

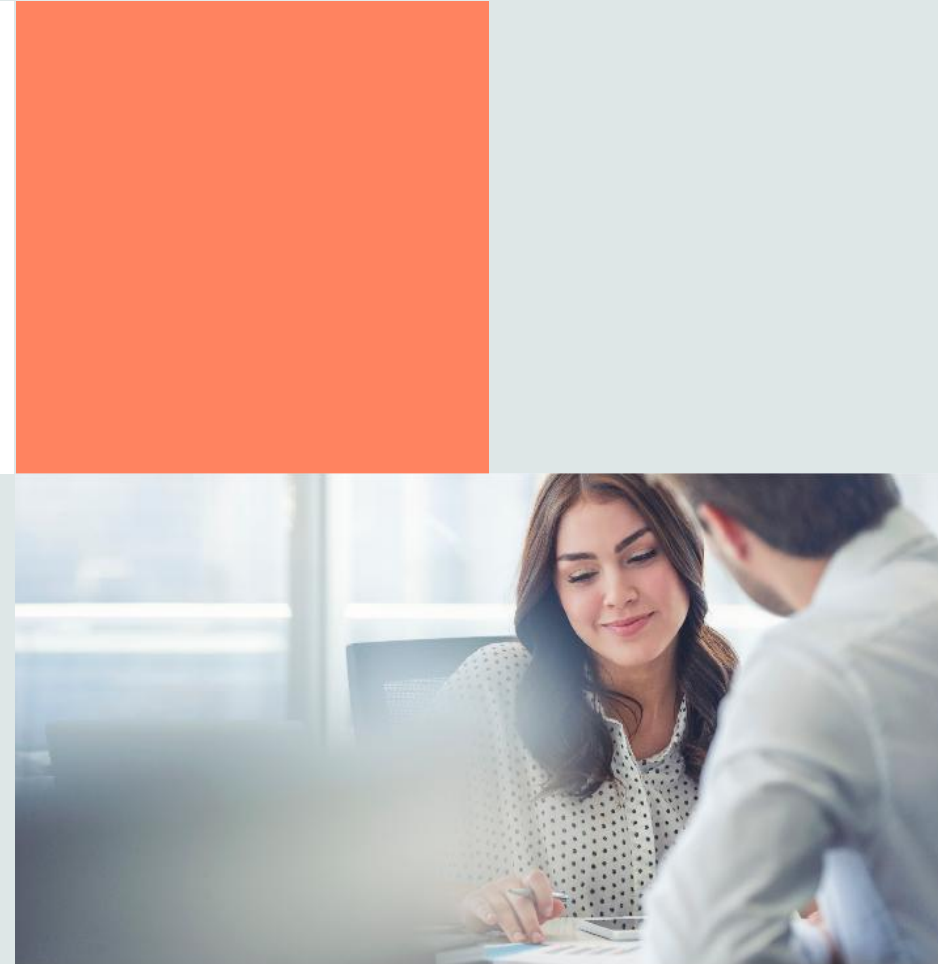


Sammen skaper vi fremtidens helsetjenester

Velkommen til Health2B Open

Fra pilot til skalering

3. juni 2026 kl 13-16





Health2B

- 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



www.health2b.no
LinkedIn: [Health2B Norway](#)



H2Bs verdikompass - slik samhandler vi

Tillit



Vi bygger **tillit** gjennom å:

- operere **åpent og inkluderende**.
- ta utgangspunkt i pasienter og/eller brukere av helsetjenesters reelle utfordringer.
- fokusere på løsninger som gir **verdi** for pasient og/eller samfunn.
- sikre at bransjespesifikke etiske retningslinjer, regler og lovverk etterleves slik at verken uavhengighet, integritet eller medisinske vurderinger kan trekkes i tvil.
- ikke dele informasjon av konfidensiell/ sensitiv art.
- sørge for at samarbeid i H2B som kvalifiserer til bla. eierskap, IPR eller kjøp og salg av tjenester mellom aktørene, reguleres i egne avtaler.

Likeverdighet



Vi sikrer **likeverdighet** gjennom å:

- fremme en kultur for **åpen dialog** hvor mangfoldet av ideer, perspektiver og kompetanse verdsettes.
- være nysgjerrige, **anerkjenne hverandres kompetanse** og spille hverandre gode.
- være åpen om og proaktivt dele **egne interesser**.
- ha **respekt** for hverandres interesser og ståsted.
- umiddelbart og tydelig flagge og håndtere potensielle **interessekonflikter**.
- involvere personer på ulike nivåer og med ulike roller, ansvar og erfaring slik at **vi sikrer bred involvering**.

Samskaping



Vi **samskaper** gjennom å:

- sette av tid til å bli kjent og jobbe sammen på tvers.
- ha et **helhetlig blikk** på utfordringer og muligheter.
- sikre **aktiv deltakelse**, bruk av egen ekspertise og kompetanse og deling av relevant informasjon for å bidra til økt felles innsikt i behov, ønsker og utfordringer.
- **sammen definere** hvilke utfordringer vi skal fokusere på og hva vi ønsker å oppnå.
- bli enige om hvordan vi skal organisere arbeidet og **dele ansvar** for innhold og videreutvikling av partnerskapet og arenaen.
- forplikte oss til å **dedikere ressurser** for å sikre avtalt fremdrift og samarbeid.

Kreativitet



Vi ivaretar **kreativitet** ved å:

- være åpne for nye idéer og eksperimentering, sammen utforske **nye løsninger, samarbeidsmodeller, teknologier og konsepter**.
- skape **entusiasme og engasjement** for nye måter å jobbe på.
- **gi hverandre handlingsrom** og mulighet til å jobbe på en utforskende måte.
- sikre smidighet og dynamisk utvikling av partnerskapet ved å dokumentere det vi **lærer**, regelmessig **evaluere** samarbeidet og gjøre nødvendige justeringer.

Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	Hva kjennetegner et godt business case?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	

Aleap

“We believe that every great potential can grow into an even better success”

About:

- **Non-profit incubator and investment partner for health startups**
- **Established by Inven2, Forskningsparken and Norway Health Tech**



3 Business programs:



Digital health



Sprint

Medical Device



Mid-distance

Drugs & Vaccines



Marathon

“You will not train the same regardless of the distance you are going to run”



Fra pilotering til skalering

Hvorfor helseløsninger stopper opp — og hva som kan gjøres



Sykehus & kommune

Dokumenterte gevinster realiseres ikke. Effektivisering og kvalitetsheving uteblir på tross av vellykkede tester.



Helsestartups

Manglende omsetning og referansekunder svekker vekst. Selskaper stagnerer eller forlater regionen.



Investorer & kapital

Investorer får ikke avkastning på kapital og redusert villighet til å investere i nye helseselskaper



Pasienter & brukere

Løsninger som kan bedre helse og omsorgstjenester tas ikke i bruk. Pasienter rammes av ressursmangel.



Helsestartups

NÆRINGSLIV & VEKSTSELSKAPER

Ingen forutsigbar omsetning

Uten referansekunder og varige kontrakter er det umulig å bygge en bærekraftig forretningsmodell. Selskaper lever av prosjektmidler i stedet for salg.

Svekket kapitaltilgang

Investorer krever tydelige kommersialiseringsløp. Når overgangen fra pilot til kontrakt er uforutsigbar, trekker privat kapital seg tilbake.

Ringvirkninger på andre potensielle kunder

Potensielle kunder og investorer vil spørre hvorfor "pilot kunden" ikke går til anskaffelse, og vil være mer skeptisk til å gå til anskaffelse

Kompetanseflukt og relokalisering

Selskaper som ikke finner sitt hjemmemarked søker seg til markeder med klarere kjøperprosesser — Sverige, Danmark eller internasjonalt.

Ressurser brukt feil

Grunnleggere og team bruker uforholdsmessig mye tid på å navigere offentlig sektor fremfor å forbedre produktet og skalere salget.

Vanskelig å skalere til utlandet

Uten hjemmemarked er det vanskelig for norske helseteknologiselskaper å konkurrere internasjonalt.

01

Avklar anskaffelsesintensjon før piloten starter

Ikke sett i gang en pilot uten å ha tatt stilling til hva som skal til for å gå videre. En pilot uten en definert vei til anskaffelse er en kostnad — ikke en investering. Hvis en gjør utprøving kun som en del av et utviklingsløp — definer det på forhånd

02

Involver budsjettansvarlige fra dag én

Gevinster som ikke er forankret i budsjettprosessen eksisterer ikke i praksis. De som sitter på pengene bør være med i vurderingen fra starten — ikke bare på slutten.

03

Dokumenter effekter systematisk underveis

Gode intensjoner er ikke nok når beslutningen skal tas. Bygg inn strukturert gevinstmåling i selve piloten — det gjør det mulig å ta en faktabasert beslutning om videreføring.

04

Behandle leverandøren som en partner, ikke bare en leverandør

Små helseselskaper har ikke ressurser til å vente i årevis på uklare prosesser. Gi dem ærlige tilbakemeldinger, tydelige tidslinjer og reell dialog — også når svaret er nei.

05

Ta eierskap til overgangen — ikke overlat den til prosjektet

Pilotgapet oppstår fordi ingen føler seg ansvarlig for å ta løsningen videre. Noen må eie overgangen fra test til drift — og det ansvaret må plasseres eksplisitt.

Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	Hva kjennetegner et godt business case?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	



Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?

Riche Vestby, fagleder og innovasjonspådriver helse

LUP bidrar til at offentlige virksomheter og leverandører sammen løser store samfunnsutfordringer gjennom innovative anskaffelser.

Vår rolle som nøytral koblingsaktør og pådriver har ført til utvikling av flere hundre løsninger, skapt gevinster for mange milliarder, frigjort ressurser i offentlig sektor og lagt grunnlag for økt næringsvirksomhet med eksportmuligheter. Etter 15 år ser vi at metodikken virker – og at potensialet for skalering og større effekt er betydelig.



Studentoppgave i systemorientert innovasjon

- Hvorfor skalerer løsninger så sakte – eller ikke i det hele tatt?
- Prosjektrapport med visualisering av sentrale funn



Skalering

Skalering er prosessen med å *overføre og tilpasse en vellykket løsning fra en kontekst til flere*, med mål om bred anvendelse og økt effekt.

Skalering innebærer også *ny praksis* i virksomhetene som tar nye løsninger i bruk.



Det ble tidlig et
mønster at
informantene vendte
tilbake til starten av
prosessen når de
kommenterte på
resultatet av den

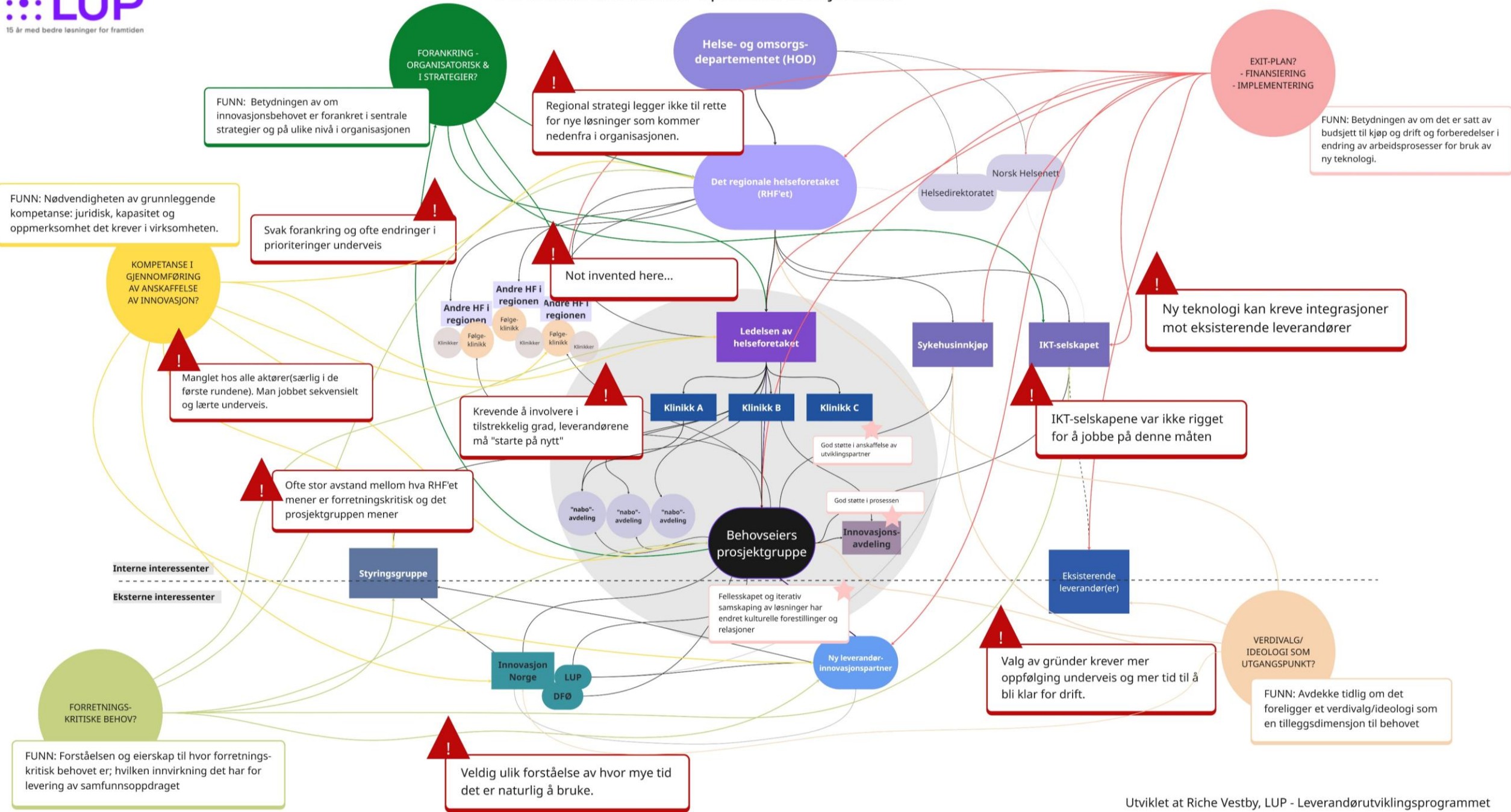


Våre funn

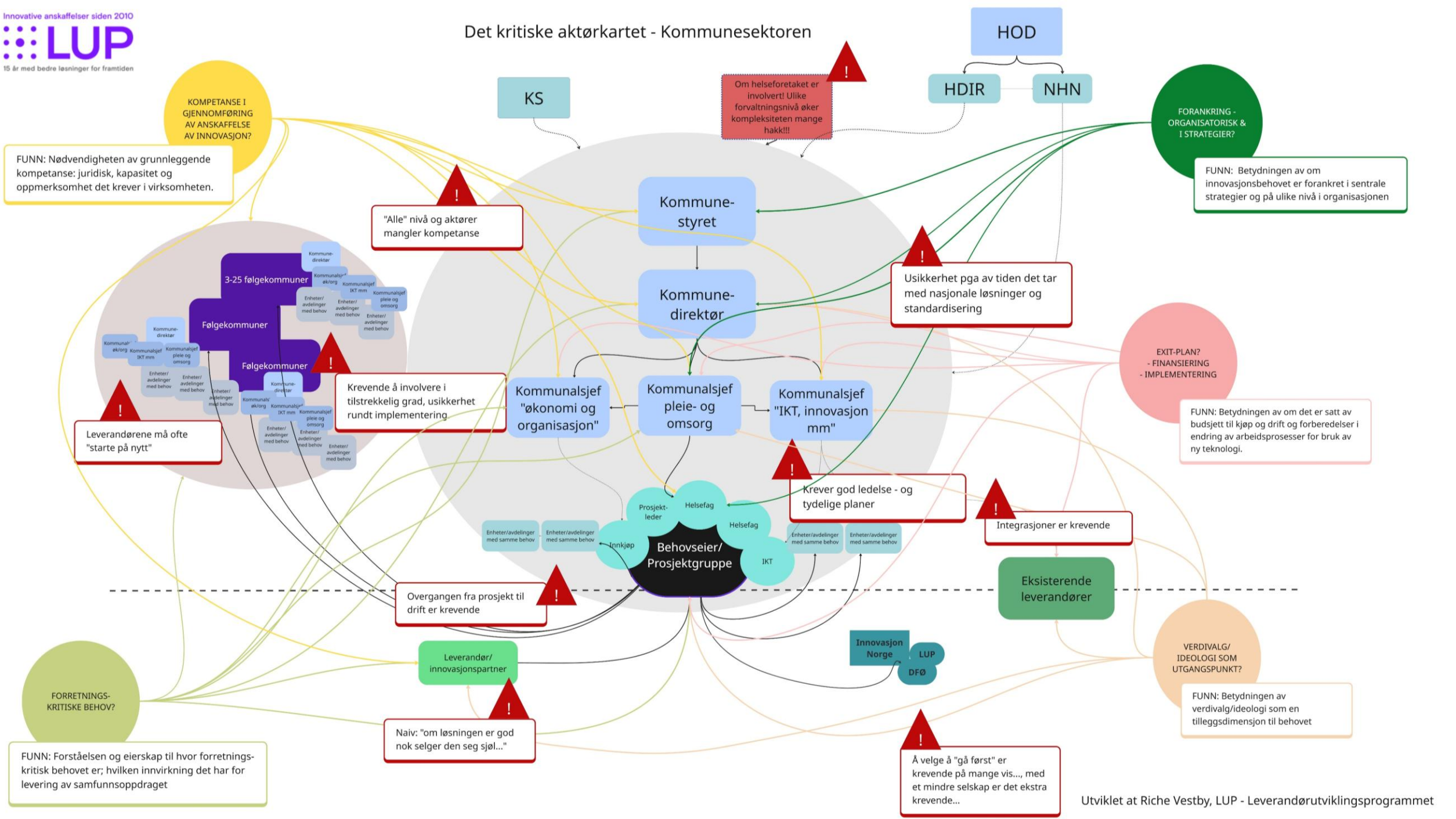
- Hva man tok høyde for i starten fikk betydning for resultatet
 - Forankring
 - Kompetanse
 - Forretningskritikalitet
 - Verdivalg
 - Exit-plan (implementering og finansiering)
- **Aktørkartet...**



Det kritiske aktørkartet - Spesialisthelsetjenesten



Det kritiske aktørkartet - Kommunesektoren



FUNN: Nødvendigheten av grunnleggende kompetanse: juridisk, kapasitet og oppmerksomhet det krever i virksomheten.

KOMPETANSE I GJENNOMFØRING AV ANSKAFFELSE AV INNOVASJON?

"Alle" nivå og aktører mangler kompetanse

Om helseforetaket er involvert! Ulike forvaltningsnivå øker kompleksiteten mange hakk!!!

HOD
HDIR NHN

FORANKRING - ORGANISATORISK & I STRATEGIER?

FUNN: Betydningen av om innovasjonsbehovet er forankret i sentrale strategier og på ulike nivå i organisasjonen

Usikkerhet pga av tiden det tar med nasjonale løsninger og standardisering

EXIT-PLAN? - FINANSIERING - IMPLEMENTERING

FUNN: Betydningen av om det er satt av budsjett til kjøp og drift og forberedelser i endring av arbeidsprosesser for bruk av ny teknologi.

Krevende å involvere i tilstrekkelig grad, usikkerhet rundt implementering

Kommunalsjef "økonomi og organisasjon" Kommunalsjef pleie og omsorg Kommunalsjef "IKT, innovasjon mm"

Leverandørene må ofte "starte på nytt"

Krever god ledelse - og tydelige planer

Integrasjoner er krevende

Eksisterende leverandører

Overgangen fra prosjekt til drift er krevende

FORRETNINGS-KRITISKE BEHOV?

FUNN: Forståelsen og eierskap til hvor forretnings-kritisk behovet er; hvilken innvirkning det har for levering av samfunnsoppdraget

Leverandør/ innovasjonspartner

Naiv: "om løsningen er god nok selger den seg sjøl..."

Innovasjon Norge LUP DFØ

VERDIVALG/ IDEOLOGI SOM UTGANGSPUNKT?

FUNN: Betydningen av verdivalg/ideologi som en tilleggsdimensjon til behovet

Å velge å "gå først" er krevende på mange vis..., med et mindre selskap er det ekstra krevende...

Bekymringsmelding i Medwatch

- Vi er gode på å utvikle, men svake på å skalere
- Vi har skapt et *innovasjonsteater*. Prosjekter premieres, men effektene de skaper blir sjelden fulgt opp. Vi måler aktivitet – ikke gevinst
- Innovasjonen stopper ikke fordi løsningene ikke virker, men fordi systemet vårt ikke premierer gjenbruk og skalering
- Entusiasmen er stor - men uten felles retning
- De som lykkes med skalering gjør det **«Mot alle odds...»**

DEBATT

Kronikk: Hvorfor bruker vi tid på å utvikle løsninger som ingen skal ta i bruk?

Helsetjenesten roper etter teknologi som kan avlaste pressede tjenester, samtidig som vellykkede løsninger stopper opp lenge før de når bred implementering.



SKALERING: Hvordan skal vi lykkes internasjonalt når løsninger som dokumentert virker ikke spras i vårt eget system?, skriver Riche Vestby. | Foto: LUP

4. DESEMBER 2025 KL. 07:44

Et debattinnlegg er en meningsartikkel. Debattinnlegget er utelukkende et uttrykk for skribentens egen mening.

Kronikken er skrevet av Riche Vestby, innovasjonspådriver og fagleder for helsesatsingen i Leverandørutviklingsprogrammet (LUP).

Vi spør beslutningstakerne

- Hvem i systemet har ansvaret for skalering når et innovasjonsprosjekt på en klinikk eller i en kommunal tjeneste har gitt ønsket effekt – og vi vet at andre har samme behov?
- Kan vi redesigne systemet slik at gode løsninger får litt drahjelp til skalering i systemet de er en del av?



*Og slår et slag for
systeminnovasjon*



Noen har lyttet...

- Ønsker en mer framoverlent stat – en innovasjonspartner som sikrer økonomiske og organisatoriske rammer og **som tar større ansvar for synergier og spredning av gode løsninger.**
- Fra prosjekt til spredning av varige løsninger
 - Et nasjonalt skaleringsfond for vellykkede løsninger – legge til rette for at lovende løsninger kan følge et felles løp for videreutvikling, utprøving og tilpasning med sikte på overførbarhet og skalering til flere.

NOU

Norges offentlige utredninger 2026: 6

Den nye velferdskommunen



«Hadde jeg bare kunnet se...»





innovativeanskaffelser.no

Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	Hva kjennetegner et godt business case?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	



NORWAY
HEALTH
TECH

Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering?

Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden
Bent-Håkon Lauritzen, Rådgiver Norway Health Tech



Visjon

Vår visjon er å gjøre Norge til Verdens beste arena for helseinnovasjon

Misjon

Vår misjon er å forbedre kvaliteten på behandling og omsorg ved å utvikle og industrialisere helseteknologiløsninger i verdensklasse gjennom våre medlemmer og økosystem

Strategiske
pillarer



Akselerere vekst i
helseteknologi
selskaper

Økt effektivitet og
produktivitet i
helsetjenesten

Offentlig-privat
nettverk for
helseinnovasjon

📍 Prosjekttipe

- Alle
- EU
- Prosjekt

🏠 Klyngetilbud

- Nettverk og samarbeid
- Finansiering og investering
- Samfunnspåvirkning
- Innsikt og kompetanse
- Internasjonalisering og markedstilgang
- Testing og validering

STYRKE
HELSENÆRINGENS
KONKURRANSEKRAFT
I AKERSHUS

Støttet av:



AKERSHUS
FYLKESKOMMUNE



📍 Prosjekter

🏠 Innsikt og kompetanse

🏠 Nettverk og samarbeid



3 perspektiver;

- Erfaringer fra arbeid med Nordic Proof i 10 år
- Hvordan jobber land rundt oss med vurdering av digitale helseteknologiløsninger?
- Sniktitt fra innspill på Norway Health Tech topplederforum





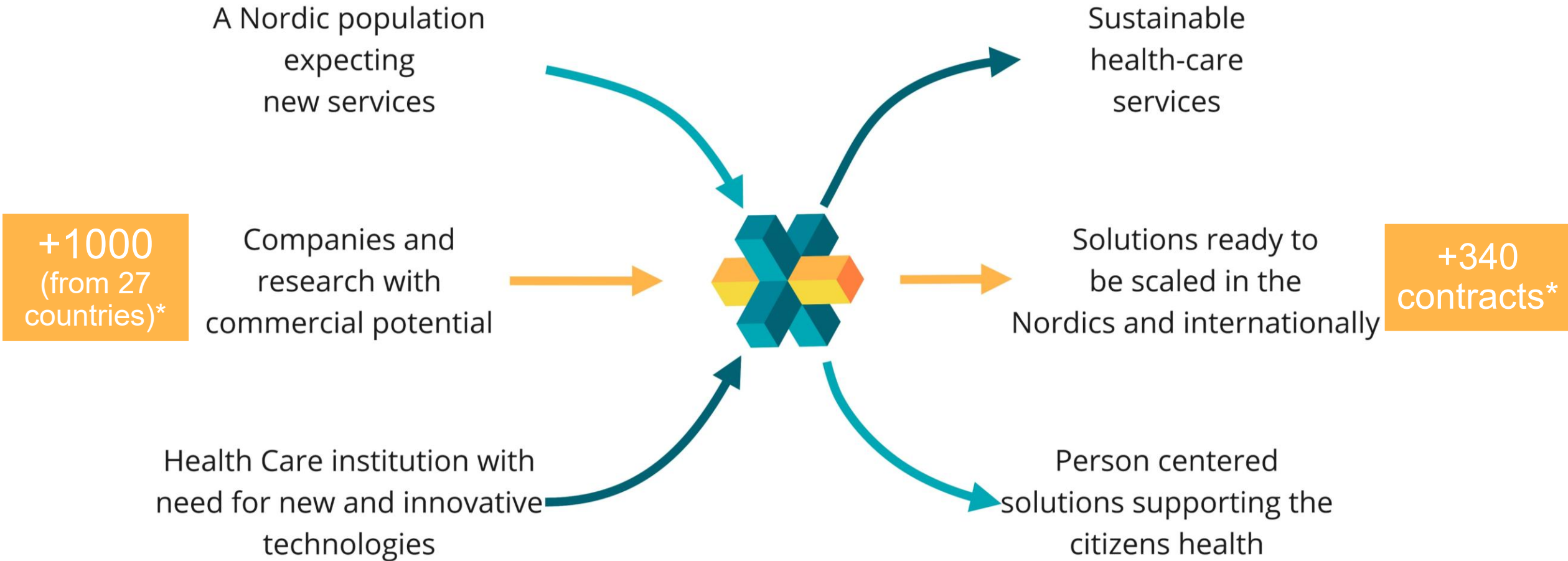
NordicProof

Testing solutions for
world class healthcare

10 years of partnership 2015 - 2025

Supported by  Nordic
Innovation

Objective Nordic Proof



*Nordic Proof partners have handled 1000+ industry contacts and signed 340 contracts the last four years

Hva skjer i Europa?

HTA forordningen (EU_HTA Regulation)

European Health Data Spaces (EHDS)

GDPR regelverk

AI Act

MDR/IVDR regelverk

Eudamed databasen

European Accessibility Act (EAA)

Ulike ISO standarder

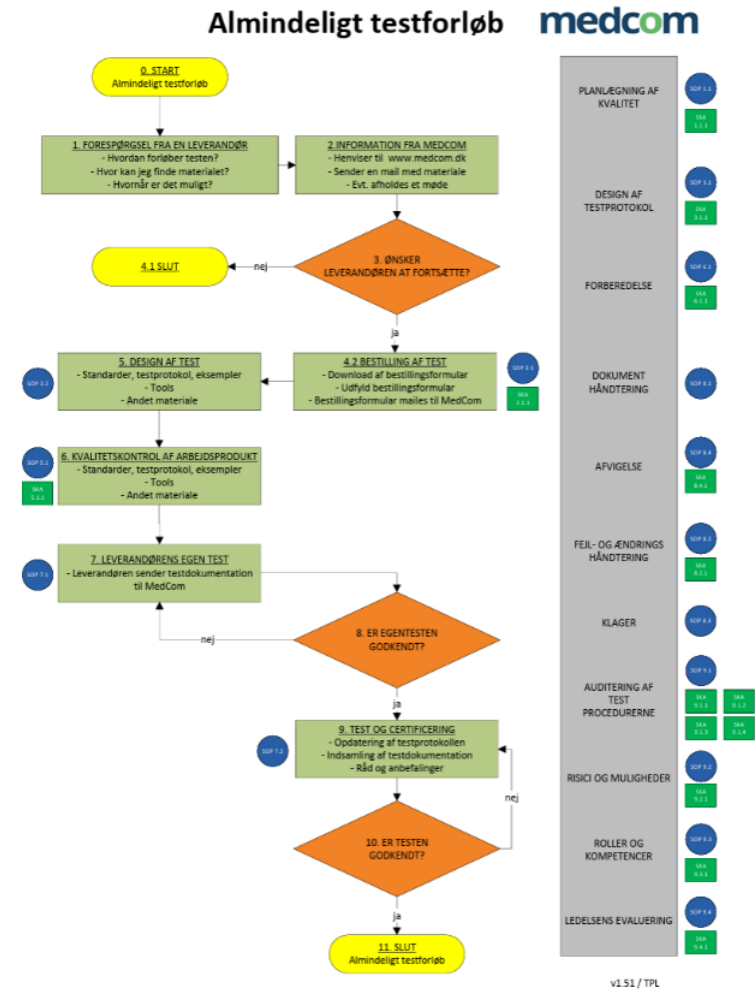
.....

Danmark– funksjonsdeling – ikke én samlet Digi-HTA-modell

Spor 1 - Teknisk kvalifisering
(ikke effekt) (MedCom)

Spor 2 – klinisk relevans og
faglig vurdering skjer i
regionene

Spor 3 - Økonomi og gevinst –
regional og kommunal praksis



Danmark– funksjonsdeling – ikke én samlet Digi-HTA-modell

Spor 1 - Teknisk kvalifisering (ikke effekt) (MedCom)

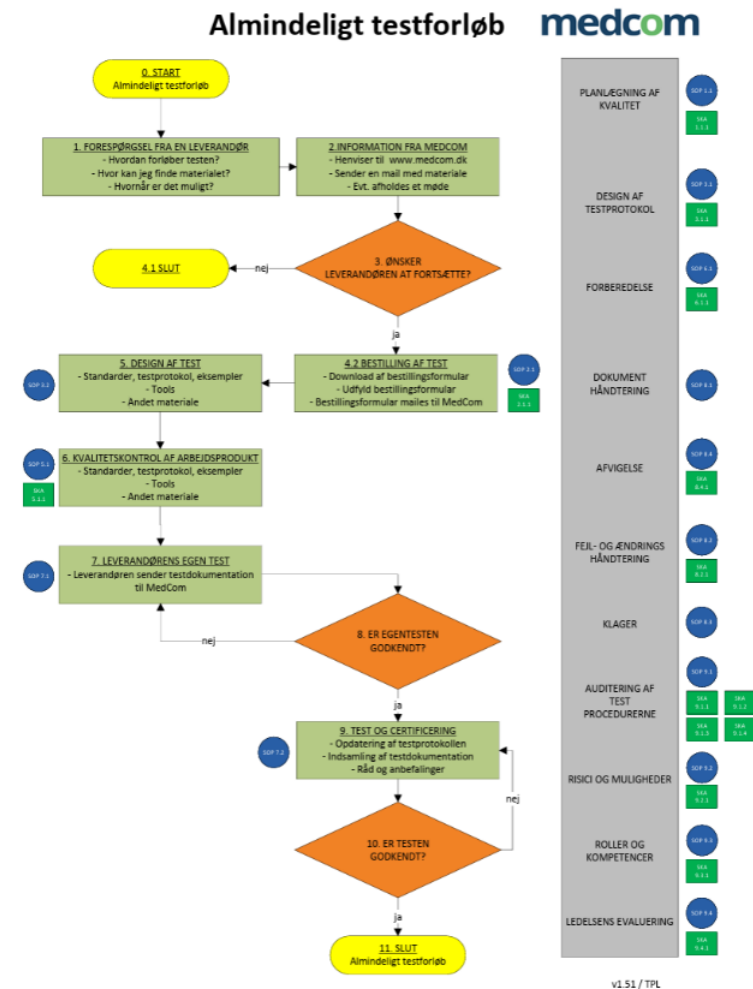
MedComs er en offentlig (non for profit) organisasjon. Deres rolle er å sikre at digitale løsninger:

- følger nasjonale meldingsstandarder
- fungerer teknisk i samhandling mellom sektorer
- kan tas i bruk på tvers av regioner og kommuner

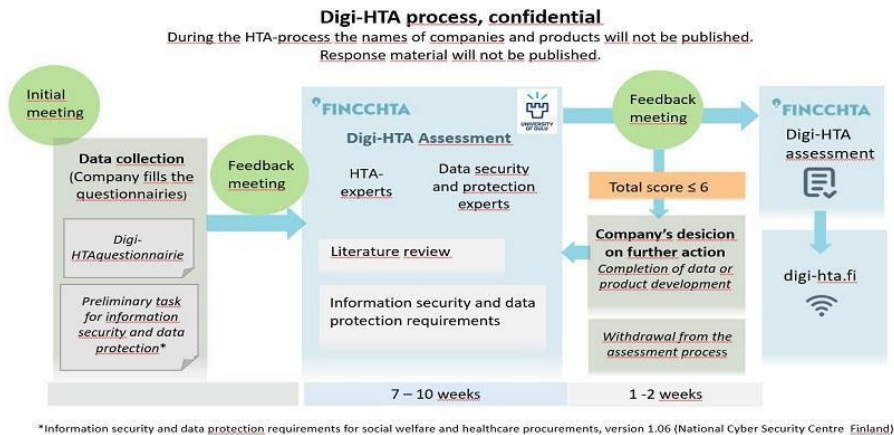
Dette er en forutsetning for skalering, men ikke en verdi- eller effektvurdering.

Selve prosessen for test og sertifisering følger et standardisert løp beskrevet på nettsidene:

<https://medcom.dk/standarder/test-og-certificering/>



Finland – Digi-HTA prosess



*Information security and data protection requirements for social welfare and healthcare procurements, version 1.06 (National Cyber Security Centre Finland)

Digi-HTA er utviklet av Finnish Institute for Health and Welfare (THL) som et forenklet og digitalt tilpasset HTA-rammeverk for:

- **digitale helseløsninger**
- **velferdsteknologi**
- **helseapper og digitale tjenester**

Modellen ble eksplisitt utviklet fordi tradisjonell HTA ble vurdert som for tung, treg og lite egnet for digitale løsninger.

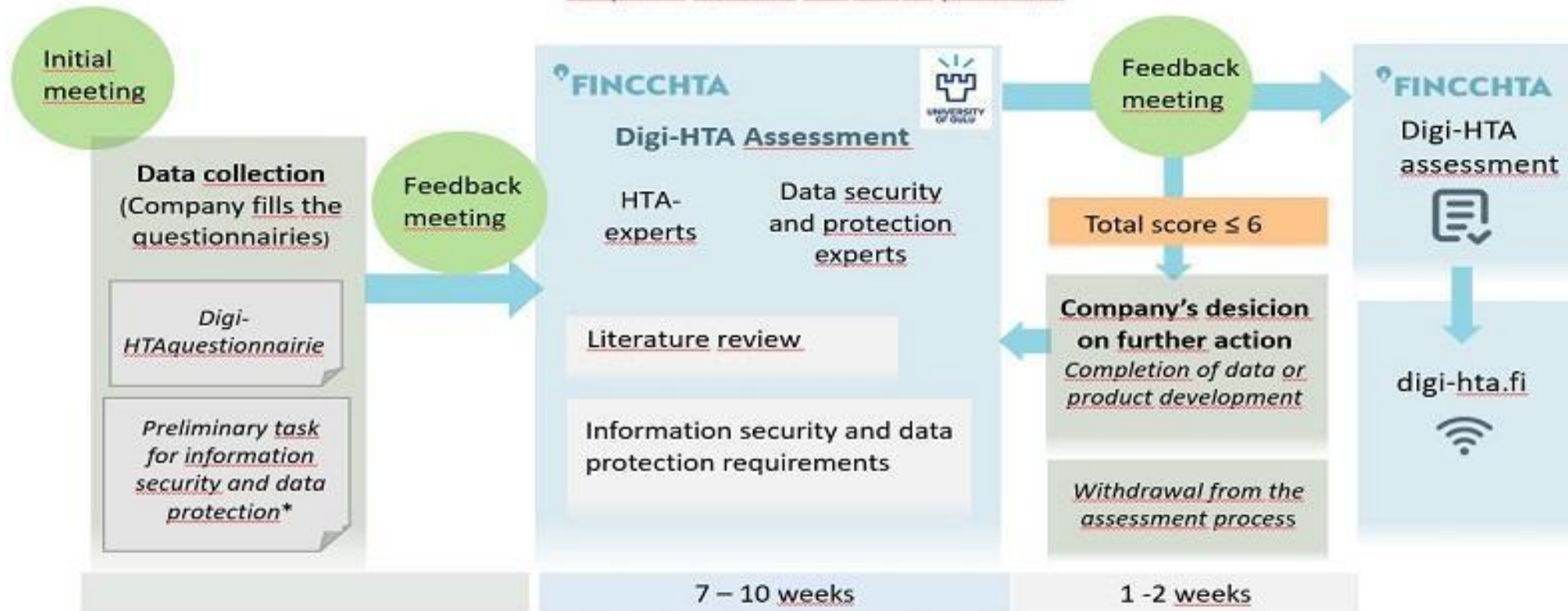
Link til nettside: <https://fincchta.fi/en/digi-hta-eng/>

POINTS	EFFECTIVENESS	SAFETY	COST	DATA SECURITY AND PROTECTION	USABILITY AND ACCESSIBILITY
2	Sufficient	Sufficient	Reasonable	Sufficient	Sufficient
1	Promising but more evidence is needed	Probably at a sufficient level but not known well enough	High	Minor shortcomings	Minor shortcomings
-4	Weak or unknown	Weak or unknown	Unreasonably high	Shortcomings	Shortcomings

Finland – Digi-HTA process

Digi-HTA process, confidential

During the HTA-process the names of companies and products will not be published.
Response material will not be published.



*Information security and data protection requirements for social welfare and healthcare procurements, version 1.06 (National Cyber Security Centre Finland)

Finland – Digi-HTA process

POINTS	EFFECTIVENESS	SAFETY	COST	DATA SECURITY AND PROTECTION	USABILITY AND ACCESSIBILITY
2	Sufficient	Sufficient	Reasonable	Sufficient	Sufficient
1	Promising but more evidence is needed	Probably at a sufficient level but not known well enough	High	Minor shortcomings	Minor shortcomings
4	Weak or unknown	Weak or unknown	Unreasonably high	Shortcomings	Shortcomings

Spania – regional praksis og real-world data

Eksempel: Evaluering i Catalonia - pragmatisk HTA for digital helse

Hvordan AQuAS jobber

- AQuAS har utviklet **forenklede evalueringsløp** for digitale helseløsninger, som skiller mellom klinisk effekt, organisatorisk påvirkning og ressursbruk og kostnader. De bruker **real-world data** aktivt og aksepterer trinnvis dokumentasjon

Evalueringene er:

- mindre tunge enn klassisk HTA
- tydelig rettet mot **beslutningsbruk**
- Målet er ikke akademisk perfektjon, men **operativ beslutningsstøtte**.

Spain - Evaluating i Catalonia pragmatisk HTA for digital helsete



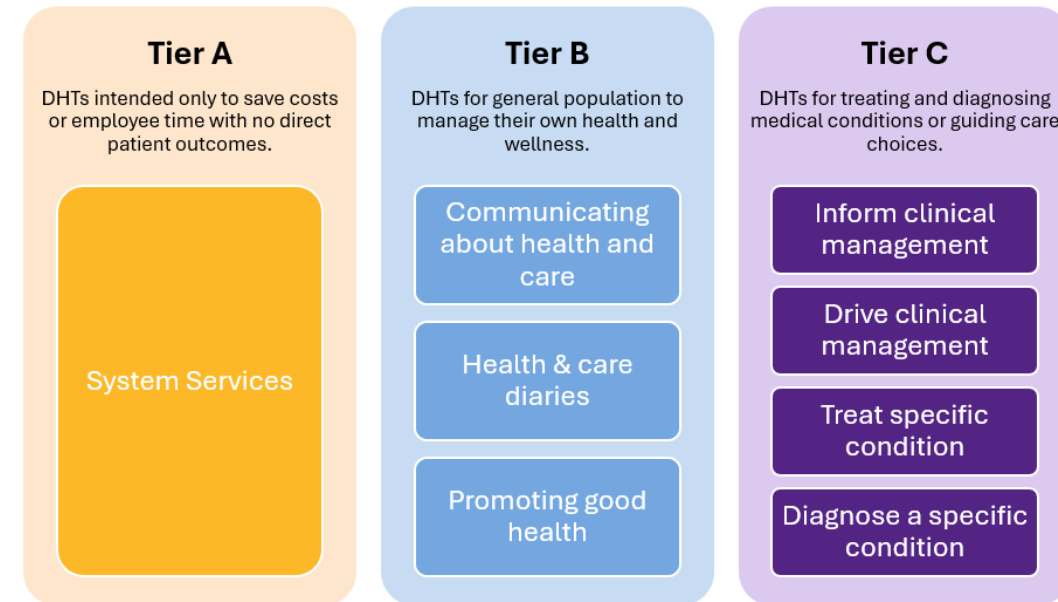
13 domains

1. Description of the health problem
2. Description of the technology
3. Content
4. Safety
5. Clinical efficacy and effectiveness
6. Economic aspects
- 7- Human and sociocultural aspects
8. Ethical aspects
9. Legal and regulatory aspects
10. Organisational aspects
11. Technical aspects
12. Environmental aspects
13. Post-deployment monitoring

21 areas of Standards	
Design factors	1: the DHT should comply with relevant safety and quality standards (A,B and C)
	2: incorporate intended user group acceptability in the design of the DHT (A,B and C)
	3: consider environmental sustainability (A,B and C)
	4: consider health and care inequalities and bias mitigation (A,B and C)
	5: embed good data practices in the design of the DHT (A, B and C)
	6: define the level of professional oversight (A,B and C)
	7: show processes for creating reliable health information (B and C)
	8: show that the DHT is credible with SNS professionals (B and C)
	9: provide safeguarding assurances for DHTs where users are considered to be in vulnerable groups, or where
Describing value	10: describe the intended purpose and target population (A,B and C)
	11: describe the current pathway or system process (A,B and C)
	12: describe the proposed pathway or system process using the DHT (A,B and C)
	13: describe the expected health, cost and resource impacts compared with standard or current care or system
Demonstrating performance	14: provide evidence of the DHT's effectiveness to support its claimed benefits (C)
	15: show real-world evidence that the claimed benefits can be realised in practice (A,B and C)
	16: the company and evaluator should agree a plan for measuring usage and changes in the DHT's performance
Delivering value	17: provide a budget impact analysis (A,B and C)
	18: for DHTs with higher financial risk, provide a cost-effectiveness analysis(A,B and C)
Deployment considerations	19: ensure transparency about requirements for deployment (A,B and C)
	20: describe strategies for communication, consent and training processes to allow the DHT to be understood
	21: ensure appropriate scalability (A,B and C)

England – tydelig rammeverk og nasjonale krav

- **NICE** har utviklet et eget *Evidence Standards Framework for Digital Health Technologies*
- Krav til dokumentasjon varierer etter risiko, funksjon og modenhet
- Kost–nytte er viktig, men ofte forenklet og proporsjonal
- Tett kobling mellom evaluering, nasjonal godkjenning og innføring i **NHS**
- Løsningene klassifiseres i tre kategorier (tier A, B eller C) etter risiko.



Tyskland – formelle krav kombinert med sterk markedsadgang

1. DiGA – Digital Health Applications (helseapper)

DiGA er en nasjonal ordning som gir digitale helseapper:

- midlertidig eller permanent refusjon
- forskrivning via lege

Leverandør må dokumentere:

- medisinsk formål'
- sikkerhet og personvern
- “positive healthcare effects”, som kan være: medisinsk effekt, **eller** pasientrelevante forbedringer (f.eks. mestring, etterlevelse)

DiPA – Digital Care Applications (omsorgs- og velferdsteknologi)

DiPA er en tilsvarende ordning rettet mot:

- pleie- og omsorgstjenester
- hjemmebaserte tjenester

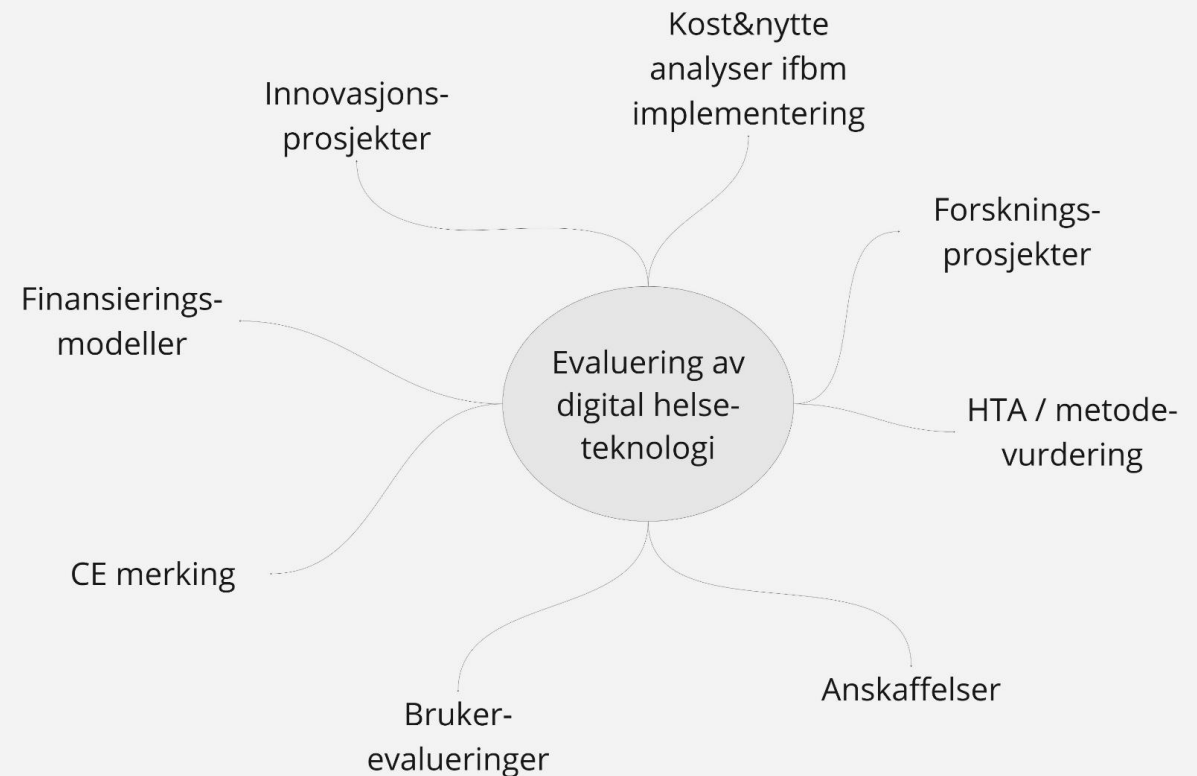
Målet var å stimulere digital innovasjon i omsorgssektoren.

Leverandør må dokumentere:

- støtte til egenmestring
- avlastning for pårørende
- forbedring i omsorgskvalitet

Problemforeståelse – hvordan foregår kost&nytte vurderinger i Norge i dag?

- I dag: kost&nytte vurderinger gjøres i stor grad pr prosjekt / pr organisasjon / pr implementering
- Det er i liten grad deling av data / erfaringer mellom de som gjør analysene
- Kost&nytte gjøres med ulikt formål og av ulike aktører i verdikjeden der det ikke alltid er sammenfallende interesser og utgangspunkt for analysen



Innspill til helsereformutvalget fra topplederforum i Norway Health Tech (21.mai) - skalering

1. Etabler tydeligere regionale nasjonale strukturer for skalering av digitale helsetjenester
2. Innfør finansierings- og insentivmodeller som belønner samhandling og gevinstrealisering
3. Gjør standardisering og datadeling til en grunnleggende nasjonal prioritet
4. Flere fellesanskaffelser og med krav til implementering
5. Bygg endringskapasitet og digital kompetanse i hele sektoren
6. Gjør innovasjon, forskning og evaluering til en integrert del av tjenesteutviklingen



Takk for meg!



Bent-Håkon Lauritzen

Rådgiver Norway Health Tech

Mail: bhl@norwayhealthtech.com

Mobil: 918441



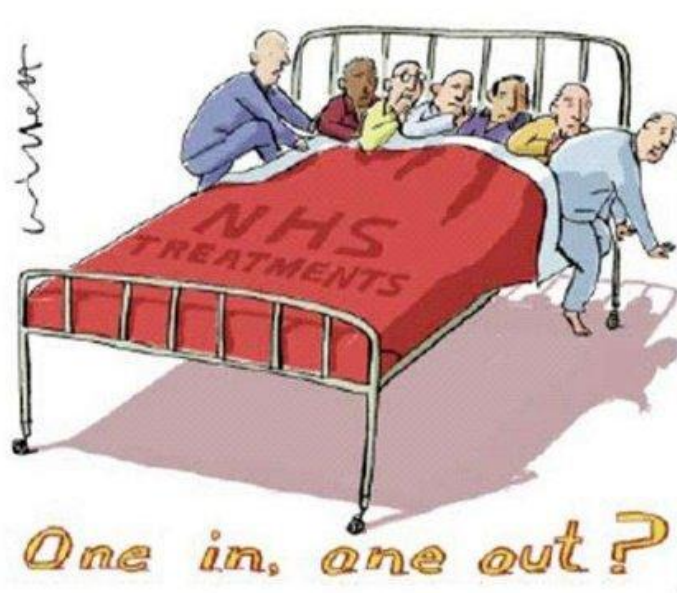
Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	Hva kjennetegner et godt business case?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	

Nye metoder- et prioriteringsverktøy

Gode helsetjenester krever gode prioriteringer. De medisinske mulighetene er store og blir stadig større. Ny kunnskap, teknologi og behandling gjør det mulig å gi et stadig bedre tilbud. Å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har krever tydelige prioriteringer. Klare verdier og krav til prioritering skaper effektive og forutsigbare systemer, og skaper tillit hos pasientene og i befolkningen.

Hvorfor har vi et system for prioritering

Fixed Budget & Opportunity Cost



Implikasjoner for oss:

- Sikre en kostnadseffektiv pris – ikke lavest mulig pris
- Prisen på teknologien, utstyret, legemiddelet kan være både høy og lav

Hvordan prioritere mellom behov?



Copyright © Ren Leishan • <http://Tea03pe.com/898>



Bakgrunn

Strategi for Nye metoder 2023-2028 - Satsningsområde 1: Tilpasninger for bedre håndtering av medisinsk utstyr og prosedyrer i Nye metoder

«Etablere en god håndtering av medisinsk utstyr og prosedyrer i Nye metoder og tilpasse prosessene til den felles europeiske utviklingen»

Nye metoder vil:

- Starte et arbeid som skal definere hvilke mål RHF-ene har for videreutviklingen av Nye metoder innenfor området «medisinsk utstyr og prosedyrer» på kort og lengre sikt, inkl. rammer som definerer ambisjonsnivået.
- Være koordinert med implementering av europeiske forordning, og innhente kunnskap om hva som skjer i andre land i Europa.
- Utvikle prosesser i Nye metoder som er bedre tilpasset metodene som ikke er legemidler. Utarbeide kriterier for når ulike metoder skal gå igjennom prosessene som er utviklet for nasjonalt respektive lokalt nivå.

Utfordringsbildet for medisinsk utstyr i Nye metoder



- Enighet om utfordringsbildet
- Forankret i møte mellom administrerende direktører og fagdirektører i RHF-ene, Folkehelseinstituttet, Sykehusinnkjøp og DMP på Gardermoen 5. februar 2024
 - satte ned arbeidsgruppen

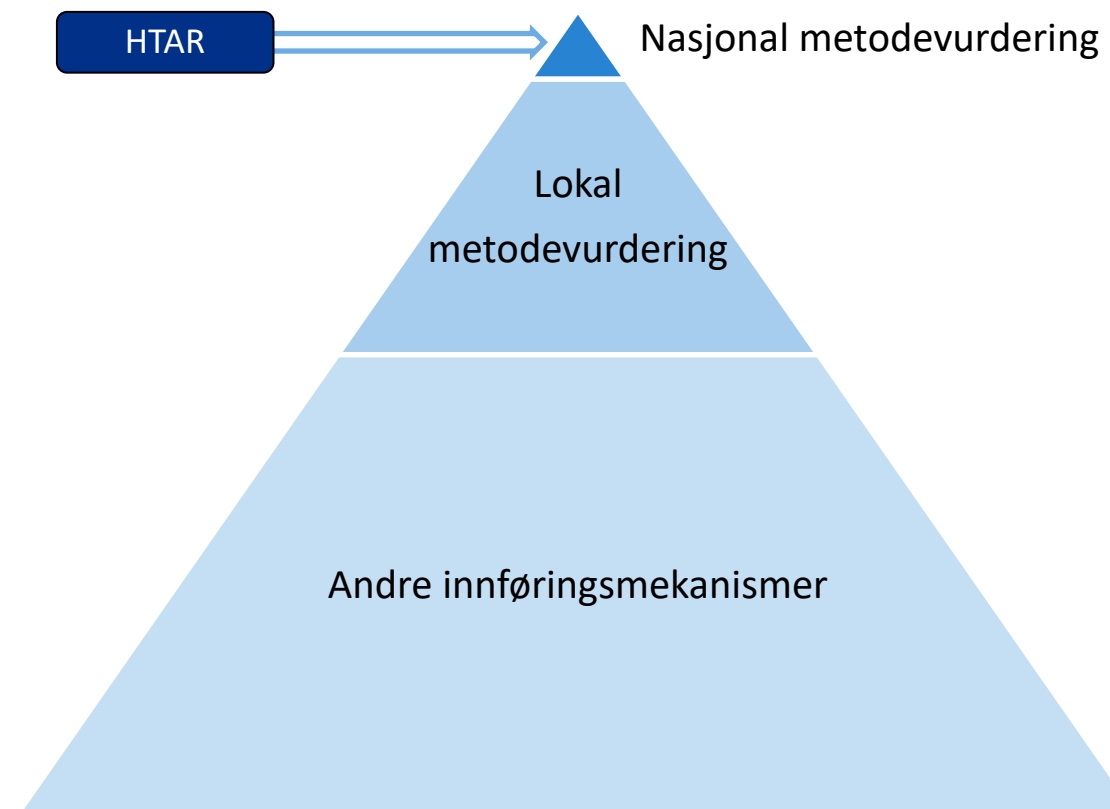
Arbeidsgruppen

Helse Sør-Øst	Ulrich Spreng
Helse Nord	Geir Tollåli
Helse Vest Helse Midt	Bjørn Egil Vikse Trude Basso
Sekretariatet for nye metoder	Ellen Nilsen Karianne Mollan-Tvedt
Sykehusinnkjøp HF	Iselin Dahlen Syversen Christina Sivertsen Terje Kvale
Direktoratet for medisinske produkter (sekretariatsfunksjon)	Einar Andreassen Martin Lerner Annette Vogt Flatby Anna Lien Espeland

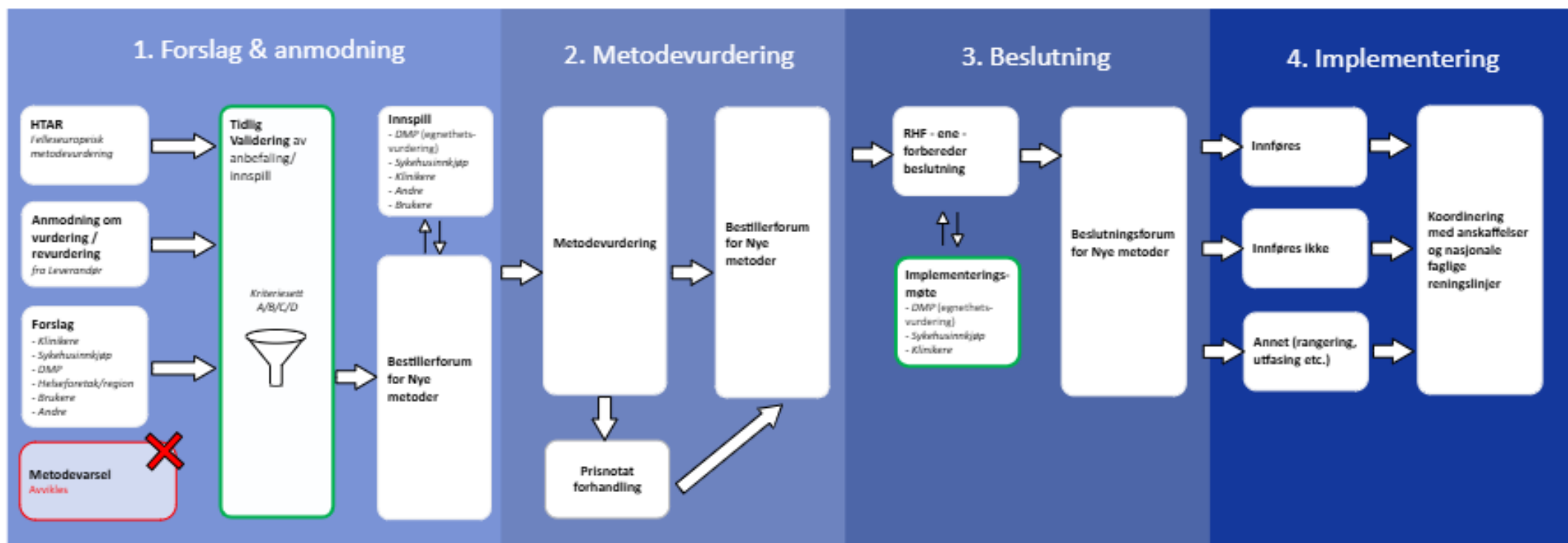
Mandat

Definere rammer, mål og kriterier for hvilke medisinsk utstyr som bør gjennom Nye metoder

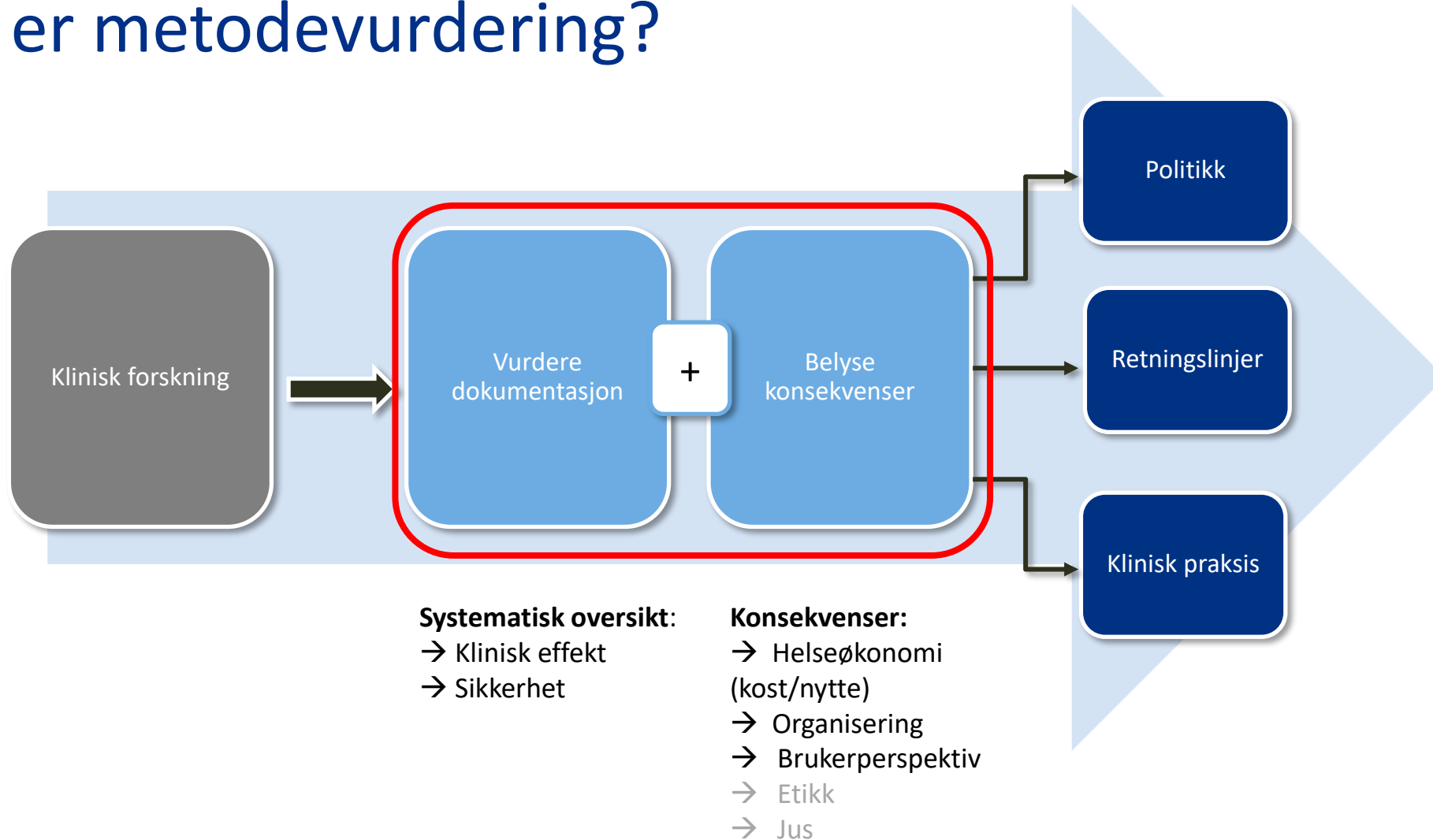
- Utvelgelse av medisinsk utstyr for vurdering og innkjøp
- Incentiver og kobling til nasjonale innkjøp



Nye metoder prosesskart



Hva er metodevurdering?



Oversikt over hovedendringene



Tre veier inn: Fra metodevarsling til anmodning av leverandører



Reviderte kriterier for medisinsk utstyr



Tidlig validering av innmeldte forslag og anmodninger



Implementeringsmøte



Avvente og tilrettelegge for anskaffelse av medisinsk utstyr som må metodevurderes

1. Tre veier inn i Nye metoder for medisinsk utstyr

- 1) Felleseuropeisk metodevurdering på medisinsk utstyr som starter januar 2026
- 2) Anmodning om vurdering fra leverandør eller forslag fra andre, f.eks. klinikere
- 3) Innmelding av saker fra innkjøpsfunksjoner i helseregionene og Sykehusinnkjøp

2. Seleksjonskriterier for hvilke medisinsk utstyr som skal vurderes i Nye metoder

Dersom metoden (utstyret) oppfyller disse



Sykehusfinansiering



CE-merking



Mernytte, udekket behov, erstatte metoder

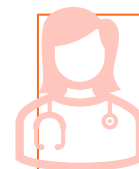
og minst én av disse - skal den meldes inn til Nye metoder



Budsjettkonsekvens/
kostnader (over 50 mill. kr
ved utgang år 3)



Store organisatoriske
konsekvenser



Helsepersonellressurser

3. Tidlig vurdering og validering av foreslåtte saker

- Innhente innspill fra fagmiljø i de regionale helseforetakene
- Innhente innspill fra de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen

Hensikt

- Få validert og vurdert informasjonen i anmodningsskjema
- Avklare om metoden er relevant og belyse behovet for metoden i tjenesten

Innspill vil også innhentes fra Direktoratet for medisinske produkter og Sykehusinnkjøp

4. Avvente og tilrettelegge for anskaffelse

- Det skal ikke gjennomføres anskaffelser på varer eller tjenester som er til behandling i Nye metoder.
- I Helseforetakene skal det ikke gjennomføres kjøp av varer eller tjenester som er til behandling i Nye metoder

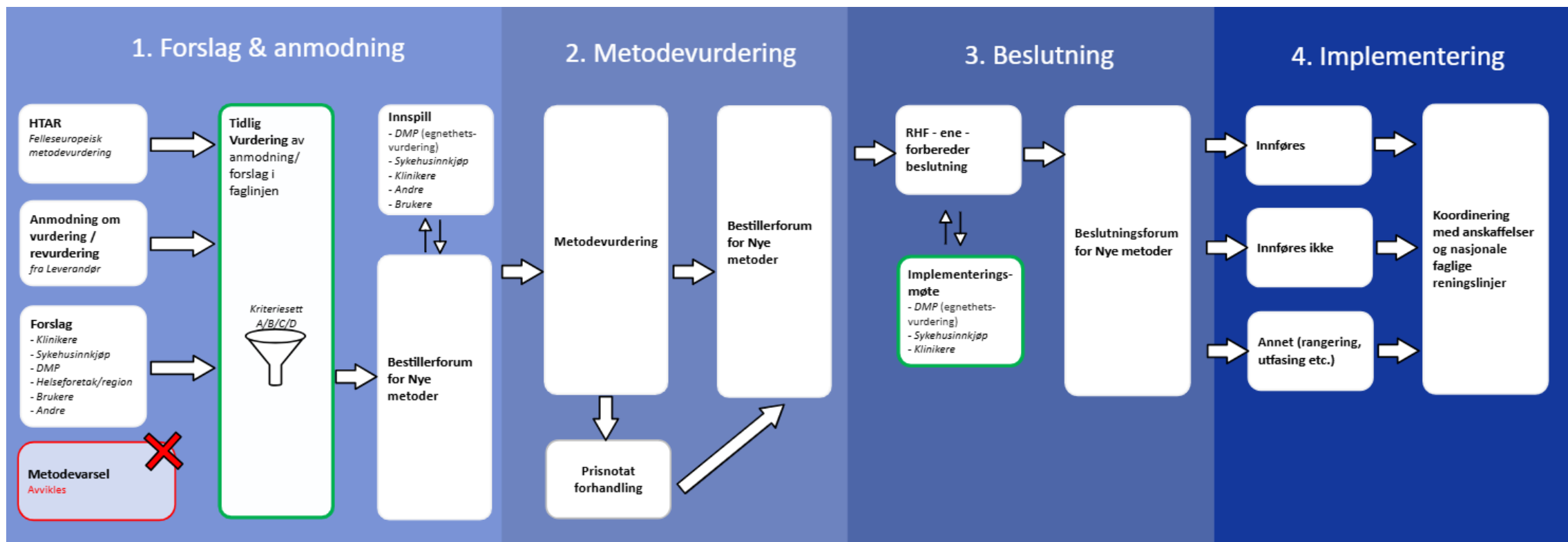
Dette er ikke til hinder for å forberede seg til en anskaffelse i påvente av beslutningen.

Heller ikke innebærer det å stoppe avtaler som allerede er etablert eller bestille utstyr på inngåtte kontrakter.

Pipelinemøte/Markedsdialog

- Leverandører inviteres til å presentere hvilke produkter de har i sin portefølje og som de forventer vil komme på det norske markedet om ca. 2–3 år.

5. Implementeringsmøte



KONTAKT OSS

medisinsk.utstyr@dmp.no

nyttmedisinskutstyr@sykehusinnkjop.no



PAUSE



Health2B

Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	What does good look like?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	



FRA PILOT TIL SKALERING – SYKEHUSPARTNERS ROLLE

Implementering av effektive løsninger i helsesektoren



Fra pilot til skalering – Sykehuspartner



Sykehuspartners unike rolle

Sykehuspartner fungerer som regional IKT-leverandør og strategisk samarbeidspartner for helseforetakene.

Helhetlig digital innovasjon

Ny avdeling for data, innovasjon og forskning samler kompetanse for helhetlig digital utvikling.

Skaleringsrammer og prinsipper

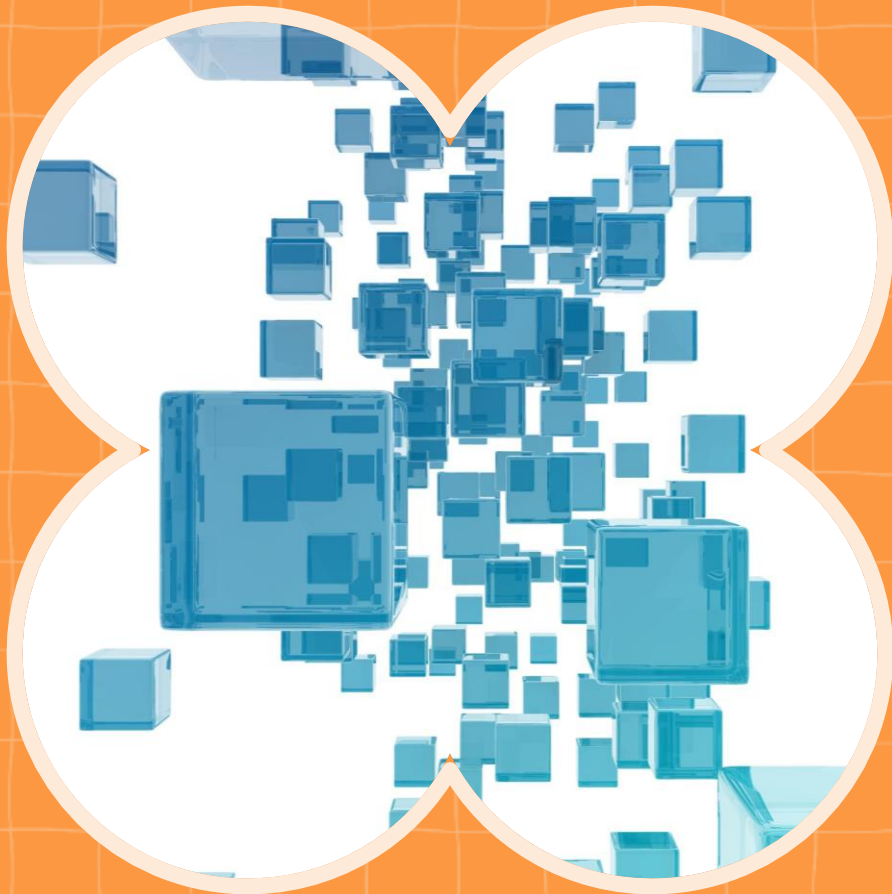
Sykehuspartner bygger strukturer, plattformer og styringsmodeller som muliggjør trygg og forutsigbar skalering.

Verdiperspektiv for helsetjenesten

Digital transformasjon gir bedre kvalitet, mer effektiv drift og forbedret beslutningsstøtte i helsetjenesten.



Utfordringen: Pilot-fellen



Pilotprosjekters begrensninger

Mange digitale helseløsninger stopper opp etter pilotfasen på grunn av manglende eierskap og tidsbegrenset finansiering.

Teknologisk fragmentering

Fragmenterte teknologiske miljøer og lokale praksiser gjør det vanskelig å gjenbruke og standardisere løsninger.

Uklare roller og risiko

Mangel på klare roller og ansvar skaper høy risiko for helseforetak og leverandører i innovasjonsprosessen.

Behov for strukturert skalering

Systematisk tilnærming og klare kriterier er nødvendig for å sikre overgang fra pilot til drift.



Vårt svar: Samlet kraft i VO DBU



Helhetlig virksomhetsområde

VO DBU samler kompetanse innen datadrevet utvikling, AI, forskning og helsedata under én strategisk paraply.

Fra prosjekt til produkt

Fokus skifter fra avsluttede pilotprosjekter til videreutvikling, forvaltning og skalering av løsninger i praksis.

Verdifokus og effekt

Ambisjonen er målbar klinisk og operasjonell effekt, som bedre beslutningsstøtte og effektiv ressursbruk.

Brobygger mellom aktører

VO DBU kobler klinikk, forskning og teknologi for å muliggjøre nasjonale og regionale satsinger innen helsedata.



Hvordan vi muliggjør skalering i praksis



Standardiserte plattformer og arkitektur

Bruk av standardiserte plattformer og felles arkitektur gjør det mulig å gjenbruke løsninger på tvers av helseforetak effektivt.

Rask utvikling og trygg skalering

Samskappingsmodellen muliggjør rask innovasjon i trygge omgivelser med klare overganger til profesjonelle løp når løsninger skaleres.

Sikkerhet, personvern og drift

Moderne utviklingsplattformer kombineres med strenge krav til sikkerhet, personvern og stabil drift for rask vei til produksjon.

Samarbeid og verdiskaping

Tett samarbeid med klinikk og forskning sikrer løsninger som møter reelle behov og fremmer bærekraftig digitalisering.



Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	What does good look like?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	



EN GJENNOMGRIPENDE
HOLDNINGSENDRING
TIL AT GÅRSDAGENS
TILNÆRMING IKKE
FUNKERER



Den første kunden/piloten

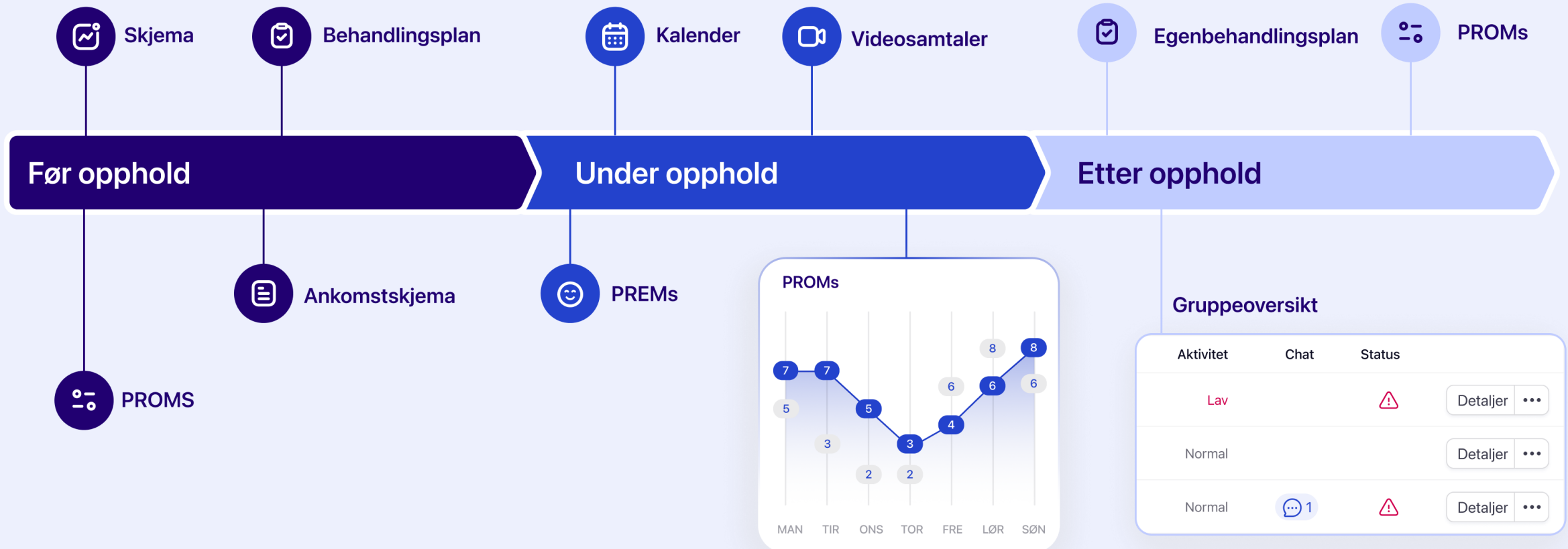
Endringsvillighet og incentive for innovasjon

Finansiell risikoavlastning og Risiko-kapital

Flowzone

DIGITAL PASIENTOPPFØLGING OG KARTLEGGING

Digitale Pasientforløp



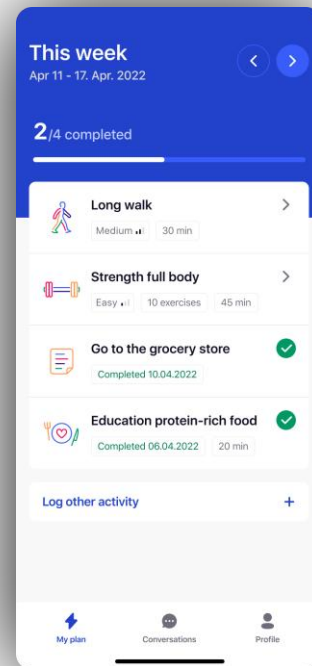
LØSNING

Flowzone - en tosidet plattform for sikker kommunikasjon mellom pasienter og klinikere

PASIENT

Brukervennlig App

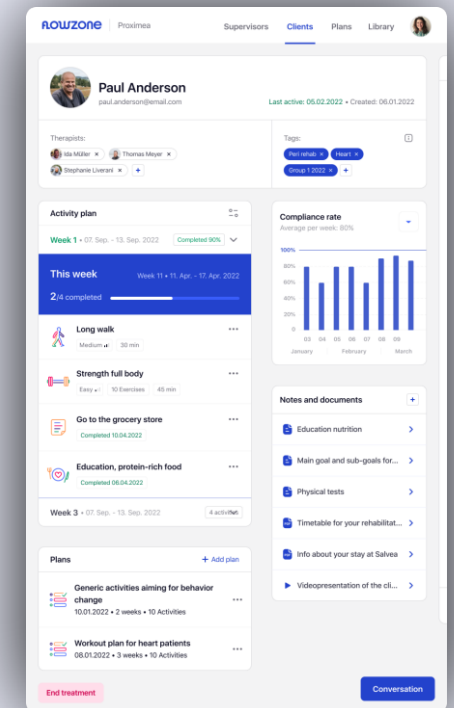
- ✓ Besvare skjemaer
- ✓ Delta på videomøte
- ✓ Chat med behandlere
- ✓ Samhandlingsdokumenter
- ✓ Logge aktivitet/oppgaver
- ✓ Synk med smartklokker
- ✓ Egen avtalekalender



KLINIKKER

'Alt i ett' Plattform

- ✓ Interaktiv rehabplan
- ✓ Spørreskjema
- ✓ Videomøter i App/Web
- ✓ Dele dokumenter
- ✓ Chat med pasienter
- ✓ Egendefinerte skjema
- ✓ Integrasjoner
- ✓ Innhente samtykke
- ✓ Mal bibliotek
- ✓ Planbygger



Kunder og partnere

I 2025 vil mer enn 30.000 pasienter bruke Flowzone i sin rehabilitering

NOEN AV VÅRE KUNDER



FORSKNINGSPROSJEKTER



Kunder og partnere

I 2025 vil mer enn 30.000 pasienter bruke Flowzone i sin rehabilitering



FLOW
technologies

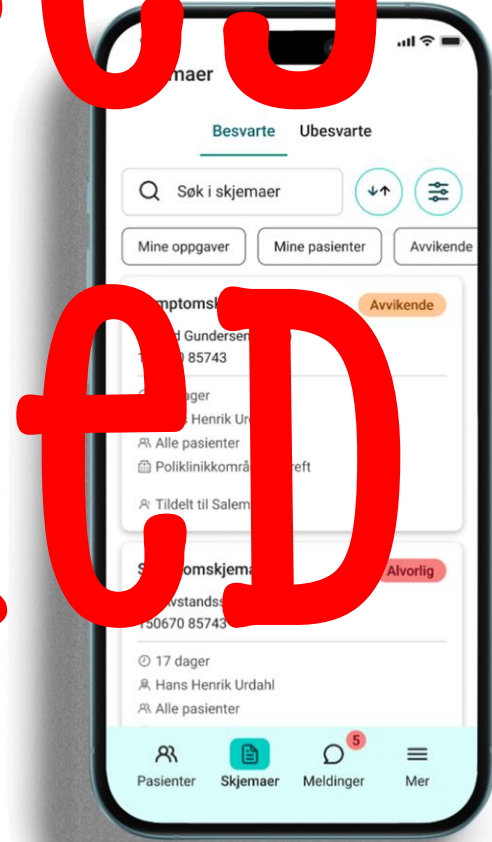
Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	What does good look like?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	



what does good look like?

ROSA

THEY ALL
LOOKED GOOD!



ROSA



THEY ALL
LOOKED GOOD!

Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	What does good look like?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	

Fra pilot til skalering

Business case for personellbesparende teknologi

*Realisere gevinstene; teknologi er bare en liten del av det
Hvordan komme gjennom "filt/Glava-laget"?*

Finn Gustav Skofteland

Sykehjemsetaten, Oslo kommune · Health2B Open · 3. juni 2026

Vi har frigjort
100 årsverk 😊



Helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre (Ap) vil sammen med regjeringen legge fram en plan for å unngå bemanningskrise i helsesektoren. Foto: Stian Lysberg Solum / NTB

Går mot bemanningskrise i helsesektoren

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at underskuddet for utvalgte helsepersonellgrupper vil øke drastisk fram mot 2040.

Underskuddet vil øke fra rundt 9900 årsverk i 2025 til 42.400 årsverk i 2040. Det betyr bemanningskrise i helse- og omsorgssektoren framover.

– Dette er et tall vi må ta på stort alvor, sier helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre (Ap) til VG.

Veksten i bemanningsbehovet blir sterkest i den kommunale omsorgstjenesten og somatiske helsetjenester, som betyr at eldreomsorgen kan bli særlig presset.

Gruppen eldre over 80 år utgjør i dag i underkant av 5 prosent av befolkningen. Forventet levealder stiger, og ifølge Folkehelseinstituttet vil denne gruppen mer enn dobles og nærme seg 600.000 personer innen 2050.

Før sommeren legger regjeringen fram Helsepersonellplan 2040. Målet er at Stortinget skal samle seg om en forpliktende plan for hvordan Norge skal unngå at mangelen på helsepersonell vokser seg u håndterlig. Ifølge Vestre skal planen inneholde «langt over 100 konkrete tiltak».

Ifølge tallene fra SSB vil mangelen bli størst blant helsefagarbeidere og sykepleiere.

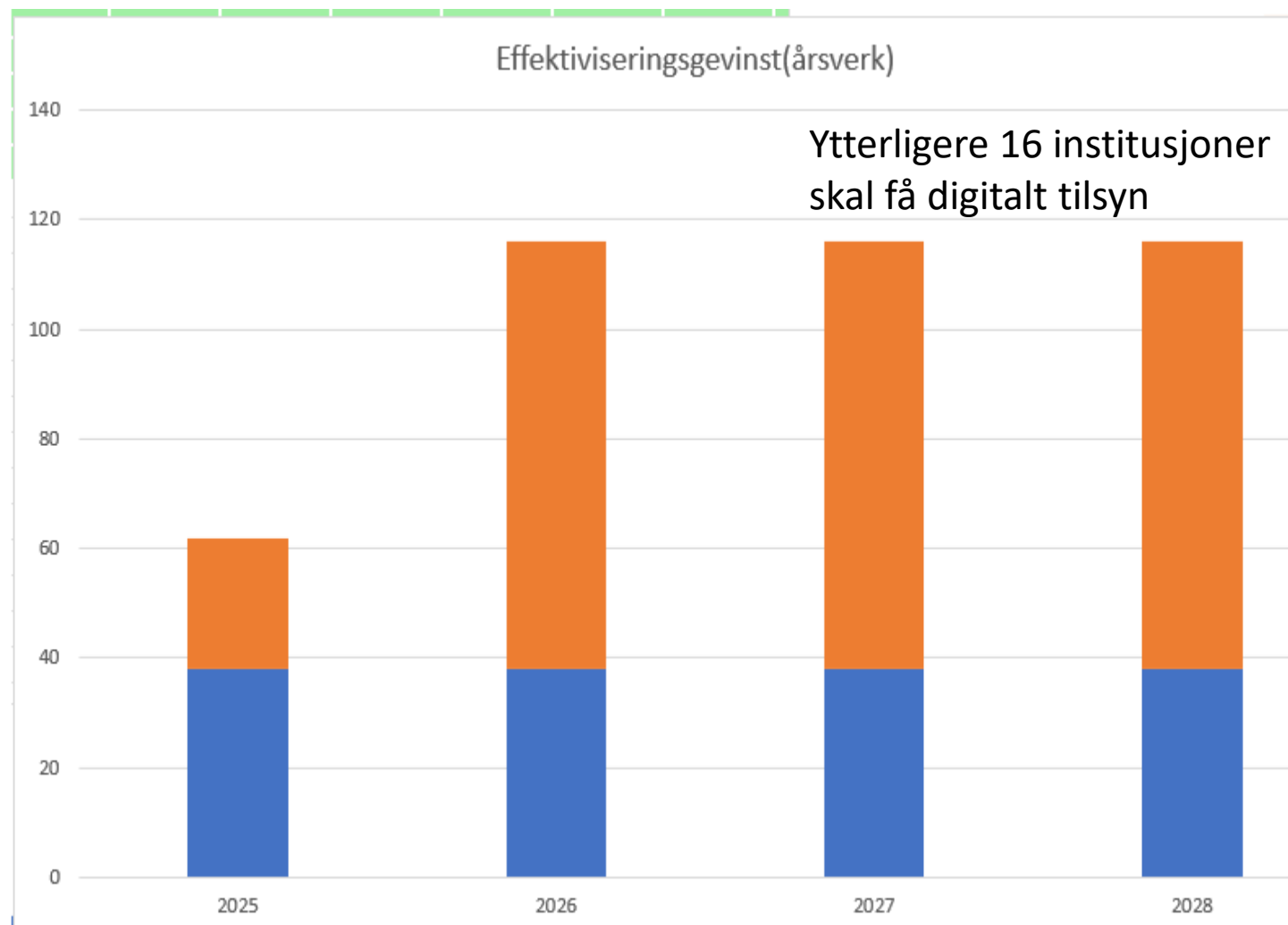
– Det vil også bli behov for andre helsepersonellgrupper og andre grupper som i dag gjør viktige oppgaver i helse- og omsorgstjenestene våre, sier Vestre til VG, og nevner ansatte innen administrasjon, service og praktiske oppgaver i omsorgstjenestene.

NTB

TIPS@DAGENSMEDISIN.NO

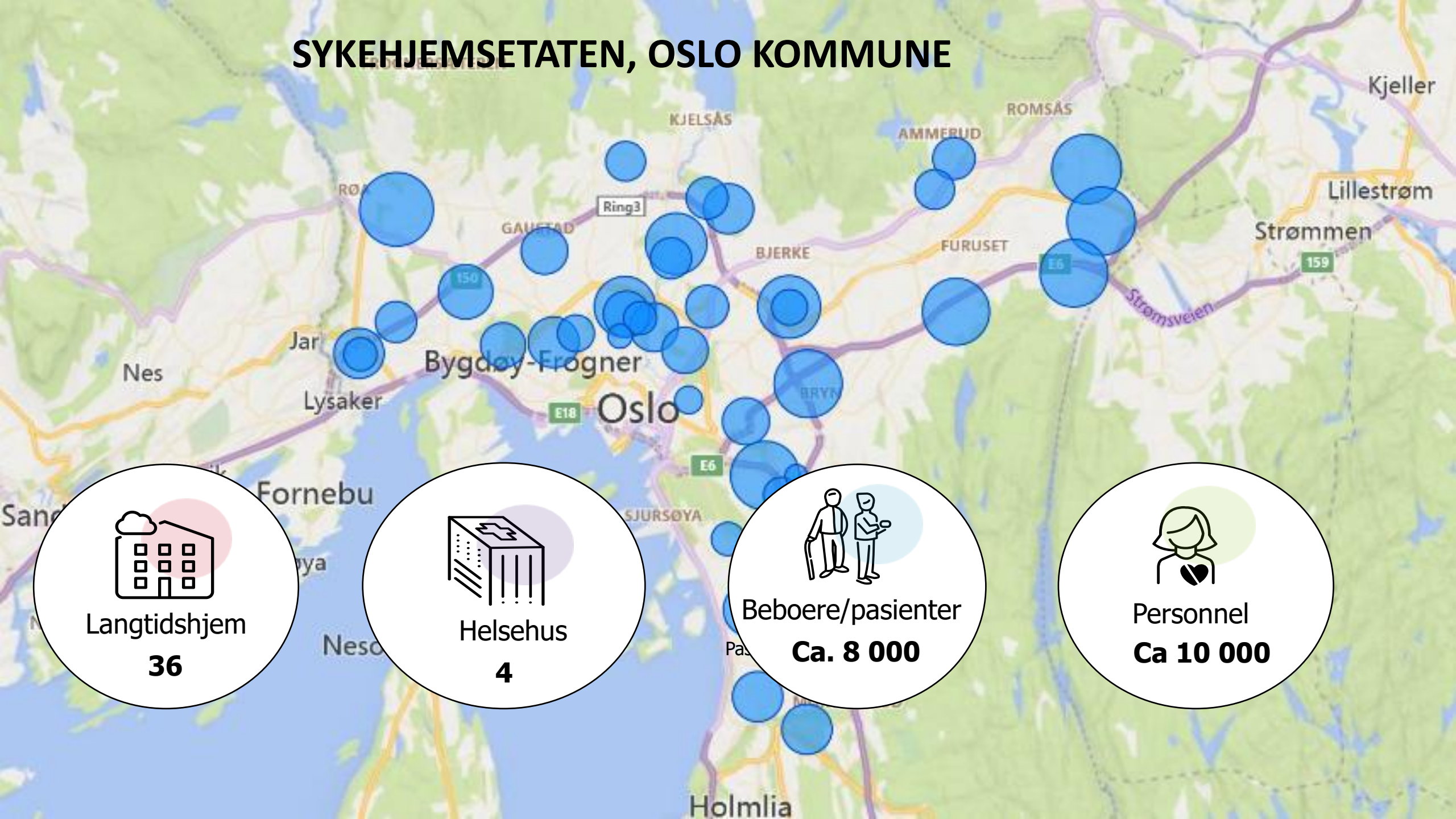
PUBLISERT 01.06.2026 - 15:28 SIST OPPDATERT 01.06.2026 - 15:50

Historien om digitalt tilsyn i Sykehjemsetaten



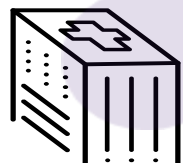
Hittil innført på **14** institusjoner: **96 årsverk** spart

SYKEHJEMSETATEN, OSLO KOMMUNE



Langtidshjem

36



Helsehus

4



Beboere/pasienter

Ca. 8 000



Personnel

Ca 10 000

Tre ønsker, samtidig – som et Kinder-egg

Sjokolade, leke og overraskelse i én. Vi rigger initiativ som leverer alle tre.



SJOKOLADEN

Bedre kvalitet

i tjenesten til brukerne



LEKEN

Bedre arbeidshverdag

for de ansatte



OVERRASKELSEN

Frigjort tid

som kan veksles inn



Oslo

Før: separat betalingsvilje for én av dem. Nå: vi krysser av for alle tre, eller lar være.

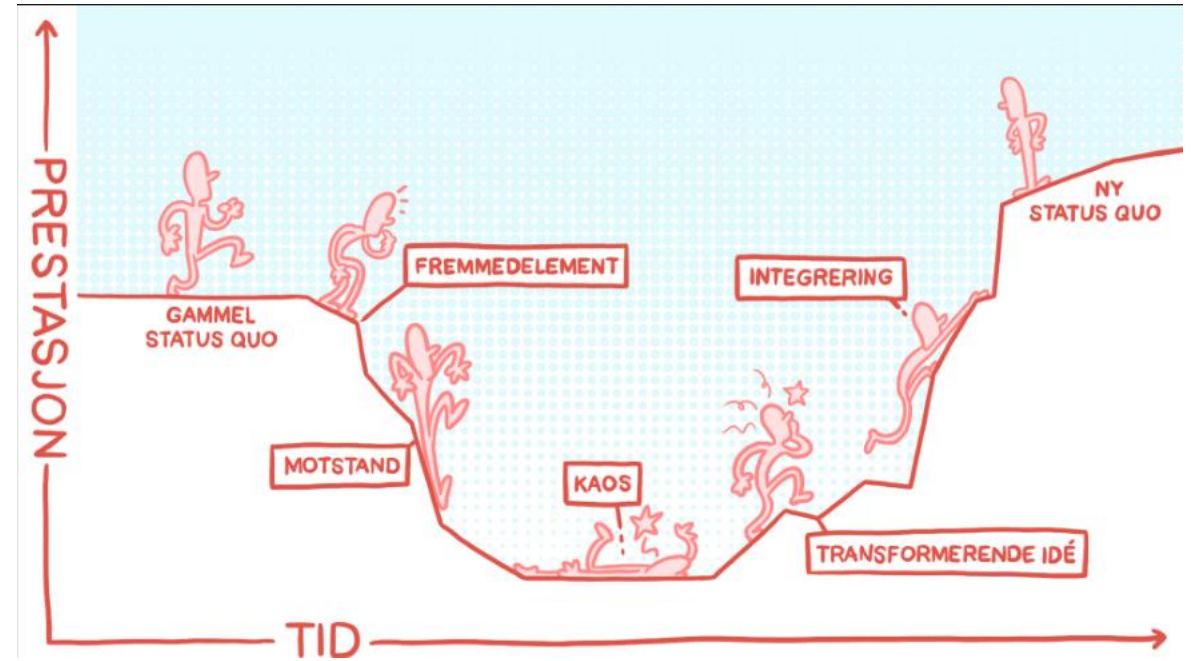
Hva vi leter etter

Ikke teknologi alene. Ikke arbeidsprosess alene. Det er kombinasjonen som skaper bærekraftig drift allerede i dag.

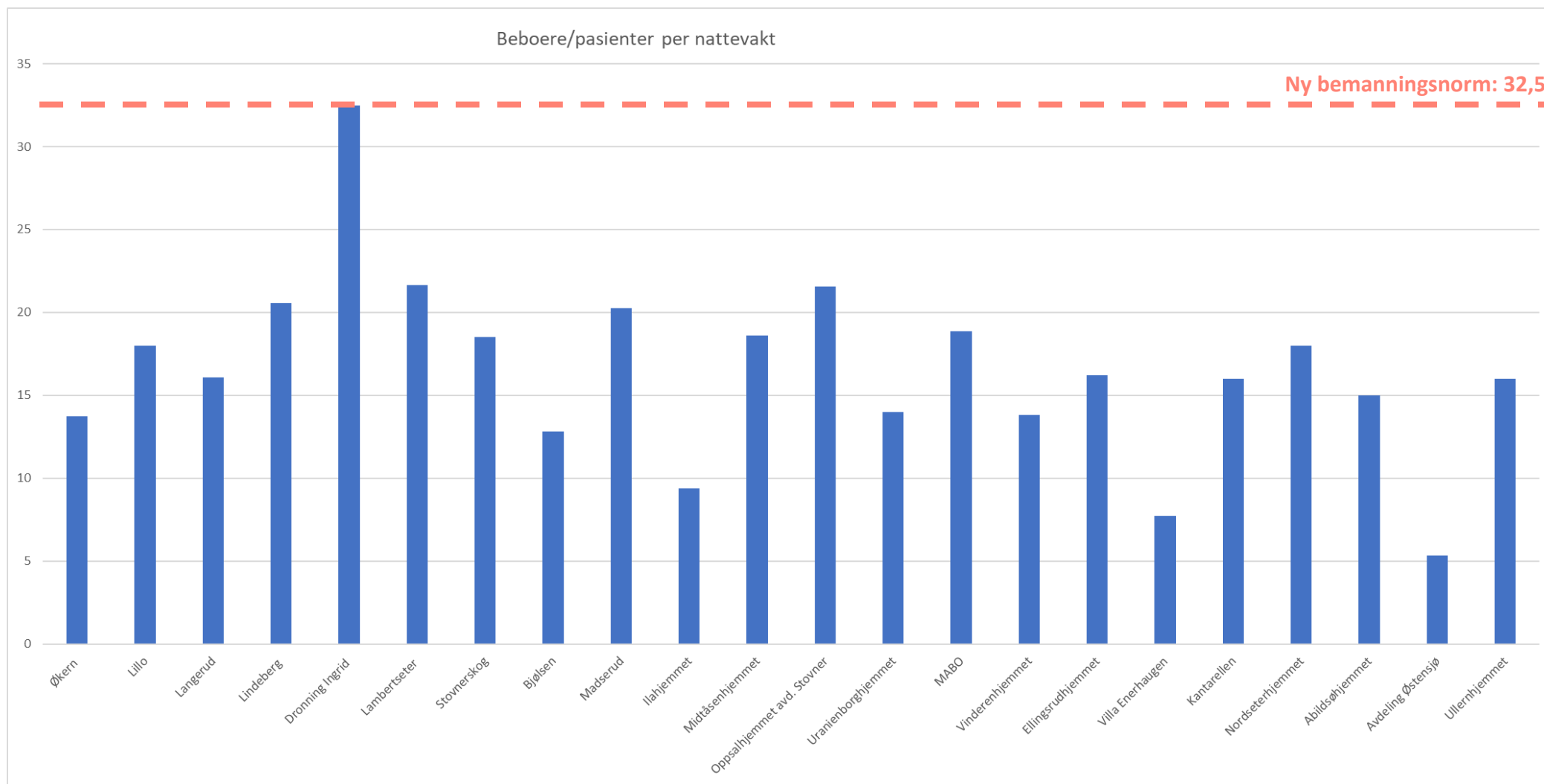


Teknologi som ikke endrer arbeidsprosessen gir lisensutgift uten gevinst.

Endring er vanskelig



På leting etter Kinderegget

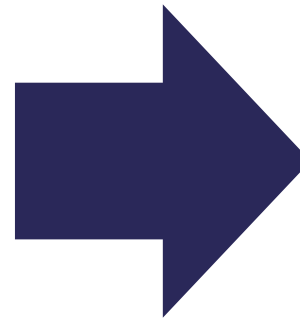


Eksempel: Innføring av digitalt tilsyn på natt

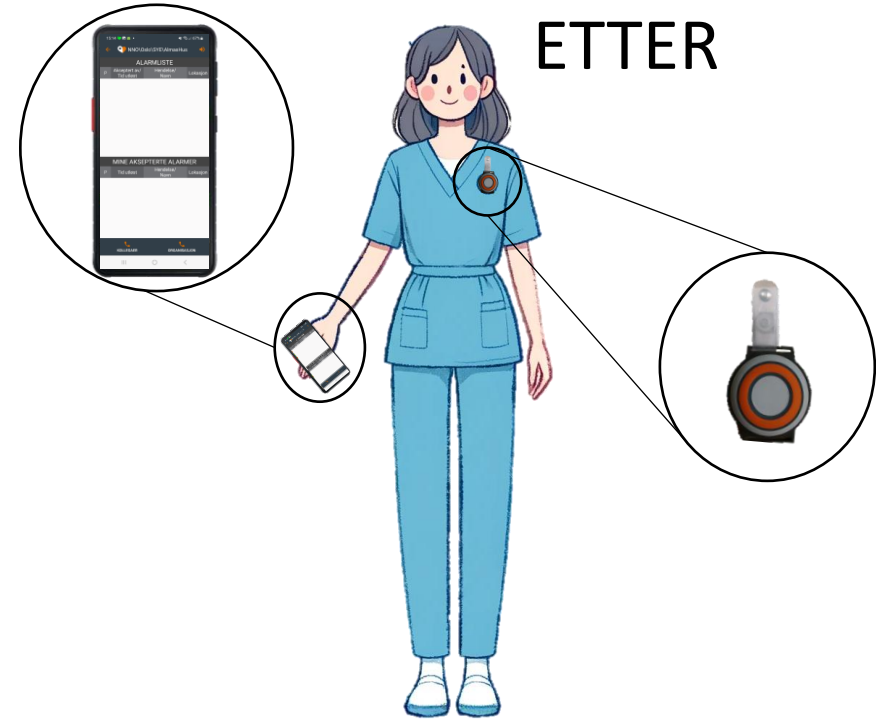
FØR



Nattevaktene passet på beboere i hver sin korridor



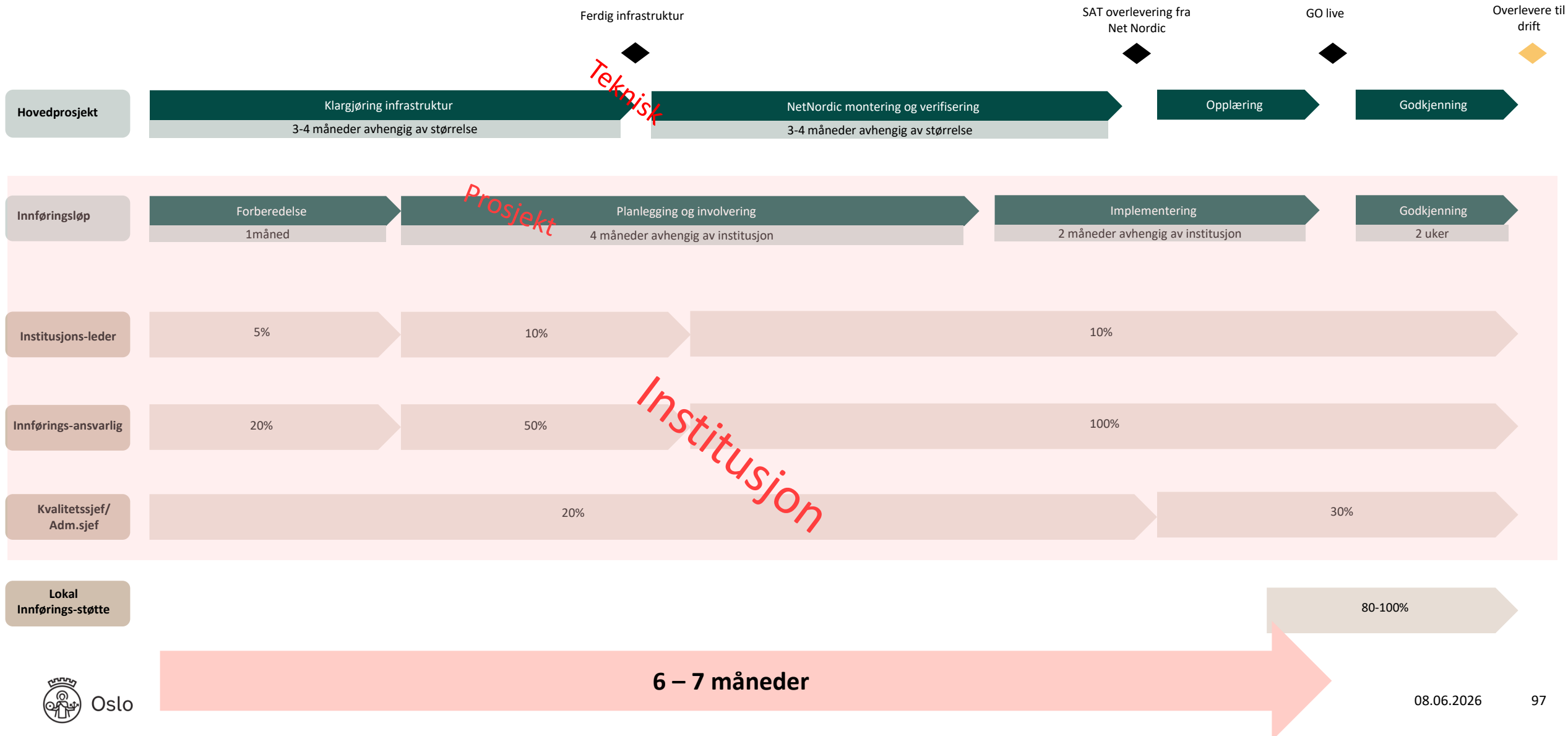
ETTER



Nattevaktene jobber i team og deler ansvaret for alle beboerne. Bruker mobil og får alarm fra beboerne hvis de trenger hjelp.

Bemanning redusert til 32,5 beboere per nattevakt

Den største utfordringen: ENDRINGEN



ADKAR metodikk



TRADISJONELT

↕ Tynn



←— Lang —→

- Lang prosjektperiode
- Spredt fokus
- Liten impact

VS

HALF DOUBLE

↕ Tykk



←— Kort —→

- Kort, intensiv periode
- Fullt fokus
- Stor impact

Samme mengde pasta — men Half Double gir deg mer for innsatsen!

Endring i helsevesenet krever modige ledere (og politikere) som står stødig i "stormen"

Varslet om kritikk for forhold på sykehus (NRK)
Sykepleier var som ikke fikk og ikke fikk som får pasienter ligger i urin at. Beskrives og helse

Eldreombud: - Dette er en uverdigg måte å handle eldre på

Fryktet for livet på helsehus
ropte på hjelp

Etareomsorg (samleside)
er flere kritiske saker, blant annet: grunnleggende omsorg prioritering om manglende pleie og kvalitet og prioritinger

Helsehus får sterk kritikk (NRK)
port peker på: manning etanse utføring

Lå i timevis og

- du
- høy



Datadrevet reorganisering; slutt på «synsing»

Med innsikt som motor i alle faser

Før

- Gjennomfører detaljert **oppgavekartlegging** for å få innsikt om dagens **arbeidsprosesser**.
- Innhenter **nullpunkt om** dagens **kvalitet**
- Bruker innsikt til å definere **fremtidig situasjon**: oppgavedeling og effektivisering, teamorganisering, kvalitet
- Gjør **innsiktsbasert ROS** av fremtidig situasjon
- Etablerer **mål og indikatorer** på **gevinst og risiko**



Under

- **Overvåker brukerfeil** og tekniske **feil** basert på produksjonsdata
- **Gjør justeringer** på bruk av teknologien
- Lærer av **bruksmønstre** og **forskjell** mellom avdelinger
- **Setter inn** risikoreduserende **tiltak** underveis i innføringen og følger effekt
- **Støtter ledelsen** i å tolke data og opplæring i bruk av innsikten til styring



Etter

- **Kontinuerlig forbedring** ved bruk av **sanntidsdata**
- Datadrevet **oppfølging** av **gevinster** og **risiko**
- Setter inn **risikoreduserende tiltak** basert på data og **følger effekten**
- **Full transparens** og mulighet for å **lære** av de **som gjør det best**



DATA DREVET: Oppgaverregistrering

Langerudhjemmet

Lillohjemmet

Vinderenhjemmet

Antall svar

1060

Antall oppgaver

2 482

Stilling

Alle

Avdeling

Alle

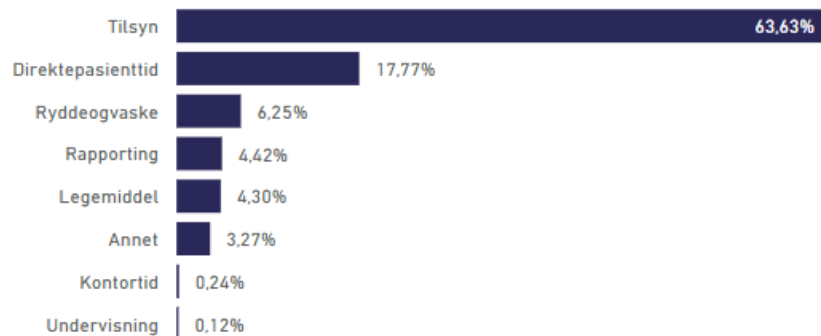
Hovedoppgave

Alle

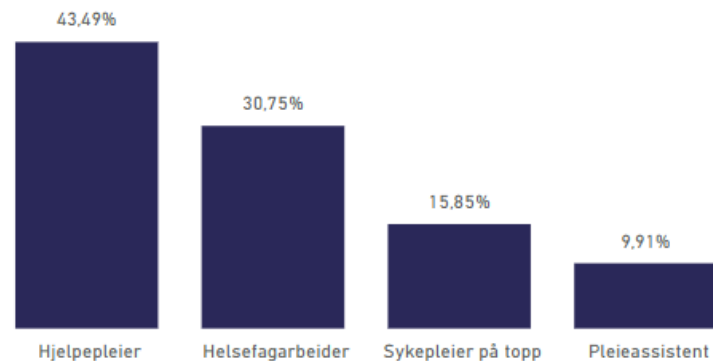
Underoppgave behandlet

Alle

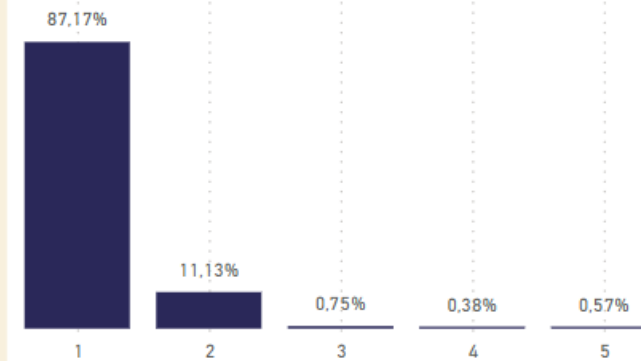
Hovedoppgaver på natt



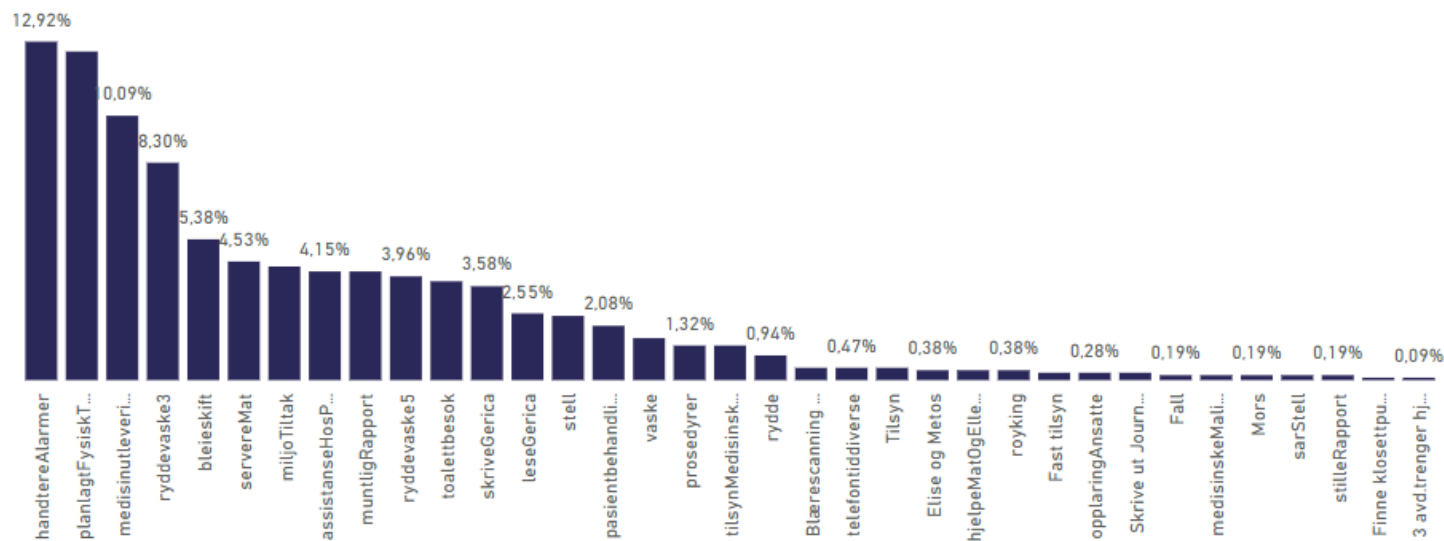
Hvem utfører oppgaven



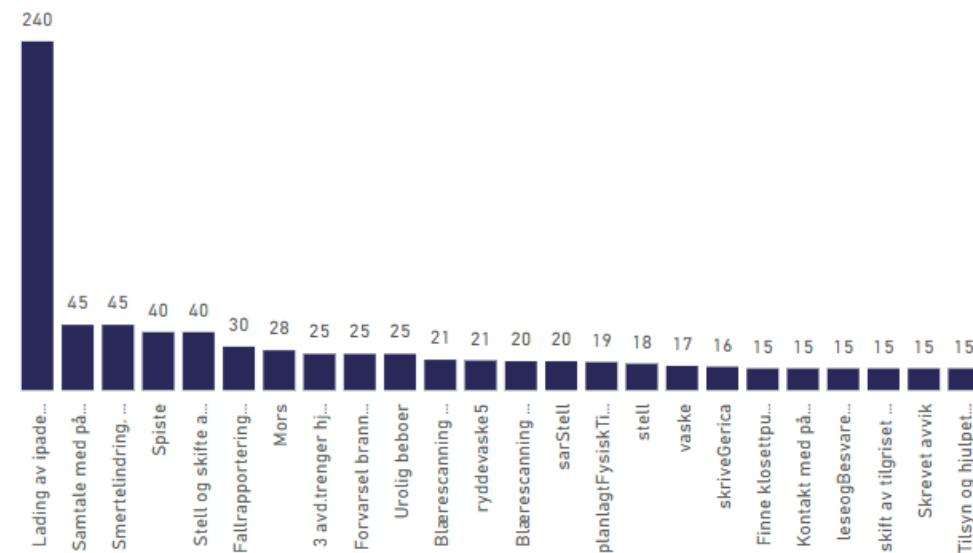
Antall pleiere per oppgave



Andel underoppgaver på natt

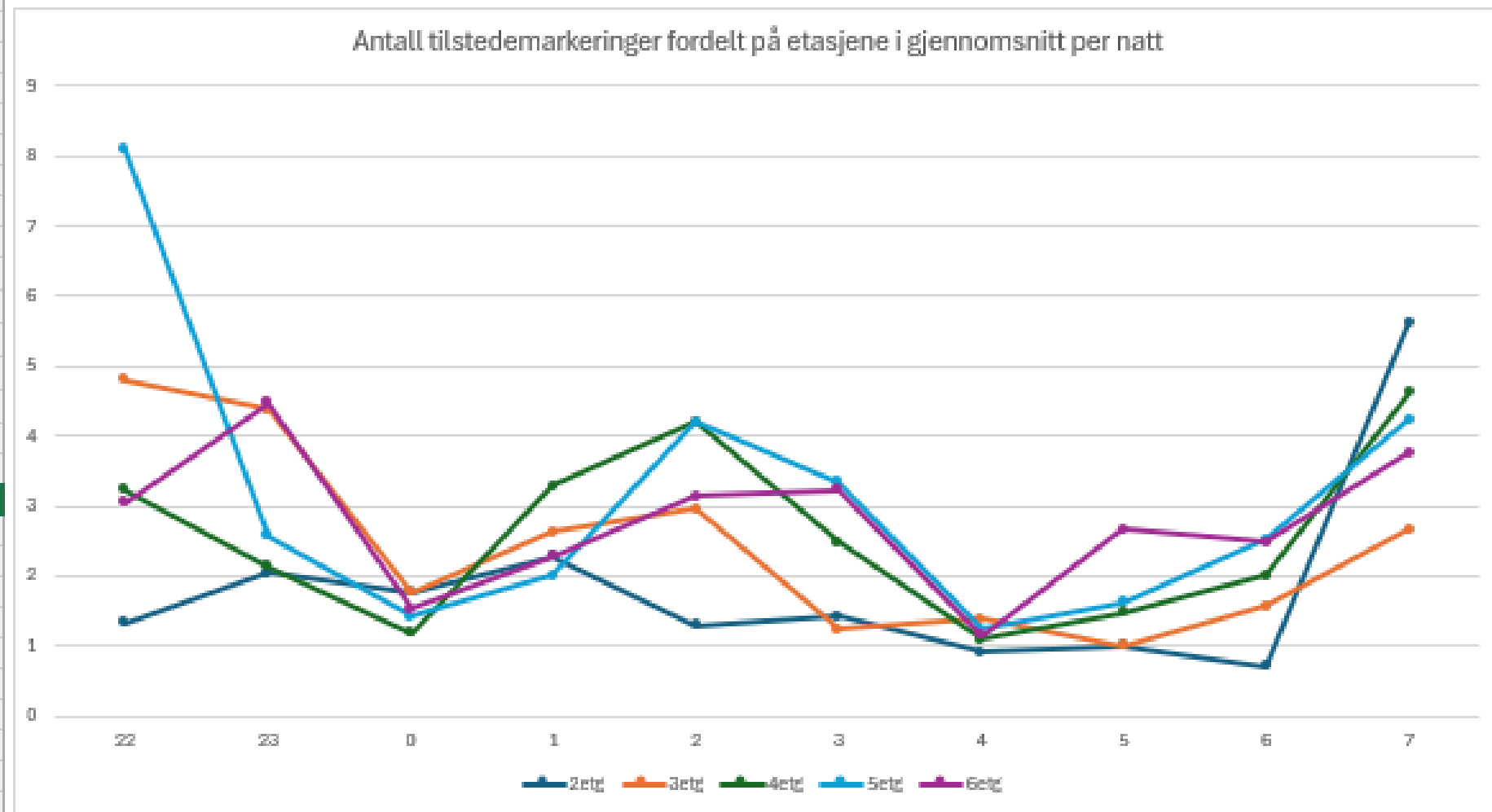


Gj.tid brukt underoppgaver

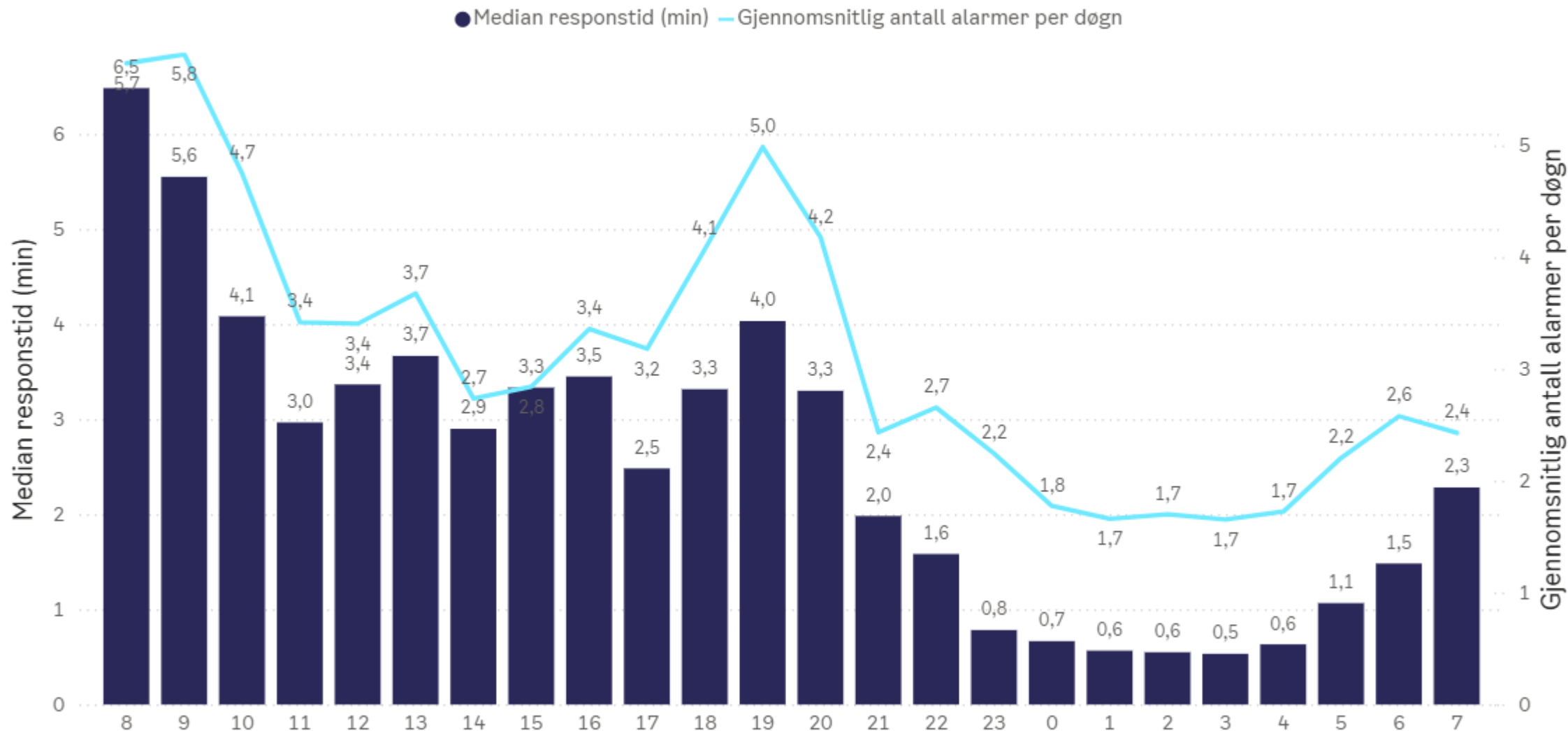


Registrert tilstedeværelse på beboerrom

Antall tilstedemarkeringer i gjennomsnitt per natt



Responstid og antall alarmer over 24timer



31.12.2025 📅

13.05.2026 📅



Tid	Tittel	Hvem
13:00-13:05	Velkommen til Health2B	Elen Høeg, Health2B
13:05-13:20	Velkommen!	Aksel Tunold, Aleap
13:20-13:40	Hvordan lykkes med skalering i et aktørkart uten felles retning?	Riche Vestby, LUP
13:40-13:50	Hvordan bygge god dokumentasjon fra test og pilot som grunnlag for skalering? Erfaringer fra prosjekter i Norge og Norden	Bent Håkon Lauritzen, Norway Health Tech
13:50-14:10	Nye Metoder – ny prosess for medisinsk teknisk utstyr	Terje Kvale, Sykehusinnkjøp og Anette Flatby, Direktoratet for Medisinke produkter
14:10-14:30	PAUSE	
14:30-14:40	Sykehuspartner og skalering	Kenneth Iversen, Sykehuspartner
14:40-15:00	Perspektiver fra start up	Lars Christian Dahle, Synplan Charles Michelson, Flow Technologies
15:00-15:10	What does good look like?	Sveinung Tornås, Norway Health Tech
15:10-15:20	Business case for personellbesparende teknologi	Finn Gustav Skofteland, Sykehjemsetaten, Oslo kommune
15:20-15:50	Spørsmål og dialog med salen	
15:50-16:00	Takk for i dag!	

SPØRSMÅL OG DIALOG MED SALEN



Health2B

Takk for idag!
Vi tar gjerne dine innspill



menti.com
2816 2839



Health2B

www.health2b.no

LinkedIn: [Health2B Norway](#)