

Strategi og handlingsplan for digitale helsetjenester 2023-2026



Innhold

1	Sammendrag	3
2	Innledning.....	4
2.1	Hva er målet for strategiperioden? – pasienthistorie fra 2026.....	4
2.2	Om digitale helsetjenester	5
2.3	Oppsummering av kunnskapsgrunnlag	6
2.4	Sammenheng med andre strategier og planer	6
2.5	Forskning og kvalitetsregistre	6
2.6	Samhandling	7
3	Visjon og mål	7
4	Utfordringer fra ulike perspektiv.....	8
5	Områder, status og tiltak.....	10
5.1	Innledning.....	10
5.2	Helhetlig digital helsetjeneste	11
5.3	Kommunikasjon mellom pasient og behandler.....	11
5.4	Oppfølging basert på informasjon fra pasienten	12
5.5	Nettbasert behandling	13
5.6	Pasientopplæring	14
5.7	Digital plattform	14
5.8	Informasjon og kommunikasjon.....	15
5.9	Måling og analyse.....	16
5.10	Involvering av helsepersonell og pasienter.....	16
6	Tilnærming og metode for gjennomføring.....	16
7	Oppfølging av strategi	17
8	Vedlegg.....	18

1 Sammendrag

Strategi og handlingsplan for digitale helsetjenester beskriver tiltak som må gjennomføres for å utnytte potensialet til digitale helsetjenester – å forenkle hverdagen til helsepersonellet og bidra til at flere pasienter kan få god og tilpasset helsehjelp. Innledningsvis presenteres et fremtidsscenario fra 2026 sett med både pasientens og helsepersonellens øyne som illustrerer hva vi vil oppnå.

Strategien er strukturert ut fra Helsedirektoratets definisjon og områdeinndeling for digital hjemmeoppfølging (digitale helsetjenester). Planperiode er 2023-2026. Strategi og handlingsplan skal eies av områdestyret Pasientbehandling, følges opp av delområde Digitale helsetjenester og revideres hvert tredje år. Det er identifisert en rekke tiltaksområder, og det er knyttet tiltak til det enkelte tiltaksområde. Tiltakene skal vurderes og eventuelt justeres årlig.

Det er et betydelig potensial for å i større grad ta i bruk digitale helsetjenester for å forbedre pasientbehandlingen og avlaste helsetjenesten. Erfaringer viser imidlertid at ferdig utviklede løsninger i en enhet i langt lavere grad enn ønsket blir tatt i bruk i andre enheter. Strategien beskriver utfordringene som bemerkes fra pasientene, helsepersonellet, lederne og IKT-personellet og beskriver tiltak og tilnærming slik at disse i størst mulig grad kan imøtekommes.

Ved utvikling av digitale helsetjenester skal prioriteringskriteriene for spesialisthelsetjenesten følges – nytte, ressursbruk og alvorlighet. Vi må kunne tilføre mest mulig nytte for flest mulig pasienter for på den måten å bidra positivt til kapasitetsutfordringene i sykehusene. I gjennomføringen av strategien vil det være helt sentralt at helsepersonellet og IKT-personellet arbeider sammen om å ta i bruk nye løsninger og å stadig forbedre og forenkle løsningene. Erfaringene de siste årene har vært at flere oppgaver har vært flyttet fra merkantilt personell til helsepersonell, i gjennomføringen av denne strategien er det viktig å lage arbeidsflyt som flytter oppgaver fra helsepersonell til merkantilt personell. Tydelig prioritering og forankring fra ledelsen er en forutsetning for å lykkes.

Totalt foreslås 20 ulike tiltak for å nå målene. Flere av tiltakene er allerede godt i gang, slik som behovsstyrt poliklinikk og nettbasert behandling. Det er imidlertid en rekke nye tiltak som er nødvendig, spesielt når det gjelder å forbedre og forenkle systemløsninger og teknologi og å få langt flere avdelinger til å ta i bruk de løsningene som finnes. Figuren under oppsummerer mål, delmål, tiltaksområder og virkemidler.

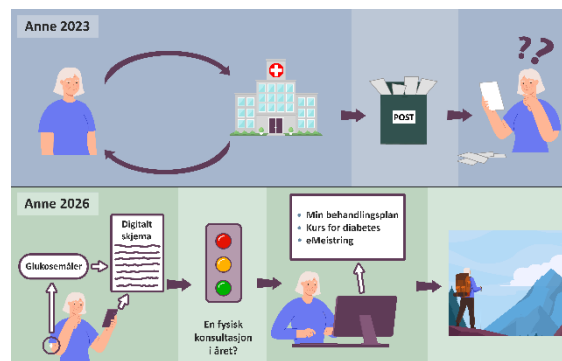


2 Innledning

2.1 Hva er målet for strategiperioden? – pasienthistorie fra 2026

Anne er 33 år gammel og bor omtrent 30 minutters reisetid fra sykehus. Av kjente sykdommer har hun diabetes type 1 og epilepsi og hun har i mange år gått til regelmessig kontroll for disse ved sitt lokale sykehus. De siste årene har sykehuset imidlertid innført digitale helsetjenester som gjør at hun ikke så ofte trenger å reise til sykehuset for kontroll.

For diabetes type 1 følges Anne med årskontroll og hun har en kontinuerlig glukose-måler som sender blodsukker-målingene til sykehuset. Hun får tilsendt melding i Helsenorge appen i forkant av kontrollen der hun blir bedt om å fylle ut et skjema om hvordan hun har det og om det har oppstått noen utfordringer siden sist. Hun kan også, ved behov, utenom den fastsatte kontrollen fylle ut skjema og får tilbakemelding om videre tiltak utfra hennes behov.



Anne fikk også diagnostisert epilepsi når hun var 15 år gammel og har gått til årlige kontroller av dette på sykehuset. Hun har hatt enkelte anfall de siste årene. Frem til 2024 møtte hun til konsultasjon for alle disse kontrollene. Fra 2024 endret sykehuset imidlertid kontroll-opplegg slik at hun nå kan følges med behovsstyrt poliklinikk i stedet. Hun får 2 ganger årlig tilsendt et skjema der hun blir bedt om å fylle ut opplysninger av betydning for epilepsi oppfølgingen. Informasjonen fra skjema indikerer som oftest at det ikke er behov for ytterligere konsultasjon ved sykehuset og hun får raskt svar om dette. Om Anne opplever et epileptisk anfall vet hun at hun kan sende melding om dette til sykehuset via digital dialog til epilepsisykepleier og at de da vil ta kontakt med henne om dette.

De siste årene har Anne slitt med tungsinn og nedstemthet og fastlegen stilte diagnosen mild til moderat depresjon og hun ble nylig henvist til eMeistring. Anne har fulgt denne veiledete internettbehandlingen over flere uker og opplever god hjelp med tilrettelagt lesestoff og øvelser. Det har vært enkelt å logge seg på behandlingen og hun har som del av behandlingen hatt en videosamtale før og etter behandlingen i tillegg til ukentlig kontakt med terapeut via skriftlige meldinger som hun har opplevd som godt tilpasset den øvrige digitale behandlingen.

Anne er godt fornøyd med at hun har full oversikt over egne journaldokumenter og prøvesvar i Helsenorge appen og at behandlinger og planlagte aktiviteter enkelt vises i og oppdateres i hennes behandlingsplan på tvers av helsetjenestene. Dette har hjulpet henne i å mestre helseutfordringene best mulig. Hun synes det var litt uvant i starten at hun sjelden trengte reise til sykehuset for å snakke med legen, men etter at hun noen ganger har opplevd at helsepersonell raskt tok kontakt når hun hadde en forverring så føler hun seg trygg og er glad for å slippe å reise så ofte til sykehuset. Anne hadde deltatt på et lærings- og mestringskurs for diabetes type 1 når hun var barn, men hun husket ikke så mye av det og var ofte litt utrygg på egen sykdom. Det var nå innført et digitalt kurs som hun kunne få tilgang til fra Helsenorge appen som hun kunne gjennomføre i sitt eget tempo. Etter dette kurset følte hun seg også mer trygg på egen sykdom.

For helsepersonellet som arbeider med diabetes type 1 og epilepsi medførte disse endringene i kontroll-opplegg for de kroniske pasientene at de hadde vesentlig færre fysiske konsultasjoner med pasienter som ikke hadde plager. Dette var uvant i starten, men ettersom de fikk mer tid til

pasientene som hadde forverringsperioder eller større behov, og pasientene for det aller meste var svært fornøyde med å slippe å reise til sykehuset, så syntes også helsepersonellet at dette var gode endringer. Etersom pasientene i stor grad selv dokumenterer status på sine sykdommer er det også mindre tidsbruk til dokumentasjon av opplysninger fra pasienten og kunstig intelligens har bidratt til forenkling av noen pasientforløp og administrative oppgaver slik at mer av tiden kan brukes til pasientene som trenger det. Spesielt i perioder med økt oppfølgingsbehov er det også enkelt å samhandle på tvers av helsetjenesten gjennom kommunikasjonsløsninger og deling av informasjon.

2.2 Om digitale helsetjenester

Digitale helsetjenester innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient(er) og behandler(e) skjer digitalt¹. Helsehjelpen som ytes er den samme som før, men fysiske konsultasjoner og pasientmøter kan ofte helt eller delvis erstattes med digitale helsetjenester. Tjenestene, som nasjonalt også betegnes som digital hjemmeoppfølging, kan omfatte ulike deler av et pasientforløp, både forebygging, utredning, behandling og rehabilitering. Digitale innbyggertjenester er også et begrep som brukes, i hovedsak om pasientadministrative tjenester, men omfatter også innsyn i journal o.l. I regionale strategiplaner er også begrepet virtuelle helsetjenester benyttet om samme tema. Disse begrepene brukes i stor grad om det samme, men valg av betegnelse er viktig for forståelsen av innholdet og vi har i Helse Vest valgt å bruke betegnelsen «digitale helsetjenester».

Digitale helsetjenester kan blant annet bidra til å øke pasient- og brukermedvirkning i helsehjelpen, redusere helsepersonellens tidsbruk til unødvendige konsultasjoner og redusere helsepersonellens tid til dokumentasjonsarbeid når pasienten kan bidra.²

Helsedirektoratet beskriver 4 hovedgrupper for digitale helsetjenester (digital hjemmeoppfølging) i spesialisthelsetjenesten:

- A. Kommunikasjon mellom pasient og behandler
- B. Oppfølging basert på informasjon fra pasienten
- C. Nettbasert behandlingsprogram
- D. Pasientopplæring

Det kan diskuteres om dette er den beste inndelingen, men vi har i strategien og handlingsplanen valgt å følge inndelingen fra Helsedirektoratet slik at det blir enklere å se sammenhengen mellom nasjonale og regionale tiltak og tiltaksområder. Vi har imidlertid mål om at pasientene og helsepersonellet skal oppleve at de digitale helsetjenester er helhetlige og utnytter komponentene fra alle områdene over.

Helseforetakene i Helse Vest har en felles oversikt over digitale helsetjenester. De deler erfaringer og resultater, og samarbeider om utvikling av nye tjenester og konsepter. Helseforetakene har også samarbeid med helseforetak i andre regioner og henter verdifull erfaring fra disse. Selv med mange gode eksempler på digitale helsetjenester er imidlertid omfanget fortsatt lavt i forhold til det store antallet av pasientgrupper og situasjoner der dette kunne medføre nytteverdi for helsetjenesten og/eller pasient. Det er selvfølgelig slik at digitale helsetjenester ikke egner seg for alle situasjoner eller pasienter, men det er betydelig potensial for helseforetakene i å ta dette i større bruk.

¹ [Helsedirektoratet](#)

² [Nasjonal e-helsestrategi](#)

2.3 Oppsummering av kunnskapsgrunnlag

Den nylige rapporten fra Helsepersonellkommissjonen³ adresserer de omfattende ressursutfordringene helsevesenet står ovenfor og viktige satsings-områder som trekkes frem er medisinsk-teknologisk utstyr og brukervennlige digitale løsninger.

Digitale helsetjenester antas å ha stort potensiale for å imøtekomme flere av utfordringene helsetjenesten står ovenfor i årene som kommer. En stor andel av helsehjelpen må også i fremtiden selvfølgelig ytes med tradisjonelt fysisk oppmøte, men digitale helsetjenester kan supplere tilbudet slik at både helsepersonell, pasienter og pårørende unngår unødvendig tidsbruk. Tilbud om digitale helsetjenester vurderes spesielt for personer med kronisk sykdom og behov for langvarig oppfølging. De nasjonalfaglige rådene til Helsedirektoratet⁴ er supplert med kunnskapsoppsummeringer gjort av Folkehelseinstituttet. Forskning og klinisk erfaring har vist at nettbasert behandling med veiledning fra helsepersonell både skaper en terapeutisk relasjon og gir positive helseeffekter og er vurdert og godkjent av beslutningsforum.

For spesialisthelsetjenesten har kunnskapsgrunnlaget publisert av FHI i 2022⁵ konkludert med at det ennå ikke ser ut til å være dokumentert noen forskjell i ressursbruk mellom digital hjemmeoppfølging og vanlig oppfølging for personer med hjerte- og karsykdommer, kols eller astma. FHI konkluderer imidlertid med at dette sannsynligvis vil endres når man får mer kunnskap om hvordan digital hjemmeoppfølging kan brukes best mulig. Erfaringer fra blant annet Helse Bergen viser for eksempel at behovsstyrt oppfølging reduserer behov for fysisk kontroll både innen oppfølging etter händleddsbrudd og hos epilepsi-pasienter.

Det pågår flere større forsknings- og innovasjonsprosjekt inn mot digitale helsetjenester av ulike pasientgrupper både i Helse Vest og andre regioner som vil gi oss økt kunnskap på dette fagområdet. Dette gjelder bl.a. områder og pasientgrupper innen nevrologi, hjerte og karsykdommer, unge, gravide og risikosvangerskap, revmatologi, ortopedi, endokrinologi og kreft.

2.4 Sammenheng med andre strategier og planer

Strategi for digitale helsetjenester setter retning og gir prioriteringer for digitale helsetjenester innenfor rammene gitt av «Helse2035» og «Regional utviklingsplan 2023-2035». Det vises spesielt til tiltaksområdene «Pasienten si helseteneste» og «Utvikling av helsetenestene» i «Helse2035», og til tiltaksområdene «Mobilisering av pasientane» og «Teknologi, digitalisering og nye tenester» i «Regional utviklingsplan 2023-2035». Videre vil ny «Strategi for digitalisering» sette rammene for digitalisering i Helse Vest. Det pågår et arbeid fra Regjeringen på ny «Nasjonal helse- og samhandlingsplan» som vil kunne gi føringer for satsing på og prioriteringer innen digitale helsetjenester.

2.5 Forskning og kvalitetsregistre

Gjennom nasjonale og regionale føringer i Helse Vest har vi strategiske mål om at forskning og innovasjon skal være en integrert del ved alle avdelinger/enheter⁶. Kunnskapsgrunnlaget inn mot digitale helsetjenester er som beskrevet tidligere mangelfullt oppimot effekt på ressursbruk og feltet er fortsatt ungt slik at vi er avhengig av mer forskning på feltet. Det er derfor viktig at dette aspektet også løftes ved innføring av digitale helsetjenester gjennom å tilrettelegge for forskning parallelt med innføring i klinisk praksis. Det er også viktig at en på ulike nivå kan bruke aktivitetsdata for å bidra i de kontinuerlige endringsprosessene som vil kreves.

³ [Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste](#)

⁴ [Digital hjemmeoppfølging – nasjonale fagråd](#)

⁵ [Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten](#)

⁶ [Nasjonal Handlingsplan for kliniske studier](#)

I Norge per desember 2022 var det 59 medisinske kvalitetsregistre⁷. Disse kvalitetsregistrene inneholder strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging som gir mulighet til å vurdere kvaliteten i pasientbehandlingen. Kunnskap herfra skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Kartlegging og registrering av data opptar i dag en betydelig del av konsultasjonstiden og kan gå på bekostning av de aktuelle problemene pasienten har. Det blir viktig å se på mulighetsrom for strukturering av deler av pasientjournalen slik at informasjonen kan gjenbrukes i kvalitetsregistre. Erfaringer fra blant annet diabetesjournalen (FastTrak Noklus diabetes) er at dette reduserer tidsbruken til dokumentasjon ved kontroll konsultasjon av pasienter med diabetes, strukturerer konsultasjonen, harmoniserer dokumentasjonen mellom ulikt helsepersonell og automatisk kan rapporteres til Norsk Diabetesregister.

2.6 Samhandling

Sett fra pasientens perspektiv bør digitale helsetjenester støtte et helhetlig forløp og sømløse overganger. Mange av pasientene følges opp både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og pasienten har behov for digital samhandling både med fastlege, kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehusene. Dette gjelder også avtalespesialistene som er del av spesialisthelsetjenesten, men som ikke bruker sykehusenes IKT-løsninger.

Det er et ønske å styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten. Kommunal sektor prioriterer «Felles journalløft for kommuner», og for digital samhandling med spesialisthelsetjenesten peker de på de nasjonale tjenestene i Norsk Helsenett sin digitale samhandlingsplattform; helsenettet, kjernejournal, e-resept, Helsenorger osv. Utviklingen av disse tjenestene skjer koordinert med nasjonalt program for digital samhandling. Datadeling for digital hjemmeoppfølging er anbefalt for steg 2, med en antatt realisering i 2024-2025. Utviklingen av digitale helsetjenester sammen med primærhelsetjenesten vil være avhengig av steg 2 i dette programmet, og vil derfor ha lavere fokus i første del av strategiperioden i Helse Vest.

Selv om det i dag er teknologiske barrierer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan vi samarbeide om digitale helsetjenester og ha felles innsats mot viktige pasientgrupper. Det er en ambisjon at vi har flere samarbeidsprosjekter i strategiperioden, og vi må ta initiativ ovenfor primærhelsetjenesten både fra et samhandlingsperspektiv, faglig perspektiv og teknologisk perspektiv. Digitaliseringen må ikke føre til en oppgaveglidning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det ligger en risiko i at forenklet digital oppfølging fører med seg at blir fulgt lenger og tettere i spesialisthelsetjenesten enn det som er nødvendig. Målet med strategien er primært å avlaste eget helsepersonell.

3 Visjon og mål

Visjon for digitale helsetjenester hentes fra Helse Vest sin strategiplan Helse2035:

«Innleggingar og fysiske konsultasjonar skal ikkje finne stad dersom tenesta kan ytast virtuelt med like godt eller betre resultat».

Utarbeidelse av denne strategien er et viktig verktøy for å nå denne visjonen og vi har valgt å konkretisere hovedmålet som følger:

«Digitale helsetjenester skal bidra til at flere pasienter kan få god og tilpasset helsehjelp og oppleve økt mestring og involvering i egen helse. Helsepersonellet skal oppleve en enklere hverdag ved at de i større grad kan fokusere på pasientene som har størst behov og bruke mindre tid på dokumentasjon.»

⁷ [Statusrapport 2022- for medisinske kvalitetsregistre.](#)

Helse Vest skal være ledende på digitale helsetjenester med tydelig mål om en enklere arbeidshverdag for våre klinikere og helsepersonell, at pasienter og brukere har en aktiv medvirkning i egen og næres helse og en øket utrednings- og behandlingskapasitet. Vi må jobbe på nye måter, utnytte mulighetsrom på kort og lengre sikt, tenke sømløse tjenester, understøtte og utnytte potensiale i bruken av nasjonale løsninger og samtidig stimulere til nytenking, innovasjon og integrering i tett samarbeid med de som ser behovene nærmest (brukere/pasienter, helsepersonell og samhandlende aktører).

Delmålene er:

1. Helsepersonell opplever en enklere og mer oversiktlig hverdag
 - a. Tidsbruk til dokumentasjon blir enklere og tar kortere tid, samtidig som dokumentasjonsplikten overholdes
 - b. Helsepersonellet kan bruke mindre tid på konsultasjoner med pasienter som har lite nytte av fysisk konsultasjon og får dermed mer tid til pasienter med større nytte.
 - c. God beslutnings- og prosess-støtte gjennom bruk av digitale verktøy
2. Pasienter og pårørende er aktivt medvirkende i egen og næres helse
 - a. Opplever at helsetjenester som ytes ved hjelp av digitale verktøy gir god og trygg helsehjelp og er tilpasset til behovet
 - b. Opplever at tjenestene er enkle å bruke og har god funksjonalitet
 - c. Opplever økt mestring av egen sykdom
 - d. Opplever at samhandlingen med sykehuset er mer effektiv og at man sparer tid til reiser og til konsultasjoner som ikke er nødvendige
3. Økt utrednings- og behandlingskapasitet
 - a. Pasientene bidrar til dokumentasjonsarbeidet slik at helsepersonellet avlastes
 - b. Konsultasjoner med fysisk oppmøte erstattes med digitale kontakter når dette gir like god helsehjelp
 - c. Økt andel pasienter gjennomfører nettbasert behandling innenfor psykisk helsevern og andre utvalgte pasientgrupper.
 - d. Bedre samhandling mellom ulike nivå i helsetjenestene
4. Redusert miljø- og klimabelastning
 - a. Redusere pasientreiser

4 utfordringer fra ulike perspektiv

Det er et betydelig potensial for å i større grad ta i bruk digitale helsetjenester for å forbedre pasientbehandlingen og avlaste helsetjenesten. Erfaringer viser imidlertid at ferdig utviklede løsninger i en enhet i langt lavere grad enn ønsket blir tatt i bruk i andre enheter. Det er derfor viktig å beskrive utfordringene som bemerkes fra pasientene, helsepersonellet, lederne og IKT-personellet slik at disse i størst mulig grad kan imøtekommes.

Digitale helsetjenester forutsetter i stor grad digital kompetanse hos pasient for vellykket gjennomføring. En stor andel av pasientene i spesialisthelsetjenesten er eldre og vil ikke kunne ta i bruk mange av løsningene uten hjelp fra pårørende eller kommunal hjelpetjeneste, men det er viktig at mange av løsningene vil kunne være svært nyttige også om pasienten må ha slik hjelp. Det er også viktig at 76 % av helsekontaktene i Helse Vest i 2022 gjaldt pasienter under 70 år og en stor andel av disse pasientene er digitalt kompetente og bruker smart-telefon i hverdagen og vil altså kunne ta i bruk slike verktøy. Samtidig var kun 9 % av pasienter over 80 år, en pasientgruppe som trolig egnert seg mindre eller vil trenge assistanse for bruk av digitale helsetjenester. De tekniske løsningene er de

siste årene blitt stadig mer brukervennlige, og dette bidrar til at kravet til digital kompetanse har blitt lavere og lavere de siste årene.

Gjennom barriereundersøkelse og samtaler med de som har etablert digitale helsetjenester ser vi at det er flere barrierer for å ta i bruk digitale helsetjenester:

1. For helsepersonellet:
 - a. Manglende kunnskap og informasjon om muligheter. Flere kan ha hørt om digitaliseringsprosjekt, men det kan være vanskelig å se muligheter og hvordan det kan tas i bruk i egen enhet.
 - b. Usikkerhet for at de digitale tjenestene ikke er av god nok kvalitet, at de vil gi merarbeid og kan øke risiko for å ikke gi god nok helsehjelp.
 - c. Manglende tillit til at digitaliseringsprosjekt faktisk gir nytte
 - d. Engstelse for at ansikt-til-ansikt pasientkontakt kan bli erstattet med enda mer tidsbruk til dokumentasjon i IKT-systemene.
 - e. Varierende digital kompetanse kan gi høyere terskel for å ta i bruk digitale løsninger
 - f. Innføring av digitale helsetjenester har i stor grad vært avhengig av ildsjeler i sykehusene. Disse må gis større støtte i organisasjonen slik at flere ønsker å ta slike initiativ og at initiativene raskere gir endring i de enkelte enheter.
 - g. Manglende teknisk tilrettelegging. I barriereundersøkelsen for videokonsultasjoner var er en av de største barrierene teknisk tilrettelegging både teknisk utstyr (videokamera og lyd), men også egnede rom for å gjennomføre videosamtaler.
 - h. Bekymring for at digitale helsetjenester medfører uønsket oppgaveglidning og en merbelastning for leger
2. For pasienter og pårørende:
 - a. Manglende informasjon om muligheter.
 - b. Manglende eller usikkerhet rundt trygghet ved bruk av digitale løsninger.
 - c. Variasjon av digital kompetanse, for eksempel ut fra alder (som beskrevet tidligere), kognitive aspekt, funksjonsnedsettelse i ulike grad, språklige barrierer etc.
 - d. Ønske om å møte behandlere fysisk.
 - e. Manglende kjennskap til hvordan pårørende kan få fullmakt på Helsenorge og dermed kan involveres som ressurs.
 - f. Manglende tilrettelegging for barn og unge og manglende sikkerhets-/påloggingsløsninger for unge 13-16 år
 - g. Varierende brukervennlighet i løsninger og manglende oppfyllelse av krav til universell utforming og individuell tilrettelegging.
3. For ledere:
 - a. Manglende kunnskap og informasjon om muligheter. Flere kan ha hørt om digitaliseringsprosjekt, men det kan være vanskelig å se muligheter og hvordan det kan tas i bruk i egen enhet.
 - b. Manglende støtte til endringsprosesser. Digitale helsetjenester vil kunne gi betydelig endrede arbeidsprosesser og lederne må gis bistand til gjennomføring av slike endringer ved tilførsel av støttetjenester for endringsprosessen og involvering av ansatte og brukere.
 - c. Digitale helsetjenester gir ingen egen finansiering og gir i dag marginal eller ingen uttelling innenfor aktivitets-telling av drift (f.eks. antall konsultasjoner, DRG refusjon). Digitale helsetjenester blir dermed en skjult aktivitet.
 - d. Hverdagen er ofte fylt med akutte utfordringer og det er lite tid til utvikling av løsninger som på sikt kan bedre situasjon.

- e. Endringsprosesser vil i en planleggings- og innføringsfase ofte medføre risiko for lavere drift. Denne risikoen må aksepteres samtidig som den forsøkes gjøres minst mulig.
4. For IKT personellet:
- a. De tekniske løsninger og den digitale plattformen har i dag flere mangler som begrenser utviklingen av digitale helsetjenester.
 - b. Manglende innsikt i og oversikt over hvordan de tekniske løsningene brukes i den daglige kliniske driften.
 - c. Manglende langsiktig løsning for informasjonshåndtering. Data lagres i begrenset grad strukturert og kan ikke gjenbrukes i ulike system.
 - d. Manglende prioritering av innmeldte ønsker for endring og dermed risiko for at mye ressurser brukes på løsninger som har et lavere kost/nytte forhold.
 - e. Oppsett av teknisk løsning avhenger ofte av strukturerte pasientforløp og algoritmer for beslutningsstøtte. Disse må utarbeides av de kliniske enheter.

5 Områder, status og tiltak

Med utgangspunkt i Helsedirektoratets fire hovedgrupper for digitale helsetjenester beskrives overordnet status og videre muligheter for Helse Vest. Videre diskuteres sammenhengen med digital plattform og behov for aktivitetsmåling av digitale helsetjenester. Under aktuelle punkter beskrives tiltak ved oppstart av strategiplan, disse tiltakene vil bli oppdatert årlig i egen tiltaksplan.

5.1 Innledning

Ved utvikling av digitale helsetjenester skal prioriteringskriteriene for spesialisthelsetjenesten følges – nytte, ressursbruk og alvorlighet. Vi må kunne tilføre mest mulig nytte for flest mulig pasienter for på den måten å bidra positivt til kapasitetsutfordringene i sykehusene. Forankring i og prioritering fra ledelsen er en forutsetning for å lykkes. Ledelsen må ta ansvar for at det er konkrete planer for realisering av digitale helsetjenester. Tilsvarende er involvering av helsepersonell og brukere av helsetjenesten avgjørende. Helsepersonell må ha en sentral rolle i utviklingen, og utviklingen og innføringen av nye digitale helsetjenester må følge prinsipper for tjenstedesign, brukerinvolvering og forbedringsmetodikk i sykehusene. Digitale helsetjenester gir i mange tilfeller mulighet for endring av oppgavedeling mellom profesjonene i sykehuset, og det er viktig å unngå at digitale helsetjenester medfører uønsket oppgaveglidning og merbelastning for legegruppen.

Det må gjøres grundige vurderinger av personvern og informasjonssikkerhet når nye løsninger skal tas i bruk eller når eksisterende løsninger skal tas i bruk på nye måter. Videre må det gjøres en vurdering og avklaring av de aktuelle verktøyene/løsningene som tas i bruk skal defineres som pasientjournal (behandlingsrettet helseregister) og/eller kommunikasjonskanal mellom behandler og pasient.

Med digitale helsetjenester åpnes nye muligheter for at flere pasientforløp kan leveres på tvers av helseforetakene. Strategien går ikke nærmere inn på dette.

5.2 Helhetlig digital helsetjeneste

En helhetlig digital helsetjeneste har komponenter fra alle områdene under – kommunikasjon mellom pasient og behandler, oppfølging basert på informasjon fra pasient, nettbasert behandling og pasientopplæring. Andre tjenester slik som legemiddelgjennomgang og samtale om legemiddelbruk kan også være en del av dette.

Pasienthistorien 2026 for Anne krever at vi setter sammen disse komponentene slik at både Anne og helsepersonellet opplever en helhetlig digital løsning med god brukeropplevelse.



En helhetlig digital helsetjeneste betyr ikke nødvendigvis at alt innhold og at alle elementer tas i bruk samtidig, men det legges en plan for dette samtidig som det legges inn mekanismer for å justere planen etter de erfaringer man gjør. Det finnes gode eksempler fra andre helseforetak i Norge der man har kommet langt i etablering av helhetlig digitale helsetjenester for enkelte pasientgrupper, og i våre helseforetak er det flere miljøer som har ambisjoner om dette ut fra at de ser muligheter og har konkrete behov.

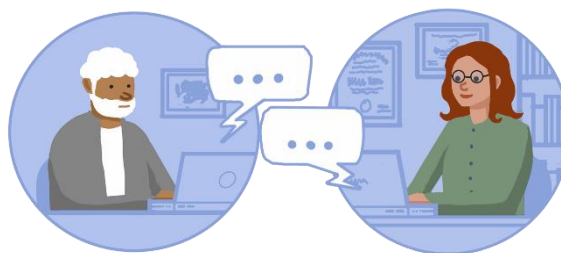
I en helhetlig digital helsetjeneste er god beslutningsstøtte viktig, og enkelte av leverandørene av løsninger for digitale helsetjenester tilbyr det som kan kalles kunnskapsbaserte løsninger. Merverdien av kunnskapsbaserte og spesialiserte løsninger må vurderes opp mot mer generelle løsninger der kunnskapsgrunnlaget i stor grad må bygges av oss selv.

Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- A. Etablere helhetlig digital helsetjeneste for noen større pasientgrupper og bruke erfaringen fra disse for bredding til flere pasientgrupper
- B. Utrede hvordan behandlingsplan og egenbehandlingsplan kan etableres og fungere for å skape oversikt og samhandling mellom pasient, pårørende, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

5.3 Kommunikasjon mellom pasient og behandler

Denne hovedgruppen av digitale helsetjenester innebærer at pasient og helsepersonell kan kommunisere med digitale meldinger og/eller telefon/video, og omfatter blant annet:



- Pasienter eller pårørende kan få tilsendt melding om at de bes registrere informasjon om egen helse i pasientjournal. Dette er tilgjengelig for flere pasientgrupper.
- Pasienter og helsepersonell kan sende meldinger til hverandre gjennom pasientjournal og Helsenorge. Dette brukes i dag i stor grad for forespørsel om endring av tildelt konsultasjonstid, men også for andre formål.
- Pasienter eller den de har tildelt fullmakt til, har tilgjengelig informasjon om henvisninger, planlagte konsultasjoner, pasientjournal og utvalgte prøvesvar via Helsenorge.
- Samkonsultasjon der behandler i spesialisthelsetjenesten, behandler i førstelinjetjenesten (fastlege og/eller helse og omsorgstjeneste) og pasient/pårørende deltar i samme videokonsultasjon for å sammen legge eller følge opp en behandlingsplan.

Det er et betydelig potensial for å øke bruken, spesielt dersom det utvikles mer helhetlige digitale helsetjenester der digital dialog er en av flere komponenter. Det har til nå vært mest fokus på

telefon- og videokonsultasjoner, men det er andre former for meldingsutveksling mellom pasient og behandler som har mest potensiale for å redusere tidsbruken til helsepersonellet. For at det skal redusere tidsbruken til helsepersonellet vil det dog måtte struktureres riktig inn i den øvrige driften og det vil trolig variere mellom ulike enheter hva som er den beste løsningen.

Man kan rangere kommunikasjon mellom pasient og behandler på følgende måte etter hvor mye potensiale det er for å avlaste helsetjenesten:

1. Ansikt-til-ansikt kommunikasjon
2. Synkron kommunikasjon med bruk av telefon eller video (pasient slipper å reise til sykehuset)
3. Asynkron kommunikasjon med bruk av meldinger der pasient og behandler sender melding når det passer
4. Kommunikasjon ved bruk av automatiske algoritmer/chatbot. Kan bli aktuelt i ikke så lang fremtid for enklere problemstillinger.

Tiltak innen dette området skal øke omfanget av kommunikasjon som har mer potensiale for å avlaste helsetjenesten. Dette innebærer erstatning av ansikt-til-ansikt kommunikasjon med telefon/video når dette er hensiktsmessig, eller at sentrale deler av oppfølgingen skjer med bruk av asynkrone meldinger. Erfaringer viser at helsepersonell vegrer seg for en slik endring, men erfaringer fra enheter som har gjennomført dette viser at både pasient og helsepersonell er fornøyde og opplever bedring av hverdagen. Kommunikasjonsløsninger er også viktige for å komplettere mer helhetlige tjenester slik som behovsstyrt poliklinikk og nettbasert behandling.

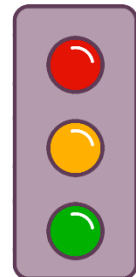
Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- C. Økt bruk av eksisterende kommunikasjonsløsninger som videokonsultasjoner, samhandlingskonsultasjoner, digital dialog og andre meldingstjenester.
- D. Utarbeide generiske modeller for hvordan digital dialog og meldingstjenester kan tas i bruk på en slik måte at de reelt avlastet og oppleves nyttig for helsepersonellet.

5.4 Oppfølging basert på informasjon fra pasienten

Denne hovedgruppen av digitale helsetjenester innebærer at pasientene kan få tilpasset oppfølging basert på informasjon fra pasienten. Informasjon fra pasient kan være egenregistrering ved utfylling av strukturert skjema og datafangst fra pasientens medisinske utstyr.

Behovsstyrt poliklinikk er et satsingsområde i alle helseforetakene og det er etablert slike tjenester for flere pasientgrupper. Ved behovsstyrt poliklinikk registrerer pasienten symptomer og funksjonsgrad hjemmefra på digitale skjema etter en avtalt plan. I noen tilfeller kan egenregistrering suppleres med data fra medisinsk utstyr. Med bruk av en trafikklysmoell med grønne, gule eller røde svarmarkeringer og forhåndsdefinerte grenseverdier, indikeres sykdomsstatus og om konsultasjon er nødvendig eller ikke og hvilken type konsultasjon som er mest hensiktsmessig.



- Et eksempel er oppfølging etter håndleddkirurgi der pilotprosjekter ved Helse Bergen og Helse Stavanger har vist at en kan redusere antall fysiske konsultasjoner med 50-80%.
- Et annet eksempel er oppfølging av epilepsipasienter der omtrent 70% ikke hadde behov for neste planlagte fysiske konsultasjon.

Avklaringer før operasjon og anestesi er også et viktig område der egenregistrert informasjon fra pasienten kan ha betydning for om operasjonen kan gjennomføres, om det skal velges dagkirurgi eller døgnopphold og for hvordan anestesi skal forberedes.

Det er et stort potensial til å ta i bruk behovsstyrt poliklinikk på flere pasientgrupper. Om helsepersonellet kan bruke mindre tid på pasienter som ikke behøver konsultasjon, kan helsepersonellet bruke mer tid på pasienter som har større behov. Videre er det et potensiale å kunne ta imot og bruke data fra medisinsk utstyr og behandlingsmidler for enkelte pasientgrupper, samt fjernmonitorering der pasientens utstyr kan overvåkes og kalibreres over nett. Det er også viktig for enkelte pasientgrupper at pasient kan sende inn informasjon på eget initiativ etter avtale med sykehuset utenom avtalte tidspunkter i behandlingsplanen, noe som kan øke fleksibiliteten i tjenesten. Riktig bruk av slik skjembasert oppfølging har også vesentlig potensiale for å redusere helsepersonellens tidsbruk til dokumentasjon av pasientens symptomer etc.

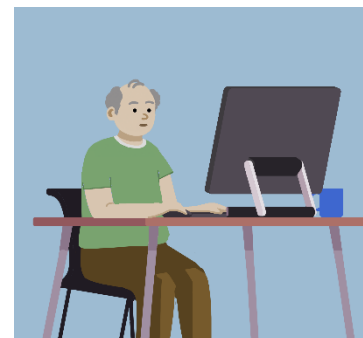
Erfaringene fra de som lykkes med behovsstyrt poliklinikk må løftes frem, og det må være gode støttetjenester i hvert helseforetak for utvikling av behovsstyrt poliklinikk. Helseforetakene må dele resultater og samarbeide om veiledere og annen informasjon. Vi har i dag systemer som gjør det mulig med behovsstyrt poliklinikk, men det er en del manglende funksjonalitet som gir utfordringer med å ta dette i bruk til et stort antall pasienter.

Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- E. Sette av ressurser til lokale støttetjenester for innføring av digitale helsetjenester og opprettelse av behovsstyrt poliklinikk i alle helseforetak. Disse må samarbeide i regionen med deling av gode løsninger for arbeidsflyt og skjema. Viktig tiltak for flere av tiltaksområdene.
- F. Forbedre de tekniske løsningene for bruk av behovsstyrt poliklinikk til store pasientgrupper.
- G. Etablere datafangst fra medisinsk utstyr og behandlingshjelpemidler inn i våre systemer og utforske muligheter for å ta dette i bruk i større grad.
- H. Utarbeide rutiner for regionalt faglig samarbeid om utvikling av gode pasientforløp og bruk av behovsstyrt poliklinikk.

5.5 Nettbasert behandling

Dette innebærer at en vesentlig del av oppfølgingen og behandlingen gis gjennom nettbaserte løsninger basert på en behandlingsplan. Pasientene slipper dermed møte til like mange vanlige konsultasjoner og kan gjennomføre behandlingen hjemme når det passer og i henhold til avtalt plan. Nettbasert behandling kan være veiledet på den måten at pasient kan kommunisere med en behandler i hele eller deler av forløpet. Der behandlingen ikke er veiledet omtales dette ofte som egenmestring.



- eMeistring er terapeutveiledet internettbehandling for panikkkliding, sosial angst og depresjon som ble tatt i bruk i 2013 i Helse Bergen og som senere er tatt i bruk av flere helseforetak i Helse Vest og i Norge.
- Det er etablert chatbot-tjenester, blant annet for gravide med svangerskapsdiabetes, der den gravide kan kommunisere med og få svar fra en chatbot/samtalerobot.
- *Pust deg bedre* for lungesyke utviklet i samarbeid med Helse Førde er en app som kan brukes på mobiltelefon og som hjelper lungesyke å utføre anerkjente pusteteknikker for å fjerne slim og bedre tungpust.

Nettbasert behandling har vært et tilbud innen psykisk helsevern i flere år. Utviklingen og oppskaleringen har imidlertid vært begrenset av gamle teknologiske løsninger med et ikke godt nok brukergrensesnitt. Helseregionene samarbeider nå om å anskaffe en moderne og felles teknisk løsning slik at bredding av dette tilbudet kan skje mye raskere. Helseregionene samarbeider også om utarbeidelse av nye behandlingsprogrammer og spredning av disse; det er aktuelle behandlingsprogrammer innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk.

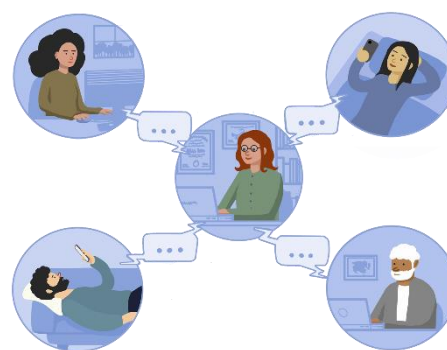
For nettbasert behandling er god innholdsutvikling krevende. Det gjelder både den tekstlige, audiovisuelle og visuelle utformingen. De kliniske miljøene som utvikler nettbasert behandling, må få støtte fra spesialister innen innholdsproduksjon og digital utforming. Dette er spesialiserte tjenester som bør etableres på regionalt nivå.

Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- I. Ta i bruk ny interregional løsning, og videreføre og forsterke det interregionale faglige samarbeidet
- J. Utvikle nye behandlingsprogram og ta i bruk behandlingsprogram utviklet av andre helseforetak
- K. Etablere regional støtteenhet for innholdsproduksjon, digital utforming og innholdsforvaltning. Viktig tiltak også for digital plattform.

5.6 Pasientopplæring

Denne hovedgruppen av digitale helsetjenester innebærer at pasienter kan få tilgang til digitale opplæringsprogrammer for mestring av egen sykdom. Dette kan være både veiledet og ikke-veiledet opplæring, og det kan være både individuell og gruppebasert opplæring. Disse tilbudene er mer fleksible enn vanlig «klasseromsundervisning» og kan tilbys pasienter når behovet oppstår, og tillater også at pasientene kan gjennomføre opplæringen i eget tempo.



- *Forberedelse til pustestyrt strålebehandling innen kreft* er et nytt opplæringsprogram som skal forberede pasient til strålebehandling
- *eHjerteRehab* er et nytt digitalt rehabiliteringsprogram for pasienter som har gjennomgått utblokkning av hjertets kransårer

Det er et potensiale å ta i bruk langt flere digitale pasientopplæringsprogram som allerede er utviklet, både i og utenfor Helse Vest. Der vi allerede har tradisjonelle pasientopplæringsprogram kan disse også videreutvikles til digitale program der pasient ikke møter veileder fysisk. Det er spesielt interessant å vurdere dette for pasientgrupper der vi gjennomfører andre tiltak innen digitale helsetjenester, men også for tilstander hvor det er ønskelig å kunne tilby pasientopplæring svært hyppig gjennom året, for eksempel etter at det er satt enkelte diagnoser eller planlagt/utført enkelte behandlinger.

Opplæring i bruk av de digitale helsetjenestene er også viktig. Det må gis god veiledning og det må utvikles opplæringsprogram til pasienter og pårørende.

Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- L. Utvikle flere digitale pasientopplæringsprogram for prioriterte pasientgrupper, og integrere disse i løsninger for digitale helsetjenester

5.7 Digital plattform

Med digital plattform menes de systemløsninger og tekniske egenskaper som muliggjør økt endringsevne, enklere tilgang til data og mer brukernær tjenesteutvikling. Et eksempel kan være at Helse Vest har satt som mål at pasientene skal bruke Helsenorge for å få kontakt med spesialisthelsetjenesten og at helsepersonellet vårt skal bruke DIPS som hovedjournal.



Løsninger for digitale helsetjenester og den digitale plattformen i Helse Vest må understøtte:

- at digitale helsetjenester kan leveres effektivt og sikkert
- at nye tjenester kan etableres effektivt
- at helsepersonell selv (med intern støtte) kan sette opp pasientforløp, regler, grenseverdier mv.
- god og helhetlig brukeropplevelse
- helhetlig arbeidsflyt
- samhandling i og mellom sykehus
- samhandling med primærhelsetjenesten gjennom bruk av nasjonale løsningskomponenter
- strukturerte data til flere formål – pasientbehandling, beslutningsstøtte, analyse, kvalitetsregistre og forskning
- utnyttelse av potensialet innen kunstig intelligens
- universell utforming og individuell tilrettelegging
- sikkerhetsløsninger og tilrettelegging for barn og unge

DIPS Arena er hovedjournal og pasientadministrativt system, og har funksjonalitet innen digitale helsetjenester. Samtidig er vi avhengig av mer spesialiserte løsninger for digitale helsetjenester for å utfylle DIPS Arena, noe som også krever en tett integrasjon.

Nasjonale tjenester og løsninger er viktig for å utnytte felles investeringer og øke samhandlingen mellom helseaktører. Helsenorge er pasientens portal til de digitale helsetjenestene, og våre forløp og IKT-løsninger må integreres med Helsenorge. I «Program for digital samhandling» i Direktoratet for e-helse utvikles grunndata- og tillitstjenester i steg 1 og datadeling for digital hjemmeoppfølging i steg 2. I prosjektet «Digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner» er målet at helseaktører fra sine systemløsninger kan få tilgang til behandlingsplan og egenbehandlingsplan gjennom Kjernejournal og på den måten styrke den digitale samhandlingen. Videreutvikling av Velferdsteknologisk knutepunkt er viktig for datafangst fra medisinsk utstyr og behandlingshjelpemidler, og disse dataene må kunne overføres til vår digitale plattform i Helse Vest.

Nye digitale helsetjenester vil kreve bedre digitale verktøy, og ved utvikling og anskaffelser skal dette gjøres i en regional kontekst. Vi skal videreutvikle vår felles regionale digitale plattform. Videre skal generiske løsninger prioriteres slik at vi velger løsninger som kan benyttes på tvers av pasientgrupper.

Vi må samarbeide tett med leverandørmarkedet og helsenæringen, invitere leverandører til dialog med klinikere og legge til rette for innovasjon.

Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- M. Beskrive innhold og egenskaper ved den digitale plattformen som skal støtte helhetlige digitale helsetjenester, både for primærformålet pasientbehandling, men også for sekundærformål som forbedring av pasientforløp, rapportering til ulike registre, kliniske studier, forskning mv. Utvikle målarkitektur med informasjonsmodeller og terminologi.
- N. Videreutvikle den digitale plattformen slik at helhetlige digitale helsetjenester kan etableres for flere fagområder
- O. Avklare føringer og retningslinjer for hvordan løsninger for digitale helsetjenester skal vurderes som behandlingsrettet helseregister eller kommunikasjonsløsning

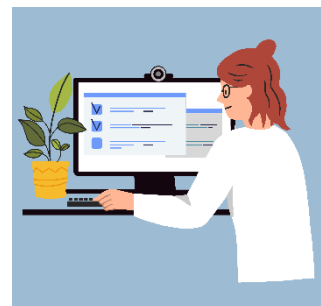
5.8 Informasjon og kommunikasjon

Helsepersonellet vårt kjenner i liten grad til hva som er mulig innenfor digitale helsetjenester eller hvordan de kan gå frem for å få hjelp til dette. Helsepersonellet har travle hverdager og det er viktig med målrettede informasjonstiltak som både kan fange interessen og enkelt forklare mulighetsrommet for de som er interesserte.

God informasjon til pasientene våre er også viktig både for at de skal etterspørre og benytte digitale helsetjenester, men også for mestring og gode opplevelser med digitale helsetjenester.

Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- P. Utnytte potensialet i M365 plattformen for å bedre informasjon og kommunikasjon om digitale helsetjenester til medarbeidere i Helse Vest
- Q. Forbedre og standardisere internettsider og annen informasjon til pasienter om digitale helsetjenester i Helse Vest



5.9 Måling og analyse

Om vi skal lykkes med en strategi for å ta i bruk digitale helsetjenester i langt større grad er det viktig at det defineres hvordan Helse Vest vil måle bruken og breddingen av digitale helsetjenester. Nasjonalt foreligger ennå ingen gode mål på effektindikatorer og i Helse Vest kunne det være aktuelt å både ha prosessindikatorer og effektindikatorer. Disse bør utvikles basert på hovedmål og delmål i denne strategi og handlingsplanen. Etter slike indikatorer er utviklet må det utvikles digitale rapporter som gir ledere, klinikere og andre ressurspersoner innsikt i utviklingen slik som antall unike pasienter og antall unike hendelser. Det er også viktig å måle effekt av innføringen av digitale helsetjenester slik som redusert antall fysiske konsultasjoner, reduserte akutte polikliniske kontakter og reduserte akutte liggedøgn.



ISF-reglementet utvikles og forbedres for å støtte bruk av digitale helsetjenester, men dette skjer i stor grad reaktivt. Det er viktig å støtte utviklingen av nye digitale helsetjenester og en viktig del av dette vil være etablering av kodesystemer for digitale helsetjenester som gjenspeiler ressursbruken, som intensiverer bruk av digitale helsetjenester og som er enkle å bruke i helsetjenesten.

Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- R. Etablere nullpunktsmålning og videreutvikle måling av aktivitet og effekt av digitale helsetjenester
- S. Forbedre og forenkle kodesystemer for digitale helsetjenester og arbeide for at disse gis refusjon som intensiverer ibruktaking av digitale helsetjenester

5.10 Involvering av helsepersonell og pasienter

For å lykkes med digitale helsetjenester må de som skal bruke løsningene, helsepersonell og pasienter, involveres i utviklingen. Retningslinjer og beste praksis for brukerinvolvering, digital utforming og universell utforming må følges. Løsningene som etableres må evalueres gjennom brukerundersøkelser, og det må legges til rette for innspill til forbedringer.



Tiltak ved oppstart handlingsplan:

- T. Opprette brukerpanel og brukerundersøkelser for helsepersonell og pasienter

6 Tilnærming og metode for gjennomføring

Innføring av nye digitale helsetjenester i de kliniske avdelinger vil trolig være krevende i starten. Det finnes mange gode eksempler på at digitale helsetjenester har gitt gode resultater, men erfaringsvis er det forventet at man må overkomme en del utfordringer (også beskrevet i innledningen) for

vellykket implementering i de ulike helseforetakene og avdelingene. Noen premisser for dette beskrives under:

- Organisasjonsutvikling er en viktig del av utvikling av helsetjenestene, og utvikling av digitale helsetjenester må sees i nær sammenheng med organisasjonsutviklingsprosesser og -aktiviteter.
- Klinikere må ha en aktiv og ledende rolle for etablering av digitale helsetjenester. Klinikere i de ulike avdelinger/seksjoner vil trenge støtte fra fasilitatorer av endringsprosesser (støttetjenester) som har som hovedansvar å sikre fremgang i prosessen. Disse støttetjenestene må være tett på aktuelle avdelinger.
- Hvert helseforetak skal ha egne støttefunksjoner for fasilitering av endringsprosesser, utvikling og innføring av digitale helsetjenester. Disse skal samarbeide regionalt når det gjelder konsepter, veiledere, informasjon, måling, verktøystøtte mv. Det kan være aktuelt å etablere en regional tjeneste for tjenstedesign knyttet opp mot fasilitering av endringsprosesser i helseforetakene.
- Hvert helseforetak har ansvar for å realisere digitale helsetjenester i eget helseforetak, men helseforetakene skal samarbeide og dele resultater. Vi skal unngå unødvendig variasjon, og fagmiljøene må skape enighet på tvers av foretaksgrensene (for eksempel må ortopedisk fagmiljø i de ulike sykehusene samarbeide om å spre gode løsninger).
- Endringsprosesser med innføring av digitale helsetjenester vil ikke vellykket kunne gjennomføres i alle avdelinger samtidig. Det vil være helt sentralt at man i starten har fokus på noen få pilot-avdelinger i hvert helseforetak der man både høster erfaring med hvordan dette best kan gjøres, men også har stort fokus på å skape gode løsninger. Disse gode løsningene vil dermed kunne fremsnakkes slik at flere avdelinger vil ønske å innføre digitale helsetjenester.
- Delområde for digitale helsetjenester vil være sentral for utvikling og forbedring av de tekniske løsningene samt for fasilitering av regionalt samarbeid om ibruktaking og bredding. Det er viktig med smidig utvikling og bredding av nye løsninger som samtidig ivaretar pasientperspektivet og involvering av helsepersonellet som skal bruke løsningene.

7 Oppfølging av strategi

Områdestyre Pasientbehandling vil være eier av strategien etter at denne er godkjent. Delområde for digitale helsetjenester må prioritere mellom tiltakene og utarbeide mer konkrete planer for hvilke aktiviteter som skal iverksettes for det enkelte tiltak. Prioriteringene må forankres i Områdestyre Pasientbehandling. Flere av de sentrale tiltakene som er beskrevet i strategien som støttetjenester i helseforetakene og regionale støtte-enheter vil ha stor nytte av øremerket finansiering som må besluttes av Helse Vest.

Strategien er gjeldende fra høsten 2023 og planlegges revidert om tre år. Tiltak skal vurderes og eventuelt justeres årlig.

8 Vedlegg

Oversikt tiltak ved oppstart:

Område	Tiltak
5.2 Helhetlig digital helsetjeneste	A. Etablere helhetlig digital helsetjeneste for noen større pasientgrupper og bruke erfaringen fra disse for bredding til flere pasientgrupper
	B. Utrede hvordan behandlingsplan og egenbehandlingsplan kan etableres og fungere for å skape oversikt og samhandling mellom pasient, pårørende, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
5.3 Kommunikasjon mellom pasient og behandler	C. Økt bruk av eksisterende kommunikasjonsløsninger som videokonsultasjoner, samhandlingskonsultasjoner, digital dialog og andre meldingstjenester.
	D. Utarbeide generiske modeller for hvordan digital dialog og meldingstjenester kan tas i bruk på en slik måte at de reelt avlaster og oppleves nyttig for helsepersonellet.
5.4 Oppfølging basert på informasjon fra pasient	E. Sette av ressurser til lokale støttetjenester for innføring av digitale helsetjenester og opprettelse av behovsstyrt poliklinikk i alle helseforetak. Disse må samarbeide i regionen med deling av gode løsninger for arbeidsflyt og skjema. Viktig tiltak for flere av tiltaksområdene.
	F. Forbedre de tekniske løsningene for bruk av behovsstyrt poliklinikk til store pasientgrupper.
	G. Etablere datafangst fra medisinsk utstyr og behandlingshjelpemidler inn i våre systemer og utforske muligheter for å ta dette i bruk i større grad.
	H. Utarbeide rutiner for regionalt faglig samarbeid om utvikling av gode pasientforløp og bruk av behovsstyrt poliklinikk
5.5 Nettbasert behandling	I. Ta i bruk ny interregional løsning, og videreføre og forsterke det interregionale faglige samarbeidet
	J. Utvikle nye behandlingsprogram og ta i bruk behandlingsprogram utviklet av andre helseforetak
	K. Etablere regional støtteenhet for innholdsproduksjon, digital utforming og innholdsforvaltning. Viktig tiltak også for digital plattform.
5.6 Pasientopplæring	L. Utvikle flere digitale pasientopplæringsprogram for prioriterte pasientgrupper, og integrere disse i løsninger for digitale helsetjenester
5.7 Digital plattform	M. Beskrive innhold og egenskaper ved den digitale plattformen som skal støtte helhetlige digitale helsetjenester, både for primærformålet pasientbehandling, men også for sekundærformål som forbedring av pasientforløp, rapportering til ulike registre, kliniske studier, forskning mv. Utvikle målarkitektur med informasjonsmodeller og terminologi.
	N. Videreutvikle den digitale plattformen slik at helhetlige digitale helsetjenester kan etableres for flere fagområder
	O. Avklare føringer og retningslinjer for hvordan løsninger for digitale helsetjenester skal vurderes som behandlingsrettet helseregister eller kommunikasjonsløsning

Område	Tiltak
5.8 Informasjon og kommunikasjon	P. Utnytte potensialet i M365 plattformen for å bedre informasjon og kommunikasjon om digitale helsetjenester til medarbeidere i Helse Vest
	Q. Forbedre og standardisere internettsider og annen informasjon til pasienter om digitale helsetjenester i Helse Vest
5.9 Måling og analyse	R. Etablere nullpunktsmålinger og videreutvikle måling av aktivitet og effekt av digitale helsetjenester
	S. Forbedre og forenkle kodesystemer for digitale helsetjenester og arbeide for at disse gis refusjon som intensiverer ibruktaking av digitale helsetjenester
5.10 Involvering av helsepersonell og pasienter	T. Opprette brukerpanel og brukerundersøkelser for helsepersonell og pasienter