

Prosjekt Samhandlingsmodell Digital Hjemmeoppfølging (SDHO)

Notat om teknologiske barrierer

Helsefellesskapet i Bergensområdet

27.03.2026

Innholdsfortegnelse

Formål med dokumentet	2
Oppsummering	2
Ordforklaring.....	2
Tekniske og organisatoriske barrierer	4
Manglende integrasjoner av DHO-system opp mot EPJ.....	4
Begrensa tilgang på felles digitale behandlingsplaner.....	6
Ulik modenhet på å ta i bruk nasjonale felleskomponenter	7
Mange diagnosespesifikke IT-løsninger.....	9
Lokale anskaffelse medfører flere system opp mot ett sjukehus	11
Aktørene mangler felles tilgang til pasientdata	12
Begrenset innsikt i hvilke kommunale tjenester pasienten har, for leger og sykehus	13
Utfordringer med deling av måledata og egenrapporterte data.....	14
Anskaffelser av nye DHO-løsninger er krevende	15
Organisering bidrar til tekniske barrierer	16
Tilbakemeldinger etter høringsrunde	16
Vedlegg A: Tilbakemelding fra brukerrepresentant	17

Formål med dokumentet

Dette dokumentet skal gi en samlet oversikt over tekniske og organisatoriske barrierer for digital hjemmeoppfølging (DHO) på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Målet er å:

- skape felles forståelse av dagens utfordringsbilde.
- understøtte beslutninger om prioriteringer og tiltak i prosjektet.
- gi grunnlag for dialog om integrasjon, standardisering og bruk av nasjonale felleskomponenter.

Oppsummering

Prosjektet har identifisert flere tekniske og organisatoriske barrierer som må adresseres for å lykkes med digital hjemmeoppfølging (DHO) på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten:

- Manglende integrasjon mellom DHO-system og EPJ skaper dobbeltregistrering og ineffektivitet.
- Begrenset tilgang til felles digitale behandlingsplaner gjør koordinering vanskelig, særlig for pasienter med sammensatte diagnoser.
- Ulik modenhet i bruk av nasjonale felleskomponenter hindrer standardisert samhandling.
- Fragmenterte løsninger – mange diagnosespesifikke verktøy og lokale anskaffelser gir kompleksitet og økte kostnader.
- Manglende felles tilgang til pasientdata og innsikt i kommunale tjenester svekker kvaliteten på oppfølging.
- utfordringer med deling av måledata og egenrapporterte data på grunn av proprietære systemer og manglende standarder.
- Kompleksitet ved anskaffelser – krav til integrasjon, fremtidig utvikling og leverandørbinding gjør prosessen krevende.

Organisering kan også bidra til tekniske barrierer rundt administrasjon av tilganger og informasjonssikkerhet.

Ordforklaring

Begrep	Forklaring
Elektroniske pasientjournal (EPJ)	I prosjektet er EPJ brukt som et felles navn for de ulike elektroniske pasientjournalsystema i sektoren, der de fleste leger og sykepleiere dokumenterer helsehjelp til pasient. I dokumentet «Kartlegging av elektroniske pasientjournalsystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger» er begrepet elektronisk pasientjournal forklart slik: «Med elektronisk pasientjournal (EPJ) menes elektronisk dokumentasjonssystem som gir «oversiktlig og samlet fremstilling

	<p>av pasientens helsetilstand», jfr. Pasientjournalforskriften § 4. Oversikt over hvilke opplysninger dette kan være følger av forskriften §§ 5-8 og inkluderer pasientens og pårørendes personalia, formelle opplysninger om helsehjelpen, pasientens helsekontakter, samt opplysninger om sykehistorie, funn, utredninger, behandlinger, samt helsedokumentasjon som attester, sykmeldinger og annet. Systemer som kun ivaretar deler av slike dokumentasjonssystem regnes ikke som EPJ i denne undersøkelsen. Eksempler på slike systemer er fagsystemer for bildebehandling, responsentertjenester, digital hjemmeoppfølging, eller administrative systemer for oppmøtere registrering, pasientlogistikk, mv»¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • I spesialisthelsetjeneste er det i hovedsak Dips Arena, i tillegg til en del fagsystem for røntgen, laboratoriesystem og medikamentkurve som i stor grad avleverer data til Dips Arena. • Kommunene har egne EPJ-løsninger for Pleie og omsorgstjenestene (PLO-system), Helsestasjonstjenestene og Legevaktstjenestene. Det er flere ulike leverandører til alle disse fagsystema. Kommunene har som regel anskaffa individuelt og dermed er det ulike leverandører av EPJ-system for pleie og omsorgstjenestene, helsestasjonstjenestene, legevaktstjeneste mm i de ulike kommunene i Helsefelleskapet i Bergensområdet. Fastlegene har egne EPJ-fastlegesystem. Det er også mange leverandører av fastlegesystem. (EG Infodoc, CGM Journal, CGM Pridok, WebMed, EG Pasientsky, Extensor). • Avtalespesialistene benytter i stor grad de samme EPJ-systemene som fastlegene.
Digital heimeoppfølgings-system (DHO-system)	<p>Et fagsystem med funksjonalitet for pasient- og brukermedvirkning Pasienten har en aktiv rolle i løsningen.</p> <p>Helsehjelp som blir gitt skal dokumenteres i EPJ-system til den aktøren som utfører helsehjelpa</p>
Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	<p>Er en løsning eid og forvaltet av Norsk Helsenett (NHN). Den er laget for å håndtere informasjonsflyt mellom kommunene sine velferdsteknologiske løsninger og deres elektroniske pasientjournalssystem.²</p>
Medisinsk ansvarlig	<p>«Fastlegen er pasientansvarlig og koordinerende for helsehjelpen. Fastlegen vil, i likhet med andre involverte leger, være medisinsk ansvarlig for den behandlingen man gir.»</p> <p>Medisinsk ansvarlig er en person med medisinsk faglig utdannelse, oftest en lege som sitter med hovedansvaret for den faglige kvaliteten i en utredning og behandling for enkeltpasienter eller på systemnivå i kommuner og sykehus. Fastleger er pasientansvarlig og koordinerende for helsehjelpen. I tillegg har det enkelte</p>

[Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger v1.0.pdf](#)

² [Velferdsteknologisk knutepunkt \(VKP\) - Norsk helsenett](#)

	<p>helsepersonell selvstendig plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med helsepersonell-loven paragraf 4.)</p> <p>I praksis betyr dette at fastlegen, som primærkontakt vil være ansvarlig for nødvendige henvisninger av pasient, og også for en stor del koordinere rekkefølgen av oppfølgingen. Med mindre en typisk henviser til instans som har et eget behov for internhenvisning, typisk sykehus.</p>
Poliklinisk kontakt	En poliklinisk kontakt er utredning, behandling eller oppfølging i spesialisthelsetjenesten som gjennomføres uten at pasienten innlegges over natten. Inkluderer fysiske konsultasjoner, telefon- og videokonsultasjoner, dagbehandling, ambulant virksomhet og opplæring. ³
Utskrivningsklare pasienter	Med utskrivningsklar pasient menes pasient som lege (eller psykolog i psykisk helsevern / tverrfaglig spesialisert rusbehandling) i spesialisthelsetjenesten har vurdert at ikke har behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i sjukehuset, og der vilkåra i §9 i Forskrift om kommunal betaling ⁴ for utskrivningsklare pasienter er vurdert og dokumentert.

Tekniske og organisatoriske barrierer

Manglende integrasjoner av DHO-system opp mot EPJ

Dagens situasjon

I dag er det i liten grad integrasjon mellom digitale hjemmeoppfølgings-system (DHO-system) og EPJ både i spesialist- og i primærhelsetjenesten.

- Helse Vest har etablert integrasjon mellom noen av skjema-løsningene og EPJ-løsningen (Dips Arena). Når pasienten fyller ut et digitalt skjema, blir noen skjema lagret som strukturert informasjon. Andre skjema vert lagra som dokument i Dips Arena.
- Helse Vest har nylig anskaffa ei løsning fra Dips «DHO PAS» som skal sikre at DHO blir integrert i helseforetaka sine arbeidsprosesser⁵. DHO PAS muliggjør administrasjon av digital hjemmeoppfølging som en integrert del av pasientbehandlingen. Modulen gir helsepersonell bedre oversikt og styring over alle aktive hjemmeoppfølginger direkte i DIPS. Løsningen er i et tidlig stadium av utvikling og alle planer for utvikling er ikke endelig stadfesta. DHO PAS skal også håndtere spesialisthelsetjenesten sine behov for strukturert rapportering på bruk av Digitale helsetjenester.
- Helse Vest har nylig utviklet behovstyrt oppfølging i «Fast Track» diabetes oppfølging. Fast Track er integrert med Dips og blir brukt av alle diabetesklinikkene i heile Norge.⁶ Det er en løsning som også kan håndtere rapportering til nasjonale register. De

³ [Dag- eller polikliniske kontakter - Helsedirektoratet](#)

⁴ [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter - Lovdata](#)

⁵ [Pasientinvolvert planlegging](#)

⁶ [Fagsystem for diabetes - DIPS diabetesjournal](#)

eigenrapporterte dataene blir overført som journaldokument inn i Dips.
Fastlegesystema har også integrasjon med skjema fra Noklus.

Helse Vest arbeider i dag konkret med integrasjon med Kaiku⁷ og Dips samt Youwell⁸ og Dips. I tillegg blir det gjort forbedringer i integrasjon mellom Dips og Chackware og mellom Checkware og operasjonssystemet Orbit.

I primærhelsetjenesten blir det primært utvikla integrasjon med de kommunale EPJ-ane gjennom Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP).

- NHN har oversikt over hvilke leverandører som har integrasjon med VKP i dag⁹.
- Det er utvikla standardiserte API mellom DHO-løsning, EPJ og felleskomponenten Pasientens måledata.
- Dignio er en av disse og de har også integrasjon mot Dips og blir brukt i Sykehuset i Østfold¹⁰.
- Det er i mindre grad bruk av andre frittstående skjemaløsninger for egenrapportering i kommunene og hos fastlegene.

Konsekvens

Både Helse Vest og primærhelsetjenesten har et godt stykke igjen før en har fått på plass integrasjon mellom alle DHO-system og EPJ-systema sine. Det medfører i stor grad dobbeltregistrering av data.

Anskaffelsene i Helse Vest er primært gjort for å understøtte helseforetakene sine egne arbeidsprosesser for å ta unna en stadig økende mengde pasienter med spesifikke diagnoser, som krever behandling og oppfølging over lenger tid. Fokuset har i liten grad vært på hvordan en skal dele denne typen egenrapporterte data med helsepersonell i andre deler av helsetjenestene. Derfor har en prioritert integrasjon med Dips Arena.

Dei nasjonale samhandlingsløsningene er heller ikke ferdig utviklet, men i stor grad i utprøvningsfasen. (Det vil bli et større fokus på deling av data gjennom nasjonale fellesløsninger fremover).

Det skjer lite utvikling i de gamle EPJ-systema til kommunene. Veldig mange kommuner er ute på anskaffelse av nye EPJ-system i disse dager. Fokuset til leverandørene er å få på plass API mot de nasjonale felleskomponentene i de nye versjonene av sine EPJ-system. Derfor går det ei tid før alle kommuner har EPJ-system med API mot pasientens måledata og andre samhandlingsløsninger.

Behov i DHO-tjenesten

Dersom pasienten skal kunne bruke både skjemaløsninger og måleutstyr utlevert både fra kommune og fra Helse Bergen, må DHO-løsningen kunne handtere dette.

⁷ [Digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter — Inovacare](#)

⁸ [Prosjekter | Youwell](#)

⁹ [Leverandøroversikt - Norsk helsenett](#)

¹⁰ [Dignio](#)

Primærhelsetjenesten, på lik linje som spesialisthelsetjenesten, har behov for at det blir laget API som er standardisert for integrasjon mot EPJ fra VKP/NHN sin samhandlingsløsning for måledata

Der bør også være løsninger som støtter tverrfaglig dokumentasjon og samhandling, ikke bare medisinsk oppfølging.

Begrensa tilgang på felles digitale behandlingsplaner

Dagens situasjon

Pasientens planer (tidligere kalt Digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner) er en nasjonal løsning som gjør det mulig å dele pasienters planar digitalt mellom pasient og helsepersonell på tvers av nivå. Løsningen bygger på Kjernejournal (sentral lagring) og Helsenorge (innsyn for innbygger), med åpne API for integrasjon i EPJ. Det ble gjort ei utprøving i Helse Nord i 2022–2023, og NHN finansierer nå videreutvikling basert på erfaringene gjort der. Resultat av utprøvinga i Helse Nord viste at:

- Den versjonen en har i dag einer seg best til enkel bruk mellom fastlege og pasienten.
- Dersom pasienten har sammensatt diagnoser og det er flere helsetjenester inne er det ikke avklart korleis planen skal settes opp og kven som har ansvar for å oppdatere planen.
- Det er behov for at behandlingsplanen er integrert i EPJ-systema i sektoren for å unngå dobbeltføring og sikre varslng.
- Bruk av maler og standardisering er viktig for å redusere variasjon og øke kvaliteten.

NHN er i dialog med fastleger for å få videreutvikla versjonen som ligg i dag slik at den støtter bedre deres behov enn dagens versjon gjør. De samarbeider med Ullensaker og Ahus (MILA-prosjektet) om spesifikasjoner. De ser for seg at det etter dette blir gjort en anskaffelse gjennom EPJ-løftet for å få etablert funksjonalitet og integrasjon i fastlegesystema. Planen er å ha på plass en standardisert datamodell i løpet av 2025 og første versjon av en egenbehandlingsplan høsten 2026. Etter det er planen å realisere en behandlingsplan. NHN baserer seg på gjenbruk av komponenter fra prosjektet for «Helsekort for gravide»¹¹.

Helse Vest har ikke i dag en standardisert digital behandlingsplan i Dips Arena. Behandlerne lager behandlingsplaner som journaldokument. Disse kan deles med pasient og andre klinikere gjennom dokumentdeling i Kjernejournal dersom lovverket tillater det. I utkast til veiledningsmaterieill fra Hdir (februar 2026) for hva som kan deles, vurderer Hdir at både individuell plan og tverrfaglig behandlingsplan faller utenfor det som kan deles som journaldokumenter.

Alle helseforetaka i Helse Vest har tatt i bruk funksjonalitet for strukturerte pleieplaner på inneliggende pasienter. I praksis omtales dette som DIPS Arena Behandlingsplan, med "Felles språk". Pasienten kan se evaluering av tiltakene på Helsenorge, ettersom dette er kategorisert

¹¹ [NHN Pasientens planer - leverandørdialog 24 03 2025.pdf](#)

som journaldokumenter. Dei strukturerte pleieplanene er bygd opp rundt felles prosedyrer og med standardisert språk Snomed CT.¹²

Mange kommuner bruker også sykepleieprosedyrer og har anskaffa et verktøy for slike prosedyrer.¹³ Noen av helseforetakene i Helse Vest bruker også samme verktøy.

En del leverandører har etablert digital egenbehandlingsplan i sine løsninger, men dette er ikke gjennomgående for alle løsninger. I hvilken grad disse integrerer seg med API-et med Kjernejournal er uavklart.

Konsekvens

I dag finnes det ikke en ferdig løsning der en kan dele og oppdatere planar for pasienter med sammensatte diagnoser.

I første omgang blir det videreutviklet funksjonalitet for behandlingsplan mellom fastlege og pasient, der fastlegen står for oppdateringa.

Behandlingsplaner som er laga i Helse Vest må dermed deles på annen måte. Det er uavklart om og eventuelt hvordan den blir tatt inn i planen mellom fastlege og pasient, som det er noe det er fokus på.

Siden den nye versjonen av digital behandlingsplan, bare er tenkt til bruk mellom fastlege og pasient, vil det skape merarbeid for fastlegen å måtte vedlikeholde planen også på vegne av sjukehuslegen.

Behov i DHO-tjeneste

I framtida bør flere enn bare fastlegen kunne oppdatere behandlingsplanen. Dette kan til eksempelvis være sykepleiere, ergoterapeuter etc. fra både kommuner og helseforetak i tillegg til lege fra helseforetak og avtalespesialister.

Det vil også være behov for at alle parter kan se når en behandlingsplan er oppdatert.

Ulik modenhet på å ta i bruk nasjonale felleskomponenter

Dagens situasjon

Helsedirektoratet har laga en «Reguleringsplan for e-helse»¹⁴ som gir en helhetlig og sammenhengene oversikt over krav og anbefalinger. Planen består av følgende:

- Pasientens journaldokumenter (PJD)¹⁵
- Pasientens kritiske informasjon¹⁶
- Pasientens legemiddelliste (PLL)¹⁷
- Pasientens måledata¹⁸

¹² [Hva er SNOMED CT - Helsedirektoratet](#)

¹³ [Kunnskapsbaserte verktøy for helsepersonell - VAR Healthcare](#)

¹⁴ [Reguleringsplan for e-helse - Helsedirektoratet](#)

¹⁵ [Pasientens journaldokumenter \(PJD\) - Helsedirektoratet](#)

¹⁶ [Pasientens kritiske informasjon, Helsedirektoratet - ehelse](#)

¹⁷ [Pasientens legemiddelliste - Helsedirektoratet](#)

¹⁸ [Pasientens måledata - ehelse](#)

- Pasientens prøvesvar (PPS)¹⁹

Status i sektoren er følgende:

Pasientens journaldokumenter:

Helse Vest kan både tilgjengeliggjøre og leser journaldokument som blir delt gjennom Kjernejournal. Klinisk personell med tjenstlig behov, og som kan autentisere seg med «nivå høy» sikkerhet, kan lese journaldokument fra andre aktører som tilgjengeliggjør sine journaldokumenter direkte i Dips Arena. Per i dag er det kun sykehusene i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest som tilgjengeliggjør.

Fastleger har tilgang til å lese journaldokumentene, men de fleste må bruke Norsk helsenett sin Kjernejournal-portal for å sjå dokumenta i stedet for å ha tilgang direkte i eget EPJ. Noen kommunale aktører som har på plass Tillitsrammeverket i sine EPJ-system kan også konsumere dokument via Kjernejournal. Men det er få kommuner som i dag har EPJ som fått på plass Tillitsrammeverket²⁰. Dette kjem til å endre seg når en stor del av kommunene nå skal ut på anbud for å anskaffe nye EPJ-system for Pleie og omsorg.

Avtalespesialistene har ikke på plass løsninger for å tilgjengeliggjøre journaldokument til Kjernejournal.

I dag er det ingen kommuner i helsefelleskapet som tilgjengeliggjør journaldokument. I neste fase av det nasjonale prosjektet for Pasientens journaldokumenter skal avtalespesialistene, og deretter kommunal sektor være kilde for journaldokument som deles.²¹

Pasientens kritiske informasjon

Helse Vest har hatt på plass integrasjon mellom Dips og Kritisk informasjon i Kjernejournal siden starten av 2024. Helsepersonell både oppdaterer og konsumerer kritisk informasjon i Dips.

Det er planlagt at fastlegene skal anskaffe funksjonalitet for å kunne bruke pasienten sin kritiske info direkte i sine EPJ-system. Den leveransen er ikke på plass. Men fastlegene kan logge inn på Kjernejournalportal og både konsumere og oppdatere kritisk info der.

Helsepersonell som bruker EPJ-system for Pleie og omsorg eller EPJ-system for Helsestasjon har også mulighet for «uthopp» til Kjernejournal for å konsumere kritisk informasjon.

Pasientens legemiddelliste (PLL)

Helse Vest vil i løpet av første halvdel av 2026 ha på plass all funksjonalitet og tatt i bruk Pasientens legemiddelliste i alle sine helseforetak.

I Helsefelleskapet i Bergensområdet er videre innføring av pasientens legemiddelliste handtert gjennom Strategisk samarbeidsutvalg. Arbeidet blir organisert gjennom innføringsprosjekt på både kommunesida og sjukehussida. I tillegg er det et

¹⁹ [Pasientens prøvesvar, Helsedirektoratet - ehelse](#)

²⁰ [Tillitsrammeverket - Norsk helsenett](#)

²¹ [Pasientens journaldokumenter – kommune som kilde - Hjem](#)

mottaksprosjekt i kvar kommune. I kommunene er PLL innført hos fastlegene i 10 av 18 kommuner pr. august 2025. En del av EPJ-system for Pleie og omsorg har også i dag tilgang til PLL.²²

Pasientens måledata

- Måledata er beskrevet i eget delkapittel «Utfordringer med deling av måledata og egenrapporterte data.»

Pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar er til utprøving i sektoren. I første fase deler primærhelsetjeneste prøvesvar rekvirert fra private fastlegekontor og analysert i Helse Vest eller hos private laboratorier som Fürst, mm. Kommunenes sentralforbund (KS) er tydelige på at de ønsker at KS i samarbeid med utvalgte kommuner, har gjennomført ROS og DPIA før en starter å dele prøvesvar rekvirert av kommunale virksomheter.

Det er pr. dagens dato behov for at rekvirerende helsevirksomheter benytter de elektroniske rekvisisjonsløsningene som Helse Vest eller andre aktører har. Om ikke vil ikke rekvirenten ha mulighet til å sette viktige parameter for at svaret blir tilgjengelig i den nasjonale prøvesvartjenesten og heller ikke kunne sette nødvendige personverninnstillinger dersom det er behov for dette

Det er fortsatt tilpassinger som skal gjøres spesielt opp mot avklaringer rundt personvern og kven som skal handtere dette. Innbyggere kan selv sette restriksjoner via Helsenorge.

I neste fase av prosjektet skal spesialisthelsetjenesten dele sjukehusrekvirert prøvesvar med den nasjonale tjenesten. Pasienten får tilgang til prøvesvara sine på Helsenorge.

Fastleger og andre helsevirksomheter kan se prøvesvar på Kjernejournal. Det forutsetter at helsevirksomheten har bestilt prøvesvartjenesten hos Norsk helsenett.

Konsekvens

Det er avgjørende at kommunene får på plass Tillitsrammeverket i EPJ for Pleie og omsorg slik at de kan konsumere journaldokument fra spesialist, for de pasientene de skal følge opp i DHO-tjenesten. Pasienter med flere kroniske lidelser har som regel en del dokumentasjon i helseforetaka sitt EPJ som blir tilgjengeliggjort via Kjernejournal. Som regel er disse sendt til fastlegen, men ikke nødvendigvis til andre tjenester i kommunen.

Uten tilgang til Pasientens journaldokumenter vil det være mer arbeidskrevende å skaffe den informasjonen oppfølgingstjenesten treng.

Oppfølgingstjenesten må ha tilgang til et EPJ-system der pasienten er registrert, for å kunne ha uthopp til Kjernejournal for å sjå Kritisk informasjon, PLL, mm

Mange diagnosespesifikke IT-løsninger

Dagens situasjon

²² [Leverandøroversikt - Norsk helsenett](#)

Helseforetakene er organisert i avdelinger og poliklinikker basert på fagområder og diagnoser. Klinikkerne som arbeider i disse avdelingene og poliklinikkene er spesialister på «sine» diagnoser. Helseforetakene opplever økt pågang av pasienter med flere diagnoser.²³

For å håndtere den økte pågangen og effektivisere pasientbehandling anskaffer Helse Vest diagnosespesifikke digitale behandlingsverktøy for rapportering og egenrapportering. Løsningene som blir valgt er i stor grad utvikla sammen med/ fulgt opp av forskning. Det betyr at de har en dokumentert effekt og kan brukast som beslutningsstøtte for spesialisten på sitt fagområde. Mange av leverandørene videreutvikler også løsningene med CE-godkjente²⁴ KI-algoritmer for å gjøre bedre beslutningstøtte.

Helse Vest anskaffer sine løsninger gjennom Sykehusinnkjøp. Dei ulike helseregionene samarbeider tett når det gjelder innkjøp av løsninger for digitale helsetjenester. Når en region går til anskaffelse av ei løsning, legg de som regel til rette for at de andre regionene kan kjøpe på same avtale uten å gå ut på et heilt nytt stort anbud²⁵. Mange av verktøya som blir anskaffa skal også handtere krava for strukturert rapportering opp mot nasjonale medisinske register.

I kva grad disse «spesialist»-applikasjonene også kan egne seg for bruk i primærhelsetjenesten, er ikke avklart.

I tillegg har Helse Vest et stort utvalg i digitale skjema for innsamling av egenrapporterte data. Disse blir brukt for at helsepersonell skal være forberedt og ikke bruke konsultasjonstida til å hente inn status. Behandler kan ut fra svara i skjema vurdere om det er behov for om pasienten treng time eller ikke.

Det blir også anskaffa medisinteknisk utstyr med tilhørende programvare på same måten. I den grad det medisintekniske utstyret avleverer måledata opp mot referanseverdier som er konfigurerbare pr pasient/diagnose, kan nok disse avlevere data som primærhelsetjenesten kan følge opp.

Primærhelsetjenesten har anskaffa ulike varianter av programvare for mellom anna oppfølging av medisinerer (medisindispensere) mm. Men digitale skjema er ikke i bruk i så stor grad som i Helse Vest.

I dag deler ikke Helse Vest data, som helseforetakene innhenter gjennom egenrapportering eller som målinger gjennom medisinteknisk utstyr, med anna helsepersonell gjennom Kjernejournal. Den tekniske løsningen legger til rette for dette, dersom svara blir behandla som dokument og merket med rett «dokumenttype» og Kjernejournalforskriften åpner for dette. Men i utkastet på veiledningsmaterialet fra HDIR er de tydelig på at bare journaldokumenter med sammenfattende karakter, kan deles. Løpende registreringer, kurver, observasjoner og dynamisk innhold kan ikke deles.

Konsekvens

Det er mange ulike diagnosebaserte løsninger både når det gjelder verktøy for digitale helsetjenester og medisinteknisk utstyr.

Det vil være både kostnadsdrivende og ikke minst utfordrende å anskaffe og følge opp alle disse ulike løsningene dersom de også skal brukes i primærhelsetjenesten.

²³ [legeforeningens-perspektivmelding-for-spesialisthelsetjenesten.pdf](#)

²⁴ [CE-merking - Direktoratet for medisinske produkter](#)

²⁵ [Microsoft Power BI](#)

Primærhelsetjenesten skal behandle og følge opp innbyggere med alle typer diagnoser så dermed utfordrende å måtte handtere så mange ulike løsninger.

Data som er innhenta gjennom digitale skjema og egenrapportering bør kunne deles med behandlere i primærhelsetjenesten gjennom nasjonale samhandlingsløsninger.

Behov i DHO-tjeneste

Kommunene treng heilheitlege og fleksible løsninger, ikke diagnosespesifikke løsninger.

- Behov for universelle DHO-løsninger som kan tilpasses ulike pasientgrupper.
- Unngå at kommunen må forholde seg til mange ulike spesialistverktøy

Lokale anskaffelse medfører flere system opp mot ett sjukehus

Dagens situasjon

Dersom den enkelte kommune skal anskaffe eigne DHO-system, vil kommunene mest trolig ende opp med ulike løsninger fra ulike leverandører. Dette med bakgrunn i at kravspesifikasjonene ofte blir litt ulike. Anbudene skjer på ulike tidspunkt og det vil variere kva leverandør som er best til et kvart tidspunkt. I tillegg vil enkeltkommuner ha søkelys på integrasjoner mot sitt EPJ-system. Ulike EPJ-system i pleie og omsorgssektoren i kommunene har fra gammelt av, integrert direkte med de DHO-løsningene de har avtale med. Dette er på vei til å endre seg til at de integrerer med velferdsteknologisk knutepunkt og til API-et for pasientens måledata hos NHN.

Helse Bergen har en regional rolle i Helse Vest og mottok pasienter fra heile helseregionen. Det betyr at en helsepersonell ved en klinikk på Haukeland skal følge opp pasienter fra de andre helsefelleskaps-områdene i Helse Vest. Haukeland har også en nasjonal rolle når det gjelder brannskader.

På same måte kan kommuner og fastleger ha pasienter som blir behandla ved helseforetak i andre regioner. Då kan spesialisten i dette helseforetaket ha behov for å utveksle informasjon med både DHO-tjenesten og fastlegen til pasienten.

Konsekvens

Dersom helsepersonell i sjukehusa i Bergensområdet skal ha tilgang i flere ulike DHO-system opp mot ulike kommuner vil det medføre merarbeid. På same måte vil det være vanskelig om fastleger og kommunalt helsepersonell må nytte seg av mange ulike system.

Det vil også ha betydelige kostnader dersom sektoren ikke benytter standardintegrasjoner og de nasjonale samhandlingsløsningene i stå stor grad som råd.

Behov i DHO-tjenesten

Det er behov for å gå sammen om felles DHO-system, med krav om integrasjon mot de nasjonale samhandlingskomponentene. EPJ-systemet som DHO-tjenesten dokumenterer i, må også ha tilgang til å konsumere og avlevere data til nasjonale samhandlingskomponentene.

Det må stille krav til åpne standarder og integrasjoner slik at en ikke får leverandør «lås». På denne måten kan en sikre seg datamigrering senere ved bytte av system/leverandør (se også kapitlet om anskaffelse av DHO-løsning).

For sykehusene er det avgjørende at måledata kommer inn i Meona, journalopplysninger i Dips etc.

Aktørene mangler felles tilgang til pasientdata

Dagens situasjon

I dag har i kommuner, fastleger og helseforetak som behandler eller følger opp den same pasienten, i stor grad ikke tilgang til den same helseinformasjonen om pasienten. Dagens løsninger bygger mye på elektronisk meldingsutveksling mellom de ulike partene som i en gitt situasjon har oppfølging av pasienten. Dette er i stor grad strukturerte data som går fra avsender sin EPJ og inn i mottaker sin EPJ²⁶.

Prinsippa for dagens samhandling er at avsender adresserer meldinga til den tjenesten eller fastlegen som vedkommende vet treng informasjonen. Det betyr at andre behandlere eller tjenester ikke alltid får den informasjonen de treng.

De nasjonale samhandlingsløsningene som er skissert under kapitlet om «nasjonale felleskomponenter» skal bidra til at det helsepersonell som til enhver tid skal behandle eller følge opp pasienten, kan slå opp den informasjonen hen treng. Uten at de måtte be om å få tilsendt informasjon fra andre behandlere. Men det krever at alle parter har tatt i bruk felleskomponentene. I tillegg begrenser forskrift og veiledning i utgangspunktet hvilke journaltyper som kan deles.

Konsekvens

I dag vil ikke alle helsepersonell som skal følge opp pasienten ha tilgang til nødvendig journalinformasjon om pasienten. Dei må bruke ekstra tid på å kontakte andre deler av helsetjenesten for å få den informasjonen de trenger. Det betyr at en oppfølgingstjeneste må innhente mer data enn nødvendig og registrere de i eige EPJ, noe som både er mer arbeid, men også vanskelig å holde oppdatert.

Det kan også bety at pasienter med flere ulike diagnoser ikke får rett helsehjelp raskt nok. Den som følger opp pasienten har kanskje ikke nok informasjon til å gjøre de rette tiltaka.

Behov i DHO-tjenesten

DHO-tjenesten er avhengig av å ha tilgang til oppdatert informasjon om både tjenester fra kommunen og relevante helseopplysninger fra både fastlege og spesialist. De tilsatte i DHO-tjenesten bør i størst mulig grad kunne «slå opp» disse dataene selv.

DHO-tjenesten bør også kunne dele relevante EPJ-informasjon med de andre helseaktørene som følger opp pasienten. Målsettinga må være at på sikt skal denne informasjonen deles gjennom nasjonale samhandlingsløsninger som Pasientens journaldokument, Pasientens legemiddelliste mm.

²⁶ [Elektronisk meldingsutveksling - Norsk helsenett](#)

Begrenset innsikt i hvilke kommunale tjenester pasienten har, for leger og sykehus

Dagens situasjon

I dag deler pleie og omsorgstjenestene i kommunen informasjon med fastleger og helseforetak gjennom de elektroniske meldingene som er definert for formålet. Helseforetaket får kun informasjon om kva tjeneste pasienten har fra kommunen, dersom pasienten skal legges inn. Dersom pasienten går til poliklinisk oppfølging, blir det delt lite informasjon om tjenestene pasienten har. Fastlegen er heller ikke alltid oppdatert på hvilke tjenester pasienten får fra kommunen.

Kjernejournalforskriften åpner i dag for at dersom innbyggeren samtykker, kan kjernejournal også inneholde «avtalte behandlings og omsorgstiltak». Tjenester fra kommunen er ikke inkludert i dette. Dermed må det deles etter andre lovhjemler.

Det pågår i dag et forskingsprosjekt i Helse Nord som sammen med Vestvågøy kommune har fått midler til å «*utvikle effektive og brukervennlige arbeidsverktøy for helsepersonell på sykehus og i kommuner, gjennom API-basert datadeling*»²⁷.

Prosjektet har snart i produksjon en pilot der spesialist og pleie og omsorg, kan dele informasjon om sjukepleiesammenfatning, hjelpemidler og kommunale tjenester mellom seg i sanntid. Data blir i første fase delt direkte mellom DIPS Arena og Aiden som er et av EPJ-systema som blir brukt i pleie og omsorgstjenestene i kommunene (API-basert integrasjon). Planen er å hente ut erfaringer og vurdere nytten, for så å gå videre med utvikling sammen med de andre leverandørene av EPJ-systema til pleie og omsorgstjenestene i kommunene. Integrasjonen baserer seg på gjenbruk av felleskomponenter og standardiserte grensesnitt. Prosjektet har lagt til grunn bruk av Tillitsrammeverket i integrasjonen. NHN har i den senere tid stoppa bruken av Tillitsrammeverket til andre formål enn dokumentdeling via Kjernejournal.

Prosjektet omfatter ikke integrasjon med fastlegesystem i første fase.

Konsekvens

I dag er det arbeidskrevende for både fastleger og spesialist å innhente informasjon om kommunale tjenester og de endringer som skjer fortløpende. Det betyr at fastleger og spesialisthelsetjenesten fort sitt med «gammel status».

Det at NHN har avgrensa bruken av Tillitsrammeverket til andre formål enn dokumentdeling via Kjernejournal og fellesløsninger skaper også utfordringer og forsinker arbeidet med heilt nødvendige nye løsninger.

Behov i DHO-tjenesten

DHO-tjenesten må ha innsikt i hvilke type tjenester pasienten tar imot fra heimkommunen sin, og hvem som er kontaktperson, både i kommuner og hos helseforetaket dersom pasienten går til oppfølging for noen diagnoser hos helseforetaket.

²⁷ [Nordlandssykehuset får 20 millioner i støtte til innovasjonsprosjekt fra Forskningsrådet - Nordlandssykehuset HF](#)

Utfordringer med deling av måledata og egenrapporterte data

Dagens situasjon

Det er etablert et nasjonalt tiltak i regi av Helsedirektoratet for å få til ei koordinert og felles satsing i heile sektoren²⁸. Dette nasjonale fellestiltaket er nokså nylig starta og har noen avgrensa oppdrag i 2025. Helseregion Sør-Øst skal gjennomføre ei utprøving i løpet av 2025 sammen med noen kommuner. Helse Sør-Øst RHF har også en lederrolle på vegne av de andre RHF-a i utprøvinga.

Den kommunale utprøvinga baserer seg på bruk av Velferdsteknologisk knutepunkt.

Prosjektet heng også nokså tett sammen med Pasientens planar.

Helseforetakene i Helse Vest har en god del medisinteknisk utstyr med tilhørende programvare, der de henter ut måledata om den enkelte pasient. Medisinteknisk utstyr kjem inn under eige regelverk og det er også avhengig av bruken/funksjonaliteten om det blir regna som et behandlingsretta helseregister eller ikke, og om det er en del av EPJ. I mange tilfelle henter en bare ut rapporter/ som en legg inn som dokumentasjon i EPJ. I andre sammenhenger skal en se trend over tid. I dag er ofte måledata med tilhørende programvare «proprietære» løsninger som ikke bruker dagens standarder. Det betyr at det er vanskelig å hente ut strukturerte data som en kan dele.

Kommunene anskaffer gjerne medisinteknisk utstyr som kan integrere seg med sine velferdsteknologiske responscenterløsninger.

Fastlegesystema har til en viss grad integrasjon med en del måledata utstyr som f.eks. 24 timers blodtrykksmåling, EKG, spirometri-system, ultralydutstyr mm. Her er det etablert integrasjoner mellom de ulike applikasjonene for måleutstyret og legekontorsystema. Men det er heller ikke her lagt til rette for deling av data med andre deler av helsetjenesten. Funna vert summert opp i journalnotat og blir eventuelt delt som epikriser eller gjennom dialogmeldinger.

Det er mange ulike leverandører i markedet.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten må ut på anbud når en skal anskaffe nytt utstyr for målinger. Det betyr at kommuner og spesialisthelsetjeneste ender opp med ulike leverandører som kan gjøre de same målingene.

I dag er det heller ingen etablert praksis å dele på måleutstyr, men fastleger kan utføre enkle målinger med det utstyret de disponerer. Resultat av målingene danner så grunnlag for henvisninger til eller dialog med spesialisthelsetjenesten.

Kommunene skal bruke velferdsteknologisk knutepunkt til å integrere måledata i responsløsninger og mot PLO-løsningene i kommunen. MILA-prosjektet er i gang med dette.

Det er ikke laget en samlet plan for hvordan de ulike helseregionene skal integrere måledata i sine EPJ.

Konsekvens

Kommuner, fastleger og spesialisthelsetjeneste har medisinteknisk utstyr som kan gjøre de same målingene. I den grad pasienten skal følges opp av flere aktører er dette utfordrende.

²⁸ [Pasientens måledata - Helsedirektoratet](#)

Vi må iallfall unngå at pasienten ender opp med to ulike måleutstyr og tilhørende programvare for å rapportere data til flere helseaktører.

VKP-integrasjon gir pr. i dag litt verdi for kommunene, men ikke noe for sykehusene. Det mangler en nasjonal felleskomponent som kan overføre DHO-data på en hensiktsmessig måte mellom kommuner og sykehus, før Pasientens måledata er klar med gode integrasjoner.²⁹

Behov i DHO-tjenesten

DHO-system og EPJ-system som skal brukast i DHO-tjenesten må ha gode API-baserte integrasjoner med Pasientens måledata, og det må tilrettelegges med et godt brukergrensesnitt for visning av måledata. Det må være krav om åpne standarder og integrasjoner som gjør det mulig å flytte data og eventuelt fase ut system etter kvart som behovet blir dekt gjennom andre løsninger.

Anskaffelser av nye DHO-løsninger er krevende

Dagens situasjon

Det pågår felles anskaffelser av nye EPJ-systemer i mange kommunesamarbeider. Det betyr at de kan samarbeide om både anskaffelse og drift av løsningene.

Men det er krevende å lage konkurransegrunnlag som ivaretar alle integrasjoner man trenger, og som forplikter leverandøren i å videreutvikle sine løsninger inn i framtida i takt med utviklinga i sektoren.

Det er flere leverandører å velge mellom og alle har sine styrker og svakheter. Anbudsreglene for offentlig anskaffers setter strenge rammer.

Leverandørmarkedet endrer seg også fort, og det kommer stadig nye løsninger på ny og bedre teknologi og som bruker KI og andre verktøy for å bygge inn beslutningstøtte. Det er veldig fort å velge løsninger som blir omfatta av regelverk for medisinsk utstyr³⁰.

I tillegg er faren stor for at dersom ikke integrasjonene til virksomheter sin EPJ er på plass, blir fort DHO-systemet en del av EPJ-en. Det betyr at systemet må behandles som et helseregister der dataene må lagres i lang tid. Dette skaper en avhengighet til leverandøren og det er vanskelig/kostnadskrevede å byte DHO-system.

Det er også viktig at en i kontraktene sikrer eierskap til dataene som blir produsert og hentet inn. Slik at ikke leverandøren av DHO-systemet kan ta betalt for tilgang til data i ettertid

Konsekvens

Oppfølgingstjenestene kan bli fanga i langvarige kontrakter med leverandører og programvare som raskt blir utdaterte. Dataene blir liggende i DHO-system og ikke delt i EPJ. Det finnes ikke funksjonalitet/måter å overføre relevante data til nye og mer moderne DHO-systemer. Og det er

²⁹ [Roadmap - NHN Utviklerportal](#)

³⁰ [Programvare som medisinsk utstyr - Direktoratet for medisinske produkter](#)

heller ikke muligheter å arkivere de dataene som skal arkiveres, men ikke er journalverdige på en god måte uten å beholde det gamle systemet.

Behov i DHO-tjenesten

Det må være avklart hvem som eier dataene som blir liggende i DHO-systemet.

Eventuelle kontrakter må sikre at dataene kan eksporteres til et digitalt strukturert og lesbart format slik at DHO-tjenesten kan bytte leverandør av DHO-system ved behov og uten at data går tapt.

Organisering bidrar til tekniske barrierer

Hvis kommuner etablerer et system for DHO av en pasientgruppe, så er det stort sett både teknisk og organisatorisk vanskelig å involvere spesialisthelsetjenesten på en god måte.

- Administrasjon av tilganger og krav til informasjonssikkerhet blir barrierer.
- Leger på sykehus har normalt ikke kapasitet og/eller ønske om å hoppe inn i kommunespesifikke DHO-systemer for å følge opp pasienter. De ønsker dette inkorporert i egen EPJ.
- Når en pasient er i eget hjem og mottar DHO så er hen ikke innlagt hos spesialisthelsetjenesten og dermed kommunenes ansvar i henhold til den normale oppgavedelingen. I DHO så er likevel spesialist ofte påkoblet tettere. Dette kan ofte føre til en forvirring knytta til hvem som til enhver tid har medisinsk ansvar for pasienten. Dette er også et hinder for velfungerende DHO.

Tilbakemeldinger etter høringsrunde

Dette notatet har vært på høring hos kommuner i helsefelleskapet og i Helse Bergen / Haraldsplass. De fleste innspillene er innarbeidet i notatet.

Det kom noen tilbakemeldinger som adresserte andre utfordringer enn de som enkelt kan plasseres under barrierene i notatet.

Det pekes på følgende utfordringer:

- Den tekniske kompetansen/evnene til innbyggerne/pasientene og hvordan man eventuelt skal organisere seg for å ivareta dette.
- Fastlegens rolle er underkommunisert: Arbeidsbelastning, insentiver, systemstøtten og manglende standardisering er store praktiske barrierer.
- Brukerperspektivet (pasientens digitale kompetanse, brukergrensesnitt, behov for ett system og ett oppsett) kan omtales tydeligere som en barriere.
- Behov for felles styring, gevinstansvar og tydeligere rollefordeling mellom nivåene trekkes lite frem, men er en sentral organisatorisk utfordring. Herunder også behov for felles risikovurdering og DPIA.

- Kompetanse- og ressursmangel i kommunene – både teknisk og klinisk – nevnes i liten grad, men påvirker gjennomføringen vesentlig.
- Leverandørbinding og risiko ved manglende reell standardisering bør løftes tydeligere som en teknologisk barriere.
- Arbeidsflyt og kapasitet hos helsepersonell (ikke teknologien i seg selv) er ofte en praktisk barriere for å ta nye løsninger i bruk.

I tillegg er det kommet et innspill fra en brukerrepresentant i Regionalt Brukerutvalg i Helse Vest som kommer med innspill om at kapitlene bør knyttes tettere til de som skal benytte tjenestene, nemlig pasienter og pårørende. Og at rapporten om tekniske barrierer særlig tilpasses pasientsikkerhetsaspektet med fokus på kvalitet i tjenesten.

Forslagene er formulert med bakgrunn i de ulike områdene:

- pasientsikkerhet
- ansvar
- forsvarlighet
- etikk
- universell utforming mm

Representanten ber med dette om at pasientperspektivet tydeliggjøres innen spesielt juss, teknologi og organisering.

Tilbakemelding fra brukerrepresentant er gjengitt i vedlegg A.

Vedlegg A: Tilbakemelding fra brukerrepresentant

Forslag:

1. Nytt tverrgående kapittel

Pasientsikkerhet, etikk og grunnleggende forutsetninger for digital hjemmeoppfølging

Forslag til plassering: Etter Oppsummering eller som eget kapittel før «Tekniske og organisatoriske barrierer».

Forslag til tekst:

Digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehuslignende forløp innebærer at deler av helsehjelpen flyttes fra institusjon til pasientens hjem. Dette stiller særlige krav til pasientsikkerhet, forsvarlighet, ansvar og tilgjengelighet. Tekniske og organisatoriske barrierer i DHO må derfor ikke bare vurderes som effektivitetshindre, men også som mulige pasientsikkerhetsbarrierer. Manglende integrasjon, uavklarte ansvarslinjer, utilstrekkelig responskapasitet eller svikt i informasjonsflyt kan få direkte konsekvenser for pasientens helse og trygghet. Kravet til forsvarlige tjenester gjelder uavhengig av om helsehjelpen ytes fysisk eller digitalt, og uavhengig av behandlingsarena. Når spesialisthelsetjenesten initierer eller legger premissene for digitale forløp, må pasientsikkerhet og etiske hensyn prioriteres foran effektiviserings- og kapasitetsargumenter.

2. Tydeliggjøring av **ansvar og risiko** for ansvarsforskyvning

(kan legges inn under «Organisering bidrar til tekniske barrierer»)

Forslag til tilleggstekst:

En sentral risiko ved digitale hjemmeoppfølgingsløsninger er uønsket ansvarsforskyvning fra helsetjenesten til pasient og pårørende. Når teknologi, integrasjoner eller organisatoriske løsninger ikke fungerer optimalt, kan pasienten i praksis bli den som må kompensere gjennom å: oppdage forverring, vurdere alvorlighetsgrad, rapportere korrekt og i tide, og ta ansvar for at informasjon når frem. Pårørende kan i slike forløp bli en implisitt forutsetning for at tjenesten skal fungere, uten at dette er eksplisitt avklart, frivillig eller tilstrekkelig støttet. Hovedansvaret for forsvarlig helsehjelp ligger alltid hos ansvarlig helsevirksomhet og helsepersonell. Digitale løsninger må ikke etableres på en måte som i praksis skyver ansvar, risiko eller skyld over på pasient eller pårørende ved svikt i teknologi, organisering eller samhandling.

3. Reell **tilgjengelighet og responstid** – ikke bare kontaktkanaler

(kan knyttes til flere kapitler, særlig integrasjon og organisering)

Forslag til nytt avsnitt i «Behov i DHO tjenesten»:

Digitale hjemmeoppfølgingsløsninger må sikre reell tilgjengelighet for pasienten, ikke bare tekniske kontaktflater. For pasienter i hjemmesykehuslignende forløp er det avgjørende å vite: hvem som følger med på data og varsler, når de kan forvente respons, og hva som er alternativ kontaktvei ved teknisk svikt. Løsningene bør derfor støtte tydelige varslings og eskaleringsrutiner, dokumentert responstid og redundans. I forløp med høy medisinsk risiko kan dette innebære behov for døgnkontinuerlig beredskap.

4. **Universell utforming og gjennomførbarhet** for hele målgruppen

(anbefalt som eksplisitt krav, ikke implisitt)

Forslag til tillegg i kapittel om anskaffelser eller behov:

For å sikre likeverdige tjenester må digitale hjemmeoppfølgingsløsninger være universelt utformet og gjennomførbare for hele målgruppen. Dette innebærer at løsningene må fungere også for pasienter med: lav digital helsekompetanse, nedsatt syn, hørsel, motorikk eller kognitiv funksjon, språkbarrierer, høy symptombyrde eller sammensatte lidelser. Løsninger som forutsetter høy digital kompetanse eller betydelig egeninnsats uten tilstrekkelig støtte, vil i praksis selektere bort pasienter og kunne bidra til økt ulikhet i tjenestetilbudet.

5. **Én pasient – flere aktører**: redusere belastning for pasient og pårørende

(kan legges inn i kapitlene om måldata, DHO-system og lokale anskaffelser)

Forslag til pasientnært prinsipp i rapporten:

For pasienter som følges opp av både kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste, må løsningene utformes slik at pasienten ikke må: bruke flere ulike apper for samme formål,

håndtere flere sett med måleutstyr for samme måling, eller rapportere de samme dataene flere steder. Løsningen skal i størst mulig grad sikre at samme måling registreres én gang og deles videre mellom aktører gjennom standardiserte og sikre mekanismer.

6. Behandlingsplan i sammensatte forløp – pasienten som ufrivillig koordinator

(tillegg til kapitlet om digitale behandlingsplaner)

Forslag til presisering:

I dag finnes det begrenset støtte for felles behandlingsplaner i forløp der flere aktører er involvert. Dette medfører risiko for at pasienten i praksis selv (eller pårørende) blir koordinator mellom parallelle planer og aktører. For pasienter med sammensatte behov bør digitale behandlingsplaner støtte: rolle og rettighetsstyrt oppdatering fra flere profesjoner og nivå, tydelig ansvar for oppdatering, sporbarhet i endringer, og enkel, forståelig visning for pasienten.

7. Stoppkriterier og kontinuerlig vurdering av digitale forløp

(nytt punkt – viktig pasientsikkerhetsperspektiv)

Forslag til nytt avsnitt:

Digitale hjemmeoppfølgingsforløp må ha tydelige kriterier for når: oppfølging skal intensiveres, fysisk vurdering eller innleggelse er nødvendig, eller digital oppfølging ikke lenger er egnet. Manglende stoppkriterier kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko. Systemene bør støtte dette gjennom dokumentasjon, varslings og beslutningsstøtte der det er relevant.

8. Personvern og tillit – pasientforståelig dataflyt

(pasientnær vinkling av eksisterende sikkerhetskapitler)

Forslag til tillegg:

Tillit er en forutsetning for bruk av digitale helsetjenester. Pasienter må få forståelig informasjon om: hvilke data som samles inn, hvem som har tilgang, hvordan data brukes og lagres, og hvilke valgmuligheter pasienten har. Utydelig dataflyt og manglende transparens kan svekke tillit og redusere faktisk bruk av løsningene, uavhengig av teknisk kvalitet.

Avsluttende anbefaling (kan erstatte eller supplere eksisterende avslutning)

For å lykkes med digital hjemmeoppfølging på tvers av nivåer er det avgjørende at tekniske og organisatoriske løsninger utvikles med tydelige etiske rammer og et pasientsentrert perspektiv. Digitale løsninger skal styrke trygghet, kvalitet og mestring – ikke øke belastning eller flytte ansvar til pasient og pårørende. Dette forutsetter reell brukermedvirkning, klare ansvarsforhold, universell utforming, forutsigbar tilgjengelighet og tydelige rammer for når digitale forløp er – og ikke er – egnet.