

Innspill til Helsereformutvalget

Teknologi og innovasjon som drivkraft for omstilling

Fra HelseOmsorg21-rådet

1. Innledning

Vi viser til møtet i HelseOmsorg21-rådet 14. januar og takker for en konstruktiv dialog med utvalgsleder Gunnar Bovim. Rådet ble utfordret til å gi innspill til hvilken rolle teknologi, digitalisering og innovasjon kan spille for reell omstilling av helse- og omsorgstjenestene.

Norge har en helsetjeneste i verdensklasse. Samtidig står vi overfor store strukturelle endringer: Flere eldre, færre i yrkesaktiv alder og mer komplekse behov øker presset på både personell og offentlige budsjetter. Utfordringen vil særlig merkes i kommunene og i primærhelsetjenesten, der veksten i behov og kompleksitet forventes å bli størst.

Vi ser også et produktivitetsparadoks. Til tross for økte ressurser, flere ansatte og investeringer i teknologi omsettes ikke ressursinnsatsen alltid i tilsvarende forbedringer i kapasitet og kvalitet.

Vi bør ta i bruk tjenesteinnovasjon og teknologi for å fremme bærekraftige helse- og omsorgstjenester, og for å understøtte nødvendig omstilling, kloke valg og prioritering, slik at vi bruker ressursene på det som gir mest nytte.

Helse- og omsorgstjenestene er ikke én organisasjon, men et sammensatt system av tjenester, forvaltning, næringsliv og sivilt samfunn. Nettopp derfor må reformgrep rette seg mot samspillet mellom styring, organisering, teknologi og arbeidsformer, ikke bare enkeltvirkemidler.

2. Betydningen av forestillingsevne

Fra stetoskop til de første røntgenmaskiner har helseteknologi vært en vesentlig del av helsepersonellens hverdag. Det nye er tempoet og rekkevidden av den teknologiske utviklingen.

Derfor blir forestillingsevne avgjørende. Den utvider handlingsrommet før vi låser oss til bestemte løsninger i styring, finansiering og organisering.

Fremtidsbildene nedenfor kan leses som ulike perspektiver. I realiteten beskriver de ulike sider av den samme omstillingen av helsesystemet. De peker mot et system som bruker teknologi strategisk, flytter innsatsen tidligere, bedre organiserer tjenester rundt menneskers liv og mobiliserer hele samfunnets ressurser.

Når kapasitet ikke lenger bestemmes av antall hender

I fremtidens helse- og omsorgstjeneste bestemmes kapasitet ikke bare av antall ansatte, men av hvordan teknologi, kompetanse og organisering virker sammen.

Teknologi brukes systematisk for å øke kapasiteten, ikke bare til å effektivisere enkeltoppgaver. Digitale systemer, avansert analyse og automatiserte prosesser understøtter koordinering,

prioritering og informasjonsflyt i tjenestene. Ressurser styres dit behovene oppstår, og fagfolk kan bruke mer tid på vurdering, relasjon og omsorg.

Kapasitet handler også om geografi. Dette er avgjørende for små kommuner, der rekruttering, små fagmiljøer og geografiske avstander allerede utfordrer bærekraften. Teknologi kan frikoble kompetanse slik at spesialisert kunnskap deles på tvers av kommuner, sykehus og regioner.

Reformen bør også sikre at digital innovasjon brukes til å mobilisere all tilgjengelig kompetanse, blant annet gjennom raskere og mer effektiv godkjenning og integrering av helsearbeidere utdannet i andre land.

Utfordring til utvalget: Hvordan kan kapasitet forstås og utvikles slik at teknologi, i tillegg til personell og geografi, blir en integrert del av løsningen?

Å ligge i forkant fremfor i etterkant

I dag oppdages mye sykdom først når den allerede har utviklet seg. I fremtidens helse- og omsorgstjeneste oppdages risiko tidligere, og innsatsen kan settes inn før situasjonen blir akutt.

Data fra hverdagsliv, hjemmeoppfølging og helsetjenestene kobles med analyse og kunstig intelligens. Sensorer, fjernmonitorering og digitale oppfølgingsverktøy gjør det mulig å oppdage forverring tidligere og tilpasse oppfølging etter faktisk behov, fremfor kun faste kontroller.

Forebygging bygges inn i styring og finansiering. Ressurser dreies mot tidlig innsats og mer oppfølging nært der folk bor. Kommunene og primærhelsetjenesten styrkes som nav for forebygging, tidlig innsats og koordinering, med tydelig ansvar og tilstrekkelig verktøy til å håndtere økende kompleksitet. Innbyggerne får samtidig bedre verktøy til egenmestring, støttet av digitale løsninger og kunstig intelligens.

Utfordring til utvalget: Hvordan kan styring og finansiering justeres slik at innsats som reduserer fremtidig behandlingsbehov, får tydeligere effekt i systemet?

Fra sektorlogikk til livslogikk

I dag organiseres helse- og omsorgstjenesten i stor grad etter institusjoner og nivåer. I fremtiden organiseres den i større grad rundt menneskers liv og behov. Muliggjort av teknologi formes tjenester rundt funksjon, livssituasjon og behov, fremfor etter sektor, nivåinndeling og administrative grenser. Informasjon følger personen på tvers av nivåer og tjenester, ansvar er tydelig, og hjelpen oppleves som én sammenhengende tjeneste selv om mange aktører bidrar.

Pasient og pårørende slipper å være budbringere mellom aktører. Plan, oversikt og beslutningsgrunnlag deles, og brukerne er aktive deltakere. Tjenestene blir del av et koordinert nettverk, der diagnostikk, behandling og oppfølging kan skje hjemme, digitalt eller fysisk.

Dersom helse- og omsorgstjenesten ikke utvikles i takt med mer sømløse og brukersentrerte løsninger i resten av samfunnet, risikerer vi også økende avstand mellom forventninger og tilbud.

Utfordring til utvalget: Hvordan kan organisering og finansiering utvikles slik at pasientforløp faktisk henger sammen rundt menneskers liv, også på tvers av sektorer?

Når helse blir et felles samfunnsansvar

Når behovene øker og ressursene er presset, kan ikke helsetjenesten løse oppgavene alene. Flere samfunnsaktører må bidra. Pasienter/brukere, arbeidsgivere, utdanningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner, teknologimiljøer, næringsliv og private aktører kan alle fylle roller.

Helse- og omsorgstjenesten vil inngå i et mer forpliktende samspill med andre sektorer, der roller er tydelige og innsatsen koordineres. Digitale plattformer og trygg deling av relevante data gjør det mulig å koble behov, kompetanse og ressurser på tvers, i praksis, ikke bare som prinsipp. Poenget er å utvide hvem som bidrar til løsningen, uten at det medisinske ansvaret svekkes. For å sikre at teknologisk utvikling ikke øker sosiale og geografiske helseforskjeller, må nye løsninger innføres på en måte som styrker likeverdig tilgang for alle innbyggere, inkludert minoriteter og grupper med svak digital tilknytning.

Slike tanker er tatt inn i utviklingsprosjekter allerede. I Lillestrøm og Nordre Follo prøves modeller der personer som står utenfor arbeid kobles på oppgaver i omsorgstjenesten ved hjelp av teknologi, med støtte fra frivillige organisasjoner og andre samfunnssektorer. Mer oppgavedeling i arbeidsmarkedet kan gi mestring og inkludering, samtidig som helsetjenesten avlastes.

Utfordring til utvalget: Hvordan kan reformen bidra til at helse- og omsorgstjenesten inngår i et forpliktende samfunnssamarbeid, der ansvar og roller er tydelig definert?

3. Hvorfor omstilling stopper opp

Det foregår mye omstilling i dag, men avstanden mellom teknologiske muligheter og faktisk praksis er fortsatt stor. Viljen er til stede, men strukturelle rammer avgjør ofte om endring skjer.

Finansieringen understøtter i større grad etablerte arbeidsformer enn nye

Dagens finansieringsmodeller er i hovedsak utviklet for etablerte tjenester og arbeidsformer. De fungerer godt for dagens aktivitet, men er mindre innrettet for overgang til arbeidsformer som forebygging, hjemmeoppfølging, oppgavedeling og digital samhandling.

I dag kan for eksempel sykehus ha svakere økonomiske incentiver til å følge opp pasienter hjemme, selv når dette kan være faglig riktig og ressursbesparende for helsetjenesten samlet.

Selv når ny teknologi, inkludert legemidler og medisinsk utstyr, gir bedre kvalitet og lavere ressursbruk, kan det være krevende å prioritere på kort sikt. Dette kan skape tilbakeholdenhet, særlig der risikoen oppleves høy.

Samtidig må vi sikre at helsetjenesten har ressurser og kapasitet til å håndtere sykdom og skader som uansett alltid vil oppstå.

Den som investerer, får ikke gevinsten

Gevinster ved innføring av ny teknologi eller nye arbeidsformer oppstår ofte et annet sted enn der investeringen tas. Kommuner og helseforetak som bærer risikoen, eller enkeltavdelinger innad i organisasjonene, får ikke nødvendigvis beholde gevinsten. Resultatet er lavere investeringsvilje og svakere prioritering av tiltak med tverrsektorielle gevinster.

Tiltak som reduserer belastningen i kommunene kan for eksempel innebære økte kostnader i spesialisthelsetjenesten på kort sikt, og omvendt. Uten justerte insentiver vil slike helhetlige løsninger lett nedprioriteres.

Gode piloter dør i overgangen til drift

Helse- og omsorgstjenesten er god på utprøving, men svakere på implementering og skalering. Når prosjekter avsluttes, mangler det ofte tydelig ansvar, beslutningsmyndighet og finansiering for videre innføring.

Dessuten starter mye innovasjon med ildsjeler, uten tydelig ledelsesansvar eller integrering i ordinær drift. Det mangler forutsigbare innfasingsløp fra prosjekt til drift.

Et svakt hjemmemarked for helseinnovasjon

Offentlig sektor er helsenæringens viktigste kunde. Anskaffelser innrettes ofte mer for å redusere risiko enn for å bygge ny kapasitet.

Samtidig fremstår Norge som et lite og krevende marked for internasjonale teknologileverandører preget av høy risiko, begrenset investeringsvilje og fragmentert innføring. Flere teknologibedrifter velger derfor å prioritere markeder der opptaksmekanismer og refusjonsordninger for ny helseteknologi er tydeligere og mer forutsigbare.

For norske helsegründere er utfordringen enda tydeligere. Mange utvikler løsninger med offentlig støtte, men får likevel ikke sin første reelle kunde i vår felles helsetjeneste. Uklare grenser for offentlig egenutvikling, partnerskap og markedsdialog forsterker forsiktigheten.

Offentlig sektor bør derfor i større grad opptre som strategisk utviklingspartner, ikke bare innkjøper, der behov defineres tydelig og risiko og gevinst deles mer balansert.

Data finnes – men retningen er uklar

Helsedata blir en stadig viktigere innsatsfaktor for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Samtidig brukes begrepet om ulike typer data og formål, noe som gjør feltet sammensatt og krevende å navigere i.

For noen betyr helsedata først og fremst pasientdata og helseregistre brukt i forskning. For andre styringsdata for ledelse og forbedring. Begge deler er viktige, både for primærbruk i pasientbehandling og for sekundærbruk til analyse og utvikling.

Samtidig oppleves regelverket for deling og bruk av helsedata som komplekst. Usikkerhet om ansvar, tilgang og tolkning skaper tilbakeholdenhet, også der lovverket faktisk åpner for bruk. Resultatet er at data som kunne styrket kvalitet, produktivitet og innovasjon, forblir lite utnyttet.

Parallelt vokser en tredje datakilde frem gjennom innbyggergenererte helsedata fra apper, sensorer og digitale terapier. Drevet av teknologisk innovasjon og kunstig intelligens vil slike data i økende grad påvirke hvordan helse forstås, måles og følges opp.

Dette innebærer ikke at helse- og omsorgstjenesten ukritisk skal håndtere alle typer egenmålinger eller kommersielle løsninger. Tvert imot forutsetter utviklingen tydelige kriterier for kvalitet, dokumentasjon og godkjenning. Utfordringen er derfor hvordan slike data kan integreres på en trygg, strukturert og kunnskapsbasert måte.

Forskning, næringsliv og tjeneste går hver for seg

Norge har sterke forskningsmiljøer og høy teknologikompetanse. Likevel er koblingen mellom forskning, teknologiutvikling og klinisk praksis for svak. Det mangler strukturer som systematisk leder nye løsninger raskt inn i ordinær drift.

Resultatet er en fragmentert innovasjonsskjede der betydelig utviklingskraft skapes i randsonen, men får for lite gjennomslag i selve tjenesten, og for svake muligheter til kommersiell skalering.

4. Hva reformen bør gjøre

Skal ambisjonene realiseres, må styring, finansiering, gjennomføring og digital infrastruktur justeres samlet. Vi anbefaler fire overordnede grep:

Styr tydeligere etter resultater og effekt når teknologi og nye arbeidsformer tas i bruk

I dag måles helse- og omsorgstjenesten i stor grad på aktivitet og budsjettbalanse, noe som gir stabil drift. Samtidig kan dette gjøre det vanskeligere å prioritere tiltak som gir gevinster over tid, som forebygging, oppgavedeling og teknologisk omstilling.

Reformen må flytte noe av oppmerksomheten fra volum til faktisk forbedring av tjenester. Samtidig må finansieringssystemet fortsatt sikre stabil drift og høy kvalitet i behandling av sykdom og skader som uansett vil oppstå.

Det innebærer blant annet å

- sette tydelige nasjonale mål for kvalitet, forebygging og produktivitet
- måle virksomheter på dokumentert forbedring og gevinstrealisering
- gjøre innovasjon og implementering til en integrert del av lederansvar, styringsdialog og partssamarbeid

La finansiering og anskaffelser trekke i samme retning

Finansiering er en nøkkel til omstilling. Den former hvilke løsninger som tas i bruk, hvordan risiko håndteres og om gevinster kan realiseres på tvers av nivåer. Skal fremtidsbildene bli virkelighet, må finansieringen aktivt understøtte forebygging, teknologisk utvikling og mer sammenhengende pasientforløp.

Reformen bør derfor:

- gjøre det økonomisk mulig å prioritere løsninger som reduserer fremtidig behandlingsbehov, også når gevinsten oppstår et annet sted i systemet eller over tid
- redusere risiko ved første innføring av dokumentert teknologi, særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste der behovet for personellavlastning og nye arbeidsformer er størst
- bruke anskaffelser mer strategisk som virkemiddel for å bygge ny kapasitet og bedre arbeidsflyt, herunder utvikle et mer attraktivt og forutsigbart hjemmemarked for helseteknologi, og slik at næringslivet i større grad investerer i forskning, utvikling og tilstedeværelse i Norge

Gjør gjennomføring og skalering til hovedregel

Norge har mange gode piloter. Utfordringen er overgang til varig drift. Uten tydelig ansvar, beslutningspunkter og implementeringskapasitet stopper mange løsninger i prosjektfasen.

Reformen bør derfor:

- stille krav om overgang til drift når effekt er dokumentert
- tydelig plassere ansvar for implementering og gevinstrealisering
- gjøre gjenbruk av løsninger som virker til hovedregel og sikre kapasitet til integrasjon og endringsledelse
- styrke koblingen mellom forskning, næringsliv og tjeneste gjennom langsiktige partnerskap

Gjør data og digital samhandling til en del av selve styringen

Skal helsetjenesten styres etter nye mål, må beslutninger bygge på oppdatert og relevant informasjon. I dag finnes store mengder data, men de er fragmenterte, utilgjengelige eller lite brukt i styring og forbedring. Uten en felles digital infrastruktur svekkes, implementering og muligheten for å ta i bruk kunstig intelligens og nye digitale tjenester i stor skala.

Reformen bør derfor:

- sikre enklere og mer forutsigbar tilgang til relevante helsedata
- stille tydelige men enkle krav til interoperabilitet og sikker datadeling
- inkludere innbyggernes egne helsedata innenfor klare kvalitets- og ansvarsrammer

5. Avslutning

Dette innspillet beskriver et fremtidsbilde for helse- og omsorgstjenesten der teknologi forsterker kapasitet, der vi handler tidligere og forebygger mer, der tjenester henger bedre sammen rundt menneskers liv, og der helse forstås som et bredere samfunnsansvar.

Men uten endrede styringsmål vil finansieringen fortsatt trekke mot volum. Uten riktige insentiver taper forebygging mot behandling. Uten krav til implementering blir innovasjon værende i pilotfasen.

Helsereformen gir en sjelden anledning til å justere rammebetingelsene slik at teknologi, innovasjon og nye arbeidsformer blir en integrert del av helsetjenestens drift.

HelseOmsorg21-rådet stiller seg til disposisjon for videre dialog og konkretisering av forslagene.

Referanser

[Fit for the future – 10 Year Health Plan for England, UK Government](#)

[Gevinstanalyse av helseteknologi – En kartlegging av utvalgte helseteknologier utviklet gjennom innovasjonspartnerskap eller innovasjonskontrakt. Menon Economics \(2025\)](#)

[Helsedirektoratet: Trender og utviklingstrekk for helse- og omsorgssektoren og muligheter innen digitalisering \(2025\)](#)

[Helsetalen 2026](#)

[Nasjonal e-helsestrategi \(oppdatert 2025\)](#)

[Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030: Fremtidens digitale Norge](#)

[Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027](#)

[Nordic Health 2030 - Pioneering Tomorrow's Health: Preventive, Personalised, Participatory, Copenhagen Institute of Future Studies \(2020\)](#)

[NOU 2023:4 Tid for handling](#)

[Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste \(2025\)](#)