

TELLUFORUM 2026 | NASJONALMUSEET, OSLO

# Fra prosjekt til hverdag

Hva kreves for å normalisere  
velferdsteknologi i kommunen?

**Martin Ekran** | Direktør for helse og mestring, Halden kommune | 5. mai 2026



**HALDEN**  
KOMMUNE

## KONTEKST

# Hvem er vi i Halden?

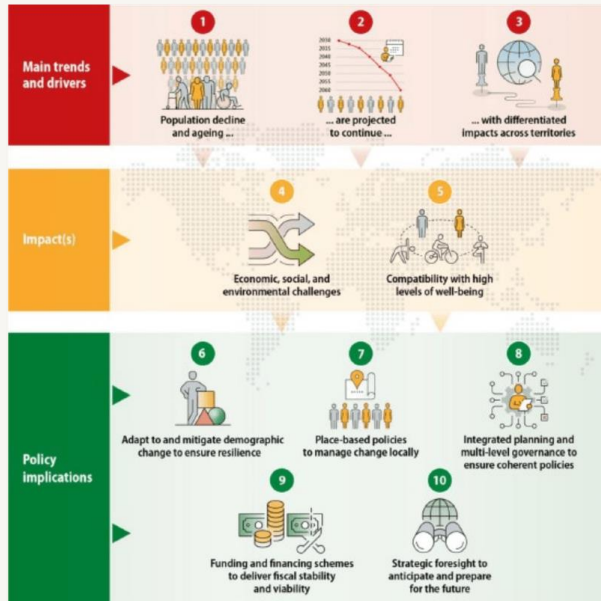
Halden er en kommune med drøyt 31 000 innbyggere, og helse- og mestringstjenestene utgjør en massiv del av vår daglige drift.

Som direktør leder jeg over **1300 dedikerte ansatte** fordelt på institusjoner, hjemmetjenester og forebyggende tilbud.

Vi står overfor de samme utfordringene som resten av kommune-Norge: Flere eldre, færre hender, og strammere økonomi. Men vi har bestemt oss for å møte dette proaktivt.



# Det globale perspektivet: Shrinking Smartly



Vi står ikke alene i dette. OECD har pekt på de samme trendene: befolkningen eldes og arbeidsstyrken krymper. Deres råd er tydelig: Vi må **"Shrink Smartly and Sustainably"**.

I Norge vil vi ifølge Telemarksforskning mangle mellom **40 000** og **80 000 helsepersonell** innen 2040.

Det betyr at vi ikke lenger kan løse kapasitetsutfordringene bare ved å be om flere hender. Vi må bygge en robust og smart infrastruktur som gjør at færre kan levere like gode, om ikke bedre, tjenester.

## Halden i tall mot 2040

**+90 %**

flere over 80 år

**400**

nye årsverk trengs

### Demografisk endring

Færre unge og færre i arbeidsfør alder til å bære velferdssamfunnet.

### Folkehelse

Høyere sykdomsbyrde enn landsgjennomsnittet krever mer av tjenestene. tjenestene.

### Økonomi

Merforbruk er et symptom på strukturelle utfordringer, ikke en årsak i seg årsak i seg selv.

ET PARADIGMESKIFTE

# Fra reaktiv omsorg til proaktiv mestring

Vi må endre hele tenkemåten vår. Før handlet eldreomsorg ofte om å "ta over" og kompensere for funksjonstap når det inntraff.

Nå må målet være **egenmestring og selvstendighet** lengst mulig.

Dette krever at vi bytter ut passive tjenester med teknologi og tilbud som støtter opp under innbyggernes evne til å klare seg selv i eget hjem. Det er bedre for den enkelte, og det er nødvendig for samfunnet.



# Trygg og aktiv i eget liv



Vår visjon er krystallklar: Innbyggerne skal kunne være **trygge og aktive i eget liv** så lenge som overhodet mulig.

Dette krever at vi bygger et helhetlig økosystem av teknologi og tjenester som understøtter dette målet. Teknologien er ikke målet i seg selv, men den viktigste muliggjøreren for å skape dette samfunnet.

Vi må gå fra ord til handling, og fra prosjekt til stabil, normalisert drift.

TYDELIGE FORVENTNINGER

## Prioritering fra øverste hold

Vi må tørre å prioritere. Som helseministeren har pekt på i den nye prioriteringsmeldingen: Vi kan ikke fortsette å gjøre alt for alle.

Det handler om å ta de **vanskelige, men nødvendige valgene**.

Teknologi skal ikke bare være et "kjekt å ha"-tillegg. Det må være førstevalget der det er mulig og forsvarlig, slik at de varme hendene kan brukes der de trengs aller mest.



## IFE-STUDIEN

# Vi ba noen se oss i kortene

- Institutt for energiteknikk (IFE)

Et uavhengig forskningsinstitutt med tung ekspertise på samspillet mellom menneske, teknologi og teknologi og organisasjon i helsesektoren.

- Gjennomførte en kvalitativ studie for Halden høsten 2025.

- 11 ansatte intervjuet: sykepleiere, helsefagarbeidere, avdelingsledere og rådgivere. rådgivere.

- Tema: Elektronisk medisineringsstøtte og overgang til drift.



PRAKSIS

## Hva snakker vi om i praksis?

Når vi snakker om elektronisk medisin støtte, snakker vi om maskiner som gir pasientene medisinen sin til riktig tid.

Maskinen varsler med lyd og lys, og mater ut riktig dose. Hvis medisinen ikke blir tatt, går det en alarm til hjemmetjenesten.

**Vi har i dag 60 dispensere ute i drift hos innbyggerne i Halden.**

Elektronisk medisin støtte

**60**

aktive brukere

KVALITETSGEVINSTER

## Når det fungerer, fungerer det veldig godt

### Økt selvstendighet

Pasientene opplever mestring og frihet.

### Frigjort tid

Mindre tid brukt på rutineoppgaver.

### Økt pasientsikkerhet

Riktig medisin til riktig tid, med varsling ved avvik.

### Trygghet for pårørende

Pårørende får større trygghet.

UTFORDRINGENE

## 7 av 10 ansatte opplevde mangelfull forankring

---

### Manglende involvering

Ansatte ble i for liten grad tatt med i planleggingsfasen.

### Prosjektorganisering

Innføringen ble drevet som et isolert prosjekt uten linjeeierskap.

### Usystematisk opplæring

Opplæringen var tilfeldig og manglet en standardisert plan.

KOMMUNIKASJON

## Vi snakket om innsparing. De ansatte hørte: dere er for dyre.

### HVA LEDELSEN SA

*«Vi må bruke teknologi for å effektivisere driften og spare penger.»*



### HVA ANSATTE HØRTE

*«Dere koster for mye, og vi vil erstatte dere med med maskiner.»*

### Konsekvensen

Når innføring av teknologi motiveres med økonomi fremfor kvalitet og pasientsikkerhet, skaper det utrygghet, demotivasjon og motstand i organisasjonen.

IFE-STUDIEN: SÅRBARHET

## Når systemet svikter, bærer enkeltpersoner

### Uformelle superbrukere

Når systematisk opplæring mangler, trer ildsjeler frem. De tar ansvar for feilsøking, opplæring av kollegaer og kontakt med leverandør.

Dette skjer ofte på toppen av vanlige oppgaver, uten formell tid eller tid eller kompensasjon.

### Ekstrem sårbarhet

Hva skjer når ildsjelen har ferie, blir syk, eller bytter jobb?

Tjenesten går fra å være en robust, kommunal leveranse til å bli et personavhengig prosjekt. Dette truer pasientsikkerheten.

*"Vi kan ikke bygge fremtidens helsetjeneste på at noen få ansatte ofrer fritiden sin for å få teknologien til å virke."*

HOVEDKONKLUSJON

# Det handler ikke om teknologien

Teknologien fungerer godt. Utfordringen er at innføring er organisasjonsutvikling.

## 1. Forankring

Forankres i hele linjen, fra ledelse til bruker.

## 2. Organisering

Ikke et isolert prosjekt — integreres i drift.

## 3. Oppfølging

Systematisk opplæring, tydelige ansvar og evaluering.

## IMPLEMENTERING

# Prosjekter tar slutt. Hverdagen fortsetter.

## Prosjektfasen

- Dedikerte ressurser og midler
- Ekstra tid til opplæring
- <sup>opplæring</sup> Eentusiasme og ildsjeler



## Ordinær drift

- Stramme budsjetter
- Tidspress og bemanningsmangel
- Konkurrerende prioriteringer

Overgangen er den mest kritiske fasen. Det er her teknologien enten normaliseres som et verktøy i hverdagen, eller dør ut.

## BESTE PRAKSIS

# Hva kan vi lære av naboen?

## Sarpsborg-modellen

- Eget helseteknologi team som tar eierskap til drift, support og oppfølging.
- Standardiserte rutiner for opplæring, feilsøking og vedlikehold.
- Tydelig ansvarsfordeling mellom teknologiteamet og hjemmetjenesten.

## Resultatet

- Fjerner byrden fra uformelle superbrukere og ildsjeler.
- Sikrer at teknologien faktisk fungerer stabilt i hverdagen.
- Skaper trygghet for både ansatte og pasienter, og frigjør tid til omsorg.

OPPSKRIFTEN

## Hva kreves for å gå fra prosjekt til normalisert drift?

1

### Forankring i hele linjen

Fra toppleder til fagarbeider. Alle må forstå hvorfor vi gjør dette, og hva målet er.

2

### Integrering i ordinær drift

Ikke et prosjekt på siden. Teknologien må bli en naturlig del av de daglige rutinene.

3

### Systematisk opplæring

Kontinuerlig kompetanseheving, ikke bare et krasjkurs ved oppstart.

4

### Tydlig ansvarsfordeling

Hvem gjør hva når noe feiler? Vi kan ikke lene oss på oss på uformelle superbrukere.

5

### Gevinstrealisering

En konkret plan for hva den frigjorte tiden faktisk skal faktisk skal brukes til.

LÆRING FRA ANDRE

# 5 % teknologi. 95 % mennesker og ledelse.

---

## Erfaringer fra Finland

I Västra Nyland har de senket minimumsbemanningen i eldreomsorgen, men likevel opprettholdt kvaliteten.

Gjennom systematisk bruk av teknologi og sterk ledelse har de redusert bruken av innleid personell med hele 70 %

## Haldens ruteoptimalisering

Å innføre et system for ruteoptimalisering handler minimalt om selve algoritmen eller programvaren.

Det handler fundamentalt om å endre kulturen, arbeidsprosessene og hvordan vi leder de ansatte i hverdagen.

# Relasjon vs. teknologi

Det oppstår ofte en debatt om at teknologi stjeler "de varme hendene" og ødelegger relasjonen mellom ansatt og bruker.

Vår erfaring, og forskningen fra Høgskolen i Østfold, viser at det ikke stemmer. **Teknologien kan tvert imot styrke relasjonen.**

Når en skjerm eller dispenser tar seg av rutineoppgaver, frigjøres verdifull tid til de samtale og oppgavene som faktisk krever menneskelig tilstedeværelse.



KVALITETSUTFORDRINGER

# Telecare-tjenestene er ikke i mål

---

## Helsetilsynet (2025)

Tilsyn med elektronisk medisineringsstøtte

- Avdekket lovbrudd i 3 av 5 undersøkte kommuner.

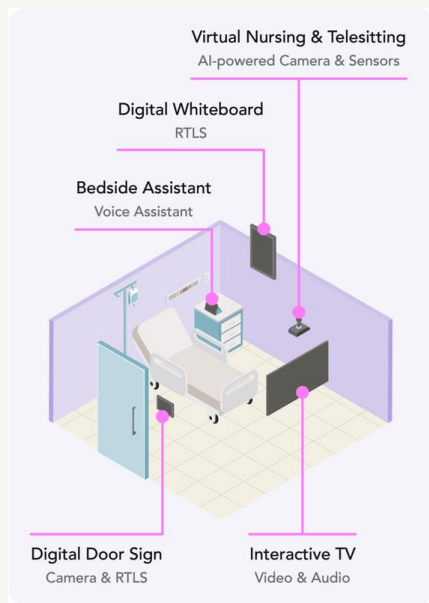
## Forskning (JMIR)

Kvalitetsutfordringer i responsentre

- Manglende standardisering og uklar ansvarsfordeling på tvers av tjenestenivåer.

Vi kan ikke lene oss tilbake. Selv om teknologien er på plass, krever tjenestekvaliteten kontinuerlig arbeid og ledelsesfokus.

# Organisering og endringsledelse



Det holder ikke å bare plassere en skjerm eller en sensor i et rom. Vi må tenke helhetlig rundt hvordan tjenesten skal fungere.

Som Helsetilsynet og IFE peker på: Det største problemet er ofte at vi mangler gode rutiner for **avvikshåndtering, opplæring og kontinuerlig evaluering.**

Velferdsteknologi er ikke et isolert prosjekt; det er en integrert del av tjenesteutøvelsen, og krever samme grundige styring som tradisjonelle oppgaver.

DEN NYE MÅTEN Å JOBBE PÅ

# Digitalt tilsyn: Forankring før pilot

## Smart Innovation Norway

Vi samarbeider for å sikre et solid beslutningsgrunnlag *før* vi eventuelt starter en pilot på digitalt tilsyn i helse- og mestringstjenestene.

### Hva vi gjør nå:

- Intervjuer og observasjoner i institusjon og hjemmetjeneste
- Bevisst bruker- og pårørendeinvolvering (holdninger, personvern, trygghet)
- Tett koordinert med forskning på innbyggerinvolvering

## Verdien av forarbeidet

Tidligere kjøpte vi kanskje teknologien først. Nå kartlegger vi først.

### Hva dette bidrar til:

- Innsikt i reelle behov og bekymringer hos ansatte og brukere
- Styrket legitimitet og forankring i hele linja
- Et kvalitetssikret og helhetlig beslutningsgrunnlag for ledergruppen

## KUNSTIG INTELLIGENS

# Vi bygger grunnmur for kunstig intelligens

## Eget KI-råd

Etablert eget KI-råd i kommunen for å sikre trygg, juridisk forankret og etisk bruk av bruk av ny teknologi.

## Trygge løsninger

Innført trygge, lukkede språkmodeller for alle ansatte, slik ansatte, slik at data ikke lekker ut lekker ut på det åpne internettet. internettet.

## Opplæring først

Fokus på grunnleggende opplæring og retningslinjer før vi før vi skalere til avanserte kliniske systemer.

## Digital assistent

Målet er ikke å erstatte fagfolk, fagfolk, men å gi dem en kraftig kraftig digital assistent som frigjør frigjør tid til pasientrettet arbeid. arbeid.

KONKRETE PROSJEKTER

## Fra strategi til praksis

---

### Tale-til-tekst

Dokumentasjon

Helsepersonell dikterer journalnotater; KI strukturerer teksten og frigjør tid.

### Ruteoptimalisering

Logistikk

Algoritmer beregner effektive ruter basert på pasientbehov og geografi.

### Saksbehandling

Administrasjon

Modeller oppsummerer journaler, trekker ut kjerneinformasjon og utformer utkast.

KONKRET KI-BRUK

## Tale-til-tekst: Mer tid, bedre kvalitet

### Hva det er

En KI-modell som transkriberer og strukturerer helsepersonells muntlige notater direkte inn i pasientjournalen.

### Tidsbesparelse

Sparer opptil 30-40 minutter per ansatt per vakt. Tid som kan brukes på pasientene i stedet for foran skjermen.

### Kvalitetsløft

Notatene blir mer presise, objektive og detaljerte fordi de spilles inn mens inntrykkene er ferske.

### Språk og dialekt

Modellen håndterer dialekter, aksenter og medisinsk fagterminologi overraskende godt.

KS/EY-RAPPORTEN 2025

## Hvor står kommunene med KI?

80 %

Utforsker og tester

Det store flertallet av norske kommuner er i gang med å teste ut ut kunstig intelligens i småskala piloter.

5 %

Har skalert til drift

Kun en brøkdel har klart å ta steget fra spennende prosjekter til løsninger som fungerer i ordinær drift.

Vi sitter fast i «pilotfella». Teknologien er tilgjengelig, men evnen til å implementere og skalere mangler.

# Seks trinn for å lykkes med innføring

---

**1**

## Behov og forankring

Forstå det reelle problemet og sikre eierskap hos eierskap hos ledelsen før noe kjøpes.

---

**4**

## Organisasjonsutvikling

Tilpasse arbeidsprosesser og rutiner til den nye nye teknologien i hverdagen.

---

**2**

## Anskaffelse og juss

Sikre at løsningen møter strenge krav til personvern (GDPR) og sikkerhet.

---

**5**

## Opplæring og pilot

Trening av ansatte og utprøving i kontrollert skala kontrollert skala for å fange opp feil tidlig.

---

**3**

## Teknisk etablering

Integrasjon med eksisterende fagsystemer og og etablering av robust infrastruktur.

---

**6**

## Skalering og gevinst

Bred utrulling og systematisk arbeid for å hente hente ut de planlagte effektene.

KJERNEN I PROBLEMET

# Teknologien er enkel. Ledelse er vanskelig.

---

## Det handler ikke om dingsen

Teknologien er sjelden det egentlige problemet. Den gjør stort sett det stort sett det den er programmert til.

Den virkelige utfordringen er å endre inngrodde vaner, etablerte rutiner og en kultur som sitter i veggene.

## Lederens rolle

- Må prioritere tid og ressurser til systematisk opplæring.
- Må tørre å stå i motstanden når endringsprosessen gjør vondt.
- Må aktivt etterspørre bruk og resultater i hverdagen.

Innføring av teknologi er 100 % organisasjonsutvikling.

# Ambisjoner er ikke det samme som kompetanse

## Advarsel fra Sverige

En kartlegging i Sverige viste et stort gap: nesten alle toppledere hadde høye ambisjoner for KI, men **under 5 %** av av ansatte hadde fått formell opplæring.

## Hva betyr dette for oss?

- **Lisenser er billig, tid er dyrt:** Enkelt å kjøpe teknologi —krevende å lære 1300 1300 ansatte å bruke den.
- **Digitalt utenforskap på jobb:** Uten systematisk opplæring risikerer vi et A- og B-lag A- og B-lag blant ansatte.
- **Grunnmur før tak:** Bygg grunnleggende digital kompetanse før avansert KI-bruk i KI-bruk i klinisk hverdag.

NASJONALE RAMMER

# Kommunene trenger mer enn enkeltpiloter

---

## Juss og personvern

Det er sløsing med ressurser at 356 kommuner skal sitte på hver sin tue og gjøre egne ROS-analyser for nøyaktig de samme systemene.

## Anskaffelser

Komplekse teknologi- og KI-anskaffelser krever en spisskompetanse som de færreste kommuner har kapasitet til å bygge opp alene.

## Felles infrastruktur

Vi trenger nasjonale felleskomponenter og standarder for å kunne dele data trygt og effektivt på tvers av systemer og tjenestenivåer.

Vi trenger nasjonal drahjelp for å komme ut av pilotfella.

# Mer tid betyr lite uten en plan

## Det store spørsmålet

Teknologi frigjør tid. Men hva skjer med den tiden?

Hvis vi ikke har en plan, forsvinner den frigjorte tiden fort i litt lengre kaffepauser, flere møter eller et generelt lavere tempo.

## Planlegg før innkjøp

Gevinstrealisering må planlegges før vi kjøper teknologien, ikke som en ettertanke når systemet er på plass.

## Budsjett eller kvalitet?

Skal vi ta ut gevinsten i form av reduserte budsjetter og færre ansatte, eller i form av økt kvalitet og mer tid med pasientene?

## Et strategisk valg

Dette er ikke et teknisk spørsmål. Det er et politisk og strategisk valg som ledelsen må ta eierskap til.

## TILTAK

# Hva gjør vi nå?

## Fremtidens Halden (FHIT)

Vi la ned e-helseavdelingen og flyttet prosjektlederen direkte under meg for å sikre skikkelig forankring.

Digital transformasjon må skje ute i tjenestene, ikke på et kontor. Derfor kjøper vi fri ressurser fra driften til å lede arbeidet.

## Medisindispensere

Vi startet helt på nytt med å definere hva en medisindispenser er, og hvem som faktisk trenger den.

I dag har vi 60 dispensere ute hos innbyggerne våre, og vi vet nøyaktig hvorfor de er der.

## OPPSUMMERING

## Det viktigste jeg har lært

Innføring av velferdsteknologi og KI handler minimalt om selve teknologien.

Det er et massivt endringsprosjekt som krever mot, tid og tid og tydelig ledelse.

### Verktøy, ikke løsning

Teknologien løser ingenting alene. Den muliggjør nye måter å jobbe på.

### Endre arbeidsmåter

Vi må endre *hvordan* vi jobber, ikke bare sette strøm på gamle rutiner.

### Involvering

De som skal bruke løsningene i hverdagen må med fra dag én.

### Ledelse

Å stå i motstanden når endring gjør vondt, er lederens viktigste oppgave.

TIL PANELDEBATTEN

## Spørsmål å ta med videre



Tidstyven

Hvordan sikrer vi at teknologien faktisk frigjør  
frigjør tid til omsorg?



Ansvaret

Hvem har ansvaret når teknologien svikter i  
pasientens hjem om natten?



Prioriteringene

Er ledere og politikere klare for de tøffe  
prioriteringene som må til?



# Takk for oppmerksomheten!

Martin Ekran

Direktør for helse og mestring, Halden kommune

✉ [Martin.ekran@halden.kommune.no](mailto:Martin.ekran@halden.kommune.no)

☎ +47 934 19 397

in [linkedin.com/in/martinekran](https://www.linkedin.com/in/martinekran)