

Innspill til Helsereformutvalget: Digital hjemmeoppfølging (DHO) og samhandling

Fra lege med erfaring fra DHO, ansatt i leverandørvirksomhet, Dignio AS. Dignio er leverandør av DHO SaaS samt elektroniske medisindispensere.

Jeg skriver som lege med erfaring fra digital hjemmeoppfølging (DHO). Dette innspillet bygger på erfaringer fra implementering og drift i samarbeid med kommuner og helseforetak.

I en helsereform som skal styrke bærekraft, kapasitet og bedre pasientforløp, mener jeg det er naturlig at målrettet skalering av DHO får en tydelig plass.

DHO er et viktig virkemiddel for å møte kapasitetsutfordringene i helsetjenesten- og dermed "sikre riktig bruk av menneskelige og teknologiske ressurser".

Erfaring fra drift og dokumentasjon viser gevinster av DHO som færre innleggelser, mindre belastning på helsepersonell, bedre pasientsikkerhet og økt egenmestring. For å få nasjonal bredding trengs tydeligere strukturelle forutsetninger:

1) Gi helsefelleskapene felles ansvar og riktige insentiver

DHO lykkes best når kommune og sykehus planlegger og leverer sammen.

Helsefelleskapene fungerer godt som samarbeidsmodell, men økonomi og ansvar er fortsatt fragmentert: investering og gevinst havner på ulike nivå. Det hemmer skalering.

Forslag: Utvalget bør anbefale mer samordnet finansiering og ansvar for definerte pasientforløp i helsefelleskapene, slik at gevinster og kostnader fordeles bedre mellom kommuner og helseforetak.

2) Finansiering og støtteordninger må støtte drift og skalering

Skal helsetjenesten bli bærekraftig, må vi tenke mer grunnleggende nytt om dagens finansierings- og refusjonsordninger. I dag belønnes fysisk aktivitet og kontaktvolum, mens digitale tjenester som kan gi like god eller bedre medisinsk oppfølging, med mindre ressursbruk, ikke får tilsvarende insentiver. Det gir feil retning: man risikerer å "tape" på å jobbe smartere.

DHO og andre former for digital oppfølging kan erstatte unødvendige kontroller, redusere behovet for polikliniske konsultasjoner og forebygge innleggelser, uten at kvalitet og pasientsikkerhet svekkes. Det bør derfor være mulig å organisere finansieringen slik at tjenestene **ikke straffes økonomisk for å unngå ekstra kontroller**, men tvert imot kan belønnes for riktig oppfølging på laveste effektive omsorgsnivå.

Forslag: Utvalget bør anbefale finansieringsmodeller som i større grad belønner **ønsket effekt og verdi av utfall** (kvalitet, pasientsikkerhet, redusert behov for unødvendige kontroller og innleggelser), ikke bare antall fysiske kontakter. Dette kan eksempelvis innebære mer outcome-/forløpsbasert finansiering for utvalgte pasientgrupper, og refusjonsordninger som likestiller digital oppfølging med fysisk konsultasjon når det er faglig

riktig. Anbefaler generiske takster for digital oppfølging, slik at tjenesten er fleksibel til å lage nye forløp som ikke avhenger av spesifikk takstkode.

3) Standardiser digitale forløp og oppfølgingsalgoritmer - som annen behandling

Som kliniker er det tydelig at DHO fungerer best når oppfølgingen er forutsigbar, faglig forankret og tydelig ansvars plassert. I dag må mange kommuner og sykehus utvikle oppfølging, terskler for respons og arbeidsflyt lokalt, selv for pasientgrupper der kunnskapsgrunnlaget er godt. Det gir høy terskel for innføring og stor variasjon i både tilbud og kvalitet.

Skal DHO bli en trygg og naturlig del av helsetjenesten, må digitale forløp behandles mer som annen medisinsk oppfølging: med **nasjonale faglige anbefalinger, tydelige kriterier for eskalering, og enhetlige minimumskrav til oppfølging**. Det handler ikke om å redusere klinisk skjønn, men om å gi en felles faglig ramme som sikrer at pasienter følges opp riktig - uavhengig av bosted og organisering.

Forslag: Helsedirektoratet bør få mandat til å utvikle og anbefale standardiserte digitale forløp og oppfølgingsalgoritmer i tett samarbeid med fagmiljøene. Dette kan omfatte:

- hvem som egner seg for DHO (inkl./ekskl.-kriterier)
- hvilke måleparametre som skal/bør følges og, ved behov, hvor ofte
- terskel-/grenseverdier og respons/eskalering (hva gjør vi når...)
- en bank av standardiserte spørreskjema til fri bruk for tjenesten, f.eks. relevante spørsmål for hjertesvikt, KOLS og diabetes som er mye brukt i Helsefelleskapene
- en bank av eksempler på digitale Egenbehandlingsplan (EBP) til fri bruk for tjenesten, f.eks. relevante EBP for hjertesvikt, KOLS og diabetes
- ansvar og rollefordeling mellom kommune og sykehus
- krav til dokumentasjon, pasientsikkerhet og kvalitet

Slike føringer vil senke terskelen for bruk i kommuner og mindre sykehus, redusere uønsket variasjon, og gjøre det enklere å ta DHO fra prosjekt til ordinær drift.