



Digital utvikling i helse og omsorg

Scenarioer for gjennomføring, samspill og skalering

Teknologien er klar. Er vi det?

Innspill til Helsereformutvalget om teknologiens rolle i
fremtidens helsetjenester

Februar/mars 2026

1. Forord

Denne scenariorapporten er laget som et innspill til Helsereformutvalget, til Helse- og omsorgsdepartementet og til alle som arbeider med, og for, teknologi i norsk helsesektor. Den er skrevet for å bidra til felles retning og bedre gjennomføring i den digitale utviklingen av helse- og omsorgssektoren. Vi mener dette perspektivet også har en viktig næringsdimensjon. Når Norge lykkes med å ta i bruk gode løsninger i stor skala, bygger vi kompetanse, kapasitet og verdiskaping som kommer både tjenestene og samfunnet til gode.

Vi opplever et godt og løsningsorientert samarbeidsklima mellom næringsliv, myndigheter og sentrale premissleverandører i sektoren, inkludert Norsk helsenett. Vi setter stor pris på samarbeidet med Helsedirektoratet i arbeidet med og tilrettelegge og å hente innsikt til rapporten.

Norge er i ferd med å utvikle en tydelig eksportnæring innen digitale helseløsninger. Sensio, Dignio og VitalThings er gode eksempler. Større leverandører som DIPS og Visma retter i økende grad blikket mot nye markeder i Europa, og vi ser betydelige muligheter i samspill med aktører som Tietoenvry.

Til slutt vil vi rette en stor takk til Espen og Ann Kristin i Kvesst, som har gjort en uvurderlig innsats gjennom hele prosessen. Vi anbefaler dem på det varmeste.

Fredrik Syversen (leder helse)
på vegne av TEK Norge

2. Om denne rapporten

TEK Norge er bransjeforeningen for teknologi- og konsulentbedrifter som leverer løsninger til norsk helsesektor. Medlemmene våre spenner fra store, nordiske programvarehus til spesialiserte innovasjonsselskaper. Flere av dem jobber tett på helsetjenesten hver eneste dag. De ser hva som fungerer, hva som ikke fungerer, og de ser hvor gapet mellom muligheter og praksis vokser.

Dette innspillet er resultatet av en bred prosess som TEK Norge har ledet. Gjennom vinteren 2026 har vi gjennomført dybdeintervjuer med sentrale aktører fra leverandørsiden, offentlig forvaltning, forskningsmiljøer og helsetjenesten selv. Vi har gjennomført workshop der representanter fra disse miljøene har jobbet sammen om konkrete problemstillinger, og vi har systematisert innspillene langs fire temaer som vi mener Helsereformutvalget bør vie særlig oppmerksomhet.

Det vi har funnet er ikke overraskende for de som kjenner sektoren. Men det er likevel nødvendig å si det tydelig: Norsk helsesektor har et teknologiproblem som ikke handler om teknologi. Det handler om hvordan vi organiserer oss, hvordan vi finansierer tjenestene, hvordan vi fordeler ansvar og hvordan vi samarbeider på tvers av offentlig og privat sektor. Teknologien er i de fleste tilfeller moden. Det er rammebetingelsene som ikke er det.

Vi håper utvalget vil lytte til stemmene i dette dokumentet. Det er stemmer fra folk som har brukt karrierene sine på å forsøke å gjøre norsk helse bedre med teknologi, og som er sterke i troen om at de utfordringene vi står i kan løses.

Bidragsyttere

Torbjørn Aamodt, Sensio

Thor Steffensen, Peter Hellevang og Oddgeir Hvidsten, Helsedirektoratet

Hanne Valeur, Tieto Enator

Lars Houge, Bouvet

Petter Risøe og Claes Watndal, Diffia

Erling Teig, Apple

Tina Slattedal og Odd Inge Hellesylt, Sopra Steria

Henrik Auråen, Kernel

Leif Inge Jacobsen og Sten Gunnar Knudsen, Visma

Siw Wikan, Aidn

Odd Arild Lehne, Oslo Universitetssykehus

Johnny Advocaat, Sykehjemsetaten i Oslo Kommune

Mona Westrum, IBM Consulting

Kristin Rotevatn Nyberg, Twoday Norway

Anders Tunold-Hanssen, The Nordic Interoperability Project

Ingrid Ledel Solem, Sintef

3. Sammendrag

TEK Norges fem viktigste anbefalinger

1. Nasjonal styringsstruktur for standarder	Etabler en myndighet med reelt mandat til å fastsette og håndheve obligatoriske standarder for datadeling og samhandling.
2. Reformert finansieringsmodellene	Vri insentivene fra aktivitet til helseeffekt, og gjør det mulig å flytte midler mellom nivåer når investeringer gir besparelser andre steder.
3. Gi forebygging eget mandat og budsjett	Etabler godkjenning- og refusjonsordninger for digitale selvhjelpsverktøy, og avklar ansvaret for forebygging på individnivå.
4. Endre bruken av leverandørmarkedet	Gå fra enkeltkonsulenter og rammeavtaler til langsiktige, strategiske partnerskap med resultatbaserte kontrakter.
5. Invester i ledelse og gjennomføringsevne	Etabler lederutviklingsprogram rettet mot digital transformasjon og endringsledelse i helsetjenesten.

Norsk helsesektor står overfor en kombinasjon av utfordringer som ikke kan løses hver for seg. Befolkningen eldes, helsepersonell er en knapp ressurs, forventningene øker, og det politiske systemet beveger seg langsommere enn den teknologiske utviklingen. TEK Norges innspill til Helsereformutvalget bygger på fem konkrete temaer, med tydelige mønstre på tvers som binder dem sammen:

Standarder og dataflyt - data må følge pasienten, men ansvaret er fragmentert og håndhevingen svak. Vi anbefaler en nasjonal styringsstruktur med reelt mandat til å fastsette og håndheve obligatoriske samhandlingsstandarder.

Finansiering - dagens modeller belønner aktivitet, ikke effekt. Vi anbefaler å vri insentivene mot helseeffekt og gjøre det mulig å flytte midler mellom nivåer.

Forebygging - teknologi som fanger opp risiko tidlig finnes, men ingen har ansvar for forebygging på individnivå og ingen betaler for det. Vi anbefaler eget mandat, budsjett og refusjonsordninger for digitale selvhjelpsverktøy.

Leverandørmarkedet - anskaffelsene er tunge og samarbeidet mellom offentlig og privat sektor fungerer ikke. Vi anbefaler langsiktige, strategiske partnerskap med resultatbaserte kontrakter.

Ledelse og gjennomføringsevne - teknologien er sjelden flaskehalsen – det er evnen til å endre arbeidsprosesser og kultur. Vi anbefaler lederutviklingsprogram rettet mot digital transformasjon i helsetjenesten.

4. Områder

4.1 Eierskap og håndheving av felles standarder og dataflyt

Alle vi har snakket med er enige om behovet for bedre samhandling og informasjonsflyt i helsetjenesten. Data må følge pasienten. Klinikere trenger tilgang på riktig informasjon til riktig tid. Og nasjonale løsninger må kunne skaleres uten at hvert sykehus eller hver kommune må finne opp hjulet på nytt. Problemforståelsen er det bred enighet om. Det er løsningen det skorter på.

I dag er ansvaret for standarder og dataflyt fragmentert på en måte som gjør at ingen egentlig eier problemet. Myndighetene anbefaler standarder, men gjør dem sjelden obligatoriske. Resultatet er at de forblir nettopp det: anbefalinger. Uten håndhevingsmekanismer blir det opp til hver enkelt virksomhet å tolke og implementere, og da spriker det fort. Et journalsystem som er konfigurert ulikt på hvert sykehus og i hver kommune gir i praksis ikke den samhandlingen som var intensjonen. 357 kommuner med hver sine instanser av de samme systemene, men med ulike versjoner og konfigurasjoner, er ikke et grunnlag for nasjonal dataflyt.

Flere av dem vi har snakket med peker på at interessestrukturen i seg selv holder problemet på plass. Store leverandører har begrensede incentiver til å åpne opp sine systemer, fordi proprietære integrasjoner låser kundene inn. Samtidig har offentlige aktører som Norsk Helsenett og Sykehuspartner ambisjoner om å bli stadig større leverandører selv, noe som skaper usikkerhet i det private markedet om hvor grensene går mellom å være kunde og konkurrent. En leverandør beskrev det slik: I stedet for godt offentlig-privat samarbeid, opplever vi at vi konkurrerer med dem vi egentlig burde samarbeide med.

Det er ikke slik at Norge mangler dataflyt. Dokumentdeling, pasientens legemiddelliste, prøvesvar og PLO-meldinger fungerer, og sammenlignet med mange andre land er vi et godt stykke fremme. Men de som jobber tett på systemene daglig forteller at gapet mellom hva som er mulig og hva som er praksis, er stort. Informasjon finnes, men den er ikke tilgjengelig på tvers. Fritekst dominerer der strukturerte data hadde gjort gjenbruk mulig. Og hvert prosjekt som støter på manglende standarder ender opp med å løse det lokalt, uten at neste prosjekt vet at løsningen finnes.

Erfaringer fra andre land og sektorer

Norsok-prosessen (olje, Norge): På 90-tallet samlet myndigheter, fagforeninger og leverandører seg om felles sikkerhetsstandarder som transformerte hele oljeindustrien over nesten ti år.

Telekom: Standardisering ble et konkurransevilkår; ingen operatør overlevde uten roaming. Frivillig standardisering ble erstattet av obligatorisk.

Finland (Kanta-portalen): Nasjonal plattform som samler resepter, journaler og labresultater på tvers av nivåer. Har begynt innføring av SNOMED CT på utvalgte områder.

Danmark: Reduserte antall kommuner fra 271 til 98 og flyttet spesialiserte tjenester til regionalt nivå for bedre samordning.

Tyskland (DiGA): Leger kan forskrive godkjente helseapper på "blå resept" for atferdsendring, psykisk helse og rehabilitering.

Det vi hører fra sektoren er at dette problemet er teknisk løsbart. Vi har ikke med et uløselig vitenskapelig problem å gjøre. Men det krever at noen sentralt tar beslutninger og står i dem. Når skal ICD-11 innføres? Hvilke kliniske kodeverk skal gjelde? Hvordan skal EHDS implementeres? Dette er beslutninger som ikke kan overlates til lokalt skjønn. Det sentrale nivået må ha mandat og kapasitet til å sette kurs og håndheve den. Spillereglene for samhandling må defineres tydelig og eies sentralt, og de tøffe diskusjonene om hvordan vi sikrer riktig balanse mellom det regulatoriske og hvordan vi bygger et godt system for fremtidens behov må tas.

Dette betyr at utvalget må anbefale en nasjonal styringsstruktur med reelt mandat til å sette og håndheve standarder. Uten det vil verken datadeling, skalering eller teknologiadopsjon løses nedenfra, her er det også nødvendig med konkrete anbefalinger.

4.2 Utfordringene ligger mer i hvordan man tar i bruk teknologi, enn i selve teknologien

Det mest slående ved samtalene om teknologiadopsjon er hvor lite de handler om teknologi. Gang på gang vender diskusjonen tilbake til organisering, kultur, kompetanse og ledelse. Nye løsninger innføres, men arbeidsprosesser, ansvar og incentiver endres i liten grad. Resultatet er at teknologi legges oppå gammel praksis, og da oppleves den som merarbeid i stedet for avlastning.

Flere peker på en manglende kriseforståelse i tjenesten. Det er en holdning om at alle skal få, en demokratisk tilnærming til teknologivalg som prioriterer bredde fremfor effekt. Et sykehus i Norge har kanskje så mye som 40 ulike kateterløsninger fordi hver lege velger sin foretrukne variant. Og når én lege fører medisiner i MetaVision og en annen i DIPS, ender sykepleieren opp med å gi feil dose. Dette er ikke et teknologiproblem. Det er et ledelsesproblem.

Anskaffelsesprosessene beskrives som en vesentlig barriere. Det er som å kjøpe bil med et utvalg der ni av ti aldri har hatt sertifikat, så en av bidragsyterne. De som skal spesifisere løsningene kjenner ofte ikke virkeligheten de skal løse. Resultatet er detaljerte kravspesifikasjoner som ikke treffer behovet, tunge prosesser som tar år, og kontrakter der leverandørene leverer enkeltkonsulenter på rammeavtaler i stedet for å inngå i strategisk samarbeid over tid. Det gir kapasitet, men ikke strukturkapital. Det gir timer, men ikke innovasjon.

«Det snakkes mye om risikoen ved å innføre noe nytt, men nesten aldri om risikoen ved å la være. Helsetilsynet vurderer forsvarlighet opp mot dagens praksis. Når en ny løsning avviker fra det kjente, møter den motstand, selv om dagens praksis objektivt sett er dårligere. Det mangler et rammeverk for å vurdere alternativkostnaden ved status quo.»

Leverandørmarkedet brukes ikke godt nok. Det er en gjennomgangstone i innspillene. I stedet for å bygge langsiktige partnerskap rundt definerte virksomhetsområder, spres midlene tynt utover mange små kontrakter. En annen tilnærming ville vært å organisere utviklingen i produktteam slik man gjør i andre bransjer: et dedikert team som over tid jobber med hjemmeoppfølging, et annet med kliniske studier, et tredje med polikliniske

tjenester. Med felles prioritering, felles kø og et tydelig målbilde. Det finnes eksempler fra andre sektorer der denne modellen leverer ny funksjonalitet kontinuerlig.

Pandemien viste at det går an å jobbe annerledes. Under covid-19 klarte man å prioritere på tvers av virksomheter med felles mål, løse opp anskaffelseskravene, og få leverandørene med på laget. Men da krisen var over, falt systemet tilbake i gamle spor. Det forteller oss at barrierene ikke er uoverkommelige. De er et resultat av hvordan vi har valgt å organisere oss.

Den enkeltstående faktoren som flest peker på som avgjørende, er lederskap. De kommunene og virksomhetene som lykkes med teknologiadopsjon, har ledere som starter med et bilde av hvordan de vil levere tjenestene sine, og deretter involverer markedet i å realisere det bildet. Ikke med å kjøpe teknologi. De begynner med ambisjoner. Og de sitter ikke og venter på at noen andre skal fikse strukturen først.

Dette betyr at utvalget må anbefale en grunnleggende endring i hvordan offentlig sektor bruker leverandørmarkedet, fra enkeltkjøp til strategiske partnerskap og fra teknologifokus til ledelsesansvar.

4.3 Kostnader og gevinster må henge logisk godt sammen, ikke stå i veien for utvikling

Finansieringsmodellene i norsk helsesektor er innrettet mot å optimalisere dagens aktivitet. Sykehus får betalt når pasienten kommer inn. Fastleger betales per konsultasjon. Kommuner mottar rammetilskudd som ikke skiller mellom forebygging og brannslukking. I et slikt system er det rasjonelt for hver enkelt aktør å gjøre mer av det som allerede gjøres, ikke å investere i å gjøre ting annerledes.

Dette er kanskje den mest gjennomgripende utfordringen i hele materialet, fordi den berører alle de andre temaene. Uten riktige incentiver blir standardisering en kostnad uten gevinst for den som må gjennomføre den. Uten riktige incentiver forblir teknologiadopsjon et prosjekt man gjennomfører med penger man ikke har. Og uten riktige incentiver er forebygging alles ansvar og ingens budsjettpost.

«Digitalt tilsyn har en nedbetalingstid på to år hvis du gjør de organisatoriske endringene som kreves. Da trenger du ikke en tilskuddsordning. Du trenger ledere som tør å ta grep. Ordningen risikerer å gjøre kommunene late i stedet for å skjerpe dem.»

Et gjennomgående problem er at investering og gevinst sitter på ulike nivåer i systemet. Et sykehus som investerer i å flytte blodprøvetaking hjem til pasienten, sparer taxikostnader som belastes et annet budsjett. En kommune som investerer i velferdsteknologi som reduserer innleggelser, sparer penger for spesialisthelsetjenesten. Logikken er klar for alle, men finansieringsstrukturen gjør det rasjonelt å la være.

Helseteknologiordningen ble diskutert inngående. Flere mener den har bidratt til å akselerere teknologiadopsjon, særlig i kommunemarkedet. Men det er bred enighet om at virkemidlene bør kobles tettere til faktisk effekt. Incentivordningene bør følge dokumenterte økonomiske gevinster, ikke bare teknologiadopsjon i seg selv. Når pengene flyter dit

business caset er sterkest, skjer en selvsortering der markedet orienterer seg mot det som faktisk gir verdi.

Gevinstrealisering er et begrep alle bruker, men som få praktiserer systematisk. Det mangler datagrunnlag for å kvantifisere dagens drift. Man vet hva som er digitalisert, men har liten oversikt over all aktiviteten som ikke er det: telefonsamtaler, faksbruk, manuell koordinering, venting. Uten et slikt grunnlag blir gevinstrealisering en teoretisk øvelse.

En underbelyst del av dette er hva forvaltningen faktisk etterspør når den går til markedet. I dag domineres kravspesifikasjoner av kvalitet, brukervennlighet og funksjonell bredde. Det er forståelige kriterier, men de er innrettet mot å gjøre dagens praksis litt bedre og ikke mot å løse det grunnleggende problemet. Hvis det var detaljhandelen som anskaffet journalsystemer, ville brukervennlighet vært et middel, automatisering ville vært et middel, men effektivitet og bærekraft i driftsmodellen ville vært det overordnede målet. Helsesektoren har noe å lære av den tankegangen.

Skaleringseffekt bør være det overordnede beslutningskriteriet. En løsning som er litt tungvint å bruke, men som gjør at én sykepleier kan følge opp tre ganger så mange pasienter, er mer verdifull enn en løsning som er elegant og brukervennlig, men som krever like mange hender som før. Det betyr ikke at kvalitet og brukervennlighet er irrelevant, men det betyr at de er midler, ikke mål.

«Vi må bli mye tydeligere på at gevinstrealisering handler om et en-til-en-forhold mellom teknologi og timer innenfor en yrkesgruppe. Ikke om at man kan åpne en dør to sekunder raskere og gange det med fire hundre interaksjoner i løpet av et år.»

I Norge har det lenge vært berøringsangst rundt å si at teknologi skal erstatte mennesker. Men personellet finnes ikke. Det er folk vi ikke har, og antallet helsepersonell kan ikke øke i takt med behovet. Forvaltningen må lære seg å stille et annet spørsmål først: *Hva gir oss kapasitet vi ellers ikke ville hatt?* De prosjektene og løsningene som får midler og støtte bør være de som kan dokumentere vesentlig reduksjon i bemanningstimer. Det krever en mye tydeligere føring fra myndighetene enn det vi ser i dag.

Dette betyr at finansieringsmodellene må reformeres slik at den som investerer også høster gevinsten. Ellers vil teknologiadopsjon forbli et prosjekt man gjennomfører med penger man ikke har.

4.4 Teknologi som forebygger behov for fremtidig behandling

Helsevesenet er rigget for behandling, ikke forebygging. Det er en setning som går igjen i nesten hvert eneste intervju og i alle gruppediskusjonene. Paradokset er at alle er enige om at forebygging er avgjørende for bærekraften i fremtidens helsetjenester, men ingen har egentlig ansvar for det. Det finnes klare instruksjoner for hvem som skal drive behandling. Det finnes ingen tilsvarende instruksjoner for hvem som skal sørge for at innbyggerne ikke ender opp i et behandlingsforløp i utgangspunktet.

Det er behov for løsninger som demper det fremtidige behovet og som sikrer at flere pasienter får løst sine behov lengre ned i helsetrappen. Helsetrappen er et nyttig bilde: på

det nederste trinnet klarer folk seg selv. Oppover kommer hjemmetjenester, fastlege, poliklinikk, innleggelse, intensivbehandling. For hver pasient som flyttes ett trinn ned, frigjøres ressurser. For hver pasient som fanges opp før behovet eskalerer, unngås kostnader som aldri havner i noe regnskap.

Teknologien for å gjøre dette finnes allerede i betydelig grad. Velferdsteknologi med sensorering, avstandsoppfølging og medisinske målinger er modne produkter. Konsument-teknologi som smartklokker kan i dag oppdage hjerteflimmer hos folk som ikke visste de hadde det, og dermed forebygge slag. Selvhjelpsverktøy for psykisk helse og rus eksisterer i kvalitetssikrede versjoner og brukes i andre europeiske land med refusjonsordninger. I Tyskland kan leger forskrive godkjente apper på såkalt blå resept for atferdsendring, psykisk helse og rehabilitering.

I Norge er vi ikke der. Vi mangler godkjenningssystemene. Finansieringsmodellene som gjør at leger har incentiv til å forskrive digitale løsninger mangler. Og vi mangler tilliten i profesjonene til at pasienter kan ta større ansvar for egen helse. Flere vi har snakket med peker på at helseprofesjonene historisk sett er lært opp til en rollefordeling der legen vet best og pasienten gjør som legen sier. Når pasienten kommer med en analyse fra en helseapp eller en AI-tjeneste, oppleves det ofte som en trussel mot faglig autoritet, ikke som en ressurs.

«Bak eldrebølgen kommer en bølge av de som er unge med psykiske plager i dag. Hele det mentale feltet må tas tak i, hvis ikke kommer vi til å drukne i det.»

Psykisk helse ble løftet frem som et særlig kritisk område. Helsedirektoratet har fått et omfattende oppdrag rundt selvhjelpsverktøy for psykisk helse og rus, og det finnes allerede en verktøykatalog på Helsenorge. Men disse verktøyene er ikke satt i system. De mangler kvalitetsnormer som kan danne grunnlag for refusjonsordninger, og de er ikke integrert i det kliniske forløpet.

Spørsmålet om hvor langt det offentlige helsevesenets ansvar for forebygging på individnivå egentlig strekker seg, ble reist flere ganger. Systematisk, datadrevet forebygging krever tilgang til store mengder persondata. Det reiser spørsmål om overvåkning, samtykke og personvern som ikke har enkle svar. Noen foreslo samtykkebaserte modeller der innbyggeren selv styrer hvordan staten bruker data om dem. Private forsikringsselskaper gjør nettopp dette: De kontakter kundene med incentiver for atferdsendring, fordi det er lønnsomt. Spørsmålet er om det offentlige kan finne en modell som gir tilsvarende dynamikk uten å undergrave universelle verdier.

Det som er tydelig fra materialet, er at vi ikke kan fortsette å finansiere og organisere helsetjenesten rundt behandling og samtidig forvente at forebygging skal skje av seg selv. Det krever en bevisst dreining i oppdrag, i finansiering og i ansvarsfordeling. Og det krever at vi tør å ta i bruk teknologi som allerede finnes, selv om den utfordrer etablerte roller og arbeidsformer.

Dette betyr at forebygging må få et eksplisitt mandat med egen finansiering. Uten det forblir forebygging en ambisjon uten budsjettpost, og presset på behandlingsleddet vil bare øke.

5. TEK Norges anbefalinger til Helsereformutvalget

Gjennom intervjuer og workshops har vi sett tydelige mønstre. De samme utfordringene dukker opp på tvers av temaer, perspektiver og roller. Det gir grunn til å tro at det finnes noen grep som, om de tas, kan løse opp floken på flere steder samtidig. Nedenfor formulerer vi TEK Norges anbefalinger til utvalget. De er ikke ment som uttømmende eller dype nok til å gi fullstendige løsninger, men som en beskrivelse av de grepene vi mener vil ha størst effekt.

Etabler en nasjonal styringsstruktur for standarder og dataflyt med reelt mandat

Frivillig standardisering fungerer ikke i et fragmentert system med motstridende interesser. Utvalget bør anbefale en struktur som har myndighet til å fastsette og håndheve standarder for datadeling og samhandling. Dette innebærer å gjøre sentrale standarder obligatoriske, ikke anbefalte. Det innebærer å ta sentraliserte beslutninger om kodeverk, grensesnitt og arkitekturprinsipper, og å stå i de beslutningene over tid. Erfaringene fra Norsok-prosessen i oljeindustrien og fra telekombransjens standardisering viser at dette er mulig, men det krever politisk vilje til å begrense lokal autonomi der den står i veien for nasjonal samhandling.

Endre måten offentlig sektor bruker leverandørmarkedet på

Dagens modell med mange små kontrakter, enkeltkonsulenter på rammeavtaler og detaljstyrte kravspesifikasjoner utnytter ikke potensialet i privat sektor. Utvalget bør anbefale en dreining mot langsiktige, strategiske partnerskap organisert rundt definerte virksomhetsområder. Det betyr produktteam som jobber med ett område over tid, felles prioritering mellom bestiller og leverandør, og kontraktsformer som belønner resultat fremfor timer. Det betyr også en avklaring av roller: Hvor skal offentlige aktører som Norsk Helsenett og Sykehuspartner være leverandør, og hvor skal de være infrastruktur? Uklarheten i dag hemmer både private investeringer og offentlig-privat samarbeid.

Reform av finansieringsmodellene slik at de belønner effekt, ikke aktivitet

Så lenge sykehus får betalt for å behandle og ikke for å forebygge, så lenge gevinsten av en investering havner på et annet budsjett enn kostnaden, og så lenge det ikke stilles krav til dokumentert gevinstrealisering ved bruk av offentlige virkemidler, vil systemet fortsette å motarbeide seg selv. Utvalget bør anbefale en gjennomgang av finansieringsmodellene med sikte på å premiere helseeffekt og ressurseffektivitet. Helseteknologiordningen og tilsvarende virkemidler bør knyttes tettere til dokumenterte business cases med reell gevinstrealisering. Det bør utvikles modeller som gjør det mulig å flytte midler mellom nivåer og budsjetter når en investering ett sted gir besparelser et annet sted.

Gi forebygging et tydelig mandat, eierskap og finansiering

Forebygging kan ikke være alles ansvar og ingens budsjett. Utvalget bør anbefale at forebyggende helsearbeid med teknologistøtte får et eksplisitt oppdrag med tilhørende

finansiering. Det innebærer å etablere godkjenningssystemer og refusjonsordninger for digitale selvhjelpsverktøy etter modell fra Nederland og Tyskland. Det innebærer å avklare hvem som har ansvar for forebygging på individnivå, og å gi dem verktøyene til å gjøre jobben. Og det innebærer å ta en ærlig diskusjon om personvern og datatilgang: Hvis vi mener alvor med datadrevet forebygging, må vi avklare på hvilke vilkår helsedata kan brukes til å fange opp risiko før sykdom oppstår.

Den beste investeringen vi kan gjøre er å redusere behovene for fremtidige behandlinger der det er mulig.

Investert i ledelse og gjennomføringsevne

Det er en gjennomgående observasjon i materialet at lederskap er den mest undervurderte faktoren i teknologiadopsjon. De virksomhetene som lykkes, har ledere som begynner med ambisjoner for tjenesten, ikke med teknologiinnkjøp. Utvalget bør anbefale at det etableres et lederutviklingsprogram for offentlig helsesektor rettet mot digital transformasjon, endringsledelse og offentlig-privat samarbeid. Det bør også stilles tydeligere forventninger til ledere om å ta i bruk datadrevne tilnærminger til drift og organisering, og om å stå i ubehaget som følger av reell endring. Det holder ikke å vente på at noen andre skal fikse strukturen. De som leder helsetjenesten i dag, må begynne med det de selv kan kontrollere.

Innse at det som tok oss hit ikke tar oss dit vi skal

Det norske helsevesenet er bygget på en forutsetning om at det alltid vil finnes nok mennesker til å bemanne tjenestene. Den forutsetningen holder ikke lenger. Vi utdanner ikke nok helsepersonell, vi rekrutterer ikke nok fra utlandet og den demografiske utviklingen gjør at stadig færre yrkesaktive skal bære ansvaret for stadig flere pleietrengende. Mer penger løser ikke et problem som i bunn og grunn handler om at det ikke finnes nok varme hender.

Dette er ikke en norsk særegenhet. Over hele Europa står land overfor den samme erkjennelsen, og flere har begynt å trekke konsekvensene av den. I mange europeiske land er det en selvfølge at familier tar et større ansvar for sine egne når helsen svikter. Ikke fordi det offentlige har trukket seg tilbake, men fordi det offentlige alene aldri vil kunne dekke hele behovet. Pårørende, naboer og lokalsamfunn er en del av løsningen, og teknologi kan gjøre den rollen både tryggere og mer overkommelig.

Vi trenger en ærlig samtale om dette i Norge. Forventningen om at det offentlige helsevesenet skal løse alt for alle, hele tiden, er ikke forenlig med virkeligheten vi går inn i. Det betyr ikke at vi gir opp velferdsstaten: det betyr at vi innretter den for den fremtiden vi står overfor. Utvalget bør anbefale at det utvikles modeller der innbyggere og pårørende støttes med teknologi, kompetanse og avlastning til å ta en større del av omsorgsansvaret. Det forutsetter at informasjon og verktøy er tilgjengelige, at terskelen for å få hjelp er lav, og at man ikke står alene når man stiller opp for sine egne.

Det er ikke bærekraftig å bygge opp et helsevesen vi ikke har råd til eller folk nok til å bemanne.

Vi har en helsetjeneste som er bygget for en annen tid. Å reformere den krever mer enn nye organisasjonskart. Det krever vilje til å endre spillereglene: for hvordan vi deler data, hvordan vi samarbeider med markedet, hvordan vi finansierer tjenestene, og hva vi forventer av ledere i helsesektoren.

Teknologien er klar. Spørsmålet er om vi er det.

TEK Norge, mars 2026