

# **Strategisk retning og anbefalinger** for videre utvikling av respons- og oppfølgingstjenester i Innlandet

## Utarbeidet av:

Tor Sætrang, Åshild Sæther Engen, Marita Aaheim,  
Merete Nissen Westgaard og Trude Øvergård.

HELSEFELLESSKAP

**Innlandet**

**Digi Innlandet**



**HelseINN**



# Innholdsfortegnelse

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| ● Sammendrag                                       | 03 |
| ● Introduksjon                                     | 05 |
| ● Strategisk retning og anbefalinger for Innlandet | 10 |
| ● Videre prosess                                   | 18 |
| ● Begrepsavklaringer                               | 19 |
| ● Kildeliste                                       | 21 |

# Sammendrag

Denne strategiske anbefalingen presenterer en felles retning for hvordan Innlandet kan utvikle helhetlige og bærekraftige respons- og oppfølgingstjenester som utnytter potensialet i helseteknologi og digital hjemmeoppfølging.

## **Innlandet står overfor store endringer i årene som kommer.**

Flere eldre, færre helsearbeidere og økende forventninger til tilgjengelige helsetjenester i hele fylket. For å møte dette må kommuner og helseforetak utvikle mer helhetlige, samordnede og teknologistøttede tjenester. Det er et behov for å bevege seg bort fra fragmenterte løsninger og i stedet etablere et felles system der varsler og behov fanges opp og automatisk rutes til den aktøren som er best egnet, enten det er kommunal helsetjeneste, spesialisthelsetjenesten, private aktører, pårørende eller frivillige. Vi trenger å skape en inkluderende og bærekraftig velferdsmodell, hvor alt og alle bidrar til å løse oppgavene i årene fremover.

## **Det anbefales at kommunene i Innlandet:**

- **Forankrer felles visjon:** Det anbefales å arrangere lokale og regionle workshops for at ulike nivåer og styringslinjer skal få eierskap og forståelse for hva visjonen betyr i praksis, og tydeliggjøre hvilke konkrete tiltak som må gjøres lokalt for å bevege seg i retning av visjonen. Parallelt er det nødvendig å forankre visjonen og videre arbeid gjennom helsefelleskapene og i strategisk samarbeidsutvalg (SSU).
- **Etablerer fleksible og inkluderende tjenestemodeller:** Utvikle modeller der kommunale tjenester, fastleger, spesialisthelsetjeneste, frivillige, private aktører og pårørende kan samhandle om håndteringen av varsler og alarmer. Modellene bør bygges på en oppgaveorientert tilnærming hvor oppgavene routes til den som er best egnet til å utføre oppgaven, uavhengig av ansettelsesforhold og lokal organisering. Modellene må være dynamiske og kunne tilpasses ulike behov og ressurser i de ulike kommunene.
- **Bruker eksisterende ressurser smartere:** Se på nye måter å bruke eksisterende ressurser som helsehus, lokalmedisinske sentre, legevakt, nattbemanning og interkommunale responssentre, også på tvers av organisatoriske og geografiske grenser.
- **Tar i bruk teknologiske løsninger for varsling og triagering:** Innføre digitale plattformer som automatisk kan rute alarmer og varsler til riktig aktør/respondent, og som benytter kunstig intelligens for beslutningsstøtte og oppgavefordeling.

- **Sikrer samhandling på tvers av aktører og nivåer:** Formaliser samarbeid mellom kommuner, fastleger, spesialisthelsetjenesten og sivilsamfunnet gjennom avtaler og felles samhandlingsstrukturer.
- **Bygger felles styrings- og finansieringsmodeller:** Utvikle bærekraftige ordninger for deling av kostnader og gevinster knyttet til teknologibruk og felles tjenester, for å unngå dobbeltinvesteringer og fremme samarbeid og helhetsspespektiv.
- **Satser på kompetanse og endringsledelse:** Sikre at ansatte og ledere har nødvendig digital kompetanse og forståelse for nye arbeidsformer, og sørg for kontinuerlig opplæring og fokus på gevinstrealisering.

Resultatet er en inkluderende og brukervennlig velferdsmodell som styrker individets mulighet til å leve et trygt og selvstendig liv, og samtidig sikrer at felles helseressurser brukes der behovet er størst.

# Introduksjon

Denne anbefalingen for videre utvikling av respons- og oppfølgingstjenester i Innlandet er et supplement til rapporten «organisering og drift av responstjenester» utarbeidet av PA Consulting på oppdrag fra prosjektet.

Hensikten med denne anbefalingen er å gi et felles diskusjonsgrunnlag for å skape dialog på tvers av kommuner og helseforetak i Innlandet om hva en helhetlig respons- og oppfølgingstjenester kan være. Det er ønskelig å etablere et felles fremtidsbilde, forankre og realiserer det gjennom stegvis og koordinerte prosesser, basert på den enkelte aktørs ståsted, rolle og ressurssituasjon.

Utgangspunktet for arbeidet med denne anbefalingen har vært spørsmålet:

**«Hvordan utnytte mulighetsrommet som digitale verktøy og løsninger skaper, slik at vi sikrer rask, presis og koordinert håndtering av alarmer, varsler og hendelser fra innbyggere?»**

# Organisering og drift av respons- og oppfølgingstjenester for helseteknologi og digital hjemmeoppfølging i 2025

Rapporten *Organisering og drift av responstjenester*, utarbeidet av PA Consulting, gir en grundig gjennomgang av dagens praksis for organisering av respons- og oppfølgingstjenester. Analysen bygger på intervjuer med kommuner og responssentre over hele landet, og gir innsikt i hvordan ulike modeller fungerer i praksis – med vekt på fordeler, ulemper og grunnleggende erfaringer.

Rapporten identifiserer to hovedmodeller som i dag preger feltet:

1. **Direkterespons** – hvor alarmer sendes direkte til kommunale tjenester, som selv står for mottak og oppfølging.
2. **Responscenter** – hvor alarmer først går til et sentralisert mottak som filtrerer, vurderer og videreformidler dem til riktig instans.

Innenfor disse to hovedretningene finnes det flere lokale varianter, og rapporten peker på at hybride løsninger som kombinerer elementer fra begge modellene blir stadig vanligere. Mange kommuner er i ferd med å utvikle fleksible modeller som er tilpasset lokale behov og ressursgrunnlag.

En tydelig trend er at oppgavene som de tradisjonelle responssentrene håndterer, er i ferd med å endre seg. Der man tidligere i hovedsak håndterte trygghetsalarmer, mottar responssentrene nå et økende antall kritiske hendelser og «blålysoppgaver», som krever rask og presis håndtering.

Samtidig utvikles og innføres nye tjenester, som digital hjemmeoppfølging, digitale hjemmebesøk og digital hjemmesykepleie. Disse tjenestene stiller helt nye krav til arbeidsform, kompetanse og systemstøtte, og representerer et skifte fra rene alarmmottak til mer helhetlig og aktiv oppfølging.

## Drive og premisser for transformasjon frem mot 2035

Det er en rekke underliggende drivkrefter og forutsetninger som former behovet for endring og som vil påvirke utviklingen av tjenestene de neste 5–10 årene:

- 1) Akutt behov for arbeidskraft og omstillingsevne
- 2) Teknologisk utvikling og federerte datamodeller
- 3) Innbyggerens eierskap og kontroll over egne helseopplysninger
- 4) Juridiske og regulatoriske endringer
- 5) Behov for tydeligere skille mellom informasjon, teknologi og tjeneste

## 1) Akutt behov for arbeidskraft og omstillingsevne

Helse- og omsorgstjenestene i Innlandet står overfor et vedvarende og økende gap mellom tjenestebehov og tilgang på kvalifisert arbeidskraft, særlig i distriktene. Demografiske framskrivninger viser at andelen innbyggere over 67 år vil utgjøre over 30 % i flere kommuner, mens andelen i yrkesaktiv alder synker. Allerede i 2035 forventes 76 % av befolkningen å være enten under 19 år eller over 67 år, et dramatisk skifte fra 66 % i 2020 (innlandsstatistikk.no, 2025), (SSB, 2023). Dette skjer samtidig som urbanisering forsterker befolkningsnedgangen i mange distriktskommuner, og dermed også kompetansemangel og lavere tilgang på spesialiserte tjenester.

Denne utviklingen betyr at vi ikke kan basere oss på flere hender i helse- og omsorgssektoren. Tjenestene må organiseres slik at færre kan gjøre mer gjennom teknologisk støtte, automatisering og smartere bruk av kompetanse på tvers av fagmiljøer og nivåer. Vi må tenke nytt om ressursbruk og oppgavedeling, og samtidig utnytte eksisterende strukturer bedre. Som for eksempel helsehus, lokalmedisinske sentre, legevakt og nattbemanning ved sykehjem med ledig kapasitet.

## 2) Teknologisk utvikling og federerte datamodeller

Utviklingen av teknologiske plattformer går mot mer federerte datamodeller, der data lagres og deles der de skapes, heller enn å samles i sentrale registre. Dette muliggjør sanntidsdeling av helseinformasjon uten at alle aktører trenger tilgang til én felles database. Slike teknologiske paradigmeskifter vil påvirke hvordan systemer integreres, hvordan roller fordeles, og hvordan samhandling skjer mellom aktører på tvers av nivå og sektor.

Teknologi som kunstig intelligens og automatisering vil i årene fremover overta flest mulig av de oppgavene som ikke krever menneskelig vurdering, som varsling og tilsyn. KI og automatisering vil og avlaste personell gjennom prediktiv analyse og beslutningsstøtte. Det som ikke kan løses av teknologi, må fordeles etter kompetansenivå. Selve oppgavefordelingen bør i stor grad være teknologidrevet, for å unngå at dette blir en ny manuell byrde. Oppgavene som ikke krever helsefaglig kompetanse, må kunne adresseres til andre ressurser i samfunnet

## 3) Innbyggerens eierskap og kontroll over egne helseopplysninger

Fremtidens helsetjenester vil i økende grad være brukerdrevne. Innbyggere forventer å ha tilgang til, kontroll over og medbestemmelse i hvordan deres helseopplysninger brukes. Dette stiller nye krav til personvern, samtykkeløsninger, brukergrensesnitt og teknologisk arkitektur. Det påvirker hvordan responstjenester organiseres, og hvordan data brukes for å tilpasse varsling og oppfølging.

#### 4) Juridiske og regulatoriske endringer

Nye rammebetingelser vil endre både ansvarsforhold, datadeling og tilgangsrettigheter. Europeiske initiativer som European Health Data Space (EHDS), samt nasjonale reformer innen journalføring, helsedata og helsepersonellansvar, vil skape både nye muligheter og nye krav. Dette påvirker hvordan informasjonsflyt må struktureres i respons- og oppfølgingstjenestene. I innlandet vil en mulig etablering av Mjøssykehuset påvirke oppgavefordelingen mellom aktører og nivåer og kreve tettere samhandling.

Samhandling mellom aktører med ulike finansieringsmodeller kan være krevende. Det er derfor behov for å forenkle strukturer og se samarbeidet i et helhetlig perspektiv. Samhandling bør være både enkelt og lønnsomt. Det må også tydeliggjøres hvem som har ansvar for å finansiere utstyr og systemer som benyttes på tvers av aktører.

#### 5) Behov for tydeligere skille mellom teknologi, data og tjeneste

For å kunne organisere respons- og oppfølgingstjenester effektivt, må det etableres et klarere skille mellom:

- **Helseopplysninger:** data som skal behandles.
- **Systemer og teknologi:** Instrumentene som brukes, plattformene som håndterer informasjonen.
- **Tjenestene:** Aktørene som responderer og følger opp.

Uten dette skillet risikerer man uklarhet i ansvar, juridisk grunnlag, uforutsigbare grensesnitt og mangelfull styring. Tjenesteutvikling må derfor bygge på tydelige definisjoner av hvilke aktører som gjør hva, hva som er et teknologisk hjelpemiddel og hva som er en tjeneste.

## Behovene for helhetlig respons- og oppfølgingstjenester i årene fremover kan oppsummeres slik:

Å skape koordinerte, effektive og teknologistøttede respons- og oppfølgingstjenester som gir innbyggerne trygghet, avlaster kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten, og sikrer bærekraftige helsetjenester i Innlandet.

### For innbygger:

- *Trygghet og selvstendighet.* Mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig med støtte fra teknologi og rask respons ved behov.
- *Forutsigbarhet og tilgjengelighet.* Enkle og brukervennlige løsninger som gir rask hjelp fra riktig respondent, enten det er pårørende, kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten.
- *Individuelt tilpassede tjenester.* Tilgang til persontilpasset oppfølging basert på behov, med smart teknologi som forutser risiko og gir tidlig intervensjon.
- *Sømløs kommunikasjon.* Oppfølgingen skjer uten at innbyggeren må forholde seg til flere ulike systemer, og informasjon deles sikkert mellom relevante aktører.

### For den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

- *Effektiv ressursbruk.* Redusere belastningen på helsepersonell gjennom automatisering, triagering og smartere bruk av teknologi.
- *Tidlig intervensjon og forebygging.* Bruk av KI og prediktive analyser for å identifisere risiko og forhindre forverring av helsetilstand.
- *Tverrfaglig samarbeid og integrerte tjenester.* Sømløs samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastleger, kommune og pårørende for helhetlige pasientforløp.
- *Bærekraftige tjenester.* Tilpasse helse- og omsorgstjenestene til demografiske og økonomiske utfordringer gjennom digital transformasjon og nye arbeidsmodeller.

### For spesialisthelsetjenesten:

- *Effektiv ressursbruk.* Redusere belastningen på helsepersonell gjennom automatisering, triagering og smartere bruk av teknologi.
- *Redusert behov for unødvendige innleggelser.* Bedre digital hjemmeoppfølging og respons reduserer belastningen på sykehusene og sikrer at pasienter får riktig behandling i rett nivå av helsetjenesten.
- *Bedre samhandling med kommunene.* Deling av helsedata og digital integrasjon sikrer rask respons og bedre pasientflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- *Effektiv bruk av spesialistressurser.* Det vil være ressurskrevende for spesialister dersom kommunene i Innlandet har ulik måte å følge opp sine tjenestemottakere, og ulike tjenestetilbud innen digital hjemmeoppfølging. Standarder og bruk av teknologi for prioritering og beslutningsstøtte vil bidra til at spesialistkompetansen brukes der den trengs mest.

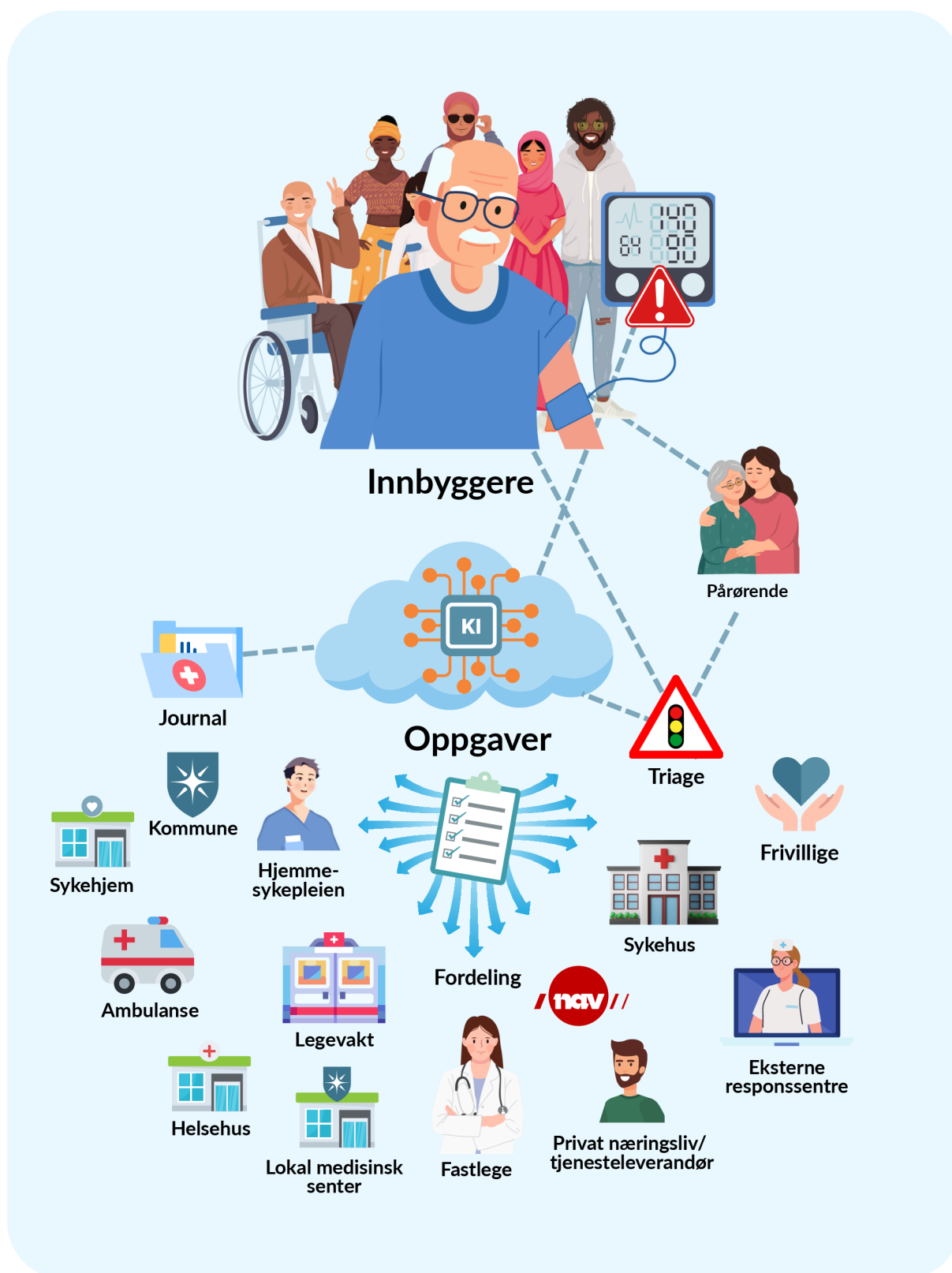
# Strategisk retning og anbefalinger for Innlandet

Rapporten *Organisering og drift av responstjenester* utarbeidet av PA Consulting gir ikke et entydig svar om hvilken modell som egner seg best for kommunene i Innlandet, men peker på fordeler og forbedringspotensialer i de ulike modellene for gitte kriterium; avlastning av helsepersonell, økonomi og bærekraft, kvalitet, teknologi og plattform og personvern og informasjonssikkerhet. Valg av modell lokalt, og hvordan en velger å tilnærme seg en felles visjon avhenger sterkt av lokale behov og ressurser. Kommunene i Innlandet har svært ulike utgangspunkt, det er dermed lite hensiktsmessig å gi en entydig anbefaling med konkrete tiltak som kan favne alle. De to generiske hovedmodellene identifisert i rapporten fra PA Consulting, sentralisert respons og direkte respons, er begge gode utgangspunkt for videre utvikling av tjenesten hvor fokuset bør være på å utnytte potensialet digitalisering skaper. På bakgrunn av dette har prosjektet valgt å utarbeide en overordnet strategisk retning for arbeid med denne tjenesten frem mot 2035.

## Visjon for fremtidig respons- og oppfølgingstjenester i Innlandet

«Respons- og oppfølgingstjenester i Innlandet er organisert som et helhetlig, koordinert og teknologistøttet økosystem. Varsler og alarmer fra digitale instrumenter og systemer rutes automatisk til riktig aktør/respondent, basert på oppgavens karakter og hvilken ressurs som er best egnet og tilgjengelig. Oppgavedelingen skjer sømløst mellom kommunale helsetjenester, fastlege, legevakt, spesialisthelsetjenesten, private leverandører, frivilligheten, eksterne responssentre og pårørende eller nærpersoner».

# Illustrasjon: Visjon for fremtidig respons- og oppfølgingstjenester i Innlandet



Visjonen beskriver en teknologidrevet respons- og oppfølgingstjeneste hvor IKT-systemer fungerer som den bærende sentraliseringskomponenten, der KI muliggjør automatisk tolkning og målrettet ruting av varsler og alarmer til riktig aktør/respondent – for rett hjelp til rett tid.

Dette har bidratt til økt egenmestring blant innbyggerne og mobilisering av lokalsamfunnet, samtidig som det har lagt grunnlaget for effektive, trygge og brukervennlige respons- og oppfølgingstjenester. Tjenestene utnytter teknologi og samarbeid på tvers av aktører for å sikre rett hjelp til rett tid, og de offentlige helsetjenestene spiller en støttende rolle i å styrke innbyggernes livsmestring når behovet oppstår.

Resultatet er et inkluderende og lett tilgjengelige innbyggertjenester som styrker individets mulighet til å leve trygt og selvstendig. Samtidig sikrer systemet at felles helseressurser brukes der de trengs mest. Skal vi bevege oss fra fragmenterte løsninger til et samordnet økosystem for respons og oppfølging, hvor oppgaver fordeles sømløst til best egnede og tilgjengelige ressurser, uavhengig av sektor eller organisatorisk tilknytning, må vi se organisering og teknologi i et helhetlig perspektiv.

## Betydning av visjonen for desentraliserte og sentraliserte regioner i Innlandet

Innlandet er preget av stor geografisk variasjon, med både sentraliserte områder og desentraliserte distriktskommuner med spredt bosetting og lav befolkningstetthet (Innlandet fylkeskommune, 2024). Denne variasjonen forsterker behovet for fleksible og lokalt tilpassede respons- og oppfølgingstjenester.

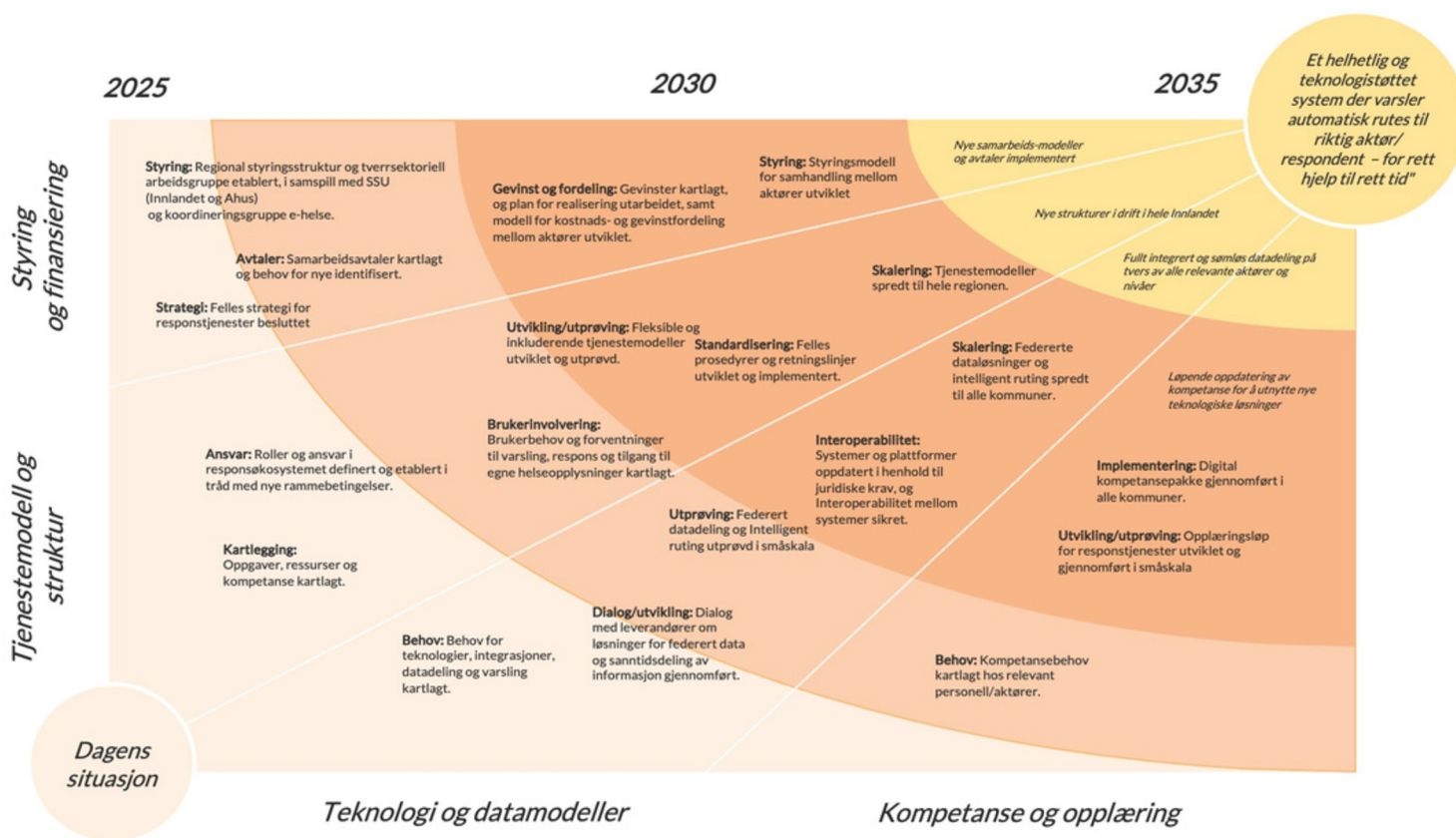
Digitalisering legger grunnlag for å kunne samordne, uten nødvendigvis å samlokalisere ressurser. Dette har betydning for distriktene ved at de kan beholde arbeidsplasser lokalt, som betjener innbyggere som bor mer sentralt. Andre veien vil de ha tilgang på spisskompetanse som befinner seg sentralt, noe som åpner muligheter for bedre ressursutnyttelse, ved at vi kan bruke eksisterende ressurser som lokalmedisinske sentre, helsehus, nattbemanning på instutisjoner, eksterne responssentere, legevakt og akuttmottak i Mjøssykehuset mer effektivt enn i dag.

Fremtidens modell må derfor være fleksibel og aktørinkluderende, slik at den åpner for ulik organisering avhengig av lokale forutsetninger, men innenfor en felles struktur og med teknologisk samhandling på tvers. En helhetlig tilnærming og tydelig rollefordeling mellom aktører er avgjørende for å utjevne geografiske forskjeller og sikre likeverdige tjenester i hele Innlandet.

# Transformasjonskart for respons- og oppfølgingstjenester 2025–2035

Transformasjonskartet som peker ut retning og milepæler for perioden 2025–2035 må forstås i lys av de sentrale driverne: *Akutt behov for arbeidskraft og omstillingsevne, teknologisk utvikling og federerte datamodeller, innbyggerens eierskap og kontroll over egne helseopplysninger, juridiske og regulatoriske endringer, behov for tydeligere skille mellom informasjon, teknologi og tjeneste.*

Med utgangspunkt i nåværende modell for organisering og drift av respons- og oppfølgingstjenester i kommunen(e) viser transformasjonskartet hvilken retning vi ønsker å bevege oss mot (visjon), og milepæler som bør nås underveis på kort og lang sikt.



## Fokusområder

*Transformasjonen av respons- og oppfølgingstjenester i Innlandet fram mot 2035 er delt inn i fire sentrale fokusområder:*

### Styring og finansiering

En felles og bærekraftig utvikling av responstjenestene forutsetter robuste og hensiktsmessige styrings- og finansieringsmodeller. Dette innebærer tverrsektoriell koordinering, felles målsettinger og klare ansvarsforhold. Det må etableres samarbeidsarenaer og avtaleverk som støtter opp under felles utvikling og gevinstrealisering. Finansieringen må ta høyde for både innledende investeringer, driftskostnader og videreutvikling, og den bør utformes slik at den fremmer samarbeid framfor fragmentering. I tillegg bør styringssystemene muliggjøre løpende evaluering og forbedring av tjenestene.

- **Kort sikt:** Fokus ligger på å etablere felles styringsstrukturer og avklare roller og ansvar for å legge grunnlaget for felles utvikling.
- **Lang sikt:** Målet er rettfærdige og bærekraftige finansieringsmodeller hvor kostnader og gevinster sees i sammenheng, og fordeles på en omforent måte.

### Tjenestemodell og struktur

Digitalisering åpner for nye måter å samordne tjenester på, uten at ressursene nødvendigvis må være fysisk samlokalisert. Dette har særlig betydning for distriktene, som kan beholde og videreutvikle lokale arbeidsplasser som betjener innbyggere også utenfor eget geografisk område. Samtidig gir det distriktene tilgang til spesialisert kompetanse som er lokalisert mer sentralt. Denne utviklingen gir nye muligheter for bedre ressursutnyttelse, ved at eksisterende ressurser kan tas i bruk på en mer fleksibel og effektiv måte; lokalmedisinske sentere, helsehus, nattbemanning på institusjoner, eksterne responssentre, legevakter og akuttmottak ved Mjøssykehuset.

Utviklingen peker mot mer fleksible og aktørinkluderende tjenestemodeller.

Innen 2035 skal tjenestene være organisert i en helhetlig og koordinert struktur, der alarmer og varsler i størst mulig grad automatisk rutes til den best egnede og tilgjengelige ressursen, uavhengig av organisatorisk tilknytning. Dette omfatter også ressurser i det sivile samfunnet. Det forutsetter en tydelig rolleavklaring, formaliserte samarbeidsformer og etablerte samhandlingsstrukturer mellom kommunale tjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten, frivillige, private aktører og pårørende.

En slik inkluderende og fleksibel tjenestemodell skal bidra til økt inkludering, samhandling, effektiv ressursbruk og trygghet for brukerne. Med mål om rett hjelp til rett tid, uansett hvor og når behovet oppstår.

- **Kort sikt:** Det skal gjennomføres behov- og ressurskartlegging og småskala utprøving av modeller og digitale verktøy (herunder bruk av KI).
- **Lang sikt:** En helhetlig og koordinert tjenestestruktur skal etableres med automatisk og intelligent ressursruting på tvers av aktører.

## Teknologi og datamodeller

Teknologi og federerte datamodeller er en nøkkelfaktor for å realisere visjonen om et sammenhengende respons- og oppfølgingssystem. Plattformene må kunne kommunisere på tvers av organisasjoner og nivåer, og understøtte sanntidsvarsling, intelligent ruting og sikker informasjonsdeling på tvers av aktører. Verktøy for triagering i kombinasjon med kunstig intelligens vil gjøre det mulig å rute oppgavene direkte til «riktig» respondent som er tilgjengelig og har rett kompetanse for oppgaven. Det kreves standardiserte grensesnitt, interoperabilitet og høyt fokus på datasikkerhet og personvern. Teknologien skal ikke bare understøtte arbeidsprosesser, men også bidra til økt kvalitet i tjenestene og bedre beslutningsgrunnlag for aktørene. Løsningene må være brukervennlige og fleksible nok til å møte lokale behov og framtidig utvikling.

- **Kort sikt:** Det legges vekt på å få på plass brukervennlige, lokale teknologiløsninger som er knyttet opp mot de nasjonale felleskomponentene som Kjernejournal, Pasientens måledata, Kritisk informasjon mm.
- **Lang sikt:** Målbildet er full plattformintegrasjon med sanntidsfunksjonalitet, kunstig intelligens og høy datasikkerhet.

## Kompetanse og opplæring

For å sikre at alle involverte aktører er rustet til å håndtere framtidens krav til tverrsektorielt samarbeid og teknologistøttede tjenester, er kompetanse og opplæring et sentralt fokusområde. Det skal utvikles strukturerte opplæringsløp for ulike roller i tjenestene – fra helsepersonell og ledere til støttefunksjoner og samarbeidspartnere. Spesielt viktig er digital kompetanse, kunnskap om alarmhåndtering og evne til å vurdere og respondere på varsler fra ulike kilder. Kompetanseheving skal være kontinuerlig og tilpasset både nye teknologier og endrede tjenestemodeller.

- **Kort sikt:** Kartlegging av kompetansebehov og utvikling av opplæringsløp står sentralt, sammen med utrulling av en digital kompetansepakke.
- **Lang sikt:** Det skal tilbys helhetlige opplæringsprogrammer og bygges strukturer for kontinuerlig kompetanseutvikling tilpasset ny teknologi og tjenesteutvikling.

## Innsiktsdialog med leverandører

I prosjektperioden har det blitt avholdt innsiktsdialogmøter med fem av de største plattform-leverandørene innenfor velferdsteknologi/helseteknologi i Norge. Hensikten med møtene var:

- 1) Diskutere teknisk mulighetsrom og begrensninger i dagens løsninger.
- 2) «Teste» framtidvisjonen.
- 3) Skape dialog og felles forståelse av feltet og retning på utvikling.

Oppsummert deler leverandørene i store trekk fremtidvisjonen, men peker på eksisterende barrierer som; utviklingskostnader og interoperabilitet for å realisere visjonen.

## Realisering av gevinster

Helseteknologi kan gi store gevinster for både innbygger, helsepersonell og kommunene, i form av effektivisering, kvalitet og trygghet (KS, 2023/2024). Visjonen og videre utvikling for respons- og oppfølgingstjenester i Innlandet frem mot 2035 illustrert i transformasjonskartet, legger til rette for realisering av gevinster ved helseteknologi gjennom smartere organisering, bedre samhandling, høyere kvalitet i respons og oppfølging, og understøtter helsetjenestens behov for bærekraftige helse- og omsorgstjenester:

- **Effektiv ressursbruk:** Ved å rute direkte til rett respondent uten for mange mellomledd, sikrer man at henvendelser og varsler håndteres av riktig instans/nivå, noe som reduserer unødvendig ressursbruk og frigjør tid til mer reell tjenesteyting.
- **Rett hjelp til rett tid:** Automatisk ruting av alarmer og varsler til riktig aktør i økosystemet bidrar til rask og målrettet respons, som styrker pasientsikkerheten og øker kvaliteten i tjenestene.
- **Bedre samhandling og koordinering:** Visjonen fremmer samarbeid mellom ulike aktører i helse og omsorgssektoren og ressurser utenfor denne sektoren, noe som er avgjørende for å skape helhetlige og effektive pasientforløp.
- **Økt brukervennlighet og trygghet:** En respons- og oppfølgingsstruktur som oppleves som sømløs og pålitelig, gir trygghet for både tjenestemottakere og pårørende.
- **Sikkerhet og fleksibilitet:** Ved en dynamisk organisering, legges det til rette for lokal tilpasning og endringer i tjenestebehov over tid.

## Hva skjer om vi ikke når visjonen?

Dersom Innlandet ikke lykkes i å etablere en helhetlig og koordinert modell for respons- og oppfølgingstjenester, vil konsekvensene bli særlig merkbare nettopp her – i et fylke preget av store geografiske avstander, aldrende befolkning og varierende tilgang på helseressurser. Uten felles visjon, helhetlig struktur, samordning og teknologi som muliggjør sømløs oppgavedeling, risikerer vi at dagens utfordringer forsterkes og at fremtidens helse- og omsorgstjenester blir både mer tilfeldige og mindre bærekraftige.

**Fragmentering og ineffektiv ressursbruk** vil føre til at alarmer og varsler håndteres langsommere og mindre presist. Helsepersonell må bruke tid på å koordinere, vurdere og videresende oppgaver manuelt. Dette øker belastningen på allerede pressede tjenester, særlig i små og mellomstore kommuner, og forsterker eksisterende kapasitetsproblemer.

**Økonomisk sett** vil manglende koordinering og samordning gi høyere driftskostnader. Uten felles løsninger må hver kommune investere i egne systemer, kompetansetiltak og bemanning, noe som gir dårligere skaleringseffekt og lavere gevinstrealisering av helseteknologiske investeringer. Dette kan føre til at nødvendige tiltak utsettes eller skrinlegges. Ikke på grunn av mangel på behov, men på grunn av mangel på kapasitet og samarbeid.

**Innbyggere i distriktene** vil rammes hardest. Uten teknologi som knytter sammen spredte tjenester og tilgjengeliggjør kompetanse på tvers, vil ulikheten i helsetilbud mellom sentrale og perifere områder øke. Mange distriktskommuner i Innlandet vil ha reelt dårligere forutsetninger for å møte befolkningens behov, og risikoen for at innbyggere får sen eller feil respons vil øke.

**Rekrutteringsutfordringer** vil også forsterkes. Et fragmentert system uten samordning og tydelig rolleavklaring vil fremstå som mindre attraktivt for nyutdannede helsearbeidere og teknologiske fagmiljøer. Samtidig vil det bli vanskeligere å beholde erfarent personell i en hverdag preget av uforutsigbarhet og merarbeid.

**Sosiale forskjeller** vil forsterkes dersom utviklingen fortsetter uten felles retning. Vi ser allerede konturene av et todelt helsesystem der ressurser og digital kompetanse avgjør kvaliteten på tjenestene man får.

# Videre prosess

Innsikten og kunnskapen som er utviklet og gjort tilgjengelig gjennom prosjektet, kan fritt benyttes av kommunene i det videre arbeidet. Hver kommune har selv ansvar for å videreutvikle respons- og oppfølgingstjenester tilpasset lokale behov og rammer.

Det pågår en rekke prosjekter både nasjonalt og i Innlandet som bør integreres i dette arbeidet. Disse representerer viktige bidrag i retning av å realisere den langsiktige visjonen, og vil kunne få økt effekt og gjennomslagskraft ved å inngå i en helhetlig kontekst. Det anbefales derfor å se prosjektene i sammenheng, ettersom koordinering og samordning er nøkkelfaktorer for å utvikle en helhetlig tilnærming. Blant relevante initiativer (listen er ikke uttømmende) er:

- Arbeidet med en helhetlig tjenestemodell
- Felles tjenesteutvikling
- Digital hjemmeoppfølging
- Bo trygt hjemme
- TØRN
- Helse 4.0
- Digitale sårtiltjenester
- En inkluderende og bærekraftig velferdsmodell (i samarbeid med Nyby)
- Flere lokale og regionale satsinger.
- Felles anskaffelsesprosess av ny elektronisk pasientjournal (EPJ-løftet Innlandet) er en sentral forutsetning for å kunne realisere visjonen.

Innsiktsarbeidet synliggjør både strukturelle avhengigheter som må håndteres på overordnet og administrativt nivå, og konkrete tiltak som kommuner og enheter allerede nå kan iverksette.

Slike tiltak kan gi rask effekt, samtidig som de legger grunnlaget for langsiktig utvikling.

Eksisterende initiativer vil kunne styrkes ytterligere gjennom tettere koordinering og samordning.

På et overordnet nivå peker prosjektet på behovet for å forankre visjon og videre arbeid i relevante strategiske samarbeidsfora. Dette vil bidra til bedre samordning mellom kommuner og helseforetak, redusere dobbeltarbeid og styrke den helhetlige utviklingen av et sammenhengende respons- og oppfølgingssystem i Innlandet. For å sikre eierskap til en felles visjon, er det nødvendig med en bred forankringsprosess – både på operativt og formelt nivå. Det anbefales at visjonen presenteres og behandles i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU), og at det gjennomføres en forankringsprosess etter modell fra «EPJ-løftet i Innlandet». I denne modellen ble det arrangert regionale og lokale workshops, der nøkkelpersonell ble invitert til å delta aktivt i utviklingsarbeidet.

Det er behov for å rekruttere «motorkommuner» som er villige til å gå foran, bygge kompetanse og prøve ut nye løsninger i småskala, som så kan skaleres og adopteres av andre når de er modne og effektene identifisert. Som et ledd i dette arbeidet tilbys kommunene i Innlandet oppfølging i form av rådgivning og støtte til å operasjonalisere det overordnede transformasjonskartet til sin lokale kontekst. Dette kan også gjennomføres som regionale eller lokale workshops, fasilitert av E-helse Innlandet i samarbeid med relevante aktører.

# Begrepsavklaringer

**Helseteknologi:** Samlebetegnelse for teknologi brukt i helse- og mestringsformål (NTNU, 2025)

**Velferdsteknologi:** Teknologiske hjelpemidler understøtter trygghet, mestring og selvstendighet hos tjenestemottakere (Helsedirektoratet, 2012). For eksempel trygghetsalarmer, GPS-sporing eller fallsensorer. Mindre grad av medisinsk oppfølging.

**Digital hjemmeoppfølging (DHO):** Strukturert oppfølging av pasienter i hjemmet i dialog med helsetjenesten. Gjøres ved hjelp av digitale løsninger, for eksempel ved at pasienten måler egne verdier (som f.eks. blodtrykk eller blodsukker) som sendes til helsepersonell via digitale plattformer eller følges opp via egenbehandlingsplaner. DHO muliggjør tidlig intervensjon og reduserer behovet for fysisk oppmøte (Helsedirektoratet, 2025).

**Oppfølgingstjeneste:** En tjeneste for digital hjemmeoppfølging som overvåker kliniske målinger og egenrapportering fra pasienter med kroniske lidelser som KOLS, hjertesvikt, diabetes og kreft, og gir oppfølging ved avvik via meldinger eller videosamtaler (Helsedirektoratet, 2025).

**Responstjeneste:** En responstjeneste er en 24/7-tjeneste som «tar i mot, vurderer, responderer og dokumenterer varsler fra velferdsteknologiske løsninger som tjenestemottakeren benytter» (Helsedirektoratet, 2017). Helsedirektoratet har i tidligere anbefalinger lansert to modeller for å organisere en responstjeneste:

1. **Sentralisert responscenter:** varslene vurderes og siles av personell på et «call senter» som mottar og svarer, og beslutter eventuell videre aksjon til utførende tjeneste.
2. **Direkte responstjeneste:** varsler styres direkte til andre definerte roller i helse- og omsorgstjenesten som opptre som utførende tjeneste. Kan for eksempel være hjemmebaserte tjenester, sykehjemvakt eller pårørende.

**Organisering:** I denne sammenhengen viser organisering til hvordan aktører, roller, arbeidsprosesser og teknologiske løsninger innen respons- og oppfølgingstjenester struktureres og samordnes for å sikre at varsler og hendelser håndteres effektivt og koordinert. Det omfatter ansvarsfordeling mellom aktører som kommuner og spesialisthelsetjeneste, bruk av teknologi for oppgavefordeling, og etablering av samarbeidsformer som gjør det mulig å utnytte ressursene på tvers av geografiske og organisatoriske grenser.

**Helhetlig:** I denne sammenhengen viser begrepet helhetlig til at ulike aktører og tjenester samhandler sømløst, slik at innbyggeren opplever et koordinert og sammenhengende tjeneste uavhengig av hvem som leverer hjelpen.

**Triagering:** Systematisk prioritering av oppgaver, varsler eller pasienter basert på alvorlighetsgrad og hastebehov. Brukes for å sikre at riktig ressurs responderer på riktig oppgave til rett tid (Helsedirektoratet, 2025).

**Interoperabilitet:** Evnen til ulike teknologiske systemer og plattformer å samhandle og utveksle data på en sikker og effektiv måte. Dette er en forutsetning for sammenhengende digitale helsetjenester (Direktoratet for e-helse, 2025).

**Kunstig intelligens (KI):** Teknologi som gjør det mulig for datamaskiner og systemer å utføre oppgaver som normalt krever menneskelig intelligens, som å lære, forstå språk, gjenkjenne mønstre og ta beslutninger. Brukt i helse for blant annet prediktiv analyse, beslutningsstøtte og automatisk håndtering av varsler (Digdir.no, 2025).

**Prediktiv analyse:** Bruk av historiske og sanntidsdata til å forutsi fremtidige hendelser, for eksempel forverring av en pasients helsetilstand (Innowise, 2025). Brukes som støtte i tidlig intervensjon.

**Transformasjon (digital transformasjon):** En prosess der virksomheten endrer (en grunnleggende og omfattende endring, og ikke en mindre justering) hvordan den utfører sine oppgaver, tilbyr bedre tjenester, jobber mer effektivt eller skaper helt nye tjenester. Brukerfokus og brukeropplevelsen er selve kjernen i endringen, og baserer seg på utnyttelse av digital teknologi. Digital transformasjon er redesign av en virksomhet på alle nivå – folk, prosesser, teknologi og styring (Digdir, 2025).

**Federert datamodell:** En federert datamodell er en måte å strukturere og dele data på, der informasjonen ikke samles i ett sentralt register, men i stedet forblir lagret hos de ulike aktørene som eier eller produserer dataene. Disse aktørene, for eksempel sykehus, kommuner eller fastleger, kobles sammen gjennom standardiserte grensesnitt og felles protokoller som gjør det mulig å hente og bruke data ved behov, uten at informasjonen flyttes.

I helsesammenheng betyr dette at pasientdata kan deles sikkert og effektivt mellom tjenester (som fastlege, spesialist og kommune) uten at all informasjon må samles i én sentral journal. Dette styrker både personvernet, fordi dataene kontrolleres lokalt, og samhandlingen, fordi data kan tilgjengeliggjøres i sanntid når det trengs (Domo, 2025).

# Kilder

Digitaliseringsdirektoratet. (u.å.). Digital transformasjon – Veikart og begrepsavklaring. Hentet fra <https://www.digdir.no>

Digitaliseringsdirektoratet. (u.å.). Kunstig intelligens. Hentet fra: <https://www.digdir.no/kunstig-intelligens/kunstig-intelligens/4132>

Direktoratet for e-helse. (u.å.). Interoperabilitet og plattformintegrasjon i helse- og omsorgssektoren. Hentet fra <https://www.ehelse.no>

Domo. (u.å.). A guide to data federation: Everything you need to know. Hentet fra: <https://www.domo.com/learn/article/a-guide-to-data-federation-everything-you-need-to-know>

Helsedirektoratet. (2012). Velferdsteknologi – Fagrapport. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrapport>

Helsedirektoratet. (2017). Anbefalinger for responstjenester i kommunene. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (u.å.). Digital hjemmeoppfølging – Veiledere og anbefalinger. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/omsorgstjenester/velferdsteknologi/digital-hjemmeoppfolging>

Helsedirektoratet. (u.å.). Triagering ved legevakt. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonale-kvalitetsindikatorer-for-legevakt/triagering-ved-legevakt>

Innlandet fylkeskommune. (2024). Framtidsanalyse: Demografi og tjenestebehov i Innlandet.

Innlandsstatistikk.no. (u.å.). Hentet fra <https://www.innlandsstatistikk.no>

Innowise. (u.å.). Forebygging av det som kan forebygges: Bruk av prediktive analyser i helsevesenet. Hentet fra: <https://innowise.com/nb/blog/predictive-analytics-in-healthcare/>

KS. (2023). Gir helseteknologi forventede gevinster? Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/bbe27d001a51491cb25acf1edf58ed67/Sluttrapport-Gir-helseteknologi-forventede-gevinster.pdf>

KS. (2024). Digital samhandling for helhetlige pasientforløp – kvalitet og effektivitet (OE-rapport 2024:50). Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/bbe27d001a51491cb25acf1edf58ed67/OE-rapport-2024-50-Digital-samhandling-for-helhetlige-pasientforlop-kvalitet-og-effektivitet-20122024.pdf>

PA Consulting. (2025). Organisering og drift av responstjenester

NTNU (u.å.). Hva er helseteknologi? Hentet fra: <https://www.ntnu.no/inb/helseteknologi>

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023). Voksende byer og aldrende bygger. Hentet fra <https://www.ssb.no>