



Sammen skaper vi fremtidens helsetjenester

# Velkommen til Health2B workshop

## Styrket samhandling i akuttsløyfen



29. april 2026 kl 13-16



## - partnerskap og arena for åpen innovasjon

Etablere kultur og metodikk for offentlig-privatsamhandling

Øke gjensidig forståelse av behov, infrastruktur og kompetanse

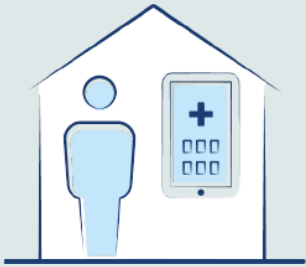
Bidra til raskere og mer målrettet utvikling og bruk av teknologi og tjenester



*\*Strategiske fokusområder 2024-2026 vedtatt av Partnermøtet. Er ikke eksklusive for at H2B kan engasjere seg på andre områder. Ny runde planlagt høst 2026.*

# H2B strategiske fokusområder og arbeidsgrupper

1



## HJEMMEBEHANDLING

Bidra til utvikling og bruk av teknologi og tjenester som understøtter **hjemmebehandling**

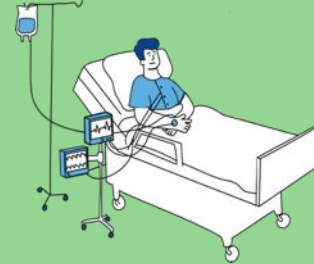
2



## INFRASTRUKTUR TEST

Styrke **digital testinfrastruktur** for utvikling av ny teknologi

3



## SENGEPOST

Bidra til utvikling og bruk av teknologi og tjenester som understøtter **digitalisering av sengepost**

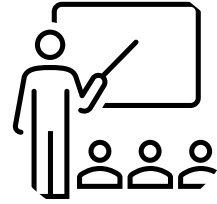
A large dark blue circle containing a red cross at the top left. Inside the circle, the number '4' is in a white circle. Below the circle, there is an illustration of four people (two women and two men) holding large white puzzle pieces. One person is holding a piece that fits into the large circle above.

4

STRATEGI FOR H2B

Utvikle kultur og metodikk for åpen innovasjon og samhandling

# Sengepostgruppen 2025-2026



Christian Skattum  
OUS

Dag Ausen (Heidi  
Udnesseter)  
DNV Imatis

Studenter

Morten Olafsen  
Telenor

Siril Kleiven  
OUS  
Barnemedisinsk  
sengepost

Gabrielle Aafos  
OUS  
Barnemedisinsk  
sengepost

Mia Kråkstad  
Martin Foss  
Iqvia

Andre Strømstad  
Oslo Kommune

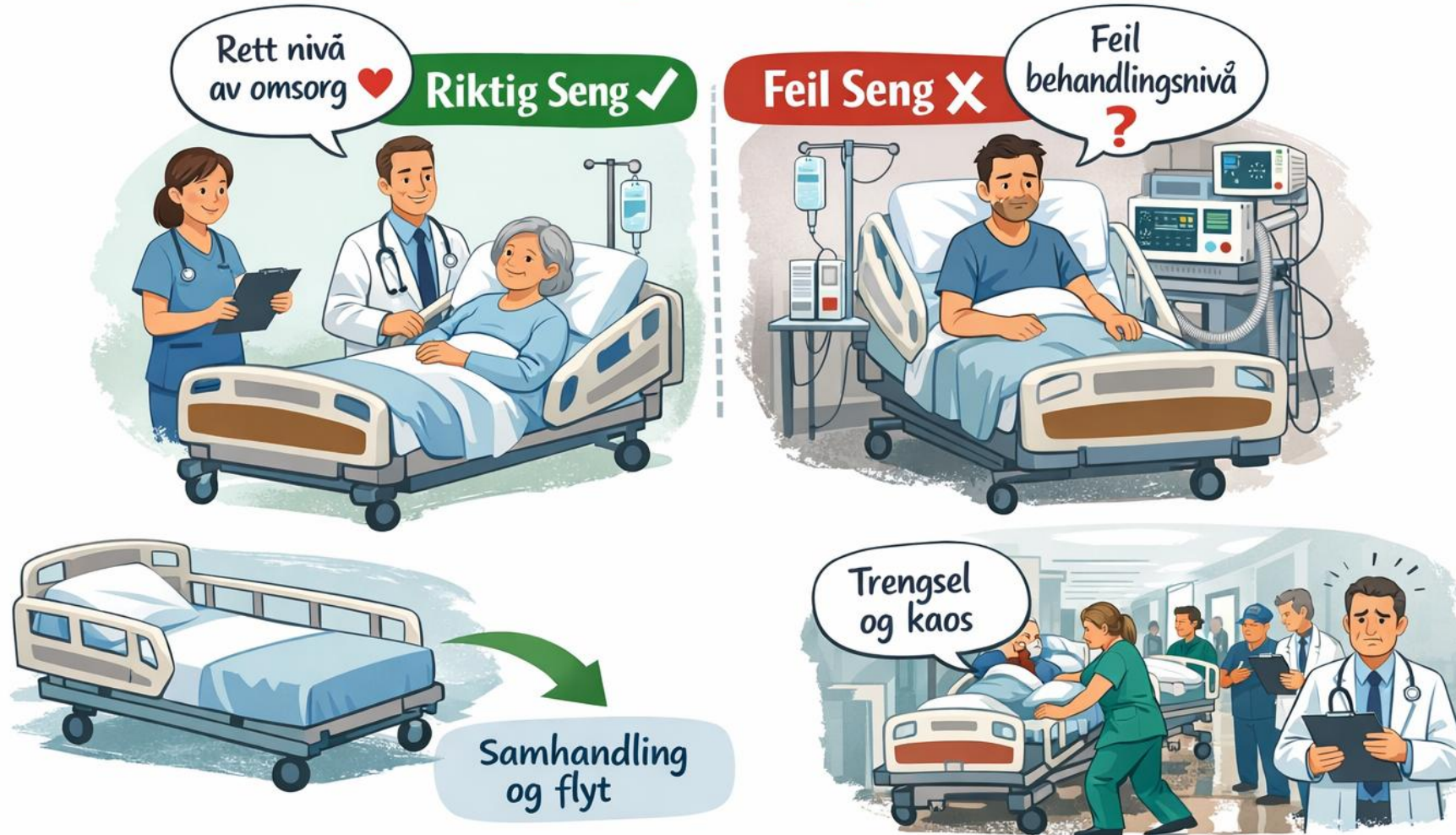
Dag Vågan  
Helseetaten  
Oslo

# Formål med Workshop akuttsløyfe

Samle ulike perspektiver for å utforske:

- hvilke utfordringer og behov som preger dagens akuttforløp
- hvordan teknologi, infrastruktur og datadeling kan støtte bedre koordinering
- hvor nye samarbeidsformer mellom kommune, sykehus og industri kan gi størst gevinst
- hvilke områder som bør prioriteres for videre felles utvikling og innovasjon

# Har vi de rette pasientene i de riktige sengene?



# Agenda

13.00 – 13.05 Velkommen til H2B v/Elen Høeg

13.05 – 13.15 Velkommen v/Christian Skattum, OUS, André Strømstad, Oslo kommune

13.15 – 13.30 Hva forteller statistikken oss? v/Martin Foss, IQVIA

13.30 – 14.20 Pasientstrøm Trondheim – bakgrunn, simulering/optimering, HARMONI-prosjektet v/Anders Gullhav og Joe Viana

14.20 – 14.30 Spørsmål Q&A

14.30 – 14.45 PAUSE

14:45 – 15:30 Workshop: har vi de rette folka i de rette sengene - og de rette folka rundt?



STYRKET SAMHANDLING I AKUTTSLØYFEN

# Hva forteller statistikken?

Health2B Workshop  
29.04.2026

Martin Foss, Senior Consultant  
[martin.foss@iqvia.com](mailto:martin.foss@iqvia.com)

# Samhandling i akuttsløyfen - et nasjonalt prioritert tema

*Samhandling er ikke nok – uten felles situasjonsforståelse*

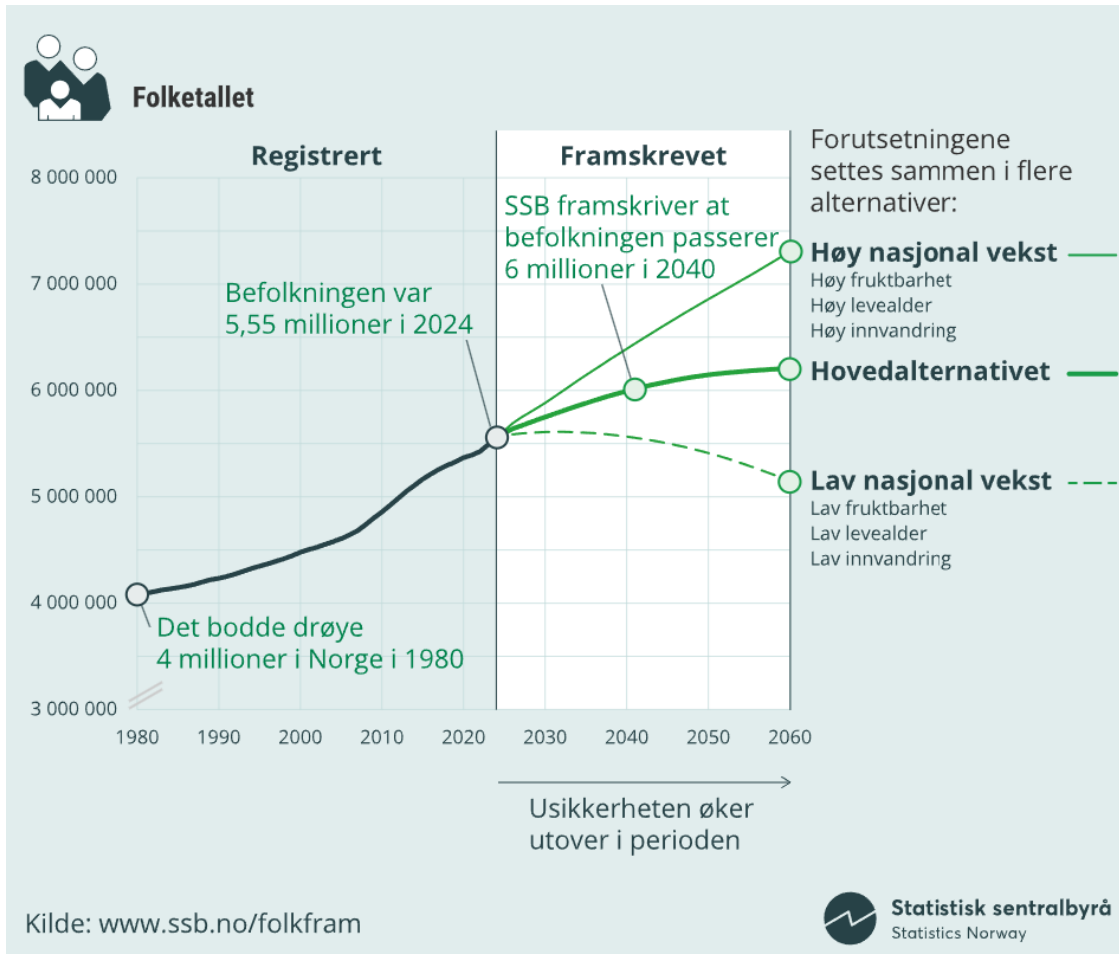
- Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er fragmentert på tvers av kommune og helseforetak.
- Flere eldre og flere hjemmeboende med komplekse behov øker presset i hele kjeden.
- Stortinget etterlyser bedre sammenheng, planlegging og prioritering, ikke flere enkelttiltak.
- Regjeringen pålegger kommuner og helseforetak å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede.
- Digitale løsninger og beslutningsstøtte løftes frem som nødvendige virkemidler.

Spørsmålet er derfor ikke om akuttsløyfen kommer under press, men **hvor** og **hvor raskt**



# Demografisk utvikling

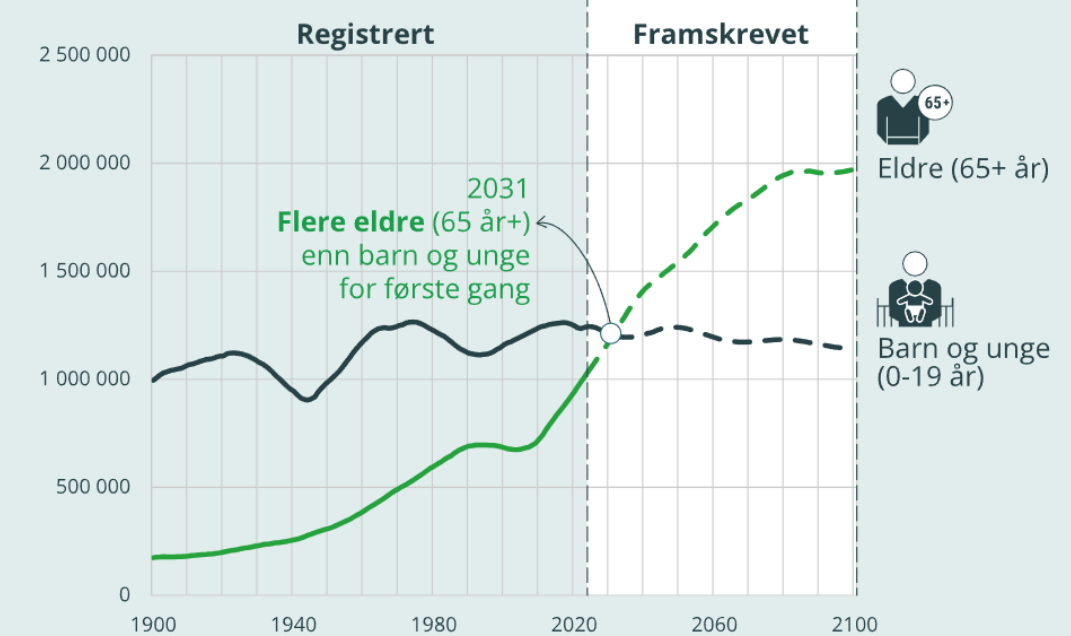
Flere innbyggere – og et tydelig skifte mot en eldre befolkning



## Flere eldre enn barn og unge

### Folkemengden i to aldersgrupper

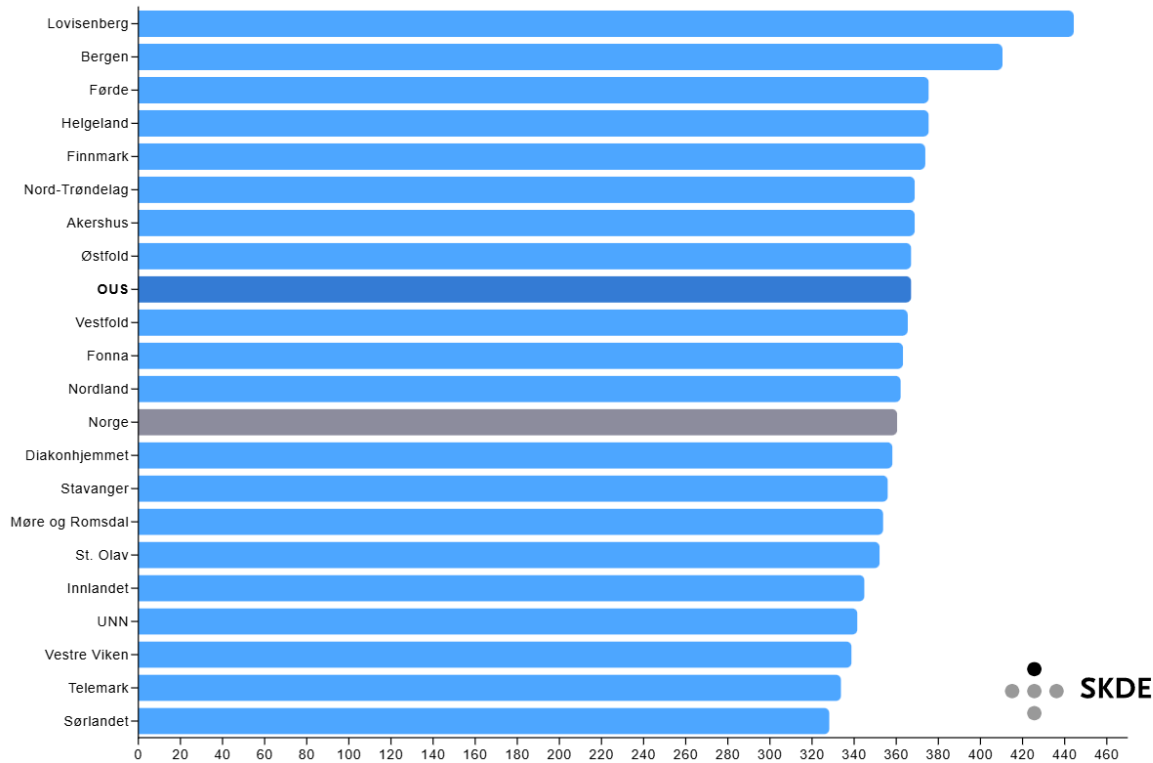
Hovedalternativet (MMM)  
Personer



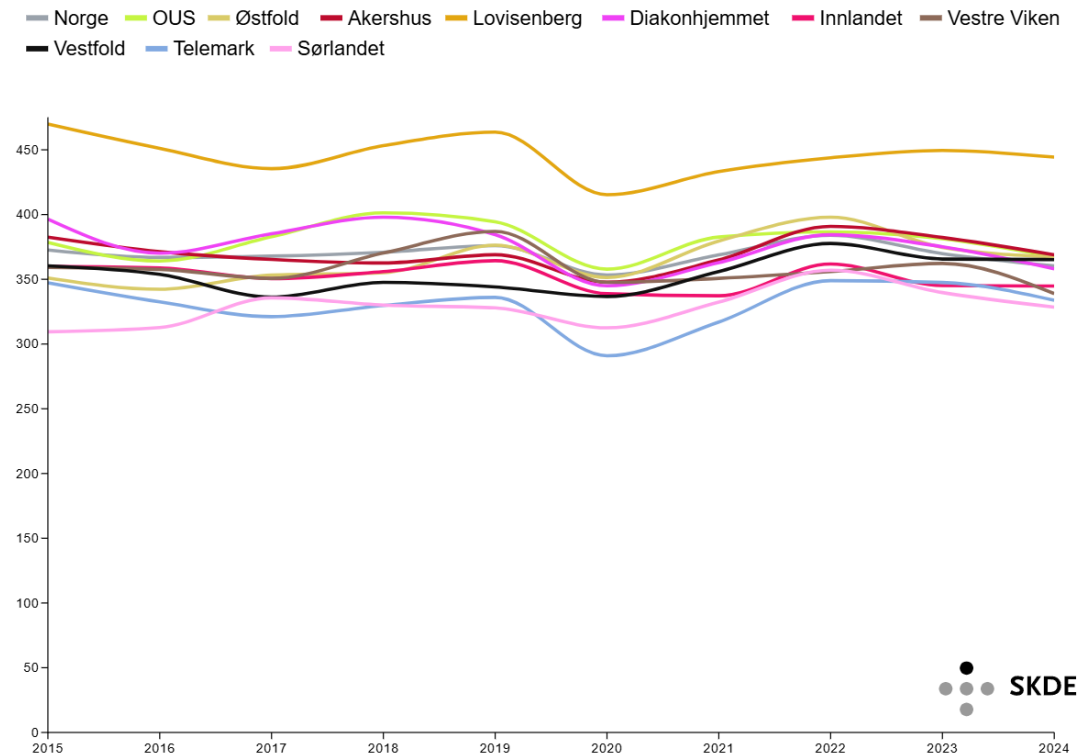
# Innleggesrate

Stabil rate for akuttinnleggelser

## Antall akuttinnleggelser pr 1 000 innbyggere, 75 år og eldre



## Antall akuttinnleggelser pr 1 000 innbyggere, 75 år og eldre



# Antall akuttinnleggelser

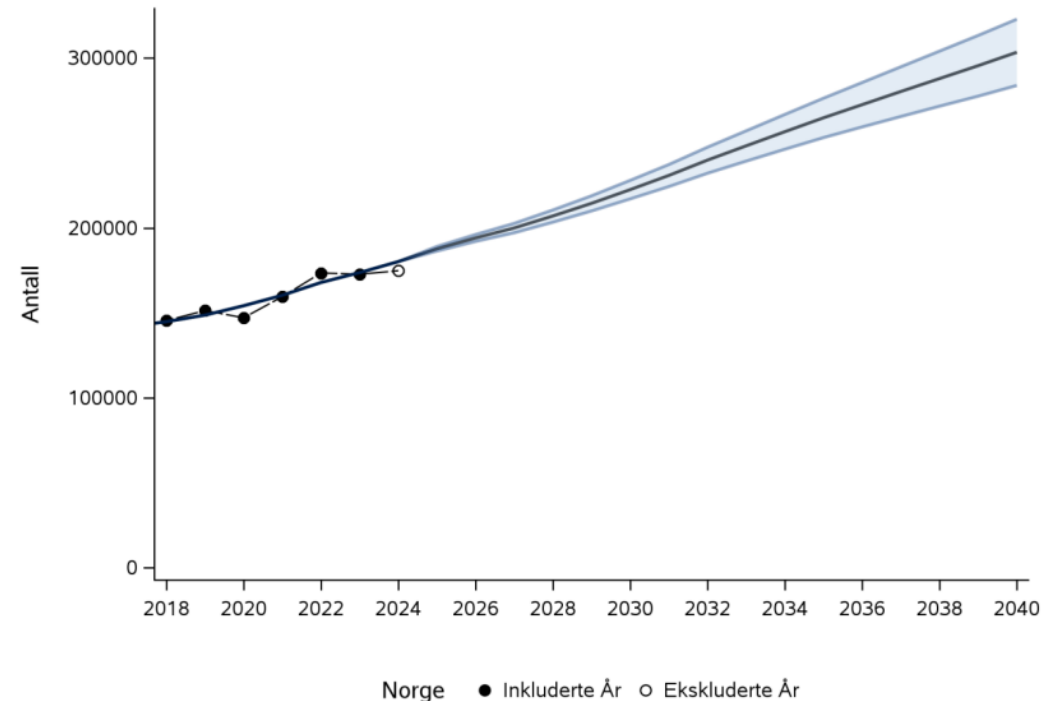
## Demografien driver vekst i akuttbelastning

Utviklingen er godt dokumentert og bemerkelsesverdig stabil i «bruksmønster»:

- Akuttinnleggelser blant eldre (75+) har økt med ~25 % nasjonalt (2018–2024)
- Økningen drives av flere eldre – ikke hyppigere bruk (stabil rate per 1 000)
- Demografien alene forklarer veksten i akuttbelastning

Dette betyr at **fremtidig akuttpress** i stor grad er **forutsigbart**

Observert og estimert antall akuttinnleggelser av pasienter 75 år og eldre i perioden 2018 – 2040.



Kilde: NPR/SSB

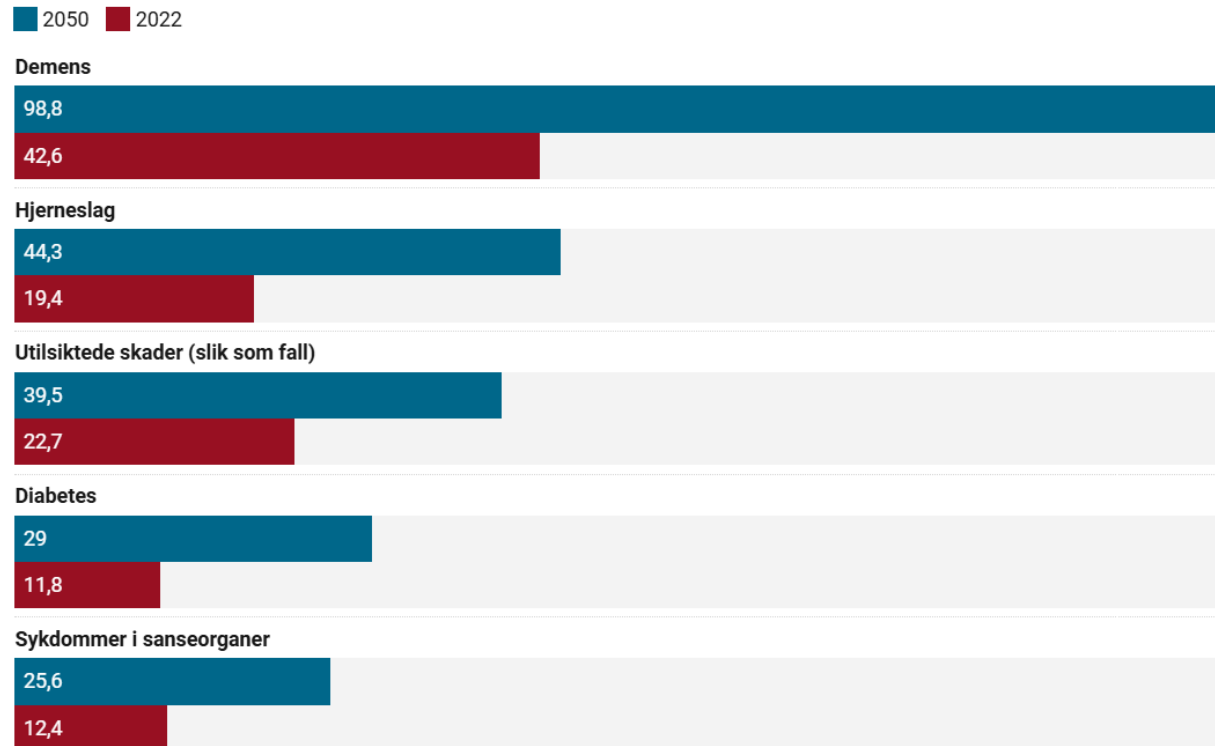


# Hva koster ulike sykdommer i helsevesenet?

## Framskrivning av helseutgifter

### Helseutgifter 2022–2050

Diagrammet viser topp 10 sykdommer/helsetilstander forskere anslår vil få den største økningen i helseutgifter mellom 2022–2050. Alle beløp er oppgitt i milliarder norske kroner justert til 2019-verdi.



Kinge et al. BMC Medicine (2025) 23:116  
https://doi.org/10.1186/s12916-025-03917-2

BMC Medicine

RESEARCH Open Access

### Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022–2050

Jonas Minet Kinge<sup>1,2\*</sup>, Henning Øien<sup>1,2</sup>, Joseph L. Dieleman<sup>3</sup>, Bjørn-Atle Reme<sup>1,2</sup>, Ann Kristin Skirind Knudsen<sup>4</sup>, Geir Godager<sup>1</sup>, Geir Selbæk<sup>5,6,7</sup>, Jan C. Frich<sup>1</sup>, Enis Banş<sup>8</sup>, Christopher J. L. Murray<sup>9</sup> and Stein Emil Vollset<sup>1,4</sup>

**Abstract**  
**Background** This study forecasts total and cause-specific health expenditures in Norway to 2050 and quantifies the contribution of four key drivers—total population growth, population aging, changes in disease prevalence, and cost per case—on future health care spending.  
**Methods** We forecast spending for 116 health conditions in Norway from 2022 to 2050, using historical and forecasted data of population growth, disease prevalence, gross domestic product (GDP), health spending, and residual factors. Our analysis included a reference scenario that forecasted disease-specific health spending; two alternative scenarios examining the effects of alternative unit cost developments; and a scenario examining the consequences of improved behavioral and metabolic risk factors.  
**Results** Health spending increased from 10.6% (95% uncertainty interval, 10.2–11.1) of GDP in 2022 to 14.3% (13.0–15.7) in 2050 in the reference scenario. Among the top aggregate causes of Norwegian health spending in 2022, the spending for neurological disorders rose the most, from 1.7% (1.6–1.8) to 2.7% (2.3–3.1) of GDP; surpassing mental and substance use disorders which rose from 2.2% (2.1–2.3) to 2.4% (2.2–2.6) of GDP. Of the 116 single conditions analyzed, dementias accounted for the highest spending in 2022. This expenditure was forecasted to increase considerably from 1.1% (1.09–1.2) to 1.9% (1.6–2.2) of GDP by 2050, largely due to population aging. Spending on other old-age-related conditions like falls, stroke, and diabetes, was also forecasted to increase. Increased population, aging, and spending per case contributed to increased future spending. Reduced behavioral and metabolic risks were forecasted to increase the number of elderly persons and reduce age-specific disease prevalence but had little impact on forecasted health spending.  
**Conclusions** Health spending growth was forecasted regardless of the scenario, and Norway needs to plan for this. However, policymakers can curb total spending growth, while maintaining health care quality and output, by ensuring more efficient allocation and effective use of resources. While the overall impact of behavioral and metabolic risk reductions on total healthcare spending was modest, reducing risk factors is needed if countries aim to achieve a healthier, longer-living population.  
**Keywords** Health expenditures, Forecasting, Health policy, Behavioral risk factors, Aging

\*Correspondence: Jonas Minet Kinge  
jonasminet.kinge@helse.no  
Full list of author information is available at the end of the article

**BMC** © The Author(s) 2025. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Når demografi møter DRG-logikk

*Eldre akuttpasienter driver en større andel av ressursbruken per innleggelse*

Når flere eldre akuttpasienter kommer inn i systemet, slår DRG-logikken direkte ut i kostnader og kapasitet:

- Eldre akuttpasienter ligger sjelden på gjennomsnittlig ressursnivå
- Komorbiditet, komplikasjoner og liggetid driver høyere DRG-vekter
- Små endringer i volum innen slike profiler blir systemkritiske

## Typiske DRG-spenn for eldre, akutte forløp

Akutt forløp (eldre)	Typisk kostnadsvekt	Estimert kostnad
Ukomplisert medisinsk	~0,8–1,0	~40–55 000 NOK
Med komorbiditet	~1,3–1,8	~70–95 000 NOK
Med komplikasjoner	~2,0–3,0	~105–155 000 NOK
Slag – akutfase	~2,5–4,0	~130–210 000 NOK

*Kilde: Helsedirektoratet – [Kostnad per pasient \(KPP\)](#) og [DRG-kostnadsvekter \(ISE\)](#).  
Tallene er illustrative intervaller basert på KPP-data brukt til beregning av DRG-vekter, samt offentlig tilgjengelige DRG-vekter og KPP-eksempler*

### Implikasjon for akuttsløyfen

Når flere pasienter havner i kostnadsstunge DRG-grupper, kan små forskjeller i vurderinger og pasientflyt i akuttkjeden få store kostnads- og kapasitetsmessige konsekvenser.

# Oslo kommune

Oslo er én av Norges tyngste aktører i eldreomsorgen – og tett koblet til akuttkjeden



- Ca. 46 000 innbyggere er 75+ år i Oslo kommune
- Helse- og omsorg er Oslo kommunes største utgiftspost: 25,3 % av kommunens budsjett (Sammenligning: Bergen 35,4 %, Stavanger 30,5 % Trondheim 31,4 %)
- Sykehjemsetaten: Norges største drifter av heldøgnspleie: ~5 mrd. NOK/år for 8 000 pasienter
- Estimert kostnad per liggedøgn: ~3 850 NOK (Sykehjemsetatens egne nøkkeltall: 5 mrd. NOK / 1,3 mill. liggedøgn)
- Oslo kommune gjennomfører kutt på 2,3 mrd. over fire år – Sykehjemsetaten er direkte berørt

## Hva betyr 10 % færre akuttinnleggelser for Oslo kommune?

- ~ 46 000 innbyggere 75+
- ~ 17 000 årlige akuttinnleggelser

## Hvis kommunen påvirker bare:

- 10 % av forløpene før innleggelse  
I DRG-spenn på 40 000–95 000 kroner per innleggelse

## Resultat

- ~ 1 700 færre akuttinnleggelser
- ~ **65–160 MNOK i årlig effekt/besparelse** (avhenger av DRG-profil per innleggelse)

*Dette er kun effekten av reduserte sykehusinnleggelser, ikke den totale systemeffekten.*

*Dette er basert på 2025-data. Demografien vil drive potensialet høyere fremover.*

Kilde: Befolkning, Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/befolkning/folketal/statistikk/befolkning>

Kilde: Kommunefakta, Oslo, Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/kommunefakta/oslo>

Kilde: Oslo kommune – Sykehjemsetaten: <https://www.oslo.kommune.no/etater-foretak-og-ombud/sykehjemsetaten>

# Akuttsløyfen – mer enn sykehusinnleggelsen

Hvert ledd i kjeden har kostnader, kapasitet og kritiske overganger

## Statistikken oppsummert:

- Demografien driver økt press i akuttkjeden, uavhengig av praksisendring.
- Innleggelsesraten er stabil, men volumet øker raskt og er forutsigbart.
- Eldre akuttpasienter har tyngre kostnadsprofiler enn gjennomsnittet.
- Overgangen kommune → sykehus er et dyrt steg i kjeden. Hver unødvendig innleggelse representerer et potensial for tidligere intervensjon / bedre løsninger.

Målet er ikke å flytte kostnader mellom ledd – men å redusere det samlede ressursforbruket gjennom bedre samhandling.



Illustrasjon generert ved hjelp av KI. Eksempler på aktører i helse- og omsorgstjenesten og akuttsløyfen.

# Takk for oppmerksomheten

Martin Foss, Senior Consultant  
[martin.foss@iqvia.com](mailto:martin.foss@iqvia.com)





«Har vi de rette folka i de rette sengene - og de rette folka rundt?»

- Behov og muligheter for “copy paste” av Trondheimsmodellen i OUS-OK sektor?
- Har vi felles forståelse av problemet/problemene?
- Hvilke muligheter ser vi ved en slik modell (kost/nytte, fra partielle analyser og tiltak til helhetlige vurderinger)?
- Hvilke utfordringer ser du (infrastruktur, datadeling etc)?
- Kjenner du til noen pågående prosjekter som er relevante?