

PASIENTAPPER

Digital teknologi er trukket frem som en av flere løsninger på kapasitetsutfordringene i helsevesenet. Mangelen på helsepersonell gjør at vi må jobbe annerledes eller smartere for å øke effektiviteten, og da bør vi bli bedre på å utnytte potensialet som ligger i å ta i bruk ny teknologi. Gode pasientapper har et potensiale for å kunne avlaste helsepersonell. Ved å tilby kvalitetssikrede pasientapper kan vi sette pasienten i bedre stand til å ta vare på og mestre egen helse, samt at de kan ta mer informerte valg om videre behandling. Slike pasientapper kan også effektivisere helsetjenesten ved å overføre oppgaver fra helsepersonell til pasienten selv, og ved å gjøre behandlingen tilgjengelig når pasienten faktisk har behov for det. Dette kan videre redusere ventetiden for pasienter som faktisk har behov for å møte helsepersonell.

Pasientapper med medisinsk formål er apper som bidrar til diagnostisering, forebygging, overvåking, prognose, behandling eller lindring av sykdom. Slike apper faller inn under EU-forordningen om medisinsk utstyr. Dette innebærer at appen må sertifiseres og CE-merkes før pasienter kan ta den i bruk. Arbeidet med å utvikle og få CE-godkjenning av apper med medisinsk formål er en svært langdryg og ressurskrevende prosess. Om hjelp skal kjøpes av kommersielle aktører som har spesialisert seg på dette, kan kostnaden per app komme på flere millioner kroner.

Appene må driftes og holdes oppdaterte både faglig og teknisk. Dette krever finansiering. Det offentlige bidrar i stor grad til utvikling og uttesting av pasientapper gjennom tildeling av utviklings- og forskningsmidler, men det er få muligheter til støtte til kostnader for å drifte og oppdatere apper som er ferdig utviklet.

Selv om vi har vitenskapelig dokumentasjon på at pasientapper fungerer, gjør et omfattende regelverk, store krav til dokumentasjon, manglende økonomiske incentiver og stort produsentansvar at mange apper ikke kommer forbi pilotfasen. Dette gjør at gode pasientapper aldri kommer pasienter og helsevesenet til gode.

I flere land, blant annet Tyskland, Belgia og Frankrike, er appene blitt en del av det offentlige helsetilbudet gjennom ordninger med pasientapper på resept.

I Tyskland og Frankrike er det i tillegg en fast-track løsning, hvor apper som oppfyller en rekke krav til dokumentert effekt, sikkerhet, kvalitet, datasikkerhet og personvern blir foreløpig inkludert på blåreseptlisten i løpet av 3 måneder. Produsenten har deretter 12 måneder på seg til å skaffe tilstrekkelig evidens for positive effekter, før endelig godkjenning og prisforhandlinger.

Apper som har et medisinsk formål bør innlemmes i reseptordningen også her i Norge, og det bør etableres en lignende fast-track løsning som i Tyskland og Frankrike. Dette vil bidra til at apper med dokumenterte positive medisinske effekter kommer pasientene og helsevesenet til gode.

HØYERE YRKESFAGLIG UTDANNING FOR FLYKTNINGER

Prosjekterfaringer fra Fagskolen Diakonova

Helse- og omsorgssektoren står overfor en kritisk bemanningsutfordring, med behov for om lag 180 000 flere ansatte innen 2060. Samtidig er kompetansen blant flyktninger i Norge i stor grad underutnyttet. Dette krever nye, målrettede kvalifiseringsmodeller. [Fagskolen Diakonova](#) har gjennomført et pilotprosjekt på høyere yrkesfaglig utdanning for flyktninger.

[Prosjektet](#) fikk 2 mill. kr. fra HK-dir. (2023–2025), og modellen kombinerte 15 studiepoeng i *Helse og aldring i et aldersvennlig samfunn* med parallell fagopplæring, målrettet språkopplæring og veiledet praksis i sykehjem for flyktninger med bakgrunn i helse og omsorg. Kjernen i modellen er dedikerte samarbeidspartnere, tilpasset studiemateriale, trygge små læringsgrupper med tett oppfølging, autentisk språktrening og økonomisk godtgjort praksisveiledning

Alle 18 deltakere i pilotprosjektet fullførte, 56 % besto eksamen, 33 % nådde B1-nivå i norsk, og 78 % fikk tilbud om jobb.

Resultatene dokumenterer at modellen gjør at overgangen til arbeidslivet går 2–3 år raskere enn i tradisjonelle løp, og med stor samfunnsøkonomisk gevinst.

Modellen utviklet av Fagskolen Diakonova kan skaleres nasjonalt og til flere sektorer. For å dekke fremtidig arbeidskraftbehov kreves det en nasjonal politikk på områdene: varig finansiering, insentiver til praksissteder og fleksible opptak basert på realkompetanse.

PRAKSISNÆR HELSEUTDANNING ALLEREDE PÅ VIDEREGÅENDE SKOLE-NIVÅ

En praksisnær profilskole

På Diakonhjemmet utvikles det en praksisnær profilskole. [Den videregående skolen](#) skal ha cirka 200 yrkesfaglige og 600 studiespesialiserende elevplasser.

Skolen skal stå ferdig i 2029 og ha en helse- og oppvekstfaglig profil. Den er samlokalisert med Diakonhjemmets virksomheter på området; sykehuset, Omsorg+boliger, et nytt sykehjem, en høyskole og en fagskole. Denne samlokaliseringen vil gi samtlige elever gode muligheter for praksisstudier, lærlingeplasser, hospitering og første erfaring med fagutvikling, forskning og innovasjon.

Det er inngått en skolefaglig samarbeidsavtale mellom Diakonhjemmet og Oslo kommune. Samarbeidsavtalen skal bidra til at skolen utvikles til å ha et relevant, spennende, innovativt og praksisnært innhold. Den er en sentral del av [Diakonhjemmet hage](#) og vil også kunne være en god tilvekst til helsenæringen.

Diakonhjemmet har tro på denne modellen, og at tilsvarende skolefaglige samarbeidsavtaler mellom profilskoler og kommuner skal kunne etableres også andre steder i Norge. Dette vil være en relevant modell for å få flere unge elever tidlig inn i en helse- og omsorgsfaglig utdanning, tilby varierte karriereløp og dermed bidra til å dekke fremtidens behov for faglærte i sektoren.

UNIVERSITETSSYKEHJEM

Universitetssykehjemmet som er under oppføring på Diakonhjemmet blir Oslos nest største sykehjem. Det skal være både et vanlig sykehjem som vil ha som primær oppgave å yte gode tjenester til brukerne, og en arena og samarbeidsstruktur for utdanning, fagutvikling, forskning og innovasjon. Det skal bidra til å styrke kvaliteten i eldreomsorgen.

Konseptet er under utvikling og prosjektet er igangsatt med mål om å utvikle, implementere og evaluere en modell for helhetlig eldreomsorg. Modellen vil integrere utdanning, praksis, spesialisthelsetjeneste og kommunale omsorgstjenester.

Brukere vil oppleve pasientsentrert omsorg. Studenter og ansatte vil oppleve tverrprofesjonell læring og innovasjon. Forsknings- og utviklingsarbeid vil understøtte kunnskapsbasert praksis. Diakonhjemmet skal utvikle modeller som kan anvendes i andre sykehjem i andre kommuner.

Fakta om nytt sykehjem på Diakonhjemmet

- 138 langtidsplasser
- Areal på 12 638 m² fordelt på syv etasjer,
- Tilhørende utearealer, sansehage, park
- Gangforbindelse til og fra omsorgsboligene i Diakonveien Omsorg+.

Utbyggingsaktiviteter startet 4. august 2025; jfr [Nytt sykehjem](#) .

EN DIAKON SOM JOBBER MED BYUTVIKLING

Stillingen som prosjektdiakon er helt nyopprettet og skal jobbe med byutvikling i [Diakonhjemmet hage](#). Diakonens arbeid faller inn under paraplyen «sosial innovasjon».

Diakonhjemmet hage er et utbyggings- og utviklingsprosjekt utformet for å skape fremtidens helse- og velferdstjenester sammen med Diakonhjemmets virksomheter; sykehuset, høyskolen, fagskolen, omsorgstjenester og med nye partnere. Derfor er vi i gang med å bygge rundt 100.000 kvadratmeter med nye bygg på en tredjedel av eiendommen. Men visjonen handler om mer enn bygg. Diakonhjemmet skal skape et levende og inkluderende miljø.

Hvorfor en diakon til dette arbeidet?

En diakon har samskaping, innovasjon og nettverksmetodikk i sin kompetanse og verktøykasse. Det brukes til å knytte ulike miljøer sammen innad i konsernet, sammen med bydel, menigheter, skoler og andre aktører i lokalsamfunnet. En diakon har også kompetanse innen kirkefag, og bidrar i vår leveranse av omsorgstjenester med ansvar for alle mennesker, uavhengig av livssyn. På denne måten vil diakonen veve bydelen og Diakonhjemmets virksomheter sammen.

Nybrott arbeid med følgeforskning

Metodikken har ført til igangsetting av et forskningsbasert prosjekt “[Meningen med meg](#)” i bydel Vestre Aker i Oslo. Prosjektet skal bidra til at unge mennesker kan føle seg grunnleggende trygge i livet og sin identitet. Diakonhjemmet vil i samarbeid med VID vitenskapelige høgskole, Røa menighet og bydelen etablere et tilbud for unge mellom 13 og 19 år. I løpet av 6 samlinger er målet å øke deltakernes motstandskraft og grunnleggende trygghet i livet. Prosjektet har fått innovasjonsmidler fra Kirkerådet til å videreutvikle og forske på samtaleopplegget.

Samskaping og sosial innovasjon er særlig egnet for å identifisere og treffe behovene til brukergrupper som ikke har en sterk røst i offentlige institusjoner og prosesser, og til å bygge tillit og demokratiske verdier, gjennom å involvere ulike aktører i utviklingsarbeid.

På Diakonhjemmet går vi nye veier og tenker nytt rundt byutvikling. Vi bidrar gjerne i å utvikle arenaer for erfaringsdeling og samarbeid med samfunnsaktører som er interessert i å fremme sosial innovasjon og samskaping.

3 INNSPILL TIL MEKANISMER SOM KAN ØKE INNOVASJONSTAKTEN

Hvordan kan smart bruk av reguleringsmekanismer i anbudprosesser sikre at investeringer i digitale løsninger gjenbrukes?

Det offentlige Norge, både stat og kommune, investerer betydelige midler i digitale løsninger som del av sin tjenesteutvikling til innbyggerne. Tjenester bygges opp ved hjelp av digitale verktøy som kan være utviklet av det offentlige eller i det private markedet.

Regulering av anskaffelsesregelverket, f.eks. når sykehjem legges ut på anbud, bør legge opp til at digitale investeringer tilbys fra stat eller kommune til selvkost, og dermed inngå som en del av tjenesten. Målet er å sikre størst mulig gjenbruk av investeringer, som igjen vil bidra til en større effektivitet når tjenester flyttes fra det offentlige til det private markedet, til ideelle eller kommersielle aktører.

Utvikling av trepartsavtaler mellom kommuner, KS og ideelle aktører

Offentlige aktører anvender betydelige midler til store digitale helseløsninger. Gjennom regionalt samarbeid sikres felles utvikling, samordning og deling mellom sykehusene/helseforetakene, offentlige og private / ideelle aktører innenfor spesialisthelsetjenestene i samme region.

Det finnes derimot liten grad av samarbeid mellom kommunene og private/ideelle aktører hva angår kommunale omsorgstjenester som er levert av ideelle/private aktører. Kommunene ivaretar sine samarbeid og utviklingsløp enten direkte med samarbeidsaktørene, mellom en gruppe av kommuner eller ved bruk av KS.

Deltakelse fra de ideelle organisasjonene bør bli inkludert i utviklingsløpene og inngå som en naturlig del av kommunesektorens samarbeid uten at dette blir sett på som en konkurransemessig utfordring. Gitt at det kommer et offentlig register og en definisjon av ideelle velferdsaktører forankret i lov, som forespeilet av regjeringen, bør dette bli mulig.

For å få dette til, bør store omsorgsleverandører innlemmes i avtaleverket mellom KS og staten/kommunene, gjerne som egen avtalepart. På denne måten vil en avtalemessig struktur danne grunnlag for at ideelle velferdsleverandører kan inngå i f.eks. helsefelleskapene, i digitaliseringsnettverk eller tilsvarende. Slike avtaler vil kunne klassifiseres som et pedagogisk samhandlingsverktøy og åpne for raskere utprøving av løsninger.

Andre finansieringskrav kan legges inn i driftsavtaler innenfor offentlig velferd

Når det offentlige utlyser driftskontrakter innenfor offentlig velferd bør det settes krav om avsetning av innovasjonsmidler i kontraktene. Det kan f.eks. gjelde statlig finansiering hvor kommunene kan tildeles midler. En viss prosentandel

av kontrakter kan knyttes til utvikling, med forutsetning om at utviklingen kan skje på tvers av sektorene eller ikke avgrenses til å følge én sektor.

Flere krav kan stilles i slike kontrakter:

- Løsninger som tas frem av den private/ideelle kontraktspart leveres tilbake til det offentlig «Free of Charge».
- Løsninger som testes ut skal kommuniseres nasjonalt og deles.
- Synliggjøring og formidling av metodebruken og kunnskapsoppsummering. Dette bør gjelde både vellykkede og ikke vellykkede innovasjoner.