

Innspill til Helsereformutvalget

Teknologi, digitalisering, innovasjon og samhandling for et bærekraftig helsevesen.

Vi viser til innspillsmøte i Health2B 25. februar 2026 og takker for en konstruktiv dialog med representanter fra utvalg og sekretariat. Vi følger herved opp oppfordringen til å gi innspill på knyttet til teknologi, digitalisering, innovasjon og samhandling i fremtidens helsetjeneste.

Om oss: [Health2B](#) er et offentlig-privat-ideelt partnerskap og en arena stiftet av Oslo universitetssykehus, Norway Health Tech og Forskningsparken, og åpnet av Oslo kommune i 2022. I løpet av kort tid har H2B etablert seg som en uavhengig, samlende og nøytral arena for kunnskapsutveksling og åpen innovasjon, hvor offentlige behovseiere og private næringsaktører møtes på likefot med en felles visjon om å samskape fremtidens helsetjeneste. I 2024/2025 har partnerskapet blant annet fokusert på hjemmebehandling, digitalisering av sengepost og digital test, områder som står sentralt i fremtidens helsetjeneste. Les mer i [Årsrapport 2025](#).

Dette innspillsnotatet løfter fram sentrale forutsetninger og løsninger som kan muliggjøre omstilling og peker på områder der endringer i system og struktur er nødvendige for å realisere et mer sammenhengende, tilgjengelig og helhetlig helsevesen. Første del av notatet legger vekt på offentlig-privat samarbeid og behovet for næringsutvikling. I andre del av notatet beskriver vi nærmere området hjemmebehandling og samhandling mellom tjenestenivåene.

Bakgrunn

Helsetjenesten i Norge står ved et veiskille. En aldrende befolkning, flere med kroniske sykdommer og økte forventninger til tilgjengelige og tilpassede tjenester gjør det nødvendig å organisere helsehjelp på nye måter. Ny teknologi og tjenesteinnovasjon vil være viktige faktorer for å lykkes med nødvendig omstilling for å sikre en bærekraftig helsetjeneste.

En sentral del av omstillingen er å flytte mer behandling og oppfølging til pasientens hjem og nærmiljø der helsehjelpen kan gis mer fleksibelt og på pasientens premisser. Tettere oppfølging, tidligere oppdagelse av forverring og bedre forebygging gir gevinster i form av færre unødvendige innleggelser, kortere liggetid og økt mestring for pasientene.

Utviklingen mot mer hjemmebehandling forutsetter en helsetjeneste som samarbeider sømløst på tvers av nivåer, der spesialist- og primærhelsetjenesten fungerer som ett system med klare ansvarslinjer og koordinerte pasientforløp. For å lykkes må strukturer, regelverk, finansierungsordninger og digitale løsninger støtte fleksible tjenester, delte arbeidsprosesser og helhetlige pasientforløp.

Denne utviklingen avhenger videre av et tett, godt og forutsigbart samarbeid med næringslivet. Innovasjon, teknologiutvikling og nye løsninger som muliggjør hjemmebehandling og digital samhandling oppstår ofte i samspillet mellom helsetjenesten og private aktører. Et mer systematisk og langsiktig partnerskap er derfor nødvendig for å sikre at helsetjenesten har tilgang til robuste, brukervennlige og skalerbare løsninger som understøtter fremtidens pasientforløp.

Både NOU 2024:3 *Tid for handling, Helsenæringsmeldingen* og *Veikart for helsenæringen* fremhever næringslivets betydning i utviklingen av bærekraftige helsetjenester og setter også tydelige mål for utvikling av norsk helsenæring. Samtidig identifiseres vedvarende utfordringer knyttet til:

- Kulturen for samarbeid mellom næringsliv, academia og helse- og omsorgssektoren.
- Uklarhet i definisjonen av det offentliges ansvar for selv å utvikle og implementere nye løsninger, (spesielt innen e-helse).
- De komplekse prosessene knyttet til offentlige anskaffelser.

Styrket samhandling er en forutsetning for en bærekraftig helsetjeneste

Tradisjonelt har det vært sterke siloer mellom ulike aktører i helsesektoren. Ulike fagmiljøer, sektorer og virksomheter mangler et felles språk og forståelse for hverandres utfordringer og behov. Dette fører til misforståelser og lavere grad av åpenhet og deling både hva gjelder informasjon og oppgaver. Det er et stort behov for styrket samhandling på tvers av ulike sektorer, herunder:

- Offentlig-offentlig; for å ta et felles ansvar for en helhetlig helsetjeneste gjennom blant annet innføring av ny teknologi og tjenesteforskyvning. To sentrale utfordringer er deling av nødvendige data og finansiering av tiltak selv der gevinsten kommer i en annen sektor eller over tid.
- Offentlig-privat; tjenestene og teknologien som leveres skal treffe reelle behov hos pasienter og brukere av helsetjenesten. Bruken av offentlig anskaffelser som pådriver for å gå fra tradisjonelle kunde-leverandørforhold og til partnerskap og brukernær utvikling er pekt på som en viktig faktor for å lykkes.
- Privat-privat; fordi vi, dersom vi skal lykkes med å utvikle helsenæringen, trenger å legge et robust og bærekraftig leverandørpuslespill og få på plass en samhandlingsmodell som stimulerer både innovasjon og næringsvekst. Dette er spesielt viktig på e-helse området, hvor manglende dialog og samhandling fører til at teknologi og tjenester som leveres treffer behov dårligere enn nødvendig¹.

En rapport fra Menon² trekker frem helseklyngenes betydning for helsenæringen, og påpeker også at det er behov for møteplasser for samhandling, kunnskapsspredning og kompetanseoverføring. Norway Health Tech og Health2B fungerer som nøytrale og etablerte møteplasser som aktivt:

- Bygger broer mellom ulike aktører og fagmiljøer.
- Fasiliterer dialog og fremmer gjensidig forståelse, både for behov og muligheter
- Utvikler felles rammeverk og standardisering, samt veier for samarbeid, innovasjon og anskaffelser.

¹ Uteblivna produktivitetsökningar på den norska e-hälsomarknaden - Cirio 4 december 2023.pdf

² <https://menon.no/prosjekter/klyngemekanismer-i-helsenaeringen-analyse-av-aktorer-og-samspill-i-okosystemet>

- Akselererer mer målrettet utvikling og bruk av nye, skalerbare løsninger: Næringslivet besitter ofte spisskompetanse innen teknologi, digitalisering, logistikk og forretningsutvikling som kan transformere helse- og omsorgssektoren. Ved å samle behovseiere, løsningsutviklere og forskningsmiljøer, kan klyngene bidra til å redusere tiden fra idé til implementering, samt fasilitere pilotprosjekter, testing og tidlig adopsjon av nye løsninger.

Konkrete forslag til tiltak er:

- Helsenæringsklyngene og innovasjonsarenaene bør anerkjennes som sentrale virkemidler i nasjonal helse- og næringspolitikk, med tilhørende forutsigbare finansieringsmodeller.
- Omstilling og samskaping defineres som en del av oppdraget til offentlig sektor: Deltakelse i samhandling krever tid og ressurser. Utfordringer med å prioritere utvikling fremfor drift, samt ulike mål, beslutningsprosesser og kultur, kan føre til ulikt engasjement og svekket fellesskapsfølelse. Omstilling og innovasjon gjennom økt samhandling bør nedfestes i oppdragsbrev til både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kompetanse på innovasjon og endringsledelse må styrkes, inkludert aksept for usikkerhet, slik at risikoaversjon og frykt for feil ikke hindrer utprøving av nye løsninger og/eller deling av utfordringer.

Bedre deling og håndtering av data

Behovet for bedre digital utveksling av informasjon i helsevesenet er stort. Informasjon mellom ledd i helsetjenestene er mangelfull, treg eller stoppes av tekniske vanskeligheter, organisatoriske utfordringer eller personvern hensyn³. Per i dag påligger det den enkelte kommune og det enkelte HF å gjøre personvern vurderingene, slik at en enkelt teknologi i praksis vurderes av 357 kommuner og 21 helseforetak, med liten grad av samarbeid. Nåværende Risiko og sårbarhetsanalyser (ROS) gjøres manuelt og er tidkrevende (100+ timer per evaluering), er feilutsatt og ikke compatible med dynamiske digitale løsninger. Kunstig intelligens gir store muligheter for å understøtte effektivisering.

Risikoen ved å dele data eller innføre ny teknologi veies i liten eller ingen grad opp mot risikoen ved å ikke dele data eller ikke innføre ny teknologi.

Helsedataene våre er i for stor grad «stengt inne» i IT-applikasjonene. Dette gjør deling av data på tvers av helsetjenestene og foretakene vanskelig. Det skyldes blant annet ulike interesser, ulike tekniske standarder og ulik kultur samt manglende kunnskap om dataenes betydning i moderne informasjonsteknologi og tjenesteutvikling.

Konkrete forslag til tiltak er

- Sikre enklere og mer forutsigbar tilgang til helsedata
- Koble styringsdata direkte til effektmåling og gevinstrealisering
- Inkludere innbyggernes egne helsedata som strategisk ressurs
- Effektivisering av ROS prioriteres for å understøtte samarbeid og deling på tvers av kommuner og sykehus

³Rapport: Står personvernet i veien for pasientsikkerheten? - Bouvet Norge

- Viktigheten av vurderinger av personvern versus overordnet pasientsikkerhet understrekes og settes i system
- Gi pasienten økt råderett over egne data ved samtykke til deling av data via HelseNorge og evt. via digital lommebok
- Stille tydelige krav til standardisering og interoperabilitet, også i offentlige anskaffelser.

Finansiering som understøtter innføring av ny teknologi

Dagens finansieringsmodell motvirker ønsket bruk av ny teknologi, tjenesteforskyvning og samhandling⁴, som beskrevet med eksempel i hjemmebehandling under. Dagens finansieringssystem belønner i stor grad volum og aktivitet i etablerte strukturer, ikke kvalitet, effekt eller forebygging. Gevinster og investeringer oppstår ofte på ulike steder i systemet, noe som svekker viljen til å ta i bruk nye arbeidsformer og teknologiske/digitale løsninger. Dagens anskaffelsesprosesser er ofte detaljerte, fragmenterte og preget av skreddersøm. Dette øker risikoen for innovasjon og leverandørlåsing og svekker muligheten for å skalere løsninger nasjonalt. Vår manglende evne til å skalere vellykkede pilotprosjekter er videre en stor utfordring for innovasjonskraft og takt⁵. Med 357 kommuner og 21 helseforetak finnes dessuten store variasjoner i praksis, modenhet og prioriteringer, og fravær av tydelige nasjonale må-kraV gjør at innføring, implementering og skalering skjer langsomt og ulikt.

Konkrete forslag til tiltak er

- Finansieringsmodeller stimulerer effektivisering av behandlingsforløp og fremmer insentiver for skalering.
- Belønn effekt: Finansieringen bør være forløpsbasert, ikke aktivitets- og hendelsesbasert. Det må være mulig å få etterbetaling ved dokumentert nytte, eksempelvis ved unngåtte innleggelser, frigjorte timer eller reduserte ventelister. Tidlige aktører som bidrar til endring bør ha tilgang til risikodelingsordninger.
- Gevinstplaner på tvers av sektorer og avdelinger som gjør det mulig å regne inn gevinsten uavhengig av hvor den kommer.
- Beregningene av kost-nytte må ta et helhetlig perspektiv som også muliggjør å regne inn gevinster i form av forebygging, redusert sykefravær hos helsepersonell, personellbesparelser og/eller driftsoptimalisering, samt at pasienter kommer raskere tilbake på jobb som følge av mer tilpasset, moderne og teknologisk/digital behandling.
- Styrke evne til å ta «pukkelkostnader» for innføring av teknologi som gir gevinst på sikt.
- Planlegge for overgangen fra pilotering til drift, med avsatte midler til opplæring, integrasjon og endringsledelse.
- Etablere en nasjonal «godkjenn én gang – bruk mange steder»-ordning for digitale helseløsninger.

⁴ <https://health2b.no/kronikk-for-a-lykkes-med-hjemmebehandling-kreves-prioritering-strategisk-satsing-og-ledelse-det-er-tid-for-handling/> :

⁵ [Eksportambisjonene for helsenæring svikter uten et fungerende hjemmemarked](#)

Hjemmebehandling og samhandling – hva er mulighetene?

Det er et uttalt mål om at pasienter i større grad skal få tilbud om spesialistbehandling og oppfølging hjemme, med bruk av teknologi og i samhandling med kommunen. Potensialet for at flere pasienter får mer og bedre oppfølging og behandling i hjemmet er stort – noe utviklingen på området viser, både fra innland og utland. Potensialet er imidlertid langt fra innfridd, med både kulturelle og strukturelle hindringer som setter stoppere for gode initiativer.

Finansieringsordningene må i større grad tilpasses og underbygger målet om økt hjemmebehandling og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene. Per i dag belønner finansieringsordningene sykehuset for innskrevne pasienter, mens kommunene har faste rammer for å ivareta innbyggere i hjemmene, uavhengig av omfanget av innbyggernes hjelpebehov. Det er behov for finansieringsordninger som støtter sykehus og kommune i å tilby én felles helsetjeneste.

Flere sykehus og kommuner jobber allerede godt med samskaping og uttesting av nye tjeneste- og samhandlingsmodeller. Under følger noen eksempler under utvikling, og hvor vi ser store muligheter for mer og bedre behandling av pasienter hjemme, med bruk av digitale løsninger i samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.

Hjemmesykehus og hjemmebehandling

Kodeverk og refusjonsmodeller er i liten grad tilpasset endringene i aktivitet som hjemmebehandling medfører. For eksempel kan pasienter under kreftbehandling, palliativ behandling og intravenøs antibiotikabehandling som i dag er innlagt på sykehus, følges opp digitalt og i samarbeid med sykehus og kommunehelsetjenesten, og ved behov komme inn til sykehuset for nødvendige vurdering og oppfølging. Pasienter med behov for denne type behandling faller mellom dagens kategorier innlagt og poliklinisk, hvor det er behov for å kunne registrere faktisk aktivitet for oppfølging og behandling hjemme og på sykehus.

Forslag til løsning - to alternativer:

- Pasienten under hjemmebehandling faller inn under innleggelse i hjemmesykehus (som per nå krever jevnlig besøk av sykehuspersonell i hjemmet). DRG forblir, som i dag, lik som for innleggelse på sykehus.
- Det opprettes ny kategori for hjemmebehandling som understøtter ønsket utvikling med reduksjon av sengeplasser og finansieres tilstrekkelig, så sykehuset kompenseres for aktiviteten hjemmebehandling krever

Samhandling og oppgavedeling som muliggjør hjemmebehandling

Det ligger betydelig potensial i å tilby sykehusbehandling hjemme til pasienter som krever daglig, og i noen tilfeller, flere tilsyn i løpet av døgnet, men hvor spesialist vurderer at ikke alle tilsyn krever spesialisert kompetanse. Dette er pasientgrupper som ofte innlegges i sykehus for problemstillinger vi vurderer kan håndteres hjemme, men som krever spesialistbehandling og hvor sykehuset har det medisinske behandlingsansvaret. Dette gjelder for eksempel pasienter i behandlingsformer som bærbar infusjonsbehandling og avansert palliativ oppfølging i hjemmet. Tett samarbeid med

kommunehelsetjenesten vil være avgjørende for hvordan vi skal utvikle et fleksibelt og pasienttilpasset tilbud.

Intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet er et godt eksempel på en tjeneste der sykehus og kommune samarbeider tett og deler på oppgaver. Dette gjelder pasienter som fortsatt har behov for spesialistbehandling, men som ikke lenger trenger å være innlagt. I et ønsket scenario foreskriver sykehuset legemiddelet, har det medisinske behandlingsansvaret og følger opp pasienten digitalt gjennom kliniske målinger, dokumentasjon, videokonsultasjoner, andre digitale løsninger og i samarbeid med kommunen. Kommunens helsepersonell utfører nødvendige prosedyrer og administrerer legemiddelet hjemme hos pasienten – innenfor et regulatorisk rammeverk som muliggjør slik oppgavedeling. For at dette skal fungere må finansieringen understøtte arbeidsdeling; sykehuset må få finansiering for spesialistoppfølgingen, kommunen for sine hjemmebaserte tjenester og begge parter for tidsbruk knyttet til koordinering og jevnlig opplæring. Gevinstene er betydelige: sykehuset reduserer liggetid og frigjør fysiske arealer, pasienten slipper belastningen ved innleggelse og reisevei og opplever større trygghet og fleksibilitet, og kommunen får kompetanseheving og mer attraktive og faglig utviklende arbeidsoppgaver. I tillegg bidrar tjenesten til bedre kontinuitet, tidligere oppdagelse av forverring, økt pasientmestring og bedre ressursutnyttelse i hele helsetjenesten. Ved hjelp av digitale løsninger kan sykepleiere i sykehus og kommune dele informasjon i sanntid, noe som sikrer tett monitorering og gjør det mulig å tilby trygg behandling hjemme for flere pasienter.

Per i dag får ikke sykehuset kompensasjon for merarbeid knyttet til samhandling, og kommunen får ikke kompensert for nye oppgaver. De ulike tjenestenivåene har derfor ikke nødvendige økonomiske insentiver for samhandling.

Forslag til løsning:

Et samhandlingsbudsjett (som skissert i [NOU 2023: 8 - regjeringen.no](#)) kan fungere slik som dagens rekrutterings- og samhandlingstilskudd gjør, men som en varig ordning og del av ordinær drift.

Digital hjemmeoppfølging

Innen digital hjemmeoppfølging er det behov for finansieringsordninger som i større grad reflekterer arbeidsomfang, medisinsk ansvar og ressursbruk knyttet til digital oppfølging, og som sikrer at inntektene følger aktiviteten. Dagens modell innebærer i praksis at enheter som tar et aktivt ansvar for digital oppfølging, påtar seg merarbeid, redusert DRG inntekt (færre stedlige konsultasjoner) uten å få inntekter som reflekterer arbeidet med digitale forløp. Hvis hver enkelt seksjon/avdeling og klinikk mister ressurser ved å innføre digitale forløp, vil omstillingen gå tregt.

Konkrete forslag til tiltak er:

- Finansiering for digital oppfølging må treffe enheten som utfører oppfølgingen.
- Dersom flere enheter følger samme pasient digitalt, skal de få betalt separat slik at også refusjonen fordeles mellom ulike avdelinger

- Skjemabasert oppfølging bør kunne refunderes oftere enn hver fjerde måned. Slik det er i dag vil digitalisering av forløp som har mange oppmøter over korte tidsrom være dårligere finansiert gjennom STG systemet enn de som har sjeldnere oppmøter.
- Egne koder for daglig digital vurdering (i noen forløp har pasienter daglig innmelding i 2 uker)
- Egne koder for klinisk respons på varsel; bruk av digitale meldinger bør kunne kodes i tillegg til skjemaoppfølging, slik at digitale konsultasjoner (der det gis tilbakemeldinger på innrapporterte opplysninger og blodprøver via meldinger) gir inntekt lik fysisk oppmøte
- Koding av opplæring og oppstart av digital hjemmeoppfølging som egne aktiviteter

Se til andre – Skottlands nasjonale finansiering av hjemmesykehus (hospital at home)

Det er en del særtrekk ved den norske helsetjenesten som ikke alltid er like sammenlignbar med andre land, blant annet hva gjelder primærhelsetjeneste med legevakt og fastlegeordning. Vi velger likevel å ta med et eksempel fra Skottland for å illustrere hva slags forskjell nasjonale grep og satsinger kan ha for utvikling og innovasjon av helsetjenesten.

Skottland har gjennom de siste årene etablert en nasjonal finansieringsmodell for hjemmesykehus, som har vært avgjørende for rask skalering og utvikling av tjenesten i hele landet. Staten gir årlige, øremerkede midler direkte til regionale helseforetak (NHS Boards) for å bygge opp og drifte hjemmesykehus, noe som har gjort det mulig å gå fra små pilotprosjekter til et nasjonalt løft.

I 2024 ble £3,6 millioner fordelt til 13 helseforetak for å videreutvikle og drifte hjemmesykehus for eldre pasienter. Det nasjonale målet og finansieringen har ført til at kapasiteten har økt betydelig, med betydelig vekst i H@H-senger, store økonomiske gevinster med anslag på £14,9 millioner spart i innleggelser og £36,3 millioner spart i redusert behov for oppfølging etter innleggelse [gov.scot].

I 2025 ble ordningen ytterligere styrket gjennom en nasjonal investering på £85 millioner for å ekspandere H@H til 2 000 senger i hjemmesykehus innen 2026, med mål om å skape det som omtales som Skottlands største sykehus – et distribuert, hjemmebasert sykehus uten fysisk bygg [healthbusinessuk.net]

Healthcare Improvement Scotland dokumenterer at den nasjonale finansieringen har gitt:

- rask skalering av tjenestene i alle regioner
- sterke nasjonale læringsnettverk og metodestøtte
- standardiserte modeller for kvalitet, rapportering og tjenesteutvikling
- stabil drift, også i mindre og rurale områder
- mer kostnadseffektive tjenester og høy pasienttilfredshet

Skottlands erfaring viser at nasjonal, forutsigbar og øremerket finansiering er en nøkkelfaktor for å få fart på hjemmebaserte spesialisthelsetjenester. Kombinasjonen av finansiering, nasjonal metodestøtte og klare forventninger til oppskalering har gjort det mulig å etablere hjemmesykehus som en integrert del av helsetjenesten – ikke enkeltstående prosjekter.