

OPPSUMMERING AV WORKSHOP OM DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

Avholdt digitalt den 16.mars 2021 av E-helse Vestland i samarbeid med InnoMed

DELTAGERE SOM VAR INVITERT:

E-helse Vestland	Kjell Olav Bondevik, Anita Lønnebakken Sævild, Kari Eidsnes Bjørkheim, Kristin Bruland, Per Waardal
Helse Vest IKT	Kari Støfringsdal, Håkon Bull-Njaa, Steinar Mangersnes
Sys IKT	Catrine Andresen Vagstad
Helse Bergen	Mette Herstein Monsen, Lars Birger Nesje, Rebekka Ljosland
Helse Førde	Marte Ulltang, Øyvind Bang Olsen, Inger Elise Grotle
Alarmsentralen v/Florø	
Sunnfjord kommune	Sina Sadre Motekallem
Stad kommune	Anne Ruth Botn Bjørnlo, Thomas Vingen Vedeld
Kvam kommune	Bjarte Hammer Aarland, Åslaug Bøhn Botnen,
Masfjorden kommune	Rolf Martin Tande, Oddvin Arne Neset, Åse Elin Solheim, Elin Eikemo,
Luster kommune	Margrete Sørhol, Henriette Sandvik,
Sogndal kommune	Vidar Leirdal
Vaksdal kommune	Sigrunn Stamnes Vik
Fylkeseldrerådet	Harald Ekroll
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Merethe Landaas
Blindeforbundet	Silje Edvardsdal Thon
Diabetesforbundet	Inger Myrtveit
Brukerutvalg Helse Førde	Marita Aarvik
Fylkestyret NSF	Silje Strand Skauge
InnoMed	Grete Kvernland-Berg, Cecilia Karlsen Gnaly, Laura Kleiven

AGENDA FOR WORKSHOP

- 1) Informasjon om digital hjemmeoppfølging v/InnoMed
- 2) Introduksjon til prosjektet v/Kari Eidsnes Bjørkheim
- 3) Prosess for implementering v/InnoMed
- 4) Gruppearbeid med behovskartlegging:
 - Helseforetakene med InnoMed som fasilitator
 - Kommuner med Kjell Olav Bondevik som fasilitator
 - Brukerrepresentanter med Anette Eri Norevik som fasilitator



5) Oppsummering og diskusjon i plenum

1.INTRODUKSJON AV DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

- InnoMed introduserte temaet for dagens workshop ved å vise en video om digital hjemmeoppfølgning. Videoen finner du ved å følge denne lenken:
<https://www.youtube.com/watch?v=zJv9mYO91hA>

2.INTRODUKSJON TIL PROSJEKTET V/KARI EIDNES BJØRKHEIM

Introduksjon om E-helse Vestland og visjon

- E-helse Vestland har som mål å «etablere Vestland som en kraftregion for bruk av teknologi i helse- og omsorgstenesta».
- E-helse Vestland har mottatt fornyingsmidler i 2020 og i prosjektet er det Sunnfjord kommune som står som søker og som er prosjekteier.
- E-helse Vestland samarbeider med flere aktører i Vestland regionen: Vestlandsforskning, Helse Vest IKT, Helse Førde, Helse Bergen, Høgskulen på Vestlandet og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (Hordaland og Sogn og Fjordane).
- Det har vært flere faser med arbeid rundt velferdsteknologi i Vestland:
2012-2016: Lindås prosjektet
2014-2019: Fylkesprosjektet Sogn og Fjordane, IT-forum
2017:2021: Velferdsteknologi i Sogn og Fjordane
2017-2018: Nordhordlandsprosjektet
2018-2021: Vestlandsprosjektet
2020-2025: E-helse Vestland
- Visjonen til E-helse Vestland er at «Alle innbyggjarane skal kunne bu lengst mogleg heime i alle deler av Vestland fylke, støtta av velfungerande tenester bygd på velferdsteknologi i alle kommunane.»

Hovedmål

- Hovedmål 2020-2025: ut ifra behov for å utvikle samarbeid og styrke fagmiljøene som støtter kommunene i hele Vestland fylke med implementering av velferdsteknologi er hovedmål og delmål i prosjektet i 2021 følgende:
 - Prosjektet skal gjennomføre første fase av en flerårig plan der alle kommunene i Vestland fylke gradvis blir med.
 - Prosjektet skal utvikle et sterkt faglig samarbeid for å samle, bygge og dele kunnskap og erfaringer som er kritisk for innføring av velferdsteknologi i kommunene.
 - Kommuner skal være i førersetet og skal implementere og ha vesentlig gevinst av velferdsteknologi.
 - Prosjektet skal støtte kommunene i å realisere det store potensialet i bruk av velferdsteknologi.
 - Velferdsteknologi skal også bidra i krisesituasjoner for å betrygge brukere av helse- og omsorgstjenestene, hindre smittespredning og frigi tid for helsepersonell.



Status og arbeidspakker

- Status/fremdrift/leveranse per mars 2021:
 - **Arbeidspakke 1:** Forsterke effekten av NVP og dyrke frem Vestlandsnettverket
 - **Arbeidspakke 2:** Tjenester med digital hjemmeoppfølging
 - **Arbeidspakke 3:** Nettverk og responscenterløsning Vestland
 - **Arbeidspakke 4:** Kompetanseutvikling
 - **Arbeidspakke 5:** Satsning på velferdsteknologi for barn og unge med nedsatt funksjonsevne
 - **Arbeidspakke 6:** Motvirke ensomhet og øke digital kompetanse blant eldre

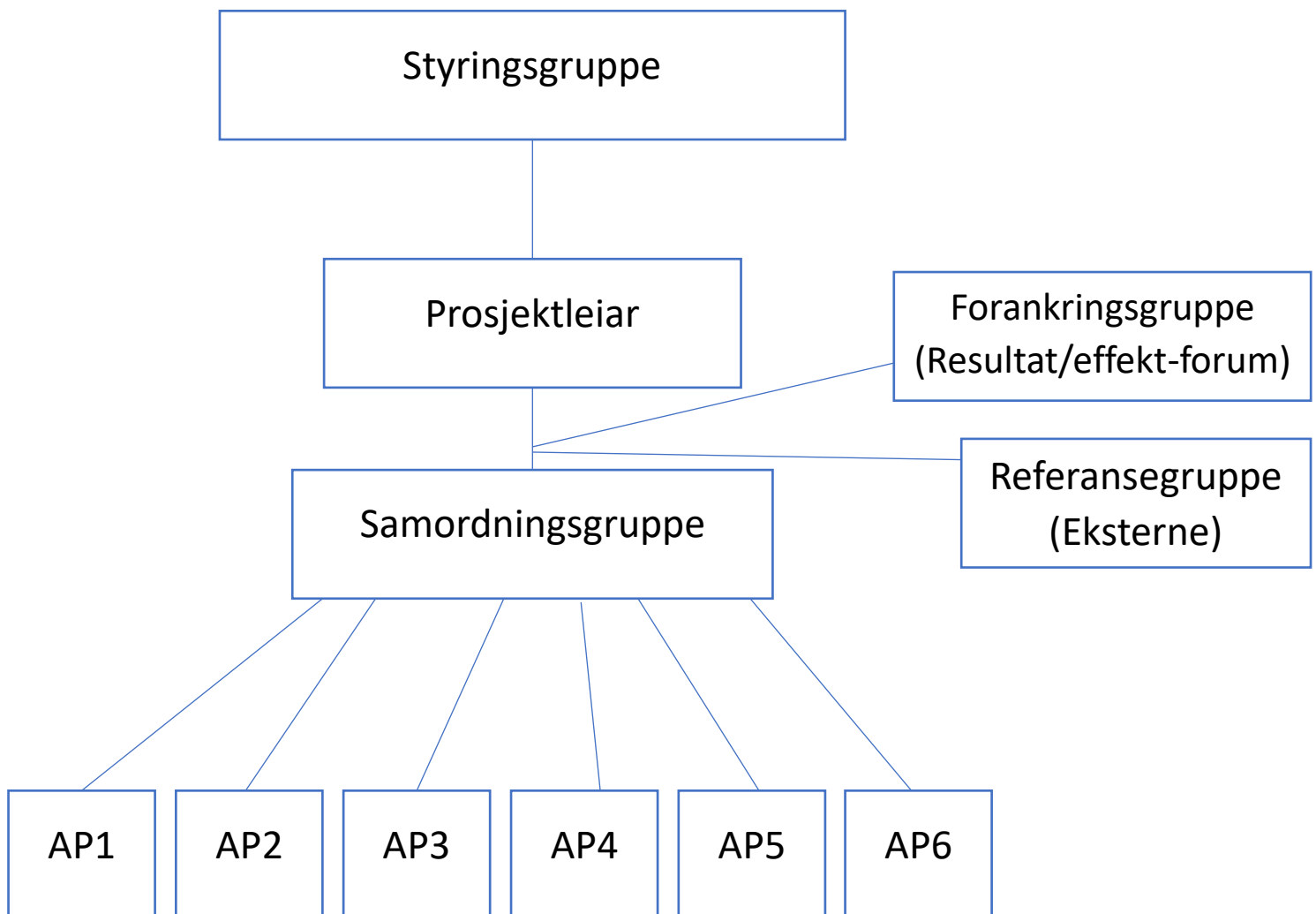
Organisering

- Slik ser organiseringen av prosjektet ut:





- Slik ser organisasjonskartet ut:



Arbeidspakke 2 – tjenester med digital hjemmeoppfølging

- Arbeidsgruppe under etablering med InnoMed som prosessveileder



- Helse Bergen og Helse Førde har gått inn i prosjektet og Stad kommune er valgt som ressurskommune.
- Målet er å få med 6-8 kommuner i prosjektet.
- Første fase er behovskartlegging og nytteverdi av digital hjemmeoppfølging.
- Det er fastsatt to workshops: 16.mars og 4.mai, og det vil potensielt bli avholdt en større temadag tidlig i høst (september).
- Videre aktiviteter fastsettes etter avholdte workshops og sentrale føringer.

Brukerrepresentasjon i prosjektet

- Bruker har rett til medvirkning uavhengig av samtykkekompetanse og funksjonsnivå. Det er viktig å sørge for å tilrettelegge for brukermedvirkning og gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon.
- Det skal samarbeides med bruker når tjenestetilbudet blir utformet og man skal sikre medvirkningsretten. Dvs. tilpasset hver enkelt brukers individuelle forutsetning og behov.
- Ved manglende samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til medvirkning sammen med bruker.
- Brukerrepresentasjon i prosjektet består av aktører fra følgende:
 - Fylkeseldrerådet
 - Pensjonistforbundet
 - LHL Bergen
 - Diabetesforbundet
 - Brukerutvalg Helse Førde
 - Ungdomsrådet i Helse Bergen
 - FFO fylkeskontor
 - Blindeforbundet

3. PROSESS FOR IMPLEMENTERING V/INNOMED

Implementering av digital hjemmeoppfølging

- Nasjonalt velferdsteknologiprogram har utviklet en kvikk-guide for implementering av digital hjemmeoppfølging. Guiden er inndelt i 4 hovedfaser:
 - 1) Avklare behov og etablere samarbeid:** i denne fasen skal man avklare samarbeid på tvers av aktører, definere målsetning med tjenesten, avklare organisering av oppfølgingen og avklare behov for teknologi.
 - 2) Utforme tjenesten:** i fase 2 skal man utarbeide og forankre nye tjenesteforløp. Det skal tas stilling til en helhetlig tjenestemodell og gjennomføres anskaffelse og lage arbeidsprosesser og rutiner.
 - 3) Implementere tjenesten:** i denne fasen skal man planlegge og implementere ny tjeneste. Videre skal det informeres om og gis opplæring i tjenesten.
 - 4) Drifte og evaluere tjenesten:** i den avsluttende fasen skal det sikres regelmessig oppfølging av bruker. Videre skal tjenesten evalueres og forbedringspotensialer avdekkes. Rutiner skal utarbeides og rutiner forankres.
- Felles for alle de fire fasene er arbeid med gevinstkartlegging og gevinstrealisering.



- Kvikk-guiden finner du ved å følge denne linken:
<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/innovasjon/veikart-for-tjenesteinnovasjon/kvikk-guide-velferdsteknologi/20201202-Kvikk-guide-digital-hjemmeoppfolging-v-1-1.pdf>

Avklare behov og etablere samarbeid

- Et viktig første steg i arbeid med digital hjemmeoppfølging er å bestemme seg for hva man vil oppnå med tjenesten og for hvilke målgrupper. Spesialisthelsetjenesten og representanter fra fastlegene bør involveres allerede før behovsfasen starter, dette for å sikre samstemte behov i helsefellesskapet. I behovsfasen er det viktig å avdekke:
 - spesifikke diagnosegrupper
 - brukergrupper med høyt forbruk av helsetjenester som polikliniske konsultasjoner, innleggelser, forbruk av hjemmebaserte tjenester, korttidsopphold og fastlege konsultasjoner
 - brukergrupper det er viktig å trygge
 - behov for smittevern (med tanke på Corona-oppfølging)

4.VURDERING AV MÅLGRUPPER

I workshopen ble deltagerne delt inn i tre grupper hvor gruppe 1 representerte helseforetakene, gruppe 2 representerte kommunene, og gruppe 3 representerte brukerrepresentantene. Nedenfor presenteres en oppsummering av de ulike diskusjonene som de tre gruppene gjennomførte i workshopen.

Gruppearbeid - brukerbehov med representanter fra helseforetakene

Vurdering av innhentet statistikk på forbruk av helsetjenester

- Statistikk ble innhentet fra Helse Bergen og Helse Førde på antall døgnopphold, antall liggedøgn, dagopphold og polikliniske konsultasjoner for brukere med KOLS, diabetes og hjertesvikt. Dette ble diskutert blant representantene fra helseforetakene.

Statistikk diabetes

- Liggedøgn og døgnopphold: brukere med diabetes (type 1 og type 2) hadde i 2020: 3216 liggedøgn og 661 døgnopphold i Helse Bergen. I Helse Førde hadde denne brukergruppen i 2020: 87 liggedøgn og 387 døgnopphold.
- Polikliniske konsultasjoner: brukere med diabetes (type 1 og type 2) hadde i 2020: 14 593 polikliniske konsultasjoner i Helse Bergen. I Helse Førde hadde brukergruppen i 2020: 2435 polikliniske konsultasjoner og dagopphold.

Statistikk KOLS

- Liggedøgn og døgnopphold: brukere med KOLS hadde i 2020: 833 døgnopphold og 2721 liggedøgn i Helse Bergen. I Helse Førde hadde denne brukergruppen i 2020: 183 døgnopphold og 784 liggedøgn.



- Polikliniske konsultasjoner: brukere med KOLS hadde i 2020: 1834 polikliniske konsultasjoner. I Helse Førde hadde denne brukergruppen: 453 polikliniske konsultasjoner og dagopphold.

Statistikk hjertesvikt

- Liggedøgn og døgnopphold: brukere med hjertesvikt (hoveddiagnose og bidiagnose) hadde i 2020: 2427 døgnopphold og 15635 liggedøgn i Helse Bergen. I Helse Førde hadde denne brukergruppen i 2020: 224 døgnopphold og 1.067 liggedøgn.
- Polikliniske konsultasjoner: brukere med hjertesvikt hadde i 2020: 4625 i Helse Bergen. I Helse Førde hadde denne brukergruppen 484 polikliniske konsultasjoner og dagopphold.

Vurdering av brukerbehov tilknyttet diagnose

Representantene fra helseforetakene vurderte deretter brukerbehovene for brukere med diabetes, hjertesvikt og KOLS. Nedenfor finner dere en kortere oppsummering av det som ble diskutert og notert.

Diabetes

- En del brukere har komplikasjoner og må dermed følges opp av spesialisthelsetjenesten. brukere som er mer stabile blir primært fulgt opp av kommunehelsetjenesten.
- Mange av brukerne har behov for oppfølging på ernæring – ofte individuell oppfølging, men dette kan gjerne tenkes at kan gjøres mer digitalt enn det gjøres i dag.
- For barn og unge betyr det mye å slippe å dra på sykehuset, spesielt når det er store kjøreavstander. Barn og unge må ofte ta fri fra skole og foreldre må ta fri fra jobb for å bli med på sykehuset. For denne gruppen er det særlig relevant å erstatte sykehusbesøk med digital oppfølging. Dette er også en brukergruppe som er god på teknologi.
- Brukere med diabetes type 2 er en voksende gruppe – bytte til digital oppfølging har et stort fremtidig potensiale.
- For å lykkes med digital hjemmeoppfølging for denne brukergruppen så må fagfolkene kjenne på det reelle behovet. Fagfolkene må erkjenne og ta eierskap til behovet både som fagpersonell og på vegne av brukergruppen.

Hjertesvikt

- Hjertesvikt er en vanlig diagnose som ofte følger andre sykdommer. Mange brukere med hjertesvikt har hjertesvikt som en følgesykdom.
- En del av brukerne har pacemakere, og følges opp digitalt av sykehuset med elektronisk overvåkning.
- Mange i denne brukergruppen er inne i andre typer oppfølging, og er dermed en del av et større og komplisert bilde. Det kan være krevende å stille klare kriterier for digital hjemmeoppfølging til denne brukergruppen.

KOLS

- Brukere som blir innlagt, er ofte så dårlig at de har behov for langtidsbehandling. Dersom digital hjemmeoppfølging kan fange opp forverrelser som unngår innleggelser, så er denne oppfølgingen svært aktuell for denne brukergruppen.



- Brukere med moderat KOLS som har oppfølging på ernæring og fysisk aktivitet er veldig aktuelle for digital hjemmeoppfølging.
- Helse Førde har nå et «pust deg bedre» initiativ som fokuserer på å gi brukere med KOLS egenmestring og øvelser til bruk i trening. Dette initiativet skal overføres til Helse Bergen.
- I Helse Bergen er det utprøvd KOLS-koffert til brukere.

Aktørkart

Gruppen laget deretter et aktørkart som beskriver viktige aktører rundt potensielle brukere av digital hjemmeoppfølging:

- Aktører i hverdagen er: fastlegen, hjemmesykepleien og pårørende.
- Fagaktører: kommunale lavterskeltilbud, klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, geriatrisk sykepleier, lungelege, spesialister fra sykehus.
- Brukere med hjertesvikt møter svært mange ulike faggrupper.
- Brukere med hjertesvikt møter svært mange faggrupper.

Andre punkter som ble diskutert

- For å få helseforetakene med på digital hjemmeoppfølging er det essensielt å få med fagavdelingene på sykehusene. Aktører fra fagavdelingene har ofte manglende tid og man må derfor ha en god forankringsplan her.
- Digital hjemmeoppfølging må løse et reelt behov for fagavdelingene.
- Fra fagavdelingene er det ytret ønske om å bruke digital hjemmeoppfølging i smertelindring. Å starte med denne gruppen som er motivert og engasjert kan være et lurt første steg.
- Det er også fanget opp engasjement fra hjerte- og lungeavdelingen i Helse Bergen. Det er lurt for videre forankring å se nærmere på dette engasjementet.

Gruppearbeid - brukerbehov med representanter fra kommunene

Vurdering av innhentet statistikk på forbruk av helsetjenester

- Kommunene ble utfordret på hvordan de selv kan innhente lignende statistikk på forbruk av kommunale helsetjenester.
- Kommunerepresentantene fremhever at det er vanskelig å hente ut tall på tjenester tilknyttet diagnose da dette må gjøres manuelt. Kommunene registrerer ofte IPLOS-diagnose, mens fastlegene ofte registrerer diagnoser på en annen måte.
- Viktig å også tenke forløp – hva som ligger bak tallene.
- Det er ikke alltid at brukere som er mye hos fastleger er store forbrukere av hjemmetjenester. Det er også en fare for at brukere kan være dobbeltregistrert med tanke på diagnoser i ulike systemer noe som potensielt kan gi store feilmarginer i tallene.

Vurdering av brukerbehov tilknyttet diagnose

Representantene fra kommunene vurderte deretter brukerbehovene for brukere med diabetes, hjertesvikt og KOLS. Nedenfor finner dere en kortere oppsummering av det som ble diskutert og



notert.

Diabetes

- Brukere måler blodsukker hyppig, og har ofte behov for oppfølging av helsepersonell ved forverrelser i tilstand.
- Det er viktig for helsepersonell å ha verktøy som sikrer at signal om forverrelse i tilstanden oppdages så tidlig som mulig.
- Brukergruppen har ofte behov for regulering av medisiner, og de er avhengig av en tett og god oppfølging som trygger dem i sin sykdomstilstand.
- Mye tid går til transport til fastlege eller spesialisthelsetjenesten, og reduksjon i dette vil gagne brukerne i stor grad.
- Utfordringer med dagens tjeneste er at oppfølgingen er oppdelt og at det er lite samarbeid mellom fastleger, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Digital hjemmeoppfølging fremstår som en god måte å kunne følge med på brukerne sine innrapporterte målinger slik at man får mulighet til å tidlig gå inn og justere medisiner og behandling. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til at brukere får et mer stabilt blodsukkernivå samtidig som det skaper økt trygghet og kjennskap til egen helsetilstand.
- Det er et stort behov for at alle aktører i behandlingslinjen har tilgang til samme informasjon om brukeren. Dette kan digital hjemmeoppfølging bidra til.
- En forutsetning for å få til digital oppfølging er at det eksisterer dedikerte helsepersonell som følger opp brukerne, og at det foregår en god samhandling på tvers mellom aktører.

Hjertesvikt

- Brukerne har behov for trygghet om egen tilstand og forverrelse av tilstand.
- Brukerne bruker mye tid på reise i forbindelse med konsultasjoner hos fastlege eller hos spesialist.
- Mange av brukerne opplever raske forverringer i sin tilstand og har ofte infeksjoner. Fastlege og spesialist har behov for å følge opp brukerne tettere, og ha mer informasjon om hvordan tilstanden utvikler seg over tid.
- Utfordringer med dagens tilbud er at oppfølgingen oppleves som oppdelt, spesielt når det gjelder oppfølging og utskrivelse av medisin.
- De ulike fagsystemene samsnakker ikke, og spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ikke tilgang til samme informasjon om brukeren.
- Det foreligger også lite kunnskap om andre tiltak enn medikamentell behandling.
- Digital hjemmeoppfølging kan bidra til økt opplevelse av egenmestring og kan bidra til å skape økt trygghet, og unngå belastende reiser for brukerne.
- Forutsetning for å lykkes med digital hjemmeoppfølging er god samhandling mellom alle aktører, felles forståelse og gode tekniske løsninger.

KOLS

- Dette er en brukergruppe som opplever hyppige forverrelser i tilstand og som ofte er innlagt på sykehus med infeksjoner.
- Brukerne har stort behov for oppfølging for å føle trygghet rundt sin egen tilstand da redsel og angst kan forverre tilstanden.
- Brukergruppen har ofte involverte pårørende som også trenger å trygges.



- Brukergruppen opplever utfordringer med mye transportreiser til fastlege eller spesialist. De opplever også en tungvint kommunikasjon og oppfølgingen oppleves lite koordinert.
- De er en stor risiko for at fastlege og sykehuslege jobber parallelt grunnet dårlig og lav informasjonsutveksling mellom de to aktørene.
- Digital hjemmeoppfølging kan fungere godt som et verktøy for å få mer samordnet data om brukeren sin tilstand. I tillegg kan tjenesten bidra til å oppdage forverrelser i tilstand tidligere, noe som reduserer belastningen for brukeren og helsevesenet.

Aktørkart

Gruppen laget deretter et aktørkart som beskriver viktige aktører rundt potensielle brukere av digital hjemmeoppfølging:

- Aktører i hverdagen: pårørende, venner, nabo, foreninger og interesseorganisasjoner.
- Fagaktører: lege, ergoterapeut, diabetessykepleier, responscenter for kontakt, primærhelseteam, fysioterapeut, frivillighetssentral, dagsenter, legekantor og spesialsykepleier.

Gruppearbeid - brukerbehov med brukerrepresentantene

Vurdering av brukerbehov tilknyttet diagnose

Representantene fra kommunene vurderte deretter brukerbehovene for brukere med diabetes, hjertesvikt og KOLS. Nedenfor finner dere en kortere oppsummering av det som ble diskutert og notert.

Diabetes

- Hvilke behov man har avhenger av hvilke type diabetes brukeren er diagnostisert med.
- Brukere med diabetes type 1 er mer sårbare og trenger oppfølging både før og etter måltid. Dette er ikke alltid nødvendig for brukere med diabetes type 2.
- Hvilken type medisiner brukeren har er også et sentralt element i å evaluere behovet. Det er store variasjoner for behov for oppfølging for denne brukergruppen.
- Brukerne har et stort behov for å holde blodsukkernivået stabilt. Videre er dette en brukergruppe som får lite oppfølging fra spesialisthelsetjenesten (gjelder særlig diabetes type 2) og som ofte har for lite kunnskap om egen sykdom.
- Det er et stort behov for å gi tettere og bedre oppfølging til disse brukerne, da det er mange verktøy de kan lære seg for å bedre håndtere sin egen sykdom.
- Digital hjemmeoppfølging kan bidra til at brukerne holder blodsukkeret mer stabilt, at de får økt nærhet til tjenesten og økt livskvalitet.
- Forutsetninger for å lykkes med digital hjemmeoppfølging er at man inkluderer aktører som har stor vilje til å ta tjenesten i bruk. Det er viktig å inkludere brukeren i utviklingen av tjenesten og at grundig opplæring blir gitt.
- Brukergrensesnittet på verktøyene som blir brukt i digital hjemmeoppfølging må være utviklet også for de med sansetap.

Hjertesvikt

- Brukere med hjertesvikt har ofte behov for regulering av medisiner.



- Mange av brukerne opplever en stor frykt tilknyttet risiko for å få hjerteinfarkt, og har ofte behov for en trygghet om at det blir etablert kontakt med bruker dersom bruker ikke responderer.
- Hyppigere målinger av egen tilstand vil gi økt trygghet til brukerne og en opplevelse om at de blir «passet på» av helsepersonell.

KOLS

- Brukergruppen har ofte behov for rehabilitering tilknyttet sin tilstand, og at dette behovet blir fanget opp.
- Brukerne har mye uro og angst og vil ha god nytte av tettere og oppfølging oftere.
- Lungesyke brukere har i dag et begrenset tilbud når det gjelder opptrening, oppfølging og verktøy for egenmestring av egen sykdom.
- Det er viktig for denne brukergruppen å unngå reiser til fastlege og sykehus da dette ofte fører til en forverrelse i deres tilstand.

5.OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Gruppene ble samlet etter gruppearbeidet for å oppsummere og diskutere arbeidet med brukergruppene.

Viktigheten av å se på tall

- Det er viktig å se på tall på forbruk av helsetjenester i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å se hvor man har mye å hente på å kunne redusere tjenestene.
- Kommunene påpeker utfordringer med å innhente tall fordelt på diagnoser. Videre er det mye dobbeltføringer i kommunehelsetjenesten da hjemmesykepleien og fastlegene bruker ulike diagnosekoder.
- I spesialisthelsetjenesten er det enklere å hente ut valide tall.

Likheter på tvers av brukergruppene

- Alle gruppene trekker frem viktigheten av å fange opp forverrelser i brukers tilstand tidligere som et viktig behov for alle brukergruppene.
- Videre blir det trukket frem at flere av brukerne kan ha behov for hyppigere oppfølging for å få økt trygghet og kunnskap om egen sykdomstilstand.
- Det er i dag lite samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommunehelsetjenesten. Dette er en felles utfordring som gjelder alle brukergruppene.
- Mye informasjon går tapt når flere aktører er inne i behandlingsforløpet – aktørene jobber i siloer og informasjonen flyter ikke mellom tjenestenivåene.

Universell utforming av tjenestene

- Alle arbeidsgruppene fastslår viktigheten av å se hele mennesket når det skal utformes nye tjenester som digital hjemmeoppfølging.
- Brukere er ulike og har ulike behov. Universell utforming og tilgjengelighet henger sammen og må sees under ett. Noen brukere har flere diagnoser og det er viktig å se disse i sammenheng.
- De digitale løsningene som blir valgt til bruk i digital hjemmeoppfølging må være lett å lære, enkle å bruke og være utformet også for brukere med sansetap.



Forankring

- Alle gruppene er enige om at fokus på forankring er viktig for utforming av tjenesten.
- Helseforetakene og kommunene presiserer at det må foreligge en klar og tydelig funksjons- og oppgavefordeling rundt tjenesten, og at det tydelig fremkommer hvor ansvaret til de ulike aktørene ligger. Fastlegen har en viktig rolle i forløpet, og må involveres tidlig. Det samme gjelder fagavdelingene på sykehusene.
- Det er et stort behov for mer informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helseforetakene trekker frem at de ofte ikke vet hva som foregår i førstelinjen. Digital hjemmeoppfølging kan bistå med å gjøre felles informasjon mer tilgjengelig mellom de ulike aktørene i helsetjenesten.

Hvordan få til digital hjemmeoppfølging

- Helhetlige forløp og bedre samhandling vil gi bedre helsetjenester til alle brukere, uavhengig av diagnose.
- En modell for felles konsultasjon med fastlege og sykehuslege kan åpne opp for nye muligheter til å gi brukere gode og helhetlige tjenester. Dette vil avlaste helsepersonell, men også redusere tidsbruk på reiser for brukerne.
- For noen brukere kan digital hjemmeoppfølging erstatte fysiske konsultasjoner – det gjelder at man identifiserer brukere som kan erstatte noen eller alle tjenestene med digital hjemmeoppfølging.
- Teknologien som skal anskaffes må vurderes nøye – man skal ikke bruke teknologi bare for å bruke det. Teknologien eksisterer og fungerer, utfordringen ligger i å organisere tjenesten rundt teknologien som skal benyttes.
- Utstyret som blir anskaffet må være universelt utformet og passe for alle brukere.