



KVIKK-GUIDE TIL DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

Nasjonalt velferdsteknologiprogram



Avklare
behov

Utforme
tjenesten

Implementere
tjenesten

Drifte og
evaluere
tjenesten

Innledning

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har oppdatert kvikk-guide til innføring av digital hjemmeoppfølging nå som prosjektet går over i en spredningsfase. Guiden er basert på erfaringer fra prosjektene som har deltatt i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging, og kartlegging av behov hos kommuner og helseforetak som vurderer å ta i bruk tjenesten.

Bakgrunn

Interessen for digital hjemmeoppfølging har økt betraktelig, og flere kommuner har etterspurt erfaringer og anbefalinger fra det nasjonale prosjektet. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har derfor utarbeidet en kvikk-guide til digital hjemmeoppfølging for å dele kunnskap og erfaringer fra den pågående nasjonale utprøvingen. Formålet med kvikk-guiden er å gi en enkel beskrivelse av tjenesteinnovasjonsprosessen for å kunne ta i bruk digital hjemmeoppfølging, samt vise til praktiske eksempler fra kommuner og helseforetak.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har gjennomført en treårig utprøving av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 – 2021. Formålet med utprøvingen har vært å få tilstrekkelig kunnskap om effekter av digital hjemmeoppfølging for å gi nasjonale anbefalinger om innretning, organisering og implementering. Kvikkguiden bygger på erfaringer fra utprøvingen.

Samtidig som dette har vært et utviklingsprosjekt er det fulgt av forskning. Ca 730 pasienter fordelt på tiltaks- og kontrollgruppe er inkludert, og disse har vært fulgt i 1-1,5 år.

Utprøvingen har omfattet seks regionale prosjekter, hvor kommuner samarbeidert med fastleger og spesialisthelsetjenesten om oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, hjertesvikt, diabetes, kreft og psykisk sykdom. Målgruppen har gjerne hatt flere diagnoser, sammensatte og store behov for oppfølging, og/eller risiko for forverring, reinnleggelse i sykehus eller økt behov for helsetjenester.

Utprøvingen har vist at pasienter opplever økt trygghet og økt kontroll med sin situasjon. De har bedre helserelatert livskvalitet og lavere dødelighet enn kontrollgruppen. Prosjektene har spisset inklusjons-kriteriene gjennom prosjektet og forventer større effekt også på tjenesteforbruk. Erfaringene fra utprøvingen presenteres i en sluttrapport som vil bli publisert på Helsedirektoratets nettside [Teknologi i pasientens helsetjeneste](#) sammen med sluttrapporter fra utprøvnings-prosjektene og evalueringsrapport fra forskningen.

Digital hjemmeoppfølging og Covid-19

Hdir har kommet med [anbefalinger](#) om å ta i bruk velferdsteknologi og digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten for å avhjelpe utfordringer under covid-19-pandemien.

Erfaring fra kommuner som tilbyr digital hjemmeoppfølging ved covid-19 er samlet i en [rapport som ble utgitt i februar 2021](#). På bakgrunn av erfaringene prosjektene har gjort seg, er det også utviklet en kortversjon; [Kvikk-guide for digital hjemmeoppfølging ved Covid-19](#).

Avgrensinger

Kvikk-guiden fokuserer på implementering av tjenester med digital hjemmeoppfølging og vurderinger og veivalg knyttet til strategisk gjennomføring. Guiden omfatter ikke kliniske vurderinger, som for eksempel hvordan egenbehandlingsplan skal utarbeides og triagering i henhold til pasientrapporterte data.

Slik leser du guiden

Kvikk-guiden er delt inn i fire hovedfaser:

1. Avklare behov
2. Utforme tjeneste
3. Implementere tjenesten
4. Drifte og evaluere tjenesten

For hver fase er det definert aktiviteter med råd og tips, og lenker til verktøy, rapporter og eksempler fra kommuner som har fått erfaring med digital hjemmeoppfølging.

Viktige avklaringer

De neste fire sidene innledes med viktige avklaringer som må gjøres før man går i gang med innføring av digital hjemmeoppfølging:

1. Avklare samarbeid på tvers av aktører
2. Definere målsetning med tjenesten
3. Avklare organisering av oppfølgingen
4. Avklare behov for teknologi

Nasjonalt program for velferdsteknologi

Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging er en del av Nasjonalt program for Velferdsteknologi.

På [Helsedirektoratet.no/Velferdsteknologi](https://helsedirektoratet.no/Velferdsteknologi) og [KS.no/Velferdsteknologi](https://ks.no/Velferdsteknologi) kan du lese mer om velferdsteknologiprogrammet:

- Rapporter og utredninger
- Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger
- Verktøy og veiledningsmateriale

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Avklare samarbeid på tvers av aktører

Ved oppstart av digital hjemmeoppfølging må det avklares hvordan kommuner og helseforetak skal samarbeide om tjenesten. Utarbeid tverrfaglig tjenesteforløp, involver fastlegetjenesten i arbeidet og bli enige om hvordan fastlegene skal delta i digital hjemmeoppfølging.

Viktige avklaringer

Samarbeid i helsefelleskapet

Det må avklares hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om digital hjemmeoppfølging og spesielt hvilken rolle sykehuset skal ha i oppfølgingen av pasienter:

Henvissende: Sykehuset kan henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging, eksempelvis ved utskriving.

Rådgivende: Spesialister ved sykehuset kan gi råd ved utarbeidelse av egenbehandlingsplan eller ved forverring av tilstand.

Oppfølgende: Pasienten kan følges opp hjemme mens sykehuset ennå har formelt ansvar og dermed står for oppfølgingen.

Fastlegens rolle og ansvar

Fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret for sine pasienter (når de ikke er innlagt på sykehus), og fastlegetjenesten må derfor involveres i arbeidet med digital hjemmeoppfølging. Eksempler på ansvarsoppgaver for fastlegen er:

- Vurdere egnethet for digital hjemmeoppfølging
- Utarbeide og godkjenne egenbehandlingsplan
- Holde dialog med spesialisthelsetjenesten

Samarbeid mellom kommuner

Erfringer fra utprøvingen viser at det er utfordrende for små kommuner med lavt antall pasienter å bygge kompetanse og oppnå en bærekraftig tjeneste. Vurder derfor å søke samarbeid med andre kommuner i regionen, eksempelvis om felles oppfølgningstjeneste.

Gjør dette

- Sørg for at det er definert et tydelig oppdrag som er forankret hos ledelsen: Hva er det vi skal satse på og hvem er målgruppen?
- Kontakt identifiserte ressurspersoner og utforsk hvordan samarbeid i tjenestene kan bidra til å finne informasjon om brukere med behov for digital oppfølging.
- Skap forpliktelse for samarbeid hos alle involverte aktører. Det er viktig at alle aktører bidrar med innsikt i tjenestene og deltar på møter som er avtalt.
- Bruk gjerne etablerte beslutningsstrukturer i helsefelleskapet. Sørg for at alle parter føler seg som likeverdige parter i beslutningsstrukturene.
- Forankre forslag til samarbeidsstruktur med lederne i kommune, sykehus og avdelinger som har oversikt over aktuelle brukergrupper.
- Etabler prosjektorganisering for innføring. Det bør organiseres nær tjenesten slik at veien til ordinær drift er kort.
- Pek ut felles prosjektleder. Denne personen bør være trygg på å jobbe med forankring på tvers av kommune, sykehus og fastleger. Gode kommunikasjonsegenskaper er svært viktig!
- Etabler styringsgruppe med representasjon fra både kommune, fastleger og sykehus. Vurder om styringsgruppen skal ha brukerrepresentanter.
- Etabler samarbeidsavtaler mellom kommune, fastleger og sykehus. Alle må være kjent med avtaler og forpliktelser knyttet til møtevirksomhet.

Tips og råd

- Vurder om dere trenger nye beslutningsstrukturer. Se eksempelet fra Helseplattformen i Helse Midt-Norge der nye beslutningsstrukturer ble etablert mellom sykehus og kommuner, og representanter ble involvert for å håndtere avgjørelser underveis i prosjektet.
- Tenk over hvordan den nye tjenesten skal integreres som en del av dagens tjenesteportefølje. Hvilke tjenester kan erstattes med digital hjemmeoppfølging?
- Husk å få med brukerperspektivet. Ta kontakt med brukerorganisasjoner som for eksempel Kreftforeningen, Diabetesforbundet og LHL.

Tenk over:

Erfaringene fra utprøvingen viser at det kan være hensiktsmessig at digital hjemmeoppfølging starter som en kommunal tjeneste, men at man involverer sykehuset etter hvert.

Eksempler og verktøy

- [Samarbeid mellom Ahus og Ullensaker kommune om digital oppfølging av kolspasienter](#)
- ✂ [Planleggingsverktøy fra Veikart for tjenesteinnovasjon.](#)
- ✂ [Prosjektpresentasjon fra Veikart for tjenesteinnovasjon.](#)
- ✂ [Forankringsverktøy fra Veikart for tjenesteinnovasjon.](#)

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Definere målsetning med tjenesten

Digital hjemmeoppfølging antas å gi bedre fysisk og mental helse for pasienten og på sikt mer bærekraftig ressursutnyttelse for helsetjenesten. Men det må tydeliggjøres hva man ønsker å oppnå med tjenesten og hvem som er målgruppen. Dette vil blant annet sette føringer for hvordan oppfølgingstjenesten skal organiseres.

Viktige avklaringer

Målgruppe

Vurder hvem som er målgruppen for digital hjemmeoppfølging, eksempelvis:

- Pasienter med spesifikke diagnoser (eksempelvis KOLS, diabetes, kreft)
- Pasienter med psykisk helseproblematikk
- Pasienter som har høyt forbruk av helsetjenester og som har høy risiko for forverring av sykdommen

Målsetning

Avklar hvorfor dere ønsker å satse på digital hjemmeoppfølging, og definer hvilke effekter dere ønsker å oppnå med tjenesten, både for pasienter og for helse-tjenesten. Erfaringene fra utprøvingen viser at man oppnår nytteeffekter innen flere områder:

For pasientene:

- Mer stabil helsetilstand og færre innleggelse
- Økt egenmestring og innsikt i egen sykdom
- Økt trygghet og selvstendighet i hverdagen
- Tidligere avdekking av forverring og unngåtte akutsituasjoner

For tjenesten:

- Færre sykehusinnleggelse og konsultasjoner
- Unngåtte besøk for hjemmesykepleien
- Unngått kjøretid for pasienter og helsepersonell
- Bedre kvalitet på tjenester og mer fornøyde tjenestemottakere
- Bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, fastlegen og spesialisthelsetjenesten

Gjør dette

- Kartlegg brukere med høyt forbruk av helsetjenester. Se etter hyppige sykehus-innleggelse og polikliniske konsultasjoner, høyt antall fastlegekonsultasjoner og høyt forbruk av hjemmetjenester.
- Identifiser pasienter som har behov for jevnlig oppfølging, som for eksempel hyppig justering av legemidler og blodsukkerregulering.
- Involver DPS og kommunalt ansvarlig tjenesteyter for psykiske helsetjenester for å drøfte om det er pasientgrupper med psykiske lidelser som kan være aktuelle for digital oppfølging.
- Identifiser tjenestemottakere som av hensyn til smittevern eller andre hensyn vil ha behov for digital oppfølging i hjemmet.
- Spør brukerne om hva som gir trygghet i hverdagen og hvordan de kan bli bedre kjent med egne symptomer – *Hva er viktig for deg?*
- Bruk innsikten om brukergruppene til å evaluere hvordan **egenbehandlingsplanen** skal utformes med tanke på å skape mestring og innsikt i egen sykdom.
- Forankre brukerbehov grundig med fastleger, kommune og sykehus. Presenter brukernes opplevelse av helsetjenestene, og vær tydelig på kontaktpunkter, hva som fungerer bra, og hva som oppleves som utfordrende for brukeren.

Tips og råd

Utarbeid en presentasjon som oppsummerer følgende:

- Brukernes opplevelse av dagens tjenester.
- Hvilke utfordringer og brukerbehov som kan løses gjennom digital hjemmeoppfølging. Inkluder kartlegging av brukergrupper, forbruk av helsetjenester, smitteverntiltak med mer.
- Hvilke gevinster som kan oppnås på tvers av kommune, fastleger og sykehus ved å innføre digital hjemmeoppfølging for utvalgte brukergrupper.

Bruk innsikten til å drøfte hvilke brukergrupper som har størst potensiale for å benytte digital hjemmeoppfølging.

Forankre funn hos sentrale beslutningstakere på tvers av kommune, spesialist og fastleger.

Eksempler og verktøy

- [Digital hjemmeoppfølging i Larvik](#)
- [Digital hjemmeoppfølging i Oslo](#)
- [Gode brukererfaringer med medisinsk avstandsoppfølging.](#)

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Avklare organisering av oppfølgingen

For at egenrapportering og bruk av digitale verktøy skal ha nytteeffekt og oppleves trygt, kreves at innrapporterte data følges opp av helsepersonell. Dette kan organiseres på ulike måter avhengig av pasientgrupper og målsetning med tjenesten. Andre aspekter som vil påvirke valg av organisering er interne strukturer, kommunestørrelse, interkommunale samarbeid og andre eksisterende samhandlingsinitiativer.

Viktige avklaringer

Organisering av oppfølgingstjenesten

Vurder om tjenesten skal organiseres som en egen oppfølgingssentral, eller direkte som en del av en allerede etablert helsetjeneste (eksempelvis i hjemmetjenesten).

Erfaringene fra utprøvingen viser at en egen oppfølgingssentral kan gi en tjeneste med høy kvalitet ved at man har dedikert helsepersonell som får mye erfaring. Samtidig er dette en kostnadskrevenne tjeneste som krever relativt stort antall pasienter for at det skal bli bærekraftig.

Men utprøvingen har også vist at det er vanskelig å bygge kompetanse når antallet pasienter er lavt eller hvis man ikke har dedikert personell som følger opp pasientene.

Det bør også vurderes om det er hensiktsmessig med ulik oppfølging av pasienter avhengig av situasjonen, som eksempelvis i Agder hvor ulike pasientgrupper følges opp på tre ulike måter:

- Ute i ordinær tjeneste
- Via regional telemedisinsk sentral
- Initiert fra spesialisthelsetjenesten med overgang til kommunal oppfølging

Tilgjengelighet og oppfølging

Vurder også hvor tett pasientene skal følges opp, og når oppfølgingstjenesten skal være tilgjengelig. Dette vil være avhengig av målgruppen for digital hjemmeoppfølging. Erfaringene fra utprøvingen viser at DHO bør organiseres som et dagtildbud på hverdager, og det må vurderes om oppfølgingen skal foregå alle eller noen dager i uken.

Gjør dette

Sikre en forsvarlig tjeneste: Ta utgangspunkt i tenkt målgruppe for digital hjemmeoppfølging og vurder hva som er kritiske faktorer for å sikre en forsvarlig tjeneste.

Eksempler på slike faktorer er:

- Hvor tett pasientene i målgruppen skal følges opp ut fra diagnose og alvorlighetsgrad.
- Hvilken kompetanse som kreves av personalet i oppfølgingstjenesten.

Basert på erfaringer anbefales at pasienter følges opp av sykepleiere (helst minst to på vakt samtidig) og at man vurderer tilgang på ressurser med spisskompetanse avhengig av målgruppen.

Vurder behov for samhandling: Kartlegg hvilke aktører som er involvert i dag når det gjelder oppfølgingen av pasienter i tiltenkt målgruppe. Vurder hvilken rolle de skal ha i forbindelse med digital hjemmeoppfølging.

Hvem disse aktørene er vil være avhengig av hvilke pasientgrupper som er aktuelle for digital hjemmeoppfølging, men noen eksempler er kreftkoordinator, diabetessykepleier, og DPS.

Kartlegg eksisterende tjenester: Vurder om oppfølgingstjenesten kan legges direkte i tjenesten, eksempelvis ved legevakt eller i hjemmetjenesten

Flere kommuner har allerede etablert responstjeneste for velferdsteknologi. Disse kommunene bør vurdere om digital hjemmeoppfølging kan legges hos responstjenesten.

Ha tydelig forventningstyring: Kommuniser tydelig til pasienter om tjenesten som tilbys og hva som er individens eget ansvar, eksempelvis når det oppstår akutt forverring utenom oppfølgingstiden.

Tips og råd

Identifiser forutsetninger som må være på plass for at digital hjemmeoppfølging skal kunne implementeres som en forsvarlig tjeneste.

Vurder spesielt:

- Hvilke brukerrapporterte data er det behov for i forbindelse med digital hjemmeoppfølging?
- Hvordan skal helseopplysninger, inklusive egenbehandlingsplan, gjøres tilgjengelig for pasient og helsepersonell?
- Hvordan skal informasjon utveksles på tvers av aktører i tjenesten? Tenk spesielt på hvordan dialogen med fastlege skal foregå.

Eksempler og verktøy

- <Lenke til sluttrapport fra utprøvingen>
- <Lenke til sluttrapporter fra prosjektene>

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Avklare funksjonelle krav

Ta utgangspunkt i pasientgruppene som er aktuelle for digital hjemmeoppfølging og hva som er viktig for dem, og vurder hvilke funksjonelle krav det vil stille til teknologien som skal benyttes. Legg til rette for at pasienter også kan benytte eget utstyr (eksempevis nettbrett og mobiltelefon).

Viktige avklaringer

Egenmålinger og registreringer

Ta høyde for at pasientene skal kunne utføre målinger i hjemmet (eksempelvis oksygenmetning, blodtrykk eller vekt) og egenregistreringer av symptomer og helseopplysninger.

Bruk av eget utstyr

Erfaringer fra utprøvingen viser at det er hensiktsmessig at brukere kan logge på løsningen med egen mobil telefon eller nettbrett. Dette vil gjøre det enklere å komme i gang og bidra til å holde kostnadene nede. Samtidig bør man sørge for at brukere kan få tildelt utstyr som er ferdig konfigurert.

Kommunikasjon

Legg til rette for kommunikasjon mellom pasienter og personale i oppfølgingstjenesten direkte og indirekte gjennom bruk av video, chat eller telefon.

Autentisering og innlogging:

Vurder ulike alternativer for autentisering og innlogging ut fra sikkerhet og brukervennlighet. Erfaringene fra utprøvingen tilsier at det kan være viktig med alternativ til Bank-ID, da ikke alle mestrer eller har tilgang til det.

Individuell tilpasning:

Vurder behovet for individuelle tilpasninger og sørg for at løsningen blir dynamisk (bruk av ulike typer av utstyr, tilpasning av spørreskjemaer) slik at den håndterer ulike behov hos ulike brukere.

Gjør dette

Ta utgangspunkt i pasientgruppene som er aktuelle for digital hjemmeoppfølging og vurder hva som gir nytteverdi for dem. For noen pasientgrupper (eksempelvis KOLS) vil det være viktig å kunne utføre målinger, men for andre vil det hovedsakelig være behov for å beskrive symptomer og sykdomstilstand.

- **Varsling til brukeren om aktiviteter som skal utføres.** Vurder behov for å kunne varsle tjenestemottaker om aktiviteter (eksempelvis målinger) som skal utføres og hvorvidt helsepersonell skal bli varslet dersom aktiviteten ikke blir utført.
- **Veiledning av brukeren om hvordan håndtere en gitt helsestatus.** Ta utgangspunkt i hva som er viktig for målgruppen med tanke på egen mestring av helsestatus og sørg for å få tilgjengeliggjort egenbehandlingsplan, eventuelt i teknisk løsning.
- **Deling av informasjon på tvers av involverte aktører.** Pasienter med omfattende behov for helsehjelp følges ofte opp av flere aktører som alle har behov for å få informasjon om målinger, innrapporterte data og utførte tiltak.
- **Kommunikasjon med tjenestemottaker.** Vurder hvordan helsepersonell skal kunne kontakte tjenestemottaker (for eksempel ved avvik i målinger), og hvordan pasienten skal kunne nå oppfølgings-tjenesten.
- **Brukernært utstyr.** Avklar krav til sikkerhet, batterikapasitet, robusthet, brukervennlighet, behov for konfigurering av brukertilpassede innstillinger, oppkobling, rengjøring og administrering.

Personvern og informasjonssikkerhet

Vurder hvilke krav som bør stilles til løsningen med tanke på trygg og forsvarlig håndtering av personopplysninger.

- **Autentisering.** Vurder krav knyttet til autentisering av helsepersonell og tjenestemottakere (eksempelvis to-faktor autentisering og integrasjon mot ID-porten).
- **Tilgangsstyring:** Med mange ulike aktører som skal ha tilgang til opplysninger er det viktig å kunne styre hvem som får tilgang til hva. Bruk av rollebasert tilgang vil forenkle konfigurering av tilganger.
- **Sømløs pålogging:** Vurder krav til integrasjon mot AD (Active Directory). Vær oppmerksom på at slike integrasjoner medfører ekstra kostnad, og leverandør har behov for spesifisering på nåværende AD.
- **Norm for informasjonssikkerhet i helsetjenesten:** Still krav til at all programvare og utstyr oppfyller krav i henhold til Norm for informasjonssikkerhet.

Eksempler og verktøy

- [Eksempel på kravspesifisering fra Stad kommune.](#)
- 🔗 [Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren.](#)
- 🔗 [Normen: Veileder i informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av teknologi i kommuner.](#)
- 🔗 [Kvikk-guide til implementering av videokommunikasjon.](#)
- 🔗 [Kvikk-guide til anskaffelser av velferdsteknologi.](#)
- 🔗 [Kvikk-guide til behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi.](#)

Utarbeide tjenesteforløp

Tjenesteforløp beskriver brukernes og tjenestens steg og aktiviteter som skal utføres. Tjenesteforløp er viktig for å avdekke om tjenesten flyter godt på tvers av nivå og at alle involverte parter forstår sin rolle og sitt ansvar.

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging

- Nederst på siden er det laget en overordnet fremstilling av et typisk tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging med kort beskrivelse av de ulike fasene. I utarbeidelsen av tjenesteforløp er det viktig å tenke tverrfaglig og vurdere hvem som skal utføre de ulike aktivitetene.

Utarbeid tjenesteforløp

- Involver ledere, fastleger, tildeling/forvaltning, hjemmesykepleie og fagspesifikke ressurser i arbeidet med tjenesteforløp. Eksempler på fagspesifikke ressurser er fagsykepleier, reoerenteranter fra fagmiljø ved helseforetak, kreftkoordinator og DPS.
- Kall inn til tverrfaglige workshops. Hold videokonferanser med digitale tavler som [Miro](#) for å tegne tjenesteforløp.
- Definer hvilke aktiviteter og oppgaver som skal utføres i de ulike fasene. Diskuter hvilken aktør som skal være ansvarlig for at oppgavene blir utført.

- Identifiser forutsetninger som må være på plass for at tjenesteforløpet skal implementeres på en god måte. Vurder spesielt:
 - Hvilke kriterier bør ligge til grunn for inkludering av brukere i tjenesten?
 - Hvor er det behov for verktøy (eksempelvis kartleggingskjema)?
 - Hva skal utarbeides av rutiner og prosedyrebeskrivelser?
 - Hvordan skal prosedyrer gjøres lett tilgjengelig på tvers av aktører?

Tips og råd

Arbeid med tjenesteforløp bør foregå i flere omganger, og mellom hver gang bør det gjøres forankring og innsiktsarbeid. Hent erfaringer fra andre som har tatt i bruk digital hjemmeoppfølging og se til allerede utarbeidede tjenesteforløp.

Tenk også på at tjenesten må utvikles og forbedres etter hvert som dere høster erfaringer. Sørg derfor at det settes av tid til tjenesteutvikling for personalen i oppfølgingstjenesten og andre som er tett involvert i digital hjemmeoppfølging.

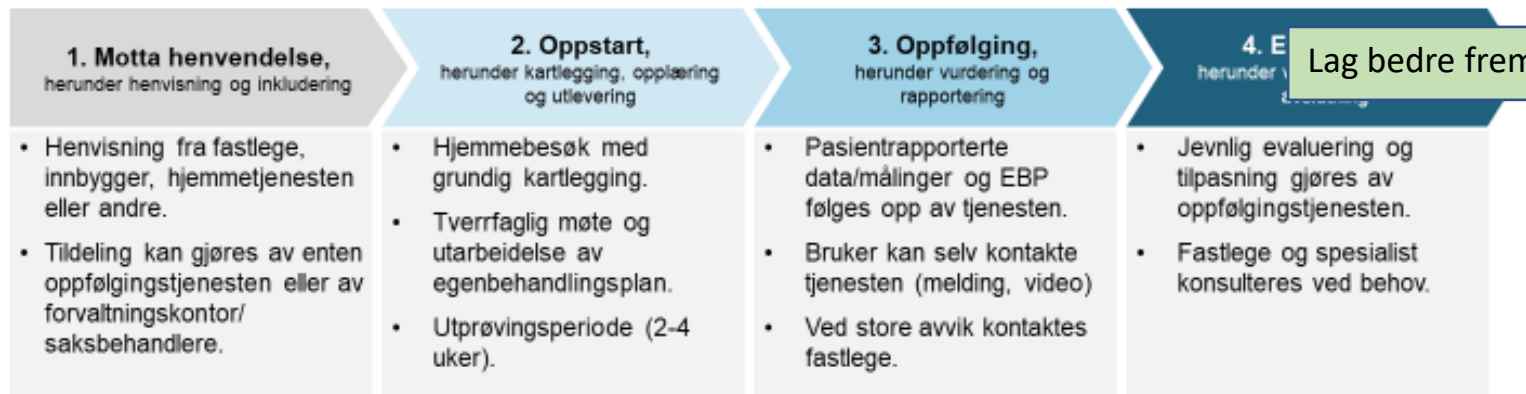
Eksempler og verktøy

- [Eksempel på generalisert tjenesteforløp i Bodø kommune.](#)
- [Eksempel på tjenesteforløp fra primærhelseteam i Agder.](#)
- [Eksempel på tjenesteforløp fra psykisk helsetjeneste i Stad kommune.](#)

➤ [Flytskjema for Covid-19 tjenesten i Larvik kommune.](#)

✂ [Tips om digitale workshop.](#)

✂ [Dagens tjenestereise fra Veikart for tjenesteinnovasjon.](#)



Lag bedre fremstilling av tjenesteforløp

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Ta stilling til helhetlig tjenestemodell

Digital hjemmeoppfølging innebærer at oppgaver må løses i samarbeid mellom ulike aktører i helse og omsorg, IT, hjelpemiddel-avdelingen og innkjøp, eventuelt også i samarbeid mellom kommuner/i helsefelleskapet. Dette krever en tydelig organisering der roller og ansvar er forankret hos alle involverte. Den helhetlige tjenestemodellen beskriver hele organiseringen rundt oppgaver som budsjettering, teknisk support, IT-drift og avtaleforvaltning.

Det er mulig å komme i gang med digital hjemmeoppfølging før alle brikker i tjenestemodellen er på plass, men for at tjenesten skal være levedyktig på sikt er det viktig å ta stilling til hvem som skal løse hvilke oppgaver i drift.

Tydeliggjør og forankre alle oppgaver i tjenestemodellen

- Se på **helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi**, som angir oppgaver knyttet til å sette teknologi ut i drift, vedlikehold av tjenesten, samt forvaltning og drift av utstyr og teknologi. **Se eksempel fra Bodø.**
- Kontroller om det er andre oppgaver som er aktuelle for digital hjemmeoppfølging.
- Forankre tjenestemodellens oppgaver med alle involverte parter. Sørg for at alle forstår tjenestens omfang. Drøft hva som kreves for å forvalte en levedyktig tjeneste på sikt.

Definer roller og ansvar

- Oppgavene i tjenestemodellen kan løses av kommunen, sykehus, fastleger og private aktører i fellesskap. Ulike regioner vil definere forskjellige tilnærminger til rolle- og ansvarsfordeling.
- Definer hvem som skal ha ansvaret for hva i tjenestemodellen. Oppgaver uten tydelig ansvar forblir ugjort.
- Unngå at oppgaver tildeles navngitte ressurser. Oppgaver i en levedyktig tjeneste bør være allokert til en funksjon, og ikke være avhengig enkeltpersoner.

Definer tjenesteeier

- Utpek én tjenesteeier som har ansvar for tjenesten fra A til Å på tvers av nivå. Tjenesteeier må få myndighet til å ta helhetlig ansvar for alle deler av tjenesten på tvers av organisatoriske skillelinjer.

Definer ansvar for finansiering

- Det koster penger å drifte et tjenestetilbud, og det er viktig å estimere kostnader både for ressursbruk og for teknologi. Skill mellom engangskostnader knyttet til investering og løpende driftskostnader.
- Betalingsmodellen kan bestå av en flat kostnad for alle deltakende virksomheter, pluss variabel kostnad per bruker. Sykehus, kommune og fastleger må bli enige om betalingsmodellen, og dette må nedfelles i forpliktende avtaler.

«Organisasjonskartet må være tydelig, slik at det aldri er tvil om hvem som skal henvende seg til hvem, og alle roller og ansvar må være godt forankret i linjen.»

- Prosjektleder i kommune



Referer til HT fra Bodø i sluttrapporten

Eksempler og verktøy

- ✂ [Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi.](#)
- ✂ [Informasjonskriv til fastleger.](#)
- ✂ <Lenke til sluttrapport eller vedlegg med HT fra Bodø>

Anskaffe teknologisk løsning

Når teknologi skal anskaffes bør man søke samarbeid gjennom interkommunale anskaffelser eller i samarbeid med helseforetaket, eventuelt vurdere felles løsning i helsefelleskapet. Hvis ikke felles løsning er mulig eller hensiktsmessig må det stilles krav til integrasjon og informasjonsdeling.

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Avklar samarbeid ved anskaffelse

- Søk samarbeid med andre kommuner i regionen om anskaffelse. Det vil være krevende fremfor alt for små kommuner å gjennomføre anskaffelse på egen hånd. Større volum på anskaffelsen vil også gi bedre mulighet til gode avtaler med leverandør.
- Avklar om kommuner og helseforetak i helsefelleskapet skal ha samme løsning for digital hjemmeoppfølging. Felles løsning vil gi større mulighet til å dele informasjon på tvers av aktører. Samtidig må løsningen som anskaffes være hensiktsmessig og faglig forsvarlig for alle parter. Som alternativ til felles løsning kan man stille krav til integrasjoner og informasjonsdeling i henhold til nasjonale standarder.
- Ved felles anskaffelser må det tas med i beregningen at alle ikke er kommet like langt. Legg til rette for at avtalen gir mulighet for kommuner og helseforetak å gjøre avrop etter hvert som kommunen eller helseforetaket er klar for å ta i bruk teknologi. Gjør dette tydelig for potensielle leverandører allerede ved utlysning av anskaffelsen.

Gjennomfør anskaffelse

- Sørg for at IT og/eller teknisk enhet er involvert i anskaffelsen for å sikre at teknologi og utstyr som anskaffes er kompatibelt med sikkerhetskrav og eksisterende infrastruktur.
- Det foregår arbeid på nasjonalt og regionalt nivå for å legge til rette for integrasjon mellom velferdsteknologiske løsninger og fagsystem/EPJ gjennom [Velferdsteknologisk knutepunkt](#). Ta dette med i vurderingen ved anskaffelse slik at det kan stilles riktige krav til leverandører om integrasjon mot lokale og regionale løsninger og plattformer.
- Avklar tidlig i anskaffelsesprosessen hvordan support og avtaleforvaltning skal håndteres i drift. Ved fellesanskaffelser må det avklares hvordan dere partene skal samarbeide om utstyrslager, support, leverandørdialog og avtaleforvaltning. Dette er viktig å ha med seg i dialog med leverandør når man avtaler support, leveranser og utstyrhåndtering.

Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS)

- Vurder risiko knyttet til utstyr og digitale løsninger, måleutstyr og mobile enheter som benyttes i tjenesten. Vurder også integrasjoner og kompatibilitet, samt nettverkssignaler, både WiFi og 4G. Involver IKT-miljøene i kommunen for å sikre at risikovurderingen utføres med kompetanse fra helse- og IKT.
- Vurder risiko knyttet personvernkonsekvenser. Vurder konfidensialitet, integritet og tilgjengelig særskilt. Dette er viktig for å få en god og trygg løsning for brukere. Eksempel på brudd på personvern er hvis ansatte utenom oppfølgingsansvarlige får innsyn i brukerregistrerte målinger.
- Vurder spesielt behovet for personvernkonsekvensvurdering (DPIA). Se [Normens veileder til velferdsteknologi](#) for veiledning i hvilke vurderinger som bør gjøres, og hvilke maler som dere kan benytte.

«God dialog med IKT-ansvarlige internt er viktig for å sikre riktig oppsett på utstyr man skal benytte i drift av tjenesten, integrasjonsløsninger med fastlege, sykehus og kommune, samt koordinert ansvar for vedlikehold og oppsett.»

- Prosjektleder i kommune

Verktøy

- ✂ [Kvikk-guide til anskaffelser av velferdsteknologi.](#)
- ✂ [Veileder i informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av teknologi i kommuner \(velferdsteknologi\) v3.0.](#)
- ✂ [Normen – Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren.](#)
- ✂ [ROS-analyse](#) fra Veikart for tjenesteinnovasjon.
- ✂ [Kvikk-guide til behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi.](#)
- ✂ [Normens veileder om risikostyring i informasjonssikkerhet og personvern.](#)
- ✂ [Datatilsynet - Vurdering av personvernkonsekvenser \(DPIA\).](#)

Lage arbeidsprosesser og rutiner

Tydelige arbeidsprosesser og prosedyrer er viktig for helsepersonell som skal ta i bruk tjenesten. Under følger områder med behov for tydelige prosedyrer. Merk at oversikten ikke er uttømmende.

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Dokumentasjon, journalføring og informasjonsdeling

- Lag tydelige prosedyrer for dokumentasjon. Beslutt hvordan pasientrapporterte opplysninger, egenmålinger og oppfølging av tjenestemottaker skal registreres i pasientens journal.
- Utarbeid prosedyrer for dokumentasjon av avvik og håndtering av varslinger. Tenk nøye gjennom hvilke avvik som kan forekomme, eksempelvis manglende rapportering fra bruker.
- Utarbeid prosedyrer for deling og oppdatering av egenbehandlingsplan, slik at helsepersonell på tvers av kommune, fastlege og sykehus har tilgang til denne.
- Utarbeid rutiner for kommunikasjon. Eksempelvis er det behov for tydelige rutiner for meldingsutveksling mellom helsepersonell ved henvisning til digital hjemmeoppfølging. Pass på at EPJ-systemet tilpasses til dette.
- Lag en plattform for deling av prosedyrer. Det kan være behov for å dele prosedyrer på tvers av ulike aktører, og da må disse være tilgjengelig og oppdatert for alle.

Arbeidsprosesser og rutiner for tjenesten

- Lag tydelige prosedyrer for inkludering av brukere, inkludert inklusjons- og eksklusjonskriterier fra tjenesten.
- Utarbeid informasjonsmateriell for potensielle brukere av digital hjemmeoppfølging om hva tjenesten innebærer og hvor de skal henvende seg. Lag også informasjonsskriv til brukere og pårørende som får tildelt tjenesten.
- Beskriv hvordan behovskartlegging utføres, hvordan og når medisinsk ansvarlig skal involveres. Se eksempel på skjema fra Bydel Grünerløkka i Oslo kommune.

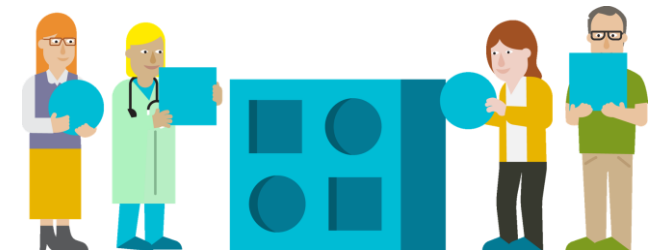
- Utarbeid prosedyrer for samhandlingsmøter og beslutningsstøtte mellom hjemmetjenesten, institusjon, og med fastlege, legevakt og sykehus. Lag rutiner for når man skal konsultere hvilke aktører og under hvilke situasjoner.
- Utarbeid prosedyrer for hvordan skal man følge opp og konsultere brukere. Beskriv rutiner for daglig oppfølging og for hvordan arbeidslister og oppgavefordeling i responstjenesten skal foregå.
- Lag prosedyrer for varsling og triagering. Erfaringer fra utprøvingen viser at det er veldig nyttig med en tydelig trafikklysmoedell med røde, gule og grønne varslinger basert på brukerrapporterte verdier.
- Lag prosedyrer for justering av faglige målsetninger for bruker, f.eks. justering av referanseverdier og fastlegeinkludering.
- Lag prosedyrer for avslutning av tjenesten, inkludert sluttevaluering av bruker, avslutning av tiltak, samt overføring av behandlings- og koordineringsansvar for bruker.

Håndtering av utstyr og teknisk support

- Lag rutiner for teknisk vedlikehold og support av utstyr og systemer. Avklar hvem som har ansvar for å rykke ut om det oppstår feil på utstyr.
- Lag rutiner for konfigurasjon av utstyr, eksempelvis kalibrering av måleutstyr.
- Lag rutiner for inn- og utlevering av brukernært utstyr, samt for rengjøring, vedlikehold, programoppdateringer og lagerføring.

Behandling av helse- og personopplysninger

- Sørg for å ha oversikt over hvilke personopplysninger som behandles og at dere har vurdert formål for behandlingen og hvilke lovlige grunnlag som gjelder.
- Virksomheten skal ha en skriftlig oversikt over behandlingen av personopplysninger – «Protokoll over behandlingsaktiviteter».



Eksempler og verktøy

- 🔧 [Lenke til kort veileder for kartlegging og tildeling](#)
- 🔧 [Kvikkguide til behandling av personopplysninger.](#)
- 🔧 [Normens Faktaark 13 - Protokoll over behandling av helse - og personopplysninger i virksomheten.](#)

Planlegge implementering

God planlegging er nøkkelen til en vellykket implementering av digital hjemmeoppfølging. Ta dere tid til å lage en godt forankret plan for utrulling av tjenesten. Hent erfaringer fra de som har implementert digital hjemmeoppfølging tidligere.

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Utarbeid plan for implementering

- Avklar når ulike tjenesteområder og brukergrupper er klare for å benytte ny tjeneste. Inkluder hjemmetjenesten, institusjon og samhandling med fastlege, legevakt og spesialist.
- Lag detaljert plan for utrulling av tjenesten. Planen inkluderer eksempelvis hvem som skal motta utstyr og opplæring, hvilket tidspunkt utstyret leveres på og hvilke ansatte som har ansvar for utrulling av tjenesten.
- Pek ut superbrukere. Superbrukerne kan bistå med opplæring, støtte andre ansatte i daglig drift og være nyttige pådrivere for videreutvikling av tjenesten. Sørg for å ha superbrukere både i kommunal tjeneste, på fastlegekontor og på sykehus. Avstem med ledere slik at superbrukerne får avsatt tid til oppgaven.
- Lag opplæringsplan. Opplæringsplanen må ta høyde for opplæring i anskaffet system, brukernært utstyr og nye arbeidsprosesser og rutiner. Husk at det ikke kun er helsepersonell som har behov for opplæring, men også de som skal forvalte og drifte utstyr og IT-systemer.
- Sørg for at opplæringsplanen inkluderer fastleger og sykepleier og leger i helseforetak. I utprøvingen har det vært gode erfaringer med bruk av emnekurs for fastleger og samarbeidende helsepersonell.
- Vurder behov for opplæring i kliniske prosedyrer. Det vil være behov for generell kunnskap om kliniske prosedyrer ved bruk av digital hjemmeoppfølging, samt fagkunnskap om eksempelvis KOLS, diabetes, kreft og psykisk helse.

Planlegg kommunikasjon og forankring

- Definer hvilke målgruppene er for informasjon om digital hjemmeoppfølging.
- Undersøk hvilke kommunikasjonskanaler som finnes tilgjengelig fra tidligere (nettsider, sosiale medier, nyhetsbrev) – involver gjerne kommunikasjonsrådgiver eller andre ressurser.
- Kartlegg hvordan dere best kan nå ut til de ulike målgruppene.
- Utarbeid en kommunikasjonsplan som inneholder oversikt over målgrupper og tiltak for å nå ut med informasjon – vær tydelig på budskap og kommunikasjonskanal.
- Lag en kommunikasjonsplan for lokalaviser og medier for å spre informasjon om digital hjemmeoppfølging.
- Sørg for at det legges ut informasjon om at kommunen har tatt i bruk nye tjenester. Vurder om informasjonsbrosjyrer kan være nyttig for å spre informasjon til innbyggere og brukere.

Test og ta i bruk tekniske løsninger

- Test oppfølgingssystemet. Test spesielt at pasientrapporterte opplysninger lagres. Test tilgangsstyring for alle relevante aktører inkludert bruker. Test funksjonalitet for lagring og oppdatering av egenbehandlingsplan.
- Utfør en test av utstyr før utlevering til brukere. Dette inkluderer kalibrering av måleutstyr, nettbrett og nettverksdekning hjemme hos brukeren.

«Det er viktig at de som jobber med dette synes det er interessant. Man må ha en intern rekruttering for å finne motiverte superbrukere, og så må man sørge for at alle skjønner hvordan teknologien fungerer.»

- Innføringsansvarlig i kommune

Eksempler og verktøy

- ✂ [Forankringsverktøy fra Veikart for tjenesteinnovasjon.](#)
- ✂ [Planleggingsverktøy fra Veikart for tjenesteinnovasjon.](#)
- ✂ [Eksempel på prosjektplan for digital hjemmeoppfølging.](#)

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Implementere ny tjeneste

Implementering av digital hjemmeoppfølging krever solid forankring blant aktørene som bidrar på tvers av tjenesteforløpet. Ambassadører i kommunen, blant fastlegene og på sykehuset som framsnakker tjenesten vil hjelpe dere med å komme i gang. Superbrukere kan hjelpe til med å lære opp helsepersonell i å ta i bruk system og nye prosedyrer.

Gjør organisasjonen klar

- Forbered toppledere og mellomledere på implementeringen. Sørg for at alle har en god forståelse for hva målsetningene er, og hva som kreves av helsepersonell.
 - Be lederne om å framsnakke tjenesten for å skape engasjement i organisasjonen. Identifiser ambassadører som får et særskilt ansvar til å motivere medarbeidere. Husk at det er behov for ambassadører også blant fastlegene.
 - Erfaringer fra utprøvingen viser tydelig nytteverdien av å ha en fastlege med frikjøpt tid slik at denne kan informere, gi opplæring, motivere og følge opp andre fastleger i kommunen.
 - Gjennomfør opplæring. Forbered ansatte på å identifisere og henvise potensielle brukere. Sørg for at alle kjenner rutiner for henvisning godt.
- Publisert en artikkel i kommunens lokalavis, sosiale medier og kommunens nettside for å informere kommunens innbyggere om at tjenesten igangsettes. Inkluder kontaktinformasjon til prosjektleder for å tillate innspill og selvrekuttering av brukere.
 - Spre informasjonsbrosjyrer på sykehus og legekontor, i tillegg til kommunale tjenesteytere, eksempelvis ergo- og fysioterapeut, sosionom og NAV. Inkluder inklusjonskriterier, gevinster ved digital hjemmeoppfølging og rutine for henvisning.

Kom i gang med oppfølging av pasienter

Informere innbyggere, brukere og ansatte

Sørg for god informasjonsflyt til alle målgrupper i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Utfør følgende aktiviteter:

- Engasjer brukerrepresentanter og hold informasjonsmøter på sykehus, hjemmetjenesten, sykehjem, pensjonistlag og andre foreninger. Kommuniser at brukere kan rekruttere seg selv.
- Vurder hvilke brukere som er mest klar for å motta digital hjemmeoppfølging først. Start gjerne med et begrenset antall pilotbrukere for å sikre at tjenesten er klar.
- Sørg for at kriterier for tildeling av digital hjemmeoppfølging er utarbeidet og gjort kjent. Vurder utprøvsperiode for tjenesten, og etabler rutiner for evaluering og tilpasning etter prøveperioden.



Eksempler og verktøy

Sjekk om det finnes oppdatert informasjonsmateriale

Avklare behov

Drifte og evaluere tjenesten

Det er nå viktig å sikre gode mekanismer for å følge opp, evaluere og forbedre tjenesten. Bruker må følges opp kontinuerlig og brukerevalueringer bør utføres systematisk for å tilpasse målsetninger og sikre nytteverdi og brukervennlighet. Sørg for å ha en gevinstrealiseringsplan (se neste side) som beskriver hvordan gevinster skal følges opp på en systematisk måte.

Sikre regelmessig oppfølging av bruker

- Sørg for å hente inn feedback fra brukerne. Bruk enkle spørreskjema som med fordel kan distribueres via verktøyet for digital hjemmeoppfølging.
- Etabler rutiner for individuell oppfølging av brukerne – eksempelvis en evalueringssamtale hver tredje måned.
- Gjennomfør brukerundersøkelser gjennom evalueringssamtaler og brukersamlinger for å sikre innsikt i brukeropplevelse. Vurder følgende:
 - a) Nytteverdi. Vurder om tjenestene tilfredsstillende tiltenkt nytteverdi. Opplever brukerne nytteverdi i form av økt trygghet, mestring og innsikt i egen helsetilstand? Fanger systemet opp tegn til forverring? Har det effekt på forbruk av helsetjenester? Gir tjenesten nytteverdi ut fra et klinisk synspunkt?
 - b) Brukervennlighet. Opplevs tjenesten enkel å bruke? Vurder om brukernært utstyr fungerer på en tilfredsstillende måte.

Kontinuerlig forbedring av tjenesten

- Sørg for at ansatte har tilstrekkelig digital kompetanse og brukerforståelse. Er det prosedyrer som kan gjøres enklere?
- Samle inn erfaringer fra kommune, fastleger og sykehus. Hvordan opplever de at tjenesten fungerer?
- Sørg også for å få tilbakemelding fra tjenesten på utstyr og programvare. Hvordan er brukervennligheten? Er utlovet funksjonalitet på plass og fungerer det?

- Dokumenter tilbakemeldinger og avvik. Sørg for at tilbakemeldingene er tilgjengelige for involverte aktører, og at tjenesteforløp og prosedyrer blir revidert og oppdatert.
- Vurder kontinuerlig om tjenesten er forsvarlig. Er det avvik som tilsier at bruker ikke mottar forsvarlig helsehjelp?
- Ha dialog med leverandør med tanke på forbedring av teknologisk løsning og utvidet funksjonalitet.

Analyser evalueringer og gjennomfør forbedringer av tjenesten

- Bruk resultater fra gevinstoppfølging og brukerundersøkelser for å sikre at forventede nytteeffekter oppnås og at kvaliteten på tjenesten er tilfredsstillende.
- Utfør evalueringsmøter og oppdater mål sammen med brukeren. Har fastlege vært tilstrekkelig involvert?
- Gjennomgå jevnlig brukertilbakemeldinger sammen med fastlege og sykehus. Hvordan skal aktørene styrke tjenesten?
- Evaluer samhandling mellom helsepersonell på tvers av kommune, fastlege og sykehus. Er alle roller og ansvarsforhold klare? Har alle ledd tilstrekkelig kompetanse og tilgang til systemer de har behov for?
- Evaluer om kommunikasjonen fungerer tilfredsstillende. Er svartiden mellom leddene i tjenesten tilstrekkelig? Er informasjonsflyten god?
- Sørg for å følge opp leverandører aktivt. Har de levert i henhold til avtal med tanke på funksjonalitet og utstyr?

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

«Pasienter og pårørende forstår via egenbehandlingsplanen hvordan de selv kan innsette tidlig behandling for å slippe forverringer som medfører økt behov for helsehjelp»

- Fastlege i en av utprøvningskommunene

Eksempler og verktøy

- [<Lenke til sluttrapport fra utprøvingen>](#)
- [Larvik kommune: Evalueringsrapport for digital hjemmeoppfølging.](#)

Avklare behov

Utforme tjenesten

Implementere tjenesten

Drifte og evaluere tjenesten

Oppfølging av gevinster og kostnader

Digital hjemmeoppfølging kan føre til en mer økonomisk bærekraftig helsetjeneste på tvers av kommune, fastlege og sykehus. Sørg derfor for å se bredt på gevinster og kartlegg effekter på tvers av de ulike aktørene. Her er det også viktig å følge nøye med på kostnadsbildet. Samtidig er det avgjørende å fokusere på nytteverdi for målgruppen: Opplevs tjenesten som trygg, forsvarlig og hensiktsmessig, både blant pasienter og helsepersonell?

Under følger steg i gevinstrealiseringsprosessen.

Kartlegg gevinster og kostnader

- Sørg for at det er tydelighet rundt målsetningen med digital hjemmeoppfølging: *Hvorfor gjør vi dette?*
- Kartlegg gevinster i tidlig fase av prosjektet. Ta utgangspunkt i målgruppen og kartlegg hva som er nytteverdi, eksempelvis:
 - Bedre helsekompetanse hos bruker
 - Oppdage tidlige tegn til forverring
 - Unngåtte reinnleggelser eller utsatt behov for helsetjenester
 - Økt opplevelse av trygghet og egenmestring
- Forankre kartlagte gevinster godt på tvers av helsefelleskapet. Skap en bevissthet rundt hva som er hensikten med tjenesten (*Hva er forventet nytteverdi for målgruppen for digital hjemmeoppfølging?*).
- Kartlegg mulige unngåtte kostnader per tjenesteforløp og pasientgruppe. Vurder unngåtte kostnader i for eksempel reisetid for helsepersonell, unngåtte konsultasjoner, reduksjon i pleietid og liggetid, samt unngåtte innleggelser.
- Kartlegg hvilke investeringskostnader og løpende driftskostnader som vil påløpe ved kjøp av utstyr og drift av tjenesten.
- Utfør en kost-nytte-analyse for hver aktør. Vei forventede gevinster opp mot kartlagte kostnader for digital hjemmeoppfølging. Gjør en evaluering av om nytteverdien er tilstrekkelig med hensyn til forventede kostnader.

Lag gevinstrealiseringsplan

- Utarbeid gevinstrealiseringsplan hvor det defineres tiltak for å realisere gevinstene, hva som skal måles og hvordan (resultatindikatorer). Definer hvem som har ansvar for å måle gevinster.
- Avklar hvilke datakilder som skal benyttes til målingene.
- Forankre gevinstrealiseringsplanen godt på ledernivå i både kommune, blant fastlegene og på sykehuset.
- Velg verktøy for oppfølging av gevinstene, og planlegg møtefora der gevinstene skal drøftes jevnlig.

Gjennomfør nullpunktsmåling

- Dagens forbruk av helsetjenester må registreres per tjenestemottaker ved inklusjon i tjenesten. Dersom dette ikke gjøres, vil det være krevende å følge med på utviklingen.

Måle gevinster og bruk målingene til forbedringsarbeid

- Etabler gode rutiner for gevinstoppfølging i daglig drift, både før og etter prosjektet er avsluttet. Diskuter måloppnåelse i etablerte fora, for eksempel i samarbeidsutvalg.
- Undersøk pasientenes opplevelse av trygghet og egenmestring og sammenstill resultatet slik at det kan veies opp mot forventet nytteeffekt.
- Bruk data fra gevinstmålingene inn i forbedringsarbeidet med tjenesteforløpene.

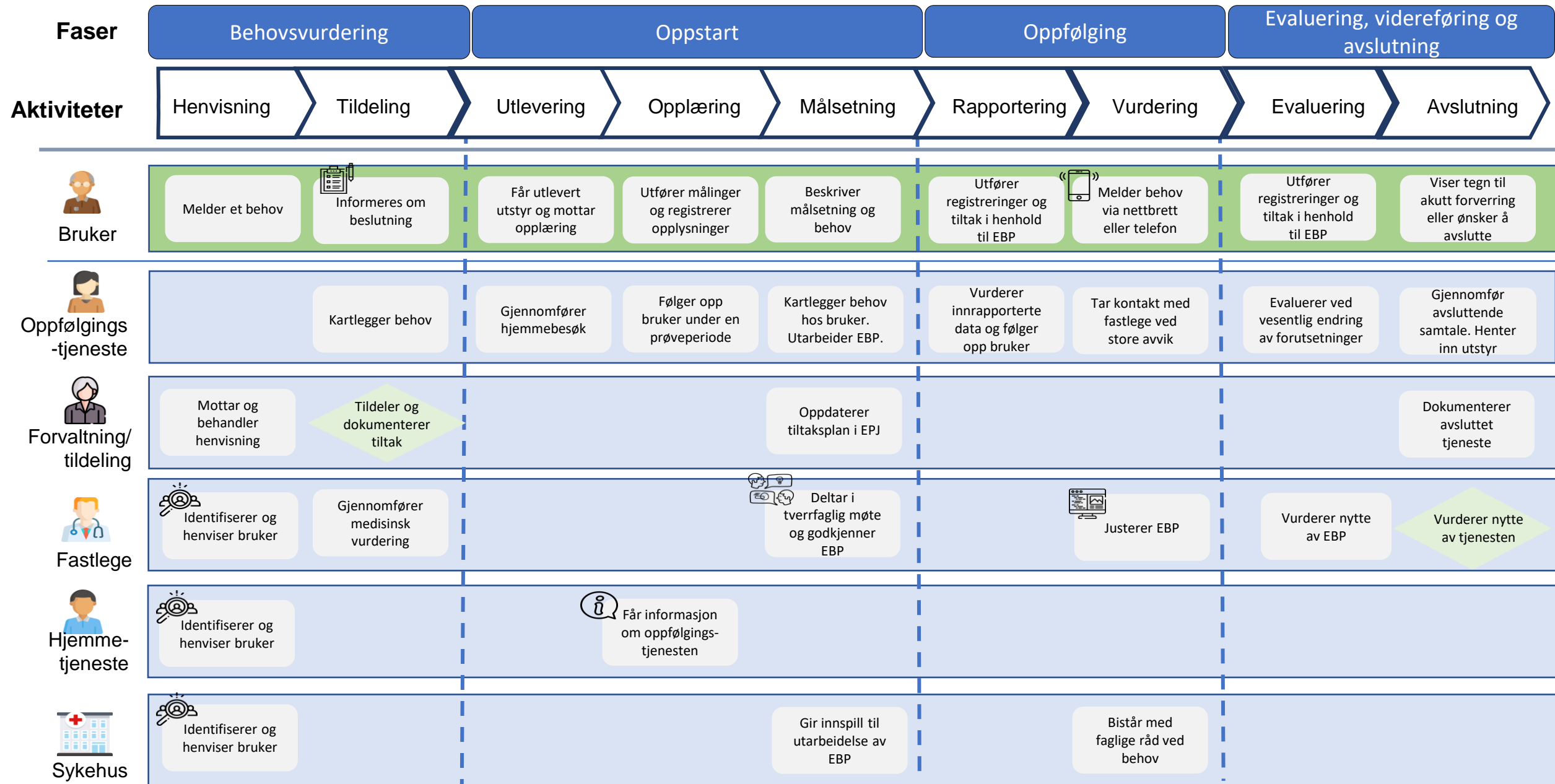
«Vi skal måle kvantitative gevinster ved å hente ut informasjon fra EPI. Da ser vi på data for innleggelser, bruk av fastlege mm. Vi har gjort en nullpunktsanalyse 4-8 uker før brukerne mottok tjenesten.»

- Innføringsansvarlig i kommune

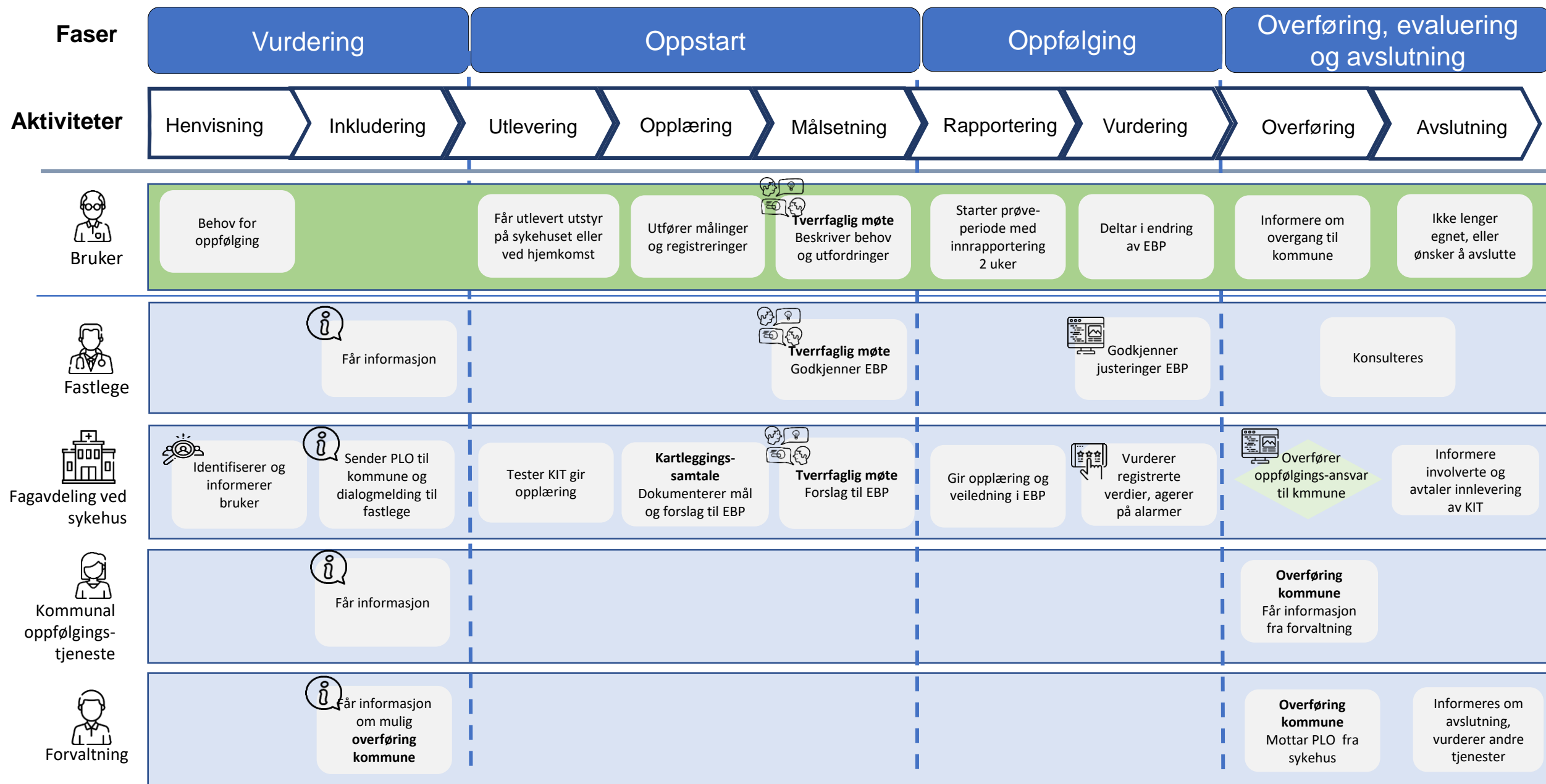
Eksempler og verktøy

- [Gevinstrealiseringsrapport - En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologi-program](#)
- <Lenke til sluttrapporter>
- ✂ [Gevinstrealiseringsverktøy fra Veikart for tjenesteinnovasjon.](#)
- ✂ [Gevinstoppfølgingsverktøy for medisinsk avstandsoppfølging.](#)

Eksempel på tverrfaglig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging



Eksempel på tverrfaglig tjenesteforløp med oppfølging fra sykehus



Eksempel på tverrfaglig tjenesteforløp med oppfølging i hjemmetjenesten

