

Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten

Dokument 3:3 (2025-2026)

Til Stortinget

*Riksrevisjonen legg med dette fram Dokument 3:3 (2025–2026)
Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte
spesialisthelsetenester nær pasienten*

Dokumentet er delt inn slik:

Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar

Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag

Del 3: Revisjonskriterium og metodisk tilnærming

- Vedlegg 1: Brev frå Riksrevisjonen til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet
- Vedlegg 2: Svarbrev frå statsråden

Riksrevisjonen, 13. oktober 2025

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Revisjonen er gjennomført som ein forvaltningsrevisjon i samsvar med

- lov om Riksrevisjonen § 5-1
- INTOSAI-standarden for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)
- dei faglege retningslinjene for forvaltningsrevisjon frå Riksrevisjonen



Om undersøkinga

Kort oppsummert

Bakgrunn

Stortinget har over fleire år forventa at ein ved å ta i bruk ny teknologi og ulike former for digital heimeoppfølging i helsetenestene skal kunne halde oppe eit tenestetilbod av god kvalitet og bremse auken i behovet for personell i primær- og spesialisthelsetenesta.

Ved hjelp av skjemabasert oppfølging, nettbaserte behandlingstilbod og digitale konsultasjonar skal pasientane i større grad kunne møte spesialisthelsetenesta i heimen og ressursane i helsetenesta nyttast meir effektivt.

Bruk av digitale løysingar og betre digital samhandling gir også nye moglegheiter for å følgje opp pasientar med behov for oppfølging frå fleire nivå.

Formål

Målet med revisjonen er å vurdere arbeidet til spesialisthelsetenesta med å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi. Det er også eit mål å vurdere om styring og verkemiddel er innretta for at flytting av tenester nær pasienten bidreg til berekraftige helsetenester og auka samarbeid med kommunar om dette.

Konklusjonar

- Det er mogleg å auke bruken av ulike typar digital heimeoppfølging i spesialisthelsetenesta og samarbeide meir med kommunar om dette.
- Føretaka og Helse- og omsorgsdepartementet kan leggje betre til rette for arbeidet med å flytte

spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.

- Føretaka og departementet har lagt lite vekt på samarbeid med kommunehelsetenesta i styringa av arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.
- Styringsinformasjonen om bruk av digitale helsetenester bidreg til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå.

Overordna vurdering

Ikkje tilfredsstillande

Det er ikkje tilfredsstillande at

- mange helseføretak har komme kort i å ta i bruk ulike former for digital heimeoppfølging av pasientane sine
- helseføretaka i liten grad har teke i bruk moglegheiter teknologien gir for å samarbeide med kommunar om tenester nærmare pasientane
- det manglar styringsinformasjon om bruk av digitale helsetenester bidreg til effektiv ressursbruk

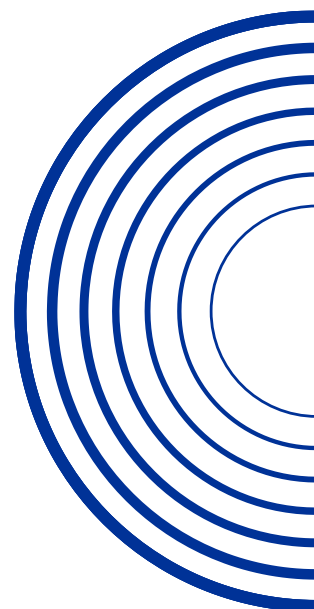
Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet

- sørgjer for å auke kunnskapen om effektar av digital heimeoppfølging og om måla med å flytte spesialisthelsetenester heim blir nådde, slik at helsetenesta innfører tenesteformer som har ein ønskt effekt på ressursbruk og behandlingsskapasitet

- følger opp at statlege verkemiddel støtter godt nok opp under samarbeid mellom helseføretak og kommunar om å flytte tenester nær pasienten. Det inkluderer også å leggje til rette for enklare tilgang til styringsdata som gir høve til å sjå samla effektar når helseføretak og kommunar samarbeider om tenester
- følger opp om innretninga av finansieringa i tilstrekkeleg grad stimulerer til å ta i bruk digital heimeoppfølging
- vurderer om det er heildigitale tilbod som kan vere eigna til å samle og tilby nasjonalt

Riksrevisjonen tilrår at Helse- og omsorgsdepartementet sørgjer for at dei regionale helseføretaka

- set i verk tiltak for at alle helseføretaka tek i bruk moglegheitene for å flytte tenester nærmare pasientar ved hjelp av teknologi der dette har ønskt effekt, og særleg følgjer opp helseføretak som i liten grad tilbyr slike tenester
- legg til rette for at helseføretaka kan samarbeide med kommunale helsetenester om å tilby spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi



Innhald

Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar	11
1 Bakgrunn.....	12
2 Mål og problemstillingar	15
3 Overordna vurdering: Ikkje tilfredsstillande	16
4 Konklusjonar	16
5 Utdjuping av konklusjonar	17
5.1 Det er mogleg å auke bruken av ulike typar digital heimeoppfølging i spesialisthelsetenesta og samarbeide meir med kommunar om dette	17
5.2 Føretaka og Helse- og omsorgsdepartementet kan leggje betre til rette for arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.....	23
5.3 Føretaka og Helse- og omsorgsdepartementet har lagt lite vekt på samarbeid med kommunehelsetenesta i styringa av arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.....	27
5.4 Styringsinformasjonen om bruk av digitale helsetenester bidreg til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå	31
6 Tilrådingar.....	33
7 Svar frå statsråden.....	33
8 Fråsegn frå Riksrevisjonen om svar frå statsråden	34
Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag.....	35
9 Innleiing til del 2.....	36
9.1 Avgrensingar	36
9.2 Sentrale aktørar.....	36
10 Kor langt har spesialisthelsetenesta komme i arbeidet med å flytte tenester nær pasienten ved hjelp av teknologi?	37
10.1 Flytting av spesialisthelsetenester heim i perioden 2021–2024	38
10.2 Vanlegare med digital heimeoppfølging for pasientar i kommunar med lengre reiseavstand	54
10.3 Pasientforeiningane er positive til digital heimeoppfølging for pasientar det er eigna for	55
11 Samhandling mellom helseføretaka og kommunehelsetenesta om tenester nær pasienten.....	57
11.1 Omfang av samarbeid mellom helseføretak og kommunar om spesialisthelsetenester nær pasienten	57

11.2 Barrierar for auka samhandling om spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi	61
12 Kva kjenneteiknar styring i helseføretak som har komme langt i arbeidet med å tilby helsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi?	64
12.1 Leiing som set retning for utviklinga	66
12.2 Støttetenester som kan rettleie og avlaste	68
12.3 Prioritering av ressursar til arbeidet med å utvikle og implementere nye tenesteforløp støtta av teknologi	69
12.4 Tilrettelegging for samhandling om å flytte tenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi	71
13 Styringa og verkemidla til helseføretaka	75
13.1 Helseføretaka sine mål og indikatorar for måloppnåing	76
13.2 Kunnskapen til helseføretaka om effektar av digital heimeoppfølging	78
13.3 Helseføretaka sine ressursar til å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten... ..	83
13.4 Helseføretaka si tilrettelegging for samhandling for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.....	84
13.5 Styringa til dei tre private, ideelle sjukehusa på området skil seg ikkje ut frå helseføretaka.....	88
14 Styringa og verkemiddelbruken til dei regionale helseføretaka.....	89
14.1 Mål og oppdrag	90
14.2 Styringsinformasjonen til dei regionale helseføretaka.....	91
14.3 Samordning og spreiding av digital heimeoppfølging i regionen	95
14.4 Anskaffingar av digitale løysingar for å følgje opp spesialisthelsetenester nær pasienten.....	98
14.5 Dei regionale helseføretaka si finansiering av helseføretaka sitt arbeid med digital heimeoppfølging	98
14.6 Dei regionale helseføretaka si tilrettelegging for samhandling om å flytte tenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.....	100
15 Statleg styring og verkemiddelbruk	104
15.1 Mål om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten	105
15.2 Dei regionale helseføretaka sine mål og oppdrag.....	106
15.3 Helsedirektoratet sine mål og oppdrag.....	108
15.4 Styringsinformasjonen til Helse- og omsorgsdepartementet	109
15.5 Finansiering av arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten.....	113
15.6 Samle heildigitale tilbod nasjonalt	116
15.7 Styring og verkemiddel for å fremje samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunar om å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi	118

Del 3: Revisjonskriterium og metodisk tilnærming	126
16 Revisjonskriterium.....	127
16.1 Målbilete om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi	127
16.2 Mål om god ressursutnytting og ei berekraftig helse- og omsorgsteneste	128
16.3 Krav om gode og likeverdige helsetenester	129
16.4 Mål og krav til samhandling og heilskapleg oppfølging av pasientar	130
16.5 Aktørane sitt ansvar og overordna krav til styring	131
17 Metodisk tilnærming og gjennomføring.....	134
17.1 Status for arbeidet til spesialisthelsetenesta med å flytte tenester nær pasienten ved hjelp av teknologi.....	134
17.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta når spesialisthelsetenester blir flytta heim	137
17.3 Styring og verkemiddel for å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi	138
Vedlegg	141
Vedlegg 1: Riksrevisjonen sitt brev til statsråden.....	142
Vedlegg 2: Svarbrev frå statsråden.....	143
Vedlegg 3: Dokumentasjon på nytte og pasienttilfredsheit i pasientforløp omtalt i del 11.1	144
Vedlegg 4: Helseføretaka si kartlegging av effektar på ressursbruk	149
Vedlegg 5: Døme på forskingsprosjekt som vurderer effektar på ressursbruk.....	151
Vedlegg 6: Referanseliste	155

Tabelloversikt

Tabell 1 Bruk av ulike former for digital heimeoppfølging i 2024 etter reisetid frå bustadkommunen til pasienten til nærmaste sjukehus.	54
Tabell 2 Oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka i perioden 2020-2025	107

Figuroversikt

Figur 1 Spesialisthelsetenester som blir tilbodne nær pasienten ved hjelp av teknologi...	14
Figur 2 Prosent pasientar registrerte med oppfølging basert på data frå pasientrapporterte skjema. Talet på pasientar står i parentes. 2024. Somatikk	19
Figur 3 Prosent telefon-/videokonsultasjonar i somatikk og PHV/TSB i 2021 og 2024, fordelt på regionane.....	38
Figur 4 Prosent som får ulike typar digital heimeoppfølging i 2021 og 2024, fordelt på regionane.....	39

Figur 5 Prosent konsultasjonar som er registrerte gjennomførte over video/telefon innan psykisk helsevern / tverrfagleg spesialisert rusbehandling (PHV/TSB) og somatikk. 2024.....	41
Figur 6 Prosent pasientar registrerte med oppfølging basert på data frå pasientrapporterte skjema. Talet på pasientar står i parentes. 2024. Somatikk	44
Figur 7 Prosent pasientar registrerte med oppfølging basert på data frå pasientrapporterte skjema i psykisk helsevern / tverrfagleg psykisk behandling. Talet på pasientar står i parentes. 2024.	45
Figur 8 Prosent pasientar registrerte med digital heimeoppfølging via data frå sensorar eller medisinsk-teknisk utstyr. Talet på pasientar står i parentes. 2024. Somatikk ..	48
Figur 9 Prosent pasientar registrerte med nettbasert behandlingsprogram i psykisk helse / tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Talet på pasientar står i parentes. 2024	51
Figur 10 Prosent dialysepasientar registrerte med heimedialyse. 3. tertial 2024. Talet på pasientar står i parentes.	53
Figur 11 Digital heimeoppfølging i Helse Vest RHF	92

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Kva er bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten? .	13
Faktaboks 2 Døme på bruk av skjemabasert oppfølging av kreftpasientar ved Nordlandssjukehuset.....	17
Faktaboks 3 Døme på bruk av telefonkonsultasjonar ved nevrokirurgisk avdeling ved Haukeland.....	18
Faktaboks 4 Mage-tarmskulen – digital behandling for IBS.....	21
Faktaboks 5 Døme på samarbeid med kommunar om spesialisthelsetenester nær pasienten der teknologi er nytta	22
Faktaboks 6 Automatisk overføring av data for pasientar som får CPAP-behandling.....	46
Faktaboks 7 MILA – Mitt liv, mitt ansvar	59
Faktaboks 8 Undersøkte forløp i djupneundersøkinga.....	65
Faktaboks 9 Manglande endringsleiing hemjar innføring av IKT-løysingar.....	68
Faktaboks 10 Døme på tenester som er flytta nær pasienten ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg, der bruk av teknologi mogleggjer samarbeid med kommunar om tenesta.....	72
Faktaboks 11 Mini-metodevurderingar.....	80
Faktaboks 12 Vurderingar av effektar i forløp ved Akershus universitetssjukehus og i kommunar.....	85
Faktaboks 13 Nasjonale faglege råd om digital heimeoppfølging	86
Faktaboks 14 Indikatorar i resultatbasert finansiering	110
Faktaboks 15 Nasjonal utprøving og spreining av digital heimeoppfølging	122
Faktaboks 16 Digitale behandlingsplanar og eigenbehandlingsplanar.....	124

Riksrevisjonen nyttar desse omgrepa for kritikk, rangert etter kor alvorlege dei er:

Ikkje tilfredsstillande



Når vi finn svakheiter, feil og manglar som i mindre grad får direkte konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.

Kritikkverdig



Når vi finn betydelege svakheiter, feil og manglar som ofte vil kunne få moderate til store konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.

Sterkt kritikkverdig



Når vi finn alvorlege svakheiter, feil og manglar. Ofte vil desse kunne få svært store konsekvensar for enkeltmenneske eller samfunnet.

Del 1: Riksrevisjonen sine vurderingar

1 Bakgrunn

Stortinget har over fleire år forventa at ein ved å ta i bruk ny teknologi og ulike former for digital heimeoppfølging i helsetenestene skal kunne halde oppe eit tenestetilbod av god kvalitet og bremse auken i behovet for personell i primær- og spesialisthelsetenesta.¹

Det overordna målet for Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* var å realisere helsetenesta for pasienten på ein berekraftig måte. Gjennom behandlinga av denne meldinga slutta Stortinget seg til at pasientane i større grad skal kunne møte spesialisthelsetenesta i heimen ved hjelp av digital heimeoppfølging, nettbaserte behandlingstilbod og digitale konsultasjonar. Bruk av teknologi og medisinsk utstyr skal redusere reisebelastninga for sårbare pasientar og spare pasientar og helsepersonell for unødvendige reiser.²

Forventningane om utnytting av teknologiske framsteg for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasientane er vidareførte i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027.³

Det er risiko for at arbeidet går sakte med å ta i bruk ulike teknologiske løysingar og implementere nye tenestemodellar i helseføretaka, inkludert ulike løysingar for digital heimeoppfølging.⁴

Digitale løysingar og betre digital samhandling skal bidra til at innbyggjarar får gode, samanhengande og tilgjengelege tenester.⁵ Det har over fleire år vore ei forståing hos sentrale styresmakter at for å lykkast med digital heimeoppfølging av pasientar med behov for oppfølging frå fleire nivå, må ein lykkast med samhandling mellom tenestenivåa.⁶ For dårleg samheng mellom tenestene er likevel ein godt dokumentert risiko.⁷

Behovet for helse- og omsorgstenester kjem til å auke mykje i åra som kjem, medan tilgangen i samfunnet på ressursar og helsepersonell vil bli redusert samanlikna med i dag.⁸ Revidert framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetenester, som blir nytta som støtteverktøy til mellom anna planlegging av nye sjukehusbygg, byggjer på ein føresetnad om at skjemabasert digital heimeoppfølging og brukarstyring av poliklinikk vil

¹ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, Meld. St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021*, jamfør Innst. 388 S (2020–2021); Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, jamfør Innst. 387 S (2023–2024). Tidlegare meldingar som Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, jamfør Innst. 40 S (2015–2016) og Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, jamfør Innst. 477 S (2012–2013) omtaler bruk av teknologi i dei kommunale helsetenestene for å møte berekraftsutfordringar.

² Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, jamfør Innst. 255 S (2019–2020).

³ Meldinga uttrykkjer mellom anna mål om at fleire pasientar skal følgjast opp med digital heimeoppfølging og annan teknologi som del av pasientforløpet.

⁴ Bruken av telefon- og videokonsultasjonar auka kraftig då sjukehus vart stengde ned under koronapandemien i 2020, men har sidan gått noko ned. Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*, s. 40.

⁵ Prop. 1 S (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet.

⁶ Mellom anna Direktoratet for e-helse. (2022). *Årsrapport 2022 for Direktoratet for e-helse*, s. 23; Helsedirektoratet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021*, kap 7.

⁷ Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, del 2.2.2.

⁸ NOU 2023: 4. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* og Meld. St. 14 (2020–2021) *Perspektivmeldingen 2021*.

reducere behovet for vanlege polikliniske kontaktar med 5 prosent innan 2040.⁹ Det er difor avgjerande at helsetenestene lykkast med å ta i bruk moglegheitene teknologien gir, for å utnytte dei samla ressursane best mogleg, også på tvers av tenestenivå.¹⁰ Dette føreset god kunnskap om korleis tiltak verkar, og at dei får tiltenkt effekt.¹¹ Det er risiko for at kunnskapen om effekten og gevinstane av digitale helsetenester ikkje er god nok.¹²

Faktaboks 1 Kva er bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten?

Å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi inneber at tenester som tidlegare kravde oppmøte hos helsepersonell, eller som kravde at helsepersonell møttest fysisk, blir ytte til pasientane mellom anna ved hjelp av videokonsultasjonar, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi, nettbaserte behandlingsprogram eller at medisinsk-teknisk utstyr blir flytta slik at behandlinga kan skje i heimen eller nærmare bustaden til pasienten.

Bruk av teknologi gir også høve til å tilby spesialisthelsetenester nærmare pasientane i samarbeid med kommunale helsetenester, jamfør figur 1.

Kjelde: Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, jamfør Innst. 255 S (2019–2020)

Det finst også andre omgrep som blir brukte om omtrent det same, mellom anna digital heimeoppfølging og digitale helsetenester.¹³ Vi bruker omgrepa «digital heimeoppfølging» og «spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi» om kvarandre i dei følgjande kapitla, då det er stor grad av overlapp mellom omgrepa.

⁹ Helse Sør-Øst RHF. (2023). *Revidert framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester* (Sak 157-2023, s. 5). Styrebehandla 21. desember 2023.

¹⁰ Både kommune- og spesialisthelsetenestene skal ytast på ein måte som bidreg til at ressursane samla sett blir utnytta best mogleg, jamfør helse- og omsorgstenestelova § 1-1 og spesialisthelsetenestelova § 1-1. Ved behandlinga av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 viste komiteen til at «en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste forutsetter at vi benytter de mulighetene teknologien gir, at vi bruker kompetansen hos de ansatte riktig, og at vi løser oppgavene så effektivt som mulig».

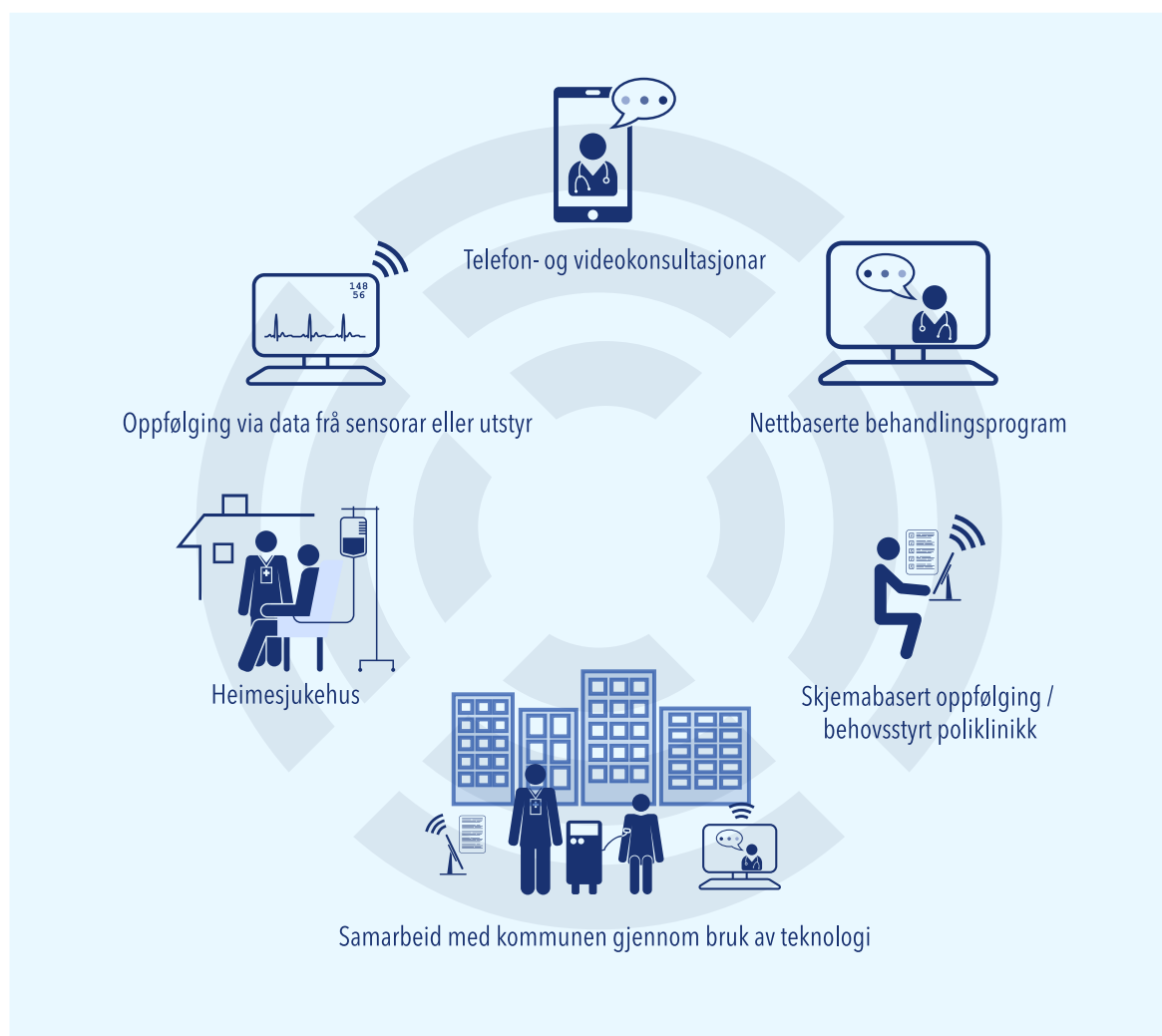
¹¹ Meld. St. 14 (2020–2021), jamfør Innst. 388 S (2020–2021).

¹² Folkehelseinstituttet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten*.

Folkehelseinstituttet. (2023). Høringsinnspel fra FHI til NOU 2023: 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

¹³ Sjå Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten* for definisjon og innhold i omgrepet digital heimeoppfølging. Helse Vest RHF nyttar omgrepet «digitale helsetenester». Helse Vest RHF. (2023). *Strategi og handlingsplan for digitale helsetjenester 2023–2026*.

Figur 1 Spesialisthelsetenester som blir tilbudne nær pasienten ved hjelp av teknologi



Kjelde: Utarbeidd av Riksrevisjonen

2 Mål og problemstillingar

Målet med revisjonen er å vurdere arbeidet til spesialisthelsetenesta med å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi. Det er også eit mål å vurdere om styring og verkemiddel er innretta for at flytting av tenester nær pasienten bidreg til berekraftige helsetenester og auka samarbeid med kommunar om dette.

Problemstillingar

1. Kor langt har spesialisthelsetenesta komme i arbeidet med å flytte tenestene nær pasienten ved hjelp av teknologi?
2. I kva grad samarbeider spesialisthelsetenesta med kommunehelsetenesta når spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi?
3. Er styringa og verkemiddelbruken til helseføretaka og dei regionale helseføretaka innretta for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi i tråd med mål om auka samhandling og berekraft?
4. Er statleg styring og verkemiddel innretta for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi i tråd med overordna nasjonale mål om auka samhandling og berekraft?

Revisjonskriteria for undersøkinga er nærmare omtalte i del III. Dei viktigaste vedtaka og føresetnadene undersøkinga har teke utgangspunkt i, er

- komitéinnstillinga til Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)*, jf. Innst. 255 S (2019–2020)
- *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetenestelova) og Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *lov om helseforetak m.m.* (helseføretakslova) og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- innstillingane frå helse- og omsorgskomiteen til statsbudsjettet for 2019 og 2022
- *reglement for økonomistyring i staten* (økonomireglementet) og *bestemmelser om økonomistyring i staten* (økonomiføresegnene)

Undersøkinga omfattar i hovudsak perioden 2020–2025 og inkluderer dei 20 helseføretaka som driv med pasientbehandling, og tre private, ideelle sjukehus som har driftsavtale med dei regionale helseføretaka. Vi nyttar ei rekkje ulike kjelder for å svare ut problemstillingane:

- statistikk lagd til rette av Helsedirektoratet om bruk av ulike former for digital heimeoppfølging i helseføretaka, basert på data frå Norsk Pasientregister (NPR)
- kartlegging av pasientforløpa helseføretaka har flytta nærmare pasienten ved hjelp av teknologi; om forløpet inneber samarbeid med kommunane, og om det er under planlegging, under utprøving eller i drift

- ei djupneundersøking i utvalde helseføretak om kva som fremjar bruk av digital heimeoppfølging
- dokumentanalysar av relevante styredokument, sekundærlitteratur og skriftlege svar på våre spørsmål til helseføretaka
- intervju med Helse- og omsorgsdepartementet, regionale helseføretak, Helsedirektoratet og relevante brukarorganisasjonar

Rapporten vart lagd fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 6. juni 2025. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt kommentarar til rapporten i brev av 11. august 2025. Kommentaraner er i hovudsak innarbeidde i dette dokumentet og i faktagrunnlaget.

3 Overordna vurdering: Ikkje tilfredsstillande



Det er ikkje tilfredsstillande at

- mange helseføretak har komme kort i å ta i bruk ulike former for digital heimeoppfølging av pasientane sine
- helseføretaka i liten grad har teke i bruk moglegheiter teknologien gir for å samarbeide med kommunar om tenester nærmare pasientane
- det manglar styringsinformasjon om bruk av digitale helsetenester bidreg til effektiv ressursbruk

4 Konklusjonar

- Det er mogleg å auke bruken av ulike typar digital heimeoppfølging i spesialisthelsetenesta og samarbeide meir med kommunar om dette
- Helseføretaka og Helse- og omsorgsdepartementet kan leggje betre til rette for arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi
- Føretaka og departementet har lagt lite vekt på samarbeid med kommunehelsetenesta i styringa av arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi
- Styringsinformasjonen om bruk av digitale helsetenester bidreg til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå

5 Utdjuping av konklusjonar

5.1 Det er mogleg å auke bruken av ulike typar digital heimeoppfølging i spesialisthelsetenesta og samarbeide meir med kommunar om dette

Sidan 2020 har det vore eit mål at pasientane i større grad skal kunne få spesialisthelsetenester i eller nær heimen ved hjelp av teknologi.

Dette inneber at

- pasientar og helsepersonell gjennomfører konsultasjonar over telefon eller video
- pasientar blir følgde opp basert på data som er sende digitalt til sjukehuset, enten via skjema pasienten fyller ut, eller frå medisinsk-teknisk utstyr
- pasientar følgjer behandlingsprogram over nettet, som kan bestå av oppgåver og kontakt med behandlar via skriftlege meldingar
- pasientar får behandling i heimen, som til dømes heimedialyse

Bruk av teknologi gir også høve til å finne nye måtar å samarbeide med kommunale helsetenester om tenester nærmare pasienten.

Når helsetenestene blir flytta heim, blir reisetida redusert. Det same gjeld belastninga som reising til sjukehuset kan innebære, særleg for sjuke og lite mobile pasientar. Gjennom å følgje med på pasientdata frå skjema eller utstyr kan helsepersonell vurdere om pasienten må inn til fysisk kontroll, eller om helsetilstanden tilseier at det ikkje er nødvendig. Dimeit kan ein unngå unødvendige konsultasjonar, tilbodet kan bli meir tilpassa, og sjukdomsutvikling kan fangast opp tidlegare.

Faktaboks 2 Døme på bruk av skjemabasert oppfølging av kreftpasientar ved Nordlandssjukehuset

Frå 2021 har det vore standard ved Nordlandssjukehuset å følgje opp kreftpasientar som får immunterapi, digitalt. I ein nettbasert app rapporterer kreftpasientane sjølv symptom, vekt og blodtrykk, som blir sendt i sanntid til behandlingsteamet på kreftavdelinga. Ifølgje Nordlandssjukehuset gir dette verdifull informasjon til klinikarane, som omgåande kan følgje opp alvorlege symptom og tidlegare oppdage forverring av sjukdommen. Helsevesenet kan vareta pasienten basert på individuelle behov, og pasienten treng ikkje vente på neste sjukehusavtale for å fortelje om symptom og eventuell forverring.

Kjelde: Nordlandssjukehuset. (2023). Fra reaktiv til proaktiv oppfølging av kreftpasienter.

Faktaboks 3 Døme på bruk av telefonkonsultasjonar ved nevrokirurgisk avdeling ved Haukeland

Nevrokirurgisk avdeling ved Haukeland er døme på ei avdeling som har gode erfaringar med bruk av telefonkonsultasjonar. I staden for å kalle inn pasientar tilviste med spinale problem til fysisk konsultasjon, avklarar nevrokirurgisk avdeling ved Haukeland oppfølgingsbehovet til pasientane gjennom ein telefonkonsultasjon. Dette har bidrege til å redusere ventetider til poliklinikk og til operasjon, og det har gjort at avdelinga klarer å gi eit tilbod til langt fleire pasientar. Samstundes er pasientane fornøgde.

Kjelde: Helse Vest RHF. (2024). Fekk ned ventetidene med telefonpoliklinikk; Riksrevisjonen si djupneundersøking.

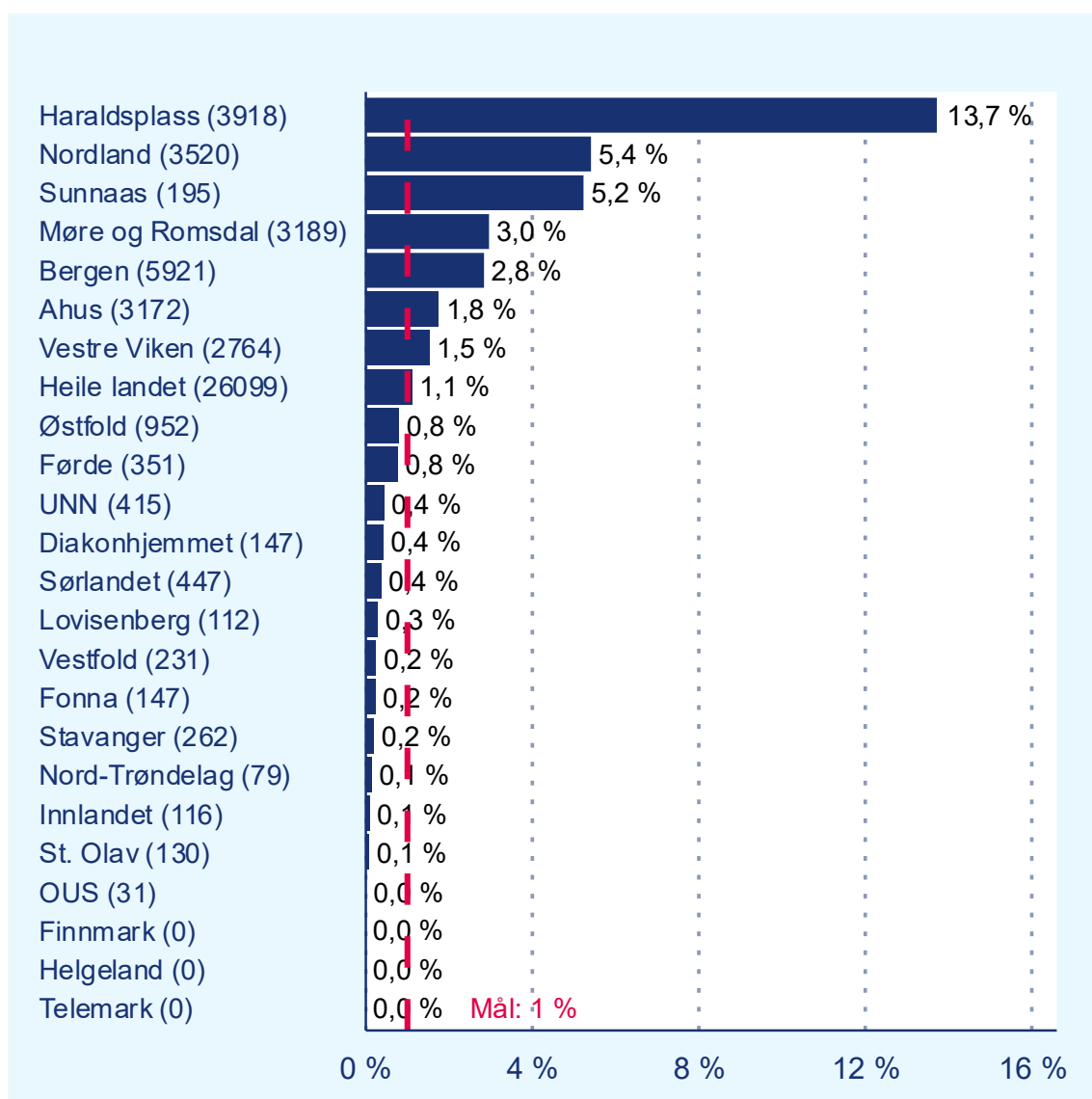
Sjølv om det er lite dokumentert kunnskap om kva effektar digital heimeoppfølging har for pasientane, viser erfaringane helseføretaka har gjort så langt, at det alt i alt er eit gode for pasientane å få tilbod om å få spesialisthelsetenester nærmare heimen. Også pasientorganisasjonar er positive til at pasientar som er eigna for det, blir tilbodne digital heimeoppfølging.

5.1.1 Bruken av digital heimeoppfølging har auka, men det er stor variasjon og mange når ikkje måla på området

Undersøkinga viser at helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa som inngår i undersøkinga, dei siste åra har teke i bruk moglegheiter som ulike former for teknologi gir, for å flytte tenester nær pasienten. Det har vore ein stor auke innan nokre av tenesteformene. Til dømes registrerte spesialisthelsetenesta at om lag 26 000 pasientar innanfor somatikken fekk oppfølging frå sjukehuset via digitale skjema i 2024, mot 2 200 i 2021. I 2024 utgjorde dette 1,1 prosent av pasientane innanfor somatikken.

Det er likevel store skilnader i kor langt helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa har komme med å tilby slike tenester. Figur 2 viser at somme i langt større grad enn andre har teke i bruk skjemabasert oppfølging av pasientar i somatikken, som Haraldsplass diakonale sykehus, Nordlandssjukehuset HF og Helse Møre og Romsdal HF. Andre var knapt i gang med denne typen oppfølging i 2024. Dette inkluderer også store helseføretak som Oslo universitetssjukehus HF.

Figur 2 Prosent pasientar registrerte med oppfølging basert på data frå pasientrapporterte skjema. Talet på pasientar står i parentes. 2024. Somatikk



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikator berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata 2024.

Nokre av tenesteformene er relativt nye i heile sektoren, og det kan ta tid før dei spreier seg. Andre er tekne i bruk for fleire år sidan ved nokre helseføretak, som nettbaserte behandlingsprogram innanfor psykisk helse (eBehandling). Sjølv om nettbaserte behandlingsprogram ved psykiske lidningar er metodevurdert, og det er tilrådd at behandlingsforma blir teken i bruk der det er formålstenleg, har denne behandlingsforma hittil vore lite utbreidd. Ved rundt halvparten av helseføretaka var det i 2024 svært få eller ingen pasientar som hadde gjennomført ei slik behandling. Vidare er ingen av helseføretaka i nærleiken av å nå målet fastsett i ordninga med resultatbasert finansiering (RBF) om at 1 prosent av pasientane skal ha gjennomført nettbasert behandling, om vi ser på psykisk helse og somatikk samla.

På andre område varierer måloppnåinga blant helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa:

- I 2024 var målet at andelen pasientar som får **digital heimeoppfølging, skal auke** frå 2023. Med unntak av Haraldsplass diakonale sykehus nådde alle dette målet i 2024.
- Innanfor psykisk helsevern nådde rundt halvparten i 2024 det som var eit mål i perioden 2021–2023, om at 15 prosent av polikliniske konsultasjonar skal takast over **video eller telefon**. Innanfor somatikken gjaldt dette fire av helseføretaka og dessutan Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Halvparten av helseføretaka og to av dei tre private ideelle sjukehusa nådde i 2024 målet i ordninga med resultatbasert finansiering om at 1 prosent av pasientane skal få **skjemabasert oppfølging**. Samstundes var det fleire helseføretak der ingen pasientar var registrerte med denne typen oppfølging, innanfor verken somatikk eller psykiatri.
- Sju av dei tjue helseføretaka, og dessutan Lovisenberg Diakonale Sykehus, nådde i 2024 målet i ordninga med resultatbasert finansiering om at 2 prosent skal få oppfølging via **medisinsk-teknisk utstyr**.
- Seks av helseføretaka nådde i 2024 målet om at 30 prosent av pasientar med nyresvikt skal få **heimedialyse**.

Eit viktig formål med spesialisthelsetenestelova og helseføretakslova er å bidra til eit likeverdig tenestetilbod for heile befolkninga uavhengig av mellom anna bustad. Det er eit mål at bruk av teknologi og medisinsk utstyr skal redusere reisebelastninga for sårbare pasientar og spare pasientar for unødvendige reiser.

Undersøkinga viser at dei vanlegaste formene for digital heimeoppfølging, som video- og telefonkonsultasjonar, oppfølging via medisinsk utstyr og skjemabasert oppfølging, i større grad blir nytta av pasientar i kommunar med lengre reisetid til sjukehuset. Dette er i tråd med intensjonen om å redusere reisebelastninga for pasientar. Samstundes tyder den store variasjonen mellom helseføretaka på at tilbodet av digital heimeoppfølging varierer mellom opptaksområda. Pasientar i nokre helseføretak får i mindre grad enn andre tilgang til slike tenestetilbod, sjølv om dei kunne hatt nytte av det. For pasientane kan dette innebære at dei anten må bruke meir tid på reise, eller at dei ikkje får ei like tilpassa oppfølging som dei som har tilsvarende reiseveg, men som får eit tilbod om digital oppfølging.

Undersøkinga viser at enkelte aktørar peikar på at heildigitale behandlingstilbod i større grad bør løftast nasjonalt, mellom anna for å styrkje fagmiljø og gi eit meir likt tilbod uavhengig av bustad. Heildigitale tilbod kan i teorien forvaltest og tilbydast frå kvar som helst i regionane eller i landet. I Noreg blir eBehandling tilbode innanfor psykisk helse i kvar region, medan Sverige har valt ei løysing der éin klinikk har nasjonalt opptaksområde for tilsvarende tilbod. Mage-tarmskulen ved Helse Bergen HF (sjå faktaboks 4) er eit døme på eit behandlingstilbod som helseføretaket har prøvd å gjere tilgjengeleg for pasientgruppa i heile Noreg, men der føretaket opplever store barrierar for å spreie tilbodet nasjonalt.

Faktaboks 4 Mage-tarmskulen – digital behandling for IBS

Mage-tarmskulen er Noregs første digitale behandlingstilbod for pasientar med irritabel tarmsyndrom (IBS), utvikla ved Helse Bergen HF.

IBS er en vanleg tilstand som rammer om lag 15 prosent av befolkninga. Sjukdommen gir plager som magesmerter, oppblåst mage, forstopping og diaré, og tilstanden blir ofte verre av stress og enkelte matvarer. Mange av desse pasientane vegrar seg for å gå ut av heimen på grunn av plagene sine. Fastlegen har ofte avgrensa kompetanse og pasientane er misnøgde med helsehjelpa dei får både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det finst ingen kur for IBS, men gjennom digitale kurs i Mage-tarmskulen lærer pasientane verktøy for å meistre og redusere plagene. Behandlinga har vist gode resultat, som redusert sjukdomsbyrde og auka livskvalitet blant deltakarane. 90 prosent av deltakarane er nøgde med behandlinga og opplever den digitale Mage-tarmskulen som nyttig.

Kjelder: Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsjukdommar. (2023). Rapport 2023: Mage-tarmskolen – digital behandling ved irritabel tarmsyndrom; Riksrevisjonens djupneundersøking.

Argument mot å samle tilbod nasjonalt er mellom anna at det er viktig at dei ulike behandlingsstadene byggjer opp fagmiljø rundt bruken av digital teknologi, og at erfaring med behandlingsforma kan vere viktig for å velje ut dei rette pasientane frå alle helseføretak.

Samla sett viser undersøkinga at bruken av digital heimeoppfølging har auka, men at det er stor variasjon mellom helseføretaka. Det er framleis berre ein liten andel av pasientane som får denne typen oppfølging, og mange helseføretak når ikkje måla på området. Sjølv om pasientar med lengre reiseveg i større grad nyttar digitale tilbod, inneber variasjonen mellom helseføretak at pasientar sin tilgang til ulike former for digital heimeoppfølging avheng av kvar dei bur. Vidare viser undersøkinga at det finst moglegheiter for å i større grad koordinere eller tilby heildigitale tilbod frå éin stad i regionen eller nasjonalt, men at dette i liten grad er gjort.

Omfanget av digital heimeoppfølging i helseføretak som har komme langt, tyder på at det er mogleg å auke bruken også i helseføretak som har komme kortare. Etter Riksrevisjonen si vurdering har mange helseføretak ikkje utnytta godt nok moglegheitene som teknologien gir for å flytte tenester nærmare pasientane.

5.1.2 Samarbeid med kommunar om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten er lite utbreidd

Det er eit mål at tenesteytarar i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta skal samarbeide for å gi pasienten eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Dette inneber også samarbeid når spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi, når dette er formålstenleg.

Dei fleste forløpa helseføretaka så langt har flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi, involverer ikkje den kommunale helse- og omsorgstenesta. Samstundes finst det gode døme på at spesialisthelsetenesta samarbeider med kommunar om slike tenester, jamfør faktaboks 5.

Førebelse erfaringar er at ei meir integrert oppfølging av pasientar på tvers av nivå er positivt for pasientane og kan føre til betre samla ressursbruk. Samstundes viser undersøkinga at denne typen samarbeid er relativt lite utbreidd. Etter Riksrevisjonen si vurdering gir ny teknologi moglegheiter for å samarbeide med kommunar om tenester nærmare pasientane, men slike moglegheiter er i liten grad utnytta.

Faktaboks 5 Døme på samarbeid med kommunar om spesialisthelsetenester nær pasienten der teknologi er nytta

- **langvarig infusjonsbehandling** i heimen ved bruk av berbar infusjonspumpe, i samarbeid med helsepersonell i kommunen der pasienten bur
- **digitale samkonsultasjonar** mellom pasient, fastlege, spesialisthelsetenesta og eventuelt andre behandlarar eller tenester for å koordinere tiltak rundt pasienten
- **digital sårbehandling** utført av heimesjukepleie eller fastlege i kommunen med rettleiing frå sjukehuspersonell – ein variant av digital samkonsultasjon
- **pasientsentrert helsetenesteteteam (PSHT) og integrerte helsetenester (IHT)** – tverrfaglege team der spesialist- og kommunehelseteneste samarbeider om å gi heilskaplege tenester til pasientar med behov for oppfølging på tvers av nivå
- **spesialisthelsetenester utførte ved kommunale institusjonar** gjennom at medisinsk-teknisk utstyr (MTU) blir flytta ut i kommunalt drifta helseinstitusjonar, mellom anna utstyr til dialyse, infusjonsbehandling, blodtransfusjon og røntgentenester

Kjelde: Riksrevisjonen si kartlegging

5.2 Føretaka og Helse- og omsorgsdepartementet kan leggje betre til rette for arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi

5.2.1 Helseføretak som har komme langt med digital heimeoppfølging, har ei tydeleg satsing og har lagt til rette for å ta i bruk nye tenesteformer

Stortinget har slutta seg til at helseføretaka skal setje egne mål for å flytte spesialisthelsetenester heim til pasientane. God styringspraksis tilseier at helseføretaka følgjer med på resultatata og set i verk tiltak for å nå fastsette mål og resultatkrav. Når pasientar er heime i staden for på sjukehuset, er det behov for å endre arbeidsmåtar og prosessar internt i helseføretaka.

Bruk av digitale konsultasjonar, nettbaserte behandlingsprogram og skjemabasert oppfølging av pasientar krev at legar og sjukepleiarar tek i bruk nye digitale verktøy og arbeider på nye måtar. Korleis helseføretaka legg til rette for slike endringar i arbeidskvardagen til klinikarane, vil ha noko å seie for at nye verktøy blir tekne i bruk, og at helsetenesta haustar gevinstar av nye digitale løysingar.

Djupneundersøkinga viser at dei følgjande tre faktorane knytte til styringa og verkemiddelbruken til helseføretaka kan vere viktig for å leggje til rette for å innføre tenesteforløp med digital heimeoppfølging:

- ei leiing som set tydeleg retning og følgjer opp mål, og som skaper engasjement rundt desse i fagmiljøa
- støttetjenester med særskild kompetanse knytt til digitale helsetenester og rutinar for omstillingsarbeid
- prioritering av ressursar til arbeidet med å utvikle og implementere nye tenesteforløp

Djupneundersøkinga viser at ei **leiing som set tydeleg retning** for ønskt utvikling er viktig i helseføretak som har komme langt med å utvikle og ta i bruk ulike former for digital heimeoppfølging.

Sjølv om nesten alle helseføretaka har mål om digital heimeoppfølging, viser undersøkinga at oppfølginga av måla har vore meir varierande i perioden. Fleire helseføretak hadde i 2024 mål dei ikkje kunne dokumentere at dei har følggt opp. Om lag halvparten av helseføretaka har operasjonalisert nyare mål frå Helse- og omsorgsdepartementet om å høvesvis auke (mål i 2024) og intensivere (mål i 2025) bruken av digital heimeoppfølging. For helseføretaka som ikkje har gjort dette, kan det bli vanskelegare å nyttiggjere seg og følgje opp måla i styringa.

Djupneundersøkinga viser at **støttetjenester** som innovasjonsrådgivarar og e-helserådgivarar kan vere svært nyttige når helsepersonell skal ta i bruk nye digitale løysingar og endre arbeidsprosessar i ein travel klinisk kvardag. Støtteressursane sit gjerne

på erfaringar som kan brukast om att i nye forløp, og kan tilføre nødvendig kompetanse mellom anna om digitale løysingar, informasjonstryggleik og personvern, kodepraksis og gevinstarbeid. Samstundes er det avgjerande at arbeidet er forankra i kvart enkelt fagmiljø som skal omstille, noko som krev engasjement og innsats frå klinikarar og leiarar lokalt.

Vidare fører innfasing av nye arbeidsprosessar ofte til eit auka ressursbehov på klinikk- og avdelingsnivå, mellom anna grunna behov for opplæring, planlegging og organisering av tilbodet. Djupneundersøkinga viser at **prioritering av ressursar** til arbeidet har vore vesentleg for å lykkast.

Nesten alle helseføretaka har dedikerte ressursar til arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten, men det varierer kor mange årsverk som er sette av. Helseføretaka som har mest registrert aktivitet innanfor ulike former for digital heimeoppfølging, er blant dei som oppgir at dei har sett av mest ressursar til dette arbeidet.

Djupneundersøkinga viser at det ofte er nødvendig å prioritere ressursar til utviklingsarbeid på klinikknivå i helseføretaka. I fleire av tenesteforløpa var klinikkleiinga sin vilje til å halde oppe og finansierte drifta av nye forløp over klinikkbudsjettet, trass i at refusjonane i ein periode har vore lågare enn ved ordinær drift, avgjerande for å halde oppe og vidareutvikle tilboda.

Undersøkinga tyder likevel på at slike «pukkelkostnader» kan vere krevjande å finansierte. Fleire viser til at innføring av nye arbeidsmåtar gir redusert ordinær aktivitet, og at inntektene frå innsatsstyrt finansiering (ISF) i ein periode går ned. Nokre peikar på at dette gir lite insentiv til å endre måten tenester blir gitt på. Pressa økonomi kan gjere leiarar mindre villige til å prioritere ressursar til dette arbeidet.

Basisløyvinga er sentral for å finansierte arbeidet til helseføretaka med å flytte spesialisthelsetenester heim. Dette betyr at helseføretaka sjølv må prioritere innanfor basisløyvinga som blir overført frå dei regionale helseføretaka, for å dekkje innføringskostnadene som kan oppstå ved innføring av nye forløp, inkludert ressursar til endringsarbeid og opplæring. Om lag halvparten av forløpa helseføretaka har under planlegging eller utprøving som omhandlar flytting av spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi, blir berre finansiert av helseføretaka sjølv.

Når undersøkinga viser at det er stor variasjon i bruken av digital heimeoppfølging, kan dette etter Riksrevisjonen si vurdering tyde på at ikkje alle helseføretaka har hatt ei tydeleg satsing eller lagt godt nok til rette for faktorane vi har identifisert som viktige for å fremje arbeidet med å ta i bruk nye tenesteformer. Konsekvensen av manglande prioritering av dette arbeidet kan vere at omstillinga ikkje skjer etter ønskt tempo, og at spreining av gode løysingar går for sakte. Helseføretaka må sjølv vurdere korleis styringa og tilrettelegginga deira kan forbetrast for å drive fram ønskt omstilling og auke implementeringa av ulike former for digital heimeoppfølging.

5.2.2 Regionale helseføretak legg i ulik grad til rette for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi

Dei regionale helseføretaka skal planleggje, organisere, styre og samordne verksemdene i helseføretaka som dei eig, og har eit overordna ansvar for å nå mål om å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi. Det regionale helseføretaket skal også sørgje for nødvendig samarbeid med andre regionale helseføretak.

Dei regionale helseføretaka har i undersøkningsperioden vidareformidla oppdrag og mål frå departementet til helseføretaka og har noko styringsinformasjon om utvikling i aktivitet. Dei regionale helseføretaka, med unntak av Helse Sør-Aust RHF, har også gitt egne oppdrag om digital heimeoppfølging til helseføretaka i regionen sin i perioden 2020–2025.

Helse Vest RHF, Helse Midt-Noreg RHF og Helse Sør-Aust RHF har sett egne mål for arbeidet med digital heimeoppfølging og har samla oversikt og aktivitetsdata om digitale helsetenester i eigen region. Vidare har dei lagt til rette for å spreie erfaringar og kompetanse internt i det regionale helseføretaket gjennom etableringa av ulike nettverk.

Undersøkinga viser at regionane også har byrja å samordne arbeidet med innkjøp og forvaltning av digitale løysingar. Regionane inngjekk i 2023 rammeavtalar med leverandørar av løysingar for digital heimeoppfølging, og dei kjøpte ei ny felles løysing for internettbehandling. Slike tiltak skal mellom anna gjere det enklare, raskare og rimelegare for helseføretaka å ta i bruk nye digitale løysingar.

Den felles løysinga for internettbehandling skal forvaltaast interregionalt, slik at behandlingsprogram kan utviklast lokalt og delast på tvers av sjukehus i heile landet. Dei regionale helseføretaka har oppretta eit interregionalt kompetansenettverk som har ansvar for å utvikle og forvalte slik behandling. Sjølv behandlinga vil framleis tilbydast av helseføretak i kvar region.

Dei regionale helseføretaka bidreg på ulike måtar med å finansiere arbeidet med å innføre nye digitale helsetenester, mellom anna gjennom innovasjonsmidlar og øyremerkte stillingsressursar og ved at dei finansierer ein stor del av utgiftene til IKT-tilrettelegging i helseregionane.

Sjølv om innovasjonsmidlar frå dei regionale helseføretaka har vore viktige for å finansiere utprøving av digital heimeoppfølging, viser undersøkinga at desse midlane ikkje nødvendigvis vil vere tilstrekkelege når ei vellykka løysing skal spreiest breitt i helseføretak. Dei regionale helseføretaka viser til at helseføretaka sjølv må prioritere ressursar til mellom anna endringsarbeid og opplæring.

Samla sett viser undersøkinga at dei regionale helseføretaka er i gang med å samordne og organisere arbeidet for å auke bruken av digital heimeoppfølging i eigen region og mellom regionane, men det varierer kor langt dei har komme. Helse Vest RHF, Helse Midt-

Noreg RHF og Helse Sør-Aust RHF har etter Riksrevisjonen si vurdering i større grad enn Helse Nord RHF lagt til rette for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten.

5.2.3 Helse- og omsorgsdepartementet har gitt oppdrag om å auke bruken av digital heimeoppfølging, men det er uvisst om finansieringa er godt nok innretta for dette

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for at målet om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi blir nådd. Departementet har også overordna ansvar for at ressursane blir utnytta best mogleg, og for at tenestene er likeverdige.

Helse- og omsorgsdepartementet si styring mot målet om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi skjer gjennom dei regionale helseføretaka og sentrale underliggjande forvaltningsorgan, særleg Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt **overordna føringar** og nokre **konkrete oppdrag til dei regionale helseføretaka** om å sjå til at helseføretaka bruker moglegheitene som ligg i digital heimeoppfølging, nettbaserte tenester og telefon- og videokonsultasjonar, og at helseføretaka set eigne mål på området. I 2025 er oppdraget som dei regionale helseføretaka har på området, å *intensivere* arbeidet med å gå frå kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital heimeoppfølging alle stader det er formålstenleg.

I 2020 og 2021 gav departementet **Helsedirektoratet** i **oppdrag** å leie arbeidet med å hjelpe helse- og omsorgstenesta med nødvendig tilrettelegging for å hurtig auke bruken av digital heimeoppfølging og nettbasert behandling. Helsedirektoratet organiserte arbeidet i eit prosjekt, som vart avslutta i 2023.

Ny teknologi kan utfordre dagens rammer for spesialisthelsetenesta, ved at heildigitale tenester kan samlast og tilbydast frå éin stad. Dette kan bidra til meir effektiv ressursbruk og eit meir likeverdig tenestetilbod nasjonalt. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at spesialisthelsetenesta i Noreg er organisert slik at ho er lokal og regional, og nye tilbod må forankrast i denne strukturen. Departementet har til no ikkje vurdert å samle eBehandling nasjonalt, men departementet peikar på at dei regionale helseføretaka kan velje å samordne tilbod. Helse- og omsorgsdepartementet har etter Riksrevisjonen si meining eit overordna ansvar for at sektoren vurderer om det er tilbod som kan vere eigna, og for å kartleggje og redusere barrierane som står i vegen for å løfte slike tilbod nasjonalt.

Gjennom ulike former for **finansiering** og innrettinga av desse, skal departementet leggje til rette for heilskaplege pasientforløp, betre samhandling med kommunane og bruk av ny teknologi i tenesta. Finansiering av sjukehusa skal ikkje opplevast som eit hinder for nye og effektive måtar å tilby tenester på. Helsedirektoratet har ansvar for å forvalte og utvikle innsatsstyrt finansiering (ISF). I dette ligg også ansvar for å sjå til at ISF-ordninga blir tilpassa i tråd med utviklinga i helsetenestene/spesialisthelsetenestene.

For å støtte opp om arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi har Helsedirektoratet dei seinaste åra lagt vekt på at ISF-ordninga skal gjerast meir nøytral med tanke på kvar behandlinga finn stad – på sjukehuset eller i eller nær heimen til pasienten. Det finst i dag ISF-refusjonar knytte til ulike former for digital heimeoppfølging.

Kvart år gir dei regionale helseføretaka innspel til Helsedirektoratet om utviklinga av ISF-ordninga og kvar det er ønskjeleg med endringar. Somme innspel handlar om at refusjonane er for låge, andre på at finansieringa blir opplevd å ikkje vere nøytral med tanke på kvar behandlinga finn stad.

Digital heimeoppfølging er ei ny tenesteform og har ikkje vorte kostnadsberekna av Helsedirektoratet, med unntak av nettbasert behandlingsprogram innanfor psykisk helse. Helsedirektoratet veit dimes ikkje om refusjonane for dei andre formene for digital heimeoppfølging står i forhold til kostnadene. Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å kartleggje kostnader i digital heimeoppfølging i 2025.

ISF-ordninga sin del av finansieringa er i dei siste åra vorten redusert, medan basisløyvinga er auka og skal no dekkje størsteparten av driftskostnadene til sjukehusa.

Undersøkinga viser at Helse- og omsorgsdepartementet i dag har eit ufullstendig kunnskapsgrunnlag om forholdet mellom kostnader og inntekter. Dette kan etter Riksrevisjonen si vurdering hemje arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten. Det er difor positivt at Helsedirektoratet framover skal kostnadsberekne dei ulike formene for digital heimeoppfølging.

5.3 Føretaka og Helse- og omsorgsdepartementet har lagt lite vekt på samarbeid med kommunehelsetenesta i styringa av arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi

Styrkt samhandling er løfta fram som viktig for utviklinga av helse- og omsorgstenesta i åra som kjem, og tenesteytarar i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta skal samarbeide for å gi pasienten eit heilskapleg og samordna tenestetilbod. Dette inneber også samarbeid når spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi, der dette er formålstenleg. Regionale helseføretak skal leggje til rette for nødvendig samarbeid med kommunar om å tilby tenester.

Det finst gode døme på at spesialisthelsetenester blir tilbodne nær pasienten ved hjelp av teknologi i samarbeid med kommunar, men omfanget av dette er avgrensa (jamfør kapittel 11.1.)

Undersøkinga viser at det står fleire barrierar i vegen for auka samhandling med kommunar om spesialisthelsetenester som blir flytta nærmare pasienten ved hjelp av teknologi, mellom anna at

- digitale løysingar ikkje legg godt nok til rette for samhandling på tvers av tenestenivå;
- ulike budsjett og finansieringsmodellar for kommune- og spesialisthelsetenesta gir svake insentiv for samarbeid, og når behandlinga blir flytta nærmare pasienten gjennom samarbeid med kommunen, kan dette gi auka kostnader og fleire oppgåver for kommunen og gevinstar for spesialisthelsetenesta
- helseføretak og kommunar er organiserte i separate styringsstrukturar, som gjer styring mot felles mål meir krevjande
- mangel på styringsdata på tvers av nivå reduserer moglegheitene til å sjå samla effektar av tiltak
- det er juridiske utfordringar knytte til deling av nødvendige helseopplysningar når den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta skal samhandle om pasientbehandlinga

5.3.1 Helseføretak og regionale helseføretak har hatt lite merksemd på samarbeid med kommunehelsetenesta om digital heimeoppfølging

Undersøkinga viser at regionale helseføretak i avgrensa grad har brukt høvet til å leggje til rette for auka samarbeid mellom helseføretak og kommunar om digital heimeoppfølging gjennom å gi konkrete **oppdrag** til helseføretaka om dette.

På tilsvarande måte har helseføretaka i liten grad sett **mål** om samhandling med kommunar om å flytte tenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.

Styringsdata for å følge utviklinga i samarbeid om dette finst i avgrensa grad på begge nivå.

Undersøkinga viser at helseføretaka manglar gode **digitale løysingar** for deling av data når dei skal samarbeide om digital heimeoppfølging av pasientar.

Somme helseføretak er likevel i gang med å skaffe digitale løysingar som skal mogleggjere samarbeid om samanhengande tenester for pasientar som får oppfølging på tvers av tenestenivå.

Dei regionale helseføretaka har i perioden fått i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å bidra til utprøving av nasjonale samhandlingsløysingar som «pasienten sine måledata» og digital behandlings- og eigenbehandlingsplan. I Helse Midt-Noreg RHF er Helseplattforma eit viktig verkemiddel for å få til betre digital samhandling med kommunar. Utover dette viser undersøkinga at dei regionale helseføretaka i avgrensa grad har lagt til rette for løysingar for digital heimeoppfølging som både helseføretak og kommunar kan nytte.

Undersøkinga viser at dei regionale helseføretaka og helseføretaka har nokre verkemiddel som skal byggje ned organisatoriske og økonomiske barrierar som står i vegen for auka samarbeid med kommunar om digital heimeoppfølging.

Mellom anna eig dei fire regionale helseføretaka kompetansenettverket **InnoMed**, som tilbyr rettleiing til tenesteinnovasjon for prosjekt i skjæringspunktet mellom kommunar og helseføretak.

Samarbeidsavtalar er eit anna verkemiddel for å byggje ned organisatoriske barrierar for samarbeid med kommunar. Kommunar og helseføretak skal inngå samarbeidsavtalar, inkludert ein eigen delavtale om IKT-løysingar lokalt, som mellom anna bør beskrive kva for nokre digitale løysingar som blir brukte.

Få av dei lovpålagde samarbeidsavtalane til helseføretaka om IKT-løysingar med kommunar er oppdaterte etter 2022. Dei som er oppdaterte, er i stor grad skrivne på eit overordna nivå, og berre nokre få omtaler samarbeid om digital heimeoppfølging. Dette tyder på at dei overordna samarbeidsavtalane er eit lite brukt verkemiddel for å regulere samarbeid mellom helseføretak og kommunane når spesialisthelsetenester blir flytta heim ved hjelp av teknologi.

Sjølv om det er fleire barrierar for samarbeid om digital heimeoppfølging som må fjernast på nasjonalt nivå, er det Riksrevisjonen si vurdering at helseføretaka og dei regionale helseføretaka har hatt lite merksemd på å leggje til rette for samarbeid med kommunehelsetenesta om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi.

5.3.2 Statlege verkemiddel støttar i avgrensa grad opp under samarbeid med kommunar om å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi

Departementet har gitt generelle føringar om at spesialisthelsetenesta skal samarbeide med kommunar om heilskaplege tenestetilbod, men har ikkje gitt **oppdrag, mål** eller **føringar** som går konkret ut på at spesialisthelsetenesta skal samarbeide med kommunehelsetenesta om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi.

Gjennom nasjonale **faglege råd** om digital heimeoppfølging i kommunar tilrår Helsedirektoratet at kommunane søker samarbeid med helseføretak gjennom helsefellesskapet før dei startar opp digital heimeoppfølging. Det finst ikkje tilsvarende råd for spesialisthelsetenesta, der helseføretak blir oppmoda til samarbeid med kommunar når tenester blir flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi.

Departementet har likevel lagt føringar om samarbeid med kommunar gjennom reglane for **rekrutterings- og samhandlingstilskotet**, som kom i 2024. Midlane blir disponerte av dei regionale helseføretaka, men skal brukast etter semje mellom kommunar og helseføretak.

Når gevinstar kjem ein annan stad enn der kostnadene oppstår, kan det hindre at gode prosjekt blir sette i drift. Det nemnde rekrutterings- og samhandlingstilskotet kan bidra til å byggje ned økonomiske barrierar for samarbeid ved at det mellom anna kan brukast til å

dekkje påkomne kostnader der samarbeidstiltaket bidreg til at ein av partane får auka kostnader, medan den andre får innsparingar. Det er per våren 2025 for tidleg å seie noko om korleis midlane er brukte, og kva effektar dei tiltaka som har fått tilskotsmidlar, har hatt.

Undersøkinga viser at det på nasjonalt nivå blir arbeidd med digitale løysingar som skal gjere det mogleg å samhandle om digital heimeoppfølging. På oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet leier Helse Sør-Aust RHF utprøvinga av ei teknisk løysing for at **medisinske måledata** om pasienten, som blodtrykk og puls, kan delast på tvers av helse- og omsorgstenesta. Utprøvinga skal gå føre seg i perioden 2024–2029.

Undersøkinga viser at det også er behov for å kunne samarbeide om **digitale behandlingsplanar** som mogleggjer koordinert oppfølging av pasienten på tvers av nivåa. Tiltaket «digital behandlings- og eigenbehandlingsplan» vart ikkje prioritert i statsbudsjettet for 2025, men blir prøvd ut gjennom ei eiga satsing i regi av Norsk helsenett.

Både regjeringa og dei regionale helseføretaka peikar på at **regelverket** blir opplevd som ein barriere for deling av data når den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta skal samhandle om digital heimeoppfølging. Helse- og omsorgsdepartementet har i september 2024 forslått endringar i fleire av føresegnene om teieplikt og tilgang til helseopplysningar for å gjere regelverket meir digitaliseringsvennleg og betre moglegheitene for deling av nødvendig og relevant informasjon i ein digital kvardag.

Departementet og Helsedirektoratet har fram til våren 2025 hatt lite kunnskap om korleis **helsefellesskapa** fungerer som arena for samarbeid om digital heimeoppfølging, og samarbeidsavtalar er eit lite brukt verkemiddel for dette. Vidare er det fleire vesentlege barrierar for auka samarbeid med kommunar om digital heimeoppfølging som Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å følgje opp.

Etter Riksrevisjonen si vurdering støttar statlege verkemiddel i avgrensa grad opp under samarbeid med kommunar om å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi. Sjølv om det kan vere gevinstar totalt sett både økonomisk og for pasientane, har økonomiske verkemiddel i avgrensa grad lagt til rette for dette i perioden. Vidare er digitale verktøy ein nødvendig føresetnad for at kommunar og helseføretak kan samhandle godt om digital heimeoppfølging. Undersøkinga viser at styresmaktene i samarbeid med sektoren arbeider med nasjonale digitale løysingar som skal gjere det mogleg å samhandle om digital heimeoppfølging, men at resultata av dette arbeidet ligg langt fram i tid, og at nytten for sektoren er usikker.

5.4 Styringsinformasjonen om bruk av digitale helsetenester bidreg til effektiv ressursbruk, er mangelfull på alle nivå

Eit av hovudformåla med spesialisthelsetenestelova er å bidra til at ressursane blir utnytta på best mogleg måte. Dette kan ein oppnå med god kunnskap om korleis tiltak verkar, systematiske samanlikningar av tenestetilbod og god utnytting av teknologiske framsteg. Teknologi og digitalisering er eit sentralt verkemiddel for å sikre ei berekraftig helse- og omsorgsteneste.

Både helseføretaka og dei regionale helseføretaka har styringsinformasjon om aktiviteten på området, og dei har dimed oversikt over i kor stor grad spesialisthelsetenester er flytta heim. Undersøkinga viser likevel at føretaka har lite styringsinformasjon om effektar av å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi.

Det er få helseføretak som har dokumentert at dei har planar på føretaksnivå for løpande og systematisk kartlegging av gevinstar av arbeidet med digital heimeoppfølging. Heller ikkje dei private ideelle sjukehusa i undersøkinga har slike planar. Vestre Viken HF er eit av helseføretaka som har komme lengst med gevinstplanlegging, og arbeidet verkar meir systematisk enn ved andre helseføretak. Det finst også nokre få døme på at helseføretak har dokumentert at dei har kartlagt effektar i enkelte forløp der tenester er flytta ut av sjukehuset. Dette gjeld til dømes korleis pasientane opplever oppfølging ved digital heimeoppfølging, eller sparte reiseutgifter for helseføretaka.

Undersøkinga viser at dei regionale helseføretaka manglar styringsdata på effekten av digital heimeoppfølging på ressursbruk. Dei regionale helseføretaka har i liten grad etterspurt data som seier noko om effektane av å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi. Ingen av dei regionale helseføretaka har per april 2025 byrja å måle på indikatorar som seier noko om effektar av digital heimeoppfølging på ressursbruk.

For å vurdere om digital heimeoppfølging er ei effektiv behandlingsform kan føretaka bruke systemet Nye metoder, som er eit felles system for å vurdere og vedta kva behandlingsmetodar som kan tilbydast i spesialisthelsetenesta. Dei fire regionale helseføretaka har ansvaret for metodevurderingar i Nye metoder, medan helseføretaka har ansvar for å gjennomføre mini-metodevurderingar. Desse metodane skal synleggjere konsekvensar og effektar av innføring av nye metodar og skal bidra til kunnskapsbaserte avgjerder. Undersøkinga viser at rettleidd internettbehandling ved psykiske lidningar er den einaste forma for digital heimeoppfølging som dei regionale helseføretaka har metodevurdert, og det er fleire typar digital heimeoppfølging som helseføretaka ikkje har utført mini-metodevurderingar for.

Vidare er det lite publisert norsk forskning om effekten av ulike former for digital heimeoppfølging på ressursbruk i spesialisthelsetenesta, men det går no føre seg fleire forskingsprosjekt som kan gi auka kunnskap om slike effektar.

Det er også lite kunnskap om kva effektar det har når sjukehus og kommunar samhandlar om å flytte spesialisthelsetenester heim, men det finst nokre døme. Mellom anna kan

Akershus universitetssjukehus HF vise til at dei har gjort analysar som viser ein nedgang i pasientar sitt forbruk av akutthjelp-tenester både i sjukehus og i kommunar etter bruk av digital heimeoppfølging, jamfør faktaboks 12 i del 13.4.1.

Samla sett viser undersøkinga at helseføretaka og dei regionale helseføretaka så langt har lite kunnskap om effektar på ressursbruk av å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten. Manglande kunnskap om gevinstar kan hemje motivasjonen blant klinikarar og leiarar for å ta i bruk digitale verktøy og endre arbeidsprosessar.

Det er fleire forskingsprosjekt på gang, men etter Riksrevisjonen si vurdering kan helseføretaka og dei regionale helseføretaka i liten grad vise til at dei gjer ulike typar evalueringar av effektar eller legg til rette for slike evalueringar. Etter Riksrevisjonen si vurdering er det viktig at brei innføring av nye arbeidsformer i helseføretaka byggjer på beste tilgjengeleg kunnskap om korleis den nye arbeidsforma verkar, for å sikre at helsetenesta innfører tenesteformer som har ein ønskt effekt på ressursbruk og behandlingsskapasitet.

Departementet skal sørge for at det blir gjennomført evalueringar for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåing og resultat av tiltak som departementet set i verk. Det betyr at departementet må sørge for å få kunnskap om måla med å flytte spesialisthelsetenester heim blir nådde, mellom anna om det bidreg til meir effektiv ressursbruk.

Helse- og omsorgsdepartementet har i perioden fått informasjon om aktiviteten til helseføretaka innanfor digital heimeoppfølging, og har også prøvd å skaffe kunnskap om effektar for ressursbruk. Konklusjonen i kartleggingane som er gjorde, er at det er lite dokumentert kunnskap om slike effektar.

I 2025 fekk Helsedirektoratet i oppdrag å kartleggje kostnader knytte til digital heimeoppfølging og vurdere kva slags styringsinformasjon som kan vere formålstenleg for området.

For å vurdere effektar på samla ressursbruk når sjukehus og kommunar samarbeider om tenesteforløp, må data frå ulike register koplast og analyserast. Erfaringane frå dei som har prøvd, er at det er tungvint og tidkrevjande å få tilgang til data. Helsedirektoratet har spelt inn enkelte behov for endringar i KPR til FHI og opplyser at det blir jobba i sektoren med fritak frå teieplikt.

I 2024 sette Helse- og omsorgsdepartementet som mål for dei regionale helseføretaka å auke kunnskapen om og innføre personellsparande løysingar i tenestene gjennom helsetenesteforskning og implementeringsforskning. Departementet har likevel ikkje gitt dei regionale helseføretaka oppdrag som går meir direkte på å vurdere effektar av å flytte spesialisthelsetenester heim. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det er dei regionale helseføretaka som må vurdere effekten av ulike behandlingsformer, inkludert av ulike former for digital heimeoppfølging på ressursbruk, og at departementet ikkje styrer dette i detalj.

Bruk av nye digitale løysingar i helsetenestene, som digital heimeoppfølging, er ein av hovudstrategiane til sektoren for å møte framtidens auka behov for helsetenester, som Stortinget har slutta seg til. Departementet har prøvd å skaffe kunnskap om effektar av å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten, men kunnskapsgrunnlaget om effektar på ressursbruk er framleis svært mangelfullt. Etter Riksrevisjonen si vurdering har ikkje Helse- og omsorgsdepartementet sikra god nok styringsinformasjon om effekten av tiltak og om verkemidla bidreg til måloppnåing.

6 Tilrådingar

Riksrevisjonen tilrår at **Helse- og omsorgsdepartementet**

- sørger for å auke kunnskapen om effektar av digital heimeoppfølging og om måla med å flytte spesialisthelsetenester heim blir nådde, slik at helsetenesta innfører tenesteformer som har ein ønskt effekt på ressursbruk og behandlingsskapasitet
- følgjer opp at statlege verkemiddel støtter godt nok opp under samarbeid mellom helseføretak og kommunar om å flytte tenester nær pasienten. Det inkluderer også å leggje til rette for enklare tilgang til styringsdata som gir høve til å sjå samla effektar når helseføretak og kommunar samarbeider om tenester
- følgjer opp om innretninga av finansieringa i tilstrekkeleg grad stimulerer til å ta i bruk digital heimeoppfølging
- vurderer om det er heildigitale tilbod som kan vere eigna å samle og tilby nasjonalt

Riksrevisjonen tilrår at **Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at dei regionale helseføretaka**

- set i verk tiltak for at alle helseføretaka tek i bruk moglegheitene for å flytte tenester nærare pasientar ved hjelp av teknologi der dette har ønskt effekt, og særleg følgjer opp helseføretak som i liten grad tilbyr slike tenester
- legg til rette for at helseføretaka kan samarbeide med kommunale helsetenester om å tilby spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi

7 Svar frå statsråden

Dokument 3:3 (2025–2026) *Riksrevisjonen si undersøking av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten* vart sendt til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet til fråsegn. Svaret frå statsråden følgjer i vedlegg 2.

8 Fråsegn frå Riksrevisjonen om svar frå statsråden

Riksrevisjonen har ingen fleire merknader i saka.

Saka blir send til Stortinget.

Vedteke i Riksrevisjonen sitt møte 7. oktober 2025

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Tom-Christer Nilsen

Helga Pedersen

Tor Peder Lohne

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Del 2: Riksrevisjonen sitt faktagrunnlag

9 Innleiing til del 2

I denne delen legg vi fram faktagrunnlaget i revisjonen av arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.

9.1 Avgrensingar

I denne undersøkinga kartlegg vi arbeidet til spesialisthelsetenesta med å ta i bruk

- telefon- og videokonsultasjonar
- nettbasert behandlingsprogram
- skjemabasert oppfølging / behovsstyrt poliklinikk
- oppfølging via data frå sensorar eller medisinsk-teknisk utstyr (MTU)
- heimedialyse

Vi ser også på initiativ for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten i samarbeid med kommunar, der bruk av teknologi gjer dette mogleg. Undersøkinga dekkjer ikkje arbeidet til styresmaktene med digitale innbyggjartenester, bruk av velferdsteknologi i dei kommunale helsetenestene eller kor langt helseføretaka har komme med å ta i bruk teknologi i prehospitale tenester og digitale løysingar for pasientopplæring.¹⁴

I undersøkinga inkluderer vi dei 20 helseføretaka som driv med pasientbehandling, og tre private, ideelle sjukehus som har driftsavtalar med dei regionale helseføretaka: Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Haraldsplass diakonale sykehus. Dette er dei tre største private ikkje-kommersielle sjukehusa, dei har lokalsjukehusansvar, og dei er ein viktig del av det offentlege helsetilbodet. Undersøkinga dekkjer ikkje private avtalespesialistar.

Når det gjeld omgrepet «berekraftige helsetenester» i målformuleringa, har vi særleg lagt vekt på om styringa legg til rette for at digitale helsetenester bidreg til effektiv ressursbruk. Dette er nærmare omtalt i revisjonskriteria i Del III. Vi gjer også greie for metodiske val i undersøkinga i Del III.

9.2 Sentrale aktørar

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for sektoren og dimes for måloppnåinga om å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi. Som eigar av dei regionale helseføretaka styrer departementet gjennom lov, vedtekter, føretaksmøte og oppdragsdokument. **Dei regionale helseføretaka** har ansvar for å sørge for spesialisthelsetenester til befolkninga og for nødvendig samarbeid med andre tenesteytarar. Dette ansvaret varetek dei gjennom **helseføretaka** som har ansvaret for å levere spesialisthelsetenestene. I tillegg inngår dei regionale helseføretaka avtalar

¹⁴ Digitale løysingar for pasientopplæring er likevel inkluderte i gjennomgangen av innovasjonsmidlar, sjå metodekapittelet.

med mellom anna private sjukehus innanfor rammene av sørgje-for-ansvaret sitt.

Helsedirektoratet har leidd og koordinert arbeidet med nasjonal tilrettelegging for å «flytte tenester heim» og har fleire forvaltningsoppgåver etter delegering frå departementet.

10 Kor langt har spesialisthelsetenesta komme i arbeidet med å flytte tenester nær pasienten ved hjelp av teknologi?

I dette kapittelet beskriv vi kor langt dei ulike helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa som har avtale med dei regionale helseføretaka, har komme i arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi. Vi ser også på om det varierer geografisk om digital heimeoppfølging er teken i bruk, og på kva synspunkt pasientforeiningar har på digital heimeoppfølging.

Revisjonskriterium:

- Det er eit mål at pasientane i større grad skal kunne få spesialisthelsetenester i eller nær heimen ved hjelp av ulike former for digital heimeoppfølging.
- Det er også eit mål at for sårbare pasientgrupper skal det medisinske utstyret flyttast dit pasienten er – ikkje omvendt.
- Bruk av teknologi og medisinsk utstyr skal redusere reisebelastninga for sårbare pasientar og spare pasientar og helsepersonell for unødvendige reiser.

Oppsummering:

- Dei relativt få systematiske kartleggingane som er gjorde av digital heimeoppfølging, viser at det har gode effektar for pasientane, og pasientforeiningar er positive til denne typen oppfølging.
- Få pasientar får sjukehustenester i eller nær heimen, men det har vore ein auke dei seinaste åra. Framleis får få pasientar tilbod om nettbasert behandlingsprogram ved psykiske lidingar, trass i at programma har dokumentert nytte.
- Fleirtalet når ikkje måla på området, men variasjonen er stor. Nokre helseføretak / private, ideelle sjukehus har komme langt og tilbyr digitale tenester til fleire ulike pasientgrupper. Andre er framleis i startgropa, også store helseføretak som Oslo universitetssjukehus (OUS).
- Pasientar i kommunar med lang reisetid til sjukehus får i større grad digital heimeoppfølging enn pasientar i kommunar med kort reisetid. Stor variasjon mellom helseføretak inneber likevel at tilgangen til ulike former for digital heimeoppfølging er avhengig av geografi.

10.1 Flytting av spesialisthelsetenester heim i perioden 2021–2024

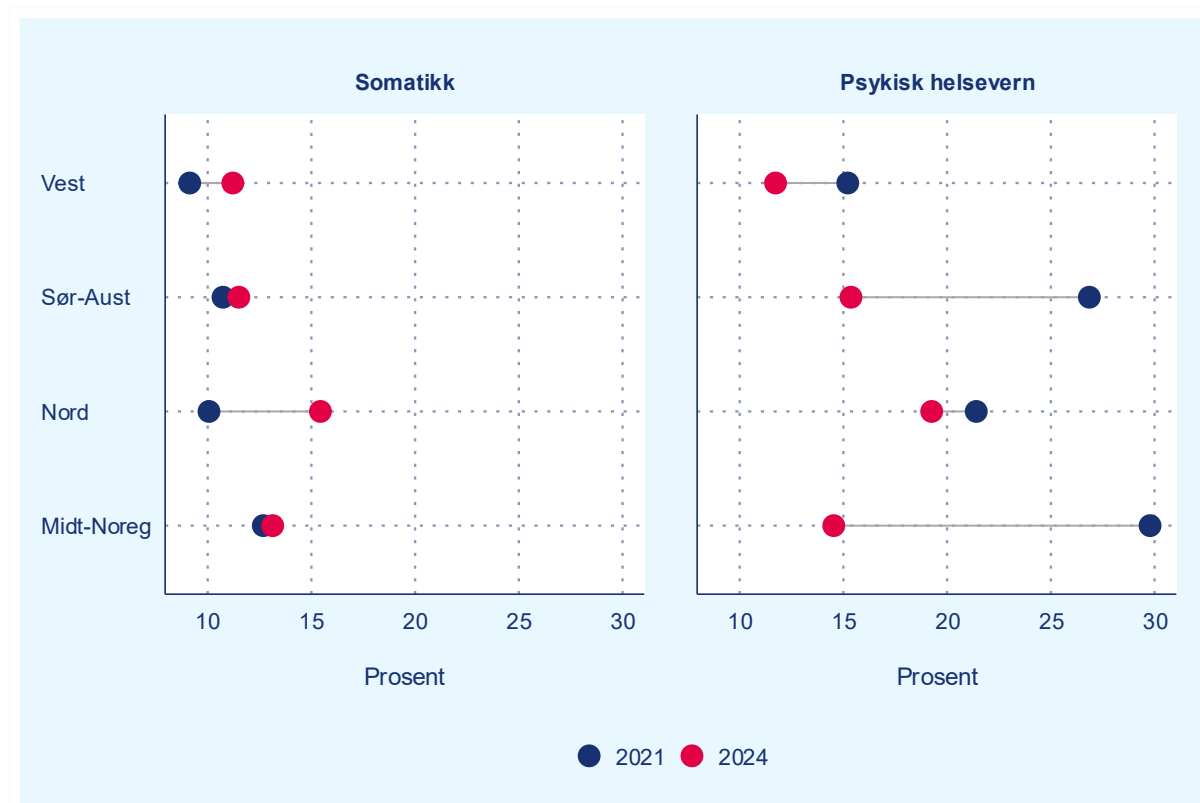
10.1.1 Det har vore ein auke i dei fleste former for digital heimeoppfølging frå 2021 til 2024

Teknologi har gjort det mogleg at pasientar kan få oppfølging frå sjukehus i eller nær heimen på ulike måtar, som gjennom

- konsultasjonar på telefon/video
- at sjukehusa bruker informasjon frå pasienten til å vurdere vidare oppfølging av pasienten, anten ved at pasienten fyller ut eit digitalt skjema om helsetilstanden sin, eller ved at data frå medisinsk-teknisk utstyr (MTU) blir sende automatisk til sjukehuset
- nettbaserte behandlingsprogram
- ulike former for heimesjukehus og behandling i heimen, som heimedialyse¹⁵

Konsultasjonar via video/telefon er tekne i bruk innan både somatikk og psykisk helsevern/tverrfagleg spesialisert rusbehandling (PHV/TSB). Figur 3 viser korleis utviklinga har vore i perioden 2021–2024, fordelt på regionane.

Figur 3 Prosent telefon-/videokonsultasjonar i somatikk og PHV/TSB i 2021 og 2024, fordelt på regionane.



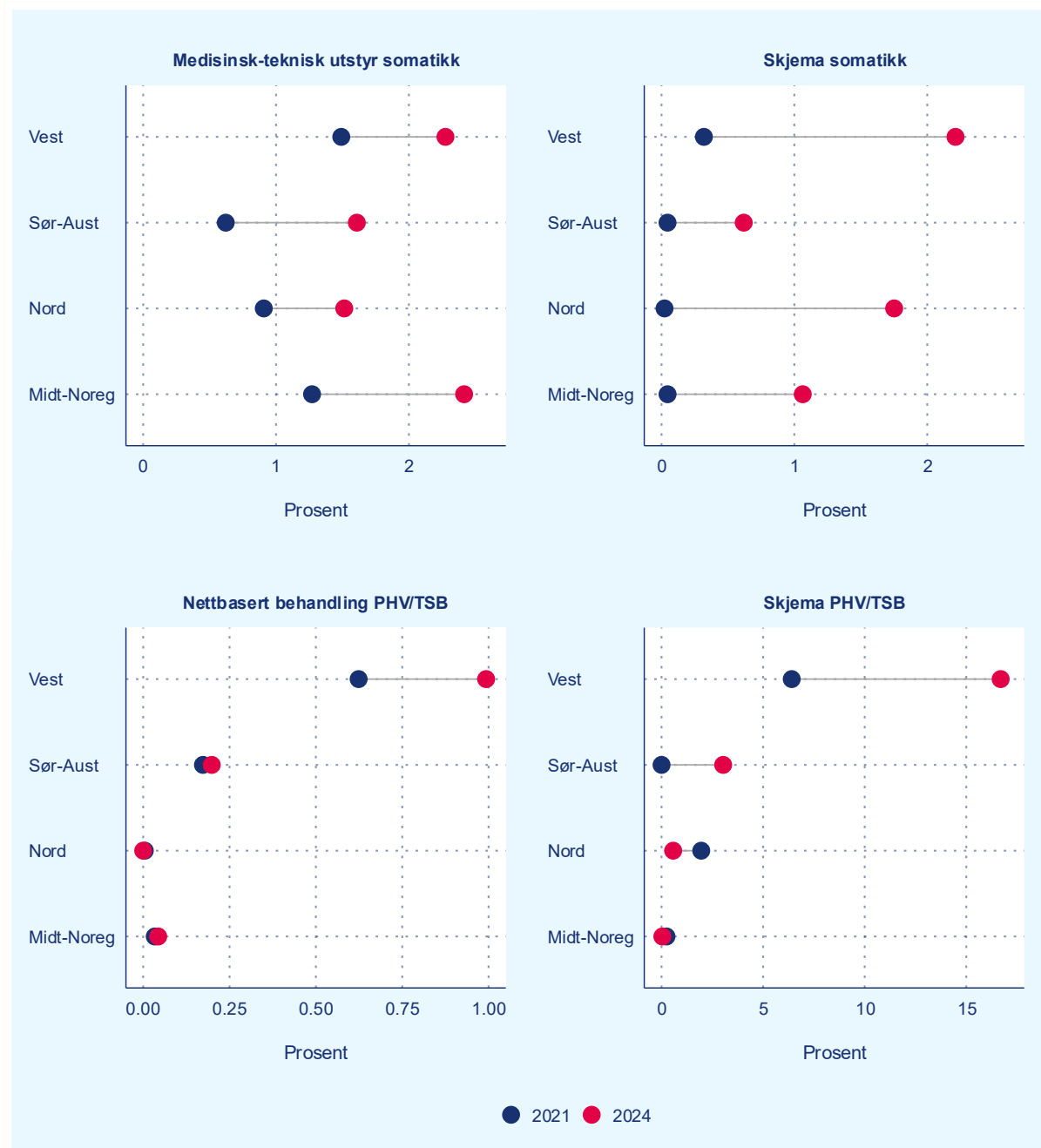
Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikatorar berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata for 2021 og 2024.

¹⁵ Her blir berre andelen nyrepasientar som får heimedialyse omtalt, fordi datakvaliteten i Norsk pasientregister på talet på pasientar lagde inn i heimesjukehus er dårleg. Helsedirektoratet. (2022). Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten.

Figuren viser at telefon-/videokonsultasjoner er vanlegare innan PHV/TSB enn innan somatikken, og at det innan PHV/TSB har vore ein nedgang i bruken sidan 2021. Innan somatikk har det vore ein auke sidan 2021, og auken har vore størst i Helse Nord.

Figur 4 viser korleis utviklinga har vore i bruk av dei andre formene for digital heimeoppfølging i dei ulike regionane i perioden.¹⁶ Merk at skalaene i dei ulike delfigurane varierer, noko som må takast omsyn til når figuren blir lesen.

Figur 4 Prosent som får ulike typar digital heimeoppfølging i 2021 og 2024, fordelt på regionane.



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikatorar berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata for 2021 og 2024.

¹⁶ Nettbasert behandling er i liten grad teken i bruk innan somatikken, og nesten berre i vest. Dette er difor ikkje inkludert i figuren, men blir omtalt nærmare i kapittel 10.1.5. Oppfølging via MTU er berre teken i bruk innan somatikken.

Hovudbiletet som blir illustrert av figuren, er som følgjer:

- I alle regionar er det ein større andel pasientar som får oppfølging via data frå skjema og medisinsk-teknisk utstyr i 2024 samanlikna med i 2021, med unntak av skjemabasert oppfølging innan PHV/TSB i Nord og Midt-Noreg.
- Vest peikar seg positivt ut ved å i særleg grad ha teke i bruk ulike former for digital heimeoppfølging.
- For nettbasert behandling innan psykisk helse har det ikkje vore endring i perioden.

I 2024 fekk føretaka oppdrag om at andelen pasientar som får digital heimeoppfølging¹⁷ eller video- eller telefonkonsultasjonar, skal auke samanlikna med 2023.

Analysar av data frå NPR viser at med unntak av Haraldsplass diakonale sykehus nådde alle dette målet i 2024 når vi ser på andelen pasientar ved helseføretaket som samla sett gjennomførte telefon-/videokonsultasjonar eller vart følgde opp digitalt gjennom bruk av skjema eller monitorering via medisinsk utstyr eller nettbasert behandlingsprogram.¹⁸ Analysen viser dimed at alle helseføretaka og to av dei private, ideelle sjukehusa i 2024 samla sett hadde auka bruken av ulike typar digital oppfølging frå nivået dei låg på i 2023.

Det store biletet er at det framleis er ein relativt liten andel pasientar som får digital heimeoppfølging utanom telefon-/videokonsultasjonar. I dei neste kapitla skal vi sjå korleis dette varierte i 2024 mellom ulike helseføretak og dei tre private, ideelle sjukehusa som har avtale med dei regionale helseføretaka.

10.1.2 Mindre vanleg med konsultasjonar over telefon eller video innan somatikken enn innan psykisk helse

Kommunikasjon mellom pasient og behandlar som skjer over video og telefon, gjer at pasienten slepp å møte fysisk på poliklinikken.

Ei mini-metodevurdering frå 2020 av videokonsultasjonar viser at erfaringane med slik oppfølging er gode. Klinisk viser videokonsultasjonar tilsvarande og/eller betre effekt samanlikna med oppmøte for ei rekkje pasientgrupper. Brukarane er tilfredse, og bruk av video aukar tilgangen til helsetenester. Mini-metodevurderinga understrekar at konklusjonen er usikker på grunn av kvaliteten på studiane.¹⁹

Tilfredsheitsundersøkingar gjorde ved Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs hospital HF viser også høg grad av brukartilfredsheit med video-/telefonkonsultasjonar.²⁰ Samstundes har St. Olavs hospital estimert at slik oppfølging gir reduserte kostnader til pasientreiser.²¹

¹⁷ Her inngår digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering og nettbasert behandlingsprogram.

¹⁸ Haraldsplass diakonale sykehus låg i utgangspunktet høgt på bruk av digital heimeoppfølging i 2023 samanlikna med andre.

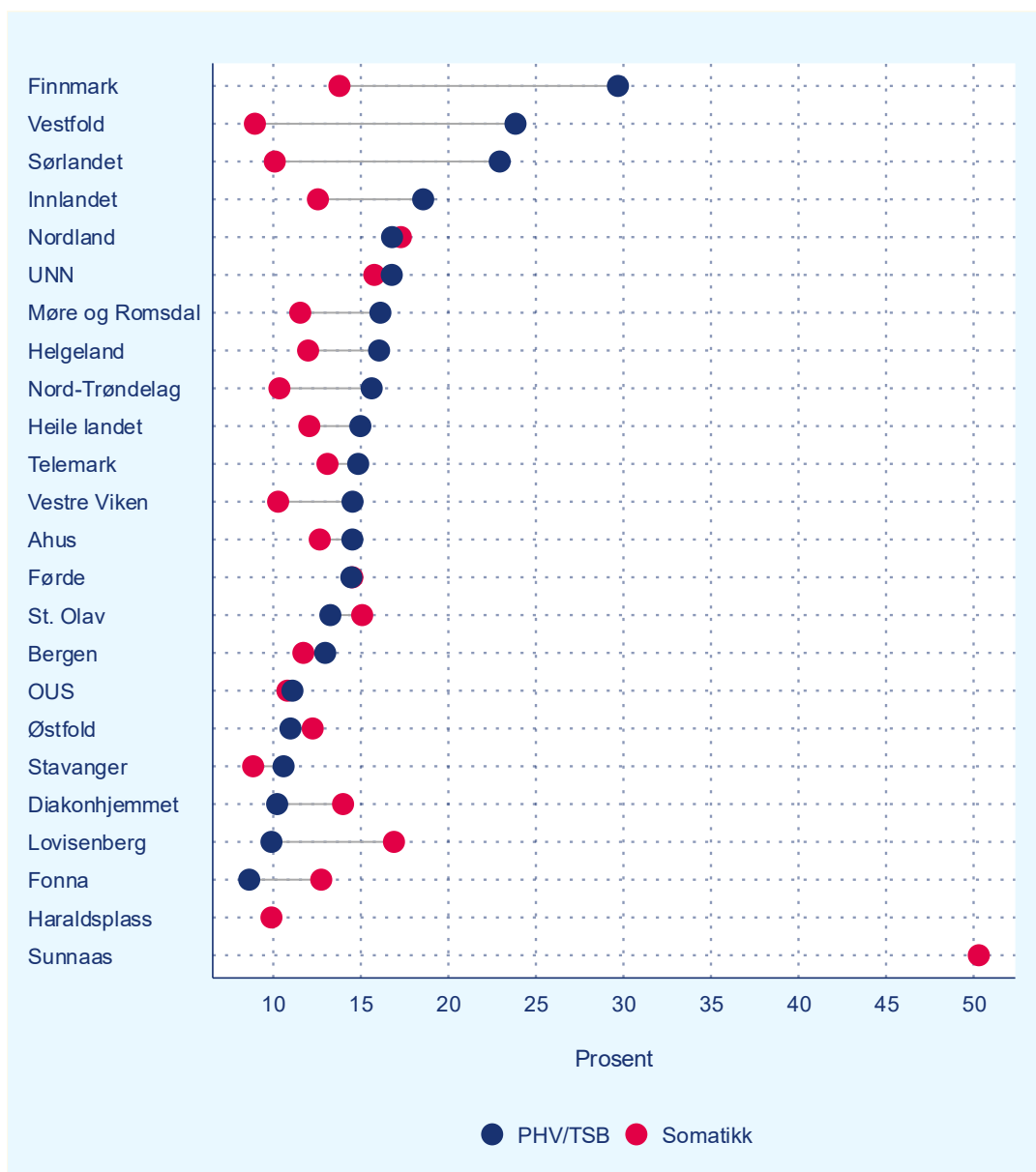
¹⁹ Folkehelseinstituttet. (2020). *Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging – videokonsultasjon (sanntid)*. Mini-metodevurdering, s. 6.

²⁰ Helse Møre og Romsdal HF. (2024). *Pasientundersøking om polikliniske konsultasjonar 2023*. Dokumentasjon sendt til Riksrevisjonen mars 2024; St. Olavs hospital HF. (2021). *Brukerundersøkelse polikliniske konsultasjonar*. Dokumentasjon sendt til Riksrevisjonen april 2025.

²¹ St. Olavs hospital HF. (2025). *Sparte reisekostnader ved bruk av telefon- og videokonsultasjonar*. Dokumentasjon sendt til Riksrevisjonen april 2025.

I åra 2021–2023 var det eit nasjonalt mål at minst 15 prosent av polikliniske konsultasjonar blir tekne over telefon eller video. Figur 5 viser andelen konsultasjonar som vart gjennomførte på denne måten i 2024, fordelt på helseføretak og dei tre private, ideelle sjukehusa.

Figur 5 Prosent konsultasjonar som er registrerte gjennomførte over video/telefon innan psykisk helsevern / tverrfagleg spesialisert rusbehandling (PHV/TSB)²² og somatikk. 2024



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikator berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata for 2024. I nokre tilfelle kan det vere skilnader mellom indikatorar berekna i RBF og føretaka sine indikatorar, som følgje av skilnader i kva slags datagrunnlag frå NPR som er nytta. Mellom anna er indikatorar i RBF berekna med utgangspunkt i teljande ISF-opphald i teljar og nemnar. Sjå metodekapittelet for nærmare omtale.

²² Sunnaas og Haraldsplass har ikkje tilbod innan psykisk helse.

Figuren viser at

- andelen konsultasjonar som vart gjennomførte via telefon eller video, var større innan PHV/TSB enn innan somatikken ved dei fleste helseføretaka
- Finnmarkssjukehuset HF er det helseføretaket som i størst grad har teke i bruk telefon-/videokonsultasjonar innan PHV/TSB, følgt av Sjukehuset i Vestfold HF og Sørlandet sjukehus HF
- innan somatikk er det Sunnaas sjukehus HF som peikar ut seg, der halvparten av konsultasjonane blir tekne over telefon eller video jamfør indikatoren for dette i RBF
- innan PHV/TSB låg over halvparten av helseføretaka rundt målet frå perioden 2021–2023 om at 15 prosent av polikliniske konsultasjonar skal takast over video/telefon, og innan somatikken gjaldt dette fire helseføretak, i tillegg til Lovisenberg Diakonale Sykehus

10.1.3 Stor auke i talet på pasientar som får oppfølging via skjema dei siste åra, men stor variasjon mellom helseføretaka

Oppfølging basert på pasientrapporterte data inneber at pasientane sjølv rapporterer om tilstanden sin til sjukehuset, typisk via digitale skjema på nettbrett eller mobiltelefon. Informasjonen blir nytta til å vurdere om og når konsultasjonar eller innleggingar er nødvendige, eller om det til dømes er behov for å gjere endringar i medisinbruk.²³ Ved fleire helseføretak blir denne typen oppfølging kalla «behovsstyrt oppfølging» eller «behovsstyrt poliklinikk».

Slik oppfølging kan anten skje over tid, til dømes for kronikargrupper som epilepsipasientar, eller for meir enkeltståande kontaktar som oppfølging av pasientar etter operasjon. I begge tilfelle er erfaringane at skjemarapportering erstattar oppmøtekontroll for ein del av pasientane, noko som betyr at pasientane unngår unødvendig reising til sjukehuset.²⁴

Førebelse erfaringar frå skjemabasert oppfølging av ulike pasientgrupper viser at pasientane er fornøgde med denne typen oppfølging, og at pasientane får auka ansvar for og kunnskap om sjukdommen sin.²⁵ Samstundes som ein unngår unødvendige kontrollar, kan skjemabasert oppfølging også gi pasientgrupper som har for lite kontakt med sjukehus, betre oppfølging. Ei mini-metodevurdering frå Vestre Viken viser til at epilepsipasientar med eit stabilt sjukdomsbilete vanlegvis ikkje blir følgde opp av spesialistar ved sjukehus, sjølv om dette er tilrådd i kunnskapsbaserte retningslinjer.

²³ Helsedirektoratet. (2024). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2025 (ISF-regelverket)*, s. 38.

²⁴ Helse Stavanger HF. (2024). *Gevinstrapport februar 2024. Brukerstyrt poliklinikk – Digital ortopedkirurgisk oppfølging*. Dokumentasjon sendt til Riksrevisjonen mars 2024; Vestre Viken. (2024). *Digital hjemmeoppfølging (DHO) – epilepsi*. Mini-metodevurdering.

²⁵ Bjørk, M. H. (2022). *Brukerstyrt oppfølging av epilepsipasienter ved Helse Bergen* [foredrag], sendt til Riksrevisjonen frå Helse Bergen HF mars 2024; Helsedirektoratet. (2023). *Årsrapport DHO 2023 MILA*; Vestre Viken. (2024). *Digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter ved Bærum Sykehus – Nimble Homewards*, sendt til Riksrevisjonen mars 2024; Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF. (2025). *Sluttrapport Brukerstyrt oppfølging av epilepsi ved nevrologisk poliklinikk, UNN Tromsø*. Sendt til Riksrevisjonen april 2025.

Skjemabasert oppfølging kan gi slike pasientar den kontakten og oppfølginga frå spesialistar dei elles ikkje får.²⁶

Det har vore ei mangedobling i talet på pasientar som er registrerte med aktivitet i skjemabasert oppfølging i somatikken – frå nær 2 200 i 2021 til omtrent 26 000 i 2024. Innan PHV/TSB var auka talet også mykje, frå rundt 3 300 til 12 000 pasientar.

Sidan 2022 har det vore eit mål fastsett i RBF at 1 prosent av alle pasientar skal følgjast opp via skjema (samla for PHV/TSB og somatikk).²⁷ I 2024 gjaldt dette totalt 1,53 prosent av pasientane, noko som betyr at målet vart nådd om ein ser alle helseføretak og private, ideelle sjukehus under eitt. 10 av dei av dei 20 helseføretaka og 2 av dei 3 private, ideelle sjukehusa nådde dette målet i 2024. Nokon var langt over, som Haraldsplass og Lovisenberg, og trekkjer opp landsgjennomsnittet.

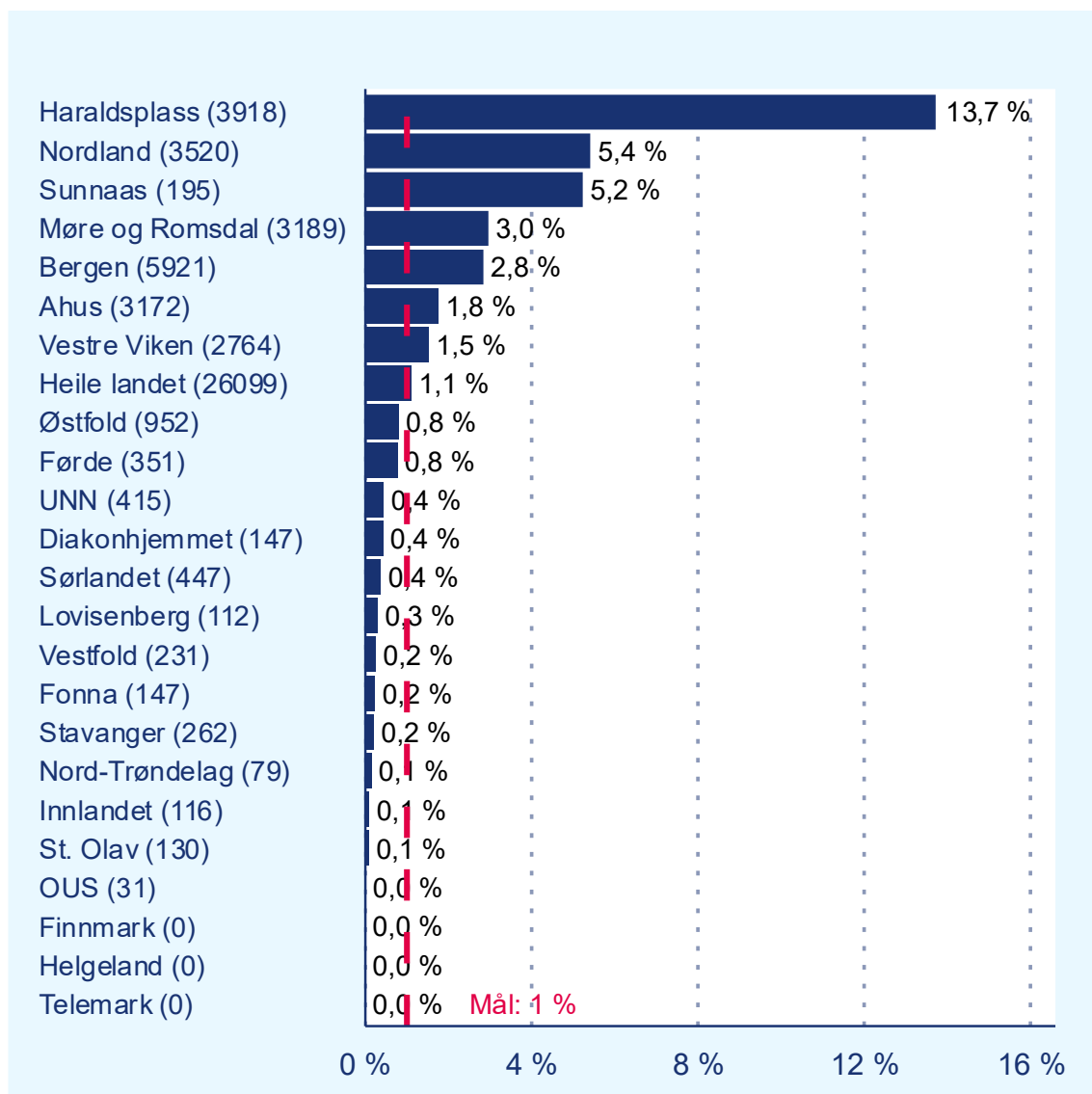
Dette blir illustrert av figur 6 og figur 7, som viser talet på og andelen pasientar som vart følgd opp på denne måten i 2024 innan somatikken og psykisk helse / tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Tala er fordelte på helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa.²⁸

²⁶ Vestre Viken. (2024). *Digital hjemmeoppfølging (DHO) – epilepsi*. Mini-metodevurdering.

²⁷ Helsedirektoratet. (2023, 2024 og 2025). *Regelverk for resultatbasert finansiering*. I 2023-regelverket s. 5 står det at «Indikatorene som er inkludert er de samme som var inkludert i RBF 2022». Sjå faktaboks 14 om RBF ordninga.

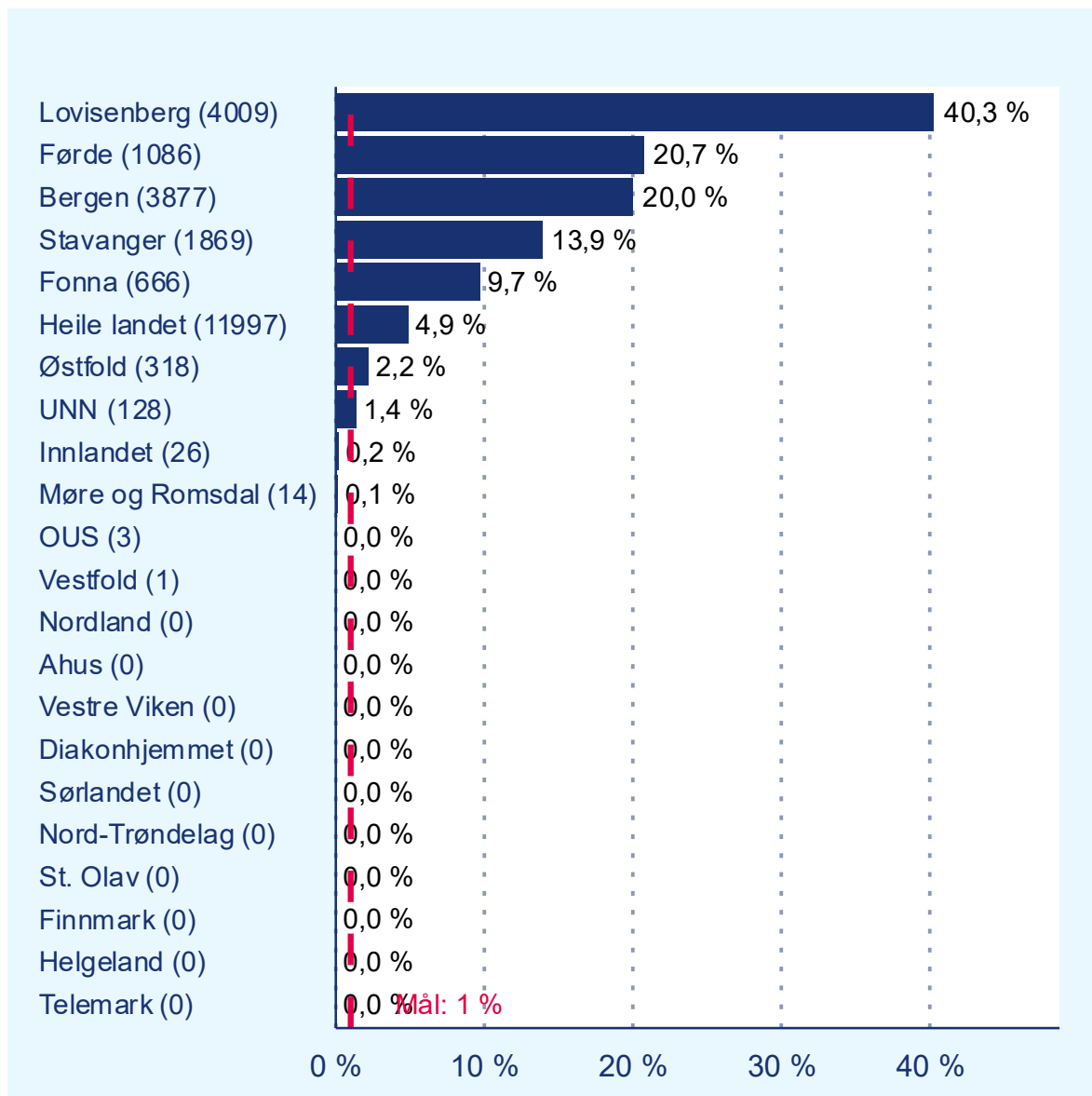
²⁸ Talet på unike pasientar per helseføretak/sjukehus som vart følgde opp på denne måten, kjem fram av tala i parentes i figuren.

Figur 6 Prosent pasientar registrerte med oppfølging basert på data frå pasientrapporterte skjema. Talet på pasientar står i parentes. 2024. Somatikk



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikator berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata for 2024.

Figur 7 Prosent pasientar registrerte med oppfølging basert på data frå pasientrapporterte skjema i psykisk helsevern / tverrfagleg psykisk behandling.²⁹ Talet på pasientar står i parentes. 2024.



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikator berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata for 2024.

Figurane viser at

- ved nokre helseføretak var det registrert stor aktivitet innan skjemabasert oppfølging, og innan PHV/TSB er det særleg helseføretak i Helse Vest som har teke i bruk denne typen oppfølging
- fleire hadde lite eller ingen registrert aktivitet, og dette gjeld også store helseføretak som Oslo universitetssjukehus og St. Olavs hospital
- eit mindretal av helseføretaka nådde målet om at 1 prosent av pasientane skal følgjast opp via skjemabasert oppfølging, både innan somatikken og innan PHV/TSB

²⁹ Sunnaas og Haraldsplass har ikkje tilbod innan psykisk helse.

- av dei tre private, ideelle sjukehusa skil Haraldsplass seg ut innan somatikken og Lovisenberg innan PHV/TSB, når det gjeld både talet på og andelen pasientar som får skjemabasert oppfølging³⁰

Kartlegginga vår viser at alle helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa planla og/eller prøvde ut skjemabasert oppfølging av fleire ulike pasientgrupper då vi kartla dette våren 2024. Dette gjeld også store helseføretak som Oslo universitetssjukehus, som hadde låg registrert aktivitet i 2024. Til dømes har det vore fleire sjukehus som oppgav til Riksrevisjonen at dei i 2024 planla eller prøvde ut skjemabasert oppfølging av epilepsipasientar³¹, kreftpasientar³², diabetespasientar³³ og ortopedipasientar³⁴.

10.1.4 Fleire får oppfølging via medisinsk-teknisk utstyr

Monitorering og oppfølging av pasientar via medisinsk-teknisk utstyr inneber at helsepersonell les og tolkar data som blir rapporterte frå utstyr som blir brukt av pasienten heime. Døme på dette er data frå pacemaker, spirometer (apparat til å måle lungefunksjonen) eller CPAP-apparat (sjå faktaboks 6).

Faktaboks 6 Automatisk overføring av data for pasientar som får CPAP-behandling

Personar med søvnapné som får såkalla CPAP-behandling, søv med ei maske, som via ein slange og kompressor skaper eit lufttrykk som held dei øvre luftvegane opne og hindrar pustestopp. Dataa frå CPAP-apparatet blir overførte via nettet, til dømes om talet på pustepausar per time. Digital monitorering gjer at det er mogleg å justere behandling og velje ut dei som treng kontroll med fysisk oppmøte. Ved Vestre Viken HF vart om lag 75 prosent av pasientane kontrollerte berre digitalt i 2024, medan resten har behov for fysisk kontroll etter digital heimeoppfølging.

Kjelder: Vestre Viken. (u.å.). CPAP-hjemmeoppfølging; Sjukehuset Østfold. (2016). Får data rett fra hjemmet.

Når det gjeld pasientar som bruker CPAP-apparat, har ikkje internasjonale studiar eintydige konklusjonar om trådløs monitorering gir betre behandlingsresultat samanlikna med standardbehandling. Ifølgje fagmiljøet for lungemedisin ved Helse Bergen HF viser studiar at telemonitorering med dagens metodar generelt ikkje betrar etterlevinga av

³⁰ Haraldsplass har ikkje tilbod innan PHV/TSB.

³¹ Oslo universitetssjukehus HF og Helse Fonna HF oppgav at dei planla eller prøvde ut dette. Vestre Viken HF, Sjukehuset i Vestfold HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Akershus universitetssjukehus HF, Helse Møre og Romsdal HF og Helse Stavanger HF rapporterte til Riksrevisjonen i 2024 at dei hadde dette i drift.

³² Akershus universitetssjukehus HF, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Stavanger HF, Sjukehuset Telemark HF, St. Olavs hospital HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus opplyste at dei planla eller prøvde ut dette. Sjukehuset Innlandet HF, Helse Førde HF, Sjukehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Sjukehuset i Vestfold HF, Sjukehuset Telemark HF, Nordlandssjukehuset HF og Helse Bergen HF oppgav at dei hadde dette i drift.

³³ Vestre Viken HF, Sjukehuset Telemark HF, St. Olavs hospital HF, Sørlandet sjukehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Sjukehuset Innlandet HF, Haraldsplass diakonale sykehus, Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Akershus universitetssjukehus HF og Helse Stavanger HF oppgav at dei planla eller prøvde ut dette. Sjukehuset Østfold HF, Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, Helse Fonna HF, Akershus universitetssjukehus HF og Helse Møre og Romsdal HF rapporterte til Riksrevisjonen i 2024 at dei hadde dette i drift.

³⁴ Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Sjukehuset Telemark HF, Sørlandet sjukehus HF, Vestre Viken HF, Diakonhjemmet sykehus, Haraldsplass diakonale sykehus og Helse Fonna HF.

CPAP-behandling, men at det gjer det mogleg handtere eit større tal pasientar utan at kvaliteten på oppfølginga blir redusert.³⁵

Det er også gjennomført ei mini-metodevurdering av oppfølging via data frå handhaldt spirometer, som blir brukt av personar med astma for å monitorere lungefunksjonen. I denne blir det konkludert med at effekten er «udelt positiv» for pasienten, med betra astmakontroll, færre legebesøk og sjukehusinnleggingar og betra livskvalitet.³⁶

Det har vore ein stor auke i talet på pasientar som blir følgde opp heime via sensorar eller medisinsk-teknisk utstyr. I 2024 fekk rundt 43 200 pasientar denne typen oppfølging innan somatikken, som utgjer meir enn ei dobling sidan 2021, der dette gjaldt rundt 20 000 pasientar. Slik oppfølging er mindre relevant innan PHV/TSB, der det er mindre bruk av medisinsk utstyr enn i somatikken.

I ordninga med resultatbasert finansiering er det frå og med 2025 inkludert ein indikator for oppfølging via medisinsk-teknisk utstyr, der målet er at 2 prosent av pasientane innan somatikken skal følgjast opp på denne måten.³⁷ I 2024 var helseføretaka samla nær ved å nå målet: Totalt vart 1,9 prosent av pasientane innan somatikken følgde opp via medisinsk-teknisk utstyr.

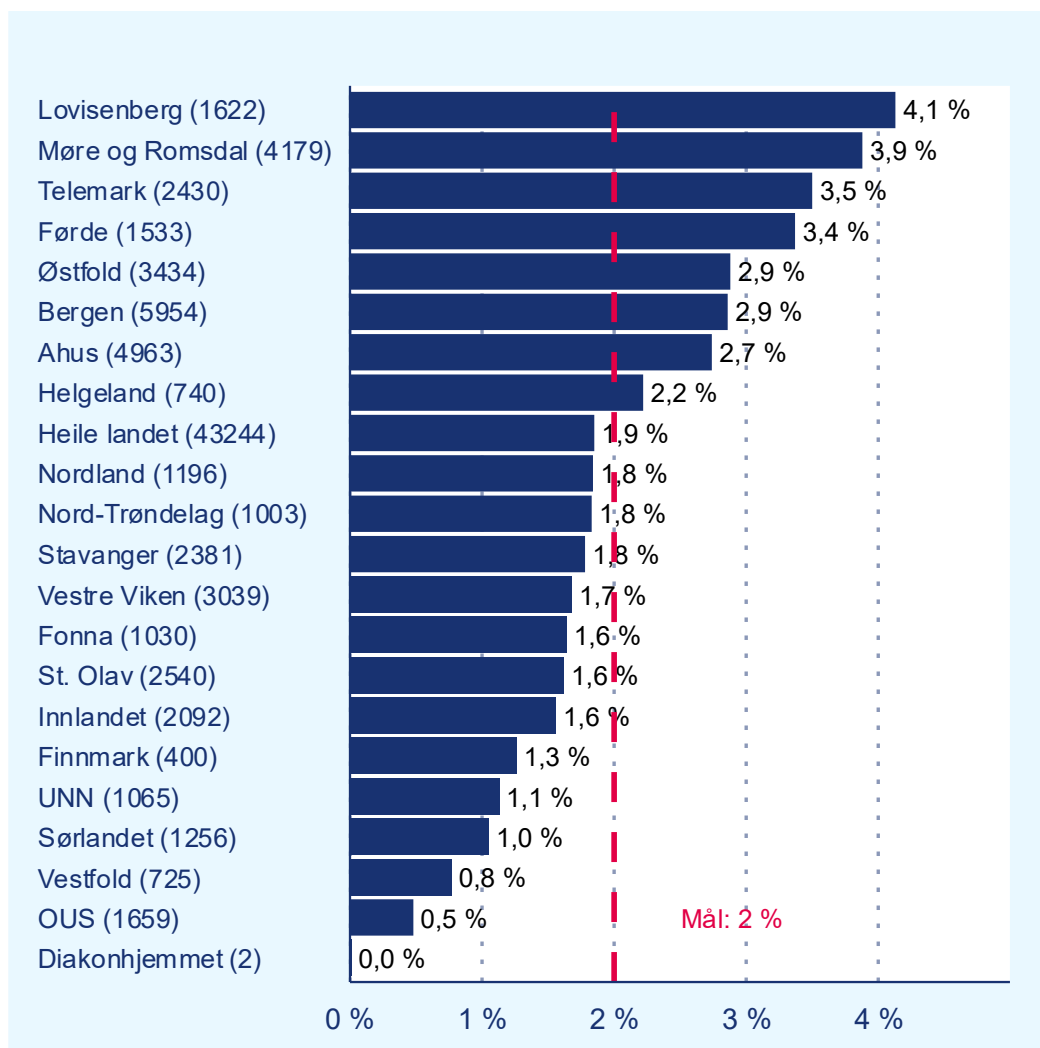
Figur 8 viser talet på og andelen registrerte pasientar som fekk digital heimeoppfølging via medisinsk-teknisk utstyr i somatikken i 2024, fordelt på dei ulike helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa.

³⁵ Senterleiar for Nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk for langtidsmekanisk ventilasjon og seksjonsleiar ved lungepolikliniken ved Helse Bergen HF, intervju og epost, 05. februar 2025.

³⁶ Oslo universitetssjukehus. (2021). *Bærbar og håndholdt spirometri koblet til app med «interface» for digital behandlingsplan og hjemmemonitorering av lungefunksjon*. Mini-metodevurdering.

³⁷ Helsedirektoratet. (2024). *Regelverk for resultatbasert finansiering 2025*, s. 10 og 17.

Figur 8 Prosent pasientar registrerte med digital heimeoppfølging via data frå sensorar eller medisinsk-teknisk utstyr. Talet på pasientar står i parentes. 2024. Somatikk



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikator berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata for 2024.

Figuren viser at

- blant helseføretaka var *andelen* pasientar som vart følgde opp heime via medisinsk-teknisk utstyr, høgast ved Helse Møre og Romsdal HF, følgt av Sjukehuset Telemark HF og Helse Førde HF
- 7 av 20 helseføretak – i tillegg til Lovisenberg Diakonale Sykehus – nådde målet om at minst 2 prosent av pasientane skal få oppfølging via medisinsk-teknisk utstyr
- enkelte store helseføretak låg eit stykke under målet, som Oslo universitetssjukehus HF (0,5 prosent) og Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF (1,1 prosent)
- *flest* pasientar får slik oppfølging ved Helse Bergen HF, følgt av Akershus universitetssjukehus HF og Møre og Romsdal HF

Kartlegginga vår viser at helseføretaka i 2024 planla å utvide tilbodet av digital heimeoppfølging via medisinsk-teknisk utstyr til fleire pasientgrupper. Til dømes oppgav ulike helseføretak til Riksrevisjonen at dei i 2024 drifta, planla, eller prøvde ut oppfølging

via medisinsk-teknisk utstyr av diabetespasientar³⁸, hjartepasientar³⁹ og lungepasientar (spirometri)⁴⁰. Sunnaas sjukehus HF opplyser at de ikkje har pasientar det førebels er aktuelt å følgje opp heime ved hjelp av medisinsk-teknisk utstyr.

10.1.5 Nettbasert behandling ved psykiske lidningar blir tilrådd brukt, men få pasientar får tilbodet

Nettbasert behandlingsprogram har til no vore vanlegast ved psykiske lidningar og bruk av rusmiddel gjennom såkalla eBehandling, tidlegare kalla eMeistring.⁴¹ Nettbasert behandling inneheld dei same elementa som ordinær behandling i poliklinikk, men behandlinga og kommunikasjonen mellom behandlaren og pasienten skjer digitalt. I tillegg består behandlingsprogramma av ulike element som bruk av video, pasientrapporterte data og lærings- og meistringsmodular.⁴²

Det var Helse Bergen som starta opp slik behandling av pasientar i 2012, ved å tilby pasientar med sosial angst, depresjon eller panikklidningar rettleidd nettbehandling.⁴³ I dag er det også nettbaserte behandlingsprogram innan somatikken, som mage-tarmskulen utvikla ved Helse Bergen, som blir tilbode pasientar med irritabel tarmsyndrom (IBS).

Nettbasert behandling ved psykiske lidningar er den einaste forma for digital heimeoppfølging det er gjennomført ei *fullstendig* metodevurdering av, då Folkehelseinstituttet (FHI) i 2018 vurderte eMeistring ved behandling av psykiske lidningar. Konklusjonen var at dette har god behandlingseffekt, og at pasientane er fornøgde. Metodevurderinga hadde ingen sikre konklusjonar om kva konsekvensar auka bruk av nettbehandling ville ha for budsjetta til helseføretaka, men behandlinga er mindre personalkrevjande enn ansikt-til-ansikt-behandling.⁴⁴ I 2019 tilrådde Beslutningsforum å ta i bruk rettleidd nettbehandling «der det finnes hensiktsmessig».⁴⁵

Det er også gode erfaringar frå mage-tarmskulen. IBS er lågt prioritert i spesialisthelsetenesta, fastlegen har ofte avgrensa kompetanse, og pasientar er misfornøgde med helsehjelpa dei får både i den kommunal helse- og omsorgstenesta og i spesialisthelsetenesta, ifølgje kompetansenesta for funksjonelle mage-tarmsjukdommar. Mage-tarmskulen fyller dimed eit behov for både behandling og kvalitetssikra informasjon. Erfaringane frå mage-tarmskulen er at pasientane er fornøgde, meistarar

³⁸ Vestre Viken opplyste at dei planla fjernmonitorering av diabetespasientar, medan Lovisenberg Diakonale Sykehus, Haraldsplass diakonale sykehus, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Finnmarkssjukehuset HF, Akershus universitetssjukehus HF og Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF oppgav at dei hadde eit slikt tilbod i drift i 2024.

³⁹ Sørlandet sjukehus HF og Akershus universitetssjukehus HF oppgav at dei planla / prøvde ut dette, medan Nordlandssjukehuset HF og Helse Bergen HF opplyste at dei hadde det i drift.

⁴⁰ Akershus universitetssjukehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Vestre Viken HF oppgav at dei planla / prøvde ut dette.

⁴¹ Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*, s. 53.

⁴² Helse Vest RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Midt-Noreg RHF og Helse Nord RHF. (2021). *Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging - definisjon, måltall og tilrettelegging*.

⁴³ Folkehelseinstituttet. (2018). *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser. Fullstendig metodevurdering*, s. 23 og 91.

⁴⁴ Folkehelseinstituttet. (2018). *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser. Fullstendig metodevurdering*, s. 53.

⁴⁵ Beslutningsforum for nye metoder. (2019). *Møte i beslutningsforum for nye metoder 28. januar 2019*. Innkalling og sakspapirer.

sjukdommen betre og får reduserte plager.⁴⁶ Berentsen et al. viser også at mage-tarmskulen ikkje er dårlegare enn fysisk IBS-skule ved lærings- og meistringssenteret til Helse Bergen.⁴⁷

Sjølv om nettbasert behandling har vore tilgjengeleg lenge for psykiske lidingar, og etter kvart også innan somatikken, er det svært få pasientar som får slik oppfølging:

- Totalt var det 746 pasientar som hadde gjennomført nettbasert behandling innan PHV/TSB i 2024, 50 prosent fleire enn i 2021 (506).
- Innan somatikken var det rundt 1000 registrerte pasientar i 2024, dei aller fleste tilhørde Helse Bergen (984). Dette er meir enn ei dobling frå 2021.

Sidan 2022 har det vore eit mål at 1 prosent av pasientane skal ha gjennomført nettbasert behandling, om ein ser på somatikk og PHV/TSB *samla*.⁴⁸ I 2024 fekk totalt 0,07 prosent av pasientane slik oppfølging – langt unna målet fastsett i RBF. Det er heller ingen av helseføretaka som er i nærleiken av at 1 prosent av pasientane skal ha gjennomført nettbasert behandling om vi ser på psykisk helse og somatikk samla. Nærmast var Helse Bergen HF med 0,57 prosent.

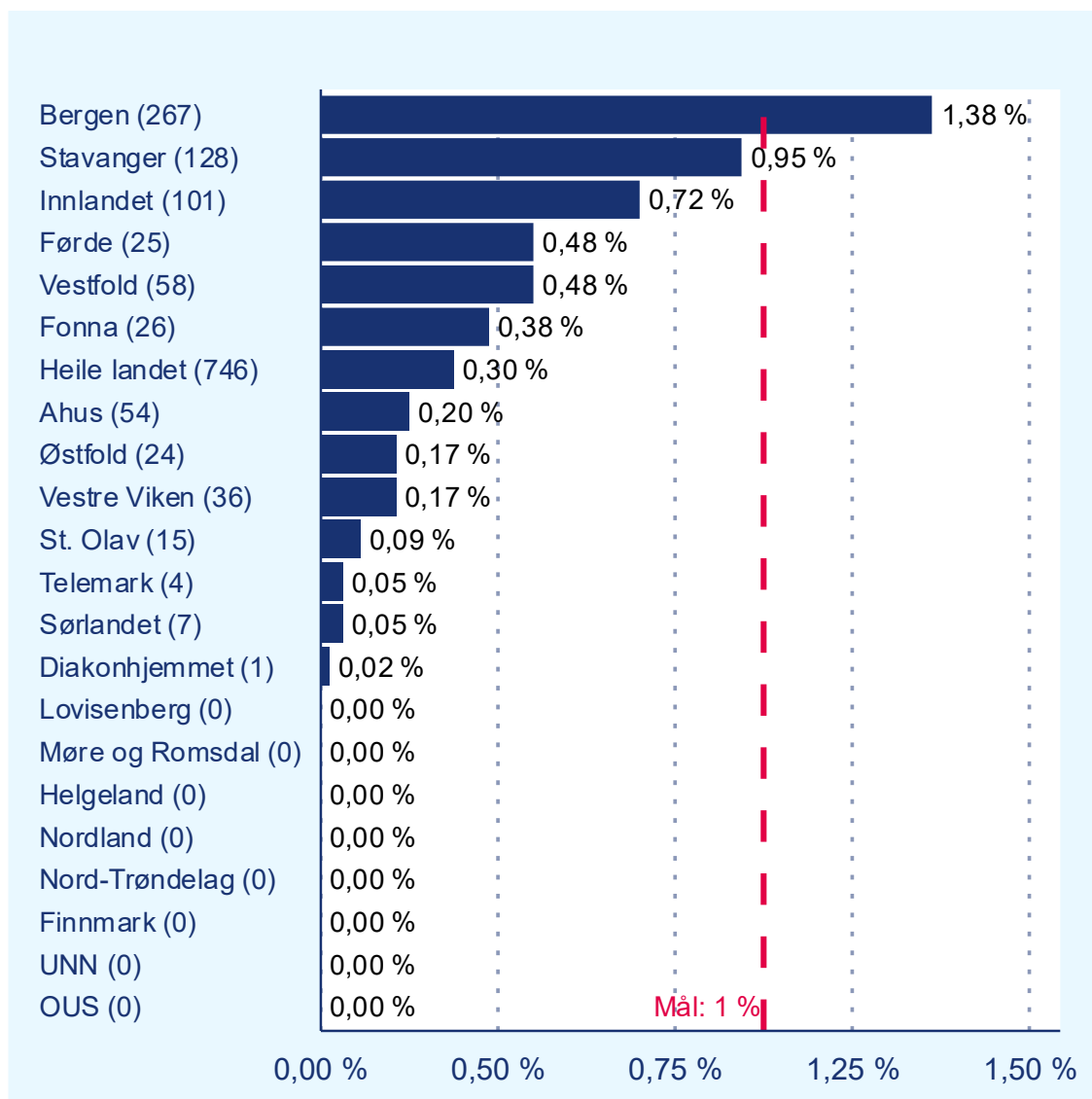
Figur 9 viser talet på og andelen pasientar registrerte med gjennomført nettbasert behandlinga i 2024, innan *berre* PHV/TSB, fordelt på helseføretaka.

⁴⁶ Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsjukdommar. (2023). *Rapport 2023: Mage-tarmskolen – digital behandling ved irritabel tarmsyndrom*.

⁴⁷ Berentsen et al. (2025). *The Effects of Digital eHealth Versus Onsite 2-Day Group-Based Education in 255 Patients With Irritable Bowel Syndrome: Cohort Study*.

⁴⁸ Helsedirektoratet. (2023). *Regelverk for resultatbasert finansiering 2023*, s. 11.

Figur 9 Prosent pasientar registrerte med nettbasert behandlingsprogram i psykisk helse / tverrfagleg spesialisert rusbehandling.⁴⁹ Talet på pasientar står i parentes. 2024



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Indikator berekna i resultatbasert finansiering (RBF), basert på årsdata for 2024.

Figuren viser at

- Ein av tre av dei som gjennomførte nettbasert behandling innan psykisk helse i 2024, tilhørde Helse Bergen HF. Her gjennomførte 1,4 prosent av pasientane nettbasert behandling, følgt av Helse Stavanger HF med 1 prosent.
- Dei fleste helseføretaka hadde låge eller ingen registrert aktivitet på dette området i 2024, noko som tyder på at dei ikkje hadde etablert eit slikt tilbod. Dette gjeld også dei private, ideelle sjukehusa Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Som vi omtaler i kapittel 14.4, gjekk dei regionale helseføretaka i 2023 saman om å skaffe ei ny, moderne teknisk løysing for slik behandling. Løysinga skal forvaltast interregionalt

⁴⁹ Sunnaas og Haraldsplass har ikkje tilbod innan psykisk helse og inngår ikkje i denne statistikken.

og legg til rette for at behandlingsprogram kan utviklast lokalt og delast på tvers av sjukehus i heile landet. Nye nettbaserte behandlingstilbod er under planlegging / utprøving ved sjukehus i Helse Vest og Helse Sør-Aust. Døme på dette er behandlingsprogram for pasientar med overvekt, ADHD eller smerteproblematikk.⁵⁰

10.1.6 Fleirtalet av helseføretaka når ikkje målet om at tre av ti med nyresvikt skal få heimedialyse

Heimedialyse er eit tilbod for pasientar som er i stand til å gjennomføre behandlinga sjølv eller med assistanse frå pårørande eller heimetenesta.⁵¹ Heimedialyse gjer at pasienten kan spare mykje tid på reising fram og tilbake til sjukehuset, gir større fridom til å bestemme når dialysen blir gjennomført, og kan tilpassast kvardagen til pasienten. I tredje tertial 2024 fekk 26,5 prosent av alle pasientar med kronisk nyresvikt heimedialyse.⁵² Dette er under målet som Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstenesta har sett, om at minst 30 prosent av desse pasientane skal få heimedialyse.⁵³

Utviklinga over tid har vore positiv for fleire helseføretak.⁵⁴ Kor godt dette tilbodet er bygd ut, varierer likevel mellom helseføretaka, noko figur 10 illustrerer.

⁵⁰ Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Felles plan 2024. IKT-utvikling og digitalisering*.

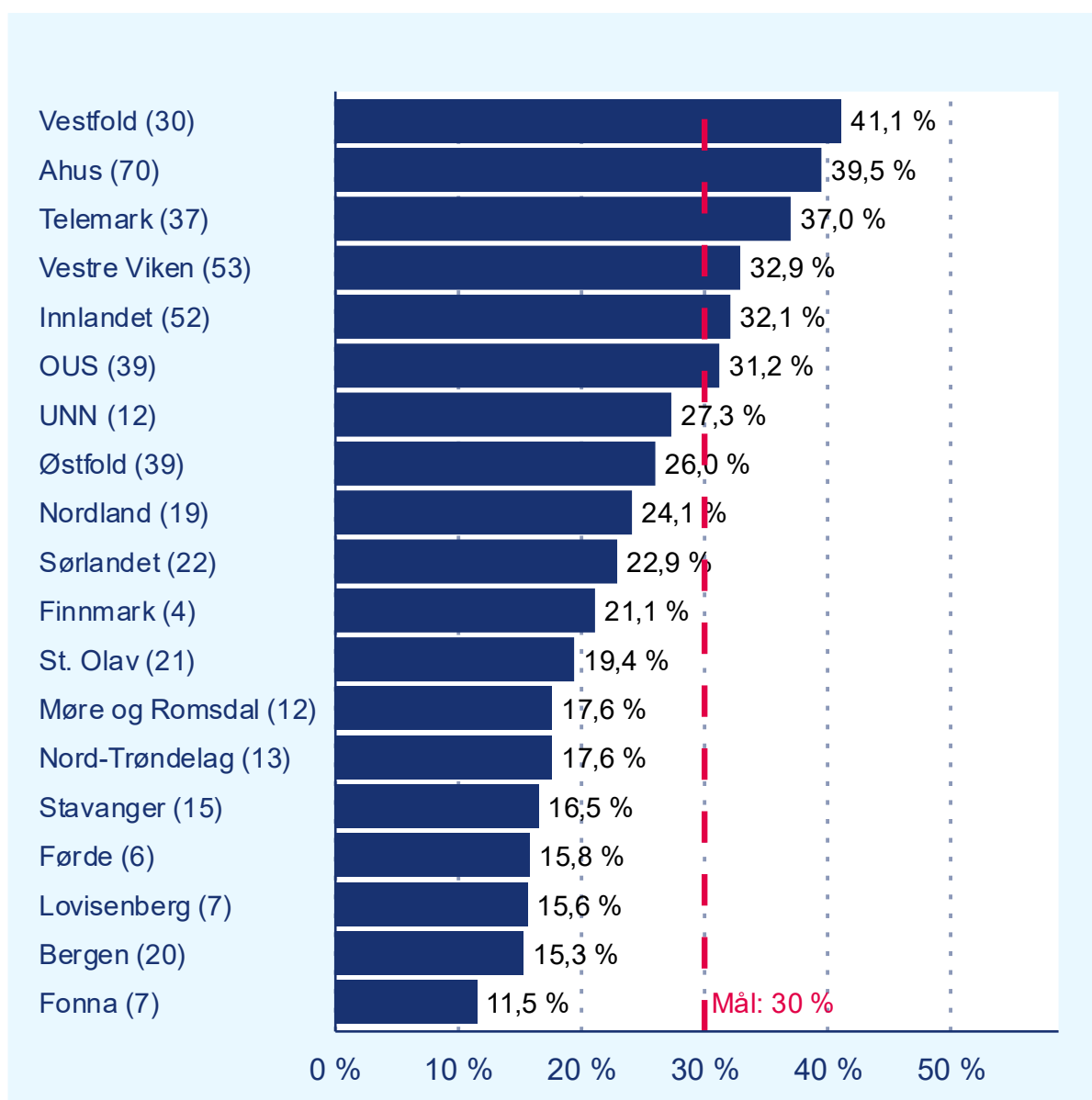
⁵¹ Heimedialyse er definert som dialysebehandling som ikkje blir utført på ei nyreavdeling eller ein dialysesatellitt.

⁵² Helsedirektoratet. (2025). *Nyresvikt – dialysepasienter som får hjemmedialyse*.

⁵³ Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstenesta gjorde eit vedtak om ei målsetjing om at andelen dialysepasientar som får heimedialyse, skal vere på minst 30 prosent, vedtak i møte 17. mars 2016. Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). *Nyresvikt – dialysepasienter som får hjemmedialyse*.

⁵⁴ Helsedirektoratet. (2025). *Nyresvikt – dialysepasienter som får hjemmedialyse*. Lovisenberg Diakonale Sykehus er det einaste av dei tre private, ideelle sjukehusa som inngår i denne undersøkinga, som er inkludert i denne statistikken. Utviklinga har vore positiv også ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Statistikken inneheld ikkje tal for Helgelandssjukehuset HF eller Sunnaas sjukehus HF.

Figur 10 Prosent dialysepasientar registrerte med heimedialyse. 3. tertial 2024. Talet på pasientar står i parentes.



Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Nyresvikt – dialysepasienter som får hjemmedialyse [nettdokument].

Figuren viser at

- alle dei seks helseføretaka som ligg over målet 3. tertial 2024, ligg i Helse Sør-Aust, og i tillegg til dette får 27 prosent av pasientane med kronisk nyresvikt ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg heimedialyse
- dei fleste av helseføretaka *ikkje* når målet, inkludert store helseføretak som Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og St. Olavs hospital HF

I statistikken inngår ikkje pasientar som får dialysebehandling ved til dømes dialysesatellittar eller distriktsmedisinske senter. Slike tilbod finst det fleire av, og dei kan spare reiseveg for pasientar som elles ville reist heilt inn til sjukehuset.

I tillegg til dei ulike formene for behandlingsforløp som er flytta heim og gjorde moglege gjennom teknologi omtalt her, finst det ei rekkje andre variantar av sjukehusenester i eller nær heimen, der omfanget ikkje kan beskrivast gjennom nasjonal statistikk.⁵⁵ Nokre behandlingsforløp skjer enkelte stader i samarbeid med kommunehelsetenesta, og døme på dette blir omtalte i kapittel 11.

10.2 Vanlegare med digital heimeoppfølging for pasientar i kommunar med lengre reiseavstand

Så langt i dette kapittelet har vi sett at tilgangen pasientar har til dei ulike formene for digital heimeoppfølging, varierer mykje mellom dei ulike helseregionane og dei ulike helseføretaka. Dette inneber at tilgangen pasientar har til slike tenester, er avhengig av geografi.

Samstundes kan digitale tilbod gjere spesialisthelsetenester meir tilgjengelege for pasientar som bur langt unna sjukehus, og redusere reisebelastninga for slike pasientar. I denne delen undersøker vi om tilgangen til ulike former for digital heimeoppfølging varierer ut frå reisetida pasientar har til sjukehus.⁵⁶

Tabell 1 viser korleis bruken av dei vanlegaste formene for digital heimeoppfølging varierer med reisetid til sjukehus frå bustadkommunen til pasientane.⁵⁷ Her tek vi utgangspunkt i forbruksratane av digital heimeoppfølging i dei 10 prosentane av kommunane med kortast reisetid, mot tilsvarende ratar i dei 10 prosentane av kommunane med lengst reisetid.⁵⁸

Tabell 1 Bruk av ulike former for digital heimeoppfølging i 2024 etter reisetid frå bustadkommunen til pasienten til nærmaste sjukehus.

	Kommunar med kort reisetid	Kommunar med lang reisetid
Tlf./video, somatikk per 100 polikliniske konsultasjonar	9,2	16,0
Tlf./video, PHV/TSB per 100 polikliniske konsultasjonar	15,6	32,1
Skjemabasert oppfølging, somatikk per 100 pasientar	1,3	1,4
Oppfølging via MTU, somatikk per 100 pasientar	1,8	2,5

Kjelde: Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå.

⁵⁵ Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

⁵⁶ Vi har nytta tal frå Statistisk sentralbyrå for reisetid til nærmaste fødeavdeling som eit mål på reisetid til nærmaste sjukehus. Sjå metodekapittelet for nærmare beskriving.

⁵⁷ Vi har utelate nettbasert behandling, skjemabasert oppfølging innan PHV/TSB og heimedialyse i tabellen på grunn av få observasjonar totalt.

⁵⁸ Gjennomsnittleg reisetid for innbyggjarane i dei 10 prosentane av kommunane som ligg nærmast sjukehus, var på litt under 8 minutt. For dei 10 prosentane av kommunane som ligg lengst unna sjukehus, var gjennomsnittleg reisetid på rundt 3 timar og 40 minutt.

Tabellen viser at det er langt vanlegare å gjennomføre konsultasjonar over video eller telefon for pasientar med lang reisetid til sjukehus, både innan somatikken og i psykisk helsevern. Pasientar med lang reisetid til sjukehus får også i større grad oppfølging via MTU. For skjemabasert oppfølging viser tabellen liten skilnad i bruken ut frå reisetida til pasientane.

Større bruk av digital heimeoppfølging i kommunar langt frå sjukehus er i tråd med intensjonen om å redusere reisebelastninga for pasientar.

10.3 Pasientforeiningane er positive til digital heimeoppfølging for pasientar det er eigna for

For å få synspunkt frå pasientforeiningar som representerer pasientgrupper med erfaring frå ulike typar digital heimeoppfølging, har vi intervjuet fem pasientforeiningar:

Søvnforeningen, Mental Helse, Diabetesforbundet, Epilepsiforbundet og Kreftforeningen.⁵⁹ Alle foreiningane er positive til digital oppfølging. Nokon peikar på at dette tilbodet er for dårleg bygd ut per i dag,⁶⁰ og at det varierer for mykje kor god tilgangen er til digital heimeoppfølging.⁶¹ Samstundes understrekar alle foreiningane at slik oppfølging ikkje passar alle pasientar.

Kreftforeningen gjennomførte ei kartlegging om digital heimeoppfølging i 2022. Denne viser at majoriteten i brukarpanelet i foreininga er positive til å ta i bruk slik oppfølging.⁶² Blant pasientane som har teke det i bruk, er tilbakemeldingane berre positive, opplyser Kreftforeningen i intervju. Kreftforeningen ønskjer at digital heimeoppfølging blir innført som standard behandling⁶³, og at alle kreftpasientane som vil ha behov og kan dra nytte av digital heimeoppfølging, får tilbod om dette.⁶⁴

Fordelar foreiningane peikar på, er at digital oppfølging kan spare pasientane for unødvendig reising,⁶⁵ gi meir systematisk oppfølging⁶⁶ og gjere terskelen lågare for å ta kontakt med helsepersonell.

Digitale behandlingstilbod kan gi tilgang til behandling for pasientar som opplever å ha eit dårleg utbygd behandlingstilbod i dag. Søvnforeningen påpeikar at fleire av pasientgruppene dei representerer, får for lite oppfølging i spesialisthelsetenesta i forhold til behovet sitt.⁶⁷ Mental Helse peikar på det at for at for nokre pasientar står det mellom nettbehandling eller ikkje behandling.

⁵⁹ Mage-tarmforbundet og Rådet for psykisk helse vart også kontakta, men ikkje intervjuet sidan dei sjølv oppgav at dei ikkje hadde innspel til tematikken.

⁶⁰ Riksrevisjonen. (2025). Referat frå intervju med Søvnforeningen, Kreftforeningen og Mental Helse.

⁶¹ Riksrevisjonen. (2025). Referat frå intervju med Søvnforeningen og Mental Helse.

⁶² Kreftforeningen. (2023). *Pasientforløpet. Resultater fra en undersøkelse i Kreftforeningens brukerpanel 2022*.

⁶³ Kreftforeningen. (2023). *Høringsinnspel til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*.

⁶⁴ Helse- og Omsorgsdepartementet. (2025). Felles innsats mot kreft. Nasjonal kreftstrategi (2025–2035), s 27.

⁶⁵ Riksrevisjonen. (2025). Referat frå intervju med Søvnforeningen, Kreftforeningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforbundet og Mental Helse.

⁶⁶ Riksrevisjonen. (2025). Referat frå intervju med Kreftforeningen, Mental Helse og Epilepsiforbundet.

⁶⁷ Foreininga representerer mellom anna pasientar med insomni (søvnløysse), hypersomni (tilstand med auka søvnigheit) og søvnapné (tilstand der ein i løpet av natta sluttar å puste i nokre sekund).

Pasientforeiningane understrekar at tilbodet må tilpassast individuelt, og at det er viktig med god kartlegging av pasienten for å vurdere kven som bør få tilbod om digital oppfølging. Alle foreiningane viser til at pasienten må vere digitalt kompetent. Mange pasientar ønskjer eller treng fysisk kontakt med ein behandlar⁶⁸ eller ein kombinasjon av digital og fysisk oppfølging.⁶⁹ Diabetesforbundet er spesielt oppteke av varetaking av sårbare grupper (mellom anna unge vaksne og grupper med språkutfordringar).

Mental Helse påpeikar at det er vanskeleg å sjå om pasienten er på veg inn i ein sjukdomsperiode når ein berre sest digitalt; behandlaren vil lettare fange opp endringar ved fysisk kontakt. Epilepsiforbundet viser til at det ved skjemasbasert oppfølging er viktig å følgje opp pasientar som ikkje svarer på skjema, då forverring av sjukdomstilstanden kan gjere det vanskeleg for enkelte pasientar å følgje denne typen opplegg. Søvnforeningen og Epilepsiforbundet peikar på at når pasientar blir følgde opp digitalt, må det vere moglegheit for ein rask veg inn til poliklinikken ved forverring av tilstanden.⁷⁰

Diabetesforbundet meiner at digital oppfølging må vere eit *supplement* som kan gi ei betre og tettare oppfølging av denne pasientgruppa, og ikkje gjere det enklare for klinikkane å utsetje eller redusere oppmøtekontrollar, som er heilt nødvendige for denne pasientgruppa. I denne samanhengen blir årskontroll og årskontrollprosedyrar trekte fram som døme.

Også brukarutvalet i Helse Sør-Aust RHF ser positivt på at fleire pasientar får tilbod om digital heimeoppfølging, men ser at det likevel er få pasientar og pasientgrupper som får tilbod om dette. Brukarutvalet meiner det er uheldig at det framleis er stor variasjon mellom helseføretaka i bruken av digital heimeoppfølging.⁷¹

Erfaringane med digital heimeoppfølging er gode også blant pasientar som vart følgde opp i det såkalla spreingsprosjektet frå 2022 til 2024 (sjå faktaboks 15). Ei nasjonal brukarundersøking i desember 2024 viste at 92 prosent av brukarane var fornøgde eller svært fornøgde med tenesta. Pasientane rapporterte om auka meistring, tryggleik og betre livskvalitet. Mange oppgav at dei fekk hjelp når dei trong det, og at dei fekk støtte til å fange opp forverring tidleg.⁷²

⁶⁸ Riksrevisjonen. (2025). Referat frå intervju med Søvnforeningen, Epilepsiforbundet og Mental Helse.

⁶⁹ Riksrevisjonen. (2025). Referat frå intervju med Diabetesforeningen og Epilepsiforbundet.

⁷⁰ Riksrevisjonen. (2025). Referat frå intervju med Søvnforeningen og Epilepsiforbundet.

⁷¹ Helse Sør-Aust RHF. (2025). *Årleg melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF*. Dei årlege meldingane til resten av dei regionale helseføretaka omtaler ikkje haldninga brukarforeiningane har til digital heimeoppfølging i dei årlege meldingane sine, og brukarforeiningane har heller ikkje utsegner om dette i årsrapportane sine for 2024.

⁷² Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*, s. 34.

11 Samhandling mellom helseføretaka og kommunehelsetenesta om tenester nær pasienten

I dette kapitlet undersøker vi i kva grad helseføretaka samarbeider med kommunane når spesialisthelsetenester blir flytta nærmare pasienten ved hjelp av teknologi. Vi ser også nærmare på gode døme der spesialisthelsetenesta samhandlar med kommunehelsetenesta om tenester nær pasienten ved hjelp av teknologi. Til slutt beskriv vi kva hindringar som ofte står i vegen for at slike tenesteforløp i større grad blir tekne i bruk i tenesta.

Revisjonskriterium

- Helseføretaka skal samarbeide med kommunehelsetenesta for å gi pasienten eit heilskapleg og samordna tenestetilbod.
- Styrkt samhandling og betre informasjonsdeling internt i helsetenesta er eit viktig element i utviklinga av helse- og omsorgstenesta i åra som kjem.
- Digitale løysingar og betre digital samhandling skal bidra til at innbyggjarar får gode, samanhengande og tilgjengelege tenester.
- Eit heilskapleg helsetilbod føreset god samhandling mellom dei ulike tenestene og nivåa. Dette gjeld særleg for pasientgrupper med samansette sjukdomsbilete og helseutfordringar.

Oppsummering

- Helseføretaka samarbeider i liten grad med kommunar om tenesteforløp dei har flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi.
- Det finst gode døme på samhandling om tenesteforløp nær pasienten som er mogleggjorde av teknologi, men desse har avgrensa utbreiing.
- Økonomiske, organisatoriske, teknologiske og juridiske barrierar står i vegen for auka samarbeid når spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi.

11.1 Omfang av samarbeid mellom helseføretak og kommunar om spesialisthelsetenester nær pasienten

Det har over fleire år vore ei forståing hos sentrale styresmakter at for å lykkast med digital heimeoppfølging av pasientar som har behov for oppfølging frå fleire nivå, må ein lykkast med samhandling mellom nivåa.⁷³

⁷³ Mellom anna Direktoratet for e-helse. (2022). *Årsrapport 2022*, s. 23; Helsedirektoratet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021*, kapittel 7; Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*, s. 25.

11.1.1 Tenesteforløp helseføretaka har flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi, involverer i liten grad samarbeid med kommunar

I kartlegginga vi har gjort i helseføretaka, oppgir helseføretaka at dei samarbeider med kommunar om svært få av tenesteforløpa dei har flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi. Gjennomgangen av innovasjonsrapportar frå 2023 viste at kommunal helse- og omsorgsteneste var oppgitt som samarbeidsaktør i tre av ti innovasjonsprosjekt som omhandla bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten.

Tenesteformene som kartlegginga i kapittel 10 viser at er hyppigast nytta av helseføretaka, har til felles at dei kan tilbydast nær pasienten som «reine spesialisthelsetenester», utan at det er nødvendigvis er behov for å involvere den kommunal helse- og omsorgstenesta i tenesteforløpet.

Informantar i djupneundersøkinga påpeika at på grunn av barrierane for samhandling på tvers av nivå (jamfør kapittel 11.2) er det meir utfordrande å utvikle og implementere tenesteforløp som inneber samhandling, enn tenesteforløp der dette ikkje er nødvendig.

Den felles planen til dei regionale helseføretaka for IKT-utvikling og digitalisering for 2024 inneheld ei oppsummering av digitaliseringsinitiativ i enkelte av helsefellesskapa i kvar region.⁷⁴ Her er det avgrensa omtale av digital heimeoppfølging som involverer kommunar. Initiativa som blir beskrivne, handlar særleg om samarbeidsaktivitetar med kommunar knytte til utprøving og spreiding av nasjonale e-helseløysingar som Pasientens legemiddelliste (PLL) og prosjekt som inngår i Helsedirektoratet si tilskotsordning for utbreiing av digital heimeoppfølging retta mot kommunar. I tillegg blir nokre enkelte samarbeidsprosjekt mellom sjukehus og kommunar beskrivne, og i Helse Midt-Noreg blir i tillegg innføring av Helseplattforma omtalt som eit journalsystem som kan nyttast av både helseføretak og kommunar i regionen.

11.1.2 Deltakinga til helseføretaka i spreingsprosjekt for digital heimeoppfølging har variert

Gjennom tilskotsordningane for digital heimeoppfølging (DHO) av kronisk sjuke, forvalta av Helsedirektoratet, har fleire prosjekt rundt om i landet fått tilskot til utprøving og spreiding av digital heimeoppfølging.⁷⁵ Tilskotsordninga har vore retta mot kommunane, men regelverket for ordninga presiserer at etableringa av DHO skal skje som eit samarbeid mellom kommunar, fastlegar og helseføretak.⁷⁶ Gjennom det såkalla spreingsprosjektet for DHO i perioden 2022–2024 vart det etablert DHO-prosjekt innan alle 19 helsefellesskapa.

Erfaringa til Helsedirektoratet frå prosjekt som har fått midlar i åra 2022–2024, er at involveringa til helseføretaka har variert.⁷⁷ Medan samarbeid med helseføretak ved

⁷⁴ Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Felles plan 2024. IKT-utvikling og digitalisering*, s. 12 flg.

⁷⁵ Sjå nærmare omtale i kapittel 15.7.4 om tilskota som skal leggje til rette for samhandling om DHO.

⁷⁶ Helsedirektoratet. (2022). *Regelverk for tilskuddsordning: Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke*. Godkjend av Helse- og omsorgsdepartementet 7. april 2022 (justering 2. november 2022).

⁷⁷ Riksrevisjonen. (2024). Referat frå intervju med Helsedirektoratet; Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*, s. 29.

byrjinga av 2025 fungerte svært godt innan fleire helsefellesskap, har dette andre stader gått seint.⁷⁸ I erfaringsrapporten publisert ved avslutninga av spreingsprosjektet viser Helsedirektoratet til at nært samarbeid og likestilte prosjektleiarar frå kommunar og sjukehus er svært viktig for forankring og framdrift, og at dette har vore vellykka i enkelte prosjekt.⁷⁹ Samstundes rapporterer dei at aktiviteten i samarbeidet mellom kommunar og sjukehus har auka det siste året.

Helsedirektoratet seier i intervju at dei opplever ei stadig aukande interesse for å komme i gang med samhandling mellom kommunar og helseføretak om digital heimeoppfølging, også frå helseføretaka si side.

MILA-prosjektet (sjå faktaboks 7) er eit av prosjekta i tilskotsordninga der det har vore høg grad av samarbeid med spesialisthelsetenesta om digital heimeoppfølging.

Faktaboks 7 MILA – Mitt liv, mitt ansvar

MILA er eit samarbeid mellom Akershus universitetssjukehus og ti kommunar på Romerike og i Follo om å tilby digital heimeoppfølging av pasientar med kols og hjertesvikt. Målet er å bidra til å gi pasienten auka tryggleik og meistring av eigen sjukdom.

Pasientane som blir følgde opp i MILA, registrerer ulike målingar som blodtrykk og puls og svarer på spørsmål om eiga helse ved hjelp av ein app på eige nettbrett eller eigen mobiltelefon. Ein digital eigenbehandlingsplan (DEBP) beskriv oppfølginga og kva pasienten sjølv kan gjere dersom helsetilstand og symptom endrar seg. Helsepersonell følgjer opp målingane til pasienten kvar veke og fangar opp teikn på forverring, og dei kan gi råd og rettleiing via meldingar eller telefon.

Akershus universitetssjukehus er involvert på fleire måtar i MILA-prosjektet. Prosjektet er forankra i sjukehusleiinga, og Akershus universitetssjukehus har fleire representantar i prosjekt- og styringsgruppa for MILA. Det er jamlege dialogmøte mellom helsepersonell i oppfølgingseininga og spesialistane til kommunane ved Akershus universitetssjukehus, der dei diskuterer utfordringar med medisiner og tiltak rundt pasienten.

Pasientane rapporterer om auka tryggleik og betre meistring av eigen sjukdom. Digital heimeoppfølging gjer det lettare å fange opp teikn til forverring, som gjer at ein får sett i verk tiltak på eit tidleg tidspunkt, og forhindrar behov for akutt helsehjelp.

Kjelde: Helsedirektoratet. (2024). Årsrapport digital hjemmeoppfølging 2023 (MILA 3); Helsedirektoratet. (2025). Sluttrapport for prosjekt MILA 3, s. 8–10; Ullensaker Kommune. (2024). Digital hjemmeoppfølging.

⁷⁸ Helsedirektoratet. (2025, 28. mars). *DHV – Digital hjemmeoppfølging spredning*.

⁷⁹ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*, s. 29.

11.1.3 Det finst gode døme på samhandling om integrerte tenester nær pasienten, men fleire av desse har avgrensa utbreiing

Det finst fleire gode døme på tenesteforløp der spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta samarbeider om tenester nærmare pasientane ved hjelp av teknologi, mellom anna

- **langvarig infusjonsbehandling i heimen** ved bruk av berbar infusjonspumpe, i samarbeid med helsepersonell i kommunen der pasienten bur
- **digitale samkonsultasjonar** mellom pasient, fastlege, spesialisthelsetenesta og eventuelt andre behandlarar eller tenesteinstansar for å koordinere tiltak rundt pasienten
- **digital sårbehandling** utført av heimesjukepleie eller fastlege i kommunen med rettleiing frå sjukehuspersonell – ein variant av digital samkonsultasjon
- **pasientsentrert helsetenesteteteam (PSHT) og integrerte helsetenester (IHT)** – tverrfaglege team der spesialist- og kommunehelseteneste samarbeider om å gi heilskaplege helse- og omsorgstenester til pasientar med stort behov for oppfølging på tvers av nivå, og der bruk av teknologi på ulike måtar kan støtte opp under samhandling om pasientar⁸⁰
- **spesialisthelsetenester utførte ved kommunale institusjonar** gjennom at medisinsk-teknisk utstyr (MTU) blir flytta ut i kommunalt drifta helseinstitusjonar, mellom anna utstyr til dialyse, infusjonsbehandling, blodtransfusjon og røntgentenester

Fleire av desse tenesteformene har også til felles at det i ein viss grad finst forskning som støttar opp under at behandlingane har ein sikker og god effekt, og at pasientane er tilfredse med behandlingsforma.⁸¹ For nokre av behandlingsformene er det gjennomført mini-metodevurderingar. Dette gjeld digitale samkonsultasjonar og digital oppfølging av pasientar med kroniske sår.⁸² Dei positive effektane for pasienten som er beskrivne i forskingslitteraturen og mini-metodevurderingane, handlar mellom anna om spart reisetid, redusert behov for innlegging, redusert behov for flytting for sårbare pasientar, betre informasjonsutveksling, kvalitet på kommunikasjon og brukarorientering.

For nokre av tenesteformene finst det forskning eller kartleggingar som støttar opp under at denne typen tenester har ein gunstig effekt på ressursbruk på tvers av tenestenivå.⁸³

Samstundes tyder kartlegginga på at relativt få helseføretak og private, ideelle sjukehus tilbyr desse tenesteformene i samarbeid med kommunar:

- Eit mindretal oppgir våren 2025 at dei tilbyr, prøver ut eller planlegg infusjonsbehandling i heimen i samarbeid med kommunar.⁸⁴

⁸⁰ Sjå nærmare omtale av korleis teknologi er nytta i PSHT og IHT i vedlegg 3.

⁸¹ Sjå vedlegg 3 for dokumentasjon av nytte og pasienttilfredsheit.

⁸² Det er også gjort mini-metodevurdering av IHT ved Sjukehuset Østfold, der det skal utviklast eit digitalt støtteverktøy for å identifisere pasientane og følge pasientforløpa. Folkehelseinstituttet. (2025). *Integrerte helsetjenester*. Henta 22. mai 2025.

⁸³ Sjå vedlegg 3.

⁸⁴ Dei som oppgir dette, er Sørlandet sjukehus HF, Helse Bergen HF, Helse Møre og Romsdal HF, Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, St. Olavs hospital HF, Nordlandssjukehuset HF, Sjukehuset Telemark HF og Vestre Viken HF

- Nokre helseføretak oppgir i kartlegginga digitale samkonsultasjonar som ein type tenesteforløp dei har flytta nærmare pasienten ved hjelp av teknologi, som involverer samhandling med kommunal helseteneste eller oppfølgingsteneste. Vi reknar med at digital samkonsultasjon kan vere nytta av fleire helseføretak enn kartlegginga vår viser, ettersom det er eit potensielt stort og variert bruksområde for denne typen digital samhandling om pasientbehandling.⁸⁵
- Helseføretaka har i aukande grad teke i bruk digital sårbehandling i samarbeid med kommunar, og våren 2025 oppgir fleire enn halvparten at dei driftar, prøver ut eller planlegg dette i samarbeid med kommunar.⁸⁶
- Eit mindretal oppgir våren 2025 at dei planlegg, prøver ut eller driftar PSHT eller IHT i samarbeid med kommunar.⁸⁷
- Om lag halvparten oppgir at dei samarbeider med kommunehelsetenesta om dialysetilbod, anten gjennom dialysesatellittar eller at kommunalt helsepersonell blir involvert ved peritonealdialyse.⁸⁸

11.2 Barrierar for auka samhandling om spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi

Sjølv om det finst mange gode døme på samhandling om tenester nær pasienten ved hjelp av teknologi, tyder ulike kjelder på at dei er vanskeleg å auke utbreiinga mellom anna på grunn av mangel på felles digitale løysingar, separat finansiering og kompleks organisering. Dette er barrierar som er gjengs fleire stader i forvaltninga, som Riksrevisjonen har vist i ei tidlegare undersøking.⁸⁹

11.2.1 Digitale løysingar legg ikkje til rette for samhandling på tvers av tenestenivå

For at ulike nivå i helsesektoren skal kunne samarbeide om pasientar når pasientforløp blir flytta heim, må teknologien leggje til rette for at helsepersonell skal kunne dele nødvendig informasjon, som eigenbehandlingsplanar, målingar og journaldokument, og digitale

⁸⁵ Det finst ikkje statistikk som viser utbreiinga av bruk av digital samkonsultasjon i helseføretaka. Det finst kodar for samarbeidsaktivitetar i ISF, men det går ikkje fram at dei er digitale, eller kven det blir samarbeidd med.

⁸⁶ Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Møre og Romsdal HF, Sunnaas sjukehus HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Vestre Viken HF, Sjukehuset Innlandet HF, Oslo universitetssjukehus HF og Sørlandet sykehus HF oppgav at dei hadde digital sårbehandling i samarbeid med kommunar i drift. Sjukehuset Telemark HF, Sjukehuset Vestfold HF og Akershus universitetssjukehus HF oppgav at dei hadde dette under utprøving eller planlegging/forankring. Nordlandssjukehuset HF og Helse Førde HF oppgav at utprøving er avslutta utan at tenesta er sett i drift.

⁸⁷ Akershus universitetssjukehus HF, Helse Møre og Romsdal HF, Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, Vestfold HF, Vestre Viken HF, St. Olavs hospital HF og Finnmarkssjukehuset HF oppgir dette.

⁸⁸ Helseføretak som våren 2025 oppgir at dei har oppretta dialysesatellittar i samarbeid med kommunar, eller at dei gjer dette ved behov, inkluderer Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Nordlandssjukehuset HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, Finnmarkssjukehuset HF og Sørlandet sjukehus HF. I tillegg oppgir Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, Nordlandssjukehuset HF, Vestre Viken HF og Sjukehuset Telemark HF at kommunale helsetenester involveres ved peritonealdialyse.

⁸⁹ Riksrevisjonen. (2023). *Dokument 3:8 (2023–2024) Myndighetenes tilrettelegging for deling og gjenbruk av data i forvaltningen*. Undersøkinga var retta mot offentleg sektor, men ikkje spesialisthelsetenesta.

løysingar må leggje til rette for effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell involvert i behandlinga.⁹⁰

Fleire kjelder peikar på at teknologien ikkje ligg til rette for samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunen når pasientforløp blir flytta heim.⁹¹ Manglande moglegheit for deling av data er trekt fram som ein barriere som hemjar samhandling om felles pasientar mellom kommunar, fastlegar og helseføretak, i prosjekta som inngjekk i tilskotsordninga for utprøving og spreining av digital heimeoppfølging.⁹² Helsedirektoratet stadfestar i intervju at dette framleis er ei utfordring i mange av spreingsprosjekta.

Manglande tilgang til felles digital behandlings- og eigenbehandlingsplan for pasienten, moglegheiter for deling av måledata og løysingar for kommunikasjon mellom involverte behandlarar er utfordringar når helsepersonell frå ulike nivå er involverte i digital heimeoppfølging eller heimesjukehus.⁹³ Mangel på felles eller integrerte system kan mellom anna gjere at pasientdata må leggjast inn manuelt frå eitt system til eit anna, noko som både tek tid og gir risiko for feil.⁹⁴ Enkelte stader blir det nytta 0-prosentstillingar for at kommunalt tilsette kan føre journalverdige opplysningar i pasientjournalssystema på sjukehuset, sjølv om dette er vurdert som uheldig praksis.⁹⁵

Pasienten sine måledata er døme på eit nasjonalt tiltak som er sett i gang for å lette den digitale samhandlinga mellom nivåa i helsetenestene. Sjå nærmare omtale i del 15.7.5.

11.2.2 Økonomiske barrierar for auka samhandling om tenester nær pasienten

Fleire kjelder peikar på at ulike budsjett og finansieringsmodellar for kommunal- og spesialisthelseteneste gir svake insentiv for samhandling om digital heimeoppfølging. Sjølv om det kan vere gevinstar totalt sett for å lykkast med betre eller meir effektive pasientforløp, er det ei utfordring med separat finansiering at ingen tener på å effektivisere heilskapen.

Ulike rapportar peikar på at det er ei utfordring at digital heimeoppfølging kan gi auka kostnader og fleire oppgåver for kommunen, og at det kan gi gevinstar for spesialisthelsetenesta.⁹⁶ InnoMed gir prosessrettleiing til prosjekt som involverer samarbeid mellom kommunar og helseføretak, mellom anna samarbeid om digital

⁹⁰ Eit døme på dette er at når pasientar er innlagde i heimesjukehus, har sjukehuset ansvaret for at behandlinga er forsvarleg, og det har ei rettleiingsplikt overfor kommunehelsetenesta. For å vareta rettleiingsplikta må tekniske løysingar støtte opp under enkel kommunikasjon mellom helsepersonell som er involvert i heimebehandlinga. Hjertaas, T. H. (2025, januar 28). *Innlegg på Personverndagen 2025: Korleis lykkast med datadeling og personvern?* [Konferanseinnlegg].

⁹¹ Universitetet i Oslo et al. (2022). *Evalueringsrapport: Spredning av digital heimeoppfølging 2022–2024*; Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

⁹² Universitetet i Oslo et al. (2022). *Evalueringsrapport: Spredning av digital heimeoppfølging 2022–2024*; Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital heimeoppfølging 2022–2024*, s. 45.

⁹³ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital heimeoppfølging 2022–2024*; Hjertaas, T. H. (2025, januar 28). *Innlegg på Personverndagen 2025: Korleis lykkast med datadeling og personvern?* [Konferanseinnlegg].

⁹⁴ Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

⁹⁵ Helse Midt-Noreg RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF og Helse Vest RHF. (2023). *Felles plan 2023. IKT-utvikling og digitalisering*, s. 29.

⁹⁶ InnoMed. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester*; Universitetet i Oslo, Oslo Economics & Nasjonalt senter for distriktsmedisin. (2022). *Evalueringsrapport: Spredning av digital heimeoppfølging 2022–2024*; Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

heimeoppfølging. InnoMed viser til at dagens finansieringsordning ikkje støttar opp om denne kostnads- og oppgåveforskyvinga. Erfaringa deira er at kommunane difor vegrar seg for å setje digital heimeoppfølging i drift.⁹⁷ Også dei regionale helseføretaka oppgir at svak kommuneøkonomi hindrar samarbeid om tenester nærmare pasientane, då samarbeidet ofte gir auka kostnader for kommunen.⁹⁸

Ei mini-metodevurdering i 2024 av samhandling om digital oppfølging av pasientar med kroniske sår, illustrerer korleis digital heimeoppfølging kan føre til samla lågare ressursbruk, men auka kostnader for kommunen. Kostnadsberekningane i mini-metodevurderinga viste at digital oppfølging av pasientar med kroniske sår for totalt 20 pasientar vil føre til ei kostnadseffektivisering på ca. 3 millionar kroner for Stord sjukehus. For kommunane vart det estimert ein samla auka kostnad på ca. 300 000 kroner.⁹⁹

11.2.3 Organisatoriske barrierar for samhandling om digital heimeoppfølging

Fleire kjelder i undersøkinga indikerer at ulike organisatoriske barrierar hindrar auka samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta om digital heimeoppfølging.

I sluttrapporten etter utprøvinga av digital heimeoppfølging i perioden 2018–2021 viste Helsedirektoratet til at separat organisering og manglande felles styringsstruktur er ein barriere for tenester der både helseføretak og kommunar inngår.¹⁰⁰

I intervju med informantar i helseføretak og regionale helseføretak viser fleire til at det er svært ulike føresetnader frå kommunane si side for samarbeid om digital heimeoppfølging, med omsyn til kompetanse, økonomi og teknologisk modnad. Dette betyr at helseføretaka må ha ei enkeltvis tilnærming til kommunane. Det er krevjande for helseføretaka og klinikarar å ha oversikt over kva kommunar som har tilbod om ulike tenester, og kven dei skal kontakte for å innleie samarbeid.¹⁰¹

Helse Midt-Noreg RHF viser til at nokre kommunar er meir utviklingsorienterte og er meir vande med å drive prosjektbasert teknologiutvikling. Ei ulempe med det er at det fort blir dei same kommunane helseføretaka samarbeider med, og det er ikkje nødvendigvis dei same kommunane som har det største behovet.¹⁰²

For helsepersonellet i kommunen kan det vere tilsvarande vanskeleg å vite kven dei skal ta kontakt med i helseføretaket. Medan kommunehelsetenesta har eit heilskapsfokus på helsetilstanden til pasienten, har spesialisthelsetenesta ei diagnosetilnærming, og ulike avdelingar i helseføretaket vil ha ansvar for oppfølging av ulike diagnoser.¹⁰³ Utsifting i

⁹⁷ InnoMed. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester*.

⁹⁸ Riksrevisjonen. (2024). Referat frå intervju med hhv. Helse Midt-Noreg RHF; Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

⁹⁹ Folkehelseinstituttet. (2024). *Mini-metodevurdering for kommuner: Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*.

¹⁰⁰ Helsedirektoratet. (2022.) *Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021*, kapittel 9.

¹⁰¹ Riksrevisjonen. (2024). Referat frå intervju med Helse Midt-Noreg RHF.

¹⁰² Riksrevisjonen. (2024). Referat frå intervju med Helse Midt-Noreg RHF.

¹⁰³ Riksrevisjonen. (2024). Referat frå intervju med Nordlandssjukehuset HF.

sentralt personell i dei ulike organisasjonane kan også komplisere samarbeid om digital heimeoppfølging.¹⁰⁴

11.2.4 Andre barrierar

Andre barrierar for auka samhandling om tenester nærmare pasientane som kjem fram i undersøkinga, inkluderer

- vanskeleg tilgjengelege analysedata for å vurdere samla effektar av samarbeid om digital heimeoppfølging på mellom anna forbruk av helsetenester på tvers av nivå – sjå nærmare omtale av dette i kapittel 15.7.2
- juridiske utfordringar knytte til deling av nødvendige helseopplysningar når den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta skal samhandle om digital heimeoppfølging – sjå nærmare omtale av dette i kapittel 15.7.6

12 Kva kjenneteiknar styring i helseføretak som har komme langt i arbeidet med å tilby helsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi?

I dette kapittelet belyser vi gjennom ei djupneundersøking kva som kjenneteiknar helseføretak som har komme langt med å tilby helsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi. I djupneundersøkinga har vi kartlagt kva informantar på ulike nivå i desse føretaka opplever at har vore viktig for at nettopp dei har komme langt med å implementere slike tenesteforløp.

Vi har intervjuet klinikarar, leiarar og støttepersonell i Vestre Viken HF og Helse Bergen HF. Kapittel 10 viser at begge desse er blant helseføretaka som ligg langt framme på skjemabasert oppfølging av pasientar og på oppfølging via medisinsk-teknisk utstyr. Helse Bergen ligg også langt framme på nettbasert behandling. Vi har også intervjuet informantar ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, som har komme langt med å samarbeide med kommunar om spesialisthelsetenester nær pasientane. Sjå faktaboks 8 for omtale av kva tenesteforløp informantane vi intervjuet, var involverte i, og sjå kapittel 17 for nærmare informasjon om djupneundersøkinga.

¹⁰⁴ Helsedirektoratet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021*, kapittel 9.

Faktaboks 8 Undersøkte forløp i djupneundersøkinga

Vestre Viken HF

- *skjemabasert oppfølging* av pasientar med kronisk inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)
- *skjemabasert oppfølging* av pasientar med kronisk obstruktiv lungesjukdom (kols)

Helse Bergen HF

- mage-tarmskulen: *nettbasert behandlingsprogram* innan somatikken for pasientar med irritabel tarmsyndrom (IBS)
- eBehandling: *nettbasert behandlingsprogram* innan psykisk helsevern for pasientar med panikkling, sosial angst eller depresjon
- *oppfølging via CPAP (medisinsk-teknisk utstyr)* for pasientar med søvnapné
- *skjemabasert oppfølging* av epilepsipasientar
- *telefonkonsultasjonar* for pasientar med spinale problem ved nevrokirurgisk avdeling

Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF og Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms (DMS)

- *spesialisthelsetenester utført ved kommunal institusjon (DMS)*, inkludert dialysebehandling, røntgentenester, arytmiutgreiing (Holter-EKG) og infusjonsbehandling
- *pasientsentrerte helsetenesteteam (PSHT)* i samarbeid med Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms og andre kommunar
- raskare og betre behandling ved hjerneslag, i samarbeid med interkommunal legevakt ved Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms
- *langvarig antibiotikabehandling i heimen* ved bruk av berbar infusjonspumpe, i samarbeid med kommunar i opptaksområdet til Universitetssjukehuset Nord-Noreg

Kjelde: Riksrevisjonen

Djupneundersøkinga viser at det er tre faktorar knytte til styringa og tilrettelegginga i helseføretaka som blir framheva som viktig av informantane på tvers av dei undersøkte tenesteforløpa for å fremje utvikling og innføring av tenesteforløpa. Dei tre faktorane er

- leiing som set tydeleg retning og følgjer opp mål, og som skaper engasjement rundt måla i fagmiljøa
- støttetjenester med særskild kompetanse knytt til digitale helsetenester og rutinar for omstillingsarbeid
- prioritering av ressursar til arbeidet med å utvikle og implementere nye tenesteforløp

Fleire faktorar relaterte til styringa og verkemiddelbruken til helseføretaka kan ha noko å seie, men vi trekkjer her fram dei som verkar viktigast. Dette er i stor grad faktorar som er i samsvar med forhold som blir trekte fram som viktige for utviklingsarbeid i andre kjelder, og som vi difor trur vil gjelde i større eller mindre grad i andre helseføretak.¹⁰⁵

I kapittel 12.1–12.3 belyser vi korleis Helse Bergen HF og Vestre Viken HF legg til rette for desse faktorane. I kapittel 12.4 ser vi på forhold ved styring og tilrettelegging i Universitetssjukehuset Nord-Noreg som fremjar samhandlinga deira med kommunar om tenester nær pasienten ved hjelp av teknologi.

12.1 Leiing som set retning for utviklinga

I djupneundersøkinga kjem det fram at ei leiing som set retning for ønskt utvikling i form av mål og oppfølging av mål, som kommuniserer hyppig kvar dei vil, og som støttar opp om initiativ frå klinikarar og fagmiljø, er viktig i helseføretak som har komme langt i arbeidet med å ta i bruk teknologi for å tilby tenester nærmare pasientane.

12.1.1 Ei leiing som ønskjer å satse og støttar opp om initiativ frå eldsjeler

Informantar både i Helse Bergen og i Vestre Viken trekkjer fram at leiinga tydeleg viser at digitale helsetenester skal vere eit satsingsområde. Initiativ frå klinikarar og fagmiljø blir heia fram og blir etterspurde frå leiarar på alle nivå.¹⁰⁶ Følgjande sitat frå ein prosjektleiar illustrerer det slik:

«Vi har veldig god støtte frå direktøren både på sjukehuset og for avdelinga på at dette er eit satsingsområde. Det er ei positiv haldning for å få dette opp og fram. Direktøren for avdelinga har sagt til seksjonsleiarane at dette skal implementerast og du må setje av folk som skal jobbe med dette.»

Fleire informantar i Helse Bergen trekkjer fram at ei hovudforklaring på at Helse Bergen har komme langt, er at eldsjeler har fått hjelp og støtte frå leiinga. I tillegg trekkjer dei fram at det har vore stor merksemd frå leiingssida i Helse Bergen på å løfte digitale helsetenester opp og på å leggje vekt på det i møte og trekkje fram gode historier. Ein klinikkdirektør i helseføretaket trekkjer fram at det viktigaste ansvaret hennar i dette arbeidet er å vere pådrivar ut frå forventningar og bestillingar som kjem ovanfrå, og bidra til at klinikarane tør å endre arbeidsmetodar. Det viktigaste ho har gjort, er å vise interesse for endringsarbeid, å heie på og støtte opp om gode initiativ frå klinikarane og å frigjere ressursar.

¹⁰⁵ Mellom anna Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. og Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*, s. 5 og 36; og Helse Sør-Aust RHF. (2025). *Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT løsninger*. Prosjektvegisaren til Digitaliseringsdirektoratet vektlegg også behovet for endringsleiing og å leggje til rette for organisasjonsmessige endringar ved innføring av IKT. Digitaliseringsdirektoratet. (2022). *Organisasjonsutvikling*.

¹⁰⁶ Både klinikarar, leiarar og støttepersonell trekkjer fram dette som viktig.

12.1.2 Mål og oppfølging av mål i organisasjonen er viktig

I djupneundersøkinga kjem det fram at det er viktig kva mål helseføretaka har for digitale helsetenester, og at dei har jamleg oppfølging av måloppnåing på fleire nivå i organisasjonen.

Fleire av informantane i Vestre Viken trekkjer fram at det er viktig at helseføretaket har sett ambisiøse og konkrete mål for digital heimeoppfølging.¹⁰⁷ Svar på spørjebrev viser at helseføretaket opererer med konkrete og målbare mål, som er meir ambisiøse enn mål sette nasjonalt i RBF.¹⁰⁸

Arbeidet med måla er organisert i eit eige program for digital heimeoppfølging i Vestre Viken. Måla er operasjonaliserte i organisasjonen ved at kvar klinikk skal fastsetje eigne mål for digital heimeoppfølging.¹⁰⁹ Det er oppfølgingsmøte med klinikkane kvar månad, og då er dette tema. Programorganiseringa inneber månadleg oppfølging av statusen for programmet i programstyret og porteføljestyret og jamleg oppfølging i styret til Vestre Viken.

Også i Helse Bergen framheva informantane at det er viktig med tydelege mål, påtrykk frå leiinga og jamleg oppfølging av statusen. Helse Bergen har mål om at bruken av video og digital samhandling skal auke.¹¹⁰

Mange av informantane viser til at det er stort trykk frå administrerande direktør på å følgje opp at bruken av digitale helsetenester skal opp. Informantane i e-helseseksjonen viser til at statusen i arbeidet med digitale helsetenester og resultat blir følgde opp i jamlege møte med viseadministrerande direktør. Informantane viser også til at måla blir følgde opp gjennom månadlege møte med leiargruppene i dei ulike klinikkane, der dei ser på korleis klinikkane ligg an i å bruke digitale helsetenester. Dette er også tema i dialogmøte med kvar enkelt eining og i budsjettmøte.

Fleire informantar i Helse Bergen peikar også på at det er viktig at leiinga framsnappar digitale helsetenester gjennom leiarmøte og inspirasjonssamlingar, der miljøa som har fått til noko bra, blir inviterte til å presentere det dei jobbar med, for leiarar og klinikkarar.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Aust vektlegg også at det er viktig med endringsleiing ved innføring av nye IKT-løysingar som eBehandling, jamfør faktaboks 9.

¹⁰⁷ Vestre Viken HF. (2022). *Utviklingsplan 2035*, s. 76.

¹⁰⁸ Fleire av informantane viser til at dei ambisiøse måla Vestre Viken har på området frå byrjinga, i stor grad oppstod på grunn av eit stort engasjement i leiinga.

¹⁰⁹ Dette kjem fram av side 3–4 i programmandatet, som i tillegg viser til ulike aktivitetar og tiltak som skal støtte arbeidet på klinikkane. Vestre Viken HF. (2022). *Digital heimeoppfølging i Vestre Viken HF Programmandat*. V1.3.

¹¹⁰ Helse Bergen HF viser i svarbrev til mellom anna *Utviklingsplan 2022–2035*, mål 7: «I poliklinikkane får pasientane koordinerte, føreseielege og fleksible tenester.» I utdjupinga av målet kjem det fram at ulike typar digital heimeoppfølging skal inngå her. Indikatorar er mellom anna «Prosentdel assisterte og individuelle video- og telefonkonsultasjonar aukar» og «Digital samhandling med pasient og eigenobservasjon aukar».

Faktaboks 9 Manglande endringsleiing hemjar innføring av IKT-løysingar

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Aust gjennomførte i 2024 ei kartlegging av erfaringar ved innføring av eBehandling i regionen, der det er utfordringar med rekruttering og fråfall av pasientar. Konklusjonen i konsernrevisjonen er at *endringsleiing* er sentralt for å lykkast med å innføre eBehandling og IKT-løysingar generelt, og at helseføretaka «i mindre grad hadde etablert tilstrekkelige prosesser for å forberede, lede og forsterke endringene som følger av innføringen». Også Helse Sør-Aust RHF viser i intervju til at lite bruk av løysinga er eit døme på at helseføretaka og det regionale helseføretaket ikkje har lagt nok innsats i endringsleiing, kommunikasjon og opplæring ved spreiding av løysinga.

Kjelde: Helse Sør-Aust RHF, konsernrevisjon. (2025). Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger; Intervju med Helse Sør-Aust RHF 2024.

12.2 Støttetenester som kan rettleie og avlaste

Fleire informantar i helseføretaka som har komme langt med digitale helsetenester, trekkjer fram at det er viktig med sentrale støtteressursar i form av innovasjonsrådgivarar og e-helseteam.

Informantane vi intervjuar i Vestre Viken HF, trekte særleg fram at det var viktig med innovasjonsrådgivarar og den «praktiske» organiseringa av innovasjonsarbeidet som forklaring på at helseføretaket har komme langt / jobbar godt med mellom anna brukarstyrt poliklinikk.

Informantar i Helse Bergen trekte også fram at det var viktig med sentrale støtteressursar. Helse Bergen har ei eiga stabseining for digitale helsetenester i seksjon for e-helse. Gjennom samarbeid med helsepersonell, støttefunksjonar, leverandørar og Helse Vest IKT utviklar og etablerer gruppa nye digitale tenester som klinikkane kan nytte seg av.

12.2.1 Støttetenester avlastar klinikkarar gjennom systematikk i arbeidet og kunnskap på tvers

I Vestre Viken kom det fram at innovasjonsrådgivarane støttar utviklinga på fleire måtar. Ved at dei har vore involverte i fleire forløp, ser dei tinga på tvers og får erfaringar som kan brukast om att i nye forløp. Dei kan støtte og avlaste klinikkarar, som ofte er svært pressa på tid, ved å komme i gang og jobbe på nye måtar. Når klinikkarar melder inn ønske eller blir kontakta av innovasjonsrådgivarane for å ta i bruk digital heimeoppfølging, kjem innovasjonsrådgivarane inn med ein «støttepakke» av prosedyrar og sjekklister og jobbar saman med avdelingar.

Ifølgje direktøren for medisin og helsefag i helseføretaket er det difor behov for å setje av mindre tid ute i klinikkane når nye forløp skal utviklast og implementerast. Innovasjonsrådgivarane har også kunnskap og erfaringar om gevinstoppfølging, informasjonstryggleik, teknologiske løysingar og moglegheiter for tilpassing av slike

løysingar, som dei kliniske fagmiljøa ikkje nødvendigvis har. Ein innovasjonsrådgivar uttrykkjer det slik:

«Vi skal gjere det vi kan sånn at fagfolk kan konsentrere seg om fag.»

I Helse Bergen trekkjer informantane fram at støtteressursene særleg har bidrege med støtte for tilrettelegging av digitale løysingar, dialog med leverandørane av løysingane, personvern vurderingar og rettleiing rundt kodebruk, økonomiplanlegging og dialog opp mot Helsedirektoratet for utvikling av kodeverket.

I tillegg har Helse Bergen etablert rettleiingsmateriell som er tilgjengeleg på intranettet til sjukehuset, der målet er å setje klinikkane i stand til å gjere mykje utviklingsarbeid utan tett oppfølging av stabsressursar. Dette gjeld mellom anna for områda telefon- og videokonsultasjonar, behovsstyrt poliklinikk og bestilling av digitale skjema.¹¹¹ Informantar i støtteininga peikar i tillegg på at ein viktig funksjon er ha oversikt over kva som er gjort andre stader, som kan ha overføringsverdi.

12.2.2 Avgjerande med engasjement og forankring i fagmiljøa

Både i Vestre Viken og i Helse Bergen kom det fram at sjølv om støtteam kan gi rettleiing og avlasting i omstillingsarbeidet, er det avgjerande med engasjement og innsats i kvart enkelt fagmiljø som skal omstille. Det følgjande sitatet frå ein innovasjonsrådgivar illustrerer dette:

«Klinikken må sørge for det faglege innhaldet og forsvarlegheita. Det må vere engasjement og interesse blant klinikarane, alle må med. Då har leiarlinja ei viktig oppgåve, men også eldsjela som starta dette. Alt rundt kan innovasjonsrådgivarane støtte med; vi kan bidra med å fasilitere og gi råd om korleis de skal gjere ting..»

Informantar i støtteininga i Helse Bergen beskriv at dei alltid forankrar initiativ ved å kartleggje behovet på klinikken i samarbeid med klinikarane. Dei prøver å jobbe systematisk for at klinikkane skal eige omstillingsarbeidet, medan støtteininga legg til rette.

12.3 Prioritering av ressursar til arbeidet med å utvikle og implementere nye tenesteforløp støtta av teknologi

I djupneundersøkinga kjem det fram at tilrettelegging av ressursar på fleire nivå i helseføretaka har vore viktig for å utvikle fleire av tenesteforløpa vi har undersøkt.

12.3.1 Vilje til å investere i omstillingsarbeid på klinikk- og avdelingsnivå

Klinikkarar i fleire av dei undersøkte forløpa i Helse Bergen HF trekkjer fram at det har vore avgjerande at klinikkleiinga har vore villig til å finansiere utviklinga og drifta av det nye

¹¹¹ Helse Bergen HF. (2024, mars). Svarbrev til Riksrevisjonen.

forløpet over klinikkbudsjettet, sjølv om refusjonane i ein periode har vore lågare enn ved ordinær drift. Dette gjeld mellom anna mage-tarmskulen og eBehandling, der ein i det sistnemnde forløpet i ein periode hadde tilsette med aktivitet dei ikkje kunne kode og få ISF-refusjon for, før refusjonen kom på plass.

I fleire av forløpa blir det trekt fram at det har vore avgjerande med finansiering av dedikerte ressursar i klinikken til å jobbe med det nye tenesteforløpet. For tenesteforløp som inneber skjemabasert oppfølging, kan dette handle om at sjukepleiarar får sett av tid til å gå gjennom utfylte skjema og følgje opp pasientane i den skjemabaserte oppfølginga. Det kan også handle om å setje av dedikerte legeressursar som har tilstrekkeleg tid til å ta inn pasientar som den skjemabaserte kontrollen viser at har behov for å komme inn til fysisk konsultasjon.

Innføringsperioden krev gjerne meir personell enn ved ordinær drift. Då Vestre Viken starta opp / innførte skjemabasert oppfølging for pasientar med inflammatorisk tarmsjukdom, tilsette avdelinga ein sjukepleiar i ei 20 prosents stilling. I andre samanhengar kan dette dreie seg om tilrettelegging av ressursar i form av lokale som er eigna for videosamtale, eller merkantile ressursar / ein sekretær som kan gi administrativ støtte i å sende ut innkallingar, handtere avbestillingar og liknande i staden for at klinikkarar bruker tid på dette. Fleire klinikkarar i dei undersøkte forløpa peikar på at dersom digitale tenesteforløp skal spreia til fleire pasientar, krev det at ein set av tid i klinikken for å lære opp og bevisstgjere klinikkarane, mellom anna om å rekruttere pasientar. Dette vil også innebere ei ressursprioritering.

12.3.2 Prioritering av ressursar sentralt i helseføretaket

Som omtalt i 6.2 har helseføretaka i djupneundersøkinga sett av ressursar sentralt i helseføretaket til innovasjonsrådgivarar og e-helseteam som kan støtte utviklingsarbeidet i klinikkane og bidra til å breie ut nye tenesteformer. Desse stillingsressursane inneber ei tydeleg ressursprioritering sentralt i helseføretaka.

Vestre Viken HF hadde i 2024 tilsett seks innovasjonsrådgivarar som jobbar på tvers i helseføretaket, og to av stillingane fekk finansiering frå Helse Sør-Aust RHF. I tillegg har kvar klinikk ein eigen DHO-kontakt. Dette er ein dedikert ressurs på klinikknivå, der fagpersonar eller miljø som ønskjer å prøve ut noko, kan vende seg og bli sette i kontakt med innovasjonsrådgivarane.

Helse Bergen HF hadde i 2024 omtrent ti årsverk i gruppa for digitale helsetenester. Fleire av desse har også leiande roller i den regionale digitaliseringsorganisasjonen. I tillegg er det ressurspersonar i klinikkar og forskingsprosjekt som jobbar med å flytte spesialisthelsetenester heim.

12.3.3 Utviklingsarbeid mogleggjort av forskings- og innovasjonsmidlar

Fleire informantar peikar på at det krev mykje midlar å utvikle og innføre nye tenesteforløp, og at pressa økonomi i klinikkane kan utfordre viljen til å prioritere ressursar til dette arbeidet. Tilførsel av eksterne ressursar i form av kvalitetsmidlar,

innovasjonsmidlar, såkornmidlar og forskingsmidlar eller andre ekstraordinære finansieringskjelder har vore ein måte å løyse dette auka ressursbehovet på.

Ved Vestre Viken HF trekkjer forskings- og innovasjonssjefen fram at det har vore viktig for arbeidet med digitale tenesteforløp at helseføretaket i 2020 valde å bruke pandemimidlar til tre mellombelse stillingar for å jobbe med digitalisering av helsetenester. I Helse Bergen HF har fleire av forløpa starta som forskings- eller innovasjonsprosjekt med finansiering frå regionale helseføretak eller helseføretak, eller som kvalitetsutviklingsprosjekt som har fått kvalitetsmidlar. Slike midlar kan mellom anna gå til frikjøp eller tilsetjing av stillingsressursar til å planleggje og organisere nye tenesteforløp og til å utvikle digitale skjema.

12.3.4 Spreiing av velp prøvde løysingar har innføringskostnader som kan vere krevjande å finansiere

Fleire informantar i Helse Bergen peikar på at sjølv om innovasjonsmidlar har vore viktige i oppstartsfasen/utviklingsfasen av digitale tenestetilbod, vil ikkje desse midlane vere tilstrekkelege når ei vellykka løysing skal spreia.

Fleire informantar peikar på auka ressursbehov når nye arbeidsformer skal fast inn, mellom anna på grunn av behov for opplæring, planlegging og organisering av tilbodet. Sjølv om ein lykkast med å få på plass refusjonar for nye tenester, vil ikkje slike innføringskostnader (fullt ut) dekkjast av slike refusjonar. Konsekvensen kan vere at omstillinga går sakte.

Finansiering av tenestene og pukkellkostnader ved innføring av nye modellar blir trekt fram som ein risiko også i rapporteringa til Helsedirektoratet om status og framgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.¹¹²

12.4 Tilrettelegging for samhandling om å flytte tenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi

Medan Vestre Viken og Helse Bergen er døme på helseføretak som har komme langt med fleire former for digital heimeoppfølging som ikkje involverer samarbeid med kommunar, har Universitetssjukehuset Nord-Noreg komme relativt langt i å etablere samarbeid med kommunar om å tilby tenester nærmare der pasienten bur. Det er fleire døme på at bruk av teknologi har fremja dette samarbeidet.

I denne delen beskriv vi forhold ved styringa til Universitetssjukehuset Nord-Noreg som informantane trekkjer fram som viktige for å fremje samhandling med kommunar om spesialisthelsetenester nærmare pasienten. Noko av det som fremjar samhandling med kommunane, kan ikkje tilskrivast styring og tilrettelegging frå helseføretaket si side, men har likevel vore viktig. Mellom anna inneber geografien i Nord-Noreg lange reiseavstandar til sjukehus. Dette kan gi helseføretaket ekstra insentiv for å desentralisere tenester og kan

¹¹² Helsedirektoratet. (2021). *Helsedirektoratets rapportering på status og framgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*.

auke etterspurnaden frå pasientar om dette. Djupneundersøkinga viser også at organisatoriske strukturar for samarbeid som er etablert over tid, til dømes gjennom distriktsmedisinske senter (DMS) og strategiske samarbeidsorgan¹¹³, er viktige bidrag til at Universitetssjukehuset Nord-Noreg på fleire område samarbeider med kommunar om tenester nær pasientane gjennom bruk av teknologi.¹¹⁴

Faktaboks 10 Døme på tenester som er flytta nær pasienten ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg, der bruk av teknologi mogleggjer samarbeid med kommunar om tenesta

Distriktsmedisinske senter (DMS): Universitetssjukehuset Nord-Noreg har eit utstrekt tilbod av desentraliserte spesialisthelsetenester ved DMS i Midt-Troms og Nord-Troms. Desse er lokaliserte på høvesvis Senja og Nordreisa og dekkjer dei tilgrensande kommunane. Ved Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms blir det tilbode spesialisthelsetenester mellom anna innan røntgen, hud, geriatri, rehabilitering, føde og dialyse.

Pasientane får mykje kortare reiseveg og slepp å måtte bruke ein heil dag på å reise til Tromsø. Fleire av tenestene som blir tilbodne, er mogleggjorde ved at medisinsk-teknisk utstyr er flytta ut i dei distriktsmedisinske sentera og blir drifta av kommunalt tilsett helsepersonell. Dette gjeld mellom anna dialyse og røntgentenester.

Pasientsentrerte helsetenesteteam (PSHT): Universitetssjukehuset Nord-Noreg har fem pasientsentrerte helsetenesteteam, lokaliserte i Tromsø, Harstad, Narvik, Midt-Troms og Nord-Troms. PSHT er tverrfaglege team som jobbar for å styrkje helsetenesta til pasientar med samansette og kroniske sjukdommar gjennom god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. PSHT-teama består av tilsette i Universitetssjukehuset Nord-Noreg. Team i Tromsø og Senja har tilsette både frå kommunane og frå Universitetssjukehuset Nord-Noreg.

Bruk av teknologi har vore ein komponent i denne satsinga på fleire måtar. PSHT-seksjonane har vore aktive brukarar av digitale møte, både i oppfølginga av og i samarbeidet med desentraliserte team og Universitetssjukehuset Nord-Noreg i Tromsø. Dei har også brukt digitale møte i kommunikasjonen med kommunal helse- og omsorgsteneste, fastlegar, heimetenesta og dessutan pasientar og pårørande. I tillegg har dei delteke i utprøving av mellom anna digitale eigenbehandlingsplanar.

Heimebehandling med antibiotika er eit mindre prosjekt, der pasientar som har behov for langvarig antibiotikabehandling, får tilbod om dette i sin eigen heim, ved hjelp av berbare infusjonspumper administrert av personell i kommunen, i staden for å vere innlagde på infeksjonssengeposten i Universitetssjukehuset Nord-Noreg.

Kjelde: Riksrevisjonens djupneundersøking; Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF. (2023). Sluttrapport stormottakerprosjektet; Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF. (u.å.). Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms, Finnsnes; Senja kommune. (u.å.). Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms.

¹¹³ Forløpar til helsefellesskapet Troms og Ofoten.

¹¹⁴ Faktorane som er beskrivne i del 12.1–12.3, som tilrettelegging av ressursar, kopling mellom støttemiljø og fagmiljø, mål og oppfølging av mål, har i større og mindre grad vist seg å anten hemje eller fremje arbeidet med digital heimeoppfølging også ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg, men dei vil ikkje bli gjentekne her.

12.4.1 Organisasjonsstruktur som legg til rette for tenesteinnovasjon på tvers av nivåa og gir støtte for samhandling med kommunar om tenester

Informantar i Universitetssjukehuset Nord-Noreg viser til at det har vore ei god erfaring å samle kompetanse og støtteressursar innan e-helse, samhandling og innovasjon på éin stad i organisasjonen. Dette vart gjort i 2022.¹¹⁵ Samhandlingssjefen ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg leier avdelinga som har ansvar for samhandling, tenesteutvikling, kontinuerleg forbetring og innovasjon.¹¹⁶

I djupneundersøkinga kjem det fram at støttefunksjonane for samhandling og innovasjon blir opplevde som nyttige når nye tenesteforløp skal etablerast og driftast i samarbeid med kommunar og distriktsmedisinske senter (DMS). Samhandlingssjefen er kontaktpunktet i Universitetssjukehuset Nord-Noreg for kommunane og dei distriktsmedisinske sentera, og avdelinga koordinerer og samhandlar med aktuelle klinikkar for berekningar av kost-nytte før dei distriktsmedisinske sentera går i gang med nye tenestetilbod og med å forme ut samarbeidsavtalar mellom Universitetssjukehuset Nord-Noreg og kommunane.

12.4.2 Bruker samarbeidsavtalar og helsefellesskap aktivt

Djupneundersøkinga viser også at Universitetssjukehuset Nord-Noreg i utstrekt grad nyttar samarbeidsavtalar for å regulere vesentlege sider ved samarbeidet med kommunar om konkrete tenesteforløp. Samhandlingssjefen viser til at slike avtalar er påkravde for at Universitetssjukehuset Nord-Noreg kan få refusjonar for spesialisthelsetenester som blir utførte av kommunalt personell i dei distriktsmedisinske sentera, og som dei distriktsmedisinske sentera får betalt frå Universitetssjukehuset Nord-Noreg for å gjere.¹¹⁷ Universitetssjukehuset Nord-Noreg reviderer avtaleverket jamleg og går gjennom overordna avtalar og underavtalar.

Informantane opplever avtalane som nyttige og nødvendige for å avklare forhold rundt økonomi (mellom anna lønnsutgifter og medisinsk-teknisk utstyr), ansvarsfordeling, journalføring, kontaktpersonar, opplæring, fagdagar og ambulering av personell.

Samhandlingssjefen i Universitetssjukehuset Nord-Noreg har overordna ansvar for sekretariatsfunksjonen i helsefellesskapet Troms og Ofoten, saman med den interkommunale samhandlingsleiaren. I djupneundersøkinga kjem det fram at Universitetssjukehuset Nord-Noreg nyttar helsefellesskap aktivt for strategisk samarbeid med kommunane, og at det forankrar konkrete felles initiativ her. Samhandlingssjefen viser til at Ishavserklæringa og mål sette i helsefellesskapet er viktige for å forankre arbeid både frå Universitetssjukehuset Nord-Noreg si side og frå kommunane si side. PSHT og

¹¹⁵ I 2022 vart den tidlegare samhandlingsavdelinga og helsetenesteutviklinga slått saman til Seksjon for Samhandling og Helsetenesteutvikling (SamUt). SamUt har fram til 2025 vore organisert i e-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI), men vil etter ei omorganisering vere ein del av forskings-, utviklings- og kompetansesenteret.

¹¹⁶ Dette er avdelinga for pasientorientert tenesteutvikling, der SamUt-seksjonen, innovasjonsteamet til Universitetssjukehuset Nord-Noreg, Kontinuerlig forbedring og fem PSHT-seksjonar er plasserte. Innovasjonsteamet og helsetenesteutvikling er ein del av støttetjenesta til Universitetssjukehuset Nord-Noreg for å hjelpe klinikane i å ta i bruk digital heimeoppfølging. PSHT-seksjonane skal vidareutvikle og tilby felles tenester til stormottakarar i samarbeid med kommunane i opptaksområdet til Universitetssjukehuset Nord-Noreg.

¹¹⁷ Jf. Helsedirektoratet. (2024). Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2025 (ISF-regelverket).

Universitetssjukehuset Nord-Noreg si stormottakarsatsing er forankra og blir spreidd via helsefellesskapet.¹¹⁸

12.4.3 Nyttar etablerte, desentraliserte strukturar for å dyrke fram nye, teknologistøtta samarbeidsforløp

Universitetssjukehuset Nord-Noreg har over tid etablert ei rekkje desentraliserte tilbod i distriktsmedisinske og distriktpsikiatriske senter, og ved Distriktsmedisinsk senter Finnsnes etablerte Universitetssjukehuset Nord-Noreg i 2009 tilbod om røntgentenester, seinare dialyse. I djupneundersøkinga kjem det fram at fleire nye tenestetilbod i distriktsmedisinske senter har oppstått i forlenginga av etablerte tenester, når klinikarane ser at teknologien gjer det mogleg å flytte ei teneste til det distriktsmedisinske senteret.

Eit døme på dette er tenesteforløpet «Raskare og betre behandling ved hjerneslag». Her var utgangspunktet ein idé frå kommuneoverlegen om å auke utnyttinga av CT-maskinen i det distriktsmedisinske senteret, som på det tidspunktet berre var i drift på dagtid i røntgenpoliklinikken. Dette leidde til eit innovasjonsprosjekt i regi av nevrologisk avdeling ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg om å nytte CT-maskinen ved det distriktsmedisinske senteret for å raskare avklare kva pasientar som kan komme i gang med blodproppoppløysande behandling (trombolyse) ved mistanke om slag. Ved at spesialistar ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg fjernstyrer CT-maskinen ved det distriktsmedisinske senteret og samarbeider med sjukepleiarar ved interkommunal legevaktt gjennom videokonferanse om kliniske undersøkingar og avgjerdstaking, kan ein raskare komme i gang med trombolysebehandlinga for pasientar som treng dette. Tenesteforløpet er sett i ordinær drift frå 2023.

Ifølgje informantane ved distriktsmedisinsk senter og Universitetssjukehuset Nord-Noreg kjem mange av initiativa frå ulike fagmiljø ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg. Døme på tenester i distriktsmedisinsk senter som er initierte frå Universitetssjukehuset Nord-Noreg, er 24-timars EKG-registrering (Holter-måling) og PSHT.

Som døma ovanfor viser, oppstår moglegheitene til nye tilbod gjennom bruk av ny teknologi, gjennom utnytting av etablert infrastruktur og medisinsk-teknisk utstyr som er flytta ut, og gjennom sambruk av personell i distriktsmedisinsk senter.¹¹⁹ Informantane trekkjer også fram at samarbeid over tid skaper tillit mellom fagmiljø, og at det er viktig at dei som samhandlar på operativt nivå, kjenner til kvarandre og kven dei skal ta kontakt med. At nye initiativ blir godt forankra i fagmiljø, blir trekt fram som avgjerande for å lykkast. I tillegg trekkjer informantar både ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg og distriktsmedisinsk senter fram at det har mykje å seie at kommunesida jobbar aktivt for felles tilbod og også stiller med nødvendige ressursar, og at pasientane etterspør desse tilboda.

¹¹⁸ Stormottakarprosjektet, som førte til at Universitetssjukehuset Nord-Noreg oppretta PSHT-tilbod som dekkjer alle kommunane i opptaksområdet til Universitetssjukehuset Nord-Noreg, var forankra i leiinga i Universitetssjukehuset Nord-Noreg og med sjukehusdirektøren som eigar. Prosjektet var forankra i overordna samarbeidsorgan (OSO), forløparen til helsefellesskapet Troms og Ofoten.

¹¹⁹ Sambruk av personell inneber at den tilsette har eitt arbeidsforhold, men jobbar på ulike stader, slik at den samla helsepersonellressursen kan nyttast best mogleg.

12.4.4 Legg til rette for god oppfølging av samarbeid og opplæring av personell

I djupneundersøkinga kjem det fram at jamlege samarbeidsmøte, faste forum for oppfølging og opplæring av personell frå kommunesida har vore viktig når Universitetssjukehuset Nord-Noreg samarbeider med kommunar om tilbod som er flytta ut til distriktsmedisinsk senter. Verksemdsleiaren ved distriktsmedisinsk senter og administrerande direktør ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg har årlege møte, i tillegg til at det er kontinuerleg dialog mellom verksemdsleiaren i distriktsmedisinsk senter og samhandlingssjefen i Universitetssjukehuset Nord-Noreg. Det er også faste, jamlege møte mellom PSHT og samhandlingssjefen, og det er hyppige fagmøte med PSHT-seksjonen til Universitetssjukehuset Nord-Noreg. I tillegg blir det gjennomført jamlege samarbeidsmøte mellom kvart enkelt PSHT og dei kommunane som soknar til kvart enkelt lokalsjukehus.

Informantar i distriktsmedisinsk senter trekkjer fram at det har vore viktig at Universitetssjukehuset Nord-Noreg legg til rette for opplæring av personell frå kommunehelsetenesta og set av tid til fagdagar og jamleg ambuleringsavtale med fagpersonar frå Universitetssjukehuset Nord-Noreg i distriktsmedisinsk senter. Informantane viser til at kor god oppfølging det er av tilbod frå fagavdelingane i Universitetssjukehuset Nord-Noreg si side, har mykje å seie for kor godt samarbeidet fungerer.

13 Styringa og verkemidla til helseføretaka

I kapittel 12 viste vi kva som kjenneteiknar styring og tilrettelegging i helseføretak som har komme langt med digital heimeoppfølging, basert på djupneundersøkinga. Dette kapittelet handlar om korleis alle helseføretaka legg til rette for digital heimeoppfølging, med utgangspunkt i nokre av faktorane vi identifiserte i djupneundersøkinga, og krav og forventningar til helseføretaka.

Revisjonskriterium:

- Helseføretaka skal i utviklingsplanane sine setje eigne mål for bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenestene nærmare der pasientane er.
- Eit av hovudformåla med spesialisthelsetenestelova er at ho skal bidra til at ressursane blir utnytta på best mogleg måte. Dette kan ein oppnå med god kunnskap om korleis tiltak verkar, systematiske samanlikningar av tenestetilbod og god utnytting av teknologiske framsteg.
- Effektivisering gjennom bruk av teknologi skal bidra til ein berekraftig helse- og omsorgsteneste.
- Helse- og omsorgstenestelova forpliktar kommunar og helseføretak til å inngå samarbeidsavtalar for å bidra til at pasientar og brukarar får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester.

Oppsummering av funn

- Helseføretaka har eit eller fleire mål på helseføretaknivå om å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi, og omtrent halvparten har konkretisert måla som dei regionale helseføretaka har sett, i 2024 og 2025.
- Helseføretaka har i avgrensa grad skaffa seg kunnskap om effektar eller konsekvensar av dei ulike måtane å flytte spesialisthelsetenester heim på, særleg økonomiske effektar.
- Nesten alle helseføretaka oppgir at dei har dedikerte ressursar til innovasjonsarbeid som også inneber å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten.
- Det er få døme på at helseføretaka har avtalar med kommunane for å regulere samhandling om spesialisthelsetenester som er flytta heim.

13.1 Helseføretaka sine mål og indikatorar for måloppnåing

Som det går fram av djupneundersøkinga, kan mål, operasjonalisering av måla og jamleg oppfølging bidra til at helseføretak tek i bruk digitale moglegheiter i pasientforløp. Det som blir målt, får merksemd, og utan mål er det mindre sannsynleg at helseføretaka følgjer opp. Måla bør vere tydelege, konkrete, talfesta, målbare og tidfesta.¹²⁰

Helseføretaka har sidan 2020 fått ulike mål og føringar/oppdrag som gjeld digital heimeoppfølging, sjå også kapittel 12.1.2 og 14.1. I 2020 fekk helseføretaka mellom anna i oppdrag å setje eigne mål i utviklingsplanane for å flytte spesialisthelsetenester heim til pasientane ved hjelp av teknologi.¹²¹ Frå 2021 til 2023 var det eit mål at andelen polikliniske konsultasjonar som blir gjennomførte over video og telefon, skulle vere over 15 prosent. I 2024 og 2025 var målet ikkje lenger eit talfesta nivå. I staden fekk helseføretaka i 2024 i oppdrag frå dei regionale helseføretaka¹²² å auke andelen pasientar som får digital heimeoppfølging,¹²³ medan i 2025 er målet å intensivere arbeidet med å gå frå kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital heimeoppfølging der det er formålstenleg.¹²⁴

13.1.1 Helseføretaka har i perioden hatt mål, men berre halvparten har konkretisert måla om å auke/intensivere den digitale heimeoppfølginga

Undersøkinga viser at helseføretaka per våren 2024 hadde eitt eller fleire eigne mål på helseføretaknivå om å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.¹²⁵ Nokre helseføretak har sett seg meir ambisiøse mål enn Helse- og

¹²⁰ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

¹²¹ Regionale helseføretak foretaksmøte 14. januar 2020 og oppdragsdokument 2020

¹²² Oppdraget er vidareført frå Helse- og omsorgsdepartementet av det regionale helseføretaket.

¹²³ Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument til dei regionale helseføretaka for 2024 «Andelen pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjonen skal øke sammenliknet med 2023. Her inngår digital skjermabasert pasientoppfølging og monitorering og nettbasert behandlingsprogram.»

¹²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet sitt oppdragsdokument til dei regionale helseføretaka for 2025 «Alle steder det er hensiktsmessig skal helseføretaket intensivere arbeidet med å gå fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Brukerorganisasjonene skal involveres på egnet måte.»

¹²⁵ I undersøkinga har vi ikkje følgd opp måla utover å sjå på indikatorar og vurdere korleis føretaka ligg an.

omsorgsdepartementet sine mål for 2021–2023 om at minst 15 prosent av polikliniske konsultasjonar skal gjennomførast over video og telefon. Eit døme på dette er Oslo universitetssjukehus HF som har som mål at 30 prosent av behandling og oppfølging skal skje i heimen til pasienten innan 2030.¹²⁶

Vi har spurt om helseføretaka har konkretisert måla eller utvikla andre indikatorar knytte til oppdraga frå dei regionale helseføretaka om å *auke* andelen konsultasjonar over video og telefon og *intensivere* arbeidet med digital heimeoppfølging, slik at måla kan bli meir konkrete og målbare.

Omtrent halvparten av helseføretaka oppgir at dei har konkretisert måla frå 2024 eller 2025 om å høvesvis auke andelen video-/telefonkonsultasjonar og intensivere digital heimeoppfølging mellom anna ved å angi kor mykje andelen skal auke, eller kor stor auke dei skal oppnå innanfor spesifikke område eller spesifikke typar digital heimeoppfølging.¹²⁷ Eit døme på dette er Helse Fonna HF som har vedteke at alle kliniske avdelingar bør innføre minst ei digital oppfølging eller eitt nettbasert behandlingsprogram innan utgangen av 2025. Dei har også sett mål om at andelen digitale tenester skal auke med minst 20 prosent per år.

Nokre helseføretak oppgir også at dei har operasjonalisert oppdraget om å intensivere digital heimeoppfølging ved å tilføre meir ressursar til dette området.¹²⁸

Fleire helseføretak har ikkje konkretisert dei nemnde måla dei fekk i 2024 og 2025. Dette betyr at det kan bli meir krevjande for desse helseføretaka å nyttiggjere seg og følgje opp måla i styringa.

13.1.2 Ikkje alle helseføretak har vurdert korleis dei ligg an i forhold til eigne mål, men fleire indikatorar er tekne i bruk frå 2024

For å følgje opp om dei når måla, må helseføretaka ha indikatorar som kan seie noko om måloppnåing, og deretter må dei vurdere korleis dei ligg an i forhold til målet/måla dei sjølv har sett.

Ikkje alle helseføretak har vurdert korleis dei ligg an i forhold til målet/måla dei sjølv har sett, jamfør oppdraget dei fekk i 2020. Det kjem mellom anna av at dei ikkje har hatt tilstrekkeleg med indikatorar til å vurdere måloppnåing. Dei fleste helseføretaka viser til at andelen konsultasjonar som blir tekne over video/telefon, er ein indikator dei følgjer med på, og dei rapporterte på dette i den årlege meldinga for åra 2021–2024. Før 2024 var det eit mindretal av helseføretaka som hadde indikatorar for å måle bruken av digital skjemabasert oppfølging og nettbasert behandlingsprogram.¹²⁹ I 2024 har derimot eit

¹²⁶ OUS HF. (2022). *Strategisk plan for utvikling av fellestjenester 2023–2030*.

¹²⁷ Dei følgjande helseføretaka har konkretisert mål for anten 2024 eller 2025: Helse Fonna HF, Nordlandssjukehuset HF, Sjukehuset i Vestfold, Vestre Viken HF, Sjukehuset Innlandet HF, Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, Sørlandet sjukehus HF, Helgelandssjukehuset HF, Helse Møre og Romsdal HF, Oslo universitetssjukehus HF, Sunnaas sjukehus HF og St. Olavs hospital HF

¹²⁸ Helse Førde HF, Sjukehuset Telemark HF og St. Olavs hospital HF. Helse Møre og Romsdal HF har fått eit oppdrag frå Helse Midt-Noreg RHF om å ha ein regional funksjon i arbeidet med å innføre behovsstyrt poliklinikk.

¹²⁹ Akershus universitetssjukehus HF, Sjukehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Helse Førde HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF.

fleirtal av helseføretaka målt andelen pasientar som fekk digital skjemabasert pasientoppfølging.

Ikkje alle helseføretak har målt nettbasert behandling, men dette kjem i hovudsak av at fleire helseføretak ikkje var i gang med dette tilbodet i 2024.

13.2 Kunnskapen til helseføretaka om effektar av digital heimeoppfølging

Få helseføretak kan dokumentere at dei er i gang med å jobbe «systematisk og breitt» med å kartleggje gevinstar på føretaksnivå, men det er nokre døme på at helseføretak har kartlagt effektar i enkelte forløp der spesialisthelsetenester blir flytta heim ved hjelp av teknologi. I tillegg har helseføretaka forsking på gang som belyser effektar på området.

Helseføretaka kan få kunnskap om effektane av å flytte spesialisthelsetenester heim enten gjennom system for å kartleggje dette på helseføretaksnivå, kartlegging i enkelte forløp, mini-metodevurderingar eller forsking.

13.2.1 Helseføretaka har lite systematisk kunnskap om effektar av å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi

Få helseføretak har kartlagt effektar av å flytte spesialisthelsetenester heim

Vi har bede helseføretaka sende oss dokumentasjon på tiltak for å vurdere effektane eller konsekvensane av å flytte spesialisthelsetenester heim / nær pasienten ved hjelp av teknologi.

Helseføretaka kan vurdere **effektar for pasientar** ved å samle informasjon om digital heimeoppfølging bidreg til tryggleik og meistring av eiga helse, og om pasientane er tilfredse med denne typen oppfølging.

- Eit fåtal av helseføretaka har dokumentert at dei har undersøkt korleis pasientane opplever oppfølging via video/telefon eller i utvalde digitale forløp,¹³⁰ sjå også kapittel 10.1.2.
- I nokre forløp med digital heimeoppfølging skriv helseføretaket at dei «erfarer» at pasienten er godt nøgd med behandlinga, eller at pasienten sparer reisetid, utan at noka systematisk kartlegging av pasienttilfredsheit eller spart reisetid er dokumentert.¹³¹

¹³⁰St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF (video/telefon), Helse Bergen HF (mage/tarm-skule), Akershus universitetssjukehus HF (MILA, IHT og brukarundersøkingar blant pasientar i Dignio-appen), Vestre Viken HF (digital oppfølging i kreftseksjonen), Helse Førde HF (behovsstyrt poliklinikk for epilepsi). Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF (brukerstyrt oppfølging av epilepsi). I djupneundersøkinga kom det også fram at Helse Bergen HF undersøker pasienttilfredsheit hos epilepsipasientar som får behovsstyrt helsehjelp. Data herfrå er førebels ikkje publiserte. Vestre Viken HF oppgir også at dei kartlegg pasienttilfredsheit ei rekkje pasientforløp, men dei har ikkje vedlegge dokumentasjon på dette.

¹³¹ Helse Bergen HF (epilepsi og handledd), Vestre Viken HF, Helse Førde HF (anestesipoliklinikk).

- Tre helseføretak hadde per våren 2024 kartlagt, i til saman fire forløp, korleis pasientar som får digital heimeoppfølging, opplever eiga helse.¹³² Resultata av desse kartleggingane er beskrivne i kapittel 10.1.3.

Fleire av informantane i djupneundersøkinga viser til at i utgangspunktet er det dei pasientane som er eigna, og som ønskjer digital heimeoppfølging, som får eit slikt tilbod. Resten av pasientane vil få vanleg oppfølging på sjukehuset. Dette kan tilseie at dei pasientane som får digital heimeoppfølging, vil vere tilfredse med denne typen oppfølging, men samstundes kan tilfredsheitsundersøkingar vere ei viktig kjelde til informasjon om oppfølging fungerer slik helseføretaket har tenkt, og om det er forbettringspotensial.

I undersøkinga kjem det fram at det førebels er gjort lite for å vurdere **effektar for ressursbruk** i forløp som er flytta heim. Dette kan vere effektar knytte til gjeninnleggingar, reisekostnader, personellressursar eller sparte liggjedøgn. I nokre tilfelle vil det vere overlapp mellom effektar for ressursbruk og effektar for pasienten, til dømes der pasienten slepp å møte til rutinekontroll på sjukehuset fordi helsepersonell via skjemaoppfølging finn ut at pasienten ikkje har behov for ei fysisk undersøking. Dette vil kunne frigjere kapasitet på sjukehuset i tillegg til at pasienten kan oppleve det som eit gode å sleppe ei unødvendig reise.

Fleire informantar i undersøkinga viser til at helseføretaka bør ha kunnskap om effektar for ressursbruk ettersom dei ikkje har råd til å innføre forløp som ikkje er effektive.

Undersøkinga viser at få helseføretak systematisk kartlegg effektar av digital heimeoppfølging for ressursbruk, men det finst døme på at dette er gjort i nokre forløp:

- Våren 2025 var det berre nokre få helseføretak som oppgav at dei hadde indikatorar som gir høve til å løpande følgje med på kva effektar digital heimeoppfølging har for ressursbruk.¹³³ Eit døme på ein slik indikator kan vere faktiske timar spart / frigjorde timar.
- Helseføretaka har våren 2024 også sendt oss ei oversikt over alle forløp der spesialisthelsetenester er flytta nærmare pasienten ved hjelp av teknologi. I eit fåtal av desse kan helseføretaka dokumentere at effektane for ressursbruk er kartlagde eller estimerte, sjå vedlegg 4.¹³⁴ Eit døme er Helse Stavanger HF si kartlegging som viser at over halvparten av pasientane med handleddsbrot som blir følgde opp digitalt etter

¹³² Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsjukdommar. (2023). *Rapport 2023: Mage-tarmskolen –digital behandling ved irritabel tarmsyndrom*: I den nettbaserte mage-tarmskolen gir deltakarane opplysningar om symptom og livskvalitet via eit spørreskjema; Bjørk, M. H. (2022). *Brugerstyrt oppfølging av epilepsipasienter ved Helse Bergen* [foredrag]; Helsedirektoratet. (2023). *Årsrapport DHO 2023 MILA*: Skjemabasert oppfølging av pasientar med kols og/eller hjartesykt. Resultata viser mellom anna at 47 prosent opplever ei betring av fysisk helse; Vestre Viken. (2024). *Digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter ved Bærum Sykehus* [Prosjekterevaluerig]. Nimble Homewards.

¹³³ Akershus universitetssjukehus HF, Vestre Viken HF, Sørlandet sjukehus HF, Sjukehuset Innlandet HF, Oslo universitetssjukehus HF. St. Olavs hospital HF i gang med å teste ut effektar av behovsstyrte poliklinikker for atrieflimmerpasienter og fedme. Helseføretaka i Helse Vest nyttar ein felles rapport der talet på kilometer transport pasientane har spart på video- eller telefonkonsultasjon og på andre digitale kontaktar, er berekna.

¹³⁴ I tillegg til det som blir vist i vedlegga, går det fram at sjukepleiarar handterer 84 prosent av brukarstyrt poliklinikk for epilepsi åleine (Helse Bergen), og i Norse-prosjektet er det gjort ei gevinstberekning som illustrerer potensialet for vekst og auka inntekter utan å auke kostnader.

kirurgi, slepp poliklinisk oppmøtekontroll, noko som kan frigjere kapasitet på poliklinikken.¹³⁵

- Dokumentasjon frå helseføretak i 2024 og 2025 viser at dei er i gang med å vurdere effektar for ressursbruk i nokre fleire forløp, sjå vedlegg 4.
- Vi har berre fått eitt døme på eit helseføretak i Helse Nord som har kartlagt effektar av å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten.

Dette betyr at det er ei rekkje forløp eller former for digital heimeoppfølging der helseføretaka til no *ikkje* følgjer med på korleis digital heimeoppfølging påverkar ressursbruken ved helseføretaka, i form av til dømes frigitt tid for helsepersonell eller sparte liggjedøgn. Dette gjeld også forløp med digital heimeoppfølging som har vore i drift i nokre år, slik som skjemasert oppfølging av irritabel tarmsyndrom (IBS).

Helseføretaka har dimes lite informasjon om forløp med digital heimeoppfølging bidreg til å løyse utfordringar med bemanning, lange ventetider og stram økonomi.

Helseføretaka har gjennomført mini-metodevurderingar som bidreg til meir kunnskap om digital heimeoppfølging

For å få eit godt avgjerdsgrunnlag for å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi kan helseføretaka gjennomføre såkalla mini-metodevurderingar, sjå faktaboks 11.

Faktaboks 11 Mini-metodevurderingar

Mini-metodevurderingar er nedskalerte versjonar av dei tradisjonelle metodevurderingane, som Folkehelseinstituttet har ansvaret for å gjere, sjå kapittel 14.2.3.

Ei mini-metodevurdering er eit skjema med spørsmål som belyser effekt, tryggleik, kostnader, etikk og organisatoriske aspekt ved metoden. Mini-metodevurderingar blir utførte lokalt ved sjukehusa og skal synleggjere konsekvensar eller effektar av å innføre nye metodar i sjukehus, bidra til kunnskapsbaserte og gjennomslagsrike avgjerder og medverke til auka pasienttryggleik.

Det finst ingen konkrete kriterium for når ei mini-metodevurdering skal utførast, men praksis til no har vore at mini-metodevurderingar blir utførte når avgjerdstakaren eller fagpersonane er usikre på om den nye metoden er verksam og trygg, eller når det er nødvendig å kartleggje budsjettmessige eller organisatoriske effektar.

Dersom ei mini-metodevurdering bidreg til å avklare at den nye metoden er trygg og har akseptabel effekt, og metoden lèt seg innføre til ein akseptabel kostnad, kan helseføretaket vedta å innføre han. Dersom utfallet frå ei mini-metodevurdering

¹³⁵ Helse Stavanger HF. (2024). *Gevinstrappport februar 2024. Brukerstyrt poliklinikk – Digital ortopedkirurgisk oppfølging*. Dokumentasjon sendt til Riksrevisjonen mars 2024.

derimot ikkje er eintydig, har ein ikkje tilstrekkeleg avgjerdsgrunnlag for å kunne innføre metoden i helseføretaket. Vidare vurderingar kan då løftast til nasjonalt nivå.

Mini-metodevurderingar blir gjorde tilgjengelege for andre helseføretak og offentlegheita ved at desse blir publiserte i ein nasjonal database som blir administrert av Folkehelseinstituttet (www.minimetodevurdering.no). Dette gjer det mogleg å gjenbruke mini-metodevurderingar i andre sjukehus som er interesserte i å vurdere den same metoden.

Kjelde: Folkehelseinstituttet. (2025). Mini-metodevurdering for sjukehus.

Søk i den nasjonale databasen til Folkehelseinstituttet (FHI) for mini-metodevurderingar i sjukehus og kommunar viser at det per april 2025 var ferdigstilt tolv mini-metodevurderingar,¹³⁶ av totalt 178,¹³⁷ som omhandlar metodar der spesialisthelsetenester er flytta heim ved hjelp av teknologi etter 2020, eller der spesialisthelsetenester og kommunar samhandlar om pasientar ved hjelp av teknologi. To av desse er gjennomførte av helseføretak i Helse Vest,¹³⁸ medan dei resterande er gjennomførte av helseføretak i Helse Sør-Aust.¹³⁹

Åtte av tolv mini-metodevurderingar har noko omtale av resultat og/eller effekt for pasientar. I seks av mini-metodevurderingane har helseføretaket berekna kostnader for sjukehuset (og kommunane) ved innføring av forløp der spesialisthelsetenester blir flytta nærmare pasienten.¹⁴⁰

Forskingssjef ved Drammen sjukehus har gjennomført ei mini-metodevurdering om digital heimeoppfølging av pasientar med epilepsi. I intervju peikar forkingssjefen på at det er vanskeleg å generalisere funn om klinisk effekt og effekt på ressursbruk/økonomi frå ei mini-metodevurdering. Vurderingar av effektar er mest treffsikre når dei er diagnosespesifikke. Meistring og helsekompetanse kan ifølgje forkingssjefen sannsynlegvis i større grad overførast til andre typar samanliknbar digital heimeoppfølging.

Det betyr at sjølv om ei mini-metodevurdering av digital heimeoppfølging av epilepsi viser effekt på til dømes ressursbruk, er det ikkje gitt at digital heimeoppfølging av diabetes vil gi same effektar. Vidare kan det vere vanskeleg å seie noko om effektar dersom det er

¹³⁶ Sju av desse er initierte av helseføretaket, medan fem er initierte av helseføretaket og kommunen i samarbeid.

¹³⁷ Dette inkluderer også vurderingar som er påbyrja, men ikkje ferdigstilte.

¹³⁸ Helse Fonna, Ullensvang kommune og Kvinnherad kommune. (2023). *Digital sårbehandling - samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*; Helse Bergen, Askøy kommune og Øygarden kommune. (2024). *MULI-tjenesten for pasienter med hyppige innleggelser i psykiatrisk akuttinntak (svingdørspasienter)*.

¹³⁹ Tre av desse er gjennomførte i samarbeid med kommunane.

¹⁴⁰ Helse Bergen, Askøy kommune og Øygarden kommune. (2024). *MULI-tjenesten for pasienter med hyppige innleggelser i psykiatrisk akuttinntak (svingdørspasienter)*; Helse Fonna HF, Kvinnherad kommune og Ullensvang kommune. (2023). *Digital sårbehandling -samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*; Oslo universitetssjukehus. (2021). *Bærbar og håndholdt spirometri koblet til app med "interface" for digital behandlingsplan og hjemmemonitorering av lungefunksjon*; Sjukehuset Østfold, Sarpsborg kommune og Fredrikstad kommune. (2025). *Integrerte helsetjenester*; Vestre Viken HF, Bærum kommune og Asker kommune. (2023). *Implementering av prehabilitering som ny tjeneste i Bærum sykehus og Asker og Bærum kommune*; Sjukehuset Innlandet, Søndre Land kommune og Vågå kommune. (2025). *Konsekvenser ved implementering av digital sårbehandling i Helsefelleskapet Innlandet*.

gjort ei mini-metodevurdering av til dømes bruk av video generelt, utan at det er gjort for bestemte diagnoser.

Det kjem fram at for somme av mini-metodevurderingane er konklusjonane usikre. Dette gjeld til dømes Vestre Viken si mini-metodevurdering av brukarstyrt epilepsioppfølging. I konklusjonen står det at metoden først berre bør bli tilboden innanfor ramma av ein forskingsstudie, og at dette er nødvendig før metoden blir « [...] innført breitt. Det står vidare at det er eit sterkt behov for å dokumentere effektar og tryggleik, og at sjølv om alle hypotesar og estimat går i favør av metoden, bør han evaluerast systematisk og vitskapleg før ein tilrår ei eventuell brei innføring.»¹⁴¹

Ein internasjonal studie (Khan et al., 2024) viser også til at det kan vere vanskeleg få god oversikt over det totale kostnadsbiletet ved å innføre digital heimeoppfølging for ei pasientgruppe. Førebelse erfaringar frå forskingsprosjektet er mellom anna at kostnaden per pasient varierer mellom helseføretak. Dette tilseier at helseføretaka ikkje berre kan basere seg på andre helseføretak sine kostnadsberekningar av digital heimeoppfølging eller på berekningar gjorde i mini-metodevurderingar, men at dei må gjere eigne vurderingar av det totale kostnadsbiletet. Gjennomgangen vår viser likevel at det er få helseføretak som har planar om å kartleggje økonomiske effektar, sjå kapittel 13.2.2.

Lite forskning i helseføretaka på effekten av ulike former for digital heimeoppfølging – men meir er på gang

Kartlegginga vår viser at det framleis er lite publisert norsk forskning om effekten av ulike former for digital heimeoppfølging for ressursbruken i spesialisthelsetenesta.

At det finst lite forskning på feltet, kan henge saman med at digital heimeoppfølging er relativt nytt, og at det tek lang tid å skaffe forskingsbasert kunnskap. Forskinga på brukarstyrt epilepsioppfølging er eit døme på dette: I desember 2019 var Vestre Viken HF først ut i Noreg med denne typen oppfølging av epilepsipasientar.¹⁴² Same år starta eit forskingsprosjekt som skal undersøkje kliniske og helseøkonomiske effektar av metoden.¹⁴³ Resultata frå forskingsprosjektet skal etter planen publiserast i 2025.¹⁴⁴

Det går føre seg fleire forskingsprosjekt som vil gi auka kunnskap om effektane av digital heimeoppfølging på ressursbruk, sjå vedlegg 5.

13.2.2 Få helseføretak har planar om å kartleggje gevinstar av å flytte spesialisthelsetenester heim

Undersøkinga viser at helseføretaka førebels har lite informasjon om effektar av å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten. Det var også få helseføretak som våren 2025 oppgav at dei har system på *føretaksnivå* for løpande og systematisk kartlegging av

¹⁴¹ Vestre Viken HF. (2024). *Digital hjemmeoppfølging (DHO) – epilepsi*.

¹⁴² Vestre Viken HF. (u.å.). *Brukerstyrt epilepsioppfølging*.

¹⁴³ Vestre Viken HF. (2024, 27. april). *Brukerstyrt epilepsioppfølging*. Cristin.

¹⁴⁴ M. R. Syvertsen, epost, 12. februar 2025.

gevinstar av arbeidet med digital heimeoppfølging.¹⁴⁵ Nokre helseføretak viser til at dei har gjennomført eller gjennomfører gevinstkartleggingar i utvalde forløp.¹⁴⁶

Vestre Viken HF er eit av helseføretaka som har komme lengst med gevinstplanlegging, og arbeidet verkar meir systematisk enn ved dei fleste andre helseføretaka. Helseføretaket har vedteke å måle og følgje opp fire parametarar for å dokumentere effektar og gevinstar av digital heimeoppfølging:

- frigjorde timar
- sparte liggjedøgn
- god pasienttilfredsheit
- god medarbeidartilfredsheit

Alle forløp som er i drift, skulle innan 1. tertial 2024 ha utarbeidd ein gevinstplan som ifølgje Vestre Viken HF skal følgjast opp systematisk i verksemdsrapporteringa.¹⁴⁷ Vestre Viken HF viser til at arbeidet med gevinstrealisering er eit krevjande, men nødvendig arbeid for å synleggjere aktivitet og effekt.¹⁴⁸ Kvart forløp åleine har i den store samanhengen lita betydning, men aggregert over fleire fag og avdelingar har det potensial til å frigjere eit betydeleg antal timar som aukar produktiviteten i føretaket.

Det er fire helseføretak som skriv at dei har teke utgangspunkt i Vestre Viken HF sine indikatorar og verktøy for korleis dei skal følgje utviklinga på effektar i utvalde forløp.¹⁴⁹

Akershus universitetssjukehus HF er eit anna helseføretak som har byrja å kartleggje faktiske timar sparte i fleire forløp.¹⁵⁰ Akershus universitetssjukehus HF gjennomfører også jamlege brukarundersøkingar blant pasientar.

13.3 Helseføretaka sine ressursar til å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten

Informantar i djupneundersøkinga peikar på at det å innføre nye tenesteforløp medfører auka ressursbehov i klinikkane som skal omstille, og at slike «pukkelkostnader» kan vere krevjande å finansiere.¹⁵¹ Pukkelkostnader er eingongskostnader som oppstår eller kan oppstå ved innføring av nye forløp, som til dømes opplæring i nye system og metodar og innkjøp av nye løysingar. Som det kjem fram av djupneundersøkinga, har finansiering av dedikerte ressursar både sentralt og på klinikknivå vore ein viktig faktor for å lykkast med innføring av nye tenesteforløp.

¹⁴⁵ Vestre Viken HF, Oslo universitetssjukehus HF, Akershus universitetssjukehus HF, Sørlandet sjukehus HF og Sjukehuset Innlandet HF.

¹⁴⁶ Sjukehuset i Vestfold HF, St. Olavs hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Førde HF.

¹⁴⁷ Vestre Viken HF. (2024, mars). *Svarbrev til Riksrevisjonen*.

¹⁴⁸ Vestre Viken HF. (2025, mai). *Svarbrev til Riksrevisjonen*.

¹⁴⁹ Sørlandet sjukehus HF (på føretaksnivå); Sjukehuset Innlandet HF (førebels innført for tre utvalde forløp i kartlegging og planleggingsfasen, skal vidare takast inn i tertialrapportering for systematisk oppfølging etter innføring); Helse Førde HF (epilepsi) og St. Olavs hospital HF (behovsstyrte poliklinikkar for atrieflimmerpasientar og fedme).

¹⁵⁰ Akershus universitetssjukehus HF. (2025, april). *Svarbrev til Riksrevisjonen*.

¹⁵¹ Sjå også Helsedirektoratet. (2021). *Helsedirektoratets rapportering på status og framgang for Nasjonal helse- og sjukehusplan*.

Nesten alle helseføretaka oppgir at dei har dedikerte ressursar sentralt i helseføretaket til arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim / nærmare pasienten.¹⁵²

Det varierer kor mykje kvart enkelt helseføretak har sett av til dedikerte ressursar, men dei fleste oppgir mellom tre og fem årsverk. Det er naturleg at det er ein viss variasjon ettersom helseføretaka er av ulik storleik. Helse Bergen HF og Vestre Viken HF er blant helseføretaka som oppgir at dei har sett av flest ressursar, jamfør kapittel 12.3.2.

Ressursane som hjelper til i arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim, er organiserte på ulike måtar i dei ulike helseføretaka. Til dømes har nokre har egne støtteiningar, medan andre har innovasjonsrådgivarar eller nettverk for digital heimeoppfølging.

Dei regionale helseføretaka deler ut innovasjonsmidlar for å finansiere innovasjonsprosjekt i helseføretaka, sjå kapittel 14. I tillegg er midlar frå helseføretaka ei kjelde til finansiering. I omtrent ein av tre innovasjonsprosjekt oppgir prosjektet at «eige helseføretak» er ei finansieringskjelde i tillegg til regionale innovasjonsmidlar.

Helseføretaka har også sendt oss ei oversikt over forløp der spesialisthelsetenester er flytta heim. Denne oversikta viser at om lag halvparten av forløpa under utprøving eller planlegging er finansierte berre av helseføretaka sine egne midlar. Dette betyr at helseføretaka si eiga finansiering er viktig for å utvikle nye forløp med digital heimeoppfølging.

Sju helseføretak, inkludert to universitetssjukehus, oppgir at dei også lyser ut egne innovasjonsmidlar.¹⁵³ Av desse oppgir fem helseføretak at dei har tildelt midlar til innovasjonsprosjekt retta mot å flytte spesialisthelsetenester heim / nær pasienten ved hjelp av teknologi i perioden 2020–2023.¹⁵⁴

13.4 Helseføretaka si tilrettelegging for samhandling for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi

Alle helseføretaka har omtale av samhandling med kommunar i strategiar eller utviklingsplanar. I tillegg har nokre få helseføretak¹⁵⁵ fastsett mål om samhandling om å flytte tenester nærmare pasienten, til dømes: «Digital avstandsoppfølging skal utvikles i samarbeid med kommunene for forebygging, kontroll og reduksjon av innleggelser.»¹⁵⁶

¹⁵² Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF og Østfold sjukehus HF har oppgitt at dei ikkje har sett av dedikerte ressursar til arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim.

¹⁵³ Helse Bergen HF, Helse Førde HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helgelandssjukehuset HF, Oslo universitetssjukehus HF, Vestre Viken HF og Sjukehuset i Vestfold HF.

¹⁵⁴ Helse Bergen HF, Helse Førde HF, Helgelandssjukehuset HF, Oslo universitetssjukehus HF og Vestre Viken HF.

¹⁵⁵ Sjukehuset i Vestfold HF, Oslo universitetssjukehus HF, Sjukehuset Innlandet HF, Østfold Sjukehus HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Finnmarkssjukehuset HF.

¹⁵⁶ Finnmarkssjukehuset HF (2022) *Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssjukehuset HF 2023-2038*, s. 35.

Det er ingen helseføretak som har dokumentert at dei har styringsdata for å følgje med på om desse måla blir nådde, sjå også kapittel 11 om manglande indikatorar om samhandling for å flytte spesialisthelsetenester heim.

13.4.1 Helseføretaka har lite kunnskap om effekt av samarbeid med kommunar når spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi

Det er berre Akershus universitetssjukehus HF som i svar på spørjebrev og dokumentbestilling frå Riksrevisjonen kan vise til at dei har sett på effektar på forbruk av helsetenester og kostnader på tvers av nivå i forløp for digital heimeoppfølging der det er samarbeid med kommunen, sjå faktaboks 12. Det er i tillegg gjort berekningar av økonomisk effekt både for andre helseføretak og kommunar i fem mini-metodevurderingar.

Faktaboks 12 Vurderingar av effektar i forløp ved Akershus universitetssjukehus og i kommunar

Integrerte helsetenester (IHT) til skrøpelege eldre med samansette behov er eit samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssjukehus HF og fleire kommunar. Resultata frå prosjektet viser nedgang i bruk av tenester som korttidsopphald, legevaktbesøk, innleggingar for akutt hjelp (ø-hjelp) på sjukehus og døgnopphald på KAD (kommunal akutt døgneining). Tilsvarande ser dei ein auke i bruk av førebyggjande tenester og talet på tverrfaglege møte koda av fastlege, og ein lett auke i heimesjukepleie. Det går fram av sluttrapporten frå prosjektet at dette er ei ønskt endring i tenesteforbruket.

Akershus universitetssjukehus HF har også analysert effektar på forbruk av både spesialisthelsetenester og kommunale helse- og omsorgstenester når dei ulike nivåa samarbeider om pasientar som får digital heimeoppfølging i **MILA-prosjektet**. Analysane viser reduksjon i forbruk av tenester for akutt hjelp både i sjukehus og kommunar etter bruk av digital heimeoppfølging. Prosjektet har også gjort kostnadsberekningar basert på tilgjengelege data som indikerer vesentlege unngåtte kostnader for sjukehus og kommunar ved denne typen oppfølging. Erfaringane frå IHT- og MILA-prosjekta er at prosessen med å bruke nødvendige data om helsetenesteforbruk er tidkrevjande, komplisert og har avgrensa varigheit, sjå nærmare omtale i kapittel 15.7.

Kjelde: Helsedirektoratet. (2025). Sluttrapport MILA3; Helsefellesskapet Ahus og kommunane. (2025). Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester – Sluttrapport

13.4.2 Få samarbeidsavtaler er oppdaterte og omtaler i liten grad digital heimeoppfølging

Som det går fram av kapittel 11, er det lite samhandling mellom helseføretak og kommunar eller på tvers av nivå om å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi.

Samarbeid om digital heimeoppfølging bør forankrast i dei lovpålagde samarbeidsavtalane mellom kommunar og helseføretak. Helsedirektoratet har gitt nasjonale faglege råd om kva som bør inngå i desse avtalane når det gjeld digital heimeoppfølging, sjå faktaboks 13.¹⁵⁷

Faktaboks 13 Nasjonale faglege råd om digital heimeoppfølging

Samarbeid om digital heimeoppfølging bør forankrast i samarbeidsavtalen mellom kommunar og helseføretak. Samarbeidet bør resultere i ei felles beskriving av dagens tenestetilbod og framtidig mål, inkludert

- behov for digital heimeoppfølging
- relevante målgrupper
- planar for brukarinvolvering
- overordna mål for tenesteforløpa
- organisering og ansvarsforhold i tenesteforløp for digital heimeoppfølging
- behov for medisinsk utstyr, inkludert anskaffingsprosessar, distribusjon og opplæring i bruk
- samarbeid om mini-metodevurderingar ved vurdering av effekt og budsjettmessige eller organisatoriske konsekvensar

Kjelde: Helsedirektoratet. (2022, 14. november). Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging.

Gjennomgangen vår av samarbeidsavtalane til helseføretaka¹⁵⁸ viser at

- seks av tjue er oppdaterte i eller etter 2022 da dei nasjonale faglege råda om digital heimeoppfølging vart publiserte
- omtalen av samarbeid om digital heimeoppfølging eller liknande er knapp, også i nyare avtalar
- ingen av avtalane inneheld punkta som dei nasjonale råda for digital heimeoppfølging seier at dei bør omtale

¹⁵⁷ Helsedirektoratet. (2022, 14. november). *Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging*.

¹⁵⁸ Vi har her sett på delavtale nr. 9 om samarbeid om IKT-løysingar lokalt og delavtale nr. 12 utvikling og planlegging av tenestene.

Fleirtalet av avtalane beskriv samarbeidet om digitale løysingar på eit overordna nivå, noko som kan tyde på at dei ikkje er eigna til å leggje konkrete eller detaljerte rammer for samarbeid.

Det finst likevel nokre få døme på at helseføretak og kommunar har inngått samarbeidsavtalar om konkrete tenesteforløp som er flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi.

Eit døme på at helseføretak og kommunar har brukt samarbeidsavtalen for å få til eit godt samarbeid om å flytte spesialisthelsetenester heim, er heimebehandling med antibiotika intravenøst ved Sørlandet sjukehus HF. Ein kommunerepresentant viser til at det er viktig å ha samarbeidsavtale om denne typen behandling for å avklare det medisinfaglege og økonomiske ansvaret.¹⁵⁹

Manglande bruk av avtalar for å vareta samhandling er påpeika tidlegare. Nasjonal kompetanseteneste for læring og meistring innan helse har kartlagt samarbeidsavtalane mellom helseføretak og kommunar.¹⁶⁰ Rapporten viser at det er behov for å undersøkje korleis samhandlinga faktisk fungerer. Det er særleg interessant om omfattande avtalar styrkjer samhandlinga, og om mangelfulle avtalar svekkjer henne. Ein god avtale er ein start, men han må også gjennomførast i praksis.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at det er eit lokalt og regionalt ansvar å inngå og følgje opp samarbeidsavtalane, inkludert å vurdere behov for å evaluere avtalane.

13.4.3 Helseføretaka har få tekniske løysingar som mogleggjer samhandling om digital heimeoppfølging

Deling av data er ei utfordring når kommunar og sjukehus skal samarbeide om digital heimeoppfølging av pasientar, sjå kapittel 11.

Det finst i dag ingen ferdigutvikla nasjonale løysingar for deling av data mellom spesialisthelsetenesta og den kommunal helse- og omsorgstenesta, sjå nærmare omtale i kapittel 15.7.5. Helseplattforma i Helse Midt-Noreg legg teknologisk til rette for samarbeid med kommunane om å flytte tenester ut av sjukehuset og heim, og St. Olavs hospital HF skal i gang med å utforske moglegheitene for samhandling med kommunane gjennom Helseplattforma.¹⁶¹ Helseføretaka i Helse Midt-Noreg har til no hatt få prosjekt om digital heimeoppfølging i samarbeid med kommunane i helsefellesskapa.¹⁶²

Nordlandssjukehuset HF er eit av helseføretaka som har sett behovet for å skaffe ei felles digital løysing i samarbeid med kommunane for å gi pasientar som får oppfølging frå begge nivå, eit heilskapleg tilbod. Målet er at det skal etablerast ei løysing for digital

¹⁵⁹ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Kristiansand kommune*.

¹⁶⁰ Nasjonal kompetanseteneste for læring og meistring innan helse. (2020). *Hvordan ivaretar samarbeidsavtaler mellom helseføretak og kommuner oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet? En kartlegging av lovpålagte samarbeidsavtaler*.

¹⁶¹ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Midt-Noreg RHF*.

¹⁶² Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet og svarbrev frå helseføretaka i Helse Midt-Noreg*.

heimeoppfølging som følgjer pasienten uavhengig av kvar i forløpet pasienten er, og kven som har ansvaret for oppfølginga.¹⁶³ Alle aktørar rundt pasienten skal jobbe i same løysing og ha tilgang til dataa om pasienten. Arbeidet med anskaffinga er forankra i Helsefelleskapet.¹⁶⁴

Det er tre andre helseføretak som har delteke i anskaffingar eller konkurransar om utvikling av løysingar for digital heimeoppfølging¹⁶⁵ som skal mogleggjere heilskaplege og samanhengande DHO-tenester for pasientar som får oppfølging på tvers av tenestenivå.

13.5 Styringa til dei tre private, ideelle sjukehusa på området skil seg ikkje ut frå helseføretaka

Vi har mellom anna undersøkt om dei tre private ideelle sjukehusa har sett mål om digital heimeoppfølging, kva indikatorar dei har på området, og om dei har vurdert effektar av digital heimeoppfølging.

Dei private ideelle sjukehusa som inngår i undersøkinga, hadde mål om å flytte spesialisthelsetenester heim.¹⁶⁶

Haraldsplass skil seg ut med høg aktivitet innanfor skjemabasert oppfølging og opplyser at dei har innført ein robot for å lette kodinga av digitale heimeforløp.¹⁶⁷ Haraldsplass viser også til at sjukehuset har vedteke at alle seksjonar skal ha minst eitt digitalt forløp. Lovisenberg har også operasjonalisert måla om å intensivere arbeidet med digital heimeoppfølging.¹⁶⁸ Diakonhjemmet opplyser at oppdraget om å intensivere arbeidet med digital heimeoppfølging er operasjonalisert ved at dei har engasjert ein rådgivar for brukarstyrt poliklinikk i ei 60 prosent stilling.

Alle dei tre private, ideelle sjukehusa måler andelen pasientar som får oppfølging via video og telefon. Haraldsplass måler i tillegg del pasientane som får skjemabasert oppfølging. Ingen av dei tre private ideelle sjukehusa har planar på overordna nivå for å kartlegge gevinstar. Diakonhjemmet viser til at dei har kartlagt effektar i eigne studiar.¹⁶⁹

¹⁶³ Nordlandssjukehuset HF. (2025, april). *Svarbrev til Riksrevisjonen*. Konkurransen vart avlyst i februar 2025 på grunn av saksbehandlingsfeil og lyst ut på ny i mars 2025.

¹⁶⁴ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Nordlandssjukehuset HF*.

¹⁶⁵ Stavanger kommune har på vegner av helsefelleskapet Sør-Rogaland skaffa ei løysing for digital heimeoppfølging. Helse Stavanger HF har opsjon på å nytte avtalen, men har per tid ikkje planar om å utløyse denne. Kjelde: Helse Stavanger HF. (2025, april). *Svarbrev til Riksrevisjonen*; Ullensaker kommune har leidd ein prosess om felles anskaffing av ei DHO-løysing på vegner av 17 kommunar og Akershus universitetssjukehus HF. Kjelde: Akershus universitetssjukehus HF. (2025, april). *Svarbrev til Riksrevisjonen*; Sjukehuset Østfold HF har inngått ein innovasjonspartnerskap for å utvikle ei løysing for digital heimeoppfølging av kreftpasientar. To kommunar har følgd anskaffinga som «følgjeverksemder» med høve til å skaffe seg den ferdigutvikla løysinga gjennom ein opsjon. Kjelde: Sjukehuset Østfold HF. (2024). *Nyskapende pasientforløp (digital hjemmeoppfølging)*.

¹⁶⁶ Lovisenberg Diakonale Sykehus; Haraldsplass diakonale sykehus; Diakonhjemmet sykehus. (2024, mars). *Svarbrev til Riksrevisjonen*.

¹⁶⁷ Helse Vest RHF, epost, 11. april 2025.

¹⁶⁸ Lovisenberg Diakonale Sykehus; Haraldsplass diakonale sykehus; Diakonhjemmet sykehus. (2025, april). *Svarbrev til Riksrevisjonen*.

¹⁶⁹ Diakonhjemmet sykehus. (2025, april). *Svarbrev til Riksrevisjonen*. Sjukehuset har gjennomført to feasibility-studiar av eigenutvikla, skreddarsydde pasient-appar (ReMonit Gout og OA-AID).

Dei tre private ideelle sjukehusa har ingen samarbeidsavtalar med kommunen om digital heimeoppfølging¹⁷⁰ og har ikkje gjennomført anskaffingar om utvikling av løysingar for digital heimeoppfølging i samarbeid med kommunen.¹⁷¹

14 Styringa og verkemiddelbruken til dei regionale helseføretaka

Dette kapittelet handlar om korleis dei regionale helseføretaka legg til rette for at helseføretaka kan flytte tenester heim ved hjelp av teknologi. Vi omtaler kva mål dei regionale helseføretaka har sett for området, kva dei veit om måloppnåing, korleis dei legg til rette for spreining av gode innovasjonar, korleis dei bidreg med finansiering, og kva dei gjer for å leggje til rette for samhandling mellom helseføretak og kommunehelsetenesta om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten.

Revisjonskriterium:

- Dei regionale helseføretaka har eit overordna ansvar for å setje i verk den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Det betyr at dei også har eit overordna ansvar for å nå mål om å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.
- Dei regionale helseføretaka skal planleggje, organisere, styre og samordne verksemdene i helseføretaka som dei eig. Eit av hovudformåla med spesialisthelsetenestelova er at ho skal bidra til at ressursane blir utnytta på best mogleg måte. Dette kan ein oppnå med god kunnskap om korleis tiltak verkar, systematiske samanlikningar av tenestetilbod og god utnytting av teknologiske framsteg.
- Dei regionale helseføretaka har ei plikt til å leggje til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseføretak internt i det regionale helseføretaket, med andre regionale helseføretak og med kommunar eller andre tenesteytarar om å tilby tenester.

Oppsummering av funn:

- Tre av dei fire regionale helseføretaka har formulert tydelege mål for arbeidet med digital heimeoppfølging, men har så langt lite informasjon om måloppnåinga.
- Helse Nord RHF har i mindre grad enn dei andre helseføretaka lagt til rette for at gode metodar for å jobbe med digital heimeoppfølging kan spreia i regionen.
- Dei regionale helseføretaka har byrja å samordne seg, mellom anna gjennom anskaffingar av løysingar som kan brukast til digital heimeoppfølging og nettbasert behandlingsprogram.

¹⁷⁰ Lovisenberg Diakonale Sykehus; Haraldsplass diakonale sykehus; Diakonhjemmet sykehus. (2025, april). *Svarbrev til Riksrevisjonen*. Diakonhjemmet opplyser at sjukehuset samarbeider med kommunen om fleire forløp.

¹⁷¹ Diakonhjemmet deltek i samarbeidsprosjekt om digital heimeoppfølging med Oslo kommune og bydelar i opptaksområdet.

- Midlar frå dei regionale helseføretaka finansierer ein del innovasjonsprosjekt som kan vere viktige for å komme i gang med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi.
- Dei regionale helseføretaka legg først og fremst til rette for samhandling mellom sjukehus og kommunar om digital heimeoppfølging gjennom å delta i utprøvingar av nasjonale digitale samhandlingsløysingar.

14.1 Mål og oppdrag

14.1.1 Dei regionale helseføretaka har vidareført mål frå departementet, men det varierer om dei har sett egne mål og gitt egne oppdrag om digital heimeoppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet har sett ulike mål og gitt oppdrag for arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim, som dei regionale helseføretaka har vidareformidla til helseføretaka sine. Desse er omtalte i kapittel 15.2. Med unntak av Helse Nord RHF har dei regionale helseføretaka også sett egne mål på området, i tillegg til dei som har komme frå departementet.¹⁷²

Helse Midt-Noreg RHF har til dømes formulert følgjande mål:

Flere pasienter skal gjennom pasientportalen [HelsaMi] få oppfølging nær hjemmet, herunder økt bruk av videokonsultasjoner, informasjon og opplæring, egenregistrering, og fjernmonitorering. Dette skal bidra til å redusere antall pasientreiser med 30% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.

Kjelde: Helse Midt-Noreg RHF. (2019). Sak 117/19 Gevinstmål Helseplattformen.

I tillegg til oppdrag som er vidareformidla frå Helse- og omsorgsdepartementet, kan dei regionale helseføretaka gi egne oppdrag til føretaka om å flytte tenester nær pasienten. Gjennomgangen av oppdragsdokument i perioden 2020–2025 viser at tre av dei regionale helseføretaka har gitt egne oppdrag til helseføretaka i regionen sin. Det varierer kva oppdrag som er gitt, og kor ofte det regionale helseføretaket har gitt oppdrag:

- Helse Midt-Noreg RHF har gitt fleire oppdrag om å auke bruken av digital heimeoppfølging, som til dømes eit oppdrag i 2023 om at helseføretaka som hovudregel skal kalle inn pasientane til digital konsultasjon.¹⁷³
- Helse Nord RHF har i 2023 gitt Universitetssjukehuset Nord-Noreg i oppdrag å etablere tilbod om eMeistring (i kapittel 10 går det fram at helseføretak i nord ikkje har hatt aktivitet innan nettbasert behandling).¹⁷⁴

¹⁷² Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*. Helse Nord RHF opplyser at dei ikkje har formulert egne mål eller indikatorar for arbeidet med å flytte spesialisthelsetenestene heim ved hjelp av teknologi, men at dei forheld seg til måla og oppdraget frå departementet.

¹⁷³ Helse Midt-Noreg RHF. (2020, 2021, 2022, 2023, 2024). *Oppdragsdokument til helseføretaka i Helse Midt-Norge RHF*.

¹⁷⁴ Helse Nord RHF. (2023). *Oppdragsdokument til helseføretaka i Helse Nord*.

- Helse Vest RHF har mellom anna gitt helseføretaka i oppdrag å delta i og støtte opp under den regionale satsinga på digitale helsetenester.¹⁷⁵
- Helse Sør-Aust RHF har ikkje gitt eigne oppdrag i perioden.

Dei regionale helseføretaka har ikkje gitt helseføretaka oppdrag dei sjølv foreslo for Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 kunne vere aktuelle for å løfte digital heimeoppfølging. Dei tilrådde mellom anna at det burde vere eit mål at alle helseføretak i 2022 burde sørge for å etablere tilbod innan dei ulike formene for digital heimeoppfølging.¹⁷⁶

14.2 Styringsinformasjonen til dei regionale helseføretaka

14.2.1 Tre av dei regionale helseføretaka har styringsinformasjon om aktiviteten på området

Gjennom dei årlege meldingane til helseføretaka har alle dei fire regionale helseføretaka fått noko informasjon om aktivitetane til helseføretaka innan digital heimeoppfølging. Fram til 2024 er det primært arbeidet med å leggje til rette for video-/telefonkonsultasjonar dei regionale helseføretaka har fått informasjon om gjennom den årlege meldinga frå helseføretaka, ettersom det er dette som i hovudsak har vore oppdraget på området i perioden.

I 2024 var oppdraget at andelen digital heimeoppfølging og telefon- eller videokonsultasjonar samla sett skal auke, noko helseføretaka har rapportert om i den årlege meldinga for 2024. I tillegg har dei tre regionale helseføretaka som har gitt eigne oppdrag på området, som omtalt i kapittel 14.1, fått noko rapportering på dette i perioden 2020–2024. Det gjeld særleg Helse Midt-Noreg RHF.

Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF har oversikt over aktiviteten i regionen gjennom ei såkalla «dashboardløysing», som gjer det mogleg å ta ut statistikk på andel og antal pasientar med ulike typar digital heimeoppfølging over tid (figur 11).¹⁷⁷ Helse Sør-Aust RHF og Helse Nord RHF hadde ikkje tilsvarande analyseverktøy våren 2025.¹⁷⁸

¹⁷⁵ Helse Vest RHF. (2023). *Styringsdokument til helseføretak 2023*.

¹⁷⁶ Helse Vest RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Midt-Noreg RHF og Helse Nord RHF. (2021). *Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging – definisjon, måltall og tilrettelegging*.

¹⁷⁷ Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*; Helse Midt-Noreg RHF. (2025, mars). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*.

¹⁷⁸ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*.

Figur 11 Digital heimeoppfølging i Helse Vest RHF



Kjelde: Årleg melding for 2024 frå Helse Vest RHF

I 2024 fekk dei regionale helseføretaka i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet at andelen pasientar som får digital heimeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjonar, skulle auke samanlikna med 2023. I motsetnad til dei andre regionale helseføretaka rapporterer Helse Nord RHF i den årlege meldinga berre på andel video- eller telefonkonsultasjonar. Føretaket oppgir at det er fordi dei ikkje har tilgjengeleg kvalitetssikra tal for antal eller andel pasientar som får digital heimeoppfølging.¹⁷⁹

Helse Nord RHF opplyser i intervju at helseføretaka i regionen manglar kunnskap om nye kodar for digital heimeoppfølging, og at kriterium for registrering ikkje er tydelege. Dette gjer at kodinga, rapporteringa og dimed statistikken blir mangelfull, særleg når det gjeld digital skjemaoppfølging.¹⁸⁰ Samstundes oppgir det regionale helseføretaket at dei førebels ikkje har gjort noko sjølv for å sikre at forståinga av og praksisen for koding av digital heimeoppfølging er einskapleg.¹⁸¹ Om registreringspraksisen i realiteten er dårlegare i Helse Nord enn i dei andre regionane, har vi ikkje undersøkt.

Helse Midt-Noreg RHF og Helse Sør-Aust RHF har utvikla eit sett med indikatorar som skal seie noko om aktiviteten på området og om måloppnåing innan digital heimeoppfølging.¹⁸² Døme er «andel polikliniske konsultasjonar som er behovsstyrt vs. kalenderstyrt».¹⁸³ Helse Sør-Aust RHF har også utvikla indikatorar som skal seie noko om korleis pasientar og helsearbeidarar opplever digital heimeoppfølging: «opplevd kvalitet for pasienter og helsearbeidare» og «økt egenmestring for pasientene» (målt gjennom

¹⁷⁹ Helse Nord RHF. (2025). Styresak 23-2025: Årleg melding 2024 for Helse Nord RHF, s. 23.

¹⁸⁰ Riksrevisjonen. (2024). Referat frå intervju med Helse Nord RHF.

¹⁸¹ Helse Nord. (2024). Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen.

¹⁸² Helse Midt-Noreg RHF. (2024). Handlingsplan Digitalisering, vedlegg 14; og Helse Midt-Noreg RHF. (2024, august). Svar på spørsmål og dokumentbestilling fra Riksrevisjonen, vedlegg 8.

¹⁸³ Helse Sør-Aust RHF. (2023). Regional delstrategi for teknologiområdet.

brukartilfredsheitsundersøkingar).¹⁸⁴ Det er altså berre Helse Sør-Aust RHF som planlegg å systematisk følgje med på korleis pasientar opplever digital heimeoppfølging.

Helse Sør-Aust RHF opplyser at dei har teke ut statistikk på talet på pasientar som er i ulike typar forløp med digital heimeoppfølging. Utanom dette var verken Helse Midt-Noreg RHF eller Helse Sør-Aust RHF i gang med å måle resultat på dei ulike indikatorane per april 2025, men hadde planar om å gjere dette.¹⁸⁵

Helse Vest RHF har éin effektindikator innan berekraft og miljø: antal kilometer spart. Helse Nord RHF har ikkje utvikla tilsvarande indikatorar for å følgje med på utvikling i aktivitet eller måloppnåing innan digital heimeoppfølging.

14.2.2 Så langt har dei regionale helseføretaka lite styringsinformasjon om effektar på ressursbruk

Helse Vest RHF har noko omtale av kunnskapsgrunnlaget som finst om ressursbruk i strategien sin for digitale helsetenester, mellom anna kva erfaringar som er gjorde med behovsstyrt oppfølging i Helse Bergen.¹⁸⁶ Utanom dette har ingen av dei regionale helseføretaka samanstillt erfaringane til helseføretaka med effekten av digital heimeoppfølging på ressursbruk.¹⁸⁷

Helse Sør-Aust RHF har vedteke å følgje med på effekten på ressursbruk gjennom indikatorane *tal på gjeninnleggingar og tid brukt per pasient i digital heimeoppfølging*.¹⁸⁸ Helse Midt-Noreg RHF skal følgje med på talet på pasientreiser og har eit mål om at «medisinsk avstandsoppfølging» skal bidra til å redusere talet på pasientreiser.¹⁸⁹ Færre pasientreiser kan påverke ressursbruken ved at utgiftene blir reduserte. Utanom dette hadde ikkje dei regionale helseføretaka utvikla indikatorar som kan seie noko om effekten av digital heimeoppfølging på ressursbruk. Verken Helse Midt-Noreg RHF eller Helse Sør-Aust RHF hadde byrja å måle resultat på desse indikatorane per april 2025.¹⁹⁰

Helse Nord RHF opplyser at dei samarbeider med Helgelandssjukehuset om eit prosjekt der målet er å finne ut kva som kan vere formålstenleg for regionen å måle av gevinstar av digital heimeoppfølging.¹⁹¹ Planen er å måle gevinstar både på kvalitet og økonomi og å automatisere gevinstberekningane.

¹⁸⁴ Helse Sør-Aust RHF. (2023). *Regional delstrategi for teknologiområdet*.

¹⁸⁵ Helse Sør-Aust RHF oppgir i epost 11. april 2025 at dei har byrja å måle talet på pasientar som nyttar ulike løysingar for digital heimeoppfølging. I ein epost frå Helse Midt-Noreg RHF 8. april 2025 oppgir dei at KPI-ane er under validering, og at formell rapportering til styret i Helse Midt-Noreg er planlagt å starte opp 1. tertial 2025.

¹⁸⁶ Helse Vest RHF. (2023). *Strategi og handlingsplan for digitale helsetjenester 2023–2026*, s. 6.

¹⁸⁷ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Sør-Aust RHF*, Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Midt-Noreg RHF*, Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Vest RHF*, Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

¹⁸⁸ Helse Sør-Aust. (2023). *Regional delstrategi for teknologiområdet*.

¹⁸⁹ Helse Midt-Noreg RHF. (2019). *Sak 117/19 Gevinstmål Helseplattformen*, vedlegg 6

¹⁹⁰ Helse Sør-Aust RHF, epost, 11. april 2025. Helse Sør-Aust RHF oppgir at dei ikkje har byrja å måle gjeninnleggingar enno, og at dei er i startgropa for tid brukt per pasient slik at kvaliteten på rapporteringa ikkje er god nok; Helse Midt-Noreg RHF, epost, 8. april 2025. Helse Midt-Noreg RHF oppgir at KPI-ane er under validering, og at formell rapportering til styret i Helse Midt-Noreg RHF er planlagt å starte opp 1. tertial 2025.

¹⁹¹ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

I strategien sin for digital heimeoppfølging peikar Helse Vest RHF på at det er viktig å måle effekten av innføringa av digitale helsetenester, slik som redusert antal fysiske konsultasjonar, reduserte akutte polikliniske kontaktar og reduserte akutte liggjedøgn. Dei foreslår å etablere nullpunktsmålningar og vidareutvikle måling av aktivitet og effekt av digitale helsetenester.¹⁹² Helse Vest RHF har likevel ikkje utvikla slike indikatorar.¹⁹³ I intervju understrekar Helse Vest RHF at det krevst forskning i avdelingane for å få kunnskap om digital heimeoppfølging faktisk lønner seg.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at det er dei regionale helseføretaka som må gjere ei vurdering av effekten av ulike behandlingsformer – inkludert ulike former for digital heimeoppfølging – og om denne typen oppfølging svarer seg ressursmessig. Departementet styrer ikkje i detalj korleis dei regionale helseføretaka jobbar med kunnskapsgrunnlaget om effektar av digital heimeoppfølging på ressursbruk.

14.2.3 Særleg Helse Sør-Aust RHF har forskingsmidlar som er målretta mot digital heimeoppfølging

Ved å finansiere forskingsprosjekt kan dei regionale helseføretaka leggje til rette for å skaffe kunnskap om effektar av digital heimeoppfølging. I 2023 delte dei regionale helseføretaka ut 1 030 millionar kroner i forskingsmidlar.¹⁹⁴

Ein gjennomgang av utlysingane til dei regionale helseføretaka av regionale forskingsmidlar i 2024 viser at særleg Helse Sør-Aust RHF har midlar som er målretta mot digital heimeoppfølging. Inntil 10 millionar kroner av utlysingspotten på totalt 145 millionar er sett av til tre prioriterte, strategiske område, der to er relevante for dette området: *desentraliserte tenester og saumlause pasientforløp* og *digitalisering*. Helse Sør-Aust RHF beskriv at det første mellom anna kan dreie seg om forskning på brukarstyrte poliklinikkar. Området *digitalisering* kan dreie seg om forskning på ny teknologi, der «ulike hjemmebaserte løysningar, velferdsteknologi og sensorer gir mulighet for utvidet oppfølging og aktiv deltakelse i egen helse for innbyggerne».¹⁹⁵ I 2024 hadde ikkje dei andre regionale helseføretaka like tydelege satsingar på dette området, men Helse Midt-Noreg RHF har ei strategisk satsing på «teknologi i helsetjenesten»,¹⁹⁶ og eit av dei strategiske satsingsområda i Helse Vest for 2025–2029 er «helsetenesteforskning for betre digitale og heilskaplege helsetenester», der digital heimeoppfølging inngår.¹⁹⁷

Fleire av forskingsprosjekta som dei regionale helseføretaka har finansiert i perioden, omhandlar likevel digital heimeoppfølging og effektar av dette.

¹⁹² Helse Vest RHF. (2023). *Strategi og handlingsplan for digitale helsetjenester 2023–2026*, s. 16.

¹⁹³ Helse Vest RHF, epost, 10. april 2025. Helse Vest RHF opplyser at det på regionalt nivå så langt er etablert ein felles effektindikator innan berekraft/miljø: Talet på kilometer køyring spart blir målt basert på avstand til og anteken køyretid til sjukehus.

¹⁹⁴ Helse Midt-Noreg RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF og Helse Vest RHF. (2024). *Forskning og innovasjon til pasientens beste*, s. 48.

¹⁹⁵ Helse Sør-Aust RHF. (2025). *Prioritering av forskningsmidler til tematiske områder*.

¹⁹⁶ Helse Midt-Noreg RHF. (2025). *Regional handlingsplan for forskning 2023-2026*.

¹⁹⁷ Helse Vest RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*, og Helse Vest RHF. (2024). *Helse Vests forskningsmidlar – tildeling av strategiske og opent utlyste midlar*.

Samstundes som dei regionale helseføretaka i intervju peikar på at det er behov for betre kunnskap om effekten av digital heimeoppfølging, blir det vist til at innovasjonsarbeid ikkje kan vente på «sikre» konklusjonar frå tidkrevjande forskning. Helse Sør-Aust RHF viser til at det ikkje er formålsenleg å krevje like streng forskingsbasert eller evidensbasert kunnskap om effekten av teknologi før det blir teke i bruk i medisinsk praksis, som til dømes for nye legemiddel. Teknologien vil ofte vere utdatert før ein har resultat frå forskinga. Helse Vest RHF påpeikar at helseføretaka må stole på at det kanskje tek fleire år for å sjå effektane av digital heimeoppfølging.

14.2.4 Så langt er ei form for digital heimeoppfølging - eMeistring - metodevurdert i systemet for nye metodar

Nye metoder (www.nyemetoder.no) er eit system for å vedta kva behandlingsmetodar som kan tilbydast i spesialisthelsetenesta. Medan helseføretaka har ansvar for å gjennomføre mini-metodevurderingar (omtalt i kapittel 13.2), har dei regionale helseføretaka ansvar for metodevurderingar.

For at systemet Nye metoder skal fungere, må ulike aktørar, som fagmiljøa i sjukehusa, melde inn metodar som bør vurderast, og det må finnast eit dokumentasjonsgrunnlag. Viss det manglar nok kunnskap om ein metode, kan han meldast inn som eit kunnskapsbehov til programmet for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetenesta.¹⁹⁸ Dette er ein del av dei regionale helseføretaka si tilrettelegging for behovsidentifisert forskning. Ordninga kan brukast på alle terapiområde der det trengst meir sikker kunnskap.

Søk i databasen til systemet for Nye metoder viser at det så langt er éi form for digital heimeoppfølging som er behandla og godkjend i systemet. I 2018 gjorde FHI ei metodevurdering av rettleidd internettbehandling ved psykiske lidningar på oppdrag frå Bestillarforum RHF.¹⁹⁹

14.3 Samordning og spreining av digital heimeoppfølging i regionen

14.3.1 Tre av dei regionale helseføretaka har oppretta regionale nettverk der arbeidet blir samordna

Dei regionale helseføretaka kan ha ei viktig rolle i å samordne arbeidet med digital heimeoppfølging i regionen og å spreie vellykka innovasjonsprosjekt. Helse Vest RHF og Helse Sør-Aust RHF peikar i intervju på at det viktigaste det regionale helseføretaket gjer for å leggje til rette for digitale helsetenester i regionen, er å spreie vellykka innovasjonsprosjekt og løysingar med god effekt.

¹⁹⁸ Ekspertutval for å vurdere sterkare tematisk organisering i psykisk helsevern. (2023). *Forenkle og forbedre*, s. 101.

¹⁹⁹ Folkehelseinstituttet. (2018). *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – en fullstendig metodevurdering*.

I **Helse Vest RHF** vart arbeidet med digital heimeoppfølging samla då føretaket gjekk over til ein ny styringsstruktur for digitalisering ved inngangen til 2024.²⁰⁰ Digitale helsetenester vart oppretta som eit eige delområde, med eigen strategi og eige budsjett, innanfor området «pasientbehandling». Alle helseføretaka, dei private ideelle sjukehusa, Helse Vest IKT, tillitsvalde, brukarar og helsepersonell er representerte i leiinga av delområdet.

Helse Sør-Aust RHF har ein regional forvaltningsmodell for regionale løysingar, som til dømes IKT-løysingar.²⁰¹ Forvaltningsmodellen skal sikre einskapleg bruk og vidareutvikling av løysingane basert på behova i helseføretaka. Frå 2024 blir den same modellen brukt for arbeidet med digital heimeoppfølging. Gjennom denne modellen er det oppretta felles arenaer for samhandling mellom helseføretaka, Sjukehuspartner HF og Helse Sør-Aust RHF.

Helse Sør-Aust RHF oppretta i 2023 eit regionalt nettverk for brukarstyrt poliklinikk. I nettverket deler helseføretaka erfaringar, utarbeider felles rettleiarar og opplæringsmateriell, felles tenestedesign og eit «dashbord» for måleindikatorar for brukarstyrt poliklinikk. Her er representantar frå dei andre regionane velkomne til å delta.²⁰² Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF viser til at dei har hatt nytte av dette,²⁰³ medan Helse Nord RHF per oktober 2024 ikkje hadde delteke.²⁰⁴

Helse Sør-Aust RHF har også etablert eit regionalt nettverk for digitale løysingar innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (PHV/TSB) for å styrkje utviklinga av og samordne ulike digitale initiativ i 2025.²⁰⁵ I **Helse Midt-Noreg RHF** skal det samla, regionale arbeidet primært gå føre seg gjennom eit regionalt nettverk for digitale helsetenester. Nettverket vart oppretta i 2024 som eit resultat av ei utgreiing og ein handlingsplan for digitale helsetenester, som vart gjennomført nettopp for å styrkje det regionale samarbeidet om digitale helsetenester.²⁰⁶

Medan nettverket i Helse Midt-Noreg RHF blir koordinert av ein representant frå føretaket, så er det helseføretak som har komme langt i arbeidet med digitale tenester, som leier eller koordinerer det regionale arbeidet i dei andre regionane.

Tilsette i Helse Bergen HF er leigde ut til den regionale digitaliseringsorganisasjonen for å leie delområdet Digitale helsetenester, medan Vestre Viken HF leier nettverket for brukarstyrt poliklinikk, og Sjukehuset i Vestfold HF nettverket for eBehandling i Helse Sør-Aust. Slik kan desse helseføretaka fungere som «lokomotiv» som kan dra dei andre helseføretaka med seg.

Helse Nord RHF har ikkje oppretta tilsvarande regionale nettverk, men legg i intervju vekt på at det særleg er arbeidet med felles arkitektur som legg til rette for auka aktivitet innan

²⁰⁰ Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Felles plan 2024. IKT-utvikling og digitalisering*, s. 42.

²⁰¹ Helse Sør-Aust RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*.

²⁰² Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Felles plan 2023. IKT-utvikling og digitalisering*, s. 31.

²⁰³ Helse Vest RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*; Helse Midt-Noreg RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*; Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

²⁰⁴ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

²⁰⁵ Helse Sør-Aust RHF. (2025). *Årlig melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*.

²⁰⁶ Helse Midt-Noreg RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*.

digital heimeoppfølging i regionen. Dette inneber at føretaket arbeider med å lage eit system der fagsystema og «frittståande»²⁰⁷ løysingar for digital heimeoppfølging inngår i ein felles arkitektur. Dette vil ifølgje Helse Nord RHF gjere systema enklare å bruke for klinikanane og gi betre ressursbruk og betre teknisk forvaltning.

14.3.2 Dei regionale helseføretaka har ulik grad av oversikt over forløp med digital heimeoppfølging og arbeider med ei felles nasjonal oversikt

Helse Vest RHF peikar i intervju på at det er viktig for dei å ha oversikt over kvar dei ulike metodane for digitale helsetenester blir nytta, og kvar det er potensial for spreiding. Helse Vest RHF har difor oversikt over ulike typar digitale helsetenester i regionen som er i drift, under utvikling eller kandidatar til utvikling. Helse Sør-Aust RHF har ei liknande oversikt, men primært over forløp i regionen som nyttar behovsstyrt poliklinikk.²⁰⁸ Helse Midt-Noreg RHF viser til at det regionale nettverket har fått i oppdrag å lage ei regional intranettside med oversikt over digitale forløp. Helse Nord RHF har ingen tilsvarande oversikt over digitale helsetenester i regionen.

Behovet for regionale oversikter vil moglegvis dekkjast av ei felles nasjonal oversikt over ulike initiativ innan fordigital heimeoppfølging i dei ulike helseføretaka, som dei regionale helseføretaka arbeidde med våren 2025.²⁰⁹ Formålet er at regionane skal kunne dele gode og kostnadseffektive løysingar retta mot dei store pasientgruppene.²¹⁰

14.3.3 Dei regionale helseføretaka har valt ulike modellar for å samordne tilbodet av eBehandling internt i regionen

Det er mogleg å samle digitale behandlingstilbod som eBehandling ved eitt helseføretak i regionen. Regionane har av ulike grunnar valt ulike modellar for dette:

- I Helse Nord skal eBehandling driftast som ei regional teneste frå Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF for å sikre likeverdig tilgang i regionen.²¹¹ Helse Nord RHF meiner det er meir kostnadseffektivt å samle heildigitale tilbod ved eitt helseføretak i regionen, og at det også gir betre behandlingskvalitet. Helse Nord RHF meiner dei ikkje ville kunne tilby likeverdig behandling i heile regionen om dei ulike helseføretaka fekk ansvar for å implementere eBehandling og liknande behandlingsformer som ikkje inneber fysisk oppmøte.
- I dei andre tre regionane skal alle helseføretaka tilby eBehandling til pasientar i eige opptaksområde. Nokre helseføretak har vedteke å sentralisere eBehandling internt i helseføretaket. Andre har valt ei desentralisert organisering med terapeutar i team ved kvart av dei distriktpsikiatriske sentera. Helse Vest RHF viser til at erfaring med behandlingsforma er viktig for å kunne velje ut dei rette pasientane frå alle helseføretak.

²⁰⁷ Med «frittståande» meiner ein at løysingane ikkje er integrerte i dei andre fagsystema på sjukehusa.

²⁰⁸ Helse Sør-Aust RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*.

²⁰⁹ Helse Midt-Noreg RHF. (2025, mars). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*; Helse Nord RHF. (2025, mars). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*.

²¹⁰ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

²¹¹ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

14.4 Anskaffingar av digitale løysingar for å følgje opp spesialisthelsetenester nær pasienten

For å gjere det enklare og raskare for helseføretaka å ta i bruk nye digitale løysingar, kan dei regionale helseføretaka leggje til rette for felles digitale løysingar ved mellom anna å gjennomføre felles anskaffingar og samarbeide om å forvalte tekniske løysingar. Dette kan også bidra til å spreie ulike former for digital heimeoppfølging mellom regionane.

I februar 2023 inngjekk Helse Sør-Aust RHF ein rammeavtale med seks leverandørar som tilbyr løysingar for ulike bruksområde innan digital heimeoppfølging. Avtalen er resultatet av eit samarbeid med resten av helseregionane, og dei andre helseregionane har inngått tilsvarende rammeavtar med desse leverandørane.²¹² Han skal gjere det enklare, raskare og rimelegare for sjukehusa å ta i bruk nye digitale løysingar. Avtalen skal også gjere det lettare å dele innovative løysingar for digital heimeoppfølging mellom sjukehusa i regionen og å planleggje nye løysingar i fellesskap. Helse Sør-Aust RHF opplyser i intervju at det tek to til tre veker å gjennomføre ein minikonkurranse innanfor rammeavtalen, noko som er vesentleg raskare enn dei rundt ni månadene det kan ta å gjennomføre ei heilt ny anskaffing.

I tillegg til rammeavtalen kjøpte Helse Sør-Aust RHF i 2023 inn ei såkalla «prosess- og oppgaveplattform». Dette er ei plattform som gjer at klinikarar i større grad kan medverke til å utvikle løysingar i «tverrfaglege produktteam», noko som er særleg aktuelt innanfor digital heimeoppfølging. Løysingar som er utvikla ein stad, kan takast i bruk i andre helseføretak/klinikkar, med moglegheit for nødvendig variasjon og tilpassingar. I Helse Sør-Aust RHF er plattforma teken i bruk både på regionalt nivå og ved enkelte helseføretak. Dei andre regionale helseføretaka har moglegheit til å ta i bruk prosessplattforma, men hadde per april 2025 ikkje gjort dette.²¹³

I 2023 samarbeidde dei fire regionale helseføretaka om å skaffe ei ny, moderne teknisk løysing for eBehandling, ei form for rettleidd internettbehandling. Løysinga skal forvaltast gjennom eit interregionalt kompetansenettverk og legg til rette for at behandlingsprogram kan utviklast lokalt og delast på tvers av sjukehus i heile landet.²¹⁴

14.5 Dei regionale helseføretaka si finansiering av helseføretaka sitt arbeid med digital heimeoppfølging

Som omtalt i kapittel 12 peikar fleire informantar på at innovasjonsfasen og innføringsfasen av nye tenesteforløp i helseføretaka krev mykje ressursar. Gjennom ulike former for finansiering kan dei regionale helseføretaka støtte opp om arbeidet til helseføretaka med å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi.

²¹²Helse Midt-Noreg RHF har ein EPIC first-strategi, som inneber at Helseplattforma skal nyttast dersom ho kan bidra til å løyse 50 prosent eller meir av utfordringa. Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Midt-Norge RHF*.

²¹³Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Sør-Aust RHF*; Helse Sør-Aust RHF, epost, 11. april 2025.

²¹⁴Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Felles plan 2024. IKT-utvikling og digitalisering*, s. 40.

Til dømes finansierer dei regionale helseføretaka og dei regionale IKT-leverandørane mellom 80-90 prosent av dei totale IKT-kostnadene i dei ulike helseregionane, medan resten av blir finansierte av dei nasjonale verksemdene (som Norsk helsenett SF) eller i sjukehusa.²¹⁵ Dette bidreg også til å leggje til rette for helseføretaka sitt arbeid med digital heimeoppfølging. I tillegg finansierer dei regionale helseføretaka arbeidet til helseføretaka med å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasientane gjennom basisløyvinga, og gjennom innovasjonsmidlar.

14.5.1 Basisløyvinga er ei viktig finansieringskjelde

I hovudsak består finansieringa av spesialisthelsetenesta av éin del som er uavhengig av aktiviteten ved sjukehusa (basisløyvinga), og éin del som blir bestemd av kor mange og kva slags pasientar som er behandla (innsatsstyrt finansiering – ISF).²¹⁶ For 2025 utgjer den aktivitetsbaserte løyvinga frå Helse- og omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka for somatisk spesialisthelseteneste om lag 30 prosent og basisløyvinga om lag 70 prosent.²¹⁷ Dei regionale helseføretaka har eigne modellar for fordeling av inntektene til kvart enkelt helseføretak, basert på lokal kunnskap om sjukehus, pasientsamansetning og kostnadsstrukturen ved desse sjukehusa.²¹⁸

Basisløyvinga er sentral for å finansiere arbeidet til helseføretaka med å flytte spesialisthelsetenester heim. Dei regionale helseføretaka viser til at pukkelkostnadene som typisk oppstår ved innføring av nye forløp (kapittel 12.3), primært må dekkjast av helseføretaka sjølv gjennom basisløyvinga som blir overført frå dei regionale helseføretaka.²¹⁹

Helse Sør-Aust RHF har tildelt alle helseføretak øyremerkte midlar for å finansiere ein koordinator for innføring av brukarstyrt poliklinikk i eige helseføretak i 2023 og 2024, på til saman 13 millionar kroner årleg.²²⁰ Helse Vest RHF finansierte fram til 2023 om lag tre årsverk i Helse Bergen HF for at dei skulle leie det regionale nettverket for digitale helsetenester. Etter 2023 har Helse Vest RHF finansiert digitaliseringsorganisasjonen og delområdet Digitale helsetenester. Helse Midt-Noreg RHF har i 2025 vedteke å setje av 3 millionar NOK til ei regional satsing på behovsstyrt oppfølging.²²¹ Helse Nord RHF har ikkje liknande, øyremerkte midlar.

14.5.2 Innovasjonsmidlar frå dei regionale helseføretaka støttar opp om digital heimeoppfølging

Midlar til innovasjons- og forskingsprosjekt er særleg relevante for arbeidet med digital heimeoppfølging, som er nytt og har preg av innovasjon. Fleire av forløpa i

²¹⁵ Helsedirektoratet. (2025). *Ressursbruk på IKT i helseregionene og nasjonale virksomheter 2022–2023*, s. 15

²¹⁶ NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus*, s. 101; og Prop. 1 S (2024–2025) for Helse- og omsorgsdepartementet.

²¹⁷ For polikliniske tenester innanfor psykisk helsevern og TSB er ISF-andelen om lag 25 prosent.

²¹⁸ Prop. 1 S (2024–2025) for Helse- og omsorgsdepartementet

²¹⁹ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Sør-Aust RHF*. Helse Sør-Aust RHF viser også til at helseføretaka sjølv må dekkje endringsarbeid og opplæring i helseføretaka gjennom eigne budsjett; Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

²²⁰ Helse Sør-Aust RHF, epost, 11. april 2025.

²²¹ Helse Midt Noreg RHF. (2025). *Tildelingsbrev - Behovsstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging - 2025*.

djupneundersøkinga starta opp som innovasjonsprosjekt eller forskingsprosjekt heilt eller delvis finansierte av dei regionale helseføretaka.

Oversikta over forløp frå helseføretaka viser at for tre av ti forløp som var under utprøving eller planlegging, er midlar frå dei regionale helseføretaka nemnde blant finansieringskjeldene, anten innovasjonsmidlar, forskingsmidlar eller andre typar midlar.

Dei regionale helseføretaka lyser ut midlar til innovasjonsprosjekt kvart år og har vedteke at søknader innan visse satsingsområde skal prioriterast. Det går fram av utlysingssidene for innovasjonsmidlar i 2024 at alle dei regionale helseføretaka ville prioritere innovasjonar som fremjar effektivitet og har satsingsområde som omfattar nye digitale arbeidsformer. Spreiing og overføring av innovasjonsprosjekt mellom helseføretak blir også støtta av alle dei fire regionale helseføretaka.

I 2023 delte dei regionale helseføretaka ut nær 136 millionar til innovasjonsprosjekt. Utdelinga varierte frå rundt 90 millionar kroner i Helse Sør-Aust til rundt 15 millionar kroner i dei tre andre regionane.²²² Gjennomgangen vår av rapportane frå innovasjonsprosjekta for 2023 viser at ein tredel av innovasjonsmidlane gjekk til prosjekt der spesialisthelsetenester blir flytta heim ved hjelp av teknologi.

14.6 Dei regionale helseføretaka si tilrettelegging for samhandling om å flytte tenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi

14.6.1 Dei regionale helseføretaka har overordna mål om samarbeid, men få oppdrag og indikatorar/KPI-ar om samhandling om digital heimeoppfølging

Alle dei regionale helseføretaka har overordna mål om samhandling med kommunar i dei styrande dokumenta sine.²²³ Samhandling er også omtalt i dei førande plandokumenta til dei regionale helseføretaka i samband med digital heimeoppfølging,²²⁴ men i perioden er det berre Helse Nord RHF og Helse Midt-Noreg RHF som har gitt helseføretaka sine i oppdrag å samhandle med kommunar om dette:

- I 2020 gav Helse Nord RHF helseføretaka i oppdrag å implementere minst eitt felles tiltak for medisinsk avstandsoppfølging som tidlegare har vore pilotert med gode resultat i samarbeid med kommunane og med støtte av Helse Nord IKT og dei andre helseføretaka i regionen. Nordlandssjukehuset HF skulle koordinere arbeidet.

²²² Helse Midt-Noreg RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF og Helse Vest RHF. (2024). *Forskning og innovasjon til pasientens beste*. Her går det fram kor mykje dei regionale helseføretaka tildelte til innovasjonsprosjekt totalt. Opplysningar om fordeling av midlane mellom dei regionale helseføretaka har vi fått av Helse Vest i epost av 14. juni 2024.

²²³ Helse Vest RHF. (2025). *Regional utviklingsplan 2023–2035*; Helse Sør-Aust RHF. (2018). *Regional utviklingsplan 2035*; Helse Nord RHF. (2022). *Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038*; Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Regional utviklingsplan 2023–2026*.

²²⁴ Dette blir mellom anna omtalt i følgjande dokument: Helse Vest RHF. (2023). *Strategi og handlingsplan for digitale helsetjenester 2023–2026*, s. 7; Helse Midt-Noreg RHF. *Strategi 2030-Bakgrunnsnotat*, s. 19; Helse Sør-Aust RHF. (2023). *Regional delstrategi for teknologiområdet*, s. 4; Helse Nord RHF. (2023). *Styresak 145- 2023 Digitale innbygger- og samhandlingstjenester – fase 3: Sammenhengende og effektive pasientforløp*.

- I 2023 gav Helse Midt-Noreg RHF helseføretaka i oppdrag å setje konkrete og ambisiøse mål for flytting av tenester til eller nær heimen og å sikre at utviklinga av det utovervende sjukehuset skjer i samarbeid med kommunehelsetenestene og med aktiv brukarmedverknad.

Helse Sør-Aust RHF og Helse Midt-Noreg RHF har i høvesvis 2023 og 2024 utvikla indikatorar for samhandling om digital heimeoppfølging som skal følgjast opp på regionnivå:

- antal digitaliseringsprosjekt og DHO-forløp i helsefellesskapet (Helse Midt-Noreg RHF)
- antal DHO-forløp i helsefellesskapet (etablerte i samarbeid med kommunehelsetenesta) med ein eigenbehandlingsplan (Helse Sør-Aust RHF)²²⁵

Per våren 2025 hadde dei to regionale helseføretaka ikkje byrja å rapportere på desse indikatorane.

14.6.2 Dei regionale helseføretaka bidreg i utprøving av nasjonale prioriterte samhandlingsløysingar

Ifølgje dei regionale helseføretaka sin felles plan for IKT-utvikling og digitalisering for 2024, har føretaka gjennom fleire år hatt som satsingsområde å leggje til rette digitalt for effektiv samhandling på tvers av behandlingsnivåa.

Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2024 føringar om at digitaliseringstiltak i spesialisthelsetenesta skal støtte opp under dei helsepolitiske måla og bidra til å nå hovudmåla i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.²²⁶ Dei regionale helseføretaka fekk same år i oppdrag å prioritere innføringa av nasjonale, digitale samhandlingsløysingar.²²⁷

Av desse er særleg «pasienten sine måledata» relevant for samhandling mellom helseføretak og kommunar om digital heimeoppfølging.²²⁸ Løysinga vil prøvast ut i perioden 2024–2029, under leiing av Helse Sør-Aust RHF.

Helse Nord deltok i perioden 2022–2023 i utprøvinga av digital behandlings- og eigenbehandlingsplan.²²⁹ Som vi omtaler i kapittel 15.7.5, vart ikkje dette tiltaket prioritert i den nasjonale satsinga på digitale samhandlingsløysingar i statsbudsjettet for 2025, men Norsk helsenett SF fører vidare arbeidet frå 2024 med egne midlar.

I «Felles plan 2024» påpeikar dei regionale helseføretaka at leveransane til Norsk helsenett SF vil vere avgrensa til «grunnmuren» i løysinga for digitale behandlings- og eigenbehandlingsplanar i form av sentrale, underliggjande system med databasar. Dei regionale helseføretaka må sjølv få løysingane til å fungere i helseregionane og klinikkane

²²⁵ Éin av KPI-ane for DHO, som er eitt av sju innsatsområde i Helse Sør-Aust sin delstrategi for teknologiområdet.

²²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2024*.

²²⁷ Dette inkluderer løysingane pasienten si legemiddelliste, pasienten sine journaldokument, pasienten sine prøvesvar, pasienten sine måledata, digitalt helsekort for gravide og deling av kritisk informasjon i kjernejournal, inkludert nødvendige tillitstenester.

²²⁸ Sjå nærmare omtale av pasienten sine måledata i kapittel 15.7.5.

²²⁹ Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Felles plan 2023. IKT-utvikling og digitalisering*, s. 51.

ved å integrere dei i dei elektroniske pasientjournalssystema og andre system med pasientinformasjon. Dette vil føre til store investeringskostnader i helseregionane. Dette betyr at det står att mykje arbeid og investeringar frå dei regionale helseføretaka si side, sjølv om Norsk helsenett skulle få på plass «grunnmuren» i løysinga.

14.6.3 Helse Midt-Noreg RHF legg til rette for digital samhandling gjennom Helseplattforma

Frå Helse Midt-Noreg RHF si side er Helseplattforma eit viktig verkemiddel for å få til betre digital samhandling med kommunar. Riksrevisjonens undersøking av Helseplattforma i Helse Midt-Noreg²³⁰ viser at Helseplattforma legg til rette for omfattande samhandling og heilskaplege pasientforløp mellom påkopla verksemder, men at det er få fastlegar som deltek, og fleire kommunar som ikkje deltek.²³¹ Undersøkinga fann også at kommunehelsetenesta i Trondheim opplever at Helseplattforma har lagt til rette for betre samhandling internt og med spesialisthelsetenesta, men at pasient- og pårørandeorganisasjonar meiner samhandlingsmoglegheitene i HelsaMi ikkje er godt nok utnytta.

St. Olavs hospital HF har flytta nokre forløp med behovsstyrt oppfølging over i HelsaMi.²³² I kartlegginga vår oppgir helseføretaket at desse forløpa ikkje involverer samhandling med kommunar. Dette betyr at HelsaMi/Helseplattforma endå ikkje er teken i bruk til å samhandle om digital heimeoppfølging.

14.6.4 Dei regionale helseføretaka har avgrensa rolle i felles anskaffingar av digitale løysingar som både helseføretak og kommunar kan nytte

Med unntak av Helseplattforma i Helse Midt-Noreg, og dei regionale helseføretaka si deltaking i utprøving av nasjonale digitale samhandlingsløysingar omtalt ovanfor, har dei regionale helseføretaka ei avgrensa rolle i å leggje til rette for løysingar for digital heimeoppfølging som både helseføretak og kommunar kan nytte.

Helse Vest RHF viser til at dei har få felles digitale løysingar som både kommunane og sjukehus kan nytte. Heilt overordna er Helse Vest av det synet at samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunale helse- og omsorgstenester bør skje gjennom dei nasjonale e-helseløysingane som blir utvikla innanfor Program digital samhandling. Av den grunn vil helseføretaka leggje vekt på bruk av desse løysingane framfor anskaffingar av moglege felles løysingar. Felles løysingar mellom partane blir lett «på utsida» av dei ordinære løysingane som blir nytta.²³³

Rammeavtalen som Helse Sør-Aust RHF har med leverandørar av løysingar for digital heimeoppfølging, som andre helseregionar har opsjon på å nytte, omfattar ikkje kommunar. Det vil seie at helseføretak ikkje kan gjere avrop som inkluderer

²³⁰ Dokument 3:3 (2024–2025) Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge

²³¹ Dokument 3:3 (2024–2025) Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge, vedlegg 5, s. 29

²³² St. Olavs hospital HF. (2024). Årlig melding 2024. Totalt er åtte HelsaMi-oppfølgingsprosjekt sette i drift.

²³³ Helse Vest RHF. (2025, april). Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen.

samarbeidande kommunar.²³⁴ Helse Sør-Aust RHF viser i intervju til at dei ikkje kjenner til om det ville vore praktisk eller juridisk mogleg å inkludere kommunane i anskaffinga. Dette var ikkje eit tema i arbeidet med anskaffinga.

Sidan rammeavtalen til Helse Sør-Aust RHF ikkje inkluderte kommunane, gjennomfører Nordlandssjukehuset HF ei eiga anskaffing av tekniske løysingar for digital heimeoppfølging som både sjukehus og kommunar kan nytte. Nordlandssjukehuset samarbeider med kommunar om anskaffinga, som er forankra i helsefellesskapet og hos Helse Nord RHF, sjå også kapittel 12.4.3.²³⁵ Resten av helseføretaka i Helse Nord har opsjon på å nytte avtalen.²³⁶

I tillegg oppgir Helse Sør-Aust RHF at dei var involverte i ein innovasjonspartnerskap mellom Sjukehuset Østfold HF og ein leverandør av løysingar for at pasientar kan ta og analysere prøvar i heimen.²³⁷ Utover dette har ikkje dei regionale helseføretaka noka rolle i dei andre anskaffingane av løysingar for digital heimeoppfølging der helseføretak og kommunar samarbeider.

14.6.5 Helse Sør-Aust RHF og Helse Midt-Noreg RHF deler ut eigne samhandlingsmidlar som føreset samarbeid mellom kommunar og helseføretak

Det finst nokre statlege ordningar som kan finansiere samhandling om å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi. I kapittel 15.7.4 omtaler vi rekrutterings- og samhandlingstilskot som regjeringa innførte i 2024.

I tillegg har Helse Sør-Aust RHF og Helse Midt-Noreg RHF eigne «samhandlingsmidlar» til helseføretaka, som skal fremje samarbeid mellom helseføretak og kommunar.²³⁸ Desse midlane blir mellom anna brukte til samarbeid om digital heimeoppfølging. Nye digitale løysingar, inkludert brukarstyrt poliklinikk, er blant satsingsområda for samhandlingsmidlane i Helse Midt-Noreg RHF,²³⁹ og i Helse Sør-Aust er prosjektet «SamSår» eit døme på eit relevant prosjekt som har fått samhandlingsmidlar. I prosjektet blir digitale tenester brukte i sårbehandling slik at helsepersonell i kommunane og spesialisthelsetenesta kan ha dialog via videokonferanse, heime hos pasienten.

²³⁴ Helse Sør-Aust RHF. (2024, august). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*.

²³⁵ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Nordlandssjukehuset*; Nordlandssjukehuset HF. (2025, april). *Svar på spørsmål frå Riksrevisjonen*. Konkurransen vart avlyst i februar 2025 på grunn av saksbehandlingsfeil og lyst ut på ny i mars 2025.

²³⁶ Sjukehusinnkjøp HF. (2025). *Løsning for digital hjemmeoppfølging av pasienter for Nordlandssjukehuset HF*.

²³⁷ Helse Sør-Aust RHF. (2025, april). *Svar på skriftlege spørsmål frå Riksrevisjonen*.

²³⁸ På spørsmål om Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har tilsvarande midlar, opplyser Helse Nord RHF i epost 12. april 2025 at RHF-et ikkje har delt ut tilsvarande samhandlingsmidlar. Helse Vest RHF svarer i epost 9. april 2025 at dei ikkje har tid til ein grundig gjennomgang av tildelte midlar for åra 2021–2024. Det er likevel ein hypotese at Helse Vest RHF ikkje har delt ut samhandlingsmidlar, utover midlar via rekrutterings- og samhandlingstilskotet. Unntaket frå dette kan vere innovasjonsmidlar tildelte til ulike innovasjonsprosjekt som har inkludert digital samhandling mellom partar i helse- og omsorgssektoren.

²³⁹ Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Utlysning av regionale samhandlingsmidlar*

14.6.6 Kompetansenettverket InnoMed legg til rette for tenesteinnovasjon på tvers av primær- og spesialisthelsetenesta

Det nasjonale kompetansenettverket InnoMed er eit verkemiddel for å leggje til rette for samarbeid mellom kommunar og spesialisthelsetenester, mellom anna om digital heimeoppfølging. Nettverket får tilskot frå Helse- og omsorgsdepartementet (14,3 millionar kroner i 2025), men er eigd og blir styrt av dei fire regionale helseføretaka i samarbeid med KS.²⁴⁰

InnoMed (www.innomed.no) skal spreie kompetanse om tenesteinnovasjon og kan mellom anna hjelpe innovasjonsprosjekt med å kartleggje behov, forankre prosjekt i og mellom organisasjonar, utvikle og implementere tenester og realisere gevinstar. Det er eit krav at prosjekt som skal givast rettleiing, må ha eit etablert samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenesta.²⁴¹ I 2024 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt føringar om at nettverket skal leggje til rette for personellsparende innovasjonar og støtte implementering av innovasjonar som har vist seg effektive.²⁴²

I 2024 hjalp InnoMed totalt 43 prosjekt med prosessrettleiing, inkludert 18 prosjekt som var med i det nasjonale spreingsprogrammet for digital heimeoppfølging i regi av Helsedirektoratet.²⁴³

15 Statleg styring og verkemiddelbruk

Dette kapittelet beskriv kva Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har gjort for å leggje til rette for at spesialisthelsetenester skal flyttast nær pasienten ved hjelp av teknologi, og for samhandling med kommunar når spesialisthelsetenester blir flytta heim.

Revisjonskriterium

- Helse- og omsorgsdepartementet har det overordna ansvaret for å setje i verk den nasjonale helsepolitikken og for at nasjonale mål for helsetenestene blir nådde.
- Departementet må sikre seg informasjon om status for nasjonale mål og korleis dei statlege verkemidla bidreg til måloppnåinga.
- Det er eit mål at finansieringa av spesialisthelsetenesta legg til rette for heilskaplege pasientforløp, betre samhandling med kommunane og bruk av ny teknologi i tenesta.

²⁴⁰ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁴¹ InnoMed. (2025). *InnoMed – nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Årsrapport 2024*.

²⁴² [Meld. St. 9 \(2023–2024\)](#) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027; [Prop. 1 S \(2023–2024\)](#). Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁴³ InnoMed. (2025). *InnoMed – nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Årsrapport 2024*.

- Finansiering av sjukehusa skal ikkje opplevast som eit hinder for nye og effektive måtar å tilby tenester på. Helsedirektoratet har eit heilskapleg ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering.

Oppsummering

- Helse- og omsorgsdepartementet har gitt dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet oppdrag som skal leggje til rette for å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi.
- Helse- og omsorgsdepartementet manglar kunnskap om kva effektar det har når spesialisthelsetenester blir flytta nærmare pasienten, særleg for ressursbruk.
- Det er uvisst i kva grad finansieringa legg til rette for at tenestene blir flytta nær pasienten.
- Verkemidla som skal leggje til rette for samhandling om digital heimeoppfølging, har i større grad vore retta mot kommunane enn mot sjukehusa.
- Det manglar nasjonale digitale løysingar som gir felles tilgang til pasienten sine måledata og til digitale eigenbehandlingsplanar når kommunar og sjukehus skal samhandle om pasientar, men sektoren prøver ut løysingar for dette.
- Det finst juridiske hindringar for deling av data når kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta skal samhandle digitalt om heimeoppfølging.

15.1 Mål om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer i intervju at målbiletet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi gjeld framleis, sjølv det er mindre eksplisitt formulert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Ifølgje departementet var det naturleg at det var meir omtale av dette i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 sidan digital heimeoppfølging på det tidspunktet var ei nyare tenesteform.

Dei ulike meldingane representerer kontinuitet snarare enn brot i politikken på området. Departementet har ikkje endra oppfølginga av området og har gitt overordna føringar og oppdrag som gjeld digital heimeoppfølging i begge meldingsperiodane.²⁴⁴

Helse- og omsorgsdepartementet si styring mot målet om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi skjer gjennom dei regionale helseføretaka og sentrale underliggjande direktorat/forvaltningsorgan, som Helsedirektoratet. Gjennom ulike former for finansiering og innretninga av desse, kan også departementet leggje til rette for arbeidet i sektoren.

²⁴⁴ Riksrevisjonen. (2025). *Referat frå intervju med Helse- og omsorgsdepartementet*.

15.2 Dei regionale helseføretaka sine mål og oppdrag

For å leggje til rette for å flytte spesialisthelsetenester heim har departementet gitt dei regionale helseføretaka ulike oppdrag og mål i perioden 2020–2025, sjå tabell 2. Her har vi utelate oppdrag knytte til digital samhandling. Desse oppdraga blir omtalte i 7.7.5.

Dei regionale helseføretaka fekk eit generelt oppdrag i starten av 2020 om å følgje opp oppdraget om å flytte tenester heim til pasienten ved hjelp av teknologi. Så kom koronapandemien våren 2020, og helsetenestene fekk erfaring med kva moglegheiter som ligg i å flytte tenester heim til pasientane ved hjelp av teknologi, mellom anna gjennom telefon- og videokonsultasjon.

I dei justerte oppdragsdokumenta som kom frå første halvår 2020 og i dei følgjande åra, fekk dei regionale helseføretaka fleire oppdrag som gjekk ut på å sjå til at helseføretaka brukte moglegheitene som låg i digital heimeoppfølging, nettbaserte tenester og video-/telefonkonsultasjonar. Helseføretaka skulle også setje eigne mål på området.

Tabell 2 Oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka i perioden 2020–2025

År	Oppdrag
2020	• Følgje opp oppdraget om å flytte tenester heim til pasienten ved hjelp av teknologi. • Innføre løysingar for digital heimeoppfølging som kan redusere behovet for polikliniske kontrollar. • Sjå til at helseføretaka gjennomfører tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnytting og unødvendig venting innanfor poliklinisk behandling, som digitale skjema og video-/telefonkonsultasjonar. Tiltaka skal mellom anna inkludere ○ innføring og bruk av digitale skjema og verktøy for å innhente nødvendig informasjon frå pasientane før oppmøte til time ○ bruk av video- og telefonkonsultasjonar med sikte på å halde oppe omfanget av slike konsultasjonar etter kvart som aktiviteten blir normalisert ○ fastsetjing av måltal for kvart enkelt helseføretak for bruk av digitale skjema, video- og telefonkonsultasjonar og digital heimeoppfølging
2021	• Utarbeide forslag til definisjonar og moglege nasjonale måltal for digital heimeoppfølging og gjere greie for arbeidet med tilrettelegging for digital heimeoppfølging.
2021, 2022 og 2023	• Indikator: Andelen polikliniske konsultasjonar som blir gjennomførte over video og telefon, skal vere over 15 prosent.
2024	• Dei regionale helseføretaka skal, under leiing av Helse Sør-Aust RHF, pilotere og evaluere utprøving av brukarstyrt poliklinikk med digital monitorering og interaksjon i psykisk helsevern. • Andelen pasientar som får digital heimeoppfølging, video- eller telefonkonsultasjonar, skal auke samanlikna med 2023.
2025	• Alle stader det er formålstenleg, skal dei regionale helseføretaka intensivere arbeidet med å gå frå kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital heimeoppfølging. Brukarorganisasjonane skal involverast på eigna måte.

Kjelde: Oppdragsdokument og føretaksmøteprotokollar i perioden 2020–2025

Indikatoren for måloppnåing var andelen konsultasjonar som vart gjennomførte over video eller telefon, og målet vart sett til 15 prosent i 2021–2023 – noko dei regionale helseføretaka har rapportert på årleg.²⁴⁵

I kapittel 10 går det fram at det først og fremst er i somatikken skjemasbasert oppfølging er teken i bruk. I oppdragsdokument for 2024 gav Helse- og omsorgsdepartementet dei regionale helseføretaka i oppgåve å pilotere og evaluere utprøving av brukarstyrt poliklinikk med digital monitorering og interaksjon i psykisk helsevern.

I 2025 er oppdraget som dei regionale helseføretaka har på området, å intensivere arbeidet med å gå frå kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital heimeoppfølging alle stader det er formålstenleg. Det er ikkje knytt nokon indikator direkte til dette oppdraget.²⁴⁶

I tillegg stiller departementet krav om at dei regionale helseføretaka skal samarbeide med kvarandre og utarbeide ein felles plan for korleis dei skal jobbe med styringsbodskapen i departementet knytt til IKT-utvikling og digitalisering.²⁴⁷ I 2022 fekk dei regionale helseføretaka for første gong i oppdrag å samordne krav og føresetnader som bør liggje til grunn ved vidare innføring av digital heimeoppfølging i spesialisthelsetenesta, og omtale dette i «Felles plan».²⁴⁸ Sidan er dette temaet omtalt årleg.

15.3 Helsedirektoratet sine mål og oppdrag

Helsedirektoratet har vore sentral i å følgje opp og koordinere arbeidet med å oppfylle målbiletet frå Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 om å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi. Våren 2020 fekk Helsedirektoratet i tillegg oppdrag å leggje til rette for bruk av teknologi for å flytte tenester heim. Helse- og omsorgsdepartementet bad Helsedirektoratet om å leie og koordinere arbeidet med å hjelpe helse- og omsorgstenesta med nødvendig rettleiing og tilrettelegging for å hurtig auke bruken av digital heimeoppfølging og nettbasert behandling. Dette arbeidet skulle ta utgangspunkt i planane og behova til tenestene.²⁴⁹ Oppdraget vart vidareført i 2021.²⁵⁰

For å løyse oppdraga på området organiserte Helsedirektoratet arbeidet i eit prosjekt kalla «Digital heimeoppfølging og nettbasert behandling» i perioden 2020–2023. Dette bestod av ulike underprosjekt, som til dømes «råd og rettleiing til tenesta» og «indikatorar».²⁵¹

²⁴⁵ Oppdragsdokument for 2021, 2022 og 2023. I det justerte oppdragsdokumentet for 2020 står det at dei regionale helseføretaka skal sjå til at helseføretaka gjennomfører tiltak som mellom anna inkluderer bruk av digitale skjema og av video- og telefonkonsultasjonar, og fastset måltal for denne bruken.

²⁴⁶ Oppdraget skal bidra til å nå hovudmålet om rask tilgang til trygge helsetenester av høg kvalitet og samanhengande pasientforløp, der indikatoren er ventetid.

²⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2024*; Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Felles plan 2024. IKT-utvikling og digitalisering*.

²⁴⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2022*.

²⁴⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Tillegg til tildelingsbrev nr. 15*.

²⁵⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Statsbudsjett 2021 - kapittel 740 Helsedirektoratet - endelig tildelingsbrev*.

²⁵¹ Helsedirektoratet. (2023). *Svar på oppdrag TB2023-39 om vegen vidare for Digi-Hjem 2023 og NVP 2024*.

I 2023 gav Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag i tildelingsbrev å foreslå kva tiltak som burde prioriterast i 2023. Helsedirektoratet foreslo følgjande tiltak,²⁵² og status for og oppfølging av tiltaka blir omtalt andre stader i denne rapporten:

- å jobbe vidare med mini-metodevurderingar i den kommunale helse- og omsorgstenesta, der FHI har hovudansvar. Innspelet er følgt opp, sjå kapittel 11.1.3
- å få fram kunnskap om utviklinga i og konsekvensar av å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi. Dette innspelet er delvis følgt opp, sjå kapittel 15.7.2
- å vidareføre utprøvinga av digitale samhandlingsløysingar. Også dette er delvis følgt opp, sjå kapittel 15.7.5

Etter 2021 har det ifølgje Helsedirektoratet ikkje komme tilsvarande oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet knytte til å flytte spesialisthelsetenester heim. I intervju viser direktoratet likevel til at det er mykje dialog mellom Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratet om digitaliseringstiltak. Departementet understrekar at dette særleg gjeld i samband med arbeidet med digital samhandling og nasjonale e-helseløysingar. Vidare fekk direktoratet i 2025 i oppdrag å kartlegge kostnader i digital heimeoppfølging og vurdere kva slags styringsinformasjon som kan vere formålstenleg for området.²⁵³

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse vart slått saman frå 1. januar 2024 for å styrkje koplinga mellom digitaliseringsarbeidet og tenesteutviklinga i helse- og omsorgssektoren.²⁵⁴

15.4 Styringsinformasjonen til Helse- og omsorgsdepartementet

15.4.1 Helse- og omsorgsdepartementet har følgt med på aktiviteten på området

I undersøkningsperioden har Helse- og omsorgsdepartementet fått informasjon om utviklinga i arbeidet til spesialisthelsetenestene med å flytte tenester nær pasienten gjennom dei regionale helseføretaka si rapportering på oppdraga i den årlege meldinga. Departementet har også gitt Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive status for og omfanget av spesialisthelsetenester som blir ytte i/nær bustaden til pasienten,²⁵⁵ noko direktoratet har gjort i to kartleggingsrapportar i 2022 og 2023.²⁵⁶

Utviklinga på området blir også følgd gjennom fire av dei ni indikatorane i ordninga for resultatbasert finansiering (sjå faktaboks 14). Desse seier ikkje noko om kvaliteten i helsetenestene, slik formålet med kvalitetsindikatorar er.

²⁵² Helsedirektoratet. (2023). *Svar på oppdrag TB2023-39 om vegen vidare for Digi-Hjem 2023 og NVP 2024*.

²⁵³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2025*.

²⁵⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024*.

²⁵⁵ Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022*.

²⁵⁶ Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*; og Helsedirektoratet. (2023). *Omsorg 2022 – årsrapport: Velferdsteknologi i omsorgstjenesten*.

Per i dag er det éin relevant nasjonal kvalitetsindikator på området: dialysepasientar som får heimedialyse.²⁵⁷

I ein rapport frå 2023 vurderer Helsedirektoratet, på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet, vegen vidare for arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim. Her skriv direktoratet at det ville vurdere å utvikle kvalitetsindikatorar for arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi. Direktoratet peikar på at det er viktig å følgje med både på utviklinga i arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim og på kva konsekvensar dette arbeidet har:

Kjem den ønskje utviklinga på feltet godt i gang? Er det store geografiske variasjonar? Får utviklinga konsekvensar for ressursituasjonen i kommunane? Aukar ein effektiviteten på tenestene i spesialisthelsetenesta og på tvers av tenestenivå ved auka bruk av teknologi? Kva effekt har utviklinga på kvaliteten i tenestene?

Kjelde: Helsedirektoratet. (2023). Svar på oppdrag TB2023-39 om vegen vidare for Digi-Hjem 2023 og NVP 2024.

I intervju opplyser direktoratet at dei ikkje planlegg å utvikle slike nasjonale kvalitetsindikatorar per 2024, men at direktoratet ser på moglegheitene for å betre følgje med på data på dette vidare. Helsedirektoratet viser til at det finst informasjon om digitale tenester utførte i spesialisthelsetenesta i Norsk pasientregister, og at desse dataa er nytta i Innsatsstyrt finansiering og i indikatorane for andel telefon-/videokonsultasjonar og digital heimeoppfølging i RBF. Det er i mindre grad utvikla styringsdata/oppfølgingsdata på dette området ut over det som kjem fram av finansieringsløysingane. Helsedirektoratet viser til at dette er viktig informasjon i arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim.

Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2025 Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere innhaldsdefinisjonar av digital heimeoppfølging og kva slags styringsinformasjon som kan vere formålstenleg for området.²⁵⁸ Det er for tidleg å seie om dette vil møte informasjonsbehovet Helsedirektoratet peikar på i rapporten frå 2023.

Faktaboks 14 Indikatorar i resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering (RBF) vart innført 1. januar 2022 og kom som ei vidareutvikling av kvalitetsbasert finansiering (KBF), som vart innført i 2014. Ettersom ordninga ikkje lenger er meint å gi eit overordna fokus på kvalitetsarbeid, men å dra tenestene i utviklinga i fastsett retning, vart namnet endra. I tillegg vart talet på indikatorar redusert frå rundt 40 til dagens 9 indikatorar. Ein føresetnad for val av indikatorar har vore at dei skal måle ønskt praksisendring i tenesta, gjennom auka grad av digitalisering og betra samhandling. Dei fire indikatorane som handlar om digitalisering, er

- andelen video- og telefonkonsultasjonar

²⁵⁷ Helsedirektoratet. (2025). Nyresvikt – dialysepasienter som får heimedialyse.

²⁵⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Tildelingsbrev 2025 Helsedirektoratet.

- andelen pasientar med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- andelen pasientar med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- andel pasientar som får digital heimeoppfølging via medisinsk-teknisk utstyr i somatikken (indikator f.o.m. 2025)

Kjelde: Regelverk for resultatbasert finansiering 2025 og NOU 2023:8. (2023). Fellesskapets sykehus.

15.4.2 Helse- og omsorgsdepartementet har gjort enkelte forsøk på å skaffe kunnskap om effektar på ressursbruk

I kapittel 13.2 omtaler vi at helseføretaka i liten grad har kartlagt ulike typar effektar digital heimeoppfølging har. Særleg manglar kartleggingar i helseføretaka av effektar for ulike former for ressursbruk.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har prøvd å skaffe kunnskap om effektar av digital heimeoppfølging på ressursbruk, men det er få sikre konklusjonar:

- I 2022 gav Helsedirektoratet Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjere systematiske kunnskapsoppsummeringar om effektar av digital heimeoppfølging for vaksne med ikkje-smittsame kroniske sjukdommar med tanke på ressursbruk i primær- og spesialisthelsetenesta. Konklusjonen til FHI var at kunnskapsgrunnlaget frå forskning var for mangelfullt til å seie noko sikkert om digital heimeoppfølging for vaksne med ikkje-smittsame kroniske sjukdommar har nokon effekt på ressursbruk i primær- og spesialisthelsetenesta.²⁵⁹
- I 2022 fekk Helsedirektoratet i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere kva effektar det har for brukar, pasient og pårørande at spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten. Direktoratet skulle også vurdere effektar på ressursbruk – men for den kommunale helse- og omsorgshelsetenesta. Effektar på ressursbruk i sjukehusa var ikkje ein del av oppdraget. Konklusjonen frå direktoratet var at det førebels ikkje er mogleg å kunne seie noko om effektar for pasientar og kommunehelseteneste basert på tal frå nasjonale register og finansierungsordningar. Det var heller ikkje mykje dokumentert forskings- og erfaringsbasert kunnskap om effektar.²⁶⁰

Oppdraga som Helse- og omsorgsdepartementet har gitt dei regionale helseføretaka på området, er ikkje følgd av krav om å dokumentere effektar av løysingane som er tekne i bruk. Til samanlikning har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav om dette i oppdrag som gjeld kunstig intelligens: I 2024 gav Helse- og omsorgsdepartementet dei regionale helseføretaka i oppdrag å ta i bruk løysingar med kunstig intelligens som kan bidra til å

²⁵⁹ Folkehelseinstituttet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten*. Digital heimeoppfølging vart her forstått som «helserelaterte målingar som gjerest av personen selv og/eller ved aktiv handling (som f. eks påføring av apparat) som overføres ved hjelp av digitalt utstyr (for eksempel, applikasjoner, nettbrett og telefon) for eksempel blodtrykk, puls, vekt, blodsukker, med mer.»

²⁶⁰ Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

frigjere tid hos helsepersonell og redusere ventetider. Effekten av løysingane skulle dokumenterast for å leggje til rette for vidare innføring.²⁶¹

Alt i alt viser undersøkinga at kunnskapen om den effekten som digital heimebehandling har på ressursbruk, framleis er mangelfull. Samstundes er det brei semje om at det er behov for kunnskap om effektar for ressursbruk, både i spesialisthelsetenesta og i eit breiare samfunnsøkonomisk perspektiv.²⁶²

I NOU 2023: 4 *Tid for handling* viser Helsepersonellkommisjonen til at hovuddelen av forskning på teknologiområdet i helse- og omsorgssektoren har vore retta mot betre behandling og pasienttryggleik. Framover er det behov for å vri forskingsinnsatsen mot bidraget teknologien har til å betre effektiviteten og personellutnyttinga.

Helsepersonellkommisjonen foreslår difor at det blir etablert eit tiårig forskingsprogram med mål om å utvikle kunnskap og teknologi som bidreg til effektivisering på alle systemnivå og sparer arbeidskraft.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at forslaget frå Helsepersonellkommisjonen ikkje er følgt opp direkte, ettersom tematikken kan dekkjast gjennom dei generelle utlysingane til Forskringsrådet, særleg helseutlysingane gjennom porteføljen for helse.

I tillegg sette Helse- og omsorgsdepartementet i 2024 som mål for dei regionale helseføretaka å auke kunnskapen om og innføre personellsparende løysingar i tenestene gjennom helsetenesteforskning og implementeringsforskning.²⁶³ Dette målet kan også gjelde kunnskap om effektar av digital heimeoppfølging. Dette går også fram av den årlege meldinga frå Helse Sør-Aust RHF og Helse Vest RHF for 2024, der nokre av forskingsprosjekta som blir nemnde som svar på dette kvalitative målet, handlar om forskning på brukarstyrt poliklinikk og e-behandling.²⁶⁴

Helse- og omsorgsdepartementet understrekar vidare at det er dei regionale helseføretaka som må gjere ei vurdering av effekten av ulike behandlingsformer, inkludert effektane av ulike former for digital heimeoppfølging. Det er dei regionale helseføretaka som må vurdere om denne typen oppfølging svarer seg ressursmessig, og departementet styrer ikkje i detalj korleis dei regionale helseføretaka jobbar med kunnskapsgrunnlaget om effektar av digital heimeoppfølging på ressursbruk.

²⁶¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument til dei regionale helseføretaka 2024*

²⁶² Dette går mellom anna fram i fleire av intervju i djupneundersøkinga; intervju med Helse Vest RHF, Helse Midt-Noreg RHF og Helse Sør-Aust RHF; Ekspertutval for å vurdere sterkare tematisk organisering i psykisk helsevern. (2023). *Forenkle og forbedre. Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern*; NOU 2023: 4. *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*; Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*; Folkehelseinstituttet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten*.

²⁶³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument 2024. Helse Sør-Øst RHF*.

²⁶⁴ Helse Sør-Aust RHF. (2025). *Årlig melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*; Helse Nord RHF. (2025). *Årlig melding 2024 for Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse Midt-Noreg RHF og Helse Nord RHF si rapportering på dette punktet i årleg melding er meir overordna og nemner ikkje konkrete prosjekt.

15.5 Finansiering av arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten

Ulike former for finansiering kan støtte opp om arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi. I hovudsak består finansieringa av spesialisthelsetenesta av éin del som er uavhengig av aktiviteten ved sjukehusa (basisløyvinga), og éin del som blir bestemd av kor mange og kva slags pasientar som er behandla (innsatsstyrt finansiering – ISF).²⁶⁵

Andelen som er basert på aktivitet (ISF-satsen), har variert mellom 30 og 60 prosent i perioden 2002 til 2025.²⁶⁶ Dei seinaste åra har basisløyvingsdelen auka på kostnad av den aktivitetsbaserte løyvinga. I 2025 utgjorde den aktivitetsbaserte løyvinga 30 prosent i somatikken og rundt 25 prosent innanfor PHV/TSB.²⁶⁷

Ifølgje Helse- og omsorgsdepartementet er formålet med å auke basisfinansieringa at dei regionale helseføretaka skal få eit større strategisk handlingsrom, særleg knytt til samanhengande pasientforløp og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstenesta.²⁶⁸ Dette skal også bidra til auka merksemd om fag og kvalitet.

Helsedirektoratet viser i intervju til at ei vanleg oppfatning blant klinikarar er at ISF dekkjer alle kostnader, men den største delen av finansieringa kjem altså frå basisløyvinga. Dessutan er kapitalkost, som kostnader til investeringar, ekskluderte frå ISF. Investeringar kan utgjere ein del av totalkostnaden når det gjeld digitale løysingar.

I djupneundersøkinga snakka fleire om at kostnader ved å innføre nye måtar å jobbe på er ein barriere for implementering. Såkalla «pukkelkostnader» oppstår når ein går i gang med nye måtar å jobbe på, samstundes som inntektene kan utebli eller vere «for låge» ein periode om ISF-en «heng etter». Dette blir opplevd som ein brems for innovasjon og utvikling.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at regionale helseføretak og dei underliggjande helseføretaka sjølv må finne rom innanfor den samla løyvinga for å gjere nødvendige investeringar og dekkje oppstartskostnader ved innføring av nye løysingar og arbeidsformer.

15.5.1 ISF-ordninga er innretta slik at ho i større grad legg til rette for arenanøytralitet, men det er framleis litt som står att

Dei seinaste åra er det lagt vekt på at ISF-ordninga skal gjerast meir nøytral med tanke på kva personellgrupper som utfører behandling, kvar behandlinga finn stad, og korleis pasientforløpa blir organiserte. Dette er forankra i *Nasjonal helse- og sykehusplan*

²⁶⁵ NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus*; Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet

²⁶⁶ NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*; Helsedirektoratet. (2024). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering*.

²⁶⁷ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁶⁸ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

2020–2023 og gjenteke i seinare statsbudsjett.²⁶⁹ Dette skal mellom anna bidra til at personellressursar i sjukehus blir meir effektivt utnytta, og til at tenester i større grad blir flytta heim til pasienten ved bruk av teknologi.

Det finst i dag ulike kodar for digital heimeoppfølging og for oppfølging via video eller telefon i Norsk pasientregister.²⁷⁰ Over åra er det knytt refusjonar, altså inntekter, til desse kodane, som skal støtte opp under sjukehusa sitt arbeid med digital heimeoppfølging. I 2017 kom det kodar og refusjonar for nettbasert behandlingsprogram²⁷¹ og i 2018 for digital skjemaoppfølging. I 2019 vart videokonsultasjonar finansierte på lik måte som konsultasjonar med oppmøte, og innan somatikken vart telefonkonsultasjonar inkluderte i ordninga frå 2020.²⁷²

Helsedirektoratet understrekar i intervju at ikkje alle typar digitale tenester inngår i ISF. Det er ikkje alt som kan eller bør registrerast, som aktivitetar som ikkje kan reknast som helsehjelp. Til dømes skal ikkje telefonsamtalar eller skjema som omhandlar innhenting av administrativ informasjon eller enkel formidling av prøvesvar registrerast. Ifølgje Helsedirektoratet handlar fleire innspel frå helseføretaka om desse grensegangane for kva som er å rekne som helsehjelp.

Ein gjennomgang av innspela dei regionale helseføretaka har til ISF-ordninga i perioden 2019–2024 viser at enkelte peikar på nokre område der finansieringa blir opplevd å ikkje vere nøytral med tanke på kvar behandlinga finn stad, og kvar det er ønskeleg med endringar:²⁷³

- Digitaliseringa gjer det mogleg for pasienten å møte opp ved éin lokasjon og ha ein digital konsultasjon med ein spesialist som sit ein annan stad. I mange tilfelle vil det vere noko behov for assistanse frå helsepersonell der pasienten er. For videokonsultasjonar blir det gitt ISF-refusjon for begge lokasjonar dersom det krevst helsepersonell begge stader. Andre refusjonar (t.d. prosedyrar som sårstell) høyrer i dagens ordning til pasienten sin bustadregion, også dersom helsehjelpa blir ytt frå to ulike lokasjonar. Frå Helse Nord RHF si side er det ønskeleg at ISF-ordninga blir innretta slik at refusjonen i større grad kan delast mellom involverte aktørar og dermed gir incentiv til å nytte spesialisert kompetanse på tvers mellom føretak og mellom føretaksgruppene.
- Regelverket opnar ikkje opp for at poliklinisk rehabilitering og pasientopplæring i gruppe kan gjennomførast heilt digitalt, det krev fysisk oppmøte i tillegg.
- Det er ikkje mogleg å krevje gebyr for manglande oppmøte ved telefon- og videokonsultasjon, slik ein kan ved fysiske kontrollar.

²⁶⁹ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁷⁰ Den medisinske kodinga dokumenterer helsehjelpa pasienten får. I praksis inneber dette å omsetje tekstlege beskrivingar av diagnoser og prosedyrar i journalen til kodar. Eit viktig formål med medisinsk koding er å få oversikt over sjukdommar i befolkninga. Kodane dannar også grunnlag for planlegging, administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetenester. Helsedirektoratet. (2024). *Innsatsstyrt finansiering 2025. ISF-regelverk.*; og Helsedirektoratet. (2024). *Kodeveiledning 2025.*

²⁷¹ Ifølgje *Endring i STG-systemet 2017–2024* så vart STG-koden TS02 (for PHV) etablert i 2017.

²⁷² Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023.*

²⁷³ Vi har gått gjennom tilbakemeldingane frå dei regionale helseføretaka til Helsedirektoratet om ISF-ordninga i perioden 2019–2024. I nokre av desse er innspel frå helseføretaka vedlagde.

15.5.2 Det er uvisst om refusjonane for digital heimeoppfølging står i samsvar med kostnadene, men Helsedirektoratet skal berekne kostnadene i 2025

Grunnlaget for refusjonane som blir gitt gjennom ISF-ordninga, er kostnadsdata Helsedirektoratet innhentar frå helseføretaka. Digital heimeoppfølging er ei ny tenesteform og har enno ikkje vorte kostnadsberekna, med unntak av nettbaserte behandlingsprogram ved psykiske lidningar (eMeistring).²⁷⁴ Dette betyr at Helsedirektoratet så langt har hatt lite informasjon om refusjonane står i forhold til kostnadene helseføretaka har til dei ulike formene for digital heimeoppfølging.

Fleire kjelder i undersøkinga omtaler at ISF-ordninga «heng etter» utviklinga på området digital heimeoppfølging.²⁷⁵ Somme opplever at ISF-refusjonane ikkje står i samsvar med kostnadene, eller at det tek lang tid før kodar og refusjonar kjem på plass. I begge tilfelle er det ei oppleving av at avdelingane taper pengar på dei nye måtane å jobbe på.

Helse Vest RHF har gitt innspel til Helsedirektoratet om at refusjonen for nettbasert behandlingsprogram innanfor somatikk blir oppfatta for låg og bør vere lik for somatikk og psykisk helse. ISF-refusjonen for nettbasert behandlingsprogram innanfor somatikk auka betydeleg frå 2024 til 2025, men refusjonen for nettbasert behandling ved psykiske lidningar er framleis meir enn dobbelt så høg som i somatikken.²⁷⁶ Ifølgje Helsedirektoratet kjem den lågare refusjonen innanfor somatikken av at eMeistring har vorte kostnadsberekna, men tilsvarande er ikkje gjort innanfor somatikken.²⁷⁷

Helse- og omsorgsdepartementet peikar på at målet er å ha ei mest mogleg oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis blir endra kontinuerleg, og det vil ikkje vere mogleg at ordninga er oppdatert til kvar tid.²⁷⁸ Departementet gav i 2025 Helsedirektoratet i oppdrag å kartleggje kostnader i digital heimeoppfølging, med sikte på å ta i bruk kostnadsberekna vektor i ISF-ordninga frå 2026.

Helsedirektoratet skal også vurdere «innhaldsdefinisjonar av digital heimeoppfølging» og kva slags styringsinformasjon som kan vere formålstenleg for området. Dette vil danne eit «viktig grunnlag for å vurdere hvilke alternativer som finnes for hvordan dette skal inngå i ISF-ordningen, herunder om eventuelle utilsiktede barrierer for implementering kan unnvikes.»²⁷⁹

Helsedirektoratet får innspel frå helseføretaka og klinikarar om at inntekta helseføretaka får for ulike typar digital heimeoppfølging, er lågare enn for fysiske konsultasjonar, altså om pasienten møter opp på sjukehus. Helsedirektoratet opplever at det varierer kor godt slike innspel er grunngitt og dokumenterte. Helsedirektoratet påpeikar i intervju at til liks med inntekta, kan også kostnaden knytt til fysisk oppmøte vere ulik frå digital oppfølging,

²⁷⁴ Helsedirektoratet. (2024). *Grunnlagsdokument for ISF-regelverk 2025*.

²⁷⁵ Djupneundersøkinga; InnoMed. (2023). *Notat om finansiering av samhandlingstjenester*; innspel til ISF-regelverket

²⁷⁶ Helsedirektoratet. (2025). *Innsatsstyrt finansiering (ISF) - regelverk*, inkludert STG-liste.

²⁷⁷ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*.

²⁷⁸ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁷⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Tildelingsbrev 2025*. Helsedirektoratet.

men dette er noko Helsedirektoratet har inntrykk av at helseføretaka/klinikarane ikkje alltid tek omsyn til i berekningane sine.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at nye måtar å jobbe på kan gi innsparingar i andre avdelingar enn i avdelinga som får auka kostnader som følgje av innovasjonen. Dette har ikkje nødvendigvis dei ulike avdelingane og klinikarane oversikt over.

Ifølgje Helsedirektoratet bør det kommuniserast betre i helseføretaka kva ISF skal dekkje, kanskje særleg for digital heimeoppfølging, då det er ein del misoppfatningar blant klinikarane. Ikkje alle er kjende med kva som inngår i ISF, til dømes kva typar digitale tenester som inngår. Helsedirektoratet forvaltar ISF-regelverket og har ansvar for kommunikasjonen med helseføretaka om regelverket og endringar i dette, men kommunikasjonen går ikkje nødvendigvis direkte med klinikarane.²⁸⁰ Vidare er dei regionale helseføretaka ansvarlege for at regelverket blir gjort kjent og følgt i verksemdar som utfører helsetenester på vegner av dei.²⁸¹

15.5.3 Delar av den resultatbaserte finansieringa er retta mot digital heimeoppfølging, men det er uvisst om ho stimulerer til ønskt tenesteutvikling

Resultatbasert finansiering (RBF) skal stimulere til ønskt tenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering. RBF er eit supplement til andre finansieringsordningar som rammeløyving og ISF,²⁸² sjå faktaboks 14.

Midlane som er sette av i RBF, blir fordelte etter dei regionale helseføretaka si måloppnåing på dei ulike indikatorane relativt til dei andre regionane. I statsbudsjettet for 2025 utgjer midlane som er foreslått til RBF (672 millionar kroner), 0,3 prosent av dei samla løyvingane til dei regionale helseføretaka (230 milliardar kroner).²⁸³ Potten er med andre ord liten og omfordelingane mellom dei regionale helseføretaka beskjedne.

Også dei fire regionale helseføretaka oppgir i intervju at RBF har avgrensa betydning for prioriteringane nedover i helseføretaka, både på grunn av måten ordninga er utforma på, og fordi beløpet er så lite.

Helsedirektoratet har ikkje evaluert eller forska på effekten av RBF, altså om finansieringa faktisk stimulerer til ønskt tenesteutvikling. Ifølgje Helsedirektoratet burde det gjerast, men det er vanskeleg å isolere effekten av RBF.

15.6 Samle heildigitale tilbod nasjonalt

Heildigitale behandlingstilbod er per definisjon staduavhengige og kan difor i teorien forvaltast og tilbydast frå kvar som helst i landet. Nokre digitale sjølvhjelpsverktøy, det vil seie appar, som ikkje inkluderer rettleiing frå ein terapeut, er tilgjengelege via Helse

²⁸⁰ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse- og omsorgsdepartementet*.

²⁸¹ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁸² Helsedirektoratet. (2023). *TB2023-81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester*.

²⁸³ Stortinget. (2025). *Statsbudsjettet 2025: Saldert budsjett vedtatt i Stortinget høsten 2024 (Blå bok)*.

Norge.²⁸⁴ Helse Vest RHF viser også til at Helse Bergen HF er i dialog med Helsedirektoratet om å søkje midlar til å greie ut og pilotere ei nasjonal teneste for problematisk speleåtfærd.

Ulike aktørar peikar på at fleire typar digitale helsetenester på ulike måtar bør løftast nasjonalt, til dømes ved at Helsedirektoratet får eit større ansvar, eller ved at digitale tilbod blir tilbodne til heile landet frå eitt helseføretak.²⁸⁵ Dette kan også betre den økonomiske berekrafta i tilbodet.

Helse Bergen har berekna at Mage-tarmskulen må behandle minst 1 700 pasientar for å gå i balanse. Sjølv om Mage-tarmskulen tek imot pasientar frå heile landet, er talet som vart behandla i 2024, langt unna måltalet. Tilbodet vart primært brukt av pasientar som soknar til Helse Bergen.

At kostnadene per pasient minkar jo fleire pasientar som blir inkluderte, er også dei førebelse erfaringane frå eit forskingsprosjekt som ser på ressursbruken til ulike helseføretak ved nettbasert behandling innanfor psykisk helse.²⁸⁶ Dette heng saman med at faste kostnader utgjer ein stor del av kostnadene. Skilnadene i kostnader per pasient mellom dei helseføretaka som har mange, og dei som har få pasientar, er difor store.

Prosjektleiaren ved Mage-tarmskulen opplever at ei rekkje barrierar, særleg knytte til regelverket for finansiering, står i vegen for å løfte dette som eit nasjonalt, digitalt tilbod. Som eit tiltak foreslår Mage-tarmskulen at Helsedirektoratet bør setje saman ei tverrfagleg arbeidsgruppe for å få framgang i arbeidet med å utvikle og implementere nye nettbaserte behandlingstilbod.²⁸⁷

Ekspertutvalet som greidde ut moglegheitene for ei sterkare tematisk organisering av psykisk helsevern tilrår også koordinering nasjonalt for å løfte arbeidet med brukarstyrt poliklinikk innanfor psykisk helse, til dømes i regi av Helsedirektoratet, for å få opp utviklingstakten og digitaliseringsgraden.²⁸⁸

I ein artikkel i Kognitiv atferdsterapi om erfaringar med innføring av rettleidd internettbehandling viser forfattarane til at helsetenestene i Sverige og Australia har lykkast med å ha nasjonale tilbod samla ved eitt sjukehus, med eit nasjonalt opptaksområde. Artikkelen viser til at dette gir sterke fagmiljø der forskning og klinikk går hand i hand.²⁸⁹

²⁸⁴ Helse Norge. (u.å.) *Verktøy*.

²⁸⁵ Ekspertutval for å vurdere sterkare tematisk organisering i psykisk helsevern. (2023). *Forenkla og forbedre: Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern*. Riksrevisjonen (2025) *Referat frå intervju med pasientorganisasjonar*; Riksrevisjonen (2024) *Referat frå intervju med Helse Nord RHF*, og djupneundersøkinga.

²⁸⁶ Halsteinli, V. (2024). *Innføring av nettbasert behandling i psykisk helsevern – til hvilken pris?* [Foredrag]. Dagsmøte om helseøkonomi 2024.

²⁸⁷ Helse Bergen HF, epost, 31. mars 2025. *Behov for nye løysingar for effektiv implementering for nettbasert behandling i somatikken*.

²⁸⁸ Ekspertutval for å vurdere sterkare tematisk organisering i psykisk helsevern. (2023). *Forenkla og forbedre. Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern*.

²⁸⁹ Repål, A., Petersen, A., Ludvigsen, H. S. (2023). Erfaringer med innføring av veiledet internettbehandling. *Kognitiv atferdsterapi*.

Samstundes peikar forfattarane på at det er viktig å byggje opp fagmiljø rundt bruken av digital teknologi generelt, og rettleidd internettbehandling spesielt, ved dei ulike behandlingsstadene, for at fleire pasientar skal kunne ta i bruk slik behandling. Det blir også trekt fram av Helse Vest RHF at det er viktig å spreie erfaringa med behandlingsforma for å kunne velje ut dei rette pasientane frå alle helseføretak.²⁹⁰

I intervju peikar Helse- og omsorgsdepartementet på at spesialisthelsetenesta er organisert slik at ho er lokal og regional, og nye tilbod må forankrast i denne strukturen. Departementet har til no ikkje vurdert å samle spesialisthelsetenester nasjonalt, som til dømes tilbod innan eBehandling.

15.7 Styring og verkemiddel for å fremje samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunar om å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi

15.7.1 Det er få føringar retta mot spesialisthelsetenesta om å samarbeide med kommunar om digital heimeoppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet har i ulike oppdrag gitt føringar om at spesialisthelsetenesta skal samarbeide om å tilby tenester ute i kommunane, nær der folk bur. Helse- og omsorgsdepartementet har likevel ikkje gitt oppdrag eller sett mål som går konkret på at spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta skal samhandle om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi. Helsedirektoratet påpeikar i intervju at det er naturleg at Helse- og omsorgsdepartementet ikkje har gitt slike oppdrag eller føringar, fordi digital heimeoppfølging er ei ny behandlingsform i spesialisthelsetenesta.

Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale faglege råd om digital heimeoppfølging. Råda skal stimulere til at digital heimeoppfølging blir ein integrert del av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Her tilrår Helsedirektoratet at kommunane søker samarbeid med helseføretak gjennom helsefellesskapet før dei startar opp digital heimeoppfølging.²⁹¹

Helsedirektoratet har ikkje laga tilsvarande råd om digital heimeoppfølging for spesialisthelsetenesta, heller ikkje råd eller føringar om at helseføretak søker samarbeid med kommunehelsetenesta før dei startar opp digital heimeoppfølging. Helsedirektoratet viser i intervju til at retningslinjer og råd ofte er retta mot oppfølging og behandling av spesifikke diagnosegrupper i spesialisthelsetenesta. Ifølgje direktoratet ville det vere meir aktuelt å inkludere råd om digital heimeoppfølging i dei diagnoseretta råda enn å lage eit generelt, fagleg råd om digital heimeoppfølging i spesialisthelsetenesta.

²⁹⁰ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helse Vest RHF*.

²⁹¹ Helsedirektoratet. (2022, 14. november). *Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging*.

15.7.2 Det er lite informasjon om effektar for kommunar når spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten, og vanskeleg å få tak i analysedata for å vurdere effektar på samla tenesteforbruk

I tildelingsbrevet for 2022 gav Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å dokumentere omfanget av spesialisthelsetenester som ved hjelp av teknologi blir tilbodne i heimen / nærmare der pasientane bur, og å belyse effektar for pasientane og kommunale helse- og omsorgstenester. Direktoratet konkluderte med det at det er lite dokumentert kunnskap om effektar, men at det er stort behov for å få på plass eit solid kunnskapsgrunnlag som viser effektane for kommunane, både økonomisk, organisatorisk og ressursmessig.²⁹² I intervju seier Helsedirektoratet at dette framleis er viktig, men at dei har ikkje planar for å følgje med på slike effektar. Helsedirektoratets erfaringsrapport frå prosjektet for spreining av digital heimeoppfølging, publisert våren 2025, samanfatar likevel effektar av digital heimeoppfølging på bruk av helsetenester, slik dei vart erfarte i enkelte av spreingsprosjekta.²⁹³

Kvantitativ informasjon om effektar og gevinstar på tvers av primær- og spesialisthelsetenester krev kopling av data frå kommunale helsetenester og spesialisthelsetenestene, som finst i høvesvis Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR). Dette er gjort i eit pilotforsøk i MILA- og IHT-prosjekta ved Akershus universitetssjukehus, der ein har analysert effektar på forbruk av både spesialisthelsetenester og kommunale helse- og omsorgstenester når dei ulike nivåa samarbeider om pasientar som får digital heimeoppfølging, og helsetenester til eldre med samansette behov og høgt forbruk av helsetenester.

Erfaringar med bruk av NPR- og KPR-data til resultatoppfølging er at prosessen for å få løyve til å bruke dataa er tidkrevjande og komplisert, og at løyvet har avgrensa varigheit. I MILA- og IHT-prosjekta er det særleg søknad til FHI om unntak frå teieplikt og prosessen med utlevering og kopling av NPR- og KPR-data som har teke tid. Ei erfaring frå prosjekta er at helseføretaka bruker mykje ressursar på å teste ut nye tenesteforløp som går på tvers av tenestenivå, og at tenester som blir ytte på tvers av nivå i helsetenesta, treng enklare tilgang til data som gir høve til å vurdere den samla effekten på ressursbruk. Løyvet for bruk av NPR- og KPR-data er gitt med tidsavgrensa varigheit, dette gjer at målingane kan nyttast for resultatoppfølging av eit prosjekt, men ikkje som kvalitetsindikator for ei implementert teneste på tvers av tenestenivå.

Informantar i Helsedirektoratet opplyser at dei har hatt møte med helseregisttermiljøa (KPR og NPR i FHI) og opplever at alle partar ønskjer at arbeidet med å kople registra skal gå fortare. Mellom anna jobbar sektoren med fritak frå teieplikt.

Helsedirektoratet har også spelt inn behov til FHI om å kunne registrere i KPR om ein pasient får digital heimeoppfølging i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Dette vil mest sannsynleg vere på plass i løpet av 2026, ifølgje Helsedirektoratet. Dette kan gjere det lettare å identifisere brukarar som får digital heimeoppfølging i kommunen, og hente

²⁹² Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

²⁹³ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*, s. 37.

ut analysedata om bruk av helsetenester på begge nivå. Dette tiltaket vil likevel ikkje løyse utfordringa med tilgang til analysedata for tenesteforløp som går på tvers av tenestenivå, og som ikkje involverer digital heimeoppfølging, eller for tenester som er sette i drift og har behov for jamleg tilgang til analysedata for å kunne kvalitetsstyre tenesta.

Som omtalt i kapittel 13 er mini-metodevurderingar eit verktøy helseføretaka kan bruke for få meir kunnskap om effektar ved bruk av digital heimeoppfølging, også når kommunar og sjukehus samarbeider. Mini-metodevurdering er godt kjend i spesialisthelsetenesta, men først brukt i kommunale helse- og omsorgstenester frå og med 2024. På oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet støttar FHI kommunane i å ta i bruk mini-metodevurderingar.²⁹⁴

15.7.3 Lite kunnskap om helsefellesskapa fungerer som arena for samarbeid om å flytte tenester nær pasienten

Helsefellesskapa vart lanserte i Nasjonal helse- og sykehusplan 2021–2023. Desse kan vere ein arena for å leggje til rette for samhandling mellom kommunar og sjukehus, også når spesialisthelsetenester blir flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi.

I 2021 fekk Helsedirektoratet i oppdrag å kartleggje omfanget av spesialisthelsetenester som blir ytte i/nær bustaden til pasienten, og kor mykje av dette som skjer som følgje av felles planlegging i helsefellesskapa. Helsedirektoratet omtalte nokre døme i kartleggingsrapporten og poengterte at det i fortsetjinga er viktig å følgje med på i kva grad helsefellesskapa blir ein faktisk arena for å dele planar og samhandle om dette.²⁹⁵

Helsedirektoratet opplyser at direktoratet ikkje har følgd med på om helsefellesskapa er ein arena for felles planlegging av å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten, og har heller ikkje fått i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å følgje med på dette.²⁹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet er heller ikkje kjent med om helsefellesskapa er ein arena for samarbeid om dette.²⁹⁷ Helsedirektoratet sin erfaringsrapport frå prosjektet for spreining av digital heimeoppfølging publisert i mai 2025 inneheld likevel ei beskriving av korleis desse prosjekta er forankra i helsefellesskap, der det kjem fram at dette har vore handtert ulikt.²⁹⁸

Helsedirektoratet påpeikar at det viktigaste er at kommunar og helsefellesskap samhandlar når det er relevant. Det er ikkje eit krav at planlegginga skal skje innanfor rammene av helsefellesskap, men desse er meinte som ein arena for å få til samarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at det ikkje styrer helsefellesskapa og heller ikkje kan instruere kommunane, men at det kan «oppmode og peike på».

²⁹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Statsbudsjettet 2023 kapittel 745 Folkehelseinstituttet - tildeling på fagkapittel, fullmakter og spesielle oppdrag*.

²⁹⁵ Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

²⁹⁶ I åra 2020, 2021 og 2022 har Helsedirektoratet rapportert på status og framgang for Nasjonal helse- og sjukehusplan, inkludert Helsedirektoratets understøtting av helsefellesskap, og erfaringar med helsefellesskap.

²⁹⁷ Riksrevisjonen. (2025). *Referat frå intervju med Helse- og omsorgsdepartementet*.

²⁹⁸ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*, s. 25.

Ei kartlegging av status for helsefellesskapa i 2023 og 2024 viste at det er behov for samarbeid på teknologifeltet og rundt felles digitale løysingar. Rapporten omtaler samarbeid rundt dette i eit fåtal av helsefellesskapa, men det kan tenkjast det går føre seg samarbeid som rapporten ikkje trekkjer fram.²⁹⁹

I tilskotsordningane nemnde i kapittel 15.7.4 er det føringar som kan styrkje helsefellesskapa som arena for samhandling om digital heimeoppfølging. I tilskotsordninga for digital heimeoppfølging var det eit krav at søknaden om tilskot er forankra i helsefellesskapa,³⁰⁰ men samhandlings- og rekrutteringstilskotet har ikkje liknande krav. Her blir det likevel presisert at helsefellesskapa er «eigna for å vurdere og prioritere aktuelle tiltak som blir gitt støtte».³⁰¹

Nasjonal rettleier om samarbeidsavtalar og nasjonale råd om digital heimeoppfølging har også til hensikt å bidra til at helsefellesskapa blir brukte som arena for felles planlegging og gjennomføring når spesialisthelsetenester blir flytta heim.³⁰²

15.7.4 Det finst nokre finansieringsordningar som skal støtte opp under samhandling

Som omtalt i kapittel 11.2.2 gir ulike finansieringssystem i den kommunal helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta svake insentiv for samhandling. Men det finst nokre statlege ordningar som kan finansiere samhandling om å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi.

- I ISF finst det moglegheit for at **kommunalt utførte spesialisthelsetenester** kan inngå i berekningsgrunnlaget for ISF. Dette krev at tenestetilbodet er ei spesialisthelseteneste, og at tilbodet er regulert i ein avtale mellom tenestenivåa.³⁰³
- Det blir gitt ISF-refusjon og resultatbasert finansiering for **samarbeidsaktivitetar** med kommunane, samt for **teambasert oppfølging** både innanfor somatikken og innanfor PHV/TSB.
- Helsedirektoratet skal framover vurdere om ulike former for digital heimeoppfølging eller forløp der kommunehelsetenesta gjer delar av oppfølginga, kan vere aktuelle for **forløpsfinansiering**.³⁰⁴ Finansiering av forløp framfor finansiering av enkeltstående aktivitetar skal gi fleksibilitet til å organisere tenester på alternative måtar utan at den innsatsstyrte finansieringa fell bort eller blir lågare.
- I perioden 2020–2024 vart det utbetalt over 85 millionar kroner i eit **tilskot som skal stimulere til digital heimeoppfølging av kronisk sjuke** (sjå faktaboks 15).³⁰⁵ Digital heimeoppfølging skal bidra til å gi desse pasientane heilskaplege og samanhengande tenester, og det skal gi betre ressursutnytting på tvers av nivå. Ordninga har vore retta

²⁹⁹ Rambøll Management Consulting. (2024). *Kartlegging av status for helsefellesskapene*.

³⁰⁰ Helsedirektoratet. (2023, 18. august). *Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke – utlysningrunde for Finnmark*.

³⁰¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 5. juli). *Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten*.

³⁰² Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

³⁰³ Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*.

³⁰⁴ Helsedirektoratet. (2023). *TB2023-81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester*; og Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*.

³⁰⁵ Helsedirektoratet. (2023, 18. august). *Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke – utlysningrunde for Finnmark*. Her kjem det fram at det er innvilga 132 millionar kroner i perioden, men utbetalt 85 millionar.

mot kommunale helsetenester og skal altså ikkje primært stimulere til å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten. Likevel har det vore krav om at etableringa av digital heimeoppfølging skal skje som eit samarbeid mellom kommune, fastlegar og helseføretak.³⁰⁶

- **Helseteknologiordninga** vart lansert i 2023 og erstattar velferdsteknologiordninga. Ordninga inkluderer ulike tilskot for innføring av teknologi i den kommunale helse- og omsorgstenesta, inkludert digital heimeoppfølging. I 2025 var tilskotsmidlane på nær 100 millionar kroner.³⁰⁷ Også denne ordninga stiller krav om samarbeid mellom kommunar og spesialisthelsetenesta.³⁰⁸
- Eit nytt **rekrutterings- og samhandlingstilskot** i 2024 skal fremje samarbeid mellom kommunar og helseføretak om tenesteutvikling og gode pasientforløp for dei prioriterte pasientgruppene.³⁰⁹ Tilskotet blir tildelt dei regionale helseføretaka og utgjorde totalt 280 millionar kroner i 2024³¹⁰ og 286 millionar kroner i 2025.³¹¹ Midlane kan også dekkje påkomne kostnader der samarbeidstiltaket bidreg til at ein av partane får auka kostnader, medan den andre får innsparingar.³¹² Tilskotsmidlane skal brukast etter semje mellom helseføretak og den eller dei aktuelle kommunane, som skal dokumenterast i ein avtale.³¹³

Dei regionale helseføretaka si rapportering på bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskot i den årlege meldinga for 2024 gir ikkje grunnlag for å seie noko om i kva grad verkemiddelet støttar opp om samhandlingsprosjekt om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi. Det er også for tidleg å seie noko om effekt.

Faktaboks 15 Nasjonal utprøving og spreing av digital heimeoppfølging

Det er gjennomført fleire utprøvingar av digital heimeoppfølging i regi av Helsedirektoratet. I perioden 2018–2023 vart det gjennomført ein utprøving av digital heimeoppfølging av kronisk sjuke i seks kommunar, som ein del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Formålet med utprøvinga var å få tilstrekkeleg kunnskap om digital heimeoppfølging til å gi nasjonale tilrådingar om implementering av tiltaket.

I perioden 2022 til 2024 vart tiltaket vidareført i det såkalla «spreiingsprosjektet» for digital heimeoppfølging, som frå 1. januar 2024 vart ein del av helseteknologiordninga. Gjennom spreingsprosjektet er det etablert DHO-prosjekt

³⁰⁶ Helsedirektoratet. (2022). Regelverk for tilskuddsordning: *Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke*.

³⁰⁷ Helsedirektoratet. (2025, 13. februar). *Helseteknologiordningen: 79 prosjekter får tilskudd til digitalisering*.

³⁰⁸ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*.

³⁰⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument 2024 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024)*. Dei prioriterte gruppene er dei fire pasientgruppene med samansette behov og tenester innanfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, integrert psykisk helseteneste og rusteneste, rehabilitering og tiltak for å redusere talet på utskrivingsklare pasientar som blir liggjande på sjukehus.

³¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 5. juli). *Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten*.

³¹¹ Beløp i forslag til statsbudsjett sett opp mot oppdragsdokumenta til dei regionale helseføretaka for 2025.

³¹² Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument 2024 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024)*.

³¹³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 5. juli). *Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten*.

innanfor alle dei 19 helsefellesskapa. 17 samarbeidsprosjekt som inkluderer kommunar, fastlegar og helseføretak har fått tilskot gjennom spreingsprosjektet, og ytterlegare 5 prosjekt fekk tilskot i 2024 gjennom helseteknologiordninga. Per mars 2025 vart det rapportert om 1 383 aktive pasientar, og 74 kommunar hadde starta inkludering av pasientar.

Kjelde: Universitetet i Oslo, Oslo Economics & Nasjonalt senter for distriktsmedisin. (2022). *Evaluering av utprøving av digital heimeoppfølging: Sluttrapport*; Helsedirektoratet. (2025). DHV – Digital heimeoppfølging spredning.

15.7.5 Nasjonale digitale løysingar for å fremje samhandling om digital heimeoppfølging blir prøvde ut

Som omtalt i kapittel 11 har det vore ein barriere for samhandling om digital heimeoppfølging at det har mangla moglegheiter for å dele informasjon digitalt når pasienten skal følgjast opp på tvers av nivå, og det er eit stort behov for tekniske løysingar for dette.

Helse- og omsorgsdepartementet har sett i gang fleire nasjonale tiltak for å lette den digitale samhandlinga mellom nivåa i helsetenestene.³¹⁴ Av desse er *pasienten sine måledata* og *pasienten sin eigenbehandlingsplan* mest relevante for digital heimeoppfølging.³¹⁵

Pasienten sine måledata

Pasienten sine måledata er ei teknisk løysing som skal leggje til rette for at data om pasienten, som blodtrykk og puls, kan delast på tvers av helse- og omsorgstenesta.³¹⁶ Tiltaket har fått midlar over statsbudsjettet og skal prøvast ut i perioden 2024–2029.³¹⁷

Ifølgje Helsedirektoratet si rapportering på tiltaket i mai 2025 vil tiltaket i første omgang prøvast ut i helsefellesskap der helseverksemdar samarbeider tett om pasientar som har digital heimeoppfølging, og der det er behov for å dele målingar mellom aktørane. Utprøvinga i 2025 vil i første rekkje omfatte deling av måledata frå kommune til spesialisthelsetenesta. Utprøvingssområda er Drammen kommune og Asker kommune i samarbeid med Vestre Viken HF, og Oslo kommune i samarbeid med Oslo universitetssjukehus HF. I utprøvinga vil både teknisk løysing og klinisk nytte vurderast.³¹⁸ Det er for tidleg å seie om dette tiltaket vil løyse problema med manglande deling av vitale data mellom helsetenestene.

Digitale behandlingsplanar

Prosjekta for utprøving og spreing av digital heimeoppfølging har erfart at det er behov for å dele behandlings- og eigenbehandlingsplanar (sjå faktaboks 16) med pasienten og andre behandlarar digitalt.³¹⁹

³¹⁴ Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.

³¹⁵ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*.

³¹⁶ Helsedirektoratet. (2025, 12. mai). *Pasientens måledata*, Helsedirektoratet.

³¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument til Norsk helsenett SF for 2024*.

³¹⁸ Helsedirektoratet. (2025, 12. mai). *Pasientens måledata*, Helsedirektoratet.

³¹⁹ Jamfør kapittel 11.

Faktaboks 16 Digitale behandlingsplanar og eigenbehandlingsplanar

Digitale behandlingsplanar er ei løysing som gjer det mogleg å utarbeide ein **heilskapleg plan for behandling av pasientar**, både frå helsetenesta si side (behandlingsplan) og i pasienten sin eigen heim eller tilhaldsstad (eigenbehandlingsplan), og dessutan å dele informasjon på tvers av behandlarar og pasienten sjølv. Ein plan der pasienten kan involverast, støttar opp under meistring og måloppnåing.

Ein plan kan innehalde kva diagnosar og problemområde som blir følgde opp, mål for behandlinga, pasienten sine eigne mål, kva som skal følgjast opp i samarbeid med helsevesenet, og kva tiltak pasienten sjølv kan gjere.

Kjelde: Norsk helsenett. [Digitale behandlingsplanar og egenbehandlingsplanar](#) henta 20. mai 2025.

I erfaringsrapporten frå prosjekta for spreining av digital heimeoppfølging viser fleire av prosjekta til at eigenbehandlingsplanen var svært viktig i oppfølginga, og at det er eit stort behov for at planen kan delast digitalt slik at han kan oppdaterast av behandlarar på tvers av omsorgsnivå og vere oppdatert i sanntid.³²⁰ Den nasjonale brukarundersøkinga viste at både pasientar og helsepersonell opplevde at ein eigenbehandlingsplan er eit nyttig verktøy, og at pasientar som oppgir at dei har eigenbehandlingsplan, opplever betre effekt av oppfølginga.

Ei nasjonal løysing for digitale behandlings- og eigenbehandlingsplanar vart prøvd ut i 2022 og 2023.³²¹ Utprøvinga viste at det var behov for å vidareutvikle den «minimumsløysinga» som vart prøvd ut. Dette er ikkje prioritert i statsbudsjettet for 2025, men Norsk helsenett vedtok i 2024 å finansiere og vidareutvikle løysinga gjennom opparbeidd eigenkapital og i samarbeid med sektoren. Dette var fordi tiltaket er høgt prioritert i sektoren og gir nytte for helsepersonell.³²²

15.7.6 Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått endringar i helselovgivinga for å gjere informasjonsmelding mellom nivåa enklare.

Både Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) og Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027) viser til at regelverket for deling av informasjon på tvers av nivå er ein barriere når kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester skal samhandle om digital heimeoppfølging.

Helsedirektoratet opplever ikkje at det er særskilde juridiske hindringar som bremsar utviklinga i å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi (når ikkje kommunen er involvert), men det finst juridiske hindringar for deling av data når

³²⁰ Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*, s. 24.

³²¹ Helse Nord RHF. (2023, 13. desember). *Styresak 145-2023: Digitale innbygger- og samhandlingstjenester – fase 3: Sammenhengende og effektive pasientforløp*; og vedlegg til Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Felles plan 2023. IKT-utvikling og digitalisering*.

³²² Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*; og Norsk helsenett. (2024, 25. juni). *Satsning for fart – Nye nasjonale e-helsetjenester finansieres av Norsk helsenett*; og Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Felles plan 2024. IKT-utvikling og digitalisering*.

kommunale helse- og omsorgstenester og spesialisthelsetenester skal *samhandle* digitalt om digital heimeoppfølging.

I Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering frå 2024 skriv dei regionale helseføretaka at spesialisthelsetenesta opplever at lover og forskrifter ikkje støttar opp under effektive arbeidsprosessar og deling av informasjon – som er noko av intensjonen med dei nasjonale e-helseløysingane. Dei regionale helseføretaka meiner det er behov for regelverksendringar som bidreg til større fart i digitaliseringa av helsetenesta enn det som er mogleg med dagens regelverk.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det er utfordrande for helsepersonell å dele nødvendig og relevant informasjon i ein digital kvardag og å sikre at helsepersonell ein deler slike opplysningar med, har «tenestleg behov».³²³ Det er ein utbreidd, men uønskt, praksis for å få tilgang til kvarandre sine pasientopplysningar at helseføretak/sjukehus opprettar mellombelse «null prosent-stillingar» i lokale løysingar for helsearbeidarar i andre verksemder.³²⁴

Helse- og omsorgsdepartementet har forslått endringar i fleire av føresegnene om teieplikt og tilgang til helseopplysningar.³²⁵ Formålet er å gjere regelverket betre eigna til å gjere helseopplysningar tilgjengeleg for behandling av pasientane (informasjonsdeling) og meir digitaliseringsvennleg.

Departementet foreslår mellom anna å presisera i lovtekst at helsepersonell kan få direkte tilgang til relevante og nødvendige helseopplysningar i journalsystema til andre verksemder dersom det er nødvendig for å kunne gi pasienten helsehjelp. Vidare foreslår departementet at ansvaret for om det konkrete oppslaget i journalen er rettmessig, blir flytta frå verksemda der opplysningane er registrerte, til verksemda som gjennomfører oppslaget.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i intervju at dei foreslåtte endringane ikkje vil løyse alle utfordringane med deling av data når den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta skal samhandle om digital heimeoppfølging, men meiner at det vil gjere regelverket lettare å forstå og bruke. I tillegg meiner departementet at det vil bidra til at det kan utviklast tekniske løysingar som kan gjere deling av data mellom nivåa meir effektiv.

³²³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Prop. 154 L (2024–2025): *Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)*.

³²⁴ Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Felles plan 2023. IKT-utvikling og digitalisering*.

³²⁵ Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). Prop. 154 L (2024–2025): *Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)*.

Del 3: Revisjonskriterium og metodisk tilnærming

16 Revisjonskriterium

16.1 Målbilete om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten ved hjelp av teknologi

Ved behandlinga av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)) slutta Stortinget seg til følgjande målbilete om at spesialisthelsetenestene blir flytta nærmare pasientane:

«Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. For sårbare pasientgrupper flyttes det medisinske utstyret dit pasienten er – ikke omvendt. Pasientene opplever økt grad av mestring, et mer tilpasset tilbud og at sykdomsutvikling fanges opp tidligere. Både pasienter og helsepersonell unngår unødvendige reiser.»

I meldinga står det også at helseføretaka i dei neste utviklingsplanane sine skal setje eigne mål for bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenestene nærmare der pasientane er.

Perspektivmeldinga 2021 gjentek eit liknande målbilete. Her heiter det at pasientane i større grad kan få helsehjelp og kan følgjast opp i eigen heim, uavhengig av om ansvaret ligg til spesialisthelsetenesta eller kommunal helse- og omsorgsteneste.³²⁶

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 blir det vist til at medisinsk og teknologisk utvikling gjer det mogleg å yte spesialisthelsetenester med medisinsk utstyr utanfor sjukehus.³²⁷ Dette har særleg stor verdi for pasientar som er sårbare ved flytting, for pasientar som har stor infeksjonsfare, og i område med store avstandar.

I innstillinga om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 viser fleirtalet i komiteen³²⁸ også til at digitalisering ikkje er eit mål i seg sjølv, men eit verktøy for å utvikle betre tilbod til pasientane.

Forventningane om utnytting av teknologiske framsteg for å flytte spesialisthelsetenester nærmare pasientane er vidareførte i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027.³²⁹ Meldinga uttrykkjer mellom anna mål om at fleire pasientar skal følgjast opp med digital heimeoppfølging og annan teknologi som del av pasientforløpet.

³²⁶ Meld. St. 14 (2020–2021), jamfør [Innst. 388 S \(2020–2021\)](#).

³²⁷ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)), jamfør Innst. 255 S (2019–2020).

³²⁸ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)), jamfør Innst. 255 S (2019–2020), medlemmene frå Høgre, Framstegspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristeleg Folkeparti.

³²⁹ Meld. St. 9 (2023–2024), jamfør Innst. 387 S (2023–2024).

16.2 Mål om god ressursutnytting og ei berekraftig helse- og omsorgsteneste

Eit av hovudformåla med spesialisthelsetenestelova er å bidra til at ressursane blir utnytta best mogleg.³³⁰ Eit tiltak blir gjerne rekna som meir effektivt enn eit anna viss det oppnår målet med lågare kostnader i form av tid, personellinnsats, utgifter, uheldige biverknader med meir.³³¹

Effektiv ressursbruk kan oppnåast med god kunnskap om korleis tiltak verkar, systematiske samanlikningar av tenestetilbod og god utnytting av teknologiske framsteg.³³² I stortingsmeldinga om éin innbyggjar – éin journal blir det vist til at det er nødvendig å utnytte moglegheitene som ligg i moderne teknologi for å nå helsepolitiske mål om betre kvalitet, pasienttryggleik, effektivitet og ressursbruk.³³³

Stortinget har fleire gonger understreka at teknologi og digitalisering er viktig for å sikre ei berekraftig helse- og omsorgsteneste og møte det auka talet på eldre i tida framover.

I behandlinga av statsbudsjettet for 2019 uttalte helse- og omsorgskomiteen at effektivisering gjennom bruk av teknologi skal bidra til ei berekraftig helse- og omsorgsteneste.³³⁴ Ved behandlinga av statsbudsjettet for 2022 understreka komiteen at digitalisering i helse- og omsorgssektoren er viktig for god samhandling, styrkt pasienttryggleik og brukarmedverknad – og at det er eit sentralt verkemiddel for effektivisering. Komiteen meinte at det var viktig at positive erfaringar med videokonsultasjonar, nettbasert behandling og digital heimeoppfølging blir vidareførte.³³⁵

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 har som overordna mål å realisere helsetenesta for pasienten på ein berekraftig måte og at bruk av teknologi gir betre og meir effektive tenester. Dette må vere eit førande prinsipp når ein vurderer nye måtar å yte tenester på. Det må vere eit mål at innføring av teknologi ikkje fører til auka behov for personell, og at same oppgåve ikkje blir utført både «analogt» og digitalt over lengre tid.

Komiteen viser i innstillinga om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 til at ei berekraftig helse- og omsorgsteneste føreset at vi nyttar dei moglegheitene teknologien gir, at vi bruker kompetansen hos dei tilsette rett, og at vi løyser oppgåvene så effektivt som mogleg.³³⁶ Det blir ei stadig viktigare oppgåve å gjennomføre tiltak og omstillingar som gjer at vi får meir helse ut av ressursane vi har.³³⁷

Ein føresetnad for at det skal vere berekraftig å flytte spesialisthelsetenester heim, under dette at helsetenesta utnyttar ressursane best mogleg, er at helsetenesta klarer å hente ut

³³⁰ Spesialisthelsetenestelova § 1-1 første ledd nr. 4.

³³¹ Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m m.

³³² Meld. St. 14 (2020–2021), jamfør Innst. 388 S (2020–2021).

³³³ Meld. St. 9 (2012–2013), jamfør Innst. 224 S (2012–2013).

³³⁴ Prop. 1 S (2018–2019) for Helse- og omsorgsdepartementet, jamfør Innst. 11 S (2018–2019).

³³⁵ Prop. 1 S (2021–2022), Prop. 1 S Tillegg 1 (2021–2022), jamfør Innst. 11 S (2021–2022) frå Helse- og omsorgsdepartementet.

³³⁶ Meld. St. 7 (2019–2020), jamfør Innst. 255 S (2019–2020).

³³⁷ Meld. St. 7 (2019–2020), jamfør Innst. 255 S (2019–2020).

gevinstar. Prosjektvegvisaren til Digitaliseringsdirektoratet operasjonaliserer krav til gevinstrealisering. Her kjem det mellom anna fram at eit sentralt dokument i gevinstarbeidet er gevinstrealiseringsplanen, som blir utarbeidd av leiinga.³³⁸

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 kjem det fram at det er eit mål at finansieringsordningane i spesialisthelsetenesta skal leggje til rette for utvikling og innføring av nye arbeidsformer og ny teknologi.³³⁹ I innstillinga viser komiteen til at målet med finansieringa er å leggje til rette for heilskaplege pasientforløp, for betre samhandling med kommunane og for at ny teknologi blir teken i bruk i tenesta. Finansiering av sjukehusa skal ikkje opplevast som eit hinder for nye og effektive måtar å tilby tenester på. Finansieringa må difor tilpassast i tråd med utviklinga av tenesta.

Effektivisering inneber å endre logistikk, arbeidsformer eller organisering, slik at sjukehusa kan gi pasientane eit like godt tilbod med lågare ressursbruk – eller eit betre tilbod med lik ressursbruk.³⁴⁰ I innstillinga om *En innovativ offentleg sektor* peikar fleirtalet i kommunal- og forvaltningskomiteen på behovet for å styrkje gjennomføringsevna i innovative prosjekt «fra pilot til implementering».³⁴¹ Fleirtalet er oppteke av at regjeringa gir insentiv for at gode løysingar blir implementerte til å bli varige.

I behandlinga av langtidsplanen for forskning og høgare utdanning viste utdannings- og forskingskomiteen til at velferdsteknologi og helseteknologi er avgjerande for at Noreg skal kunne møte behova for helsetenester i framtida.³⁴² Det vil ikkje vere mogleg for samfunnet å bemanne seg ut av behovet for helsepersonell i framtida, og difor er det viktig å satse på innovasjon, teknologi og nødvendig utvikling og omstilling av heile helsefeltet.

16.3 Krav om gode og likeverdige helsetenester

Eit viktig formål med spesialisthelsetenestelova og helseføretakslova er at dei skal bidra til eit likeverdig tenestetilbod for heile befolkninga uavhengig av mellom anna bustad.³⁴³

I Meld. St. 34 (2015–2016) om prioritering kjem det fram at innovasjonstakten varierer både på tvers av fagområde og over tid.³⁴⁴ Prinsipp som sikrar likeverd, blir dimes viktige. Rask teknologisk utvikling krev at det løpande må treffast avgjerder om nye behandlingsmetodar skal innførast, om i kva omfang dei skal tilbydast, om kven som skal få tilbodet, og om kvar metodane skal tilbydast. Gode avgjerdssystem for prioritering er difor nødvendige.

Ifølgje spesialisthelsetenestelova § 4-4 skal dei regionale helseføretaka sørgje for eit felles system for å vedta kva metodar som kan tilbydast i spesialisthelsetenesta.

³³⁸ Digitaliseringsdirektoratet. Prosjektvegvisaren (versjon 5.0 – januar 2023).

³³⁹ Meld. St. 7 (2019–2020), jamfør Innst. 255 S (2019–2020).

³⁴⁰ Meld. St. 7 (2019–2020), jamfør Innst. 255 S (2019–2020).

³⁴¹ Meld. St. 30 (2019–2020), jamfør Innst. 191 S (2020–2021), fleirtalet i komiteen, medlemmene frå Arbeidarpartiet, Høgre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristeleg Folkeparti.

³⁴² Meld. St. 5 (2022–2023), jamfør Innst. 170 S (2022–2023).

³⁴³ Helseføretakslova § 1 og spesialisthelsetenestelova § 1-1 nr. 3, jamfør Ot.prp. nr. 10 (1998-99).

³⁴⁴ Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*.

Det følgjer av Innst. 93 L (2019–2020) at formålet med systemet for nye metodar er å sikre likeverdige og kunnskapsbaserte tenester til alle pasientar, uavhengig av geografi.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 står det at regionsjukehusa og universitetssjukehusa er den medisinfaglege spydspissen i utvikling av spesialisthelsetenesta. Ved hjelp av teknologi og digitale løysingar kan kompetansen frå større sjukehus gjerast tilgjengeleg for dei mindre einingane slik at pasientane kan få tenester nærmare der dei bur.

16.4 Mål og krav til samhandling og heilskapleg oppfølging av pasientar

Eit heilskapleg helsetilbod føreset god samhandling mellom dei ulike tenestene og nivåa.³⁴⁵ Dette gjeld særleg for pasientgrupper med samansette sjukdomsbilete og helseutfordringar.

Eit overordna mål for helse- og omsorgspolitikken er gode pasientforløp og rask tilgang til tenester.³⁴⁶ Digitale løysingar og betre digital samhandling skal bidra til at innbyggjarar får gode, samanhengande og tilgjengelege tenester. Bruk av digitale løysingar skal gjere det enklare å vere pasient og tilsett i helsetenesta. At informasjonen er tilgjengeleg og følgjer pasienten, er ein sentral føresetnad for at ein skal kunne tilby heilskaplege og samanhengande helsetenester på tvers av aktørar og ansvarsnivå.³⁴⁷

Det regionale helseføretaket har ei plikt til å leggje til rette for nødvendig samarbeid om å tilby tenester mellom ulike helseføretak internt i det regionale helseføretaket, med andre regionale helseføretak og med kommunar eller andre tenesteytarar.³⁴⁸ Regionale helseføretak og helseføretak skal samarbeide med andre når dette er eigna til å fremje dei oppgåvene og målsetjingane føretaket skal vareta.³⁴⁹

Helse- og omsorgstenestelova forpliktar kommunar og helseføretak til å inngå samarbeidsavtalar for å bidra til at pasientar og brukarar får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester.³⁵⁰ Formålet med samarbeidsavtalane er å fremje samhandlinga mellom kommunar og helseføretak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelinga og å etablere gode samarbeidsrutinar på sentrale samhandlingsområde.³⁵¹ Den overordna intensjonen med avtalane er å bidra til at pasientar og brukarar opplever at tenestene er samordna og av god kvalitet, og at det alltid er klart kven som skal yte dei aktuelle tenestene. Avtalane skal mellom anna omtale samarbeid om IKT-løysingar lokalt. Avtalepartane skal årleg gå gjennom avtalen med sikte på nødvendige oppdateringar eller utvidingar.³⁵²

³⁴⁵ Ot.prp.nr 51 (2008-2009) *Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven*

³⁴⁶ Prop. 1 S (2022-2023). Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁴⁷ Meld. St. 7 (2019-2020), jamfør Innst. 255 S (2019-2020).

³⁴⁸ Spesialisthelsetenestelova § 2-1 e.

³⁴⁹ Helseføretakslova § 41.

³⁵⁰ Helse- og omsorgstenestelova kapittel 6 og spesialisthelsetenestelova § 2-1 e.

³⁵¹ Helse- og omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak*. Nasjonal rettleiing.

³⁵² Helse- og omsorgstenestelova § 6-5.

Helseføretak og kommunar skal avtale heilt konkret korleis dei felles skal planleggje tenester til pasientar som har behov frå begge tenestenivå, og korleis dei skal involvere kvarandre i eige planarbeid som har noko å seie for den andre.³⁵³

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 vart styrkt samhandling og betre informasjonsdeling internt i helsetenesta løfta fram som viktige element i utviklinga av helse- og omsorgstenesta i åra som kjem. I planen vart helsefellesskapa lanserte, som eit verkemiddel for å bidra til ein meir samanhengande og berekraftig helse- og omsorgsteneste.³⁵⁴

Helsefellesskapa er ikkje lovfesta, men avtalefesta mellom KS og den dåverande regjeringa i 2019.³⁵⁵ Ved behandlinga av sjukehusplanen stilte komiteen seg bak skipinga av helsefellesskapa.

I behandling av stortingsmeldinga om éin innbyggjar – éin journal var komiteen oppteken av at lovverket må utviklast slik at det ligg til rette for at journalopplysningar følgjer pasienten i eit saumlaust behandlingsforløp som er uavhengig av organisering av tenesta.³⁵⁶

16.5 Aktørane sitt ansvar og overordna krav til styring

Krav til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarleg for å fastsetje dei overordna helsepolitiske målsetjingane og for å gi dei regionale helseføretaka rammevilkår som gjer det mogleg for dei å setje i verk desse målsetjingane.³⁵⁷ Departementet skal halde seg orientert om føretaksverksemda og om verksemda blir driven i samsvar med dei krava som er stilte i føretaksmøte, og dei vilkåra som er sette for å tildele løyvingar.³⁵⁸ Helse- og omsorgsdepartementet skal styre og koordinere utviklinga i helsesektoren, jamfør budsjettproposisjonane til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet har eit overordna ansvar for å sikre seg informasjon om nasjonale mål blir oppnådde, og om korleis dei statlege verkemidla bidreg til måloppnåinga.³⁵⁹ Dette gjeld både økonomiske, juridiske, organisatoriske og pedagogiske verkemiddel. Eit viktig formål med økonomiregelverket i staten er å sikre at statlege midlar blir brukte effektivt. Departementet skal følgje opp at dei statlege aktørane utfører oppgåvene sine i samsvar med dei måla som kjem fram av vedtaka og føresetnadene til Stortinget. Departementet må sørge for at det blir gjennomført

³⁵³ Helse- og omsorgstenestelova § 6-2 nr. 12, jamfør Meld. St. 9 (2023–2024).

³⁵⁴ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helsefellesskapa er også omtalte i Prop. 1 S (2020–2021).

³⁵⁵ Avtale mellom regjeringa og KS om innføring av helsefellesskap for å skape ei meir samanhengande helse- og omsorgsteneste, 23. oktober 2019.

³⁵⁶ Meld. St. 9 (2012–2013), jamfør Innst. 224 S (2012–2013).

³⁵⁷ Spesialisthelsetenestelova § 2-1, jamfør Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

³⁵⁸ Helseføretakslova § 16a.

³⁵⁹ Reglement for økonomistyring i staten (økonomireglementet) og føresegnar om økonomistyring i staten (økonomiføresegnene).

evalueringar for å skaffe kunnskap om effektivitet, måloppnåing og resultat.³⁶⁰ Frekvensen og omfanget av evalueringane skal bestemmast ut frå eigenarten, risikoen og vesentlegheita for verksemda.

Økonomireglementet i staten fastset at departementet, innanfor gjeldande lover og reglar, skal forvalte eigarinteressene sine i samsvar med overordna prinsipp for god eigarstyring. Når det gjeld dei regionale helseføretaka, skal departementet mellom anna leggje særleg vekt på at finansieringa er tenleg med tanke på formålet og eigarskapen til selskapet, og at måla som er fastsette for selskapet, blir oppnådde.³⁶¹

Helsedirektoratet skal setje i verk vedteken politikk og har fleire forvaltningsoppgåver etter delegering frå Helse- og omsorgsdepartementet.³⁶² Direktoratet skal også vere ein pådrivar for kunnskapsbasert arbeid, jamføre kunnskap og erfaringar i faglege spørsmål og opptre fagleg normerande nasjonalt.³⁶³

Etter § 7-3 i spesialisthelsetenestelova skal direktoratet utvikle, formidle og halde ved like nasjonale faglege retningslinjer og rettleiingar som støttar måla som er sette for helse- og omsorgstenesta. Retningslinjene og rettleiingane skal baserast på kunnskap om god praksis og bidra til kontinuerleg forbetring av verksemd og tenester.

Helsedirektoratet har ansvar for å forvalte og utvikle innsatsstyrt finansiering (ISF). I dette ligg også ansvar for kontroll og oppfølging for å sjå til at ISF-grunnlaget gir rett finansiering.³⁶⁴

Krav til dei regionale helseføretaka og helseføretaka

Dei regionale helseføretaka har eit overordna ansvar for å setje i verk den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.³⁶⁵ Dei regionale helseføretaka skal sørge for sjukehusenester til personar som bur i helseregionen.³⁶⁶ Dei regionale helseføretaka kan også oppfylle sørge-for-ansvaret ved å inngå avtale med andre tenesteytarar.³⁶⁷ Regionale helseføretak skal planleggje, organisere, styre og samordne verksemdene i helseføretaka som dei eig. Dei regionale helseføretaka, som eigarar, pålegg helseføretaka oppgåver gjennom krav knytt til årleg løyving og gjennom føretaksmøte.³⁶⁸

Det regionale helseføretaket skal sørge for nødvendig samarbeid mellom ulike helseføretak internt i det regionale helseføretaket, med andre regionale helseføretak og med andre tenesteytarar, slik at helseføretaka og dei andre tenesteytarane kan utføre oppgåvene sine etter lov og forskrift, jamfør spesialisthelsetenestelova § 2-1 e.

³⁶⁰ Jamfør føresegner om økonomistyring i staten og reglement for økonomistyring i staten § 16.

³⁶¹ Reglement for økonomistyring i staten § 10.

³⁶² Prop. 1 S (2023–2024). Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁶³ Tildelingsbrev frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2023.

³⁶⁴ Helsedirektoratet. *Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk*.

³⁶⁵ Spesialisthelsetenestelova § 2-1 a.

³⁶⁶ Spesialisthelsetenestelova § 2-1 a.

³⁶⁷ Spesialisthelsetenestelova § 2-1 a sjuande ledd.

³⁶⁸ Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseforetaksloven mv.*, s. 14.

Dei regionale helseføretaka blir hovudsakleg finansierte gjennom basisløyving og innsatsstyrt finansiering (ISF). Det viktigaste formålet med finansieringsordninga er å støtte opp under sørgje-for-ansvaret til dei regionale helseføretaka.³⁶⁹

Helseføretaka er eigne rettssubjekt, og leiinga for føretaka har eit sjølvstendig ansvar for drifta av verksemda.³⁷⁰ Ifølgje helseføretakslova § 1 er formålet med helseføretaka å yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, når dei treng det, uavhengig av mellom anna bustad og alder, og dessutan å leggje til rette for forskning og undervisning.

Ifølgje pasient- og brukarrettslova § 3-1 skal tenestetilbodet så langt som mogleg utformast i samarbeid med pasienten. Dette inneber mellom anna at pasienten har rett til å vere med og velje mellom tilgjengelege og forsvarlege behandlingsmetodar. Helseføretak skal ha system for å hente inn erfaringane og synspunkta til pasientar og pårørande.³⁷¹

Alle som yter helse- og omsorgstenester, skal etablere eit internkontrollsystem for verksemda og sørgje for at verksemd og tenester blir planlagde, utførte og halde ved like i samsvar med krav fastsette i eller i medhald av lover og forskrifter.³⁷²

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta utdjupar innhaldet i føresegna i helsetilsynslova om at tenesteytaren skal ha eit internkontrollsystem.

Formålet med forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er å bidra til fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik og at andre krav i helse- og omsorgslovgivinga blir etterlevde.³⁷³

Den som har det overordna ansvaret for verksemda, det vil seie dagleg leiar, skal

- sørgje for at det blir etablert og gjennomført systematisk styring av aktivitetane til verksemda³⁷⁴
- ha oversikt over og beskrive målet, oppgåvene, aktivitetane og organiseringa til verksemda³⁷⁵
- hente inn tilstrekkeleg informasjon og kunnskap til å kunne planleggje og gjennomføre oppgåvene³⁷⁶
- sørgje for at oppgåvene er kjende og blir gjennomførte, og kontrollere at dei faktisk blir gjennomførte³⁷⁷

³⁶⁹ Prop. 1 S (2022–2023) og Prop. 1 S (2023–2024). Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁷⁰ Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseføretaksloven mv. og helseføretaksloven* § 6.

³⁷¹ Helseføretakslova § 35.

³⁷² Helsetilsynslova § 5 første ledd.

³⁷³ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 1.

³⁷⁴ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 3.

³⁷⁵ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav a.

³⁷⁶ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav b.

³⁷⁷ Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta §§ 7 bokstav a og 8 a

17 Metodisk tilnærming og gjennomføring

For å belyse problemstillingane har vi analysert data frå Norsk pasientregister, gjennomført ei djupneundersøking i utvalde helseføretak, gjennomført intervju/samtalar, sendt brev med spørsmål og gått gjennom relevante dokument og sekundærlitteratur. Undersøkningsperioden er i hovudsak frå 2020 til april 2025. Datainnsamlinga skjedde i perioden februar 2024 til april 2025.

17.1 Status for arbeidet til spesialisthelsetenesta med å flytte tenester nær pasienten ved hjelp av teknologi

17.1.1 Analysar av kvantitative data

For å undersøkje kor langt spesialisthelsetenesta har komme i arbeidet med å flytte tenester heim, har vi kartlagt utbreiinga av ulike former for digital heimeoppfølging:

- konsultasjonar på telefon/video
- oppfølging basert på data frå pasienten, som anten kan vere at pasienten fyller ut eit digitalt skjema om helsetilstanden sin, eller at data frå medisinsk-teknisk utstyr (MTU) blir sende automatisk til sjukehuset
- nettbasert behandlingsprogram
- heimedialyse

Data på kor vanleg det er at nyrepasientar får heimedialyse, er offentleg tilgjengelege på nettsidene til Helsedirektoratet. For å beskrive status og utvikling i bruk av dei andre formene for digital heimeoppfølging, har vi nytta data frå Norsk pasientregister (NPR), som inneheld opplysningar om alle behandlingar som er utførte i spesialisthelsetenesta. Vi har henta inn statistikk basert på data frå NPR som er lagd til rette av Helsedirektoratet i samband med avrekning av fordeling av resultatbasert finansiering (RBF) for perioden 2021–2024. RBF-ordninga er nærmare beskriven i faktaboks 14, og indikatorar vi nyttar i denne undersøkinga inkluderer

- andelen video- og telefonkonsultasjonar
- andelen pasientar med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- andelen pasientar med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- andelen pasientar som får digital heimeoppfølging via medisinsk-teknisk utstyr i somatikken

Vi har henta inn desse indikatorane på helseføretaknivå og fordelt på somatikk og PHV/TSB. Berekningane av indikatorane er beskrivne i dokumentasjonen om regelverket frå Helsedirektoratet.³⁷⁸ I nokre tilfelle kan det vere skilnader mellom indikatorar berekna i

³⁷⁸ Helsedirektoratet. (2024). Regelverk for resultatbasert finansiering 2025; Helsedirektoratet. (2025). *Resultatbasert finansiering 2025 - Berekningar*.

RBF og føretaka sine indikatorar, som følgje av at det er skilnader i kva slags datagrunnlag frå NPR som er nytta. I berekninga av indikatorar i RBF inngår berre teljande ISF-opphald i teljar og nemnar, det vil seie aktivitetar som utløyser finansiering gjennom ISF. Vidare inngår både direkte og indirekte kontaktar i datagrunnlaget utlevert frå NPR for berekning av ISF og RBF.³⁷⁹

Vi har også henta inn data frå NPR frå Folkehelseinstituttet for 2023 og 2024 for å kunne gjere enkelte av analysane omtalte i kapittel 10, inkludert berekningar av utvikling i den samla andelen pasientar i kvart helseføretak som får ulike typar digital heimeoppfølging i perioden 2023 til 2024, og analysar geografisk variasjon i forbruk av digitale spesialisthelsetenester. Dataa innhenta frå NPR er opphaldsdata og særteneastedata³⁸⁰ over alle pasientar innan somatikk og PHV/TSB/PHBU dette året. Vi har berekna indikatorane på same måte som i RBF-ordninga, men i motsetnad til i RBF har vi inkludert alle opphald i teljar og nemnar i berekninga av indikatorane. I RBF er det berre teljande ISF-opphald³⁸¹ som er inkludert i både teljar og nemnar i berekninga av indikatorane.

For å undersøkje korleis bruken av digital heimeoppfølging varierer med avstanden til sjukehus, har vi også innhenta data frå Statistisk sentralbyrå om reisetid frå bustad til nærmaste fødeavdeling og sentraliteten til kommunane.

Datakvalitet på rapportering av digital heimeoppfølging i NPR

Helsedirektoratet peikar på at store endringar i regelverket for korleis aktiviteten skal rapporterast, kan påverke kodekvaliteten. Dette kan bety at klinikarane ikkje omgåande får med seg endringar og difor kan kode feil i ein periode.³⁸² Helsedirektoratet opplyser likevel i intervju at direktoratet ikkje kjenner til tilfelle av systematisk feilkoding i data som gjeld digital heimeoppfølging.³⁸³

Helse Nord RHF opplyser at helseføretaka i regionen manglar kunnskap om nye kodar for digital heimeoppfølging, og at kriterium for registrering ikkje er tydelege. Dette gjer at kodinga, rapporteringa og dimes statistikken om digital heimeoppfølging blir mangelfull, særleg når det gjeld digital skjemaoppfølging.³⁸⁴ Om registreringspraksisen i realiteten er dårlegare i Helse Nord enn i dei andre regionane, har vi ikkje undersøkt. Ved å ofte omtale «registrert aktivitet» heller enn kor mange pasientar som får ulike typar digital heimeoppfølging, synleggjer vi at registrert aktivitet ikkje nødvendigvis speglar den reelle aktiviteten.

³⁷⁹ Helsedirektoratet, epost, 19. august 2025.

³⁸⁰ Opphaldsdata er innleggingar og polikliniske konsultasjonar med meir, gruppert i DRG-systemet (diagnoserelaterte grupper). Særteneastedata er data på pasientbehandling som finn stad i ein periode utanfor sjukehuset, som digitale tenester med meir. ISF-finansieringa blir berekna per pasient per behandlingsperiode. Periode kan vere år, tertial eller månad. Dersom det er registrert fleire like tenester for same pasient innanfor same periode, vil desse aggregast til éi teljande særteneeste. Kjelde: Helsedirektoratet. (2024). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2025 (ISF-regelverket)*.

³⁸¹ Det vil seie opphald som utløyser finansiering i ISF-systemet, jamfør regelverket for ISF.

³⁸² Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*.

³⁸³ Riksrevisjonen. (2024). *Referat frå intervju med Helsedirektoratet*.

³⁸⁴ Riksrevisjonen. (2024). *Svar på spørsmål i referat frå intervju med Helse Nord RHF*.

Oversikt over forløp der spesialisthelsetenester er flytta nær pasienten

Vi har fått ei oversikt frå helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa om pasientforløp der spesialisthelsetenester er flytta nær pasienten ved hjelp av teknologi i perioden januar 2020 til februar 2024.

I samband med oversendinga bad vi om informasjon om forløpet inneber samarbeid med kommunane, og om det er under planlegging, under utprøving eller i drift. Oversikta fyller dimed ut biletet over registrert aktivitet i NPR i 2023 og gir informasjon om kva som blir planlagd på området framover. Oversikta gir også noko kvalitativ informasjon om relevante forløp, mellom anna kva pasientgrupper tilboda er meinte for.

17.1.2 Kartlegging av kunnskap om effektar for pasientar og synspunkta til pasientorganisasjonane på digital heimeoppfølging

Ein føresetnad for å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi er at det har ønskte effektar for pasientar og helsepersonell. For å få ei oversikt over kva som finst av kunnskap om dette, har vi gjennomført følgjande aktivitetar:

- **Kartlegging:** I februar 2024 bad vi helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa sende oss relevant dokumentasjon på kartlegging av effektar, slik som gevinstrapportar, andre typar evalueringar eller forskning.
- **Mini-metodevurderingar:** I mars 2024 kartla vi fullstendige metodevurderingar og mini-metodevurderingar som handla om digital heimeoppfølging. Fullstendige metodevurderingar er tilgjengelege på nettsidene til Folkehelseinstituttet, og mini-metodevurderingar på minimetodevurdering.no. Metodevurderingar skal innehalde ein litteraturgjennomgang, ei vurdering av effekt og tryggleik og ein gjennomgang av økonomiske og organisatoriske konsekvensar av å innføre metoden.³⁸⁵
- **Gjennomgang av norsk forskning i Cristin:** Vi har gått gjennom forskingsdatabasen Cristin for å få oversikt over norsk forskning på området per mars 2025.
- **Innspel frå forskingsmiljø:** For å få ytterlegare innspel og for å kvalitetssikre kartlegginga vår om kva som finst av forskning, kontakta vi i februar/mars 2025 fagpersonar som har god oversikt over forskinga på sine felt:
 - Helse Bergen, Forskingssenter for digitale psykiske helsetenester: kontakt via epost om forskning på kva effekt rettleidd nettbehandling har på ressursbruken.
 - Helse Bergen, fagmiljøet for lungemedisin: om forskning på effektar av trådløs oppfølging med CPAP, kontakt via epost.
 - Vestre Viken, forskningssjef ved Drammen sjukehus og innovasjonsrådgivar: kontakt via epost og møte om kunnskapsgrunnlag om effektar av brukarstyrt poliklinikk.
- **Sekundærlitteratur:** Vi har gått gjennom relevant sekundærlitteratur der forskning og kartleggingar av effektar av digital heimeoppfølging er omtalte.

³⁸⁵ Folkehelseinstituttet. (2025). *Mini-metodevurdering for sykehus*.

For å få informasjon om kva synspunkt pasientgrupper har på digital heimeoppfølging, og korleis dei opplever tilgangen til slike tenester, har vi intervjuet fem pasientorganisasjonar som representerer pasientgrupper der digitale helsetenester er relativt vanlege: Søvnföreningen, Mental Helse, Diabetesforbundet, Norsk epilepsiforbund og Kreftforeningen.³⁸⁶ Intervjua vart gjennomførte i januar og februar 2025. Tekst som vart brukt i rapporten, vart sendt til verifisering.

17.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta når spesialisthelsetenester blir flytta heim

17.2.1 Omfang av og erfaringar med samarbeid

For å belyse omfang av samarbeid med kommunale helsetenester når spesialisthelsetenester blir flytta heim, nytta vi oss av kartlegginga av tenesteforløp i helseføretak, som er omtalt ovanfor. Her bad vi helseføretaka oppgi om forløpa som er flytta nær pasienten, inneber samarbeid med kommunen.

Vi nytta også informasjon frå rapporteringa på prosjekt som har fått innovasjonsmidlar frå dei regionale helseføretaka i 2023. Prosjektleiarane skal rapportere om statusen for prosjekta i årsrapportar og i tillegg svare på ei rekkje spørsmål, inkludert om dei har samarbeidd med kommunar. Av 211 prosjekt som leverte årsrapport eller sluttrapport i 2023, vurderte vi at 76 handla om ei form for flytting av spesialisthelsetenester nærmare pasienten ved hjelp av teknologi. Her inkluderte vi prosjekt innan pasientopplæring, prehospitale tenester og rehabilitering.

Erfaringar med ulike former for samarbeid mellom nivåa var også tema i fleire intervju, mellom anna med KS, Helsedirektoratet, Senter for e-helseforskning, Sørlandet sjukehus HF, Nordlandssjukehuset HF og Akershus universitetssjukehus HF og i fleire av intervjua som vart gjorde i samband med djupneundersøkinga (sjå kapittel 17.3.1 for nærmare omtale). Vi har også nytta oss av ulike rapportar som handlar om dette temaet, referert til i teksten.

Vi har henta inn erfaringar frå kommunesida gjennom intervju med nøkkelpersonar i enkelte kommunar:

- Teamleiar for verksemdsstyring og driftsstøtte i Kristiansand kommune vart intervjuet om samarbeid om intravenøs antibiotikabehandling i heimen med Sørlandet sjukehus.
- Verksemdsleiar og to avdelingsleiarar ved DMS Finnsnes og avdelingsleiar ved interkommunal legevakt i Senja kommune vart intervjuet i samband med djupneundersøkinga. Tema for intervjuet var mellom anna samarbeid med Universitetssjukehuset Nord-Noreg (UNN) om spesialisthelsetenester som blir tilbodne ved DMS Finnsnes.

³⁸⁶ Mage-tarmforbundet og Rådet for psykisk helse vart også kontakta, men ikkje intervjuet sidan dei sjølv oppgav at dei ikkje hadde innspel til tematikken.

- Prosjektleiaren for digitalisering og e-helse i Asker kommune vart intervjuet om samarbeid med Vestre Viken om digital heimeoppfølging.

17.3 Styring og verkemiddel for å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi

17.3.1 Styring og verkemiddelbruk i helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa

I februar 2024 sende vi brev med spørsmål til helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa om mellom anna

- mål, styringsinformasjon og oppfølging av mål på området
- tiltak for å vurdere effektane eller konsekvensane av å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten, som gevinstberekningar, evalueringar eller forskning
- avtalar som regulerer samarbeid med kommunane om å flytte spesialisthelsetenester heim
- ressursar og innovasjonsmidlar retta mot arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim

Formålet var å kartleggje generelt korleis helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa legg til rette for å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi.

I april 2025 sende vi igjen brev med spørsmål til helseføretaka og dei tre private, ideelle sjukehusa. Formålet var å få oppdatert informasjon om mellom anna korleis helseføretaka operasjonaliserte mål og evaluerte effektar av digital heimeoppfølging.³⁸⁷

Djupneundersøking i utvalde helseføretak

Formålet med djupneundersøkinga var å få innsikt i kva betydning styring og verkemiddelbruk har hatt i helseføretak som har komme langt med å flytte spesialisthelsetenester heim. Tre helseføretak vart valde ut som case:

Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF, Vestre Viken HF og Helse Bergen HF.

Helseføretaka vart valde ut basert på svara frå spørjebrev, data frå NPR og dialog med dei regionale helseføretaka. Helse Bergen HF og Vestre Viken HF var i 2023 blant helseføretaka med høgast registrert aktivitet innan fleire former for digital heimeoppfølging då casen vart vald. Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF hadde omfattande samarbeid med kommunar om å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten.

For kvart av helseføretaka intervjuet vi både klinikarar og leiarar med erfaring frå fleire ulike former for digital heimeoppfølging, frå ulike klinikkar og avdelingar i helseføretaka (sjå oversikt i faktaboks 8). Vi intervjuet også leiarar og personar som var tilsette sentralt i helseføretaket, som innovasjonsrådgivarar og leiarane deira, samhandlingssjefar og teknologisjefar. Ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF og Vestre Viken HF intervjuet vi

³⁸⁷ Vi fekk svar frå alle på begge breva med spørsmål, med unntak av Sjukehuset Østfold HF i 2025.

pasientar med erfaring med heimebehandling. Forløp og informantar vart valde ut i dialog med kontaktpersonane i dei utvalde helseføretaka.

For å belyse perspektivet til kommunane i forløp der det var samarbeid med kommunane, intervjuar vi tilsette i Asker og Finnsnes (også omtalt i kapittel 17.2.1). Vi intervjuar ikkje tilsette i kommunar i opptaksområdet til Helse Bergen HF, sidan dei utvalde pasientforløpa her ikkje involverte kommunar.

Til saman gjennomførte vi i djupneundersøkinga 37 intervju med 39 informantar i høvesvis mars, mai og september 2024.

Vi gjennomførte ein kollektiv kvalitativ analyse av intervjuar i djupneundersøkinga.³⁸⁸ Ein prosjektmedarbeidar skreiv referat under kvar samtale, og hovudpunkt frå intervjuet vart drøfta og tematisk oppsummerte direkte etter intervjuar. Etter datainnsamlinga i kvart helseføretak vart det gjort ein felles, systematisk gjennomgang av datamaterialet. Her kartla vi tema i datamaterialet og grupperte dei i overordna tema og diskuterte forholdet mellom dei. Det vart laga skriftlege analysedokument for funna i kvart helseføretak. Til slutt gjorde vi ein felles gjennomgang av tema på tvers av helseføretaka i djupneundersøkinga. Denne prosessen er grunnlaget for korleis vi har beskrive faktorar knytte til styringa til helseføretaka og tilrettelegging i kapittel 12.

Gjennomgang av samarbeidsavtalar

Vi har gått gjennom dei lovpålagde samarbeidsavtalane mellom kommunar og helseføretak for å kartleggje om avtalane er oppdaterte per april 2025, og kva dei eventuelt seier om samarbeid om digital heimeoppfølging. Dette har gitt informasjon om dette lovpålagde verkemiddelet blir brukt for å ramme inn samarbeid mellom helseføretak og kommunar om digital heimeoppfølging.

17.3.2 Styringa og verkemidla til dei regionale helseføretaka

Brev med spørsmål og intervju med regionale helseføretak

Vi sende brev med spørsmål til dei regionale helseføretaka i august 2024 for å kartleggje korleis dei regionale helseføretaka jobbar med å leggje til rette for å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi. Vi gjennomførte også intervju med representantar for alle dei regionale helseføretaka i oktober 2024. I etterkant følgde vi opp med ytterlegare spørsmål. Alle referata er verifiserte. Det vart henta inn oppdatert informasjon frå dei regionale helseføretaka i april 2025.

Gjennomgang av strategiane, planane og oppdragsdokumenta til dei regionale helseføretaka

For å belyse korleis dei regionale helseføretaka har styrt arbeidet med å flytte spesialisthelsetenester heim ved hjelp av teknologi, har vi gått gjennom dei relevante strategiane og planane til dei regionale helseføretaka som gjaldt for perioden 2020–2025.

³⁸⁸ Eggebø, H. (2020). Kollektiv kvalitativ analyse. *Norsk sosiologisk tidsskrift* 4(2), 106–122.

Dette var i dei fleste tilfelle overordna utviklingsplanar, teknologiplanar og handlingsplanar.

Vi har også gått gjennom oppdragsdokument frå regionale helseføretak til helseføretak i perioden 2020–2025 for å få oversikt over oppdrag og føringar som er gitt frå dei regionale helseføretaka. I Helse Sør-Aust og Helse Vest har det regionale helseføretaket gitt helseføretaka separate oppdragsdokument. Her har vi gått gjennom oppdragsdokumenta til høvesvis Akershus universitetssjukehus og Helse Bergen.

17.3.3 Statleg styring og verkemiddel

Intervju med ulike aktørar om statlege verkemiddel

Statleg styring og verkemiddel er belyste gjennom intervju og dokumentgjennomgangar. I tillegg til intervju som allereie er omtalte, har vi intervjuet Helse- og omsorgsdepartementet og ulike fagmiljø i Helsedirektoratet. Tema i intervjuet var ulike sider ved dei statlege verkemidla, som finansiering, mål og oppdrag på området, tilrettelegging for digital samhandling og kunnskapsgrunnlag.

Dokument som belyser statlege verkemiddel

Vi har gått gjennom følgjande dokument:

- Tildelingsbrev, oppdragsdokument og protokollar frå føretaksmøte for perioden 2020–2025 (mål og krav) har gitt informasjon om oppdrag og føringar som er gitt frå departementet til dei regionale helseføretaka, og årlege meldingar i same periode har gitt oss informasjon om rapporteringa til dei regionale helseføretaka.
- Innspel frå regionale helseføretak til Helsedirektoratet om vidareutvikling av ISF og dei aktivitetsbaserte finansieringsordningane for spesialisthelsetenesta i 2020–2024, som gjaldt ISF-regelverket for det følgjande året, har gitt informasjon om kva utfordringar dei regionale helseføretaka og helseføretaka trekkjer fram på området.

I tillegg har vi gått gjennom ulike NOU-ar, meldingar og rapportar der statlege verkemiddel på området blir omtalte. Referanselista inneheld ei fullstendig oversikt over dokumenta som er nytta.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonen sitt brev til statsråden



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Ragnhild Belbo 22241385

Vår dato
17.09.2025

Deres dato

Vår referanse
2024/00011-299

Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl (2024) § 7-4 (4)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Til statsråd Jan Christian Vestre

Oversending av Dokument 3:3 (2025–2026) Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten

Vedlagt følger utkast til Dokument 3:3 (2024–2025) Riksrevisjonen si undersøkning av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetenester nær pasienten, del I.

Dokumentet bygger på rapporten som vart sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i brev datert 6. juni 2025, og på departementet sitt svar frå 11. august 2025.

Vi ber statsråden gjere greie for korleis departementet vil følge opp Riksrevisjonen sine konklusjonar og tilrådingar, og eventuelt om departementet er ueinig med Riksrevisjonen.

Svaret frå statsråden vil i sin heilskap leggst ved dokumentet. Vi ber om at svaret blir sendt som PDF eksportert frå Word, ikkje som skanna bilete, slik at innhaldet kan gjerast tilgjengeleg for alle i tråd med krava til universell utforming.

Svarfrist: 1. oktober 2025

Etter fullmakt

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg 2:

Svarbrev frå statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

24/143-

30. september 2025

Riksrevisjonen sin undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 17. september 2025 om undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten. Jeg tar Riksrevisjonens funn og anbefalinger på alvor og vil stille krav gjennom styringsdialogen med de regionale helseforetakene om å legge rapporten til grunn i forbedringsarbeidet. Dette gjelder også for departementets videre strategiske styring av digitalisering i helse- og omsorgssektoren og oppfølging av regjeringens strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene.

Riksrevisjonens konklusjoner viser at mange helseforetak har kommet kort i å ta i bruk ulike former for digital hjemmeoppfølging av pasientene sine, og at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene i større grad kan legge til rette for å flytte spesialisthelsetjenester nærmere pasienten ved hjelp av teknologi, bl.a. gjennom økt samarbeid med kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonen peker også på at styringsinformasjonen om effekten av bruken av digitale tjenester er mangelfull på alle nivå.

Det har siden 2020 har vært et uttalt mål at pasientene i større grad skal kunne få spesialisthelsetjenester nær hjemmet ved hjelp av teknologi. I 2021 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide forslag til mulige måltall for digital hjemmeoppfølging. Som svar på oppdraget anbefalte RHF-ene å videreføre aktivitetsbaserte måltall på video og telefon, samtidig som de oppga at «det er ønskelig med forbedring av hvordan aktiviteten rapporteres» før måltall ble knyttet til andre former for digital hjemmeoppfølging. I 2024 fikk RHF-ene oppdrag om at andelen pasienter i helseforetakene som mottar digital hjemmeoppfølging, video eller telefonkonsultasjon skulle øke sammenliknet med 2023. Dette ble oppfylt, og det skyldtes blant annet at behovsstyrte poliklinikker tilbyr digital skjermabasert oppfølging. Jeg vil her også vise til sluttleveransen fra arbeidsgruppen for teknologiske

løsninger og KI i Ventetidsløftet, der behovsstyrt poliklinikk ble løftet som et anbefalt oppdrag til RHF-ene på kort sikt. Jeg ga derfor RHF-ene for 2025 i oppdrag å intensivere arbeidet med å gå fra kalenderstyrt til behovsstyrt poliklinikk og ta i bruk digital hjemmeoppfølging alle steder der det er hensiktsmessig.

Jeg er glad for at Riksrevisjonen viser til at bruken av digital hjemmeoppfølging har økt. Jeg er videre også kjent med at det er stor variasjon mellom helseforetakene at det er mange eksempler der det går alt for sakte med innføring og bredding av nye, digitale tjenesteformer. Et eksempel er eBehandling, et heldigitalt tilbud som nå alle de fire helseregionene har på plass, men som har blitt gradvis utvidet over 10 år. Det er for lang tid. Regjeringen har i Nasjonal helse- og samhandlingsplan vært tydelig på at vi må ha en raskere overgang fra planlegging til utprøving av digitale løsninger for å kunne teste løsningskonsepter tidlig, lære og justere kurs underveis i samarbeid med sektoren. Jeg er enig med Riksrevisjonen i at det er mulig å øke bruken, og dette er et pågående arbeid som jeg prioriterer høyt. For 2025 ga jeg Helse Sør-Øst RHF i oppdrag å ha en lederrolle, på vegne av helseregionene, i utprøving av deling av måldata i samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet vil fortsette inn i 2026.

Jeg er ikke fornøyd med at finansieringen av helse- og omsorgstjenestene oppleves som en barriere for samarbeid mellom de ulike statlige og kommunale helseaktørene. Jeg opprettet derfor i 2024 et rekrutterings- og samhandlingstilskudd for å bidra til å understøtte gode pasientforløp og tiltak som fremmer rekruttering og god bruk av personell i helseregionen på tvers av nivåene. De regionale helseforetakene rapporterer at alle helseforetak utenom ett har tildelt tilskuddsmidlene fra 2024, og prosess for tildeling av midler for 2025 er i henhold til plan. Videre vil jeg vise til funnene fra Helsedirektoratets erfaringsrapport for [spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024](#). Alle de 19 helsefelleskapene har deltatt i arbeidet med spredning av digital hjemmeoppfølging. Rapporten peker på at digital hjemmeoppfølging fortsatt er i utvikling og at det ligger et stort potensial i samordning mellom kommuner innen helsefelleskapene og i samhandling om felles pasienter på tvers av tjenestenivåene, men at de, der de har kommet godt i gang, i stor grad er svært fornøyde med tjenesten, og at det bidrar til effektiv ressursbruk.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at de regionale helseforetakene i ulik grad legger til rette for arbeid med å flytte tjenestene nærmere pasienten, men jeg merker meg at regionene i større grad samarbeider om innkjøp og forvaltning av digitale løsninger. Jeg er glad for denne utviklingen. For departementets styring mot målet om å flytte spesialisthelsetjenester hjem vil jeg vise til oppdraget gitt i 2025 om å ta i bruk digital hjemmeoppfølging alle steder der det er formålstjenlig. Riksrevisjonens funn er også tydelige på at prioritering fra ledelsen har vært avgjørende for helseforetak som har kommet langt i arbeidet med utvikling av digitale tjenesteformer. Dette er interessante funn som jeg vil følge opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Jeg er kjent med at det har vært krevende å finansiere innføring av endrede måter å drive pasientbehandling., bl.a. fordi dette ofte innebærer endrede refusjonsinntekter gjennom

innsatsstyrt finansiering (ISF). Jeg er enig med Riksrevisjonen i at finansiering av sykehus ikke skal være et hinder for nye og mer effektive måter å jobbe på. Derfor er ISF-ordningen i stadig endring, og Helsedirektoratet har de siste årene arbeidet for å gjøre ISF-ordningen mer teknologi- og arenanøytral. Dette er et løpende arbeid. I tildelingsbrevet for 2025 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge kostnader i digital hjemmeoppfølging, med sikte på å senere kunne implementere kostnadsberegnete vekter i ISF-ordningen. Arbeidet inkluderer vurdering av innholdsdefinisjoner av digital hjemmeoppfølging og hva slags styringsinformasjon som kan være hensiktsmessig for området. Dette vil danne viktig grunnlag for å vurdere hvilke alternativer som finnes for hvordan dette skal inngå i ISF-ordningen. Jeg vil også vise til at de regionale helseforetakene finansieres dels over ramme, dels gjennom aktivitetsbaserte finansieringsordninger. De aktivitetsbaserte finansieringsordningene dekker ikke investerings- og innføringskostnader knyttet til nye behandlingsformer. Dette betyr at regionale helseforetak og de underliggende helseforetakene selv må finne rom innenfor den samlede bevilgningen for å gjøre nødvendige investeringer og dekke oppstartskostnader ved innføring av nye løsninger og arbeidsformer. Andelen aktivitetsbasert finansiering ble senket fra 40 til 30 pst. fra 2025. Samtidig økte rammefinansieringen fra 60 til 70 pst. Denne endringen ble gjort blant annet for å gi økt strategisk handlingsrom. Jeg er enig med Riksrevisjonen om at det ikke er tilfredsstillende at helseforetakene mangler styringsinformasjon om bruk av digitale helsetjenester bidrar til effektiv ressursbruk. Jeg har gitt de regionale helseforetakene overordnede føringer om at innføring av teknologi skal spare tid for helsepersonell. Jeg styrer ikke i detalj hvordan de regionale helseforetakene jobber med kunnskapsgrunnlaget om effekter av digital hjemmeoppfølging på ressursbruk, men det er mitt ansvar at departementet sørger for at igangsatte tiltak i regi av regjeringen evalueres og følges opp.

Juridiske utfordringer for deling av data når primær- og spesialisthelsetjenesten skal samhandle digitalt om pasienten, er en problemstilling som regjeringen har vist til i både Nasjonal helse- og sykehusplan og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Jeg har i år gjort endringer i helsepersonelloven for å gjøre helseopplysninger mer tilgjengelige for behandling av pasientene og mer digitaliseringsvennlige. Endringene i helsepersonelloven løser ikke alle de juridiske barrierene, men vil gjøre det enklere å tolke regelverket for helsepersonell og er et ledd i det fremtidsrettede arbeidet regjeringen gjør for å bidra til større fart i digitaliseringen av helsetjenesten.

Jeg er glad for at Riksrevisjonen merker seg arbeidet departementet sammen med sektor har lagt ned for nasjonale, digitale løsninger. Jeg vil understreke at regjeringen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 har tydeliggjort at hovedansvar for digitalisering ligger hos aktørene i sektor. Jeg har derfor prioritert tiltak rettet mot digital samhandling mellom kommuner og sykehus. Av de prioriterte tiltakene er pasientens måledata mest relevant for samhandling om digital hjemmeoppfølging.

Å legge til rette for god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er et viktig grep for regjeringen i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Jeg er kjent med utfordringer som ulik organisering, ulikt ansvarsforhold, regelverk og finansieringsmodeller.

Departementet har gitt føringer både mot kommunesiden og spesialisthelsetjenesten for å bygge ned barrierene, men dette er et område med fortsatt behov for utvikling. Jeg har, i regelverket for helseteknologiordningen, stilt krav til samarbeid med spesialisthelsetjenesten som betingelse for kommunetilskudd til digital hjemmeoppfølging. I 2024 ba jeg dessuten de regionale helseforetakene om å samarbeide med kommuner om å utvikle intermediære tilbud og tilbud ved helsehus, slik at flere behandlingstilbud kan tilbys i kommunene.

Jeg merker meg at Riksrevisjonen tilrårder Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere om det er heldigitale tilbud som kan være egnet til å samle og tilby nasjonalt. Jeg har nylig nedsatt Helsereformsutvalget, med mandat om å utrede og foreslå modeller for å sikre en sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge. Parallelt har jeg igangsatt Prosjekt X. I Prosjekt X løfter regjeringen frem innovative prosjekter, der kommuner og sykehus i fellesskap prøver ut nye måter å organisere tjenestene på, med felles formål om en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste slik at innbyggerne opplever at vi har én felles helsetjeneste, uansett om det er sykehus eller kommunen som gir tjenesten. Her vil jeg trekke frem prosjektet Eldre i Agder – et samarbeidsprosjekt i regionen som bruker levende data fra hele helsetjenesten til å planlegge, utvikle og predikere forbruk av helsetjenester i befolkningen i Agder, med mål om å gjøre det mulig å gi helse- og omsorgstjenester tidligere og bedre til dem som har mest nytte av det.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Vedlegg 3:

Dokumentasjon på nytte og pasienttilfredsheit i pasientforløp omtalt i del 11.1

Langvarig infusjonsbehandling i heimen ved bruk av infusjonspumpe

Pasientar med behov for intravenøs antibiotikabehandling kan bli innlagde på sjukehus i opptil seks veker for administrering av intravenøs antibiotika inntil seks gonger i døgnet.³⁸⁹ Mange av desse pasientane får ei rask betring og kjenner seg tilnærma friske tidleg i forløpet. Bruk av berbare infusjonspumper gjer at desse pasientane i staden kan gjennomføre mesteparten av behandlinga i sin eigen heim.

For å gjere heimebehandling med berbar infusjonspumpe mogleg vil det ofte vere eit behov for samarbeid med heimesjukepleia i kommunen der pasientane bur.³⁹⁰ Heimesjukepleia treng opplæring i å bruke pumpa og blande antibiotika i posane som blir leverte hos pasienten dagleg.³⁹¹

Forsking på effektar av antibiotikabehandling i heimen tilseier at behandlinga er sikker og effektiv, og at pasientane er svært tilfredse med heimebehandlinga.³⁹²

Det er ikkje gjennomført mini-metodevurdering av intravenøs antibiotikabehandling i heimen, men på FHI sine nettsider er det informasjon om ei påbyrja mini-metodevurdering av pumpestyrt intravenøs antibiotikabehandling frå 2022.³⁹³

Digitale samkonsultasjonar

Med digitale samkonsultasjonar siktar ein til digitale samarbeidsmøte mellom pasienten, fastlegen, spesialisthelsetenesta og eventuelt andre behandlarar eller tenesteinstansar.

Digitale kommunikasjonsverktøy kan bli brukte til samkonsultasjon med mål om å oppnå auka moglegheiter for tverrfagleg samhandling og auka tilgjengelegheit av rettleiing frå spesialistar.³⁹⁴ For pasientar med behov for oppfølging frå fleire nivå vil samarbeidsmøte vere nyttige for å avklare forventningane til pasienten og sikre koordinering av ulike tiltak rundt pasienten.

Det er gjennomført to relevante mini-metodevurderingar knytte til digitale samkonsultasjonar, med positive funn knytte til klinisk effekt og tilfredsheit blant pasientar og pårørande.³⁹⁵ Tilfredsheit heng saman med mellom anna spart reisetid, informasjonsutveksling, kvalitet på kommunikasjon og brukarorientering. Metoden verkar å vere eigna og effektiv og bidreg til betre informasjonsutveksling, samhandling og koordinerte og samanhengande forløp.

³⁸⁹ Kinge, T. E. (2024 18. januar). *UNN ønsker å tilby pasienter intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet*.

Universitetssjukehuset Nord-Noreg; Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, s. 48.

³⁹⁰ Ved enkelte helseføretak blir behandlinga ikkje tilboden i samarbeid med kommunar, men i samarbeid med apotek der pasienten sjølv hentar antibiotikablandinga.

³⁹¹ Dei batteridrivne infusjonspumpene er arbeidssparande, ettersom dei skal blandast og stillast inn ein til to gonger i døgnet, i motsetnad til den tradisjonelle løysinga med blanding av antibiotika 4–6 gonger i døgnet. Nokre kommunar driv med intravenøs heimebehandling, men utan pumpe – då må sjukepleiaren sendast heim til pasienten 4–6 gonger om dagen. Dette blir veldig arbeidskrevjande for kommunar som ikkje har dette utstyret.

³⁹² Sjå forskingsgjennomgang i Jacobsen et al. (2023). Hjemmebehandling med intravenøs antibiotika. Gjennomførbarhet og pasienters erfaringer. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 1-2023, 19. årgang.

³⁹³ Oslo universitetssjukehus. (2022). *Pumpestyrt intravenøs antibiotikabehandling*.

³⁹⁴ Sogndal kommune og Folkehelseinstituttet. (2022). *Bruk av digital samkonsultasjon i voksenpsykiatriske tjenester*.

³⁹⁵ Sogndal kommune og Folkehelseinstituttet. (2022). *Bruk av digital samkonsultasjon i voksenpsykiatriske tjenester*; Sunnaas sjukehus HF. (2023). *Bruk av videokonferanse til samhandling*.

FHI har også utarbeidd ein forskingsomtale av digital samkonsultasjon innanfor psykiske helsetenester som viser til to systematiske oversikter frå 2019 og 2021, som finn at slike konsultasjonar kan vere nyttige for helsepersonell og pasientar.³⁹⁶

Digital sårbehandling³⁹⁷

Digital sårbehandling er ein type digital samkonsultasjon der pasientar med behov for poliklinisk oppfølging av kroniske sår kan få sårbehandlinga utført av heimesjukepleia eller fastlegen i kommunen under rettleiing frå sjukehuspersonell.³⁹⁸

Helsepersonell i kommunen er utstyrte med kamera som har direkte videooverføring til ein sjukepleiar på sjukehus. Sjukehuset kan rettleie helsepersonell i kommunen under sårstell for å sikre rett sårprosedyre og rett bruk av sårmateriell.

Det er særleg bebuarar i sjukeheimar, mottakarar av heimetenester og diabetikarar som har behov for behandling av kroniske sår.³⁹⁹ Med digital oppfølging vil desse brukarane sleppe lang reiseveg til sjukehus, ventetid ved forseinkingar i poliklinikken og logistiske utfordringar ved behov for følge.

FHI har i 2024 gjennomført mini-metodevurdering av digital oppfølging av pasientar med kroniske sår.⁴⁰⁰ Forskingsgjennomgangen relatert til denne vurderinga viser at denne behandlingsforma har ein tilfredsstillande effekt og tryggleik.⁴⁰¹ Mini-metodevurderinga konkluderer med at det er ein positiv samfunnsøkonomisk gevinst i form av reduserte totalkostnader og redusert miljøpåverknad.⁴⁰²

Tverrfaglege team – pasientsentrerte helsetenesteteam (PSHT-team) og integrerte helsetenesteteam (IHT-team)

Det er fleire døme på at tverrfaglege team med deltaking frå spesialist- og kommunehelseteneste blir nytta for å gi heilskaplege helse- og omsorgstenester til pasientane. Pasientsentrerte helsetenesteteam (PSHT-team) og integrerte helseteam (IHT-team) er tverrfaglege team med tilsette frå sjukehus og kommunehelseteneste som jobbar for å styrkje helsetenesta til pasientar med samansette og kroniske sjukdommar gjennom god samhandling på tvers av nivå.

Målet er å få ei meir berekraftig teneste gjennom redusert bruk av akutthjelp og innleggingar i sjukehus og på kommunale korttidsplassar, ved å tilby meir heilskaplege og proaktive helsetenester til pasientar med samansette behov og høgt helsetenesteforbruk.

³⁹⁶ Folkehelseinstituttet. (2023). *Digital samkonsultasjon innen psykiske helsetjenester* [Forskingssamtale].

³⁹⁷ Folkehelseinstituttet. (2024). *Mini-metodevurdering for kommuner: Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*; Ullensvang kommune og Kvinnherad kommune. (2023). *Digital sårbehandling -samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*; Oslo universitetssjukehus. (u.å.). *Digital sårbehandling*; InnoMed. (2024). *Veileder for digital sårbehandling*.

³⁹⁸ Folkehelseinstituttet. (2024). *Mini-metodevurdering for kommuner: Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*.

³⁹⁹ InnoMed. (2024). *Veileder for digital sårbehandling*.

⁴⁰⁰ Folkehelseinstituttet. (2024). *Mini-metodevurdering for kommuner: Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*.

⁴⁰¹ Klem, H. E. & Jardim, P. S. J. (2023). *Digital oppfølging av pasientar med kroniske sår* [Forskingssamtale].

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2023/digital-oppfolging-av-pasienter-med-kroniske-sar/>.

⁴⁰² Folkehelseinstituttet. (2024). *Mini-metodevurdering for kommuner: Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*, s. 31.

Det er døme på at teknologi blir nytta på ulike måtar av slike team: PSHT-seksjonane ved Universitetssjukehuset Nord-Noreg har vore aktive brukarar av digitale møte både i oppfølging og i samarbeid mellom desentraliserte team og Universitetssjukehuset Nord-Noreg i Tromsø, men også ut mot dei kommunale helse- og omsorgstenestene, fastlegane, heimetenesta og pasient og pårørande.⁴⁰³ I tillegg har PSHT-seksjonane delteke i fleire prosjekt for utprøving og utvikling av nye digitale tenester og verktøy⁴⁰⁴, og har ifølgje informantar i djupneundersøkinga identifisert behov for betre digitale verktøy som kan støtte opp under integrerte tenesteforløp. Akershus universitetssjukehus oppgir i kartlegginga at fleire digitale verktøy blir nytta eller prøvde ut i samband med IHT-teama som er under utprøving ved helseføretaket.⁴⁰⁵

Det er gjennomført forskning og kartleggingar som indikerer at oppfølging av tverrfaglege team som PSHT og IHT gir gode effektar for pasientar og reduserer forbruket av helsetenester.

Berntsen et al. (2019) finn at PSHT gir ein reduksjon av liggjedøgn for akutt hjelp, reduksjon av gjeninnleggingar, auka bruk av planlagd behandling og lengre levetid for gruppa av skrøpelege eldre stormottakarar.⁴⁰⁶ Fleire nyare og samanliknbare analysar utførte av ei arbeidsgruppe frå Helsedirektoratet, Helse Sør-Aust, Universitetssjukehuset Nord-Noreg og Nasjonalt senter for e-helseforskning finn tilsvarande resultat.⁴⁰⁷

Sluttrapporten frå prosjektet for integrerte helsetenester ved Akershus universitetssjukehus, publisert i 2025, viser til at resultata frå prosjektet er gode, med tanke på både pasientrapportert tilfredsheit, samarbeid mellom helsepersonellet og endringar i forbruk av helsetenester. Det er i prosjektet gjennomført målingar av forbruk av helsetenester før og etter at IHT-team starta med oppfølging. Målingane baserer seg på data om bruk av helsetenester i spesialisthelsetenesta og den kommunale helsetenesta frå NPR og KPR, og viser ein stor nedgang i forbruket av reaktive tenester som korttidsopphald, legevaktbesøk, innleggingar for akutt hjelp på sjukehus og døgnopphald på KAD (kommunal akutt døgneining). Nytte-kostnadsvurderinga som er gjord, viser ein betydeleg redusert kostnad for sjukehuset i form av færre episodar med akutte innleggingar og gjeninnleggingar etter oppstart av IHT.⁴⁰⁸

⁴⁰³ Universitetssjukehuset Nord-Noreg. (2023). *Sluttrapport stormottakerprosjektet. Rapport for direktørens ledergruppe.*

⁴⁰⁴ Dette inkluderer utprøving av digital eigenbehandlingsplan i samarbeid med IKT-avdelinga ved Helse Nord, Helsedirektoratet og Norsk helsenett; utprøving av eit digitalt system for identifisering av stormottakarar (Medrave); og utprøving av DHO i samarbeid mellom kommunar og helseføretak for pasientar som får tenester frå PSHT i Nord-Troms. Kjelde: Universitetssjukehuset Nord-Noreg. (2023). *Sluttrapport stormottakerprosjektet. Rapport for direktørens ledergruppe.*

⁴⁰⁵ Mellom anna digitalt verktøy for identifisering av stormottakarar av helsetenester, utvikling av kodeverk og forløpsapplikasjon for oppfølging av tenestemodellen, bruk av behandlingsplan i EPJ på tvers av behandlingsnivå og resultatapplikasjon for måling av forbruk av helsetenester før og etter oppstart av IHT.

⁴⁰⁶ Berntsen, G., Dalbakk, M., Hurley, J., Bergmo, T., Spansvoll, L., Bellika, J. G., Skrøvseth, S. O., Brattland, T. & Rumpsfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19, 682.

⁴⁰⁷ Sjå [sak 93/2023 til Universitetssjukehuset Nord-Noreg](#).

⁴⁰⁸ Helsefelleskapet Ahus og kommunane. (2025). *Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester. Sluttrapport.*

Spesialisthelsetenester utførte ved kommunale institusjonar

Samlokalisering av ulike helse- og omsorgstenestetilbod, også på tvers av kommunar og sjukehus, er utbreidd og kjem i ulike former.⁴⁰⁹ Det er over tid etablert ei rekkje distriktsmedisinske senter (DMS), lokalmedisinske senter (LMS) og helsehus i heile landet.⁴¹⁰ Det varierer kva tenester som blir tilbodne ved slike senter, men felles er at dei samlar ulike tenestetilbod på éin stad. Samlokalisering av tenester frå både sjukehus og kommunar gir innbyggjarane nærleik til tenester, og inneber at pasientar slepp å reise inn fysisk til sjukehus for å få nødvendig behandling.

Døme på dette er tilbod om dialyse på lokalmedisinske senter eller i helsehus. Pasientar som får hemodialyse, får det vanlegvis tre gonger i veka, og kvar dialyse tek rundt 4–5 timar.⁴¹¹ For å redusere reisebelastninga for desse pasientane er det fleire stader etablert desentraliserte dialyseiningar, der ein dialysemaskin blir stasjonert i kommunen og blir drifta gjennom bruk av kommunalt helsepersonell.⁴¹²

Andre døme på spesialisthelsetenester som er flytta nærmare pasientar i DMS eller LMS ved at medisinsk teknisk utstyr blir flytta ut og lokalt helsepersonell utfører tenesta, inkluderer infusjonsbehandling, blodtransfusjon, røntgentenester og 24-timars EKG/arytmiutgreiing.⁴¹³

⁴⁰⁹ Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, s. 49.

⁴¹⁰ Vi har ikkje funne nokon samla oversikt over DMS, LMS og helsehus i Noreg der helse- og omsorgstilbod på tvers av kommunar og sjukehus er samlokaliserte, men i rapporteringa til kommunane av lokaliseringa av døgntilbod for akutt hjelp, finst ei oppdatert oversikt over kommunar som har lokalisert dette i LMS/DMS/helsehus. Dette gir ein indikasjon av omfanget. I 2023 hadde 33 norske kommunar lokalisert døgntilbod for akutt hjelp i LMS/DMS/helsehus i kommunen. Desse betener ofte fleire samarbeidskommunar. Sjå Excel-oversikta «Datagrunnlag for øyeblikkelig hjelp døgntilbud», fane «1a Organisering», på Helsedirektoratets side «[Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud](#)».

⁴¹¹ Helsedirektoratet. (2025, 8. mai). Nyresvikt - dialysepasienter som får hjemmedialyse.

⁴¹² Sjå oversikt i Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (LNT). (2022). [Gjestedialyse i Noreg - LNT](#)

⁴¹³ Kartlegging i helseforetak og djupneundersøkinga.

Vedlegg 4:

Helseføretaka si kartlegging av effektar på ressursbruk

Helseføretaka si kartlegging av effektar på ressursbruk

- Kartleggingar gjorde av Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF viser at over halvpartane av pasientane med handleddsbrot som blir følgde opp digitalt etter kirurgi, slepp poliklinisk oppmøtekontroll, noko som igjen kan frigjere kapasitet på poliklinikken.⁴¹⁴
- St. Olavs hospital HF har estimert innsparingar på total 17,5 millionar kroner på gjennomførte video- og telefonkonsultasjonar.⁴¹⁵
- Analysar gjorde i MILA-prosjektet ved Akershus universitetssjukehus HF, i samarbeid med kommunar, viser reduksjon i talet på episodar med akutte døgnopphald på sjukehus, akutte gjeninnleggingar på sjukehus, legevakt og døgnopphald på KAD (kommunal akutt døgneining).⁴¹⁶ Analysane indikerer også betydelege unngåtte kostnader for sjukehuset.
- IHT (integreerte helsetenester) til skrøpelege eldre ved Akershus universitetssjukehus HF i samarbeid med kommunar har målt forbruk av helsetenester for IHT-pasientar før og etter inklusjon.⁴¹⁷ Resultata viser nedgang i bruk av tenester som korttidsopphald, legevaktbesøk, innleggingar for akutt hjelp på sjukehus og døgnopphald på KAD. Tilsvarande kan ein sjå ein auke i bruk av førebyggjande tenester. Analysar viser ein betydeleg redusert kostnad for sjukehuset.
- Ein pilot frå 2015 med trådløs monitorering av pasientar med søvnapné som blir behandla med CPAP i Helse Bergen HF, viste at tidsbruken per kontroll vart redusert.
- Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF har gjennomført ein pilot for innføring av *checkware* (brukarstyrt poliklinikk) for polikliniske diabetespasientar. Piloten viser at etter åtte månader var elleve konsultasjonar sparte.
- Helse Møre og Romsdal HF er i gang med å kartleggje gevinstar av behovsstyrt oppfølging av diabetes type 1 i 2024 i føretaket. Statistikken viser at desse pasientane har færre konsultasjonar per år enn dei hadde før dei vart inkluderte, og ventetida har gått ned ved poliklinikken.
- Det er i tillegg nokre helseføretak som viser til at dei er i gang med å kartleggje effektar, men at det førebels ikkje ligg føre endeleg resultat der.⁴¹⁸ Eitt helseføretak viser til at dei har kartlagt effektar utan at dei har vedlagt dokumentasjon.⁴¹⁹

⁴¹⁴ Helse Stavanger HF. (2024). *Gevinstrappport februar 2024. Brukerstyrt poliklinikk – Digital ortopedkirurgisk oppfølging*. Dokumentasjon sendt til Riksrevisjonen mars 2024. Brukarstyrt poliklinikk ortopedi HV viser at eit år etter operasjon av handledd vart 66 prosent sparte for oppmøtekontroll.

⁴¹⁵ St. Olavs hospital HF sitt svar på spørjebrev av mars 2024 frå Riksrevisjonen, vedlegg 1 og årsrapport.

⁴¹⁶ Akershus universitetssjukehus HF sitt svar på spørjebrev av mars 2024 frå Riksrevisjonen; Helsedirektoratet. (2025). *Sluttrapport for prosjekt MILA3*, s. 8-10.

⁴¹⁷ Akershus universitetssjukehus HF sitt svar på spørjebrev av mars 2024 frå Riksrevisjonen; Helsefelleskapet Ahus og kommunane. (2025). *Sluttrapport IHT januar 2025*.

⁴¹⁸ St. Olavs hospital HF er i gang med å kartleggje effektar av behovsstyrte poliklinikkar for atrieflimmerpasientar og behovsstyrte poliklinikkar for fedme. Sjukehuset Innlandet HF har byrja å måle sparte timar, liggjedøgn, pasienttilfredsheit og medarbeidartilfredsheit i tre utvalde forløp: kneprotesar, radiusfraktur og søvnapné.

⁴¹⁹ Sjukehuset i Vestfold HF skriv at dei har gjennomført nyttevurderingar av utvalde forløp, mellom anna for virtuelt heimesjukehus for barn og eKols. I tillegg skriv føretaket at dei har gjort vurderingar av digital heimeoppfølging for kreftpasientar. Desse vurderingane bidreg til å dokumentere gevinstpotensial og danne grunnlag for vidare avgjerder om skalering og implementering.

Vedlegg 5:

Døme på forskingsprosjekt som vurderer effektar på ressursbruk

Døme på relevante forskingsprosjekt som vurderer effektar på ressursbruk:

- Fleire helseføretak samarbeider om ein studie som mellom anna ser på effektar på forbruket av helsetenester ved digital heimeoppfølging av pasientar med diabetes type 1.⁴²⁰
- Studie om tverrfagleg og brukarstyrt poliklinikk av pasientar med diabetestype 1 ved Haraldsplass diakonale sykehus⁴²¹
- I Home-studien forskar Oslo universitetssjukehus på heimeovervaking av kvinner med risikosvangerskap. Ein del av studien er «helseøkonomiske vurderingar».⁴²²
- Ved Helse Bergen sitt Forskningscenter for Digitale Helsetjenester går det føre seg ei rekkje forskingsprosjekt som undersøker effektar av digitale helsetenester innanfor psykiatrien, både klinisk effekt og kost/nytte.⁴²³
- Innovasjonsprosjektet «Helserom Helgeland» utviklar ein tenestemodell der pasientar skal få oppfølging og behandling i eit tilrettelagt «helserom» eller i heimen, gjennom at primær- og spesialisthelsetenesta samarbeider via digitale løysingar. Prosjektet skal mellom anna evaluere om tenestemodellen gir reduserte innleggingar og utgifter i helsevesenet.⁴²⁴
- Fleire helseføretak samarbeider om eit EpilepsiNett-prosjekt med data frå register, kliniske kohortar og brukarstyrt oppfølging. Ei undergruppe i prosjektet inngår i samtykkebasert brukarstyrt systematisk oppfølging.⁴²⁵
- Effekt av digital heimeoppfølging på eigenomsorg og gjeninnleggingar blant pasientar med ikkje-smittsame sjukdommar etter utskriving frå sjukehus. Målet med prosjektet er å utføre ein randomisert, kontrollert studie for å undersøkje effektar av digital heimeoppfølging etter utskriving frå sjukehus, på mellom anna gjeninnleggingar og bruk av helsetenester, og evaluere kostnadseffektivitet.⁴²⁶
- Digital heimeoppfølging av kreftpasientar med febril nøytropeni. Målet med prosjektet er å utvikle eit pasientforløp for poliklinisk behandling av kreftpasientar med febril nøytropeni med låg risiko for komplikasjonar, der dei blir overvakte og følgde opp i

⁴²⁰ Vestre Viken HF. (2024, 20. august). *Digital hjemmeoppfølging av pasienter med diabetes type 1*. <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/forskning-og-innovasjon/forskningsprosjekter/digital-hjemmeoppfolging-av-pasienter-med-diabetes-type-1/#om-studien>

⁴²¹ Høgskulen på Vestlandet og Haraldsplass Diakonale Sykehus. (2022, 28. november). *Tverrfaglig og brukarstyrt poliklinikk*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2077355>

⁴²² Oslo universitetssjukehus HF. (2024, 29. februar). *HOME-klinisk del (Hjemmeovervåking av risikosvangerskap*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2553841>; og Oslo universitetssjukehus. (2023, 4. september). *HOME – sykehusoppfølging i hjemmet for gravide*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklubben/home-sykehusoppfolging-i-hjemmet-for-gravide/>

⁴²³ Forskningscenter for digitale psykiske helsetjenester. (u.å.). *Forskningstema – Effekt*. <https://forhelse.no/sfi/forskningstema/>

⁴²⁴ Brønnøy kommune. (2024, 27. september). *Helserom Helgeland. Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2533382>

⁴²⁵ Helse Bergen HF – Haukeland universitetssjukehus. (2024, 16. november). *Kan vi tette gapet? Sosioøkonomiske forskjeller og helseulikhet hos unge med epilepsi. Et EpilepsiNett prosjekt med data fra registre, kliniske kohorter og brukarstyrt oppfølging*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2507208>

⁴²⁶ Helse Stavanger HF, Vestre Viken HF & St. Olavs hospital HF. (2024, 6. desember). *Effekt av digital hjemmeoppfølging på egenomsorg og reinnleggelser blant pasienter med ikkje-smittsame sykdommer etter utskriving frå sykehus*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2567942>

eigen heim. Prosjektet bidreg til å redusere liggjetid og frigjere sengekapasitet, og pasientane kan vere meir heime.⁴²⁷

- Observasjonsstudie av KOLS-pasientar som får digital heimeoppfølging (DHO) i sjukehus eller kommune. Formålet er å undersøkje korleis DHO påverkar KOLS-pasientar sin bruk av helsetenester i primær- og spesialisthelsetenesta. Studien vil sjå nærmare på om bruk av eigenbehandlingsplan bidreg til auka kunnskap og eigenomsorg hos pasientar med KOLS, og om DHO fører til færre innleggingar og kortare liggjetid på sjukehus.⁴²⁸
- Prosjekt om digital sårbehandling i heimen har til hensikt å beskrive og evaluere innføring av videokonsultasjon som samhandlings- og kommunikasjonsteknologi mellom sårpoliklinikk, fastlege, heimeteneste og pasient. Det blir søkt kunnskap om barrierar og fremjarar knytte til implementeringa, og om læringsbehova til helsepersonell innanfor sårbehandling, digital helseteknologi og rettleiing.⁴²⁹
- eHjerteRehab er ein studie der formålet er å møte rehabiliteringsbehova til pasientar etter PCI, uavhengig av tilgangen deira til stadleg rehabilitering, ved å utvikle og evaluere effekten av og kostnadseffektiviteten til eit tverrfagleg og digitalt heimebasert eHjerteRehab-program.⁴³⁰
- Avstandsoppfølging av pasientar med revmatoid artritt der personar med revmatoid artritt blir tilfeldig fordelte i ei av to grupper: Ei gruppe (kontrollgruppa) skal følgjast opp i samsvar med dagens rutinar med konsultasjonar, medan den andre gruppa (intervensjonsgruppa) skal følgjast opp på avstand gjennom månadleg pasientrapportering heimanfrå. Kostnadseffektivitet og andre sekundære utfallsmål vil også analyserast.⁴³¹
- Forskingsbasert evaluering av brukarstyrt epilepsioppfølging er planlagt gjennom ei tredelt tilnærming, som omfattar mellom anna antal konsultasjonar, reisekostnader og tidsbruk.⁴³²
- Sunnaas har fleire studiar om nye måtar å følgje opp personar med ryggmergsskade eller trykksår på. Ein av studiane såg på kostnad-effekt av vanleg oppfølging versus ein kombinasjon av vanleg oppfølging og oppfølging via video.⁴³³
- Forsking på digital heimeoppfølging for brystkreft.⁴³⁴ Formålet med prosjektet er å undersøkje korleis innføring av digital heimeoppfølging påverkar kvinner som er

⁴²⁷ St. Olavs hospital HF. (2023, 15. juli). *Digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter med febril nøyтроpeni*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2574288>

⁴²⁸ Vestre Viken HF. (2025, 5. mai). *Trygghet i baklomma – Digital hjemmeoppfølging av pasienter med KOLS*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2712550>

⁴²⁹ Universitetet i Sørøst-Noreg. (2022, 16. mars). *Digital sårbehandling i hjemmet*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2512528>

⁴³⁰ Helse Bergen HF. (2025, 25. februar). *eHjerteRehab*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2728897>

⁴³¹ Diakonhjemmet sykehus. (2025, 31. mai). *Avstandsoppfølging av pasienter med revmatoid artritt*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2539660>

⁴³² Vestre Viken HF. (2024, 27. april). *Brukerstyrt epilepsioppfølging*. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2052914>

⁴³³ Irgens, I. (2023). *Videoconferencing for Follow-Up of Pressure Injury* [Doktorgradsavhandling]. <https://www.sunnaas.no/49ee87/siteassets/dokumenter/fagstoff/videoconferencing-for-follow-up-of-pressure-injury.pdf>

⁴³⁴ Vestre Viken HF. (2024, 12. juli). *Digital hjemmeoppfølging av brystkreft*. <https://www.vestreviken.no/fag-og-forskning/forskning-og-innovasjon/forskningsprosjekter/digital-hjemmeoppfølging-av-brystkreft>

behandla for brystkreft. Studien vil utforske effekten som digital heimeoppfølging har på kvinnehelse. Helseøkonomiske og medisinske konsekvensar vil evaluerast.

- Forsking på digital heimeoppfølging av hjertesvikt.⁴³⁵ Målet med studien er mellom anna å undersøkje om digital oppfølging av hjertesvikt i heimen reduserer risikoen for nye innleggingar på sjukehus og betrar prognosen til desse pasientane etter 12 månaders oppfølging.

⁴³⁵ Vestre Viken HF. (u.å.). *Digital hjemmeoppfølging etter innleggelse på sykehus for hjertesvikt*. Henta 25. august 2025 frå <https://www.vestreviken.no/kliniske-studier/digital-hjemmeoppfolging-etter-innleggelse-pa-sykehus-for-hjertesvikt/#kreft>

Vedlegg 6:

Referanseliste

Lover

- Helseforetakslova. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>
- Helse- og omsorgstjenestelova. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsetilsynslova. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-12-15-107>
- Spesialisthelsetjenestelova. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Forskrifter og reglement

- Helsedirektoratet. (2022). *Regelverk for tilskuddsordning: Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke.* <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/digital-hjemmeoppfolging-av-kronisk-syke>
- Helsedirektoratet. *Regelverk for resultatbasert finansiering 2023–2025.* <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/andre-finansieringsordninger/resultatbasert-finansiering-rbf>
- Helsedirektoratet. (2024). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2025 (ISF-regelverket)* <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd-og-finansiering/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.* Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helse- og omsorgsdepartementet og KS. (2019). *Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste* (23. oktober 2019). <https://www.regjeringen.no/contentassets/5c5380ee35c1449fb61ad681668425d0/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-om-videreutvikling-av-helsefelleskapene-for-en-mer-sammenhengende-helse-og-omsorgstjeneste.pdf>
- Økonomiføresegnene. (2023). *Bestemmelser om økonomistyring i staten.* (FOR-2003-12-12-1939). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2003-12-12-1939>
- Økonomireglementet. (2003). *Reglement for økonomistyring i staten* (FOR-2003- 12-12-1938). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/INS/forskrift/2003-12-12-1938>

Stortingsdokument

Innstillinger til Stortinget

- Innst. 477 S (2012–2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg.* <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2012-2013/inns-201213-477/>
- Innst. 424 L (2010–2011). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/>

- Innst. 224 S (2012–2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2012-2013/inns-201213-224/>
- Innst. 40 S (2014–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-040/>
- Innst. 11 S (2018–2019). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2019, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2018-2019/inns-201819-011s>
- Innst. 93 L (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven (lovfesting av systemet for nye metoder m.m.)*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-093l/>
- Innst. 255 S (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-255s/>
- Innst. 191 S (2020–2021). *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2020-2021/inns-202021-191s/?all=true>
- Innst. 388 S (2020–2021). *Innstilling fra finanskomiteen om Perspektivmeldingen 2021*. Finanskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2020-2021/inns-202021-388s/?all=true>
- Innst. 170 S (2022–2023). *Innstilling fra utdannings- og forskningskomiteen om Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2022-2023/inns-202223-170s/?all=true>
- Innst. 387 (2023–2024). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 Vår felles helsetjeneste*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2023-2024/inns-202324-387s/?all=true>

Proposisjonar til Stortinget

- Ot.prp. nr. 10 (1998–1999). *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=15606>
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). *Om lov om helseforetak m.m.* <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=21590>
- Ot.prp.nr 51 (2008–2009). *Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=42451>
- Prop. 120 L (2011–2012). *Endringer i helseforetaksloven mv*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=53877>
- Prop. 1 S (2018–2019). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613728/>
- Prop. 1 S (2021–2022). Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20212022/id2875540/>

- Prop. 1 S (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/>
- Prop. 1 S (2023–2024). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20232024/id2997928/>
- Prop. 1 S (2024–2025). Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20242025/id3056674/>
- Prop. 154 L (2024–2025). *Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv. (taushetsplikt og tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger)*.
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=104002>

Meldingar til Stortinget

- Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger – én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 30 (2019–2020). *En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>
- Meld. St. 5 (2022–2023). *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20222023/id2931400/>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

Offentlege utgreiingar

- NOU 2019: 24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>

- NOU 2023:8. (2023). *Fellesskapets sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou-202320230008000dddpdfs.pdf>

Evalueringer, rapportar og utgreiingar

- Direktoratet for e-helse. (2022). *Årsrapport 2022 for Direktoratet for e-helse*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2afe75d5cab74b8b83d191b604a9c3cb/2022-arsrapport-direktoratet-for-e-helse.pdf>
- Ekspertutval for å vurdere sterkare tematisk organisering i psykisk helsevern. (2023). *Forenkle og forbedre: Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fornkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern/id2993928/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser. Fullstendig metodevurdering*. <https://www.fhi.no/publ/2018/terapeutveiledet-internettbehandling-ved-psykiske-lidelser--en-fullstendig-/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste: Medisinsk avstandsoppfølging – videokonsultasjon (sanntid)*. Mini-metodevurdering. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/hjemmebasert-spesialisthelsetjeneste.-medisinsk-avstandsoppfolging---videokonsultasjon-sanntid-rapport-2020.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten. Systematisk oversikt*. <https://www.fhi.no/publ/2022/digital-hjemmeoppfolging-og-ressursbruk-i-primar--og-spesialisthelsetjenest/>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Digital samkonsultasjon innen psykiske helsetjenester* [Forskningsomtale]. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/contentassets/96da2e74b30b4c698d447296643f498c/forskningsomtale-samkonsultasjon_final.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2024). *Mini-metodevurdering for kommuner: Digital oppfølging av pasienter med kroniske sår*. <https://www.fhi.no/contentassets/0830655b243647ed9e3466eb70e8594b/digital-oppfolging-av-pasienter-med-kroniske-sar-rapport-2024.pdf>
- Helse Bergen HF, Askøy kommune & Øygarden kommune. (2024). *MULI-tjenesten for pasienter med hyppige innleggelser i psykiatrisk akuttinntak (svingdørspasienter)*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=204029>
- Helsedirektoratet. (2021). *Helsedirektoratets rapportering på status og framgang for Nasjonal helse- og sjukehusplan*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023>
- Helsedirektoratet. (2022). *Digital hjemmeoppfølging – sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018–2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021>

- Helsedirektoratet. (2022). *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenesten*. https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfolging/digital-hjemmeoppfolging/_/attachment/inline/431b3d5c-3f16-42d0-9d8c-68f80ce39f5a:7f80bfa9480ffdcfb39f762ade2cc5550b17727/Kartleggingsoppdrag%20Flytte%20tjenester%20hjem%20-%20Rapport%20-%20endelig%20versjon.pdf
- Helsedirektoratet. (2023). *Omsorg 2022 – årsrapport*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2022--arsrapport-velferdsteknologi-i-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2023). *TB2023-81 Finansiering for å understøtte sammenhengende tjenester*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/finansiering-for-a-understotte-sammenhengende-tjenester/Rapport_HOD_SAMFIN.pdf/_/attachment/i%20online/68ead618-3ad4-4c80-9542-2f66c6cf9f66:645857a6c5940699ab68f8ed2bced816aa30904b/Rapport_HOD_SAMFIN.pdf
- Helsedirektoratet. (2024). *Årsrapport digital hjemmeoppfølging 2023 (MILA 3)*.
- Helsedirektoratet. (2025). *Rapportering på tiltak i Nasjonal e-helseportefølje: DHV – Digital hjemmeoppfølging spredning*. Rapporteringsdato: 28. mars 2025. <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/nasjonal-e-helseportefolje/tiltak-i-nasjonal-e-helseportefolje/dhv-digital-hjemmeoppfolging-spredning>
- Helsedirektoratet. (2025). *Sluttrapport for prosjekt MILA 3*.
- Helsedirektoratet. (2025). *Erfaringsrapport: Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022–2024*. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglege endring 27. mai 2025). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/erfaringsrapport-spredning-av-digital-hjemmeoppfolging-2022-2024>
- Helsedirektoratet. (2025). *Ressursbruk på IKT i helseregionene og nasjonale virksomheter 2022–2023*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ressursbruk-pa-ikt-i-helseregionene-og-nasjonale-virksomheter-20222023>.
- Helsefellesskapet Ahus og kommunane. (2025). *Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester. Sluttrapport*
- Helse Fonna HF, Kvinnherad kommune og Ullensvang kommune. (2023). *Digital sårbehandling -samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=160491>
- Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Felles plan 2023. IKT-utvikling og digitalisering*.
- Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Noreg RHF. (2024). *Felles plan 2024. IKT-utvikling og digitalisering*.
- Helse Midt-Noreg RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Aust RHF og Helse Vest RHF. (2024). *Forskning og innovasjon til pasientens beste*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Felles innsats mot kreft. Nasjonal kreftstrategi (2025–2035)*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/fd8233d7583e4a8dbd396c12d3aa77d1/no/pdf/felles-innsats-mot-kreft.pdf>

- Helse Sør-Øst RHF. (2023). *Regional delstrategi for teknologiområdet*. <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-gjor-vi/digitalisering-og-e-helse/regional-delstrategi-for-teknologiomradet/>
- Helse Sør-Øst RHF. (2025). *Omstilling og endringsledelse ved innføring av IKT-løsninger*. Konsernrevisjonen. <https://www.helse-sorost.no/49058a/siteassets/documents/konsernrevisjonen/rapporter-2024/revisjonsrapport-3-2024-omstilling-og-endringsledelse-ved-innforing-av-ikt-losninger.pdf>
- Helse Vest RHF. (2023). *Strategi og handlingsplan for digitale helsetjenester 2023–2026*. <https://www.helse-vest.no/4957e1/siteassets/strategi-og-planer/dokumenter/helse-vest-strategi-for-digitale-helsetjenester---endelig-versjon.pdf>
- Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. (2021). *Sluttrapport. Digital hjemmeoppfølging – definisjon, måltall og tilrettelegging*
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M. & Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>
- Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsjukdommar. (2023). *Rapport 2023: Mage-tarmskolen digital behandling ved irritable tarmsyndrom*.
- <https://www.helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer-nkfm/mage-tarmskolen-pa-internett/#rapporter-fra-klinisk-drift>
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2020). *Hvordan ivaretar samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner oppgave- og ansvarsdeling knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet? En kartlegging av lovpålagte samarbeidsavtaler*. https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/110520_Rapport_Kartlegging_samarbeidsavtaler_NK-LMH.pdf
- Oslo universitetssjukehus. (2021). *Bærbar og håndholdt spirometri koblet til app med «interface» for digital behandlingsplan og hjemmemonitorering av lungefunksjon*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=121033>
- Oslo universitetssjukehus. (2022). *Pumpestyrt intravenøs antibiotikabehandling*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=121785>.
- Rambøll Management Consulting. (2024). *Kartlegging av status for helsefelleskapene*. <https://www.ks.no/contentassets/0509e2fe14ce45d38f90e76d0d34fdeb/KS-Helsefelleskap-juni-2024.pdf>
- Riksrevisjonen. (2023). *Dokument 3:8 (2023–2024). Myndighetenes tilrettelegging for deling og gjenbruk av data i forvaltningen*. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2023-2024/myndighetenes-tilrettelegging-for-deling-og-gjenbruk-av-data-i-forvaltningen>
- Sjukehuset Innlandet, Søndre Land kommune og Vågå kommune. (2025). *Konsekvenser ved implementering av digital sårbehandling i Helsefelleskapet Innlandet*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=282140>.
- Sjukehuset Østfold, Sarpsborg kommune og Fredrikstad kommune. (2025). *Integrerte helsetjenester*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=236347>

- Sogndal kommune og Folkehelseinstituttet. (2022). *Bruk av digital samkonsultasjon i voksenpsykiatriske tjenester*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=120619>
- Sunnaas sjukehus HF. (2023). *Bruk av videokonferanse til samhandling*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=120505>
- Vestre Viken HF, Bærum kommune og Asker kommune. (2023). *Implementering av prehabilitering som ny tjeneste i Bærum sykehus og Asker og Bærum kommune*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=154005>.
- Vestre Viken HF. (2024). *Digital hjemmeoppfølging (DHO) – epilepsi*. Mini-metodevurdering. <https://www.minimetodevurdering.no/minimetodevurdering/?id=121780>
- Universitetet i Oslo, Oslo Economics & Nasjonalt senter for distriktsmedisin. (2022). *Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging: Sluttrapport*. Helsedirektoratet. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2789779?locale-attribute=en>
- Universitetssjukehuset Nord-Noreg. (2023). *Sluttrapport stormottakerprosjektet. Rapport for direktørens ledergruppe*. https://helsefelleskapet.no/wp-content/uploads/2023/10/Sluttrapport-stormottakerprosjektet_DLG-24-10-2023.pdf

Studiar

- Berentsen, B., Thuen, C., Hillestad, E. M. R., Steinsvik, E. K., Hausken, T. & Hatlebakk, J. G. (2025). The Effects of Digital eHealth Versus Onsite 2-Day Group-Based Education in 255 Patients With Irritable Bowel Syndrome: Cohort Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39899743/>
- Berntsen, G., Dalbakk, M., Hurley, J., Bergmo, T., Spansvoll, L., Bellika, J. G., Skrøvseth, S. O., Brattland, T. & Rumpsfeld, M. (2019). Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19, 682. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4397-2>
- Irgens, I. (2023). *Videoconferencing for Follow-Up of Pressure Injury. Period prevalence, risks, treatment and financial consequences* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet. <https://www.sunnaas.no/49ee87/siteassets/dokumenter/fagstoff/videoconferencing-for-follow-up-of-pressure-injury.pdf>
- Jacobsen, M., Hellenen, R., Gallefoss, F. & Opsal, A. (2023). Hjemmebehandling med intravenøs antibiotika: Gjennomførbarhet og pasienters erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 19(1).
- Khan, Z. A., Kidholm, K., Pedersen, S. A., Haga, S. M., Drozd, F., Sundrehagen, T., Olavesen, E., & Halsteinli, V. (2024). Developing a program costs checklist of digital health interventions: A scoping review and empirical case study. *Pharmacoeconomics*, 42(6), 663-678.

- Repål, A., Petersen, A., Ludvigsen, H. S. (2023). Erfaringer med innføring av veiledet internettbehandling. Kognitiv atferdsterapi. <https://tidsskrift.kognitiv.no/erfaringer-med-innforing-av-veiledet-internettbehandling/>
- Vestre Viken HF. (2024, 27. april). Brukerstyrt epilepsioppfølging. Cristin. <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=2052914>

Statistikk og analyse

- Helsedirektoratet. (2018). *Nyresvikt – dialysepasienter som får hjemmedialyse*. Sist oppdatert 27. mai 2025. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/andel-dialysepasienter-som-har-hjemmedialyse>
- Helsedirektoratet. (2019). *Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud*. Sist faglig endring 22. mai 2023. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-for-oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud>

Styringsdokument

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2021*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2021/tildelingsbrev-helsedirektoratet-2021.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Tillegg til tildelingsbrev nr. 15*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tillegg-til-tildelingsbrev-nr.-15-2020-helsedirektoratet.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2020. Krav og rammer mv. for 2020*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-fra-foretaksmoter/foretaksmoter/foretaksmoter-2020/foretaksmote-i-helse-sor-ost-rhf-14.01.2020/id2685684/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. juni 2020*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cdab27ba222846cfaf2a66b2aed9ee90/1protokoll-foretaksmote-10.-juni-2020-helse-midt-norge-rhf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2022*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e22f670877414560b24249ad4dcd5c3a/forelopig-foretaksmoteprotokoll-helse-midt-norge-rhf-10.-januar-20221.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 17. april 2020*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c5b3ac2392da40019ba66e46f479dc7f/protokoll-foretaksmote-helse-sor-ost-rhf-17.-april-2020.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2022/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2022.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tidelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2023.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Statsbudsjettet 2023 kapittel 745 Folkehelseinstituttet – tildeling på fagkapittel, fullmakter og spesielle oppdrag*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4689a3fe8d0e4fc3ac13b9f37cf860ec/tidelingsbrev-folkehelseinstituttet-2023.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tidelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2024.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument til Norsk helsenett SF for 2024*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/818fb23c647e4ff888655d4819506b5f/oppdragsdokument-2024-m-vedlegg.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2024*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b60f471eeee54186b17aeeee58bef23f/protokoll-fra-foretaksmote-i-helse-sor-ost-rhf-16.-januar-2024-om-krav-og-rammer-2024.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/2025-tidelingsbrev-helsedirektoratet.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Oppdragsdokument til regionale helseforetak for 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 og 2025*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Oppdragsdokument 2024 – Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 104 S (2023–2024)*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/tilleggsdokument-etter-stortingets-behandling-av-prop.-104.pdf>
- Helse Midt Noreg RHF. (2025). *Tidelingsbrev – Behovsstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging – 2025*.
- Helse Midt-Noreg RHF. (2023). *Regional utviklingsplan 2023–2026*. <https://www.helse-midt.no/49d50f/siteassets/documents/2023/regional-utviklingsplan--2023-2026.pdf>
- Helse Nord RHF. (2022). *Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038*. <https://www.helse-nord.no/499f58/siteassets/dokumenter-og-blokker/3-helsefaglig/fagplaner-og-rapporter/regional-utviklingsplan-2038/regional-utviklingsplan-20232038-del-1-analyse-og-veivalg-vedtatt-14.12.22-styresak-1792022.pdf>
- Helse Nord RHF. (2023). *Styresak 145- 2023 Digitale innbygger- og samhandlingstjenester*. <https://www.helse-nord.no/4af28e/siteassets/dokumenter-og-blokker/4-om-oss/styret/styremoter/styremoter-2023/20231220/styresak-145-2023-digitale-innbygger-og-samhandlingstjenester-fase-3---sammenhengende-og-effektive-pasientforlop.pdf>
- Helse Sør-Aust RHF. (2023). *Sak 157-2023. Framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester*.

- Helse Sør-Aust RHF. (2018). *Regional utviklingsplan 2035*. <https://www.helse-sorost.no/499fa0/siteassets/documents/store-utviklingsprosjekter/regional-utviklingsplan-2035.pdf>
- Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Vedtak i møte 17. mars 2016*.
- Vestre Viken HF. (2022). *Utviklingsplan 2035*. <https://www.vestreviken.no/om-oss/utviklingsplan-2035/>
- Finnmarkssjukehuset HF (2022) *Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF 2023-2038*.
- Helse Vest RHF. (2025, 4. juni). *Regional utviklingsplan 2023-2035*. <https://www.helse-vest.no/om-oss/planar-og-strategiar-i-helse-vest/regional-utviklingsplan-20232035/>

Rundskriv, retningslinjer og rettleiarar

- Digitaliseringsdirektoratet. (u.å.). *Prosjektveiviseren (versjon 5.0- januar 2023)*. <https://prosjektveiviseren.digdir.no/>
- Helsedirektoratet. (2022, 14. november). *Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/digital-hjemmeoppfolging/digital-hjemmeoppfolging#kommunale-helse-og-omsorgstjenester-bor-tilrettelegge-for-digital-hjemmeoppfolging-begrunnelse>
- Helsedirektoratet. (2024). *Kodeveiledning 2025*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kodeveiledning-2025-regler-og-veiledning-for-klinisk-koding-i-spesialisthelsetjenesten/Kodeveiledning%202025.pdf/_attachment/inline/5a4ab072-3a47-4b69-8f28-b91a54b2a350:fed8336aff21ec1eb1b8fbba73084effac96f0c4/Kodeveiledning%202025.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Nasjonal veileder. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/>

Anna

- Beslutningsforum for nye metoder (2019) *Møte i beslutningsforum for nye metoder 28. januar 2019*. Innkalling og sakspapirer. <https://www.nyemetoder.no/49321d/siteassets/documents/beslutninger/beslutningsforum-mote-28jan2019---offentlig-utgave.pdf>
- Eggebø, H. (2020). *Kollektiv kvalitativ analyse*. Norsk sosiologisk tidsskrift 4(2). <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2020-02-03>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Høringsinnspel fra FHI til NOU 2023: 4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-nou-2023-4-tid-for-handling.-personellet-i-en-barekraftig-helse-og-omsorgstjeneste/id2961754/?showSvar=true&consterm=&page=1&isFilterOpen=true>
- Halsteinli, V. (2024). *Innføring av nettbasert behandling i psykisk helsevern – til hvilken pris?* [Foredrag]. Dagsmøte om helseøkonomi 2024.

- Hjertaas, T. H. (2025, januar 28). Innlegg på Personverndagen 2025: Korleis lykkast med datadeling og personvern? [Konferanseinnlegg]. <https://www.datatilsynet.no/aktuelt/aktuelle-nyheter-2024/personverndagen-2025/>
- InnoMed. (2023). Notat om finansiering av samhandlingstjenester. Brev til InnoMeds styringsgruppe fra InnoMed v/sekretariatet.
- InnoMed. (2024). Veileder for digital sårbehandling. <https://innomed.no/sites/default/files/2024-07/veileder%20for%20digital%20sa%CC%8arbehandling.pdf>.
- InnoMed. (2025). InnoMed – nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren. Årsrapport 2024. https://innomed.no/sites/default/files/2025-01/Årsrapport%20InnoMed%202024_0.pdf
- Kinge, T. E. (2024, 18. januar). UNN ønsker å tilby pasienter intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet. <https://www.unn.no/om-oss/innovasjon-i-unn/unn-onsker-a-tilby-pasienter-intravenos-antibiotikabehandling-i-hjemmet/>
- Kreftforeningen. (2023). Pasientforløpet. Resultater fra en undersøkelse i Kreftforeningens brukerpanel 2022. <https://kreftforeningen.no/content/uploads/2023/11/pasientforlopsundersokelsen-2022.pdf>
- Kreftforeningen. (2023). Høringsinnspel til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cf15925582cb4ec39fd91274a19e80a1/kreftforening-innspill-til-nasjonal-helse-og-samhandlingsplan.pdf>
- Helse Midt-Noreg RHF. (2025). Regional handlingsplan for forskning 2023–2026. <https://www.helse-midt.no/49d0b6/siteassets/documents/2023/regional-handlingsplan-for-forskning-2023-2026.pdf>
- Helse Nord RHF. (2025). Årlig melding 2024 for Helse Nord RHF. <https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlig-melding-2024-helse-nord-rhf.pdf>
- Helse Sør-Aust RHF. (2025). Årlig melding 2024 for Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.helse-sorost.no/492edc/siteassets/documents/styret/styremoter/2025/03/021-2025-vedlegg-arlig-melding-2024-for-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helse Vest RHF. (2025). Årlig melding 2024 for Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arleg-melding-2024-helse-vest-rhf.pdf.pdf>
- Norsk helsenett. (2024, 25. juni). Satsning for fart – Nye nasjonale e-helsetjenester finansieres av Norsk helsenett. <https://www.nhn.no/nyheter/nye-nasjonale-e-helsetjenester-finansieres-av-norsk-helsenett>
- Sjukehusinnkjøp HF. (2025). Løsning for digital hjemmeoppfølging av pasienter for Nordlandssykehuset HF. Doffin.no. <https://doffin.no/notices/2025-104378>

Andre internettkjelder

- Folkehelseinstituttet. (2025). Mini-metodevurdering for sykehus. <https://www.minimetodevurdering.no/ressurser/mini-metodevurdering-for-sykehus/>

- Helsedirektoratet. (2023, 18. august). *Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke – utlysningssrunde for Finnmark*. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/digital-hjemmeoppfolging-av-kronisk-syke>
- Helsedirektoratet. (2025, 13. februar). *Helseteknologiordningen: 79 prosjekter får tilskudd til digitalisering*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helseteknologiordningen-79-prosjekter-far-tilskudd-til-digitalisering>
- Helsedirektoratet. (2025, 12. mai). *Pasientens måledata*, Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/nasjonal-e-helseportefolje/tiltak-i-nasjonal-e-helseportefolje/pasientens-maledata-helsedirektoratet>
- Helse Midt-Norge RHF. (2024). *Utløsning av regionale samhandlingsmidler*. <https://www.helse-midt.no/helsefaglig/samhandling/samhandlingsmidler/>
- Helse Norge. (u.å.) *Verktøy*. <https://tjenester.helsenorge.no/verktoy>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 5. juli). *Nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd for helsetjenesten*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-rekrutterings-og-samhandlingstilskudd-for-helsetjenesten/id3048046/>
- Helse Sør-Aust RHF. (2025). *Prioritering av forskningsmidler til tematiske områder*. <https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/forskning/forskningsmidler/prioritering-av-forskningsmidler-til-tematiske-omrader/>
- Helse Vest RHF. (2024). *Helse Vests forskningsmidlar – tildeling av strategiske og opent utlyste midlar*. <https://www.helse-vest.no/nyheiter/nyheiter-2024/tildeling-av-helse-vests-forskningsmidlar-2025/>
- Helse Vest RHF. (u.å). *Fekk ned ventetidene med telefonpoliklinikk*. <https://www.helse-vest.no/nyheiter/nyheiter-2024/fekk-ned-ventetidene-med-telefonpoliklinikk/>
- Oslo universitetssykehus. (u.å.). *Digital sårbehandling*. <https://www.oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/digital-sarbehandling/>
- Kompetansebroen. (u.å). *Sår og sårbehandling*. <https://www.kompetansebroen.no/tema/sar-og-sarbehandling>
- Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (LNT). (2013). *Hvilken dialyseform skal jeg velge?* <https://www.lnt.no/faktasider/kronisk-nyresykdom/hvilken-dialyseform-skal-jeg-velge>
- Nordlandssykehuset. (2023). *Fra reaktiv til proaktiv oppfølging av kreftpasienter*. <https://www.nordlandssykehuset.no/forskning-og-innovasjon/forskning/nyheter/fra-reaktiv-til-proaktiv-oppfolging-av-kreftpasienter/#om-prosjektet>
- Senja kommune. (u.å). *Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms*. <https://www.senja.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/helsetjenester/distriktsmedisinsk-senter-midt-troms/>
- Sykehuset Østfold HF. (2016). *Får data rett fra hjemmet*. <https://www.sykehuset-ostfold.no/nyheter/far-data-rett-fra-hjemmet>
- Sykehuset Østfold HF. (2024). *Nyskapende pasientforløp (digital hjemmeoppfølging)*. <https://www.sykehuset-ostfold.no/helsefaglig/innovasjon/innovasjonspartnerskap/nyskapende-pasientforlop/>

- Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF. (u.å.). *Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT)*. <https://www.unn.no/avdelinger/digitaliserings-utviklings-og-samhandlingssenteret/pasientorientert-tjenesteutvikling/pasientsentrert-helsetjenestetteam-psht/>
- Vestre Viken HF. (u.å.). *CPAP-hjemmeoppfølging*. <https://www.vestreviken.no/behandlinger/cpap-hjemmeoppfolging/#bruk-1>
- Vestre Viken HF. (u.å.). *Brukerstyrt epilepsioppfølging*. <https://www.vestreviken.no/kliniske-studier/brukerstyrt-epilepsioppfolging/>.
- Ullensaker Kommune. (2024). *Digital hjemmeoppfølging*. <https://www.ullensaker.kommune.no/publisert-innhold/helse-og-oppvekst/digital-hjemmeoppfolging/>
- Universitetssjukehuset Nord-Noreg HF. (u.å.). *Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms, Finnsnes*. <https://www.unn.no/steder/distriktsmedisinsk-senter-midt-troms/>