

Prosjekt Samhandlingsmodell Digital Hjemmeoppfølging (SDHO)

Notat om organisatoriske barrierer 1.0

Helsefellesskapet i bergensområdet

24.04.2026

Innhold

Formål med dokumentet	2
Sammendrag.....	2
Ordforklaringer	4
Metode og datamateriale.....	5
Dybdeintervjuer, samtaler og kompetanseoverføringsmøter.....	5
Avgrensinger ved analysen	6
Erfaringsoverføring og innledende møter	6
Intervjuer med aktører	6
Prioriterte pasientgrupper	7
Organisatoriske barrierer for digital hjemmeoppfølging.....	8
Barriere 1 - Ulik organisering og faglig tilnærming.....	9
Dagens situasjon	9
Ulik organisering	10
Barriere 2 - Ulik kultur og samarbeidsutfordringer, uklare roller og ansvar	11
Dagens situasjon	11
Medisinsk ansvar	12
Oppfølgingscenteret.....	12
Barriere 3 - Utfordrende å inkludere fastleger	15
Dagens situasjon	15
Konsekvens av fastlegens involvering	17
Barriere 4 – Kompetanseutfordringer.....	18
Barriere 5 - Manglende koordinering mellom DHO-initiativ	19
Dagens situasjon	19
Konsekvens	21
Avslutning	21
Litteraturliste.....	22
Vedlegg.....	1

Formål med dokumentet

Dette dokumentet beskriver innsiktsarbeidet som er gjennomført i arbeidspakken organisering/tjenesteforløp i prosjektet “Samhandlingsmodell digital hjemmeoppfølging”. Innsiktsarbeidet har som formål å gi oss innsikt i hvordan samhandlingen praktisk og strategisk kan se ut, og dette dokumentet svarer ut utfordringer knyttet til denne samhandlingen.

Dokumentet er ett av tre barrieredokumenter utarbeidet av prosjektgruppen. De øvrige dokumentene dekker områdene teknologi og finansiering. Alle dokumentene bør sees i sammenheng for å gi en helhetlig forståelse av prosjektets kompleksitet. De øvrige barrieredokumentene ligger vedlagt dette dokumentet.

Formålet er å hente ytterligere innsikt ved å innhente tilbakemeldinger på dette dokumentet. Det betyr at innhold og konklusjon kan justeres.

Sammendrag

Dokumentet sammenfatter innsiktsarbeidet som er gjennomført i arbeidspakken organisering og tjenesteforløp i prosjektet Samhandlingsmodell digital hjemmeoppfølging (SDHO). Målet med innsiktsarbeidet har vært å få en dypere forståelse av hvordan samhandling om digital hjemmeoppfølging (DHO) kan organiseres og fungere i praksis mellom kommune, sykehus og fastleger, og hvilke organisatoriske barrierer som må håndteres for å lykkes med implementering og drift.

Innsikten viser at DHO særlig er relevant for pasienter med langvarige og sammensatte behov som risikerer å falle mellom tjenestenivåene – ofte pasienter som er for friske til å motta omfattende kommunale tjenester, men samtidig for syke og sårbare til å mestre sykdomsutviklingen selv over tid. KOLS og hjertesvikt har vært sentrale utgangspunkt, men funnene indikerer også et potensial for andre prioriterte pasientgrupper. Gjennom

bruk av personas og skisserte tjenesteforløp er kritiske overgangspunkter og samhandlingsutfordringer i dagens pasientforløp synliggjort.

Prosjektgruppen har identifisert fem overordnede organisatoriske barrierer for DHO:

- 1) Ulik organisering og faglig tilnærming
- 2) Ulike kulturer og samarbeidsutfordringer med uklare roller og ansvar,
- 3) Utfordringer med å inkludere fastleger
- 4) Kompetanseutfordringer
- 5) Manglende koordinering mellom DHO-initiativer

Barrierene bidrar samlet til fragmenterte pasientforløp, uklar ansvarsdeling, overlappende tjenester og begrenset gevinstrealisering.

Innsikten peker på behovet for tydeligere felles styring, bedre rolle- og ansvarsavklaring og mer koordinerte tjenesteforløp på tvers av nivåene. Et sentralt oppfølgingscenter, supplert med lokale DHO-kontakter i kommuner og sykehus, fremstår som et viktig organisatorisk grep for å sikre helhetlige, trygge og likeverdige pasientforløp. Aktiv involvering av fastleger trekkes frem som avgjørende for kontinuitet, kvalitet og bærekraft i DHO-tjenesten.

Dokumentet gir helsefellesskapet et felles kunnskapsgrunnlag for videre utvikling av samhandlingsmodell, tjenesteforløp og organisering av DHO, og skal støtte videre strategiske og operative valg i prosjektet.

Ordforklaringer

Begrep	Definisjon
Oppfølgingsenter	Et tverrfaglig helseteam som følger opp pasienter basert på definerte behandlingsplaner og mottatte helsedata registrert av pasient. Tjenesten overvåker målinger, vurderer helsetilstand og iverksetter nødvendige tiltak for å sikre tidlig oppdagelse av endringer, styrket egenmestring og mer sammenhengende pasientforløp.
DHO	Digital hjemmeoppfølging
Digital hjemmeoppfølging	Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient og behandler(e) skjer digitalt
SDHO	Samhandlingsmodell digital hjemmeoppfølging (forkorting for dette prosjektet)
Helsefellesskap	Formalisert arena der helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere for å utvikle og planlegge tjenester til pasienter som trenger tjenester fra begge nivåer

Metode og datamateriale

Dette dokumentet bygger på en kvalitativ og iterativ analyse av relevante rapporter, styrings- og erfaringsdokumenter, samt innsikt fra dialog og intervjuer med nasjonale DHO-tjenester.

Beskrivelsen av barrierene bygger på kvalitative, semistrukturerte intervjuer med fastleger, helsepersonell i sykehus og i kommunene. Gjennom intervjuene har prosjektgruppen samlet erfaringer og refleksjoner knyttet til DHO. Kvalitativ metode gir innsikt i komplekse samhandlingsmønstre, utfordringer og muligheter som vanskelig fanges opp gjennom kvantitative metoder. Prosjektgruppen har gjennomført et 12-ukers innsiktsarbeid med sentrale aktører for å utforske deres perspektiver, holdninger og erfaringer.

Dybdeintervjuer, samtaler og kompetanseoverføringsmøter

Som nevnt har prosjektgruppen tatt utgangspunkt i å møte aktørene med en kort presentasjon av DHO og prosjektet rundt DHO, samt en løs intervjuguide med spesifikke spørsmål prosjektgruppen ønsket svar på. Intervjuguiden var utarbeidet i fellesskap i prosjektgruppen, og var primært basert på en praktisk tilnærming til DHO, snarere enn et strategisk og overordnet perspektiv. Barrierene har vært viktige for prosjektet, men ble ikke brukt som direkte utgangspunkt i intervjuguidene.

På denne bakgrunn kan innsiktsarbeidet beskrives som gjennomført med en abduktiv tilnærming, der enkelte forhåndsantakelser om DHO har vært til stede, samtidig som empirien – data fra intervjuene – har vært tillagt størst vekt. Et sentralt poeng har vært å møte aktørene, altså de involverte tjenestene og fagpersonene der de er. Intervjuene er gjennomført på aktørenes arbeidsplasser, i sykehus, fastlegekontor, og i kommunen, for å unngå at samtalen preges av en fremmed kontekst. Alle intervjuene er gjennomført fysisk, både for å redusere tekniske utfordringer og for å oppnå best mulig flyt i dialogen. Intervjuene er utført av hovedsakelig to til tre prosjektmedlemmer, med unntak av ett intervju som ble utført av ett prosjektmedlem. Intervjuene ble lagt opp til

at minst ett prosjektmedlem har hatt hovedansvaret for notatskriving til bruk i senere analyse.

Avgrensinger ved analysen

Analysen tar utgangspunkt i tjenesteforløp med bred samhandling mellom kommune, sykehus og fastlege, som er definert som de mest sentrale aktørene. Prosjektgruppen har ikke intervjuet legevakt eller privat helseinstitusjoner. Disse aktørene har imidlertid vært tatt med i betraktning og er diskutert i flere av intervjuene. Legevaktens perspektiv er formidlet gjennom fastlegene. Selv om perspektivet dermed har kommet frem, har legevakten ikke vært definert som en egen aktør i DHO-samhandlingen.

Erfaringsoverføring og innledende møter

- Intervju med totalt tre DHO-prosjekt; Ullensaker, Bodø, Oslo kommune
- MILA-prosjektet bidro med erfaringsoverføring mellom lungeleger på AHUS til ledergruppen på lungeavdelingen i Helse Bergen og fra fastlege til prosjektgruppen.

Intervjuer med aktører

Spesialisthelsetjenesten	Primærhelsetjenesten	Fastleger
Hjerteleger Haraldsplass diakonale sykehus	Responssenteret, Bergen kommune	Fastlege, kommuneoverlege Austrheim kommune
Sykepleier sengepost og lege poliklinikk, lungeavdelingen, Helse Bergen	Vurderingsenheten, Bergen kommune	Samhandlingslege Helse Bergen
	Hjemmesykepleie og leder, Fedje kommune	Kommuneoverlege Øygarden kommune

	Hjemmesykepleie, lokalmedisinsk senter Øygarden kommune	
--	---	--

Prioriterte pasientgrupper

Innsiktsarbeidet prosjektgruppen har gjennomført viser at DHO primært er relevant for pasienter som kan “falle mellom to stoler”. Dette omfatter pasienter som er for friske til å motta omfattende kommunale tjenester, men som samtidig har en sykdomsutvikling som krever medisinsk oppfølging av varierende intensitet. Et gjennomgående mønster er at pasientene mottar helsetjenester som bidrar til et akseptabelt funksjonsnivå, men som de over tid ikke klarer å opprettholde på egenhånd. Dette kan beskrives som en ad hoc-bruk av helsetjenestene.

Kols og hjertesvikt er som nevnt tidligere de to diagnosene DHO i størst grad har vært utprøvd nasjonalt. Disse pasientgruppene har derfor vært et naturlig utgangspunkt for prosjektet og innsiktsarbeidet vårt.

Samtidig kan DHO være nyttig også for flere av Helsedirektoratets prioriterte pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2025)

- Personer med flere kroniske tilstander
- Personer med alvorlig psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- Eldre med skrøpelighet

Tjenesteforløpene tar utgangspunkt i to personas; Liv (72 år) og Arne (64 år) som henholdsvis representerer pasienter med hjertesvikt og KOLS. Prosjektgruppen har skissert og visualisert hvordan Liv og Arne beveger seg gjennom ulike helse- og omsorgstjenester, samt hvordan samhandling mellom aktørene i systemet foregår. Tjenesteforløpene synliggjør sentrale kontaktpunkter, beslutningsøyeblikk og overganger, for eksempel fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Skissene bidrar til økt forståelse av hvor belastninger oppstår i tjenestene, hvilke aktører som er involvert, og hvordan DHO kan påvirke både arbeidsflyt og pasientopplevelse.

Personasene Liv og Arne og tjenesteforløpene ble medbrakt i utskrift til intervjuene med aktørene. Dette har vært nyttig, ettersom konkrete eksempler har gjort det enklere å diskutere DHO som et håndfast konsept, som ellers kan oppleves som relativt abstrakt.

Organisatoriske barrierer for digital hjemmeoppfølging

Kommuner og sykehus vil i tiden fremover være avhengige av å samarbeide tettere om pasienter med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester på tvers av tjenestenivåene. Både primær- og spesialisthelsetjenesten har i de senere år fått utfordringer med rekruttering av helsepersonell, særlig leger og sykepleiere. Denne utfordringen vil trolig øke på i årene som kommer. Som et virkemiddel for bedre ressursutnyttelse og tjenester kan kombinerte stillinger mellom tjenestenivåene styrke samhandlingen (NOU 2023:4, s.12 og 218). Myndighetene oppfordrer til styrket samhandling gjennom helhetlige pasientforløp og økt digitalisering av helsetjenester, hvor pasientene i større grad mottar spesialisthelsetjenester i eget hjem.

Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale faglige råd med en sterk anbefaling til kommunene om å tilrettelegge for DHO og inngå samarbeid med sykehusene (Helsedirektoratet, 2022).

Over flere år har det vært en tydelig forståelse hos sentrale myndigheter av at vellykket DHO for pasienter med behov for tjenester fra flere nivå forutsetter god samhandling mellom tjenestenivåene (Riksrevisjonen, 2025). Forestillingen om det gode pasientforløpet er i stor grad til stede hos involverte aktører, men i praksis avdekkes det ofte svakheter og mangler som gjør forløpene mer sårbare og krevende enn nødvendig. Både regionale helseforetak, helseforetak og kommuner har betydelig handlingsrom til å organisere egne tjenester, og samhandling om pasienter med sammensatte lidelser eller behov for koordinerte tjenester på tvers av etablerte strukturer utfordrer dagens organisering.

Riksrevisjonen (2025) konkluderer med at «sykehusene har i liten grad tatt i bruk mulighetene teknologien gir for samarbeid med kommuner om tjenester nærmere pasienten». Dette peker på et tydelig gap mellom politiske ambisjoner og faktisk

praksis, og understreker behovet for å identifisere og adressere organisatoriske forhold som hemmer utviklingen av DHO.

For å identifisere hvilke barrierer prosjektgruppen burde arbeide videre med, er det gjennomført en gjennomgang av nasjonale, regionale og lokale rapporter knyttet til DHO. Gjennomgangen avdekket et stort antall barrierer, hvor flere i betydelig grad overlappet hverandre. For å systematisere arbeidet ble barrierene kategorisert, og like eller tilnærmet like barrierer ble slått sammen. Arbeidet resulterte i fem overordnede organisatoriske barrierer som går igjen på tvers av rapportene:

- Ulik organisering og faglig tilnærming
- Ulik kultur og samarbeidsutfordringer, uklare roller og ansvar
- Utfordrende å inkludere fastleger
- Kompetanseutfordringer
- Manglende koordinering mellom DHO-initiativ

Disse barrierene dekker sentrale utfordringer knyttet til struktur, oppgaveoverføring, samhandling, organisering og kompetanse i dagens tjenesteforløp for DHO. Noen av barrierene er senere utforsket nærmere gjennom intervjuer og dialog med relevante aktører, mens andre fungerer som overordnede rammer som beskriver mer grunnleggende utfordringer i organiseringen av tjenestene. Samlet sett representerer barrierene forhold som må adresseres for å lykkes med implementering og bærekraftig drift av DHO i praksis.

Barriere 1 - Ulik organisering og faglig tilnærming

Dagens situasjon

“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” (Helsedirektoratet, 2025, s. 44).

Ulik organisering

“Pasientforløp som går på tvers av Helseforetak og kommuner krever en tydelig organisering hvor sektorovergripende oppgaver løses gjennom definerte roller og ansvarsområder. Mange oppgaver skal løses både med tanke på pasientbehandlingen, vedlikehold av tjenesten, support, utstyr, IT-drift og avtaleforvaltning. DHO kan eksempelvis føre til at pasienten sendes hjem, mens behandlingsansvaret fortsatt er spesialisthelsetjenestens, samtidig som pasienten kanskje også mottar kommunale tjenester. Dette skaper stor forvirring rundt roller og ansvar mellom kommuner og sykehus” (Helsedirektoratet, 2021).

DHO er en kompleks tjeneste som går på tvers av primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fastlegeordningen. Aktørene arbeider etter ulike lovverk og ulike organisatoriske strukturer, og tjenesten må fungere innenfor store variasjoner i kommunenes størrelse, kapasitet, pasientgrunnlag og tilgang på helsepersonell.

Intervjuene viser at kommunene opplever flere organisatoriske utfordringer knyttet til DHO. I flere av intervjuene beskrives DHO som et forebyggende og ikke-lovpålagt tilbud, noe som medfører vanskeligheter med å prioritere DHO i dagens økonomiske situasjon. Innsikten viser en variasjon mellom store og små kommuner. Det vil si at det eksisterer et spenn mellom kommuner som har høyt trykk på lovpålagte oppgaver, til kommuner med god kapasitet, og dermed ulike behov og mulighet til å satse på tjenesten.

Funnene viser også at pasienter kan havne mellom tjenestenivåene – for friske til å få kommunale helsetjenester i hjemmet, eller at de ikke ønsker det, samtidig er de for sårbare til å mestre hverdagen på egenhånd over tid. Flere beskriver såkalte *svingdørspasienter*, ofte pasienter med KOLS eller ustabile tilstander, som går inn og ut av spesialisthelsetjenesten uten at de mottar pleie- og omsorgstjenester før et betydelig funksjonsfall. Dette er pasienter med betydelig fare for reinnleggelser.

Intervjuene viser variasjon i hvem som defineres som «riktig pasient» for DHO, og fare for ulik praksis for inkludering. Det kommer også fram ulike forståelser av hva som er

målsettingen med DHO – om det primært handler om forebygging, trygging, avlastning, triageringsverktøy eller medisinsk oppfølging.

Det fremgår videre at det er usikkerhet om hvem som skal følge opp pasientene, og hvordan oppgaver skal fordeles mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og fastlegen. Sykehuset peker på behov for strukturerte møtepunkter, som faste samarbeidsmøter, mens kommunene etterlyser tydelig ansvarsfordeling før slike strukturer kan etableres. Dette kan for eksempel handle om hvem som er medisinsk ansvarlig når. Det vil vi komme tilbake til i barriere 2.

I tillegg beskrives utfordringer med manglende felles arbeidsprosesser mellom tjenestene både internt og mellom aktørene. Flere peker på at eksisterende tjenester som rehabilitering, poliklinikk, hjertesviktoppfølging og ambulerende team opererer parallelt uten koordinering. Dokumentet vil gå nærmere inn på koordineringsutfordringer i barriere 5.

Til slutt viser funnene variasjon i modenhet og erfaring mellom kommunene, der noen har etablert ordninger og praksiser, mens andre har liten eller ingen erfaring.

Barriere 2 -

Ulik kultur og samarbeidsutfordringer, uklare roller og ansvar

Dagens situasjon

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 (Helsedirektorat, 2025)

I innsiktsarbeidet har flere informanter pekt på behovet for at prosjektet tydelig beskriver det medisinske ansvaret og hvordan den framtidige DHO-tjenesten er tenkt organisert. Erfaringer fra DHO-prosjekter andre steder i landet understreker betydningen av et sentralt oppfølgingscenter, supplert med DHO-kontakter i kommunene. På denne bakgrunnen vil prosjektgruppen beskrive en mulig organisering av tjenesten, basert på nasjonal kunnskap samt innspill og erfaringer fra intervjuene.

Medisinsk ansvar

Gjennom innsiktsarbeidet i prosjektet har spørsmål om det medisinske ansvaret fremstått som et av de mest sentrale temaene. Flere aktører har etterspurt tydeliggjøring av ansvarlinjer og rollefordeling, særlig med tanke på hvordan dette kan videreføres eller understøttes i en fremtidig DHO-tjeneste. Legene som har bistått i prosjektet har *ikke* vært usikre på hvem som har det medisinske ansvaret i dagens pasientforløp eller i en fremtidig DHO-tjeneste, andre aktørene har uttrykt bekymring, og har behov for at det medisinske ansvaret blir tydeliggjort av prosjektet.

Legen med det overordnede, faglige ansvaret for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasient, eller for medisinske beslutninger i virksomheten har det medisinske ansvaret. Rollen innebærer å sikre forsvarlig helsehjelp, koordinere tjenester og utarbeide rutiner eller behandlingsplaner. Fastlegen har en klar koordinerende rolle og lege/legespesialist i sykehus har større planansvar for behandling. Eventuelt som medisinsk-faglig rådgiver med ansvar på virksomhetsnivå.

I DHO vil oppfølgingscenteret utøve pasientoppfølging i henhold til et mandat med behandlingsplaner som er individualisert, og være ansvarlig for at rådene som gis følger denne. I dette ligger både mulighet for å overvåke trender i et angitt sykdomsbilde og koordinere helsehjelpen for pasienten. Det overordnede medisinske ansvaret vil utover dette være et dynamisk ansvar, der fastlege eller sykehuslege vil være ansvarlig for sitt bidrag inn i DHO.

Oppfølgingscenteret

Oppfølgingscenteret er den sentrale og koordinerende funksjonen i DHO-tjenesten, og fungerer som navet mellom pasient, fastlege, spesialisthelsetjenesten og kommunale

tjenester. Senteret sikrer at pasientoppfølgingen er trygg, helhetlig og lik på tvers av kommuner og nivåer.

Kjerneoppgaver i oppfølgingssenteret

1. Koordinere og sikre pasientoppfølgingen

Oppfølgingssenteret vil ha hovedansvaret for den daglige driften av DHO. Senteret skal sikre at pasienten får rett oppfølging til rett tid. Det skal ikke være en 24/7-tjeneste, men et kontaktpunkt innenfor ordinær arbeidstid. Pasienten har selv hovedansvaret for å følge sin plan.

2. Overvåke og følge opp pasientdata

De ansatte i oppfølgingssenteret følger med på registreringene gjort av pasientene, dette innbefatter trender, symptomskjema og vitale målinger. Oppfølgingssenteret følger spesielt nøye med i oppstarten, men vil fremdeles gjøre avsjekk når pasienten er i gang med DHO. Ved å følge med på registreringene vil de oppdage tegn til forverring tidlig, oppfølgingssenteret og pasienten kan da sammen iverksette nødvendige tiltak. Oppfølgingssenteret blir filteret til fastlegene og spesialisthelsetjenesten, som bare mottar nødvendige data for å ta medisinskfaglige vurderinger.

3. Gjennomføre oppfølgingssamtaler

Pasientene har behov for oppfølgingssamtaler med oppfølgingssenteret. Både pasient og oppfølgingssenteret kan ta kontakt med hverandre ved behov. Oppfølgingssenteret ser på symptomer, motivasjonen hos pasienten, hvorvidt de mestrer løsningen og videre behov for tiltak. Vurderingene som blir gjort er basert på klinisk vurdering.

4. Være bindeleddet mellom nivåene

Oppfølgingssenteret vil være bindeleddet mellom tjenestenivåene. Dette sikrer at alle har felles forståelse for oppfølgingen til hver enkelt pasient. Tjenesten skal koordinere tiltak på tvers, dette reduserer forhåpentligvis risikoen for at pasientene faller mellom tjenestene.

5. Forvalte og oppdatere egenbehandlingsplanen

Det er oppfølgingssenteret som har ansvaret for å justere planen til pasienten. Dette gjør tjenesten sammen med fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingssenteret sikrer med det at det er én, felles og oppdatert plan tilgjengelig for alle involverte parter.

6. Struktur og kvalitet

Oppfølgingscenteret skal arbeide etter standardiserte rutiner og kriterier, det skal ikke være personavhengig hvordan tjenesten praktiseres. Oppfølgingscenteret er det konstante leddet som deltar i alle tverrfaglige møter med fastleger og spesialister. Det vil bli satt opp faste møter.

Rekruttering og kompetanse

Oppfølgingscenteret

Oppfølgingscenteret burde bemannes med sykepleiere og annet høykvalifisert helsepersonell. Det er en forutsetning at de har erfaring med kroniske sykdommer som f.eks. KOLS og/eller hjertesvikt. De ansatte i oppfølgingscenteret må ha evne til å jobbe tverrfaglig på tvers av omsorgsnivåene og ta seg av kjerneoppgavene som er skissert i kapittelet ovenfor. Tjenesten krever kombinasjon av helsefaglig kompetanse, teknologiforståelse og strukturert samhandlingskompetanse.

Lokal DHO-kontakt

For å sikre helhetlige og trygge pasientforløp i DHO er det behov for dedikerte DHO-kontakter i kommuner og sykehus. Rollen fungerer som et faglig bindeledd mellom pasient og/eller pårørende, lokalt tjenestenivå og oppfølgingscenteret.

I kommunen er DHO-kontakten den lokale fagpersonen og har hovedansvar for praktisk oppstart, opplæring i utstyr og pasientoppfølging, særlig i etableringsfasen og de første 14 dagene. Rollen bidrar til vurdering av hvem som egner seg for DHO, sikrer god samhandling mellom digital og fysisk oppfølging og støtter pasienten i å oppleve trygghet og mestring. Antall DHO-kontakter tilpasses kommunens størrelse og behov.

I sykehuset har DHO-kontakten et faglig koordinerende ansvar og bidrar til å identifisere og inkludere pasienter som egner seg for DHO både i poliklinikk og på sengepost. Rollen skal sikre god samhandling med primærhelsetjenesten og oppfølgingscenteret.

Begge rollene krever helsefaglig kompetanse, god vurderingsevne og forståelse for pasientforløp på tvers av nivåene, men med ulikt tyngdepunkt: kommunen med pasientnær og praktisk oppfølging, og sykehuset med faglig identifisering og forankring av DHO i spesialisthelsetjenesten.

Barriere 3 - Utfordrende å inkludere fastleger

I Helsefelleskapet bergensområdet antas det å være ca. 500 fastleger. Fastlegene er en avgjørende aktør for å lykkes med DHO. Fastlegene står i et voldsomt tidspress, med varierende erfaring og kompetanse innen digitale helsetjenester.

Barrieren med å inkludere fastlegene fremsto tidlig som viktig, og derfor har prosjektgruppen hatt en fastlege som medlem i prosjektgruppen. Dette kapitlet beskriver hva som ligger bak skepsisen, hvilke behov som ikke er dekket, og hva som må være på plass i samhandlingen for at fastlegene skal kunne delta i DHO.

Dagens situasjon

Fastlegene står i en arbeidshverdag preget av stort press, mange konsultasjoner og mange samtidigetskonflikter. De opplever at nye tjenester ofte kommer med uklare forventninger, risiko for merarbeid og manglende, evt. uklare, takstkoder. Et gjennomgående funn er at DHO fremstår uklart definert for mange: *Hva er tjenesten? Hvem eier den? Hvem har ansvaret når noe skjer?*

Det skaper bekymring når de ikke vet om DHO vil øke eller redusere arbeidsbelastningen, om teknologien gir flere oppgaver i stedet for færre, hvordan ansvaret for målinger, forverring og medisinendringer er fordelt, eller forventingen generelt til fastlegen. De fastlegene som har erfaring med DHO fra MILA-prosjektet beskriver derimot at det kan fungere svært godt – særlig når rollene er avklart, teknologien er enkel og oppfølgingscenteret tar hovedansvar for plan og oppfølging av pasientregistrerte helsedata.

DHO beskrives som et konsept med potensiale. Samtidig ser de at DHO kan fungere som et støtteverktøy som gir bedre innsikt gjennom trender, struktur og tidligere oppdagelse av forverring. De understreker likevel at DHO ikke kan erstatte kliniske vurderinger eller fysiske konsultasjoner, og at tjenesten må være reelt avlastende og ikke bidra til merarbeid. Flere fastleger i MILA-prosjektet trekker frem at det er ønskelig med gode retningslinjer for egenbehandlingsplan og digitale løsninger i DHO-tjenesten. Eksempel på dette kan være sporing av endring i egenbehandlingsplan. Dette vil synliggjøre når planen er godkjent av lege og når endringer har blitt iverksatt.

En viktig innsikt er at mange opplever DHO som et initiativ som er innført «ovenfra», uten nok medvirkning eller forankring i fastlegenes arbeidshverdag. Den nåværende høye arbeidsbelastning forsterker denne skepsisen. Variasjonen er stor: noen er positive og ser tydelig nytteverdi, mens andre er kritiske.

Bekymringene handler særlig om risiko for merarbeid, nye plattformer, flere innlogginger, pushvarsler og ansvar for store datamengder de ikke har tid til å følge opp. Fastlegene etterspør filtrerte trender fremfor rådata, og tydelig avgrensning av hva som faktisk forventes av dem. Utydelighet rundt medisinsk ansvarlighet er et viktig element, særlig i spørsmålet om hvem som justerer medisiner, hvem som følger opp røde målinger, og hvem som har ansvar dersom noe går galt. Dette er tidligere svart ut i kapittelet om medisinsk ansvar og i barriere 2.

Når det gjelder pasientgruppen, er noen av aktørene prosjektgruppen har intervjuet tydelige på at DHO kun passer for utvalgte pasienter. De ønsker klare inklusjonskriterier og å være involvert i vurderingen.

Samhandling trekkes frem som både en mulighet og en utfordring. Fastlegene ønsker én felles behandlingsplan og strukturert, filtrert kommunikasjon. Dagens dialogmeldinger oppleves som fragmenterte og lite tilpasset DHO. Mer data gir ikke automatisk bedre samhandling — det som mangler er en plan for selve bruken og nytteverdien av dataen.

Til slutt peker fastlegene på et tydelig gap mellom systemgevinstene DHO lover og realiteten i fastlegehverdagen. De ser potensial for bedre struktur, færre unødvendige konsultasjoner og bedre pasientvurderinger, men dette forutsetter at DHO er tydelig avgrenset, enkelt å bruke og faktisk avlastende – ikke nok et tilleggsansvar i en allerede presset hverdag.

Fastlege i MILA har erfaring med at DHO ikke bare har et teoretisk potensial, men fungerer som en reell avlastning i en travel fastlegehverdag. Han beskriver at DHO gir tidlige avklaringer, færre akutte konsultasjoner og en mer effektiv dialog med pasienter som ellers belaster tjenesten tungt. Som han uttrykker: *«Jeg er veldig opptatt av å effektivisere hverdagen – alt som kan gjøre ting lettere for oss.»* DHO oppleves som

nettopp det: et verktøy som gjør oppfølgingen mer forutsigbar og systematisk, og som gir bedre kliniske beslutningsgrunnlag uten å skape ekstraarbeid. Fastlegen i MILA understreker også at gevinsten ligger i at belastningen reduseres over tid for de ordentlig syke – og at dette er budskapet som må løftes frem mot andre fastleger som skal delta i DHO.

«Vi fastleger er jo vanskelige (...) Vi er gode til å klage på oppgaveoverføring, vi har verktøy som kan hjelpe oss til å redusere belastning. Om man benytter DHO (...) blir det mindre arbeid på sikt med de tunge pasientene. De ordentlig syke. Det er pitchen som må frem»

Fastlege, Jessheim kommune

Konsekvens av fastlegens involvering

Dersom fastlegene ikke deltar aktivt i DHO eller ikke opplever eierskap til sin rolle i DHO, får dette betydelige konsekvenser for pasientforløp, samhandling og tjenestens samlede effekt. Uten fastlegens involvering stoppes kontinuiteten og den helhetlige vurderingen som er avgjørende for pasienter med kronisk og sammensatt sykdomsbilde i DHO-tjenesten. Oppfølgingen risikerer å bli fragmentert, behandlingsplanene mindre helhetlige og ansvarsforhold uklare – særlig knyttet til medisinske vurderinger, medisinstjusteringer og håndtering av forverring. Dette øker risikoen for at gevinster som tidlig oppdagelse, færre akutte konsultasjoner og riktigere bruk av helsetjenester uteblir.

Resultatet kan bli tilfeldige pasientforløp der tilgang til og kvalitet på DHO i stor grad avhenger av den enkelte fastleges kapasitet og holdninger, snarere enn pasientens behov. Dette kan forsterke lokale forskjeller i helsetilbudet, svekke likeverdighet og gjøre DHO sårbart som strukturert samhandlingsmodell i helsefellesskapet. Manglende fastlegeforankring reduserer dermed DHO sin effekt.

Når fastlegen derimot er aktivt involvert og tar eierskap til sin rolle, får DHO vesentlig bedre forutsetninger for å lykkes. Fastlegens deltakelse bidrar til økt kontinuitet, tydeligere medisinsk ansvar og bedre helhetlige vurderinger, særlig for pasienter med

komplekse behov. Det utløser potensiale for kvalitetsforbedring i behandlingsplanene og legger til rette for tidligere og mer treffsikre beslutninger om oppfølging og eskalering.

Samtidig styrkes samhandlingen mellom kommune, oppfølgingscenter og spesialisthelsetjeneste. Kommunikasjonen blir mer strukturert og målrettet, og behovet for fragmenterte dialogmeldinger og ad hoc-avklaringer reduseres. Erfaringene fra MILA viser at dette også kan gi tydelige gevinster for fastlegen i form av færre unødvendige konsultasjoner, tidligere avklaringer og mer systematisk oppfølging av de mest ressurskrevende pasientene. Aktiv fastlegedeltakelse i DHO bidrar til større sannsynlighet for likestilt tjenestetilbud, bedre gevinstrealisering og en mer bærekraftig implementering av DHO i helsefellesskapet.

Barriere 4 – Kompetanseutfordringer

Innsikten viser tydelig at det eksisterer en bekymring rundt at digital kompetanse varierer betydelig, og at dette påvirker både hvem som kan inkluderes i DHO og hvilke tilpasninger som trengs i modellen. Mange av pasientene som kommunene møter i dag har lav digital kompetanse. Enkelte har lite erfaring med nettbrett, strever med BankID eller blir usikre av koder, oppdateringer og tekniske feil. For flere, spesielt eldre og personer med kognitiv svikt, kan teknologien i seg selv skape angst og usikkerhet. Dette gjør at løsningen må være svært enkel og robust, med et oversiktlig brukergrensesnitt.

Samtidig viser innsikten at digital kompetanse ikke nødvendigvis er en absolutt barriere. Erfaringene fra MILA peker på at svært syke og eldre pasienter likevel kan mestre utstyret godt når det er intuitivt, opplæringen er god, og når oppfølgingscenteret og DHO-kontakten gir tett støtte i starten. Pårørende spiller også en viktig rolle for mange – de kan bistå med registreringer, løse tekniske utfordringer, og gjøre det mulig å inkludere pasienter som ellers ville falt utenfor. For pasienter med kognitiv svikt kan pårørende være en forutsetning for inkludering, og deres motivasjon og kapasitet blir et viktig premiss for å sikre at tjenesten fungerer.

I samtalen med hjertelegene på Haraldsplass kom det frem et beskrivende eksempel. De forteller at flere pasienter, også eldre, bruker allerede smartklokker til å følge med på puls, skritt, søvn og andre helsedata. Hjertelegene opplever dette som en interessant utvikling, fordi pasientene kommer inn med mer innsikt, flere spørsmål og større eierskap til egen sykdom enn tidligere. Dette blir trukket frem som et eksempel på at digital mestring ikke nødvendigvis følger alder, og at noen eldre faktisk er mer interessert og engasjerte i helseteknologi enn man kanskje antar.

Barriere 5 - Manglende koordinering mellom DHO-initiativ

Dagens situasjon

«Til tross for anbefaling om Helsefellesskap, er det i dag svært få Helsefellesskap som opererer på et nivå hvor de oppleves som en etablert styringsstruktur for DHO-prosjekter som foregår mellom kommuner og sykehus. Dette fører til manglende felles styring, utviklingsporteføljer mellom kommuner og sykehus og manglende evne til å rydde i overgripende barrierer som går på tvers av omsorgsnivå» (Helsedirektoratet, 2021).

Helsefellesskapet i bergensområdet har fra tidligere ingen erfaring med DHO i helsefellesskapet. På samme tid har det vært flere initiativer fra ulike kommuner opp mot spesifikke avdelinger i sykehusene. De lokale initiativene oppleves som små i omfang, fragmenterte, og det er utfordrende med overgang til drift. En videreføring av lokale initiativer kunne ført til variasjon i pasienttilbud, ulike pasientforløp for samme pasientgruppe, og parallelle DHO-tjenester med ulik finansiering, organisering og teknisk løsning - både mellom kommuner og sykehus, og kommunene seg imellom. I innsiktsarbeidet kom det frem flere eksempel på overlappende og dupliserte tjenester i dagens pasientoppfølging.

«Pasienten var her (for en stund siden), har gått regelmessig til hjertesyrkepleier, forrige uke hadde pasienten time på Haukeland, der har hun fått full vurdering med ultralyd. Hun har hatt fem kontakter, fem ganger inne og i dag kommer hun til meg i poliklinikken, men alle undersøkelser og vurderinger er alt gjort. Vi har

ikke oppnådd helhetlig oppfølging. Hvordan går det an? Jeg føler det er “waste”, hun hadde sluppet å komme om vi hadde hatt full oversikt. Dette skjer fordi vi ikke snakker sammen”.

Hjertelege, Haraldsplass diakonale sykehus

Mangelen på felles koordinering ser en også nasjonalt i spesialisthelsetjenesten med diagnosespesifikke digitale løsninger. Det samme skjer i kommunene, hvor ulike digitale løsninger blir tatt i bruk for å løse kommunens egne behov. Det er i liten grad koordinering og gjenbruk av løsninger på tvers av kommuner, sykehus og mellom kommuner og sykehus. Koordinering av pasienttilbudet er helt nødvendig for å få til en kvalitetsforbedring av behandlingen og dermed gi pasienten en helhetlig oppfølging. Både pasienten og tjenestene kan profitere på bedre koordinering og beslutningsstøtte ved å bruke DHO.

Innsikt fra erfaringsutvekslingen med MILA viser en endret struktur i planleggingen av polikliniske timer. I stedet for at pasienten blir satt opp til årlige polikliniske kontroller, har de satt opp pasienten år frem i tid. Dette gjør at pasienten ikke faller ut av den polikliniske pasientlisten. Oppfølgingscenteret og avdelingen har ukentlige tverrfaglige dialogmøter. Agendaen for møtene er at pasientene som har behov for endringer i plan eller behov for poliklinisk time blir diskutert. Konsekvensen av dette er at pasientene får en behovsstyrt oppfølging i stedet for at den er kalenderstyrt. Denne endringen i oppfølgingen har ført til anslagsvis 26 % færre *akutte innleggelser* og 17 % færre *reinnleggelser* blant DHO-pasientene. En konsekvens har vært bedre utnyttelse av polikliniske konsultasjoner. MILA viser i tillegg en reduksjon på 32 % i legevaktbesøk og 49 % i fastlegekonsultasjoner. Naturligvis er dette tid- og kostnadsbesparende for alle aktørene i tjenesten. Nøyaktig utregning av kostnadsbesparelse er et arbeid som pågår.

Det er stor variasjon i demografi og innbyggertall i kommunene i helsefellesskapet bergensområdet. Kommunene som er intervjuet har ulike behov, men de ser at DHO kan gi nytte og være en del av et fremtidig pasienttilbud. Likevel uttrykkes det bekymring rundt kapasitet og hva en DHO-tjeneste vil kreve. En annen uttalt bekymring er at de ikke får tilstrekkelig erfaring på grunn av lavt pasientgrunnlag. Prosjektgruppen har i

tilfellene hvor dette har blitt tatt opp luftet ideen om samdrift for å sikre tilstrekkelig erfaring og pasientgrunnlag.

Konsekvens

Manglende koordinering mellom DHO-initiativer i kommuner og sykehus kan føre til fragmenterte pasientforløp, overlappende tjenester og ulik kvalitet i tilbudet. Dette kan resultere i unødvendige konsultasjoner, gjentatte undersøkelser og dårlig ressursutnyttelse, samt redusert opplevd helhet og forutsigbarhet for pasientene.

For aktørene innebærer dette økt personavhengighet, parallelle løsninger med ulik organisering og vanskelige overganger fra prosjekt til drift. Mindre kommuner risikerer samtidig å få for lavt pasientvolum til å bygge kompetanse og bærekraftige tjenester alene. Samlet sett bidrar manglende koordinering til at dokumenterte gevinster ved DHO, som mer behovsstyrt oppfølging og redusert bruk av akutte helsetjenester, ikke realiseres fullt ut.

Konsekvensen av denne barrieren er at tjenestene fortsetter å arbeide silobasert i stedet for å arbeide sammen for å sikre helhetlige pasientforløp, og dagens praksis med manglende koordinering blir opprettholdt.

Avslutning

Det ble på tvers av kommunene og sykehusene i helsefellesskapet enighet om å starte dette prosjektet for å se på felles styring, organisering og bruk av teknologi for DHO. Prosjektets mandat på vegne av helsefellesskapet i bergensområdet, er å lage en samhandlingsmodell, og derfor er barrierene prosjektgruppen har utforsket essensielle i det videre arbeidet med å skrive et løsningsforslag til samhandlingsmodellen. Innsikten fra dette dokumentet gir helsefellesskapet et nødvendig grunnlag for videre utvikling av felles strategi, tjenesteforløp og organisering av DHO.

Litteraturliste

Helsedirektoratet. (2021). DHO: Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/barrierer-og-utfordringer> [helsedirektoratet.no]

Helsedirektoratet (2022-11-14T00:00). Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 14. november 2022, lest 15. april 2026). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/digital-hjemmeoppfolging>

Helsedirektoratet (2025). Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022-2024 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 27. mai 2025, lest 15. april 2026). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

Helsedirektoratet (2025). Prioriterte pasientgrupper [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 27. mai 2025, lest 15. april 2026). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/helsefellesskap/prioriterte-pasientgrupper>

Norges offentlige utredninger (NOU) 2023: 4. (2023). Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/nou/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

Riksrevisjonen. (2025). Bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten (Dokument 3:3 (2025–2026)).

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2025-2026/brukavteknologiforaflyttespesialisthelsetenesternarpasienten.pdf>

Vedlegg

Voksen innbygger med hjertesvikt Liv 72 år

Før digital hjemmeoppfølging

Sykdomsbilde og helseutfordringer

- Kronisk hjertesvikt og begynnende nyresvikt
- Behov for tett oppfølging av væskebalanse og blodtrykk
- Flere sykehusinnleggelses siste år (tung pust, hevelser, slapphet)
- Usikker på når hun bør søke hjelp – venter ofte for lenge

Oppfølging og funksjon

- Hjemmesykepleie, men mange ulike ansatte → manglende kontinuitet
- Fastlegen forsøker oppfølging, men Liv sliter med å komme seg dit
- Har fått tilbud om fysioterapi og ernæringsråd, men lite overskudd til oppfølging
- Etter sykehusopphold har det ofte tatt tid før kommunen har fulgt opp

Psykososialt

- Føler seg alene med sykdommen
- Økt isolasjon, lite sosialt overskudd
- Bruker nettbrett til nyheter og TV, men ikke til helsekommunikasjon



Tiltak: Digital hjemmeoppfølging (DHO)

- Etter siste innleggelse → vurdert og godkjent for DHO
- Kommunen sørger for opplæring og installasjon av utstyr
- Daglige registreringer: vekt, blodtrykk, symptomer via nettbrett
- Bruk av trafikklysmode (grønn-gul-rød)
- Oppfølging skjer i samspill mellom kommunen og fastlegen
- Egenbehandlingsplan utarbeidet sammen med Liv

"Jeg føler meg tryggere. Jeg vet at noen følger med, og jeg slipper å dra til legen for hver minste ting. Jeg har lært mer om sykdommen min og hva jeg kan gjøre selv."



Etter digital hjemmeoppfølging

Bedret helsestatus og mestring

- Bedre kontroll på væskebalanse og symptomer
- Justert medisiner i samarbeid med fastlege
- Ingen nye innleggelses siden oppstart av DHO

Styrket funksjon og oppfølging

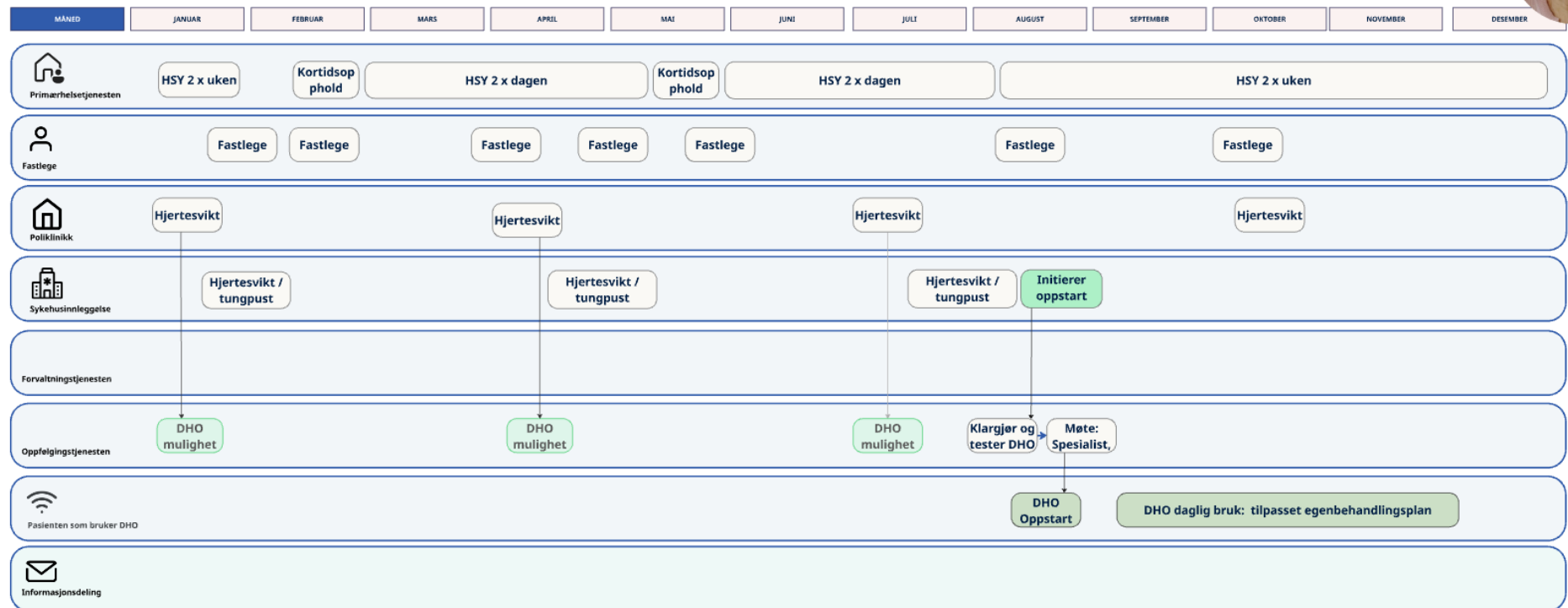
- Tett og strukturert kontakt med oppfølgingstjeneste
- Vet hva hun skal gjøre ved forverring (egenbehandlingsplan)
- Bruker video til kontakt med sykepleier
- Raskere respons og færre usikkerheter i hverdagen

Bedret psykososial situasjon

- Føler seg tryggere og mindre alene
- Økt deltakelse – har begynt å delta på seniortreff
- Mer kontakt med familie via nettbrett og video



Tjenesteforløp
Liv 72 år - Hjertesvikt



Voksen innbygger med kols og diabetes 2

Arne 64 år

Før digital hjemmeoppfølging

Sykdomsbilde og helseutfordringer

- KOLS med gjentatte forverring → hyppige sykehusinnleggelse.
- Diabetes type 2, dårlig regulert, særlig i dårlige perioder.
- Dårlig matlyst, lite fysisk aktivitet, svak motivasjon for endring.
- Økende utrygghet og opplevelse av å være alene med sykdommen.

Oppfølging og funksjon

- Ukentlig hjemmesykepleie, men forsinkelser etter sykehusutskrivning.
- Fysioterapi gjennom kommunen, men uregelmessig oppmøte grunnet dårlig form og transport.
- Takker nei til opplæringstilbud (KOLS-kurs, Frisklivssentralen) pga. lav energi og reisevei.
- Lav egenmestring og høy grad av passivitet.

Psykososialt

- Bor alene, opplever ensomhet og usikkerhet.
- Har kontakt med barn via telefon, bruker nettbrett til nyheter.
- Lite sosial deltakelse, føler seg utrygg etter utskrivelse.

Tiltak: Digital hjemmeoppfølging (DHO)

- Kartlegging og samtykke til DHO
- Utdelt nettbrett med måleutstyr
- Opplæring og støtte fra koordinator.
- Trafikklyksmodell for oppfølging (grønn-gul-rød), med varslings til helsepersonell.
- Samarbeid med fastlege og oppfølgingstjenesten i kommunen.
- Brukermedvirkning i egenbehandlingsplan.

"Jeg føler meg tryggere. Jeg vet at noen følger med, og jeg slipper å dra til legen for hver minste ting. Jeg har lært mer om sykdommen min og hva jeg kan gjøre selv."

Etter digital hjemmeoppfølging

Bedret helsestatus og mestring

- Bedre regulert blodsukker og pustefunksjon.
- Færre akutte konsultasjoner – ingen nye innleggelse.
- Fikk tilpasset hjemmeoksygen etter vurdering via målinger.
- Økt trygghet og forståelse for egen sykdom.

Styrket funksjon og oppfølging

- Strukturert daglig/ukentlig registrering av helseverdier.
- Rask respons ved forverring gir trygghet.
- Opplever kontinuitet i tjenestene og bedre samhandling mellom aktører.
- Aktiv deltaker i egen behandling (egenbehandlingsplan).

Bedret psykososial situasjon

- Føler seg mindre alene, vet at noen følger med.
- Økt motivasjon: Begynt å gå små turer igjen.
- Bedre kontakt med barn og barnebarn, fortsetter å bruke nettbrett til sosial kontakt.
- Økt følelse av mestring og livskvalitet.



Tjenesteforløp
Arne 64 år: DHO for KOLS

