

Prosjekt Samhandlingsmodell Digital Hjemmeoppfølging (SDHO)

Notat om finansielle barrierer

Helsefellesskapet i Bergensområdet

05.02.2026

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Formål med dokumentet | 2 |
| Oppsummering..... | 2 |
| Metode og datamateriale | 2 |
| Avgrensninger ved analysen | 2 |
| Resultat av analyse..... | 2 |
| Konsekvens | 2 |
| Ordforklaring | 3 |
| Introduksjon | 5 |
| Dagens finansieringssystemer for kommune, fastlege og sykehus..... | 6 |
| Kommunene | 6 |
| Fastlegene | 7 |
| Sykehus (spesialisthelsetjeneste)..... | 7 |
| Hovedbarriere: Manglende og/eller mangelfull varig finansieringsmodell for DHO i drift | 8 |
| Delbarriere 1: Risiko for manglende finansielt understøttet oppgaveglidning mellom aktørene | 9 |
| Delbarriere 2: Manglende økonomisk incentiv og finansiering av forebyggende tjenester og ikke lovpålagte tjenester | 10 |
| Del barriere 3: Styringsinformasjon om bruk av DHO bidrar til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå. | 13 |
| Konsekvens | 18 |
| Referanseliste | 19 |

Formål med dokumentet

Dokumentet skal etablere en felles forståelse og enighet i prosjektet om utfordringsbildet knyttet til finansiering av DHO på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i Bergensområdet.

Oppsummering

Dette dokumentet er resultatet av en prosess der barrierer knyttet til finansiering av DHO er identifisert, systematisert og validert av kommunene i Bergensområdet, Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale sykehus, Helse Vest og KS, med bidrag fra utvalgte regionale og nasjonale DHO-tjenester.

Metode og datamateriale

Notatet bygger på en kvalitativ og iterativ analyse av relevant forskning, rapporter, FoU 'er, NOU-er, styrings- og erfaringsdokumenter, samt innsikt fra dialog og intervjuer med nasjonale DHO-tjenester. Rådatabarrierer er identifisert, gruppert gjennom tematisk analyse og videre sammenstilt til overordnede hovedbarriere og delbarrierer, som er løpende validert i dialog med relevante interessenter.

Avgrensninger ved analysen

- Tjenesteforløp der kommune, sykehus og fastlege inngår som sentrale aktører.
- Primært de tjenesteforløpene som har vært inkludert i det nasjonale spredningsprosjektet for DHO, med særlig vekt på oppfølging av personer med kroniske sykdommer
- Intervju med totalt 4 nasjonale DHO-tjenester

Resultat av analyse

Analysen viser at manglende eller mangelfull varig finansieringsmodell for DHO i drift utgjør hovedbarrieren. Denne forsterkes av delbarrierer knyttet til risiko for oppgave- og kostnadsglidning til kommunene uten understøttende finansiering, svake økonomiske insentiver i dagens finansieringssystem og mangelfull styringsinformasjon om effektivitetsgevinster ved DHO.

Konsekvens

Dersom barrierene ikke håndteres, vil DHO ha begrensede forutsetninger for å lykkes med overgang til ordinær drift og skalering, og stå i risiko for nedskalering eller avvikling, selv om tjenesten har et betydelig potensial for samfunnsøkonomisk gevinst.

Ordforklaring

| Begrep | Beskrivelse |
|---------------------------------|--|
| STG – Særtjenestegrupper | Grupperingssystem brukt for finansiering av særskilte tjenester som ikke passer inn i ordinære DRG-modeller, ofte fordi tjenestene er spesielt ressurskrevende eller avvikende i innhold ¹ . |
| DRG – Diagnoserelaterte grupper | Internasjonalt system som grupperer pasientkontakter etter diagnose, behandling og ressursbruk og danner grunnlag for aktivitetsbasert finansiering (ISF) i spesialisthelsetjenesten ² . |
| TFG – Tjenesteforløpsgrupper | Foreslått finansieringsmodell der hele pasientforløpet finansieres som én enhet for å styrke sammenhengende tjenester på tvers av nivåene ³ . |
| Samhandlingsbudsjett | Den delen av en forpliktende samarbeids- eller samhandlingsavtale mellom sykehus og kommune(r), der partenes kostnader i samarbeidet er fordelt og benyttes i styring og prioritering av ressurser. Avtalen må beskrive et konkret samhandlingstiltak. Tiltaket må være prioritert i helsefelleskapets utviklingsstrategi og avtalen må være forankret i eksisterende samarbeidsstrukturer ⁴ . |
| Innsatsstyrt finansiering | Er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene (RHF-ene) gjennom statsbudsjettet. Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. Basisbevilgningens størrelse er uavhengig av aktivitet, og bestemmes blant annet av demografiske forhold. ISF er avhengig av hvor mange som får behandling og hvilken type behandling de får. Hovedformålet til ISF er å understøtte sørge-for-ansvaret til RHF-ene, og ordningen skal legge til rette for kostnadseffektiv pasientbehandling ⁵ |
| KPR | Kommunalt pasient- og brukerregister er et nasjonalt helseregister som inneholder data om personer som har søkt, mottar eller har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret gir grunnlag for planlegging, |

¹Helsedirektoratet. (2023). *Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester (SAMFIN)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester>

² Helsedirektoratet. (2021). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene>

³ Helsedirektoratet. (2023). *Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester (SAMFIN)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester>

⁴ Helsedirektoratet. (2023). *Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester (SAMFIN)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester>

⁵ Helsedirektoratet. (2026). *Innsatsstyrt finansiering (ISF)*. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf>

| | |
|--------------------------------|---|
| | styring, finansiering, evaluering, kvalitetsforbedring og forskning i kommunehelsetjenesten ⁶ |
| NPR | Norsk pasientregister er et nasjonalt helseregister som inneholder opplysninger om alle personer som blir henvist til og/eller får helsehjelp i spesialisthelsetjenesten i Norge. NPR brukes til styringsdata, statistikk og forskning om helsetjenestebruk ⁷ |
| Helsefelleskap | Formalisert arena der helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere for å utvikle og planlegge tjenester til pasienter som trenger tjenester fra begge nivåer ⁸ |
| Tjenesteforløp | Et tjenesteforløp beskriver organisering og oppgaver knyttet til å yte helsetjenester til pasienter som følges med digital hjemmeoppfølging ⁹ |
| Tjenesteprismodell | Modell eller metode som brukes for å fastsette og fordele kostnader og pris for en tjeneste som leveres i samarbeid mellom flere parter – for eksempel mellom kommuner eller mellom kommuner og helseforetak ved digital hjemmeoppfølging. Målet med en tjenesteprismodell er å gjøre prisene forutsigbare, rettferdige og bærekraftige for alle som deltar i samarbeidet, og redusere risiko for en part som drifter tjenesten alene ¹⁰ . |
| Digital hjemmeoppfølging (DHO) | Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt ¹¹ |

⁶ Helsedirektoratet. (2023). *NPR og KPR som datakilder* (Kapittel 2 i *Nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabiliteringstjenesten – tidligere og pågående arbeid*). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonale-kvalitetsindikatorer-for-rehabiliteringstjenesten--tidligere-og-pagaende-arbeid/npr-og-kpr-som-datakilder>

⁷ Helsedirektoratet. (2023). *NPR og KPR som datakilder* (Kapittel 2 i *Nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabiliteringstjenesten – tidligere og pågående arbeid*). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonale-kvalitetsindikatorer-for-rehabiliteringstjenesten--tidligere-og-pagaende-arbeid/npr-og-kpr-som-datakilder>

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2023–2024): Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

⁹ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

¹⁰ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

¹¹ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

Introduksjon

Kommuner og sykehus er fremover avhengige av å samarbeide bedre om pasienter med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester på tvers av tjenestenivåene. Myndighetene oppfordrer til at sykehus og kommuner samhandler gjennom helhetlige pasientforløp og økt digitalisering av helsetjenester, og at pasientene i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale faglige råd som gir en sterk anbefaling til kommunene om å tilrettelegge for digital hjemmeoppfølging (DHO) og inngå samarbeid med sykehusene.

Et slikt samarbeid kan utfordres ved at kommuner og sykehus er grunnleggende ulike i organisering, struktur, kultur og tilnærming til pasienter og brukeres behov. I tillegg må kommuner og sykehus forholde seg til ulike lover og regelverk og finansieringsordninger.

I finansieringssammenheng er det i dag slik at oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten finansieres delvis via sykehusenes rammefinansiering og delvis via den aktivitetsbaserte finansieringsordningen «innsatsstyrt finansiering» (ISF). Oppfølging og behandling i kommunene finansieres gjennom takster til behandlere som inngår i den kommunale helsetjenesten, og gjennom frie inntekter. Denne forskjellen krever oppmerksomhet fra partene når samarbeider om felles tjenester som DHO¹².

Siden finansieringssystemene også er grunnleggende forskjellige, kan det ligge disinsentiver i systemene som ikke fører til optimal arbeidsdeling og samhandling. Den største uløste utfordringen er at dagens finansieringsordninger ikke understøtter en kostnadsforskyvning fra sykehus til kommunal helsetjeneste. En konsekvens av dette er at samhandlingsprosjektene stopper opp, og ikke klarer overgang til drift¹³.

Helsepersonellkommissjonen¹⁴ peker på utfordringene med at to tjenestenivåer som skal jobbe tett sammen, finansieres på ulike måter og har ulike rammebetingelser.

Riksrevisjonen overordnede vurdering av «*bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten*» er satt som «ikke tilfredsstillende» med tre underpunkt:

1. Mange sykehus har kommet kort i å ta i bruk ulike former for DHO av pasientene sine.

¹² Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3).

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf>

¹³ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandsykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

¹⁴ NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2969862/>

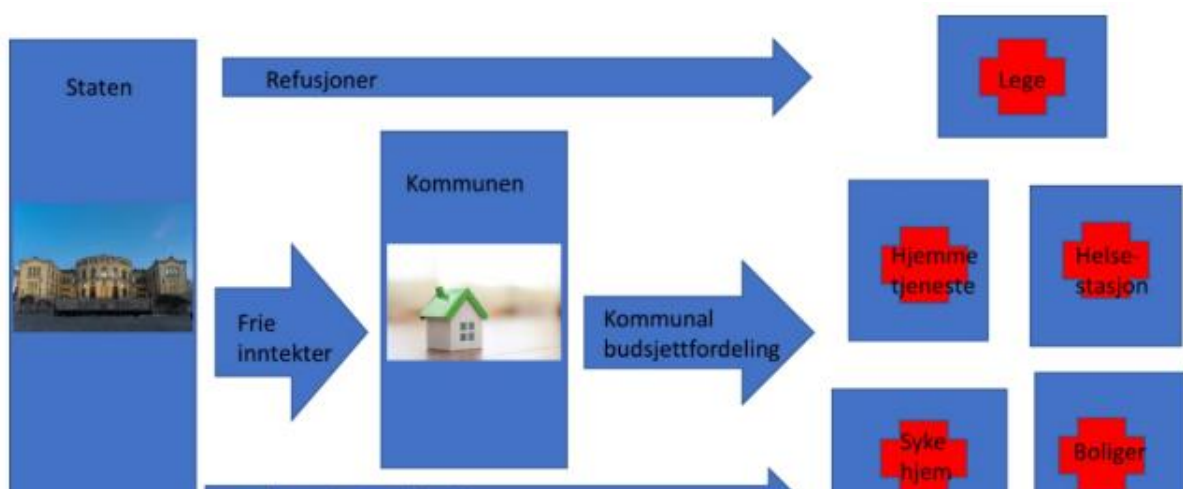
2. Sykehusene har i liten grad tatt i bruk mulighetene teknologien gir for samarbeid med kommuner om tjenester nærmere pasientene.
3. Det mangler styringsinformasjon om bruk av digitale helsetjenester bidrar til effektiv ressursbruk.

Dagens finansieringssystemer for kommune, fastlege og sykehus

Kommunene

Kommunene finansierer sine helse- og omsorgstjenester hovedsakelig gjennom frie inntekter, som består av skatteinntekter og rammetilskudd fra staten. Om lag 70 prosent av kommunenes inntekter kommer fra disse kildene. Skatteinntektene utgjør i dag om lag 40 % av kommunesektorens samlede inntekter og litt over halvparten av de frie inntektene, mens rammetilskuddet utgjør 30%¹⁵.

I tillegg mottar kommunene enkelte øremerkede tilskudd, der toppfinansieringsordningen for særlig ressurskrevende brukere er den største. Kommunene har også inntekter fra brukerbetaling, særlig knyttet til institusjonsopphold. Tjenestene er derfor i hovedsak rammefinansiert, mens enkelte ordninger er refusjonsbaserte. Kommunene har også ansvaret for fastlegeordningen og mottar tilskudd som skal dekke basistilskuddet til fastlegene¹⁶.



Figur 1 Hentet fra Utvikling av finansieringssystemene for å bedre understøtte sammenheng i tjenestene. Se fotnote.

¹⁵ Regjeringen. (u.å.). *Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/id2353961/>

¹⁶ Helsedirektoratet. (2021). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene>

Fastlegene

Fastlegenes inntekter er i hovedsak aktivitetsbaserte, supplert med et fast basistilskudd per listepasient og pasientens egenandel:

- Et fast per capita-tilskudd (listeinnbyggertilskudd) som betales av kommunen og kompenseres via rammetilskuddet.
- Aktivitetsbasert takstfinansiering gjennom folketrygden (Helfo).
- Pasientenes egenandeler.

Finansieringen reguleres gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og Legeforeningen. Både næringsdrift og fastlønnsdrift forekommer, men hovedmodellen er næringsdrivende fastleger¹⁷.

Sykehus (spesialisthelsetjeneste)

Sykehusene finansieres gjennom en todelt modell¹⁸.

- en rammefinansiert del (basisbevilgning til de regionale helseforetakene),
- en aktivitetsbasert del gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF), der refusjon beregnes ut fra registrert pasientaktivitet.

For 2026 utgjør den aktivitetsbaserte bevilgningen for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 30 prosent og basisbevilgningen om lag 70 prosent. For polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB utgjør den aktivitetsbaserte bevilgningen om lag 25 prosent og basisbevilgningen om lag 75 prosent.

Aktiviteten grupperes i DRG-, STG- og TFG-systemer som danner grunnlag for ISF-utbetalinger. I tillegg kommer noe takstfinansiering for avtalespesialister og laboratorie-/radiologitjenester, samt egenandeler fra pasientene. Modellen innebærer at spesialisthelsetjenesten er delvis rammefinansiert og delvis aktivitetsfinansiert, der aktivitetsnivået i stor grad påvirker inntektene¹⁹.

¹⁷ Helsedirektoratet. (2021). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene>

¹⁸Regjeringen. (2024, 30. april). *Statleg finansiering av dei regionale helseforetakene*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/statleg-finansiering-av-dei-regionale-helseforetakene/id227797/>

¹⁹ Helsedirektoratet. (2025). *ISF-regelverk 2026: Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2026* (PDF). <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/isf-filer/isf-regelverk-2026.pdf>

Hovedbarriere: Manglende og/eller mangelfull varig finansieringsmodell for DHO i drift

Basert på gjennomført innsiktsarbeid fremstår overgangen til drift som det mest sårbare punktet for DHO. Det foreligger i dag ingen etablert finansieringsmodell som kan ivareta tjenesten etter prosjektperioden. Konsekvensen er at DHO ikke blir innført som en varig del av tjenestetilbudet.

Etablering av bærekraftige tjenester for DHO krever omfattende investeringer i ressurser, programvare, utstyr og infrastruktur. Når tjenestene går over i drift påløper det driftskostnader til oppfølging av pasientene, løpende lisenser og logistikk²⁰. Evaluering av ulike piloter og forsøksordninger har vist at det er vanskelig å få videreført samarbeidet etter at piloten eller forsøksordningen er avsluttet. I kommunale prioriteringsrunder blir oppgaver som er lovpålagte og oppgaver som gir synlige resultater prioritert framfor tjenester som fremmer helse, tidlig oppdagelse og oppfølging av kronisk syke, hvor gevinstene synes over tid og ikke alltid kan måles²¹.

Riksrevisjonen²² viser til at ulike budsjett og finansieringsmodeller for kommune- og spesialisthelsetjeneste gir svake insentiv for samarbeid. Utfordringen understøttes av InnoMed²³ som har bistått nesten 50 samhandlingsprosjekter. Når behandlingen blir flytta nærmere pasienten gjennom samarbeid med kommunen forskyves oppgavene og kostnadsbyrden til kommunal helsetjeneste.

Dagens finansieringsordning støtter ikke denne forskyvningen, og det gjør at kommunene vegrer seg for å sette tjenestene i drift.

Finansiering av DHO i drift vurderes som en hovedbarriere som må adresseres. Barrieren bygges opp av flere barrierer som er sammenstilt i tre delbarrierer:

1. Manglende finansielt understøttet oppgaveglidning mellom aktørene
2. Manglende økonomisk incentiv og finansiering av ikke-lovpålagte tjenester forebyggende tjenester

²⁰ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandssykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

²¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan – Vår felles helsetjeneste* (St.meld. nr. 9 (2023–2024)). Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

²² Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3). <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf>

²³ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandssykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

3. “Styringsinformasjonen om bruk av DHO bidrar til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå»

Til sammen utgjør nevnte barrierer dagens utfordringsbilde for bærekraftig overgang fra prosjekt til drift ved DHO-tjenestene.

Delbarriere 1: Risiko for manglende finansielt understøttet oppgaveglidning mellom aktørene

Dagens finansieringsordninger understøtter i liten grad en kostnads- og oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunal sektor. Når tjenestene flyttes til pasientens hjem, betyr det i praksis en oppgaveforskyvning over til kommunal sektor²⁴. Uten særskilte avtaler eller ordninger vil kostnaden og refusjonen for tjenesten ligge på kun ett av nivåene²⁵.

Et eksempel på oppgaveglidning er prosjektet *digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*, der fysiske sårkonsultasjoner ved sykehusets poliklinikk ble erstattet med digitale konsultasjoner med bistand fra kommunal helsetjeneste. Kostnadsvurderinger viste at sykehuset kunne redusere sine kostnader gjennom kortere konsultasjonstid, mindre bruk av sårmateriell og reduserte transportutgifter. For kommunen førte ordningen derimot til økte kostnader knyttet til bemanning, sårutstyr og transportkostnader, som følge av nye oppgaver som tidligere lå hos spesialisthelsetjenesten²⁶.

Et annet eksempel fra Agder-regionen viser at da aktiviteter knyttet til DHO ble kartlagt i overgangen til ordinær drift, oppstod det diskusjoner i helsefelleskapet om hvordan tjenestene skulle finansieres i driftsfasen. En kommune valgte på et tidspunkt å stoppe opp aktiviteten innen DHO fordi de ikke fikk finansiert oppfølging av pasienter etter utskrivning fra sykehus. Kommunen opplevde økte kostnader selv om business caset var positivt totalt sett for helsefelleskapet. Analysene av takstsystemet viste at sykehuset hadde mulighet til å motta inntekter, mens kommunen i praksis fikk en økt utgift²⁷.

²⁴ Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3).

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf>

²⁵ Helsedirektoratet. (2021). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene>

²⁶ Folkehelseinstituttet. (2024). *Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår: Mini-metodevurdering* (Rapport).

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2024/digital-oppfolging-av-pasienter-med-kroniske-sar/>

²⁷ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandssykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

Delbarriere 2: Manglende økonomisk incentiv og finansiering av forebyggende tjenester og ikke lovpålagte tjenester

Manglende juridiske krav om etablering av DHO-tjeneste

DHO er ikke en lovpålagt tjeneste. De nasjonale faglige rådene²⁸ gir kommunene en *sterk anbefaling* om å tilrettelegge for DHO og inngå samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sykehusene har ikke en tilsvarende anmodning fra Helsedirektoratet. Denne skjevheten i føringer gir ulik forventning til samarbeid mellom aktørene og bidrar til et asymmetrisk ansvar for etablering og drift av tjenesten. Etter Riksrevisjonen sin vurdering støtter statlige virkemiddel i avgrenset grad opp under samarbeid med kommuner om å flytte spesialisthelsetjenester nærmere pasienten ved hjelp av teknologi²⁹.

Kommuner som har etablert DHO i praksis bærer kostnadene for ikke-lovpålagte oppgaver innen tjenesten³⁰. Når DHO ikke er rettslig forankret, vil finansieringen av tjenesten ikke være gitt, og avhengig av den enkelte kommune sin økonomiske situasjon, og konkurrere om driftsmidler med andre lovpålagte tjenester. Erfaringer fra nasjonale DHO-tjenester viser at det er utfordrende å få medhold i budsjettforhandlinger for drift av DHO, og tjenesten er eksponert for kutt i kommunale budsjetter, både stillinger og tjenester som ikke er lovpålagte.

Manglende økonomiske incentiv for drift av DHO

DHO-tjenesten utfordres ved overgang til drift. Når tjenestene går over i drift påløper det driftskostnader til oppfølging av pasientene, løpende lisenser og logistikk som ikke lenger dekkes av prosjektmidler og eksterne tilskudd³¹. DHO-tjenesten blir dermed større grad eksponert for de eksisterende finansieringsstrukturene og den økonomiske situasjonen i den enkelte kommune og sykehus. For kommunene vil tjenesten finansieres i stor grad av frie inntekter, herunder rammetilskudd og skattefinansiering. Det er ikke mulig for kommunene å støtte seg på andre statlige finansieringskilder for å støtte opp tiltaket. I motsatt tilfelle kan sykehus oppleve bortfall av inntekter når aktivitet flyttes fra tradisjonelle konsultasjoner til digitale tjenester som DHO.

²⁸ Helsedirektoratet. (2022, 14. november). *Nasjonale faglige råd om DHO*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/digital-hjemmeoppfolging>

²⁹ Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3). <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf> Riksrevisjonen. (2025).

³⁰ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandssykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

³¹ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandssykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

Sykehus

Dagens ISF-system gir svakere og mindre forutsigbare økonomiske incentiver for DHO enn tradisjonelle fysiske konsultasjoner og innleggelses. DHO klassifiseres i dag i hovedsak som aktivitet i særtjenestegrupper (STG). Disse gruppene er i liten grad kostnadsberegnet, og det er metodisk krevende å fastsette riktig refusjon fordi tjenestene organiseres ulikt, kan gå over lang tid og ofte innebærer mindre direkte personellinnsats enn tradisjonelle konsultasjoner. Konsekvensen er at STG-refusjon ofte ikke gjenspeiler faktisk ressursbruk, noe som kan føre til at sykehus taper inntekter ved omlegging fra fysiske tjenester til digitale tjenester som DHO^{32,33}. Helsedirektoratet³⁴ konkluderer med at ISF er utilstrekkelig for å imøtekomme sykehuset sin finansielle behov for aktivitet i DHO tjenesten. Helsedirektoratet skal framover vurdere om ulike former for DHO eller forløp der kommunale helsetjenester gjør deler av oppfølgingen, kan være aktuelle for forløpsfinansiering (TFG). Endring i ISF for 2026 viser til endring i takst fra 0,040 til 0,178 for nettbaserte behandlingsprogram i somatikk. Det er uklart om endringene i ISF-ordningen for 2025 og 2026 i tilstrekkelig grad støtter finansiering av sykehusaktivitet knyttet til DHO.

Fastlege

Dagens takstsystem støtter i begrenset grad fastlegenes involvering i DHO. Erfaringer fra digital såroppløping synliggjør svakheter i dagens ordning, hvorav spesialisthelsetjenesten kan i slike tilfeller benytte ordinær takst for videokonsultasjon, mens fastlege eller annen kommunal behandler som deltar fra legekantor eller institusjon, i praksis ikke kan utløse takst for tilsvarende aktivitet³⁵. Videre påpeker DHO-tjenester at endringer i pasientens oppfølgingsplan som formidles gjennom pleie- og omsorgsmeldinger, gir lavere refusjon enn ved ordinær konsultasjon på legekantoret. Helsedirektoratet konkluderer også med at dagens fastlegetakster er utilstrekkelige og en endring ved dette ville gitt drahjelp i involvering av fastleger³⁶.

³² Dagens Medisin. (u.å.). *Dagens finansieringsmodell motvirker ønsket bruk av teknologi*. <https://www.dagensmedisin.no/dagens-finansieringsmodell-motvirker-onsket-bruk-av-teknologi-1/644186>

³³ Helsedirektoratet. (2023). *Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester (SAMFIN)*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester>

³⁴ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

³⁵ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandssykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

³⁶ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

Kommune

Erfaringer så langt viser til hvordan DHO-tjenesten i dag oftest er organisert som en tjeneste i kommunal regi, med kommunalt lønnede ressurser. Tjenesten organiseres internt i egen kommune, i samarbeid med flere kommuner og eventuelt med sykehusene³⁷. Kommunene må i stor grad da bære kostnadene knyttet til etablering og drift av tjenesten, uten at tjenesten i vesentlig grad honoreres gjennom statlige refusjonsordninger³⁸. Det foreligger heller ingen anbefaling for hvordan kostnadene skal fordeles mellom samarbeidsparter ved DHO. Slik rammebetingelsene er nå, må helsefelleskapene bli enige om kostnadsfordelingen ved etablering og drift av tjenestene. Erfaring så langt viser til en kostnadsforskyvning fra sykehus til kommune³⁹. Manglende tjenestepriksmodeller eller annen finansiell innretning gjør at kommunens innsats i DHO i hovedsak må finansieres innenfor egne rammer⁴⁰

Avsluttende påpeker Riksrevisjonen⁴¹ at det mangler tilstrekkelig styringsinformasjon som dokumenterer effektene av DHO på tvers av nivåer i helsetjenesten. For kommunene utgjør dette en særlig utfordring, da det i liten grad foreligger tilgjengelige styringsdata for forebyggende tjenester, i motsetning til sykehus der redusert forbruk av spesialisthelsetjenester i større grad kan dokumenteres⁴². Mangelen på pålitelige data for forebyggende tjenester gjør det vanskelig å dokumentere økonomiske nytteeffekter ved overgang fra prosjekt til ordinær drift. Det er en forventning fra kommunal styring om at DHO som tjeneste skal gi besparelser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette skaper særskilte utfordringer når beslutninger om videreføring må tas på et usikkert tallgrunnlag for forventede nytteeffekter. Se delbarriere 3 for ytterligere informasjon.

³⁷ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

³⁸ Helsedirektoratet. (2022). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene>

³⁹ InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023*. <https://www.helgelandsykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/>

⁴⁰ Helsedirektoratet. (2021). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene>

⁴¹ Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3).

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf>

⁴² Kompetansebroen. (2025). *Sluttrapport – spredning digital hjemmeoppfølging (MILA 3)*.

https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/03/Sluttrapport_spredning-DHO_MILA3-V.1.pdf

Del barriere 3: Styringsinformasjon om bruk av DHO bidrar til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå.

Riksrevisjonen⁴³ konkluderer med at styringsinformasjon om bruk av DHO bidrar til effektiv ressursbruk er mangelfull på alle nivå. I dette ligger både forskningsbasert data, data som hentes ut på tvers av nivåene og utfordringer til hvordan troverdig data om forebyggende tjenester produseres.

Hva eksisterende forskning indikerer om nytte

Systematiske oversiktsartikler og meta-analyser som undersøker effekter på helsetjenestebruk indikerer at DHO i noen tilfeller kan bidra til lavere andel pasienter som blir innlagt i sykehus og noe kortere liggetid, men effektene er gjennomgående små og evidenssikkerheten vurderes som lav⁴⁴. FHI⁴⁵ konkluderte i sin rapport DHO gir trolig liten eller ingen forskjell i sykehusinnleggelse, liggedøgn på sykehus, besøk på poliklinikk og akuttmottak og bruk av fastlege sammenlignet vanlig praksis etter 12 måneder. DHO reduserer neppe gjennomsnittlig timer brukt på helsetjenester i hjemmet sammenlignet med vanlig praksis etter 12 måneder. Effekten av DHO på bruk av fastlege sammenlignet med oppfølging med papirbaserte dagbok-kort er svært usikker etter 12 måneder. Et annet norsk studie viser til at andelen pasienter som mottok kommunal hjemmetjeneste falt i intervensjonsgruppen, noe som tyder på redusert behov for f.eks. hjemmesykepleie, men samtidig hadde denne gruppen flere konsultasjoner hos fastlege enn kontrollgruppen⁴⁶. DHO-tjenesten finner lite argumentasjon for at tjenesten bidrar til redusert ressursbruk i forskningslitteraturen per nå.

Krevende å hente ut data på tvers av nivåene

For å vurdere effekter på samlet ressursbruk når sykehus og kommuner ved felles tjenesteforløp må data fra ulike register kobles og analyseres. Det mangler

⁴³ Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3).

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf>

⁴⁴ Smedslund, G., Hjortdahl, P. H., Hval, G., & Øien, N. (2025). *Effects of remote patient monitoring on health care utilization in patients with noncommunicable diseases: Systematic review and meta-analysis*. *JMIR mHealth and uHealth*, 13(1), e68464. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12530163/>

⁴⁵ Hestevik, C., Breivik, E., Lind, K. F., & [andre forfattere]. (2022). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten: En systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2022/digital-hjemmeoppfolging-og-ressursbruk-i-primar--og-spesialisthelsetjenest/>

⁴⁶ Sten-Gahmberg, S., Pedersen, K., Harsheim, I. G., Løyland, H. I., & Abelsen, B. (2024). Experiences with telemedicine-based follow-up of chronic conditions: The views of patients and health personnel enrolled in a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 24(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10732-7>

tilrettelegging for at data kan kobles mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, noe som gjør det vanskelig å se samlet effekt av samarbeid om tjenesteforløp⁴⁷. Erfaringene fra de som har prøvd, er at det er tungvint og tidkrevende å få tilgang til data.

Dagens digitale løsninger er i stor grad separate systemer uten innebygget støtte for deling av data mellom aktører som kommune og spesialisthelsetjeneste. Når data ikke flyter automatisk og strukturert, blir det vanskelig å hente ut pålitelige styringsdata på tvers (for eksempel volum, responstider, etterlevelse, kvalitet, ressursbruk og effekter). Dette fordi data ligger spredt i ulike systemer, ofte som fritekst eller dokumenter, og med ulik registreringspraksis. Det er behov for bedre tilgang på registerdata og kunne gjøre analyser for å følge effekter innen flere prosjekt/helsefelleskap⁴⁸. Et godt eksempel på en tilnærming er å bruke nasjonale registre. Analysen fra KPR og NPR-data for Ullensaker/Ahus-prosjektet⁴⁹ har vist til effekt på ressursbruk, men prosessen med utenting av data fra KPR/NPR er krevende⁵⁰.

Krevende å produsere troverdig data om forebyggende tjenester

DHO er etablert som en forebyggende tjeneste med mål om å redusere, utsette eller forebygge behov for øvrige helse- og omsorgstjenester. Ved overgang til drift må DHO-tjenesten kunne vise til dokumenterte nytteeffekter. En sentral utfordring er at DHO i begrenset grad har kunnet påvise redusert ressursbruk. Gevinst- og måleverktøy som benyttes har begrensede prediktive egenskaper, og gir dermed ikke et tilstrekkelig grunnlag for å fange opp effekter av forebyggende tjenester. Nedenfor viser flere tilnærminger til problemstillingen.

Kostnad Per Pasient (KPP)-metode ved bruk av KPR og NPR data

En nyere metodisk tilnærming basert på kobling og analyse av data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR) anvendt i MILA-prosjektet, indikerer imidlertid redusert forbruk av helsetjenester blant pasienter som mottar DHO. Effekten synes særlig tydelig i spesialisthelsetjenesten, men det observeres også reduksjoner i bruk av kommunale akutte tjenester, herunder legevakt. Selv om dette tallgrunnlaget ikke stammer fra fagfelleurdert forskning, og det er noe

⁴⁷ Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3).

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf>

⁴⁸ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

⁴⁹ Kompetansebroen. (2025). *Sluttrapport – spredning digital hjemmeoppfølging (MILA 3)*.

https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/03/Sluttrapport_spredning-DHO_MILA3-V.1.pdf

⁵⁰ Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). *Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten* (ISBN 978-82-8229-637-3).

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf>

usikkerhet rundt tallenes validitet, fremstår funnene som metodisk interessante og viser en positiv utvikling i retning av sterke evidens for DHO⁵¹.

Måle tjenesteforbruk når nullpunktet er null

En metodisk utfordring ved evalueringen av DHO er at mange pasienter som inkluderes, ikke har eksisterende kommunale helsetjenester ved oppstart. Det mangler da et tydelig nullpunkt som sammenligningsgrunnlag for tjenesteforbruk. Kun om lag én av tre pasienter mottok helsetjenester i hjemmet før inklusjon i DHO⁵². Med andre ord hadde rundt to tredeler av pasientene ingen løpende bruk av kommunale tjenester ved oppstart, noe som gjør det vanskelig å måle reduksjon i tjenestebehov – ettersom utgangspunktet for mange er null.

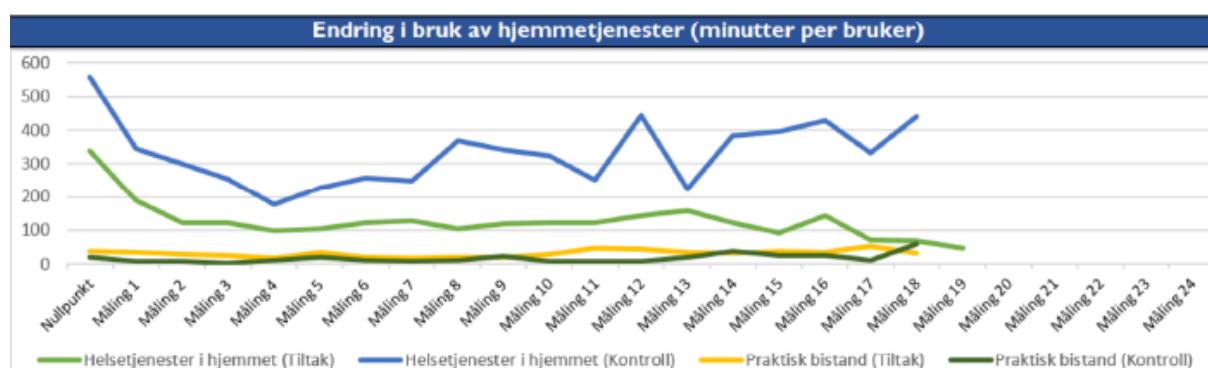
Et illustrativt eksempel fra en DHO-tjeneste beskriver

En pasient som ved inklusjon ikke mottok noen kommunale hjemmetjenester, men som etter ett år med DHO fikk et visst omfang av hjelp fra hjemmetjenesten. På papiret vil tallene da indikere at DHO-oppfølgingen økte ressursbruken i kommunen, heller enn å utsette behovet for tjenester.

For å adressere denne problemstillingen er det gjort flere forsøk på å dokumentere effektene av DHO, men ingen av tilnærmingene har gitt entydige svar:

Randomisert kontrollert studie (RCT)

Den første nasjonale utprøvingen av DHO ble gjennomført som en RCT der halvparten av aktuelle pasienter fikk DHO og resten fikk ordinær oppfølging. Hensikten var å sammenligne grupper over tid. Midtveis traff COVID-19-pandemien, noe som kompliserte gjennomføringen og påvirket tjenestebruk i befolkningen generelt.



Figur 2 Hentet fra Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021. Se fotnote.

⁵¹ Kompetansebroen. (2025). Sluttrapport – spredning digital hjemmeoppfølging (MILA 3).

https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/03/Sluttrapport_spredning-DHO_MILA3-V.1.pdf

⁵² Legeforeningen. (2024, 2. mai). Kronisk syke opplever god effekt av DHO, men usikker effekt på ressursbruk.

<https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt1/kronisk-syke-opplever-god-effekt-av-digital-hjemmeoppfolging-men-usikker-effekt-pa-ressursbruk/>

Evalueringen viste enkelte positive tendenser i noen delprosjekter, men ingen entydig effekt på tvers av hele utvalget⁵³. Etter 12 måneder fant forskerne at DHO-gruppen samlet sett ikke hadde lavere helsetjenesteforbruk eller kostnader enn kontrollgruppen. Det ble riktignok påvist enkelte signifikante endringer – for eksempel en reduksjon i bruken av hjemmesykepleie blant DHO-pasienter som hadde slike tjenester ved oppstart – men målet om redusert samlet ressursbruk ble ikke nådd innenfor studiens tidsramme⁵⁴.

Kostnadsestimat basert på antatt alternativscenarior

I mangel av langtidstall har enkelte prosjekter forsøkt å beregne potensielle besparelser ved DHO gjennom hypotetiske scenarier. MILA-prosjektet i Ullensaker (DHO for pasienter med kols og hjertesvikt) estimerte eksempelvis hvilke kommunale kostnader “alternativet” til DHO ville medført.

Beregningen tok utgangspunkt i at en pasient uten DHO ville mottatt i gjennomsnitt 5,2 timer med hjemmesykepleie per uke, basert på gjennomsnittet for tilsvarende pasienter. Med en estimert total kostnad på 1 314 kr per vedtakstime hjemmesykepleie, tilsvarte dette en årlig utgift på ca. 327 000 kr per pasient uten DHO. Til sammenligning ble de årlige driftskostnadene for DHO (oppfølgingstjeneste, teknologi m.m.) beregnet til i underkant av 18 100 kr per pasient. Differansen – altså den estimerte besparelsen – var om lag 310 000 kr per pasient per år.

| Differanse (besparelse) med DHO | Ant. pasienter | Per år | Per mnd. |
|---|----------------|------------|-----------|
| <i>Per pasient</i> | 1 | 309 926 | 25 827 |
| <i>Totalt (gitt dagens pasientantall i DHO)</i> | 213 | 66 014 238 | 5 501 186 |

Figur 3 Hentet fra Kompetansebroen. (2025). Sluttrapport – spredning digital hjemmeoppfølging (MILA 3). Se fotnote.

Beregningen forutsetter at DHO-pasientene faktisk *ville* hatt et slikt omfattende tjenestebehov uten DHO, noe som ikke kan bekreftes med de tilgjengelige tallene.

Rapporten påpeker at man må utvikle bedre metoder for å måle i hvilken grad DHO faktisk bidrar til unngåtte eller utsatte behov, og presiserer at slike estimater ikke kan brukes som direkte grunnlag for kost–nytte-vurderinger⁵⁵.

Datadreven tilnærming

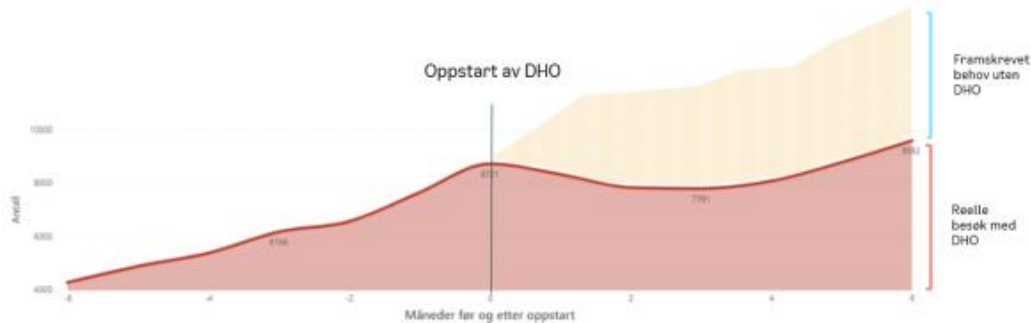
En siste annen tilnærming gjort i Oslo er bruk av programvare som har data om helsetjenester i kommunen for å sammenligne antall besøk av hjemmesykepleien ved

⁵³ Legeforeningen. (2024, 2. mai). *Kronisk syke opplever god effekt av DHO, men usikker effekt på ressursbruk*. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt1/kronisk-syke-opplever-god-effekt-av-digital-hjemmeoppfolging-men-usikker-effekt-pa-ressursbruk/>

⁵⁴ (Helsedirektoratet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021>

⁵⁵ Kompetansebroen. (2025). *Sluttrapport – spredning digital hjemmeoppfølging (MILA 3)*. https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/03/Sluttrapport_spredning-DHO_MILA3-V.1.pdf

oppstartstidspunktet og 6 måneder etter. I Oslo så de en utvikling hvorav besøkskurven først går noe ned, flater ut, og deretter stiger. Gevinstpotensialet blir tydelig først når vi sammenligner denne utviklingen med behovet uten DHO – det vil si hva behovet ville vært dersom DHO ikke hadde blitt tatt i bruk⁵⁶



Figur 4 Hentet fra Helsedirektoratet. (2024). Sluttrapport DHO Oslo. Se fotnote.

Selv om disse tilnærmingene til dels har kunnet underbygge nytten av DHO i enkelte tilfeller, finnes det foreløpig ingen helhetlig dokumentasjon som entydig beviser den forebyggende effekten av DHO. Som Helsedirektoratet oppsummerer i sin siste erfaringsrapport⁵⁷, er det bred enighet om at DHO er bra for pasientene, men det stilles fortsatt spørsmål ved om tjenesten faktisk gir netto gevinster i form av redusert ressursbruk. Det etterlyses bedre tilgang til registerdata og analytiske verktøy som kan følge effektene av DHO over tid og på tvers av flere områder.

⁵⁶ Helsedirektoratet. (2024). Sluttrapport DHO Oslo. <https://www.helsedirektoratet.no/.../Sluttrapport%20DHO%20Oslo.pdf>

⁵⁷ Helsedirektoratet. (2025). Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>

Konsekvens

Hvis dagens situasjon ikke endres, vil DHO-tjenesten i stor grad forbli avhengig av eksterne, tidsavgrensede tilskudd. Tjenestene vil kunne bli stående i et vedvarende spenn mellom prosjekt og drift. Når prosjektperioden avsluttes og ekstern finansiering faller bort, står tjenesten i risiko for å måtte redusere omfang, nedskalere i volum eller i ytterste konsekvens, avvikles.

Risikoen forsterkes av flere forhold:

- Oppgaveglidning fra sykehus til kommuner som ikke er finansielt understøttet
- Utilstrekkelige økonomiske incentiver i finansieringssystemene for alle parter
- Manglende styringsinformasjon og dokumentasjon av ressursbruk og effekt, særlig for forebyggende tjenester, som gjør det krevende å legitimere videreføring og prioritering til ordinær drift.

Selv om konseptet digital hjemmeoppfølging har et betydelig potensial for samfunnsøkonomisk gevinst, står nevnte barrierer i veien for å lykkes med etablering av en bærekraftig DHO tjeneste.

Referanseliste

| |
|--|
| 1. Helsedirektoratet. (2025). <i>Erfaringsrapport – Spredning av DHO 2022–2024</i> . https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024 |
| 2. Helsedirektoratet. (2024). <i>Sluttrapport DHO Oslo</i> . https://www.helsedirektoratet.no/.../Sluttrapport%20DHO%20Oslo.pdf |
| 3. Helsedirektoratet. (2022, 14. november). <i>Nasjonale faglige råd om DHO</i> . https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/digital-hjemmeoppfolging |
| 4. Helsedirektoratet. (2021). <i>Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene</i> . https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene |
| 5. Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). <i>Meld. St. 9 (2023–2024): Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027</i> . https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/ |
| 6. Helsedirektoratet. (2023). <i>Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester (SAMFIN)</i> . https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester |
| 7. InnoMed & Helgelandssykehuset HF. (2023). <i>Notat om finansiering av samhandlingstjenester til InnoMed – styringsgruppemøte 22.05.2023</i> . https://www.helgelandssykehuset.no/arrangementer/helsefelleskap-helgeland/2023-helsefelleskap-helgeland/ |
| 8. NOU 2023:4. (2023). <i>Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste</i> . https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2969862/ |
| 9. Legeforeningen. (2024, 2. mai). <i>Kronisk syke opplever god effekt av DHO, men usikker effekt på ressursbruk</i> . https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmenmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt1/kronisk-syke-opplever-god-effekt-av-digital-hjemmeoppfolging-men-usikker-effekt-pa-ressursbruk/ |
| 10. Helsedirektoratet. (2025). <i>ISF-regelverk 2026: Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2026</i> (PDF). https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf/isf-filer/isf-regelverk-2026.pdf |
| 11. Regjeringen. (u.å.). <i>Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner</i> . https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/id2353961/ |
| 12. Dagens Medisin. (u.å.). <i>Dagens finansieringsmodell motvirker ønsket bruk av teknologi</i> . https://www.dagensmedisin.no/dagens-finansieringsmodell-motvirker-onsket-bruk-av-teknologi-1/644186 |
| 13. Stortinget / Riksrevisjonen. (2025). <i>Dokument 3:3 (2025–2026): Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten</i> (ISBN 978-82-8229-637-3). |

| |
|---|
| <p>https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2025-2026/dok3-202526-003.pdf</p> |
| <p>14. Legeforeningen. (2024, 2. mai). <i>Kronisk syke opplever god effekt av DHO, men usikker effekt på ressursbruk</i>. https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/allmenmedisinsk-forskningsfond/forskningsnytt1/kronisk-syke-opplever-god-effekt-av-digital-hjemmeoppfolging-men-usikker-effekt-pa-ressursbruk/</p> |
| <p>15. Smedslund, G., Hjortdahl, P. H., Hval, G., & Øien, N. (2025). <i>Effects of remote patient monitoring on health care utilization in patients with noncommunicable diseases: Systematic review and meta-analysis</i>. <i>JMIR mHealth and uHealth</i>, 13(1), e68464. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12530163/</p> |
| <p>16. Sten-Gahmberg, S., Pedersen, K., Harsheim, I. G., Løyland, H. I., & Abelsen, B. (2024). Experiences with telemedicine-based follow-up of chronic conditions: The views of patients and health personnel enrolled in a pragmatic randomized controlled trial. <i>BMC Health Services Research</i>, 24(1), 341. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10732-7</p> |
| <p>17. Hestevik, C., Breivik, E., Lind, K. F., & [andre forfattere]. (2022). <i>Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten: En systematisk oversikt</i>. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/publ/2022/digital-hjemmeoppfolging-og-ressursbruk-i-primar--og-spesialisthelsetjenest/</p> |
| <p>18. Kompetansebroen. (2025). <i>Sluttrapport – spredning digital hjemmeoppfølging (MILA 3)</i>. https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2025/03/Sluttrapport_spredning-DHO_MILA3-V.1.pdf</p> |
| <p>19. Helsedirektoratet. (2022). <i>Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene</i>. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene</p> |
| <p>20. Regjeringen. (2024, 30. april). <i>Statleg finansiering av dei regionale helseforetaka</i>. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/statleg-finansiering-av-dei-regionale-helseforetaka/id227797/</p> |
| <p>21. Regjeringen. (2024, 30. april). <i>Statleg finansiering av dei regionale helseforetaka</i>. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/statleg-finansiering-av-dei-regionale-helseforetaka/id227797/</p> |
| <p>22. Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). <i>Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan – Vår felles helsetjeneste</i> (St.meld. nr. 9 (2023–2024)). Regjeringen. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/</p> |
| <p>Helsedirektoratet. (2026). <i>Innsatsstyrt finansiering (ISF)</i>. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-isf</p> |

Helsedirektoratet. (2023). *NPR og KPR som datakilder* (Kapittel 2 i *Nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabiliteringstjenesten – tidligere og pågående arbeid*).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonale-kvalitetsindikatorer-for-rehabiliteringstjenesten--tidligere-og-pagaende-arbeid/npr-og-kpr-som-datakilder>