehusinnleggelser."*², sykepleier i oppfølgingstjenesten i Bodø

Mange opplever også at de kan gi en tettere og mer målrettet oppfølging av pasienter og at de når ut til brukergrupper man ikke har nådd på samme måte tidligere. Sykepleiere i hjemmetjenesten i Larvik, som har benyttet digital hjemmeoppfølging som oppfølging av sine pasienter og pårørende, opplevde dette veldig nyttig (figur 9).

Mange fastleger opplever at de har fått et nytt verktøy til å følge opp pasienter på en effektiv måte. De ser at pasientene får større innsikt i egen sykdom og at dialogen i konsultasjonen er bedre. De opplever også at det er lettere å følge behov for eller se effekt av medikamentendring. Økt innsikt fører til bedre forståelse og etterlevelse av igangsatt behandling hos pasienten.

Endel fastleger er skeptiske til målinger og tidsbruk, men tilbakemeldinger fra prosjektene er at fastleger som har erfaring med å følge opp flere pasienter ser nytteverdien og at emnekurs har bidratt til en mer positiv holdning.

Spesialister og personell i sykehus og poliklinikker opplever at tilgang til målinger gir et godt grunnlag for å tilpasse oppfølging og behandling raskere og bedre. Det har kommet tilbakemelding om at pasientene er bedre forberedt til timene og dialogen i legekonsultasjonen blir bedre. Det gir også bedre grunnlag for gjennomgang og justering av medikamenter i pasientforløpet. Ved oppfølging av hjertesviktpasienter har digital

² Sykepleien, 08.12.23 Digital hjemmeoppfølging: Blir Roger verre, blir det fort fanget opp

hjemmeoppfølging gitt mulighet for raskere opptrapping ved innstilling av behandlingsregime.



Figur 9: Sykepleiere i hjemmesykepleien i Larvik, etter å ha benyttet digital hjemmeoppfølging som verktøy til å følge opp en del av sine pasienter.

6.4 Effekter på bruk av helsetjenester

I samtale med prosjekteiere lokalt er det klart at digital hjemmeoppfølging i tillegg til å være nyttig for den enkelte pasient, må bidra til bedre ressursbruk og redusere eller utsette behov for helsetjenester for at det skal være aktuelt å satse på tjenesten. Dette er også i tråd med målsettingen for det nasjonale spredningsprosjektet og innspill fra rapporten Oslo Economics har utarbeidet for KS (se kapittel 6.1).

Effekt på bruk av kommunale helsetjenester

De fleste av prosjektene rapporterer at de ser redusert forbruk av helsetjenester ved digital hjemmeoppfølging. Mange av de nye prosjektene har begrenset antall brukere, og dermed et lite materiale å vise til foreløpig. Mange får redusert behov for hjemmesykepleie etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. Det er også en klar tilbakemelding at digital hjemmeoppfølging for mange kan bidra til å utsette behov for helsetjenester. Enten ved at de får dette i stedet for fysiske tjenester, eller at de håndterer sykdommen sin bedre og får en mer stabil sykdomsutvikling med færre akutte forverringer. Det er imidlertid vanskelig å synliggjøre statistikk på dette.

Flere av brukerne som følges med digital hjemmeoppfølging har ikke hatt tjenester fra kommunen tidligere. I brukerundersøkelsen svarer 53% "ikke aktuelt/har ikke hatt hjemmesykepleie tidligere" på spørsmål om hvordan digital hjemmeoppfølging har påvirket deres behov for hjemmesykepleie/hjemmetjenester. Det kan tenkes at flere brukere mottar digital hjemmeoppfølging i stedet for andre tjenester slik som hjemmetjenester.

I rapporten fra Oslo viser oversikten over pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging at 60% av pasienter ikke hadde hjemmesykepleie ved oppstart, mens 40% hadde hjemmesykepleie. For den første gruppen mangler tallgrunnlag for å estimere gevinster, men prosjektet anslår at digital hjemmeoppfølging sannsynligvis utsetter behov for andre helse- og omsorgstjenester. For gruppen med hjemmesykepleie har de gjort manuelle tellinger og sett på utvikling i besøkskurve 6 måneder før og etter oppstart med DHO. Figur 10 viser reelle besøk før og etter oppstart med digital hjemmeoppfølging, sammenliknet med framskrevet behov for hjemmesykepleie uten DHO.

Gevinstgrunnlag for 40 % av pasientene

Tall for Oslo – antall besøk

VFT Indigo: Tjenesteområde 3 – Hjemmesykepleie – testuttrekk alle DHO brukere i kommunen



Figur 10: Utvikling i tjenesteforbruk for brukere med hjemmesykepleie som følges med digital hjemmeoppfølging i Oslo

Larvik kommune har gjennomført utprøving av digital hjemmeoppfølging for én av tre områder i sin hjemmesykepleietjeneste. Pasienter som har hjemmesykepleie har fått oppfølging med digital hjemmeoppfølging av sykepleierne i hjemmesykepleien, i kombinasjon med fysiske besøk. Figur 11 viser resultat for 35 aktive pasienter 6 måneder før og etter oppstart. De oppgir mange positive effekter, både reduserte hjemmebesøk, redusert kjøring, reduserte besøk til fastlege, reduserte innleggelser både i sykehus og kommunale institusjoner og at de har kunnet bruke sykepleierressurene mer målrettet. Tilbakemeldingen fra sykepleierne er at egenbehandlingsplanen er "gullet i tjenesten", og at denne burde tilbys langt flere enn de med digital hjemmeoppfølging.

Kategori	Totalt alle avdelinger
Antall pasienter i prosjektperioden:	35
Antall avsluttet:	14
Antall gjenværende pasienter ved sluttev.	21
Total kjøregevinst månedlig (I minutter) regnet tur/retur	2372 min
Total gevinst månedlig besøk	184
Antall pasienter med reduksjon i faglært til ufagl	8
Antall sparte sykehusinnleggelser	10
Antall sparte kommuneinnleggelser	2
Spart legekontakt	17

Figur 11: Resultater fra gevinstarbeid i hjemmetjenesten i Larvik. Gevinstene er regnet ut ifra aktive pasienter. Avsluttede pasienter er ikke med i regnskapet av gevinster.

Lignende resultater kan man se i Skien der de har gjort manuelle målinger som viser både tids- og kostnadsbesparelser i form av redusert kjøring, færre fysiske besøk og mer effektiv ressursbruk i hjemmetjenesten etter oppstart av digital hjemmeoppfølging.

I utprøvningsprosjektet kartla Bodø kommune effekt på kommunale tjenester, og konkluderte med at dette var så tydelig gevinster at de etablerte digital hjemmeoppfølging som del av den ordinære helsetjenesten i kommunen. Dette er omtalt i deres sluttrapport. De avsluttet etter dette kartlegging da det var tidkrevende og ledelsen hadde anerkjent at det ga ønsket effekt.

Effekt på bruk av fastlegetjenester

Det er et mål å få til bedre samhandling om kronisk syke i helsetjenesten, og å involvere brukere mer aktivt i oppfølging av egen sykdom. I både utprøving- og spredningsprosjektet er det lagt opp til tverrfaglige møter med pasient, sykepleier fra kommunen, fastlege og i noen tilfeller spesialist fra sykehuset, der man diskuterer og enes om individuelt tilrettelagt oppfølging av den enkelte pasient. Tverrfaglige møter vil kunne øke bruk av fastleger i oppstart, men det antas at det kan bidra til å redusere behov for mer akutte besøk hos fastlege når tjenesten er etablert. Noen fastleger angir at enkeltpasienter kan ha færre besøk, mens det foreløpig ser ut til at hovedgevinsten er bedre og mer målrettet oppfølging.

I brukerundersøkelse rapporterer hver tredje bruker at de har hatt færre besøk hos fastlege etter oppstart av digital hjemmeoppfølging, mens 9% rapporterer at de har hatt flere besøk. Videre viser undersøkelsen at dette mønsteret forsterkes jo lengre brukerne har hatt tjenesten. Blant de som har hatt digital hjemmeoppfølging i mindre enn seks måneder, har hver fjerde person hatt færre besøk hos fastlegen, mens for de som har hatt tjenesten i 1-2 år angir halvparten at de har hatt færre besøk hos fastlegen.

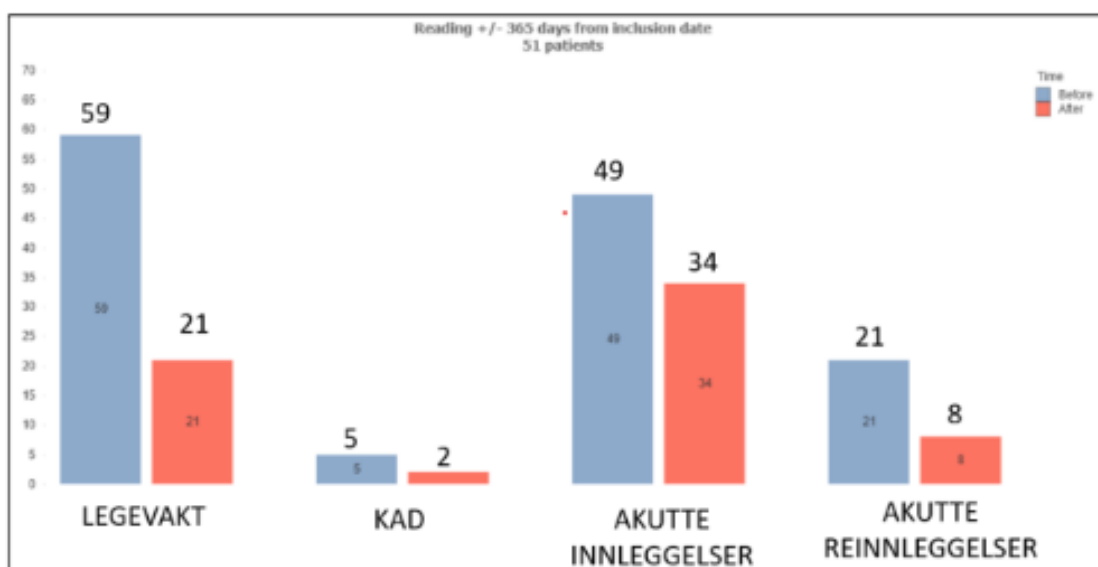
Foreløpige uttrekk fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i prosjektet i Ullensaker/Ahus viser ikke vesentlige endringer for bruk av fastlege ett år før/etter oppstart ved digital hjemmeoppfølging. Her er det viktig å følge opp videre og diskutere hvordan det

kan gi økt effekt også for forbruk av fastleger. For noen vil oppfølging med digital hjemmeoppfølging også kunne avdekke økt behov for oppfølging fra fastlege. Det er imidlertid en klar reduksjon i bruk av legevakt (Figur 12). Dette henger nok sammen med støtte til å fange opp og håndtere forverring på et tidlig tidspunkt.

Effekt på bruk av spesialisthelsetjenester

Når det gjelder sykehusinnleggelser, rapporterer hver fjerde person i brukerundersøkelsen at de har hatt færre innleggelser etter oppstart av digital hjemmeoppfølging, mens 1 av 20 har hatt flere innleggelser. I likhet med fastlegebesøk, ser man at brukerne har færre innleggelser jo lengre de har hatt tjenesten. Det går derimot noe ned igjen når de har hatt tjenesten over tre år.

Prosjektet i Ullensaker har evaluert effekten av digital hjemmeoppfølging ved å analysere helsetjenesteforbruk før og etter oppstart. De har søkt og fått unntak fra taushetsplikt, og data fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) ble koblet og aidentifisert for analysene. Resultatene viser en betydelig reduksjon i forbruk av øyeblikkelig hjelp-tjenester, som akutte døgnopphold og reinnleggelser på sykehus, legevakt og kommunalt akutt døgnopphold (KAD) i løpet av 365 dager før og etter oppstart av digital hjemmeoppfølging.



Figur 12: Forbruk av helsetjenester ved bruk av NPR og KPR data. Blå søyler viser 365 dager før pasienten startet opp med DHO og røde søyler viser 365 dager etter oppstart. Uttrekk i oktober 2024 for 51 pasienter.

Prosjektet i Oslo skriver i sin rapport at antall innleggelser på Diakonhjemmet sykehus har gått ned med 31,5% når de sammenlikner 12 måneder før og 12 måneder etter oppstart med DHO, uavhengig av diagnose. Disse tallene peker i samme retning som effekter fra prosjektet i Ullensaker og Ahus.

Det er et stort behov for å få gode analysedata for å se effekter på tjenesteforbruk, og å kunne diskutere tallene innen det enkelte samarbeidsområde. Bodø og Nordlandssykehuset jobber for å få fram tilsvarende data. Flere andre prosjekt med et visst volum av pasienter ønsker å benytte samme metode. Helsedirektoratet jobber for å få digital hjemmeoppfølging inn i KPR, slik at det skal kunne bli enklere å gjøre disse uttrekkene. Helsedirektoratet vil følge

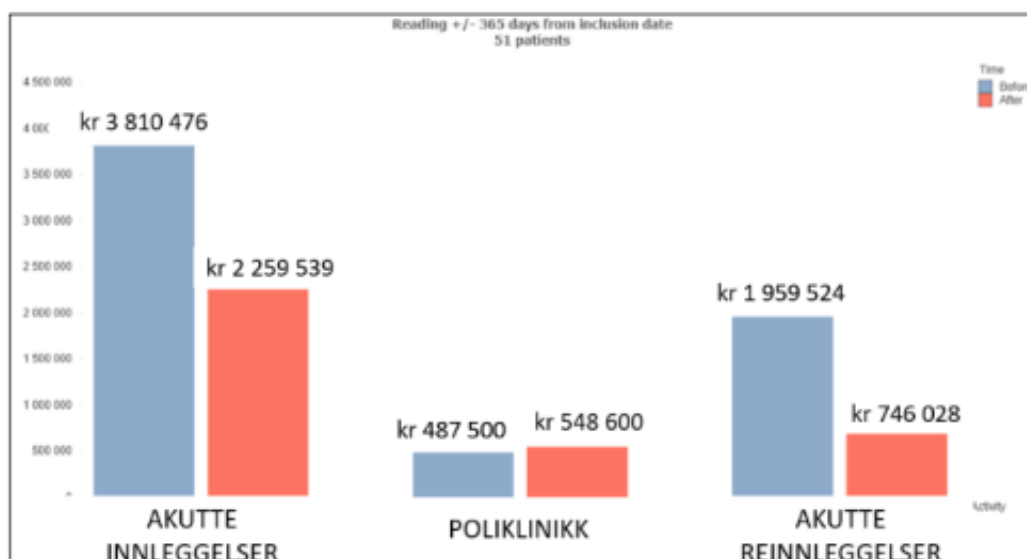
opp hvordan tilgang til data og analyser kan gjennomføres. Dette er et felles behov der sykehus og kommuner samarbeider om oppfølging av pasienter med sammensatte behov.

Kost/nytte-beregninger

Mange kommuner som nå har startet opp med DHO har foreløpig et lite volum, og det er vanskelig å si noe sikkert om kost/nytte i oppstart av en ny tjeneste. Det vil være pukkelkostander ved å komme i gang. Flere antyder at den største gevinsten oppstår om man kan starte med digital hjemmeoppfølging på et tidligere tidspunkt, før behov for fysisk oppfølging oppstår, slik at man utsetter behov. Utfordringer er at det er behov for å vise effekter på kort sikt. Oslo viste i en tidligere presentasjon at i en bydel utgjorde endringer i behov for hjemmesykepleie for fem brukere en reduksjon på ca. 450 000 kroner i løpet av ett år.

Bodø etablerte digital hjemmeoppfølging som en del av det ordinære tjenestetilbudet da kartlegging i utprøvsingsperioden viste tydelige effekter på redusert tjenesteforbruk. De er imidlertid tydelig på at nytteverdi må vurderes når man vurderer om digital hjemmeoppfølging er aktuelt.

Kostnad-per-pasient-beregninger (KPP) fra Ullensaker/Ahus indikerer betydelige unngåtte kostnader på grunn av redusert antall akutte innleggelser og reinnleggelser etter oppstart med DHO (Figur 13).



Figur 13: Kostnad-per-pasient-beregninger fra Ahus.

Det er utfordrende å sammenligne kostnader mellom sykehus og kommunale tjenester på grunn av ulike metoder for kostnadsberegning. Foreløpige kostnadsestimater viser at DHO er betydelig billigere enn alternativet, som er hjemmesykepleie, noe Ullensaker-prosjektet viser i sin sluttrapport. Videre arbeid er nødvendig for å måle i hvilken grad DHO bidrar til unngåtte eller forskjøvet behov for andre helsetjenester.

Prosjektet ved Helgelandssykehuset som følger opp pasienter med kols med avansert hjemmebehandling i samarbeid med kommuner, viser en betydelig kostnadsreduksjon som følge av redusert antall innleggelser og stabilisering av tilstand i sin rapport.

6.5 Måloppnåelse for spredning av digital hjemmeoppfølging

Spredningsprosjektets resultatmål var å etablere tilbud om digital hjemmeoppfølging gjennom samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i alle 19 helsefellesskap innen utgangen av 2024.

De regionale prosjektene har rapportert at samhandling på tvers av helsesektoren er tidkrevende, og at innsikts- og forankringsarbeidet har tatt lengre tid enn planlagt. I løpet av prosjektperioden har det vært aktive pasienter i 18 av 19 helsefellesskap, mens Helse Stavanger-området først kom i gang med pasienter første kvartal 2025. Det har vært en jevn økning i antall personer som følges opp med digital hjemmeoppfølging og antall kommuner som har aktive brukere med tjenesten. Det er 52 kommuner som tidligere ikke har hatt tilbud om digital hjemmeoppfølging som i løpet av prosjektperioden har startet opp med inklusjon av pasienter og hele 74 kommuner som er i gang totalt pr. 15.03.25.

Da spredningsprosjektet ble avsluttet 31.12.24 var det tilbud om digital hjemmeoppfølging innen 16 av 19 helsefellesskap. I løpet av første halvår 2025 er det forventet at 18 av 19 helsefellesskap har tilbud om digital hjemmeoppfølging i én eller flere kommuner. Stavanger har allerede startet opp i første kvartal 2025. Trondheim kommune er i en omstrukturering og avsluttet oppfølging av pasienter som tidligere har hatt digital hjemmeoppfølging. De jobber med å få opp en løsning via HelsaMi i Helseplattformen, men dette ble nedprioritert i 2024. Planen er nå at dette skal på plass i april 2025. Helse Fonna har avsluttet de pasientene som ble fulgt opp i Ullensvang, og har ikke sendt søknad i helseteknologiordningen i 2025. Ved opptelling av antall pasienter pr 15.03.25 var det 1383 aktive pasienter. Dette er en økning på 180 personer fra forrige telling. Dette kan skyldes at flere er i gang og har lagt et godt grunnlag for å starte skalering. Her vil Helsedirektoratet følge utviklingen gjennom rapportering i helseteknologiordningen.

Spredningsprosjekt har etablert et samarbeid om digital hjemmeoppfølging innen alle helsefellesskap i prosjektperioden. Selv om ikke alle helsefellesskap var etablert fra starten, mener Helsedirektoratet at den valgte strategien har bidratt til økt samhandling innen helsefellesskapene. Digital hjemmeoppfølging har blitt et viktig tema i alle helsefellesskap. I 2025 videreføres arbeidet gjennom helseteknologiordningen, og stadig flere helsefellesskap gir rekrutterings- og samhandlingsmidler for å stimulere til en helhetlig satsing på digital hjemmeoppfølging innen eget helsefellesskap.

Spredningsprosjektets effektmål var å bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys til kronisk syke, økt mestring og selvstendighet for brukere og bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer.

Resultatene fra brukerundersøkelsen i desember 2024 samsvarer med erfaringene fra utprøvningsprosjektet og viser positive effekter på opplevelsen av trygghet, mestring og selvstendighet. Effektene på tjenesteforbruk viser lovende tendenser, styrket av tilbakemeldinger fra både brukere og ansatte. Helsedirektoratet må imidlertid følge med på videre forskning for å få enda sterkere støtte til de funnene.

7. Forskningsaktiviteter knyttet til spredningsprosjektet

Et viktig element i spredning av digital hjemmeoppfølging har vært å fortsette og bygge kunnskap. I dette ligger både avtaler og samarbeid med forskningsinstitusjoner og å samle erfaringer og kunnskap fra de lokale prosjektene, deres ansatte og brukere.

Helsedirektoratet inngikk en avtale med Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) om at de skulle følge prosjektet. De har laget en oppsummeringsrapport som ligger som vedlegg til denne rapporten. Av de viktigste tiltakene kan nevnes at de har hatt webinarer om digital hjemmeoppfølging hver 3. uke, der mange av prosjektene har delt sine erfaringer. De har etablert et forskernettverk for digital hjemmeoppfølging som nå har hatt 3 samlinger, hvor også Helsedirektoratet har deltatt og informert om status i prosjektet og forskningsbehov.

NSE har gjennomført to kunnskapsoppsummeringer, en på bruk av økonomisk analyse av effekter for digital hjemmeoppfølging og en på digitalt utenforskap. I tillegg har de hatt fokusgruppeintervju med erfarne prosjektledere og fulgt prosjektene i Nord-Troms og Finnmark spesielt. To søknader til Forskningsrådet i samarbeid med prosjektene har gitt gode vurderinger, men ikke støtte.

Helsedirektoratet har også hatt dialog med Universitetet i Sørøst-Norge, og gitt innspill på forskningstema som kan være aktuelle for å bredde og videreutvikle digital hjemmeoppfølging. Dette har blant annet ført til et doktorgradsarbeid på effekt av egenbehandlingsplaner.

En ansatt i Helsedirektoratet tar en offentlig PhD ved Universitetet i Sørøst-Norge, med tema implementering av digital hjemmeoppfølging i helsefelleskapene. Kunnskap som genereres her blir viktig å ta med i videre arbeid.

I tillegg samarbeider flere lokale prosjekt med ulike forskningsmiljøer, for eksempel samarbeider Stavanger med UiS, Nord-Troms og Finnmark med NSE og Vest Viken med USN.

8. Barrierer og utfordringer

Digital hjemmeoppfølging har gått fra utprøving til spredning basert på nasjonale faglige råd. Samtidig er digital hjemmeoppfølging fortsatt i utvikling. I spredningsprosjekt tilpasses og etableres digital hjemmeoppfølging i mange kommuner og samarbeid over hele landet. I tillegg tas det i bruk for nye målgrupper. Gjennom spredningsprosjektet har prosjektene erfart ulike barrierer og utfordringer. En del av barrierene er fortsatt de samme som det er referert til i sluttrapporten fra utprøving av digital hjemmeoppfølging (2018-2021).

Prosessveiledning, støtte og erfaringsdeling i nettverk, samt oppfølging av ledere og prosjektledere har vært viktige tiltak for å jobbe med disse utfordringene. Arbeidet med å spre og skalere digital hjemmeoppfølging fortsetter.

Barrierene som er listet opp videre i kapittelet, er en oppsummering av innspillene fra prosjektene og må ses på som områder som kan gi utfordringer og som bør få spesielt fokus i videre arbeid med å ta i bruk og skalere digital hjemmeoppfølging.

Finansiering

- Behov for økonomisk støtte: Erfaringer viser at det kan ta tid før digital hjemmeoppfølging gir gevinster, tilskudd og annen støtte er derfor viktig ved oppstart. Det er spesielt viktig hos kommuner som er i en presset situasjon både økonomisk og ressursmessig.
- Silobasert finansiering av tjenestene: Det er ulike finansieringsmodeller i primær og spesialisthelsetjenesten og lite erfaring med samfinansiering. Rekrutterings- og samhandlingstilskudd er positivt for å gi økt gjennomføringskraft til prosjektene i oppstart og bidrar til å redusere risiko.
- Manglende finansiering av forebyggende tiltak: Tjenestene må dreies mer mot forebygging for å redusere veksten i antall pasienter, men det finnes få økonomiske insentiver for dette.
- Takster for fastleger og den aktivitetsbasert finansieringen i sykehus oppleves utilstrekkelige: Det er fortsatt hull i disse systemene selv om det er blitt bedre. Samhandling og takst for oppfølging av pasienter i DHO ville gitt drahjelp i involvering av fastleger. Flere har etterlyst en subsidiering for digital hjemmeoppfølging og det å ta i bruk digitale verktøy i pasientoppfølging,

Ulik kultur og utfordringer i samarbeid

- Ulik faglig tilnærming i sykehus og kommune: Sykehus er organisert ut fra diagnoseområder, mens i kommunen er helsetjenesten basert på brukerens funksjonsnivå og behov for tjenester. Dette kan gjøre det utfordrende å samarbeide om felles pasienter og utarbeide behandlingsplaner, da det kan være ulike syn på hva som skal følges opp og måles..
- Uklare roller og ansvar i en helhetlig tjenestemodell: Pasientforløp på tvers krever en tydelig organisering, hvor sektorovergripende roller løses gjennom definerte roller og ansvarsområder. Det er mange oppgaver som skal ivaretas, og det stilles krav til enighet om ansvar, særlig i overgang mellom sykehus og kommune, og definering av det medisinske ansvaret og informasjonsflyt mellom spesialist og fastlege.
- Utfordrende å få med fastlegene: Prosjektene opplever at fastlegene er skeptiske til å ta i bruk nye verktøy og redd for at det skapes merarbeid. Bruk av egenbehandlingsplaner er nytt, og noen kan oppleve det uklart hvilket ansvar de har når en av deres pasienter følges med digital hjemmeoppfølging. Fastleger som har erfaring, opplever dette i hovedsak positivt og ser nytteverdi. Helsedirektoratet har gjort en juridisk vurdering som er referert i kapittel 5.7.

Utfordrende å synliggjøre gevinster

- Det er krevende å gjøre manuelle registreringer av forbruk av helsetjenester. Det mangler gode analyseverktøy. Det er behov for bedre tilgang på registerdata og kunne gjøre analyser for å følge effekter innen flere prosjekt/helsefellesskap.
- Det er enighet om at dette er bra for pasientene, men det stilles fortsatt spørsmål ved om digital hjemmeoppfølging gir gevinster på tjenesteforbruk. Forskning i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging viste effekt på reduksjon i hjemmesykepleie for tiltaksgruppen. Analysen fra KPR og NPR-data for Ullensaker/Ahus-prosjektet viser tydelig reduksjon i forbruk av akuttjenester både i kommuner og sykehus for pasienter med kols og hjertesvikt. Det er stadig flere studier som viser gevinster av digital hjemmeoppfølging. De ulike prosjektene viser samme tendenser, men foreløpig i liten målestokk.

Kompetanse

- Kompetansetiltak både for ansatte som skal følge opp den enkelte pasient, i hjemmesykepleien og ansatte i tildelingskontor, må tilrettelegges for slik at de har god kunnskap om digital hjemmeoppfølging og er trygg på teknologi og bruk.
- Kjennskap til tjenesten for fastleger, og kompetanse til å utarbeide egenbehandlingsplaner. Tidlig involvering, danne medisinsk faggruppe og emnekurs er blant aktuelle tiltak.
- Kompetanse og interesse hos ledere er viktig for å følge opp ansatte, og også for å få gevinster av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Dette er blant annet vist i en [FoU-rapport fra KS og Sopra Steria](#) fra 2023.

Krevende anskaffelser og manglende samhandlingsløsninger

- Anskaffelser er krevende å gjennomføre, det anbefales derfor å gjøre dette felles innen helsefellesskapene.
- Integrasjon fra DHO-system til journal er ikke på plass for alle. Dette betyr mye for å redusere tidsbruk til dobbeltføring og for pasientsikkerhet. KS tilbyr innføringsløp for kommuner som ønsker å etablere velferdsteknologisk knutepunkt (VKP).
- Ulike verktøy og programvare mellom kommuner, og kommuner og sykehus vanskeliggjøre digital samhandling pt.
- Manglende mulighet for deling av måldata. 4 av prosjektene har bistått Helsedirektoratet i arbeidet med å dokumentere klinisk nytte ved deling av måldata som en del av arbeidet med digital samhandling. Resultatene så langt viser at det oppleves nyttig å ha tilgang til målinger og kunne se trender i oppfølging av den enkelte pasient, men at dette må integreres/kunne vises i egen journal for å bli effektivt og lett tilgjengelig for samarbeidspartnere. Det foregår en utprøving i Vestre Viken og Oslo i Helse Sør-Øst for å teste ut et konsept for deling av måldata i samarbeid med NHN.
- Det er etterspurt å få tilgang til felles digital egenbehandlingsplan, slik at denne kan oppdateres i sanntid ved lege eller sykehusbesøk. Dette er for tiden ikke en del av satsingene i digital samhandling, men er sterkt ønsket.

9. Læringspunkter og anbefalinger ved implementering av digital hjemmeoppfølging

Prosjektene som har deltatt i spredning av digital hjemmeoppfølging består av mange nye samarbeidsprosjekt som startet opp i 2022/2023 og kommuner og sykehus som har jobbet med digital hjemmeoppfølging over flere år. I sine sluttrapporter har prosjektene oppsummert læringspunkter og hvilke råd de vil gi til nye prosjekt som skal starte opp. De viktigste rådene er oppsummert her.

Sørg for god forankring på alle nivå

God forankring på alle nivå og av alle involverte aktører er viktig. Involvering av kommunedirektører letter kobling til politisk nivå, og sikrer at dette vektlegges i organisasjonen. I sykehus må både ledelse, samhandlingsenheter og kliniske avdelinger involveres for å sikre samhandling og felles forståelse. Alle ledernivå og ansatte må

involveres i utviklingsarbeid. Prosjektene må bli enige om felles mål og hva som ønskes oppnådd. Det må etableres en god rigg for prosjektet, med arbeidsgrupper og styringsgruppe.

Lær av andre og jobb med smidig utvikling

Lær av andre prosjekter og bruke deres erfaringer, modeller og prosedyrer. Ved å se til prosjekter som ligner det man selv ønsker å bygge opp, kan man dra nytte av deres erfaringer og unngå fallgruver. Tilpass løsninger til egen virksomhet og komme raskt i gang med uttesting. Involver brukere og ansatte/representanter fra alle aktører i utviklingsarbeidet. Gjennom kontinuerlig evaluering og justering av tjenesten underveis, sikrer man at den utvikles i takt med lokale behov og erfaringer. Lokal erfaring er avgjørende for videre utvikling og tilpasning, og bidrar til å skape en effektiv og integrert tjeneste.

Etabler digital hjemmeoppfølging som en integrert del av helsetjenesten

Etabler digital hjemmeoppfølging som en integrert del av helsetjenesten fra start. Involver tildelingskontoret og bruk ordinære kanaler for samarbeid og informasjonsutveksling både med sykehus og fastleger. Ved innføring av nye arbeidsformer må også gamle arbeidsformer avlæres.

Samarbeid i helsefellesskapet

Samarbeid i helsefellesskapet skaper felles rutiner og forståelse og letter samarbeid mellom sykehus og kommuner. Inviter prosjekter som har gjort det før dere, innhent erfaringer og start forankringen inn i helsefellesskapet. Jobb med felles eierskap og samarbeidskultur. Felles løsninger forenkler samarbeidet, flere helsefellesskap har derfor gjennomført felles anskaffelser, noe som gjør det enklere for kommuner å tilslutte seg når de er klare.

Sikre god opplæring av alle involverte

God opplæring er vesentlig for at ansatte og ledere i tjenesten skal være trygge i bruk av teknologien. Etabler en god dialog med leverandøren og start samarbeid tidlig. Dette bidrar til kompetanseheving og støtte til implementering og skalering. For mange har dette lettet oppstart. Emnekurs oppleves som nyttig for samhandling mellom helsepersonell, forståelse av hva digital hjemmeoppfølging er og å se nytte av tiltaket. Lag gode systemer for enkel opplæring av pasientene, og ikke glem pårørende. De er en ressurs for pasientene og bør inkluderes.

Bruk KS sitt verktøy for helhetlig tjenestemodell for å avklare roller og ansvar

KS har utviklet helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi, for sikre at alle oppgaver blir i varetatt ved implementering av nye teknologi og tjenester. Dette er et nyttig verktøy for å ha oversikt over alle oppgaver og fordeling av roller og ansvar i den enkelte kommune og i regionalt samarbeid. Felles innføringsløp kan gi drahjelp i arbeidet.

Følge opp gevinster og kostnader

For å etablere en bærekraftig tjeneste bør det utarbeides en gevinstplan over hvilke gevinster som forventes og en plan for å følge opp og realisere dette. Oppfølging av gevinster bør starte tidlig og følges opp av ledelsen. Det er viktig å ha kontroll på kostnader, og bygge opp tjenesten gjennom smidig utvikling.

Vurder felles oppfølgingstjeneste

Felles oppfølgingstjeneste kan gjøre det enklere å følge opp et større antall pasienter, vil gi sykepleiere i oppfølgingstjenesten mer erfaring og økt kompetanse og kan gjøre tjenesten mer robust. Det kan forenkle samhandling med sykehuset, da det er enklere for sykehuset å forholde seg til en aktør. Det krever imidlertid en god rigg og tydelig struktur for samarbeid og rollefordeling, gode informasjonsmodeller og tilgang til målinger på tvers.

Råd til andre prosjekter

- Sørg for god forankring i både politisk og administrativ ledelse.
- Hold faste møter med prosjektteamet, styringsgruppen og eiergruppen.
- Start med en pilot og tilpass tjenesten etter erfaringene.
- Ha tett dialog med fastleger og spesialisthelsetjenesten. Legg til rette for kompetanseheving blant helsepersonell.
- Involver brukere og pårørende i utformingen av tjenesten
- Jobb aktivt med gevinstrealisering for å synliggjøre verdien av DHO.
- Delta i relevante møter, workshops og seminarer om tjenesten.

10. Videre arbeid med digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging er fortsatt i utvikling, stadig nye målgruppe inkluderes og antall pasienter som mottar tjenesten øker. Det ligger et stort potensial i samhandling om felles pasienter på tvers av tjenestenivåene i helsefellesskapene. I spredning av digital hjemmeoppfølging er mange små distriktskommuner med. Mange av disse er fortsatt i oppstart. Selv om flere kommuner/prosjekt er over i drift, er det behov for utvikling til nye grupper og støtte til de som er i oppstart. Det er fortsatt behov for koordinering og utvikling av beste praksis og mer lik oppfølging i hele landet. Ikke minst er det behov for bedre tallgrunnlag for analyser av tjenesteforbruk slik at dette kan følges og diskuteres både lokalt, i de enkelte helsefellesskap og nasjonalt.

I videre arbeid med digital hjemmeoppfølging er helsefellesskapene i tillegg til KS nettverk en viktig samarbeidsarena. De regionale digitaliseringsnettverkene kan bidra til økt samarbeid og støtte lokalt for å styrke kommunenes rolle.

Satsingen på digital hjemmeoppfølging er videreført i helseteknologiordningen fra 2025. Det er nå 18 prosjekt som har fått støtte for 2025. Disse dekker 16 helsefellesskap og inkluderer 176 kommuner. To helsefellesskap viderefører satsingen uten tilskudd. Flere av prosjektene har med seg alle kommunene i helsefellesskapet i videre satsing. Flere prosjekt jobber med videreutvikling av tjenesten til nye målgrupper. En del prosjekt utreder etablering av felles oppfølgingstjeneste, med tanke på samarbeid innen regionen og/eller helsefellesskapet.

Oppfølging av prosjektene som jobber videre med spredning av digital hjemmeoppfølging fra helseteknologiordningen er redusert i forhold til strukturen som lå i det nasjonale spredningsprosjektet. Helsedirektoratet samarbeider med KS om videre oppfølging av digital hjemmeoppfølging gjennom helseteknologiordningen.

Følgende aktiviteter er planlagt:

- Helsedirektoratet stimulerer til fortsatt erfaringsdeling, blant annet ved tilgang til felles Teams-område, der prosjektene deler rapportering og rutiner og prosedyrer som utarbeides eller er under utvikling.
- 2-4 digitale fagtemamøter med blant annet tema samarbeid med sykehus om pasientforløp, erfaring med felles oppfølgingstjeneste og gevinstrealisering.
- Rapportering fra tilskuddsmottagere med påfølgende rapporteringsmøter.
- Webinar om endringsledelse og prosjektledelse (for alle i helseteknologiordningen).
- Videre støtte til gjennomføring av emnekurs lokalt.

Helsedirektoratet har anbefalt at prosjektene søker prosessveiledning fra InnoMed om de har behov for veiledning i planlegging, pilotering, gjennomføring, implementering og/eller gevinstrealisering i prosjektet lokalt.

For de fleste prosjektene vil finansiering fortsatt være en utfordring. Det er av stor betydning at de får støtte fra rekrutterings- og samhandlingsmidler og/eller fra tilskudd fra Statsforvalter. Det styrker gjennomføringskraften og gir legitimitet til arbeidet. Dette er også viktig med tanke på å styrke kommunenes evne til å møte framtidige bærekraftsutfordringer.

I tillegg vil dette bidra til styrket samhandling og satsing på felles løsninger innen det enkelte helsefellesskap.

Helsedirektoratets rolle videre vil i første rekke være:

- Videreføre tilskuddsforvaltning gjennom helseteknologiordningen og bidra til videreutvikling av ordningen i tråd med utfordringsbildet og behov i kommunene.
- Normering: det vil etter hvert være behov for oppdatering av de nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging i tråd med ny forskning og eventuelle endringer i lovverk.
- Følge med rollen: Bidra til å få fram statistikk og analyser for effekter på tjenesteforbruk og forenkle tilgang til styringsdata for helsefellesskapet. Helsedirektoratet bidrar i arbeidet med å få digital hjemmeoppfølging inn som en tjeneste i KPR fra 2026.
- I tråd med e-helsestrategien, skal Helsedirektoratet bidra til finansieringsordninger som fremmer bruk av digitale helse- og omsorgstjenester.
- Digital samhandling knyttet til effektivisering av blant annet digital hjemmeoppfølging (herunder pasientens måledata). Her må også deling av digital egenbehandlingsplan løftes fram som et viktig område.
- Deltakelse i EU-prosjekter knyttet til telemedisin/DHO.

11. PDF av rapporten

Last ned rapporten som PDF

12. Vedlegg

- Resultat fra nasjonal brukerundersøkelse desember 2024
- Lokale sluttrapporter etter spredningsprosjektet
 - Oppramsing av prosjekt
- Oppsummering av forskningsaktivitet knyttet til spredningsprosjektet for digital hjemmeoppfølging ved nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE)