

# Er digitale helsetenester tilgjengelige for alle?



# Er digitale helsetenester tilgjengelige for alle?



Innhold

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Forord                                                                        | 5  |
| Samandrag                                                                     | 6  |
| 1 Råd til myndigheiter, verksemder og leverandørar                            | 7  |
| 2 Innleiing: Eit digitalisert samfunn – der ikkje alle kan delta              | 9  |
| Del 1: Rammer for digitalisering av helsetenester                             | 10 |
| 3 Styring, rammer og oppbygging av helsesektoren                              | 11 |
| 3.1 Oppbygging av helsesektoren                                               | 11 |
| 3.2 Politiske mål, strategiar og handlingsplanar                              | 12 |
| 3.3 Regelverket skal sikre rett til helsehjelp for alle                       | 16 |
| 3.4 Universelt utforma digitale helsetenester som ein del av totalberedskapen | 18 |
| 3.5 Oppsummering                                                              | 19 |
| Del 2: Innbygarane sine erfaringar med bruk av digitale helsetenester         | 20 |
| 4 Kva tenester blir brukt og kven brukar dei?                                 | 21 |
| 4.1 Kva digitale tenester brukar innbygarane?                                 | 21 |
| 4.2 Kvifor vert ikkje digitale helsetenester brukt?                           | 22 |
| 4.3 Kva kjenneteiknar brukarar og ikkje-brukarar av digitale helsetenester?   | 23 |
| 4.4 Oppsummering                                                              | 26 |
| 5 Kva barrierar møter innbygarane og kva konsekvensar har dei?                | 27 |
| 5.1 Kven møter barrierar?                                                     | 27 |
| 5.2 Kva tenester og steg opplever innbygarane som vanskelege?                 | 28 |
| 5.3 Kva type barrierar møter innbygarane på?                                  | 30 |
| 5.4 Korleis fullførte dei oppgåva?                                            | 34 |
| 5.5 Kva konsekvensar førte barrierane til?                                    | 34 |
| 5.6 Kva alternativ finst og korleis fungerer dei?                             | 35 |
| 5.7 Behov for rettleiing                                                      | 36 |
| 5.8 Kva rolle spelar KI?                                                      | 38 |
| 5.9 Oppsummering                                                              | 39 |

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Del 3: Verksemdene sitt arbeid med universell utforming og resultat frå tilsyn           | 40 |
| 6 Korleis jobbar verksemdene med digitalisering og universell utforming?                 | 41 |
| 6.1 Korleis jobbar helsesektoren med universell utforming?                               | 41 |
| 6.2 Kva erfaring har verksemdene med innføring av krav til tilgjengelegheitserklæringar? | 45 |
| 6.3 Kva status rapporterer verksemdene for sine løysingar?                               | 46 |
| 6.4 Oppsummering                                                                         | 46 |
| 7 Kva er status for universell utforming av ikt?                                         | 49 |
| 7.1 I kva grad er dei digitale løysingane universelt utforma?                            | 49 |
| 7.2 Kva type regelverksbrot er avdekt samla sett?                                        | 49 |
| 7.3 Resultat frå tilsyn med appar, nettstader og dokument                                | 52 |
| 7.4 Tal brot avdekt i tilsyn fordelt på innhaldstypar                                    | 53 |
| 7.5 Korleis tilsyna er følgde opp                                                        | 54 |
| 7.6 Oppsummering                                                                         | 55 |
| Del 4:Funn, vurderingar og konklusjonar                                                  | 58 |
| 8 Hovudfunn, vurderingar og konklusjonar                                                 | 59 |
| 8.1 Hovudfunn og vurderingar                                                             | 59 |
| 8.2 Konklusjonar                                                                         | 61 |
| 9 Metode: Slik har vi jobba med sektortilsynet og rapporten                              | 62 |
| 9.1 Problemstillingar                                                                    | 62 |
| 9.2 Avgrensingar og omgrepsbruk                                                          | 62 |
| 9.3 Dialog med brukarorganisasjonane                                                     | 62 |
| 9.4 Marknadskartlegging                                                                  | 63 |
| 9.5 Litteraturgjennomgang – strategiar og handlingsplanar                                | 63 |
| 9.6 Litteraturgjennomgang – forskning                                                    | 63 |
| 9.7 Gjennomføring av tilsyn og testing                                                   | 65 |
| 9.8 Innbygarundersøkinga                                                                 | 66 |
| 9.9 Undersøking om verksemdene sitt arbeid med universell utforming                      | 67 |
| 10 Figurar                                                                               | 69 |
| 11 Referansar                                                                            | 70 |

## Forord

Digitale løysingar i helsesektoren har dei siste åra vorte ein sentral del av det norske helsetilbodet. For mange betyr dette ein enklare kvardag og meir effektiv kontakt med helsetenesta. Samtidig er tilgang til helsetenester og kontroll over eigne helsedata ein fundamental del av velferdsstaten. Inkludering i digitale løysingar handlar derfor om langt meir enn brukarvenlegheit. Det handlar om å sikre grunnleggande rettar for alle.

I 2025 og 2026 har Tilsynet for universell utforming av ikt (Uu-tilsynet) gjennomført eit sektortilsyn for å undersøke om dei digitale helsetenestene er tilgjengelege for alle. Vi har sett på brukarmønster, kartlagt barrierar og vurdert korleis verksemdene arbeider med universell utforming. Rapporten bygger på kartlegging av marknaden, undersøking av innbyggjarane sine erfaringar med digitale tenester i helsesektoren, dialog med brukarorganisasjonar, gjennomgang av strategiar, handlingsplanar og forskning på området, samt tilsyn med digitale tenester i helsesektoren.

Målet med denne rapporten er å gi auka innsikt i tilstanden i sektoren. Vi håpar at funna kan tene som eit nyttig grunnlag for styresmakter, tenestetilbydarar og leverandørar i arbeidet med å skape tenester som er tilgjengelege for alle.

24.09.2026

Malin Rygg  
tilsynsdirektør



A handwritten signature in black ink, reading "Malin Rygg", enclosed within a large, loopy oval shape.

Samandrag

Nær ni av ti innbyggjarar har brukt digitale løysingar i helsesektoren det siste året. Det er særleg enkle og rutineprega oppgåver som timebestilling og reseptfornyng som er mest brukt. Samtidig viser sektortilsynet at ikkje alle har like moglegheiter til å bruke desse tenestene, og 18 prosent seier at dei har møtt på problem i digitale løysingar i helsesektoren.

Funna i rapporten viser at barrierane i stor grad handlar om å finne fram i eit komplekst og fragmentert tenestelandskap, forstå informasjon og navigere mellom ulike løysingar. Særleg personar med enkelte funksjonsnedsettingar, låg digital kompetanse eller låg helsekompetanse møter utfordringar. Manglande tilgang til elektronisk ID (eID) gjeld få, men er ein absolutt barriere med store konsekvensar for dei det rammar.

Når innbyggjarar ikkje klarer å bruke digitale tenester, fører det ikkje berre til auka tidsbruk og stress for den enkelte, men også til auka belastning på helsevesenet. Dette er særleg viktig fordi det er eit mål at flest mogleg skal kunne meistre eigen situasjon. Då kan ressursane i helsevesenet

brukast der behovet er størst, for eksempel i ein krisesituasjon. Manglande meistring av digitale løysingar i helsesektoren kan også føre til at ein blir avhengig av hjelp frå andre, noko som kan vere utfordrande både med tanke på personvern, men også for retten til å halde helseopplysningar for seg sjølv.

Tilsyna med dei ulike appane og nettstadene viser at ingen av dei kontrollerte digitale løysingane fullt ut oppfyller krava til universell utforming. Funna viser også eit tydeleg gap mellom verksemdene si eiga vurdering av status og resultata frå tilsyna. Samtidig ser vi store skilnader i korleis verksemdene har organisert arbeidet med universell utforming. Nokre har etablert gode system og rutinar, dedikerte roller og jobbar aktivt med kompetanseheving blant dei tilsette. Desse har kome langt, sjølv om dei framleis ikkje er i mål. Andre manglar både kompetanse, systematikk og tydeleg prioritering av universell utforming, og har derfor kome kortare i arbeidet. Samla sett viser rapporten at digitale løysingar i helsesektoren fungerer godt for mange, men ikkje alle. Skal digitale løysingar i helsesektoren kunne brukast av alle, må tenestene vere universelt utforma.

1 Råd til myndigheiter, verksemder og leverandørar

Tilgang til digitale løysingar i helsesektoren er ein føresetnad for likeverdig helsehjelp. Sektortilsynet viser at det fungerer godt for mange, men at det framleis finst barrierar som hindrar likeverdig tilgang. For å sikre at dei digitale tenestene kan brukast av alle, er det behov for innsats frå både myndigheiter, verksemder og leverandørar. Dette er viktig for å sikre at digitalt utanforskap ikkje fører til tap av grunnleggande rettar til helsehjelp. Råda nedanfor bygger på funna i sektortilsynet og tilsynet sin fagkompetanse.

Uu-tilsynet sine råd til sektoren er:

- 1. Helsesektoren må sikre likeverdige helsetenester i ei digital tid.
- 2. Universell utforming bør vere ein integrert del av den strategiske styringa i helsesektoren.
- 3. Tenestetilbydarar og leverandørar må styrke arbeidet med universell utforming.
- 4. For å styrke totalberedskapen må den digitale infrastrukturen vere universelt utforma.

1. Helsesektoren må sikre likeverdige helsetenester i ei digital tid

Digitalisering av helsetenestene må ikkje føre til at innbyggjarar mister tilgang til helsehjelp, informasjon eller rettar. Når føresetnadene for tilgang til tenester er at ein har eID, digital kompetanse eller støtte frå andre, kan enkelte grupper bli stengde ute. Dette inneber ein risiko for diskriminering og svekka rettstryggleik, jf. CRPD art. 9 og 25.

- a. Bygg kunnskap om utsette grupper. Helsesektoren treng meir systematisk kunnskap om kven som er særleg utsett for digitalt utanforskap og diskriminering. Dette omfattar mellom anna personar utan eID eller digital tilgang, personar med låg digital kompetanse eller låg helsekompetanse, eldre utan pårørande, personar med alvorleg sjukdom, demens, psykiske helseutfordringar eller funksjonsnedsettingar, samt enkelte grupper med svak tilknyting til samfunnet eller arbeidslivet.

- b. Gjer klageordningane enkle å finne og bruke. Klage- og rettstryggleiksordningar må vere kjende, tilgjengelege og universelt utforma. Dei må kunne brukast ved digitale barrierar som manglande eID, utilgjengelege løysingar eller manglande fullmakts- og reservasjonsordningar. Det bør også vere tydeleg kva ansvar Statsforvaltaren, Helseklage, Likestillings- og diskrimineringsombodet (LDO), Diskrimineringsnemnda og pasient- og brukaromboda har.
- c. Sikre reelle ikkje-digitale alternativ. Personar som ikkje kan eller ønsker å bruke digitale løysingar, må få likeverdige tenester gjennom brev, telefon eller fysisk oppmøte. Dei ikkje-digitale alternativa må vere fullgode, samordna og lett tilgjengelege, i samsvar med handlingsplanen for auka inkludering i eit digitalt samfunn.

2. Universell utforming bør vere ein integrert del av den strategiske styringa i helsesektoren

Universell utforming må i større grad inngå i helsesektoren sitt strategiske arbeid som eit verkemiddel for å sikre at alle kan ha nytte av dei digitale tenestene, og for at sektoren i størst mogleg grad får hente ut gevinstane frå digitaliseringa.

- a. Vurdere å la regelverket for universell utforming av ikt inngå som vurderingskriterium i helseteknologiordninga (Helsedirektoratet, u.å.-b). Dette gjeld særleg for løysingar med brukargrensesnitt, der universell utforming er avgjerande for at innbyggjarar kan ta løysingane i bruk på ein trygg og likeverdig måte.
- b. Vurdere å supplere tiltaka i nasjonalt vegkart for samordning (Helsedirektoratet, u.å.-a). Vegkartet bør omfatte tiltak om universell utforming, klart språk og bruk av ikkje-diskriminerande KI i digitale helsetenester, i tillegg til dei eksisterande tiltaka som gjeld eID, fullmaktsløysingar og opplæring av eldre.
- c. Sikre at digital inkludering er ein integrert del av nasjonal arkitekturstyring i helsesektoren. Helsedirektoratet har ansvar for nasjonal arkitekturstyring, reguleringsplan for e-helse og fagråd for digitalisering. Tilsynet tilrår at universell utforming og brukarane sine reelle føresetnader for å bruke digitale tenester, blir lagt eksplisitt til grunn i dette arbeidet.

3. Tenestetilbydarar og leverandørar må styrke arbeidet med universell utforming

Arbeidet med universell utforming, klarspråk og brukskvalitet bør styrkast gjennom heile livsløpet til digitale helsetenester. Dette er eit felles ansvar for verksemdene og leverandørane.

- a. Bygg kompetanse om universell utforming og digital inkludering. Kompetansen må styrkast hos dei som bestiller, utviklar og forvaltar digitale løysingar, i samsvar med digitaliseringsstrategien og handlingsplanen for auka inkludering i eit digitalt samfunn.
- b. Still tydelege krav i anskaffingar og kontraktar. Universell utforming bør vere eit krav ved innkjøp av digitale løysingar og følgast opp gjennom kontraktar, leveransar og feilretting.
- c. Arbeid systematisk med universell utforming. Verksemdene bør sikre ei formålstenleg organisering av arbeidet, bruke tilgjengelegheitserklæringar aktivt for å kartlegge status og prioritere forbetringar, og gjennomføre systematisk brukartesting med eit mangfald av brukarar, i samsvar med handlingsplanen for auka inkludering i eit digitalt samfunn.
- d. Prioriter utbetring av kjende barrierar. Verksemdar og leverandørar bør rette opp manglar knytt til krav der tilsyna ofte avdekkar brot, særleg der det påverkar orientering, bruk av skjermlesar og utfylling av skjema.

4. For å styrke totalberedskapen må den digitale infrastrukturen vere universelt utforma

Digitale helsetenester er ein del av kritisk infrastruktur i samfunnet. Motstandskraft handlar ikkje berre om teknisk sikkerheit og reservekapasitet, men også om at tenestene kan brukast av befolkninga og helsepersonell når dei blir sett under press. Universell utforming bidreg til robuste og intuitive løysingar som fleire kan bruke utan hjelp.

Når fleire klarer seg sjølve i kvardagen, blir belastninga på kritiske støttfunksjonar mindre når kriser oppstår. Arbeidet med universell utforming er derfor ikkje berre eit inkluderings- eller kvalitetsarbeid, men også eit beredskapstiltak. Det vart i NOU 2023:17 *Nå er det alvor* peika på at beredskapen må innrettast slik at han omfattar alle, med konkrete tilrådingar om universell utforming. Tilsynet meiner at desse perspektiva bør leggjast til grunn i arbeidet med digital motstandskraft i helsesektoren.

- a. Legg universell utforming til grunn for arbeidet med digital motstandskraft og beredskap. Universell utforming av digitale helsetenester er ein del av arbeidet med å oppretthalde tenester og kritisk infrastruktur i kriser og ved ekstraordinær belastning.
- b. Bygg robuste løysingar i forkant. Universell utforming, klarspråk og brukarvenlege løysingar inngår som sentrale kvalitetselement i utvikling og forvaltning av digitale helsetenester. God tilgjengelegheit i kvardagen styrker motstandskrafta når systema blir sette under press.
- c. Ta høgde for ulike føresetnader hos innbyggjarar og helsepersonell. Beredskapsplanar, digitale arbeidsflater og informasjon ut til publikum må ta høgde for mangfaldet i befolkninga, som omfattar ulik funksjonsevne, digital kompetanse og språklege føresetnader.
- d. Involver relevante fagmiljø og brukargrupper i beredskapsarbeidet. Personar med funksjonsnedsettingar og fagmiljø med kompetanse på universell utforming og digital inkludering, bør delta i planlegging, testing og øvingar.
- e. Følg opp anbefalingane i NOU 2023:17 *Nå er det alvor* og CRPD artikkel 11. Omsynet til personar med nedsett funksjonsevne bør integrerast i risikovurderingar, planverk og beredskapsarbeid i helsesektoren.

2 Innleiing: Eit digitalisert samfunn – der ikkje alle kan delta

Helsetenesta i Noreg er ein grunnpilar i velferdsstaten og eit grunnleggande velferdsgode for innbyggjarane. Dei siste åra har digitale løysingar blitt ein stadig viktigare del av tenestene. For mange har dette gjort kvardagen enklare. Innbyggjarar kan for eksempel bestille og endre legetime på nett, få konsultasjon over video og fornye reseptar utan fysisk oppmøte. Samtidig inneber utviklinga ein risiko. Dersom løysingane ikkje er tilgjengelege for alle, kan dei også skape nye barrierar. Konsekvensen kan vere at enkelte innbyggjarar ikkje får tilgang til tenester og hjelp dei har rett på.

Formålet med denne rapporten er å undersøke om digitale tenester i helsesektoren er tilgjengelege for alle, og kva konsekvensar det har dersom dei ikkje er det. I eit sektortilsyn set vi søkelys på ein sektor og brukar dei verkemidla vi har tilgjengelege for å skaffe kunnskap om tilstanden i sektoren. Arbeidet som blir presentert i rapporten, er avgrensa til innbyggjarretta digitale tenester i helsesektoren. Arbeidsverktøy for helsepersonell, velferdsteknologi og digitale omsorgstenester er ikkje omfatta.

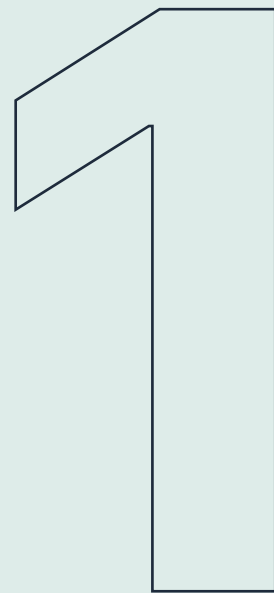
Rapporten bygger på fleire datakjelder. Det er gjennomført 19 tilsyn med digitale løysingar i helsesektoren, som danner grunnlaget for vurderingane av etterlevinga av regelverket. Vidare er det gjennomført ei landsdekkande, representativ spørjeundersøking på nett, medan Verian på oppdrag frå Uu-tilsynet har gjennomført telefonintervju. Undersøkinga er finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). I tillegg bygger rapporten på ei undersøking av verksemdene sitt arbeid med universell utforming, *Digital inkludering i praksis – en kartlegging av norske virksomheters arbeid med universell utforming*, som Rambøll gjennomførte på vegner av Uu-tilsynet i 2024.

Rapporten er bygd opp i fire hovuddelar. Del éin skildrar rammene for digitalisering i helsesektoren, inkludert oppbygging og styring av sektoren, politiske mål og føringar, og kva rammer regelverket om universell utforming legg for arbeidet. I del to undersøker vi bruken av digitale tenester, kven som brukar dei og kva barrierar brukarane møter. Del tre handlar om korleis helsesektoren arbeider med digitalisering, samt resultata frå tilsyna. Hovudfunn og konklusjonar blir presenterte i del fire.



«For personer med hørselsutfordringer er det avgjørende at all ikke tekstlig informasjon, som video og lydopptak, er tekstet. Dette er særlig viktig i helsesektoren, der manglende teksting kan gjøre viktig informasjon og kommunikasjon mindre tilgjengelig for personer med hørselstap.»

Inger Helene Venås  
Generalsekretær, Hørselsforbundet



# Rammer for digitalisering av helsetenester

Politiske mål, strategiar og handlingsplanar gir retning for digitaliseringa i helsesektoren, medan oppbygginga og organiseringa av sektoren legg rammene for korleis digitaliseringa skjer. Regelverket for universell utforming av ikt skal sikre at alle kan bruke dei digitale løysingane.

## 3 Styring, rammer og oppbygging av helsesektoren

### 3.1 Oppbygging av helsesektoren

Helsesektoren i Noreg består av mange ulike aktørar som saman skal sikre gode helsetenester til befolkninga. Helsesektoren er delt i to hovuddelar: spesialist- og primærhelsetenesta. Dei regionale helseføretaka har ansvar for spesialisthelsetenesta, medan kommunane har ansvar for primærhelsetenesta. I tillegg kjem Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvaret for gjennomføring av helsepolitikken, og private aktørar som tilbyr helsetenester både på eiga hand og på vegner av det offentlege.

#### Nasjonalt nivå

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordna ansvaret for at befolkninga får gode helsetenester. Dette gjer dei mellom anna gjennom helsepolitiske mål og rammer. Departementet eig dei fire regionale helseføretaka og Norsk Helsenett.

Helsenorge.no er den viktigaste tenesta på nasjonalt nivå og er hovudinngangen til offentlege digitale helsetenester. Tenesta vert utvikla og drifta av Norsk Helsenett, medan Helsedirektoratet har ansvar for innhaldet. Portalen tilbyr både innlogga og opne sider. Dei opne sidene tilbyr kvalitetssikra helseinformasjon, og tenestene som ligg bak innlogging gir brukarane tilgang til tenester som krev personleg informasjon som innsyn, dialog og administrasjon.

#### Spesialisthelsetenesta

Sidan 2002 har staten hatt ansvaret for spesialisthelsetenesta. Staten eig dei regionale helseføretaka, som igjen eig sjukehusa.

Tenester som inngår i spesialisthelsetenesta er mellom anna

- sjukehus
- legespesialist
- ambulansetenesta
- distriktsmedisinsk senter
- opptreningsinstitusjon
- rusinstitusjon

Dei regionale helseføretaka er sentrale bidragsytarar til Helsenorge. I Midt-Noreg blir løysinga HelsaMi brukt, som er ein eigen innbyggjarportal for regionen, og er ein del av journalsystemet Helseplattformen. Felles nettløysing for spesialisthelsetenesta (FNSP) samlar meir enn 60 sjukehus- og føretaksnettstader i éi digital plattform.

#### Primærhelsetenesta

Kommunane har ansvar for primærhelsetenesta. Kommunane har stor grad av fridom til å tilpasse tenesta til lokale forhold og behov. Dei har ansvar for eit breitt spekter av helse- og omsorgstenester, der digitalisering spelar ei stadig større rolle.

Tenester som inngår i primærhelsetenesta er mellom anna

- fastlegane
- legevakt
- helsestasjon
- heimebaserte tenester
- rustilbod
- sjukeheim

Dei fleste kommunane brukar Helsenorge for å tilby tenester til innbyggjarane. I tillegg tilbyr dei informasjon og søknadsskjema på eigne nettsider.

Sjølv om nasjonale prinsipp gir retning, blir innføringa av digitale tenester i stor grad avgjort lokalt. Dette gir variasjon, men også rom for innovasjon.

Fastlegane er eit sentralt kontaktpunkt mellom innbyggjar og helseteneste. Digital kommunikasjon mellom pasient og lege har auka kraftig.

I 2024 brukte fastlegane Helsenorge slik:

- 75 prosent for timebestilling
- 85 prosent for reseptfornyng
- 64 prosent for e-konsultasjon

Ei revidert fastlegeforskrift pålegg fastlegar å tilby digitale konsultasjonar og timebestilling via Helsenorge (Fastlegeforskriften, 2025).

**Privat sektor**

Private aktørar tilbyr eit breitt spekter av tenester og er ein viktig del av helsesektoren.

Private aktørar inkluderer mellom anna

- avtalespesialistar
- private sjukehus og legetenester
- tannlegar
- apotek
- private institusjonar for rusbehandling
- leverandørar

Private aktørar opererer meir fragmentert gjennom eigne appar og nettsider, medan offentlege tenester i stor grad er samla rundt Helsenorge.

**Aktørkart og brukarreise**

Figur 1 gir ei samla og forenkla framstilling av sentrale aktørar i den norske helse- og omsorgssektoren. Målet er å synleggjere korleis ulike nivå, roller og ansvar heng

saman, frå politisk styring til tenesteyting og samarbeid med eksterne aktørar.

Dei ulike stega som ein møter i helsesektoren kan framstillast som ein veg gjennom sektoren, slik Figur 2 viser. Her ser vi innbyggaren si reise frå informasjon og kontakt, via behandling, medisin og oppfølging, til klage og erstatning. Framstillinga understrekar at dei ulike stega heng saman i eit løp, og at innbyggaren stadig må skifte mellom ulike tenester, aktørar og digitale løysingar undervegs.

**3.2 Politiske mål, strategiar og handlingsplanar**

**Nasjonal helse- og samhandlingsplan**

Målet med regjeringa sin helse- og omsorgspolitikkk er å skape helsefremmande samfunn, førebygge sjukdom og sikre ei desentralisert helse- og omsorgsteneste som yter gode, trygge og likeverdige tenester i heile landet (Meld. St. 9 (2023–2024), 2024).

Dei overordna måla for helse- og omsorgspolitikken er:

- God helse og meistring i befolkninga, uavhengig av sosial bakgrunn.
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tenester i heile landet.
- Helse- og omsorgstenesta er ein attraktiv arbeidsstad i eit livslangt karriereløp.
- Berekraftig og rettferdig ressursbruk.
- Helse- og omsorgssektoren er førebudd i møte med kriser og katastrofar.

**Nasjonal e-helsestrategi**

Nasjonal e-helsestrategi er helse- og omsorgssektoren sin felles strategi for digitalisering i perioden 2023 til 2030. Strategien er ein sektorstrategi og skal legge til rette for auka koordinering og samarbeid om digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Visjonen i strategien er:

«Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring.»

(Helsedirektoratet, 2023)

Strategien har tre overordna mål:

- Kvalitet og samanheng i tenestene.
- Berekraftig helse- og omsorgssektor.
- Innovasjonskraft.

I tillegg er det prioritert fem strategiske mål som sektoren skal jobbe mot i fellesskap:

- Aktiv medverknad i eiga og næraste si helse.
- Enklare arbeidskvardag.
- Helsedata til fornying og forbedring.
- Tilgjengeleg informasjon og styrka samhandling.
- Samarbeid og verkemiddel som styrkar gjennomføringskrafta.

**Ny nasjonal digitaliseringsstrategi**

Digitaliseringsstrategien set retninga for digitaliseringa av Noreg i åra som kjem. Hovudmålet i strategien er at

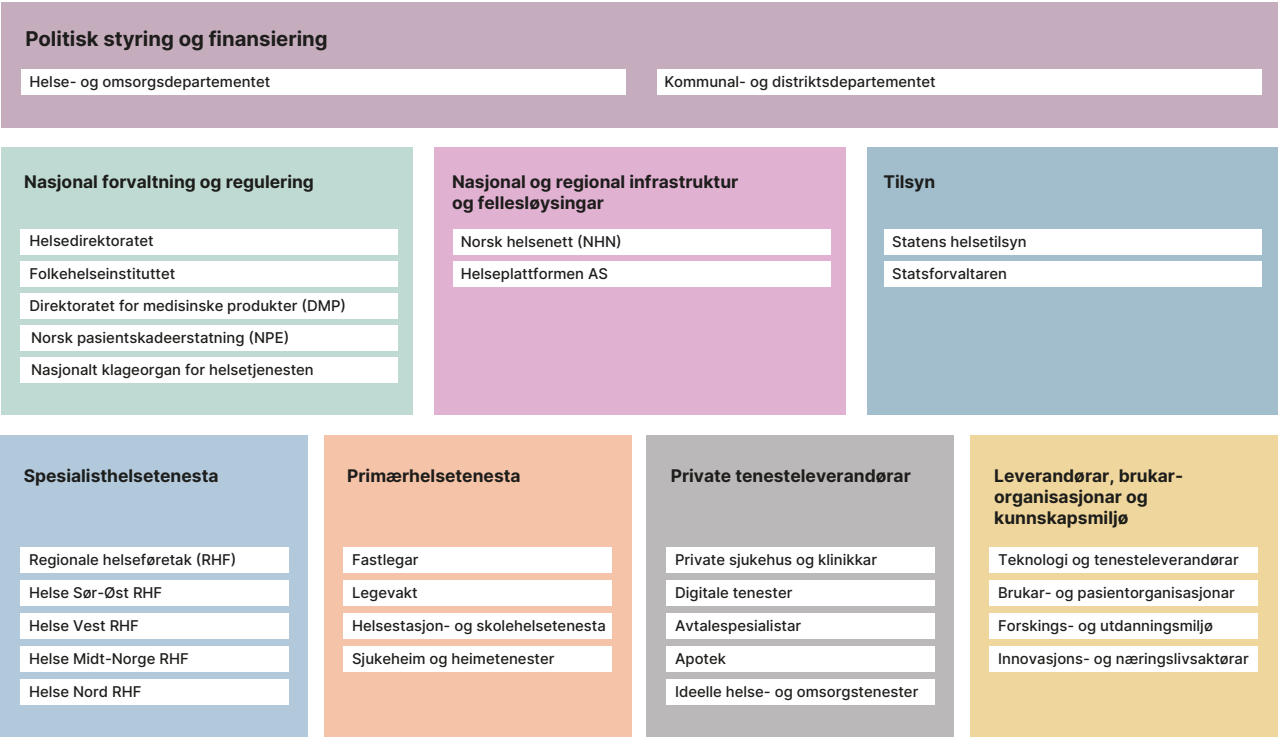
«Noreg skal bli det mest digitaliserte landet i verda innan 2030.»

Strategien peikar på at digitalisering er ein viktig del av løysinga på samfunnsutfordringane, men at ein samtidig må ha tilstrekkeleg kontroll på at digitaliseringa skjer på ein trygg, sikker og tillitsvekkande måte (Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet, 2024).

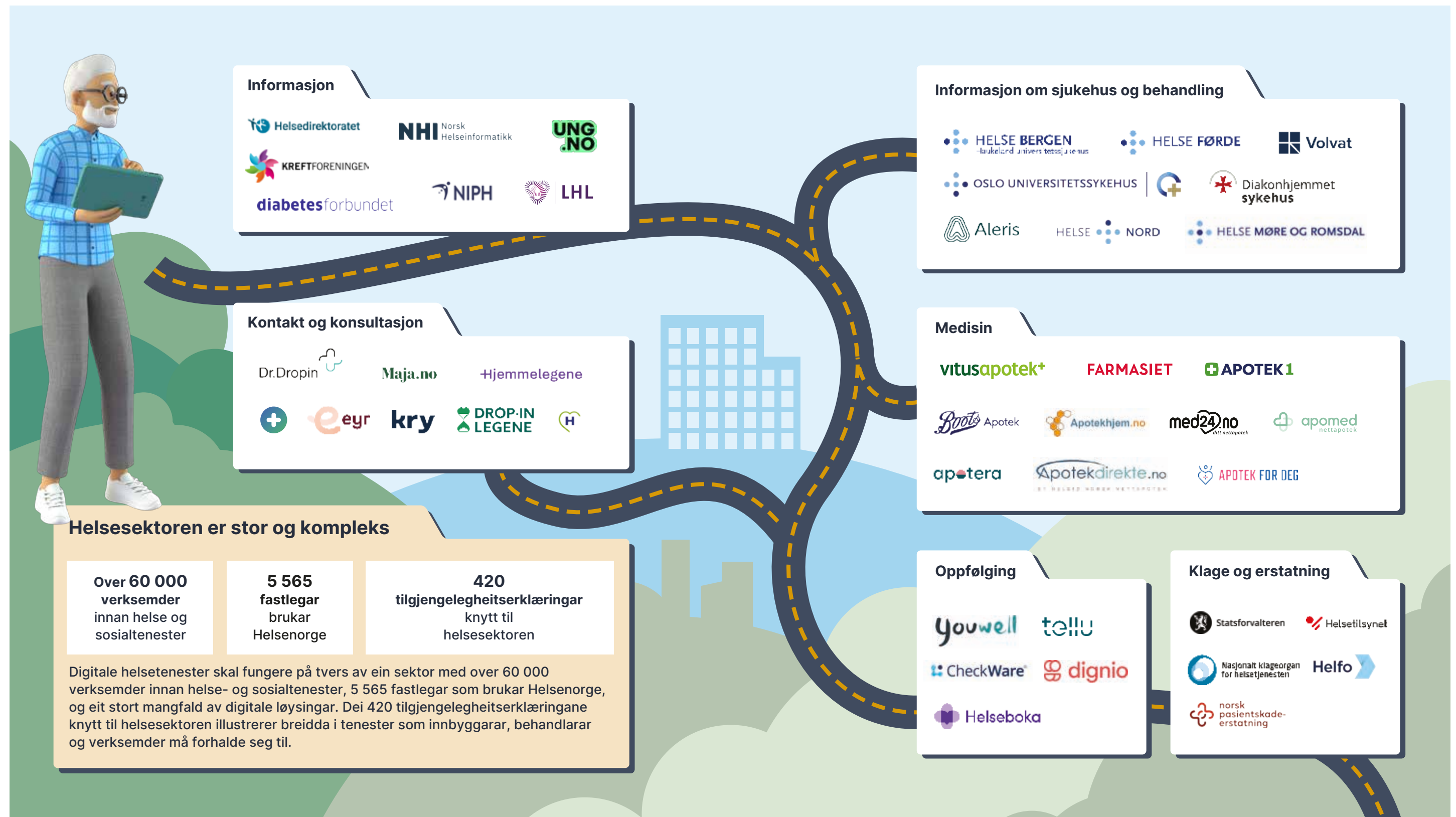
Eitt av dei fem prioriterte innsatsområda i digitaliseringsstrategien er å halde på tilliten, styrke inkludering og sikre omsynet til barn og unge.

Regjeringa vil mellom anna

- følge opp Handlingsplan for auka inkludering i eit digitalt samfunn
- styrke innsatsen for å auke den digitale kompetansen hos seniorar
- styrke arbeidet med brukskvalitet, klarspråk og universell utforming i offentlege digitale tenester
- styrke den digitale kompetansen hos innbyggjarane gjennom pilotering av nærttenestesenter
- sikre auka brukarinvolvering når digitale tenester blir utvikla
- styrke Tilsynet for universell utforming av ikt



Figur 1: Aktørar og roller i den norske helse- og omsorgssektoren



Figur 2: Innbyggaren si reise gjennom helsesektoren og møtet med ulike digitale helsetenester

Handlingsplan for auka inkludering i eit digitalt samfunn

Handlingsplan for auka inkludering i eit digitalt samfunn konkretiserer vidare ansvaret og peikar ut følgande innsatsområde (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023):

- Sørge for at offentleg sektor tilbyr rettleiing i bruk av digitale løysingar til brukarar med ingen eller svake digitale ferdigheiter. Offentleg sektor har eit ansvar for å levere offentlege tenester til alle, også til dei som ikkje er digitale.
- Styrke tilsyn og kontroll av etterleving av regelverket for universell utforming av ikt. Auke talet på kontrollar og risikobaserte tilsyn i privat og offentleg sektor. Prioriterte område er dei med stort sannsyn for brot på regelverket og der regelverksbrot får store konsekvensar for brukarane.
- Styrke rettleiing om regelverket og beste praksis for universell utforming av ikt.
- Gi informasjon og rettleiing om regelverkskrav og standardar for universell utforming av nettstader, appar og sjølvbeteningsautomatar, inkludert løysingsforslag og testmetodar.
- Utarbeide lett tilgjengeleg informasjon om offentleg tenestetilbod og ansvarsområde.

Handlingsplanen Bærekraft og like muligheter – et universelt utformet Norge

Handlingsplanen Bærekraft og like muligheter – et universelt utformet Norge har digitalisering som eitt av sine prioriterte område (Departementene, 2021). Tiltaka for digitaliseringsdelen av handlingsplanen omfattar mellom anna:

1. Regelverksutvikling innan universell utforming av ikt, blant anna knytt til EU sitt webdirektiv (WAD) og tilgjengelegheitsdirektivet (EAA).
2. Tilsyn med at verksemder etterlever krav til universell utforming av ikt.
3. Områdeovervaking, indikatorar og statistikk knytt til universell utforming av ikt.
4. E-læring på området universell utforming av ikt.

3.3 Regelverket skal sikre rett til helsehjelp for alle

Retten til helsehjelp for alle er eit grunnleggande prinsipp i det norske velferdssamfunnet, og har forankring i både nasjonale og internasjonale menneskerettar.

Helsehjelp er ein menneskerett

Grunnlova inneheld ikkje ein generell og uttrykt rett til helse eller helsehjelp for alle. Det ligg likevel ei indirekte forankring i fleire grunnlovsbestemmingar. Den tydelegaste forankringa finst i § 104 om barn sin rett til helsemessig tryggleik. Vidare kan retten til helse utleiast av § 92 om staten si plikt til å sikre menneskerettane, § 93 om retten til liv og § 98 om likskap og ikkje-diskriminering.

Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) fastset grunnleggande rettar og fridomar for enkeltpersonar. EMK gir ikkje ein eksplisitt rett til helse, men vernar liv og verdigheit (art. 2 og 3).

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettar (ØSK) slår i artikkel 12 fast at alle har rett til den høgaste oppnåelege helsestandarden, både fysisk og psykisk. FNs ØSK-komité har i General Comment nr. 14 gitt ei omfattande tolking av innhaldet i denne retten:

- Helse er ein grunnleggande menneskerett, nødvendig for å kunne utøve andre menneskerettar.
- Retten omfattar både helsetenester, underliggande faktorar (som reint vatn, gode hygieniske forhold og trygt arbeidsmiljø) og ikkje-diskriminering.

Berekraftsmåla gir ikkje ein juridisk rett til helse, men forankrar helse som eit globalt mål og bygger på eksisterande rettar, særleg retten til helse i artikkel 12 i ØSK-konvensjonen. Mål 3 om god helse og livskvalitet, og tilknytte mål om mellom anna likestilling og redusert ulikskap, understøttar dette.

FN-konvensjonen om rettane til menneske med nedsett funksjonsevne (CRPD)

FN-konvensjonen om rettane til menneske med nedsett funksjonsevne (CRPD) vart inkorporert i den norske menneskerettslova 1. januar 2026. Frå denne datoen gjeld konvensjonen som norsk lov og går ved motstrid framfor anna lovgiving. Konvensjonen har vore folkerettsleg bindande for Noreg sidan ratifikasjonen i 2013, men inkorporeringa styrkar rettsstillinga til personar med nedsett funksjonsevne, og forsterkar plikta til å sikre menneskerettane deira i offentleg verksemd.

Fleire av artiklane i CRPD er særleg relevante for digitale helsetenester. Artikkel 9 om tilgjengelegheit forpliktar staten til å sikre lik tilgang til mellom anna informasjon, kommunikasjon og digitale tenester. Universell utforming av ikt er eit sentralt verkemiddel for å oppfylle denne plikta.

Artikkel 25 om helse slår fast at personar med nedsett funksjonsevne har same rett til høgaste oppnåelege helsestandard som andre, og at helsetenester skal vere tilgjengelege på lik linje. Når digitale løysingar er ein føresetnad for tilgang til helsetenester, blir digital tilgjengelegheit også ein del av denne plikta (FN, 2006, Artikkel 25).

Artikkel 11 om risikosituasjonar og humanitære nødssituasjonar pålegg staten å sikre vern og tryggleik for personar med nedsett funksjonsevne i kisesituasjonar (FN, 2006, Artikkel 11). Totalberedskapskommisjonen (NOU 2023:17, 2023) viser eksplisitt til denne artikkelen og slår fast at universelt utforma digitale tenester er ein del av totalberedskapen.

Inkorporeringa av CRPD i menneskerettslova styrkar dermed både kravet om at digitale helsetenester skal vere tilgjengelege i kvardagen, og at dei må vere det også i krise.

**Regelverket for universell utforming av ikt**  
Regelverket for universell utforming av ikt går fram av lov om likestilling og forbod mot diskriminering (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017) og forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (ikt-)løysingar (Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger, 2013).

**Forskrift om universell utforming av ikt-løysingar**  
Forskrift om universell utforming av ikt-løysingar har som formål å sikre universell utforming av digitale løysingar for å fremme likeverdig samfunnsdeltaking, bygge ned og hindre nye digitale barrierar og hindre diskriminering.

Det følger av likestillings- og diskrimineringslova § 18 (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017, Paragraf 18) og forskrift om universell utforming av ikt-løysingar § 2 at private og offentlege verksemder, lag og organisasjonar skal følge regelverket for universell utforming av ikt dersom dei brukar nettstader, appar eller sjølvbeteningsautomatar som er omfatta av regelverket (Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger, 2013, Paragraf 2).

I 2021 vedtok Stortinget fleire krav til universell utforming av nettstader og appar ved at EU-direktivet om tilgjengelege nettløysingar vart innlemma i norsk rett (Stortinget, 2021). Desse krava som har verka frå 1. februar 2023, gjeld for verksemder i offentleg sektor.

**Standardar for universell utforming av ikt**  
Regelverket for universell utforming av ikt er operasjonalisert gjennom standardar og tekniske krav. Private verksemder har plikt til å sikre at nettstader og appar som blir brukte i kontakt med allmenta, er utforma i samsvar med standarden Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.0 (Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger, 2013). Offentlege verksemder skal sikre at nettstader og appar er i samsvar med krava i standarden EN 301 549 v. 3.2.1 (ETSI, CEN, CENELEC, 2021). I praksis betyr det å etterleve minstekrava i WCAG 2.1.

**Handheving av regelverket for universell utforming av ikt**  
Tilsynet for universell utforming av ikt (Uu-tilsynet) i Digitaliseringsdirektoratet handhevar regelverket for universell utforming av ikt i privat og offentleg sektor.

Å føre tilsyn med at verksemder i privat og offentleg sektor etterlever regelverket og sikrar at ikt-løysingar er universelt utforma, er heimla i likestillings- og diskrimineringslova § 36, jf. § 18 og forskrift om universell utforming av ikt-løysingar § 5 (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017, Paragraf 18 og 36).

Tilsynsoppgåva famnar om kontroll av etterleving, rettleiing til dei som skal etterleve regelverket og systematisering av relevant informasjon om regelverksområdet i form av områdeovervaking. Det er kontroll av etterleving som er kjernen i tilsynsoppgåva.

Uu-tilsynet har myndigheit til å gi reaksjonar ved regelverksbrot gjennom pålegg om retting og eventuelt tvangsmulkt (Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger, 2013, Paragraf 6 og 7), dersom verksemdene ikkje rettar seg etter vedtak.

3.4 Universelt utforma digitale helsetenester som ein del av totalberedskapen

Erfaringane frå pandemien viste at digitale helsetenester må reknast som kritisk infrastruktur. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan blir det understreka at ein felles digital grunnmur er avgjerande for at pasientopplysningar skal følge pasienten saumlaust, noko som er særleg kritisk ved raske omstillingar i krise (Meld. St. 9 (2023–2024), 2024). Samtidig er slike tenester avhengige av fungerande straumforsyning, nettverk og sikre ID-løysingar. Dette gjer tilgang til digitale helsetenester sårbar.

Totalberedskapsmeldinga (Meld. St. 9 (2024–2025), 2025) løftar fram helse- og omsorgstenesta som ein del av grunnberedskapen i samfunnet. Meldinga understrekar at tenestene skal vere operative i heile krisespekteret, og at befolkninga skal ha tilgang til nødvendig helsehjelp og informasjon også i kriser og katastrofar. Samtidig peikar ho på behovet for tillit, samordning og robust informasjonsflyt, mellom anna gjennom bruk av fleire kommunikasjonskanalar og tiltak for å nå heile befolkninga. Dette viser at tilgang til helsetenester og informasjon ikkje berre handlar om effektiv drift, men også om beredskap, likeverd og samfunnstryggleik. I aukande grad gjeld dette også digitale helsetenester, som for mange er ein sentral inngang til helsehjelp.

Totalberedskapsmeldinga peikar på fleire tiltak og prioriteringar som er relevante for digitalisering og tilgang til helsetenester:

- Sikre at helse- og omsorgstenesta er operativ i heile krisespekteret, også ved svikt i digitale løysingar og infrastruktur.
- Styrke befolkningsvarsling og informasjonsberedskap, mellom anna gjennom bruk av fleire kanalar (mobilvarsel, radio og digitale plattformer).
- Legge til rette for at viktig informasjon når heile befolkninga, inkludert personar med svake norskkunnskapar eller avgrensa digital tilgang.
- Oppretthalde tillit til styresmaktene gjennom open, tydeleg og samordna kommunikasjon i kriser.
- Styrke samordning og samarbeid på tvers av sektorar og forvaltningsnivå.
- Sikre robustheit i kritisk digital infrastruktur og tenester.
- Legge til rette for eigenberedskap i befolkninga, slik at fleire kan klare seg sjølve og redusere belastninga på kritiske tenester.

Totalberedskapskommisjonen (NOU 2023:17, 2023) peikar på at motstandskrafta i samfunnet bygger på evna både systemet og den enkelte har til å handtere kriser, og understrekar kor avhengige vi er av velfungerande digitale system. Kommisjonen gir universell utforming eit eige punkt (NOU 2023:17, 2023, 8.7.2) og kjem med fleire konkrete tilrådingar. Mellom anna meiner kommisjonen at universell utforming må integrerast i arbeidet med samfunnstryggleik og beredskap, at fagpersonar og organisasjonar med relevant kunnskap må involverast, og at særskilde behov i befolkninga må takast med i planverk.

Kommisjonen viste også til CRPD artikkel 11 om vern og tryggleik for personar med nedsett funksjonsevne i risikosituasjonar. Desse tilrådingane er ikkje følgde opp i Totalberedskapsmeldinga (Meld. St. 9 (2024–2025), 2025).

Sendai-rammeverket for katastrofeførebygging (*Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030*, u.å.) understrekar at krisehandtering må vere inkluderande og tilgjengeleg for å redusere risiko for heile befolkninga. Beredskap og risikoreduksjon skal utformast slik at flest mogleg kan forstå risiko, ta imot varsel, førebu seg og handle på eiga hand. Dette krev inkluderande, tilgjengelege og ikkje-diskriminerande løysingar. Samtidig understrekar rammeverket at særskilde behov må identifiserast og ivaretakast, slik at ingen blir overlatne til seg sjølve.

Universell utforming i beredskapsarbeidet handlar ikkje berre om planar og prinsipp, men også om konkrete løysingar. Innføringa av Nødvarsel på mobil og tenesta Nød-SMS er gode eksempel på korleis universell utforming kan styrke beredskapen. Nødvarsel når også personar med nedsett høyrsel, medan Nød-SMS gjer det mogleg for døve, høyrselshemma og talehemma å kontakte nødnummera direkte. Slike løysingar viser at det er mogleg å innrette beredskapen for alle.

3.5 Oppsummering

Helsesektoren i Noreg er organisert gjennom eit samspel mellom nasjonale styresmakter, spesialisthelsetenesta, kommunale helse- og omsorgstenester og private aktørar. Staten har ansvar for spesialisthelsetenesta gjennom dei regionale helseføretaka, medan kommunane har ansvar for primærhelsetenesta. Private aktørar bidreg også til tenestetilbodet, mellom anna gjennom avtalespesialistar, private helsetenester og apotek.

Nasjonale strategiar og handlingsplanar legg føringar for utviklinga av helse- og omsorgssektoren. Nasjonal helse- og samhandlingsplan, Nasjonal e-helsestrategi og den nasjonale digitaliseringsstrategien vektlegg samanhengande, trygge og berekraftige tenester. Digitalisering blir brukt som eit verkemiddel for betre samhandling, meir effektiv ressursbruk og auka brukarmedverknad. Samtidig er inkludering, universell utforming, digital kompetanse og fleire inngangar til offentlege tenester sentrale føresetnader for at digitaliseringa skal kome heile befolkninga til gode.

Retten til helsehjelp er forankra i nasjonale og internasjonale menneskerettslege rammer. Grunnlova gir ikkje ein generell og uttrykkeleg rett til helse, men retten er indirekte forankra gjennom retten til liv, likskap og ikkje-diskriminering. Internasjonale konvensjonar som ØSK og CRPD styrkar dette grunnlaget. Regelverket for universell utforming av ikt konkretiserer pliktene gjennom krav til nettstader, appar og sjølvbeteningsløysingar, og blir handheva av Uu-tilsynet.

Universelt utforma digitale helsetenester er ein del av samfunnet sin totalberedskap. E-konsultasjonar, digitale journalar og nasjonale helseportalar er integrerte delar av helsetilbodet og kan vere avgjerande for tilgang til helsehjelp og informasjon i kriser. Samtidig er tenestene sårbare for svikt i straumforsyning, nettverk, ID-løysingar og annan digital infrastruktur. Robuste digitale løysingar, ikkje-digitale alternativ og fleire kommunikasjonskanalar er nødvendig for å sikre likeverdig tilgang til helsetenester både i normalsituasjonar og i krise.





# Innbyggjarane sine erfaringar med bruk av digitale helsetenester

Talet på digitale helsetenester har auka kraftig dei siste åra. Innbyggjarane brukar digitale helsetenester i ulik grad. Det er også forskjellar i kven som brukar dei, kva barrierar dei møter på og kva konsekvensar desse barrierane har.

## 4 Kva tenester blir brukt og kven brukar dei?

### 4.1 Kva digitale tenester brukar innbyggjarane?

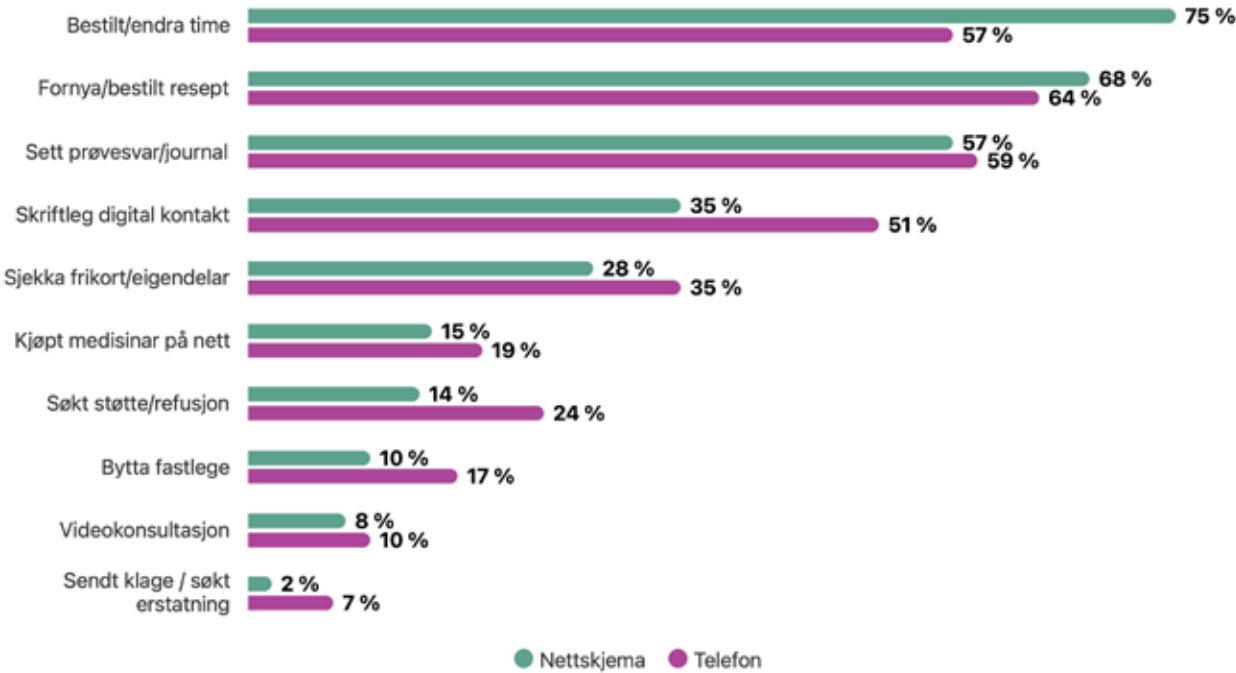
I 2026 kartla Uu-tilsynet innbyggjarane sine erfaringar med bruk av digitale helsetenester gjennom spørjeundersøkinga *Helse på nett*. Undersøkinga vart gjennomført med to innsamlingsmetodar for å nå breiare ut i befolkninga: ei digital spørjeundersøking (nettskjema) og telefonintervju. Det digitale spørjeskjemaet vart sendt til eit representativt utval av innbyggjarar. Utvalet for telefonintervjua bestod av personar som har reservert seg mot digital kontakt, og personar som har gitt samtykke til å bli kontakta igjen i Digitaliseringsdirektoratet si undersøking om digital kompetanse. Resultata frå dei to delane av undersøkinga er ikkje direkte samanliknbare og blir derfor presenterte kvar for seg.

I *Helse på nett* svarer 89 prosent at dei har brukt minst éi digital helseteneste dei siste 12 månadane, medan 11 prosent svarer at dei ikkje har gjort det. Telefonintervjua viser ein lågare del brukarar, 74 prosent. Likevel svarer tre av fire at dei har brukt digitale helsetenester dei siste 12 månadene.

Det finst mange ulike digitale tenester som dekker eit breitt spekter av funksjonar. Figur 3 viser dei mest brukte tenestene. I den digitale spørjeundersøkinga er dei tre mest brukte tenestene å bestille eller endre time (75 prosent), fornye eller bestille resept (68 prosent) og å sjå prøvesvar eller pasientjournal (57 prosent). Telefonintervjua viser eit liknande mønster, men med ei noko anna rangering. Blant dei som hadde brukt digitale helsetenester, var fornying eller bestilling av resept den mest brukte tenesta (64 prosent), følgd av innsyn i prøvesvar eller pasientjournal (59 prosent) og bestilling eller endring av time (57 prosent).

I telefonintervjua er skriftleg digital kontakt med helsepersonell meir utbreidd (51 prosent) enn i den digitale spørjeundersøkinga (35 prosent). Det same gjeld sjekk av frikort eller eigendelar (35 prosent) og søknad om støtte og refusjon (24 prosent).

Tenester som krev meir kompleks interaksjon, har generelt lågare utbreiing. I den digitale spørjeundersøkinga gjeld dette særleg å søke om støtte eller refusjon (14 prosent), videokonsultasjon (8 prosent) og innsending av klage eller søknad om erstatning (2 prosent). Telefonintervjua viser den same tendensen. Videokonsultasjon (10 prosent) og klage eller søknad om erstatning (7 prosent) er framleis blant dei minst brukte tenestene, sjølv om prosentdelane er noko høgare enn i den digitale spørjeundersøkinga.



Figur 3: Kva digitale helsetenester er mest brukt? Nettskjema og telefonintervju

Også andre undersøkingar viser høg bruk av digitale helsetenester, men med noko lågare nivå. I Helsedirektoratet si innbyggjarundersøking svarer om lag 60 prosent at dei har vore i digital kontakt med helsetenesta dei siste 12 månadane. Dette er ein stor auke frå 2019, då prosentdelen var 33 prosent (Helsedirektoratet, 2026). Den høge bruken tyder på at digitale helsetenester har blitt ein integrert del av kvardagen for mange innbyggjarar. Samtidig viser undersøkingane at ei betydeleg gruppe ikkje har brukt digitale helsetenester. Digital kontakt med fastlegen er den tenesta flest har brukt. Nær halvparten av dei spurde har hatt digital kontakt med fastlegen, mot berre 24 prosent i 2019. Digital kontakt med offentleg sjukehus er den nest mest brukte tenesta. Her svarer 17 prosent at dei har hatt digital kontakt, mot 7 prosent i 2019 (Helsedirektoratet, 2026).

4.2 Kvifor vert ikkje digitale helsetenester brukt?

I undersøkinga *Helse på nett* fekk dei som ikkje hadde brukt digitale helsetenester dei siste 12 månadane, spørsmål om kvifor dei ikkje hadde brukt slike tenester. Blant desse svarte 54 prosent at årsaka var at dei ikkje

hadde hatt behov for helsetenester. Når vi ser bort frå denne gruppa, står vi igjen med innbyggjarar som har hatt behov for helsetenester, men som ikkje har brukt digitale løysingar. Av desse svarte 61 prosent at dei føretrekk fysisk oppmøte, medan 20 prosent svarte at dei digitale løysingane enten er for vanskelege eller kompliserte. 11 prosent svarte at dei ikkje visste kva løysing dei skulle bruke.

Telefonintervjua viser eit liknande mønster, men med nokre viktige nyansar. 41 prosent svarer at dei føretrekk telefon eller fysisk oppmøte. Den mest framstående forskjellen er at 32 prosent av respondentane i telefonundersøkinga svarer at dei synest digitale helsetenester er for vanskelege eller kompliserte. Det er klart fleire enn i den digitale spørjeundersøkinga, der delen er 20 prosent. Denne delen aukar betydeleg med alder: 34 prosent blant dei som er 67 år og eldre svarer dette, mot 14 prosent mellom 31–66 år, og ingen blant dei yngste. Dette tyder på at opplevd kompleksitet er ein viktig barriere, særleg blant eldre.

Mange føretrekk telefon eller fysisk oppmøte. Ein respondent formulerer det slik:

«Ønsker i utgangspunktet å ikke bruke digitale nettbaserte løsninger. Det er ikke et fritt valg, da alternativet er "utenforskap".»

Innbyggjar 67–79 år

Om lag 7 prosent opplever tekniske problem. I tillegg svarer enkelte at problem med innlogging (4 prosent), helse- eller livssituasjon (3 prosent) eller språkbarrierar (3 prosent) er årsaka til at dei ikkje brukar digitale løysingar. Ein respondent formulerer det slik:

«Digitale tjenester er ment for friske folk. Ellers er det diskriminering av de som ikke kan bruke digitale tjenester.»

Innbyggjar 67–79 år

Ein annan peikar på at dette kan opplevast som aldersdiskriminering:

«Tjenestene er svært aldersdiskriminerende. Bruk av systemene er nær uoppnåelig for svært mange som ikke har hatt bruk/kontakt med data i jobben/arbeidslivet, dvs. mange over 70 år. [...] De eldre vegrer seg for systemene fordi de er redde for å bli oppfattet som dumme.»

Innbyggjar 45–66 år

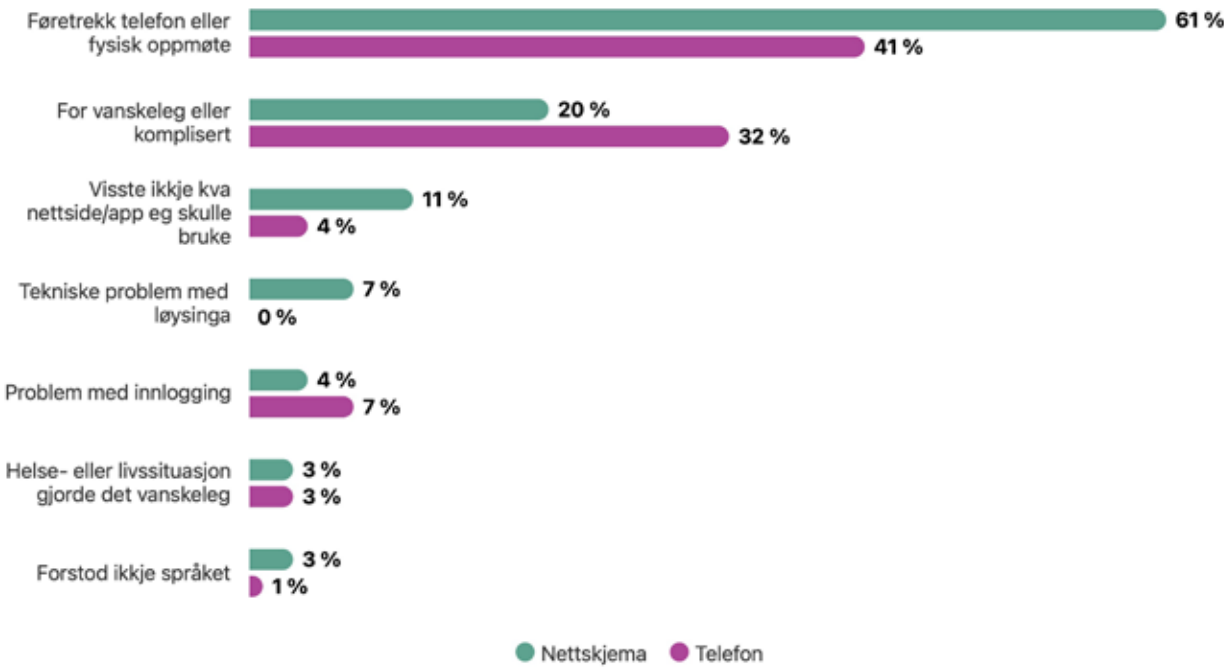
4.3 Kva kjenneteiknar brukarar og ikkje-brukarar av digitale helsetenester?

Undersøkinga *Helse på nett* viser at det er 11,2 prosent som ikkje brukar digitale helsetenester. Ved å bryte tala ned i ulike grupper kan vi undersøke kva som skil dei som brukar digitale helsetenester frå dei som ikkje gjer det. Analysen viser at bruken av digitale helsetenester i stor grad følger dei same mønstra som digitalt utanforskap generelt.

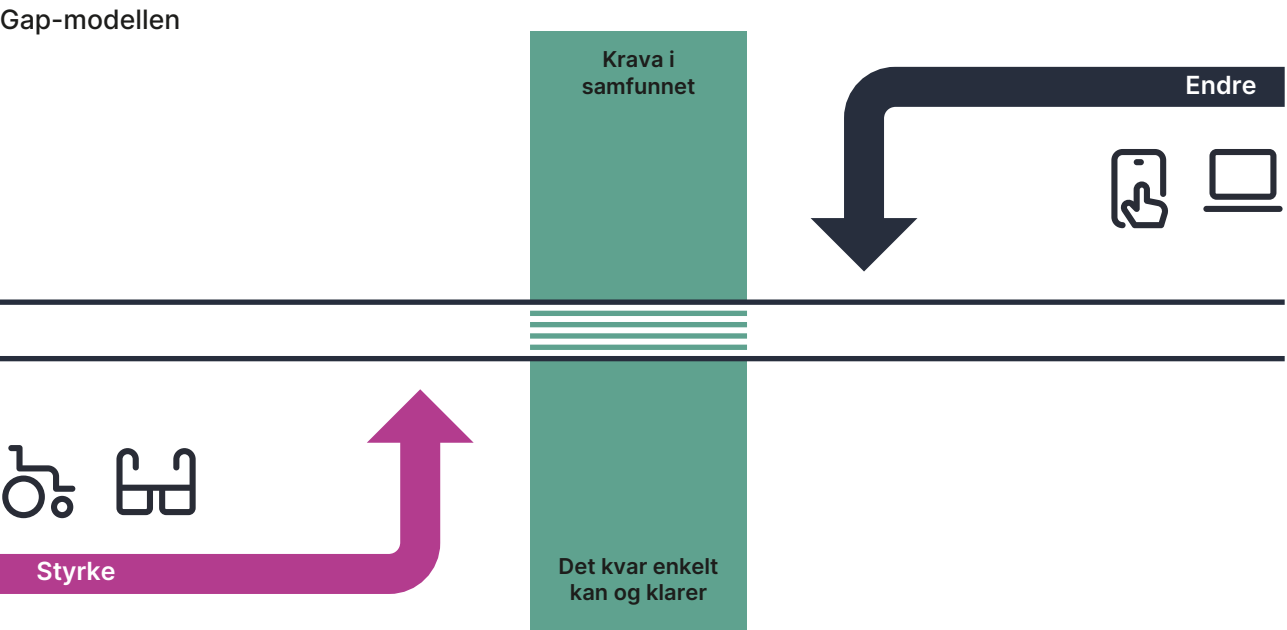
Nokre kjenneteikn:

- Menn brukar digitale helsetenester i mindre grad enn kvinner.
- Dei med låg utdanning brukar digitale helsetenester i mindre grad enn dei med høg utdanning.
- Dei med låg inntekt brukar digitale helsetenester i mindre grad enn dei med høg inntekt.
- Dei som bur aleine brukar digitale helsetenester i mindre grad enn dei som bur saman med andre.

Eit unntak gjeld personar med funksjonsnedsetting. I denne gruppa er delen som ikkje brukar digitale helsetenester, lågare enn blant personar utan funksjonsnedsetting: 7 prosent mot 12 prosent. Ei mogleg forklaring er at digitale løysingar ofte gir særleg stor nytte for



Figur 4: Kvifor brukar dei ikkje digitale helsetenester? Nettskjema og telefonintervju



Gap-modellen skildrar forholdet mellom krava samfunnet stiller til digital deltaking og den enkelte sine digitale ferdigheiter og føresetnader. Når krava er høgare enn føresetnadene, oppstår eit gap som kan føre til digitalt utanforskap. Gapet kan reduserast på to måtar:

- Styrke ferdigheitene gjennom kurs, opplæring og rettleiing.
- Senke barrierane gjennom universell utforming, klart språk og brukarvenlege tenester.

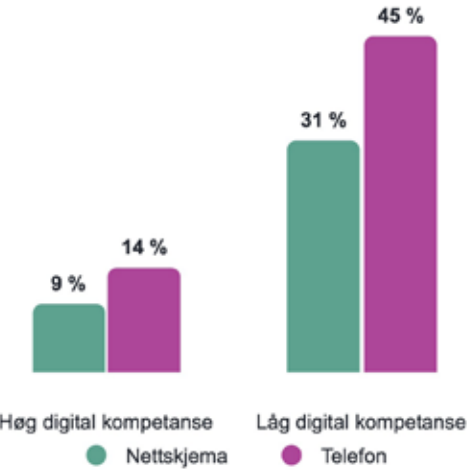
personar med funksjonsnedsetting, mellom anna ved å gjere det enklare å få tilgang til tenester og meiste kvardagen på eiga hand. Samtidig inneber dette at gruppa i større grad er avhengig av at løysingane fungerer, og konsekvensane blir større når dei ikkje er tilgjengelege. Det er særleg digital kompetanse, helsekompetanse og digital redsel som skil dei som brukar digitale helsetenester frå dei som ikkje gjer det.

Digital kompetanse

Digital kompetanse er den faktoren som i størst grad forklarar forskjell i bruk. Digital kompetanse er eit stort omgrep som kan innehalde mykje. Ein definisjon er:

«Digital kompetanse er evnen til å forholde seg til og bruke digitale verktøy og medier på en trygg, kritisk og kreativ måte. Digital kompetanse handler både om kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det dreier seg om å kunne utføre praktiske oppgaver, kommunisere, innhente eller behandle informasjon.»  
(Meld. St. 23 (2012–2013), 2013, s. 18)

Svara frå den digitale spørjeundersøkinga i *Helse på nett* viser ein tydeleg samanheng mellom digital kompetanse og bruk av digitale helsetenester. Blant personar med låg digital kompetanse svarer 31 prosent at dei ikkje brukar digitale helsetenester, mot 9 prosent blant dei med høg

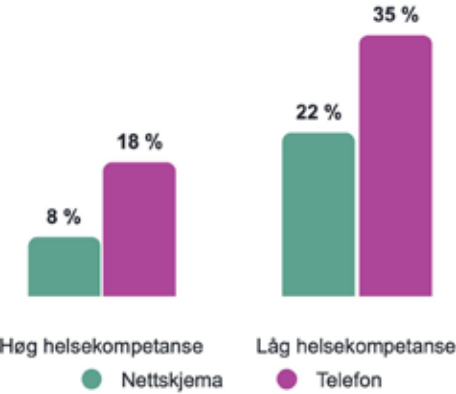


Figur 5: Prosentdel som ikkje brukar digitale helsetenester fordelt på høg og låg digital kompetanse. Nettskjema og telefonintervju

digital kompetanse. Telefonintervjua stadfestar det same mønsteret. Her svarer 45 prosent av dei med låg digital kompetanse at dei ikkje brukar digitale helsetenester, mot 14 prosent blant dei med høg digital kompetanse.

Samtidig viser svara at mange vurderer sine eigne generelle digitale ferdigheiter som tilstrekkelege. I den digitale spørjeundersøkinga seier 88 prosent at dei kan ta i bruk nye digitale verktøy på eiga hand, medan det tilsvarande talet i telefonundersøkinga er 64 prosent. Skilnaden på 24 prosentpoeng tyder på at deltakarane i telefonundersøkinga er meir digitalt sårbare. Det mest slåande er at eit fleirtal i begge utval meiner dei meistarar digitale verktøy, samtidig som digital kompetanse er det som mest forklarar kvifor nokon ikkje brukar digitale helsetenester. Dette illustrerer eit viktig skilje: Å meistre digitale verktøy er ikkje det same som å kunne bruke digitale helsetenester.

Forsking underbygger at sjølvvurdert kompetanse ikkje alltid samsvarer med faktisk meistring av digitale helsetenester. Eldre med langvarige helseutfordringar varierer kraftig i teknologisk modnad, og ein del av denne gruppa har for låg e-helsekompetanse til å bruke digitale helsetenester utan omfattande støtte (Bergh et al., 2025). Gapet mellom sjølvvurdert kompetanse og faktisk bruk tyder på at det ikkje berre handlar om brukarane sine ferdigheiter. Det er noko med dei digitale helsetenestene, som kompleks navigasjon



Figur 6: Prosentdel som ikkje brukar digitale helsetenester fordelt på høg og låg helsekompetanse. Nettskjema og telefonintervju

og uoversiktleg informasjonsarkitektur, som krev meir enn det folk flest tenker på som «digital kompetanse» i kvardagen. Blant respondentane i telefonundersøkinga som hadde behov for helsetenester, men ikkje brukte digitale løysingar, svarte 32 prosent at tenestene var for vanskelege eller kompliserte. I tillegg svarte 41 prosent at dei føretrekte telefon eller fysisk oppmøte.

Helsekompetanse

Etter digital kompetanse er helsekompetanse den faktoren som i størst grad skil mellom dei som brukar digitale helsetenester og dei som ikkje gjer det. Helsekompetanse kan definierast som:

«Personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.»  
(Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)

Det er ein tydeleg samanheng mellom helsekompetanse og bruk av digitale helsetenester. Blant personar med låg helsekompetanse er det 22 prosent som ikkje brukar digitale helsetenester, mot 8 prosent blant dei med høg helsekompetanse. Telefonintervjua viser det same mønsteret. Her svarer 35 prosent av dei med låg helsekompetanse at dei ikkje brukar digitale tenester, mot 18 prosent av dei med høg helsekompetanse.

Telefonintervjua gir eit meir nyansert bilde av helsekompetansen i denne gruppa. Eit fleirtal (73 prosent) svarer at dei forstår informasjon om helse, sjukdom og behandling som dei finn på nettet, og denne delen er relativt lik på tvers av aldersgrupper. Når det gjeld evna til å vurdere om helseinformasjon på internett er påliteleg, er delen lågare. Berre 53 prosent svarer at dei kan vurdere kor påliteleg informasjonen er. Her ser vi også ein tydeleg alderseffekt: 57–58 prosent blant dei under 67 år svarer at dei kan vurdere pålitelegheita, mot 45 prosent blant dei som er 67 år og eldre. Dette tyder på at mange forstår helseinformasjonen dei finn, men er usikre på korleis dei skal vurdere kvaliteten og truverdet til informasjonen.

Forsking peikar på helsekompetanse og digital kompetanse som to av dei viktigaste barrierane for bruk av digitale tenester. Den første nasjonale kartlegginga av befolkninga sin helsekompetanse

(HLS19) viste at ein av tre var på eller under det lågaste nivået for generell helsekompetanse. Kartlegginga viste også at ein vesentleg del av befolkninga hadde vanskar med å navigere i helsevesenet og finne relevant helseinformasjon (Le et al., 2021). Rapporten peika særleg på at grupper som ofte brukar helsetenester, mellom anna eldre, personar med langvarig sjukdom og personar med låg utdanning, synest å vere dårlegare rusta til å ta i bruk digitale helsetenester. Ein respondent frå undersøkinga Helse på nett formulerer det slik:

«Svar på prøver og undersøkelser bør ikke gis digitalt om det er vanskelig å forstå eller inneholder alvorlige diagnoser/livsendrende informasjon.»  
Innbyggjar 45–66 år

Innbyggjarundersøkinga til Helsedirektoratet viser tydelege forskjellar i bruk av digitale helsetenester etter utdanningsnivå. Berre 44 prosent av dei som har grunnskule som høgaste fullførte utdanning, har hatt digital kontakt med helsetenesta, mot 60 prosent i befolkninga samla (Helsedirektoratet, 2026).

Studiar av e-konsultasjonar i Noreg gir ytterlegare innsikt i korleis kompetansebarrierane verkar i praksis. Kristiansen et al. (2023) fann at digital helsekompetanse var avgjerande for å navigere i helseportalen og bruke e-konsultasjonstenesta. Studien viste også at ingen av informantane hadde fått informasjon om tenesta frå fastlegen sin. Zanaboni og Fagerlund (Zanaboni & Fagerlund, 2020) fann at brukarane av digitale fastlegetenester i stor grad var kvinner med høg utdanning og gjennomsnittleg eller høgare digital kompetanse, noko som tyder på at personar med lågare kompetanse i mindre grad brukar tenesta.

Fleire studiar viser også at behovet for støtte aukar med alder, sjukdom og redusert funksjonsevne. Fjørtoft et al. (2024) peika i ein litteraturstudie på at høg alder, nedsett kognitiv funksjon, redusert eigenomsorg og svake lese-, skrive- og læreferdigheiter påverkar e-helsekompetansen hos hjartesviktpasientar. Bergh et al. (2025) fann at teknologimodnaden blant norske eldre med langvarige helseutfordringar og som mottok heimetenester varierer mykje, og at ein del har for låg e-helsekompetanse til å bruke digitale helsetenester utan omfattande støtte. Forsking viser også at denne støtta ofte blir gitt av familie og helsepersonell. Gautun og Bratt fann at hjelp med digital teknologi er den vanlegaste forma for praktisk hjelp som

vaksne barn gir til eldre foreldre, og at foreldre med svekt helse er særleg avhengige av slik støtte. Av 1,6 millionar nordmenn i alderen 45–67 år, viser studien at 39 prosent hjelper minst éin forelder med digitale oppgåver kvar månad. Dette peikar på at digitalisering i stor grad bygger på omfattande innsats frå pårørende (Gautun & Bratt, 2023). Moe og Skaarup viser at kommunale sjukepleiarar tek mykje av dette ansvaret, gjennom eit omfattande og ofte usynleg arbeid med digital rettleiing. Studien peikar på at sjukepleiarane er sentrale støttespelarar for sårbare brukarar som manglar eit digitalt tryggingsnett. Nær 75 prosent av sjukepleiarane som svarte på undersøkinga oppgir å hjelpe pasientar jamleg, og ganske mange hjelper til med digitale oppgåver fleire gonger dagleg (Moe & Skaarup, 2026).

Samla tyder dette på at digitaliseringa ikkje berre skaper individuelle kompetansebarrierar, men også flyttar delar av ansvaret for å handtere desse barrierane over på familie og helsepersonell. Ein respondent i undersøkinga *Helse på nett* formulerer det slik:

«Sikkert vanskelig for eldre uten smarttelefon og lite datakompetanse. Og uten noen til å hjelpe seg. Utviklingen har gått litt for fort.»  
Innbyggjar 45–66 år

**Digital redsel**  
Frykt for å gjere feil i digitale helsetenester har også betydning for bruken. 15,6 prosent av dei med høg grad av digital redsel brukar ikkje digitale helsetenester. Blant dei med låg grad av digital redsel gjeld dette 8,8 prosent. Fritekstkommentarane viser eksempel på denne redselen:

«Eg er glad i folk og få direkte svar. Å spandere tid digitalt, prøve å finne utav korleis ting skal gjerast syns eg er ei plage. Redd for å gjere feil.»  
Innbyggjar 80–89 år

«Digitale løsninger er frustrerende. Lett å gjøre en feil og da kommer du ikke videre. Det blir som å gå i ring. Usikkerheten gjør at jeg har bedt om å få alt på papir, dette blir ikke respektert. Det blir stadig referert til Nettet. Både når det gjelder informasjon (eks. epikrise) og betalingsmuligheter; følg lenken og betal.»  
Innbyggjar 67–79 år

Telefonintervjua stadfestar at digital redsel er utbreidd, også blant personar som brukar digitale tenester. 28 prosent svarer at dei er heilt eller ganske einige i at dei er redde for å gjere feil når dei brukar digitale løysingar. Redselen er høgast blant dei yngste og dei eldste. I alderen 15 til 30 år svarer 34 prosent at dei er redde for å gjere feil, og 33 prosent blant dei som er 67 år og eldre. Til samanlikning er litt færre blant dei frå 31 til 66 år redde for å gjere feil, her er prosentdelen på 25 prosent. Funna tyder på at digital redsel ikkje berre handlar om manglande erfaring eller alder, men også usikkerheit rundt konsekvensane av å gjere feil.

4.4 Oppsummering

Bruken av digitale tenester i helsesektoren er høg. Nær ni av ti har brukt digitale helsetenester det siste året. Dei tre mest brukte tenestene er å bestille eller endre time, fornye eller bestille resept og å sjå prøvesvar eller pasientjournal. Likevel oppgir mange av dei som ikkje brukar digitale helsetenester at tenestene er for kompliserte, eller at det er vanskeleg å vite kva teneste ein skal bruke. Bruken er heller ikkje jamt fordelt i befolkinga og er systematisk skeivfordelt. Særleg dei med låg digital kompetanse og låg helsekompetanse brukar digitale helsetenester i mindre grad.

5 Kva barrierar møter innbyggjarane og kva konsekvensar har dei?

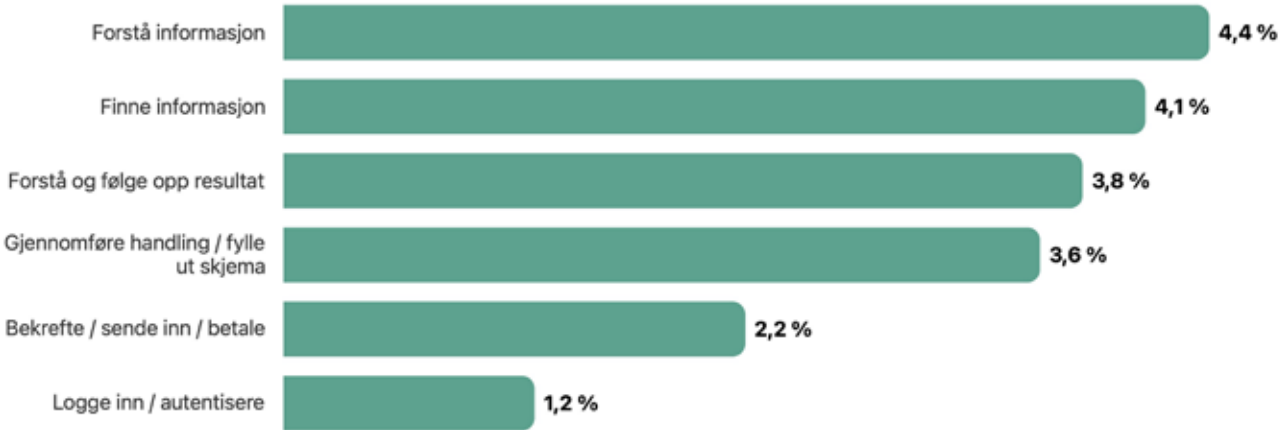
5.1 Kven møter barrierar?

I gjennomsnitt opplevde 18 prosent av respondentane i *Helse på nett* eitt eller fleire vanskelege steg ved bruk av digitale helsetenester. Helsekompetanse er den faktoren som i størst grad skil dei som opplever tenestene som vanskelege, og dei som ikkje gjer det. Blant personar med låg helsekompetanse rapporterte 47 prosent minst eitt vanskeleg steg, mot 13 prosent blant dei med høg helsekompetanse.

Ein respondent skildrar utfordringa slik:

«Helsevesenet har kommet langt i digitalt arbeid. Utfordringen er for en ikke-faglært å forstå hva lege skriver. Må alltid sjekke svaret med fastlege, og det er et ekstra ledd.»  
Innbyggjar 45–66 år

Dei med låg digital kompetanse opplever oftare digitale helsetenester som vanskelege enn dei med høg digital kompetanse. Blant personar med låg digital kompetanse rapporterte minst 39 prosent eitt vanskeleg steg, mot 16 prosent blant dei med høg digital kompetanse.



Figur 7: Kva steg er vanskeleg?

Personar med funksjonsnedsetting har om lag dobbelt så høg sjanse for å oppleve vanskar i digitale helsetenester som dei utan. Nær 30 prosent rapporterte eitt eller fleire vanskelege steg, mot 15,4 prosent blant personar utan funksjonsnedsetting. Sett saman mot funnet i kapittel 4.3, der personar med funksjonsnedsetting hadde høgare bruk av digitale helsetenester enn andre, teiknar det seg eit viktig bilde: personar med funksjonsnedsetting brukar tenestene i stor grad, men opplever samtidig fleire utfordringar når dei gjer det.

Ein respondent med kognitiv funksjonsnedsetting skriv:

«Har kraftig korttidshukommelsessvikt og nylig oppdaget ADHD som gir funksjonsnedsettelse. I dette bildet klarer jeg ikke å orientere meg i digitale tjenester, jeg mister lett oversikt og går meg vill, og glemmer oppgavene jeg skulle utføre. Ender ofte tilbake til start og husker ikke hva jeg skulle gjøre.»  
Innbyggjar 45–66 år

Eit gjennomgåande tema i fritekstkommentarane er at sjukdom og digitale barrierar forsterkar kvarandre. Fleire respondentar beskriv ein situasjon der helsetilstanden gjer det vanskelegare å bruke dei digitale tenestene:

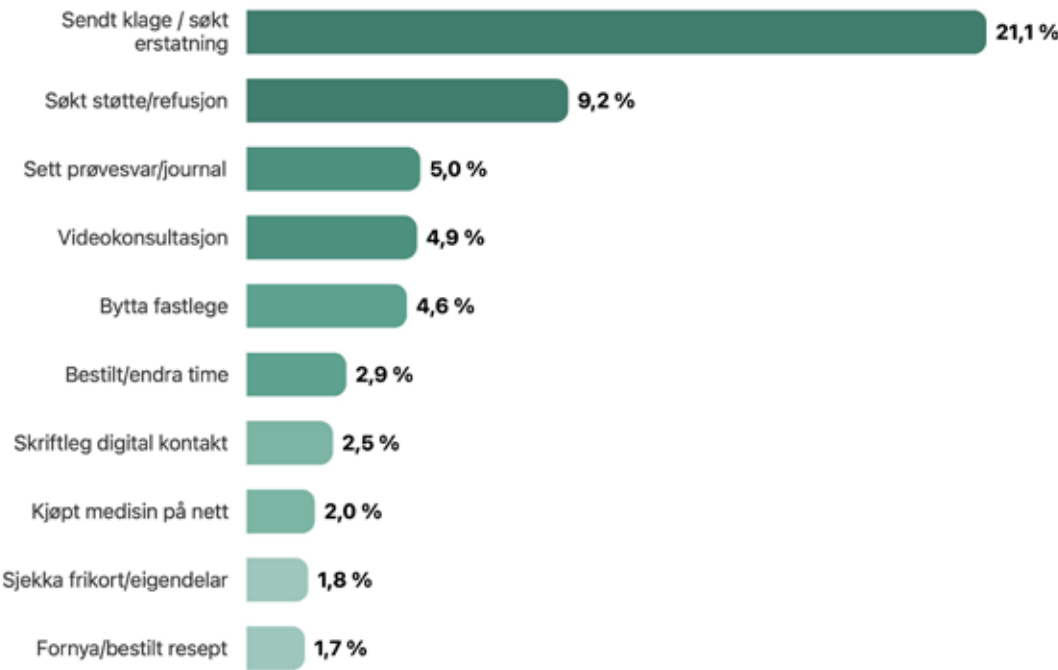
«Noen av tjenestene er vanskelig å navigere på grunn av det krever mykje forståelse i prosesser, begrep, lese seg opp på ting – kosta energi som ein ikkje alltid har.»  
Innbyggjar 20–44 år

5.2 Kva tenester og steg opplever innbyggerane som vanskelege?

I undersøkinga *Helse på nett* vart innbyggerane spurde om kva digitale helsetenester dei hadde brukt dei siste 12 månadane. For kvar teneste vart dei spurde om å vurdere ulike steg på ein skala frå «svært vanskeleg» (1) til «svært lett» (5). Stega som vart vurderte, var å

- finne informasjon
- forstå informasjon
- logge inn eller autentisere seg
- gjennomføre ei handling eller fylle ut eit skjema
- bekrefte, sende inn eller betale
- forstå og følge opp resultat eller råd

Resultata viser at dei fleste brukarane opplever tenestene som lette å bruke. På tvers av alle tenester og steg, var det gjennomsnittlege resultatet 4,33, noko som ligg ein plass mellom «lett» og «svært lett». Delen steg som vart vurderte som vanskelege, låg berre mellom 1 og 4 prosent. Sjølv om det overordna bildet er positivt, er det viktig å understreke at sjølv låge prosentdelar representerer eit betydeleg tal brukarar. Om lag 4,7 millionar nordmenn i Noreg er 16 år eller eldre. Det betyr



Figur 8: Prosentdel av steg som brukarane opplever som vanskeleg eller svært vanskeleg per teneste

at sjølv utfordringar som berre rammar ein liten del av brukarane, kan få konsekvensar for mange menneske. Figur 7 viser kva steg som innbyggerane opplever som vanskelegast på tvers av dei ulike tenestene. Her ser vi at fleire opplever det å finne, forstå og følge opp resultat som vanskelegare enn meir tekniske steg som å logge inn, fylle ut skjema og bekrefte og sende inn.

Stega der brukaren må tolke og forstå innhald, blir opplevde som mest krevjande. Dette gjeld særleg det å forstå informasjon (4,4 prosent), finne informasjon (4,1 prosent) og forstå og følge opp resultat (3,8 prosent). Steg som handlar om teknisk gjennomføring, blir i mindre grad opplevde som vanskelege. Dette gjeld særleg det å gjennomføre handlingar eller fylle ut skjema (3,6 prosent), bekrefte, sende inn eller betale (2,2 prosent) og logge inn eller autentisere (1,2 prosent).

At dei fleste opplever innlogging som enkelt, er eit interessant funn, då dette ofte blir trekt fram som ein vesentleg barriere.

Frå Figur 8 ser vi at tenestene kan delast i tre kategoriar etter kor vanskelege dei blir opplevde å bruke: enkle tenester, tenester midt på treet og tenester som er

vanskelege å bruke. Tenestene som blir opplevde som enkle, er fornying og bestilling av resept (1,7 prosent opplever dette som vanskeleg), sjekk av frikort og eigendelar (1,8 prosent), kjøp av medisin på nett (2,0 prosent), skriftleg digital kontakt (2,5 prosent) og det å bestille eller endre time (2,9 prosent). Tenester som ligg midt på treet, er å bytte fastlege (4,6 prosent), gjennomføre videokonsultasjon (4,9 prosent) og å sjå prøvesvar eller journal (5,0 prosent). Dei mest krevjande tenestene er å søke om støtte og refusjon (9,2 prosent) og å sende klage eller søknad om erstatning (21,1 prosent).

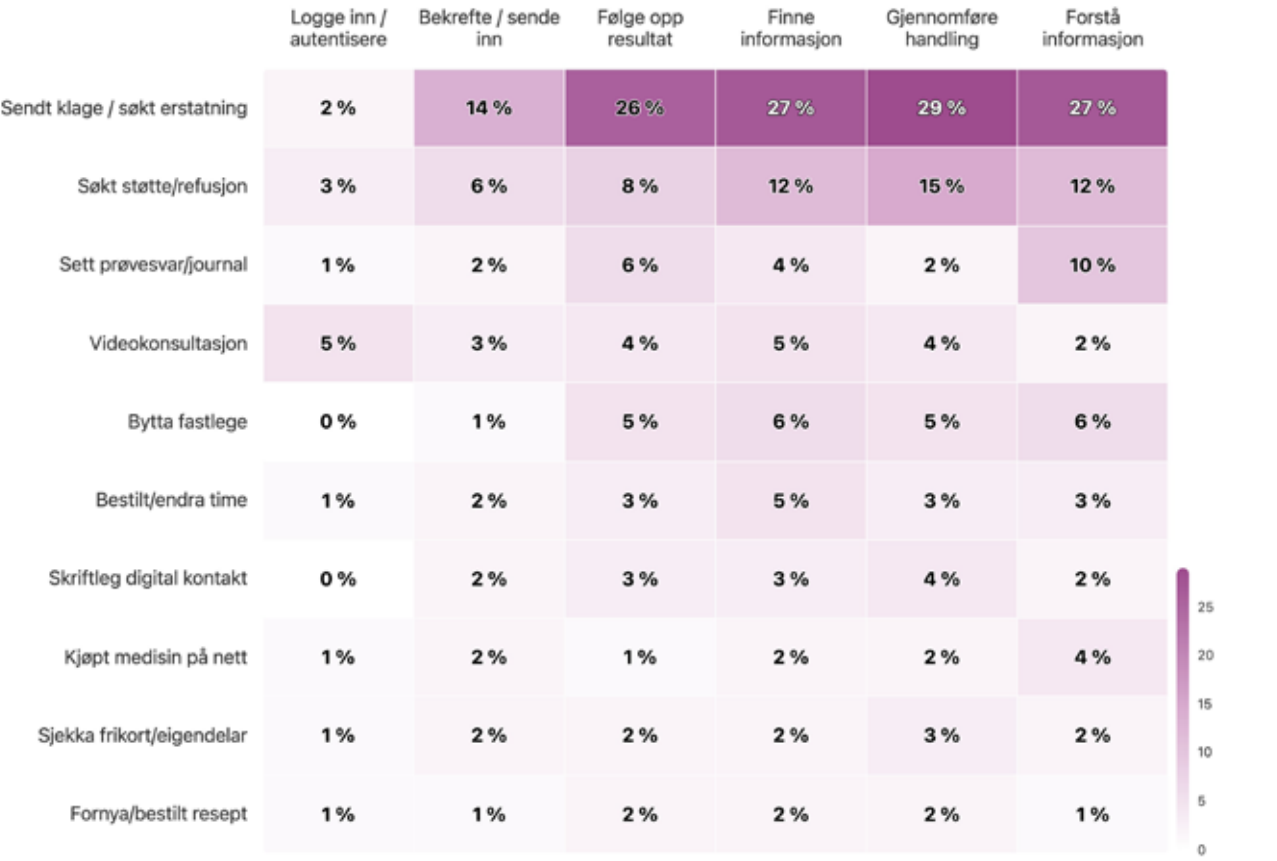
Figur 9 viser kor stor del av respondentane som opplevde dei ulike stega i kvar teneste som vanskelege. Tenestene med flest utfordringar er dei som handlar om å sende klage eller søke om erstatning, og dei som handlar om å søke støtte eller refusjon. Desse tenestene skil seg tydeleg ut frå dei andre. Klageprosessen har steg der heile 29 prosent av respondentane opplever steget «Gjennomføre handling» som vanskeleg, medan 27

prosent opplever stega «Finne informasjon» og «Forstå informasjon» som vanskelege. Tenestene er ikkje mykje brukt, men ein stor del av dei som brukar dei synest at dei er vanskelege å bruke.

Samtidig er dette tenester som ofte har stor betydning for dei som brukar dei, fordi dei gjerne gjeld situasjonar der brukaren har opplevd svikt, feil eller behov for oppfølging.

Også i tenester for søknad om støtte og refusjon opplever mange fleire steg som vanskelege. Her svarer 15 prosent at steget «Gjennomføre handling» er vanskeleg, medan 12 prosent av respondentane opplever det som vanskeleg å finne og forstå informasjon.

Felles for både klage- og erstatningstenester og tenester for støtte og refusjon er at dei inneber komplekse administrative prosessar. For å bruke dei krevst det ofte digital kompetanse, helsekompetanse og juridisk kompetanse som forståing av regelverk og rettar.



Figur 9: Kor stor del av brukarane opplever stega i tenestene som vanskelege?

5.3 Kva type barrierar møter innbyggerane på?

I undersøkinga *Helse på nett* vurderte nokre av respondentane minst eitt steg i ei teneste som «ganske vanskeleg» eller «svært vanskeleg». Desse fekk spørsmål om kvifor steget vart opplevd som vanskeleg.

Figur 10 viser dei viktigaste årsakene til at brukarar opplever steg i digitale helsetenester som vanskelege. Over halvparten, 53 prosent, svarer at dei var usikre på kva teneste dei skulle bruke. Vidare oppgir 36 prosent tekniske feil, krasj eller problem med innsending. Språkforståing blir oppgitt av 23 prosent, medan 18 prosent peika på mangelfull universell utforming.

Undersøkinga viser også at

- 13 prosent opplevde problem med innlogging
- 12 prosent oppgav at helse- eller livssituasjon gjorde det vanskeleg å bruke tenesta
- 10 prosent oppgav manglande tilgang til internett eller tilgang til utstyr

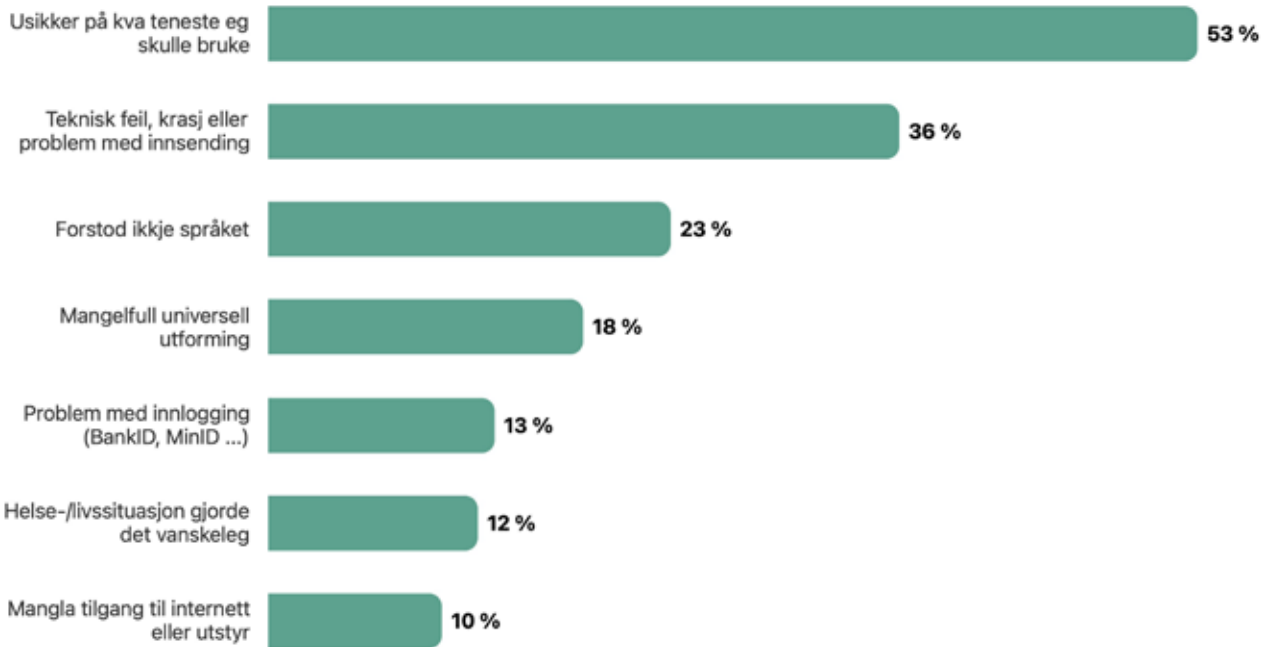
Svara viser at barrierane handlar om utforming og innhald (usikkerheit om teneste, tekniske feil, språk og universell utforming), medan individuelle føresetnader (helse-/ livssituasjon, tilgang og innlogging) blir rapporterte sjeldnare. Dette kan tyde på at det største potensialet for forbetring først og fremst ligg i å lage betre tenester, framfor å stille høgare krav til brukarane.

Å finne rett teneste er ein barriere

Den mest rapporterte barrieren blant dei som opplevde vanskar, var usikkerheit om kva teneste dei skulle bruke for å fullføre oppgåva. Dette vart oppgitt av 53 prosent av respondentane. Resultata peikar på at utfordringane i stor grad handlar om orientering og navigasjon. For mange er det ikkje den tekniske gjennomføringa av ei oppgåve som er vanskeleg, men å finne rett teneste, forstå kvar ein skal gå, og navigere mellom delvis overlappende løysingar.

Fritekstkommentarane gir fleire eksempel på dette:

«Dere har sånn 10 ulike nettside, portaler og betalingsmetoder så informasjon og hvor man bestiller time er svært spredt.»  
Innbygger 20–44 år



Figur 10: Kva barrierar rapporterer brukarane?

«Det er for mange apper en må forholde seg her i Trøndelag. Har opplevd å få beskjeder på 3 forskjellige.»  
Innbygger 67–79 år

«Det tar lang tid og er utmattende å finne frem, og måtte trykke her og der til man endelig finner rett tjeneste.»  
Innbygger 45–66 år

Dette stemmer med inntrykket frå dialogmøta med brukarorganisasjonane, som peikar på at det digitale landskapet i helsesektoren er komplekst og fragmentert. Brukarane må forhalde seg til fleire ulike digitale løysingar, avhengig av kva aktør dei er i kontakt med og kva helsehjelp dei får. Blindeforbundet fortel at mange av medlemmane brukar tid på å lære seg dei digitale løysingane, og at det blir spesielt krevjande når ein må lære seg fleire ulike løysingar. Fleire brukarorganisasjonar peikar på at det hadde vore betre med éi god løysing enn fleire «halvgode» løysingar.

Brukarorganisasjonane trekk fram Helsenorge som ei løysing mange medlemmar har stor nytte av. Samtidig blir det peika på at Helsenorge er ei omfattande teneste som krev mange «trykk» før ein kjem til ønska innhald. Fleire av løysingane i tenesta kan også vere krevjande å navigere i for blinde og døvblinde brukarar.

Utforming av løysingane er ein barriere

Samla sett rapporterer mange brukarar barrierar knytt til sjølve løysingane. I undersøkinga *Helse på nett* svarer 36 prosent at dei opplevde tekniske feil eller at løysinga slutta å verke. Vidare oppgir 18 prosent manglande universell utforming, medan 13 prosent rapporterer problem med innlogging.

Manglande universell utforming gjer det ikkje berre vanskeleg for personar med nedsett funksjonsevne, men gjer også løysingane mindre brukarvenlege for alle. Universell utforming handlar om enkle ting som god struktur, rett koding av overskrifter og god kontrast, men også om at løysingane er koda slik at dei kan brukast med hjelpemiddelteknologi.

Fleire kommenterer også på manglar i dei digitale løysingane, og at løysingane ikkje dekker behova til brukaren. Ein respondent skriv:

«Får tilbake spørsmål fra lege, men ikke med mulighet til å svare i samme tråd. Må enten legge inn ny reseptbestilling eller konsultasjon for et enkelt spørsmål.»  
Innbygger 20–44 år

Eit gjennomgåande trekk er at barrierane i stor grad kan løysast gjennom betre informasjonsarkitektur, klarspråk i prøvesvar, meir fleksible skjema og konsolidering av plattformer.

Å forstå informasjon er ein barriere

Språkbarrierar kan ha fleire årsaker. For nokre kan det vere at ein ikkje har norsk som morsmål. For andre kan det handle om at informasjonen er skriven i eit medisinsk eller byråkratisk språk som er vanskeleg å forstå. I *Helse på nett* svarte 23 prosent av dei som hadde opplevd problem, at manglande språkforståing var ei årsak.

I dialogmøte med organisasjonar som tilbyr rettleiing til innvandrarar, vert språk trekt fram som ein viktig barriere. Organisasjonane peikar på at det krev både digital kompetanse og byråkratisk kompetanse, som evne til å forstå offentleg informasjon, for å kunne gjere nytte av dei digitale tenestene. Mange som ikkje har norsk som morsmål, slit med å bruke digitale helsetenester og må ofte få hjelp frå andre til å omsette informasjonen. Organisasjonane fortel at mange må be eigne barn om å omsette helseinformasjon fordi informasjonen ikkje finst på deira språk. Dette inneber ein risiko fordi omsetting også inneber tolking.

I tillegg til dei førehandsdefinerte barrierane kunne dei som svarte på undersøkinga *Helse på nett* legge til eigne barrierar i eit fritekstfelt. 18 personar beskriv problem med å forstå medisinsk fagspråk, der ein person skriv:

«Prøvesvaret var gitt i faglig «kodespråk» med lite forklaring på hva det var, hvordan de skulle tolkes, og eventuelle forholdsregler jeg måtte ta. Måtte google meg til svaret.»  
Innbygger 45–66 år

Ein annan skriv:

«Tror ikke det er meningen at menig mann skal forstå et prøvesvar. Tilnærmet gresk.»

Innbyggjar 67–79 år

Dette støtter funna frå tidlegare i rapporten, som viser at kombinasjonen byråkratisk språk, medisinsk språk og digitale løysingar kan vere krevjande å forstå og bruke. Ein respondent på over 80 år beskriv korleis han har funne si eiga løysing på problemet:

«De aller fleste prøvesvarene jeg kan lese på Helsenorge er det bare legene som forstår. Det ville være fornuftig om jeg som pasient også forstår prøveresultatene, ellers har det ingen verdi for en pasient. Jeg ber derfor AI om forklaring på resultatene.»

Innbyggjar 80–89 år

At ein person på over 80 år brukar kunstig intelligens for å forstå eigne prøvesvar, understrekar kor stort behovet for forståeleg helseinformasjon er. Vi kjem tilbake til meir om bruken av kunstig intelligens i avsnitt 5.8.

eID som portvakt

Stadig fleire digitale tenester krev at brukaren identifiserer seg med elektronisk id (eID). Digitale helsetenester som inneheld personopplysningar, er avhengige av slik innlogging. Dei som ikkje har eID, eller som ikkje klarer å bruke den, får ikkje tilgang til digitale helsetenester. Det er viktig å skilje mellom utfordringar knytt til tilgang til eID og bruk av eID. Utan eID er ikkje tenestene berre vanskelege, dei er heilt utilgjengelege.

Ei kunnskapsinnhenting gjennomført av Digdir 2024–2025 viser at over 95 prosent av den vaksne befolkninga har brukt eID på høgt sikkerheitsnivå, medan om lag 5 prosent, tilsvarande rundt 190 000 personar, ikkje har gjort det. Samtidig er det ikkje alle som ønsker eller har behov for eID. Om lag 200 000 har reservert seg mot digital kommunikasjon med det offentlege. Andre barrierar for tilgang kan vere aldersgrenser, krav om sjølvstendig bruk og manglande gyldig fysisk ID. Dette viser at sjølv om utbreiinga er høg, finst det framleis strukturelle og individuelle hinder for full deltaking i digitale tenester (Digitaliseringsdirektoratet, 2025).

Nokre grupper møter særlege barrierar for tilgang til digitale helsetenester. Til ei kvar tid sit om lag 3 000

innsette i norske fengsel (Statistisk sentralbyrå, 2024), og i 2022 vart rundt 6 600 personar innlagde i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2024). Mange i desse gruppene har samansette behov og kan ha avgrensa føresetnader for å bruke digitale tenester.

Fleire tusen personar lever også i bustadutryggleik eller midlertidige buforhold, og tala har auka dei siste åra. I tillegg kjem tilreisande personar utan fast bustad, som i liten grad er fanga opp i statistikken. Felles for mange i desse gruppene er avgrensa tilgang til digitale verktøy, låg digital kompetanse og samansette levekårsutfordringar, noko som kan gjere det vanskeleg å bruke digitale helsetenester.

Om lag 10 000 barn lever i fosterheim eller på institusjon (Barn og unge i fosterhjem og beredskapshjem, Bufdir, u.å.; Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2024). Barn under barnevernet si omsorg er avhengige av andre vaksne enn foreldre for å få tilgang til helsetenester. Samtidig er ikkje fosterforeldre eller tilsette på institusjonar nødvendigvis verjer. Når digitale tenester krev elektronisk ID og personleg autentisering, kan dette skape praktiske utfordringar og i nokre tilfelle avgrense tilgangen til digitale helsetenester.

Om lag 115 000 personar lever med demens i Noreg i dag (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.). Demens påverkar mellom anna hukommelse, språk, orienteringsevne og evna til å forstå og ta avgjerder. Dette kan gjere det krevjande å bruke digitale tenester, særleg løysingar som krev fleire steg, tolking av informasjon eller trygg handtering av innlogging og personopplysningar.

For mange kan det vere vanskeleg å hugse passord eller forstå sikkerheitsløysingar som elektronisk ID. Personar med demens er derfor ofte avhengige av hjelp frå pårørande eller helsepersonell for å bruke digitale helsetenester. Konsekvensen kan vere redusert tilgang til digitale helsetenester og informasjon, særleg dersom det ikkje finst gode alternative løysingar.

Ein respondent i *Helse på nett*-undersøkinga seier dette:

«Denne kommentaren gjelder meg som oppnevnt fullmektig for min far av Statsforvalteren i Innlandet. Han er 94 år med demens. Det er vanskelig å ivareta hans interesser og for meg å ha oversikt over hans situasjon pga håpløse rigide regler om innlogginger på offentlige nettsider som benytter bankID. Her må det gjøres endringer.»

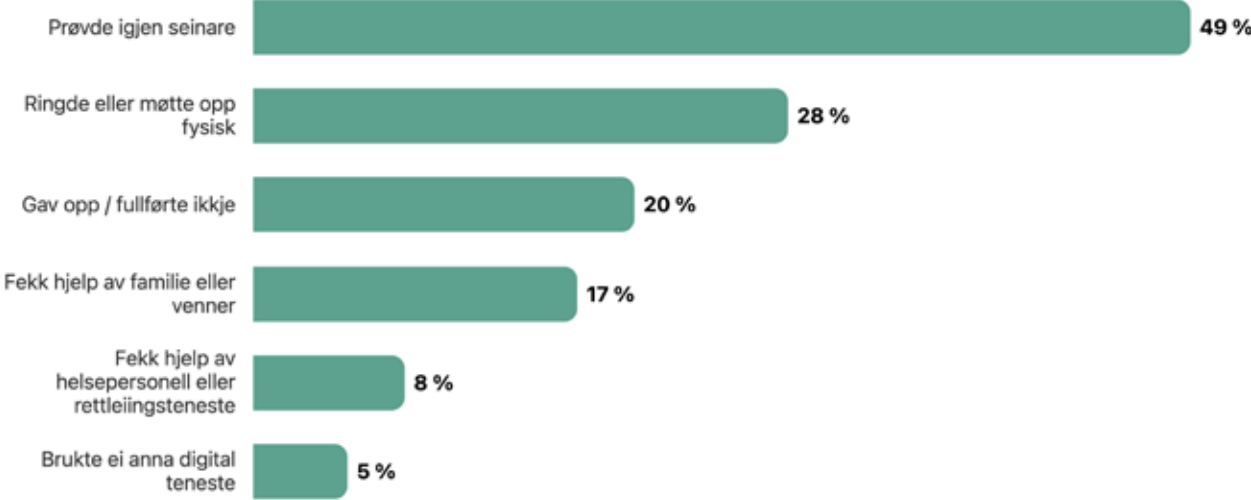
Innbyggjar 67–79 år

Enkelte grupper har særlege utfordringar, mellom anna unge, eldre over 80 år, utanlandske borgarar og personar med nedsett funksjonsevne. Desse utfordringane er ofte knytt til digital kompetanse, språk og kompleksitet i løysingane. For eksempel manglar om lag 300 000 personar i alderen 12–17 år eID på høgt sikkerheitsnivå, noko som avgrensar deira tilgang til digitale offentlege tenester (Digitaliseringsdirektoratet, 2025).

Rambøll peikar i sin rapport om digital inkludering på mangel på eID og moglegheit for digital representasjon som ein av seks hovudbarrierar i offentlege digitale tenester. Mange offentlege tenester krev eID for innlogging, men er i avgrensa grad tilrettelagde for at ein kan handle på vegner av andre. Dette skaper barrierar for mellom anna eldre, barn og personar med låg digital kompetanse, som ofte er avhengige av hjelp frå pårørande. Manglande løysingar for digital representasjon kan føre til at brukarar må dele personleg informasjon med andre (Digitaliseringsdirektoratet, 2024). Fritekstkommentarane i *Helse på nett* gir fleire eksempel på dette:

«Personlig er det greit med digitale tjenester, men for de jeg jobber som verge for, er dette en umulighet. De med verge og som da ikke har BankID, er helt utenfor digitale helsetjenester. Dette er de som kanskje har det største behovet for helsetjenester, men de er utestengt av samfunnet.»

Innbyggjar 67–79 år



Figur 11: Korleis gjekk brukarane fram for å fullføre oppgåva?

«Ønsker en lettere metode for å betjene Helsenorge når en er verge for en over 18 år, som har CP grad 4 og ikke får BankID.»

Innbyggjar 45–66 år

«Min kone er ufør og hennes sykdom gjør at hun ikke kan bruke telefon, pc og nettbrett. Har derfor ikke fått bank ID. Det gjør alt vanskelig, frustrerende og gjør at mange tjenester ikke kan utføres. Jeg som hennes verge får heller ikke tilgang når hun ikke ha bank ID eller at jeg kan få tilgang. Dette er svært DISKRIMINERENDE og burde være unødvendig når jeg er oppnevnt som hennes verge. Dette bør det ordnes opp i SNAREST!!»

Innbyggjar 67–79 år

Intervju med brukarorganisasjonane stadfestar dette og fleire av dei peikar på utfordringar knytt til bruk av BankID ved innlogging til helsetenester. Dette vert for mange eit hinder for å ta i bruk dei digitale helsetenestene. Dei fortel at dette også blir utfordrande for føresette til ungdom når ungdommen fyller 16 år. Ved fylte 16 år mister føresette tilgangen til ungdommen sine helseopplysningar, og for ungdommar som ikkje kan bruke BankID blir det problematisk å få tilgang til helseopplysningane.

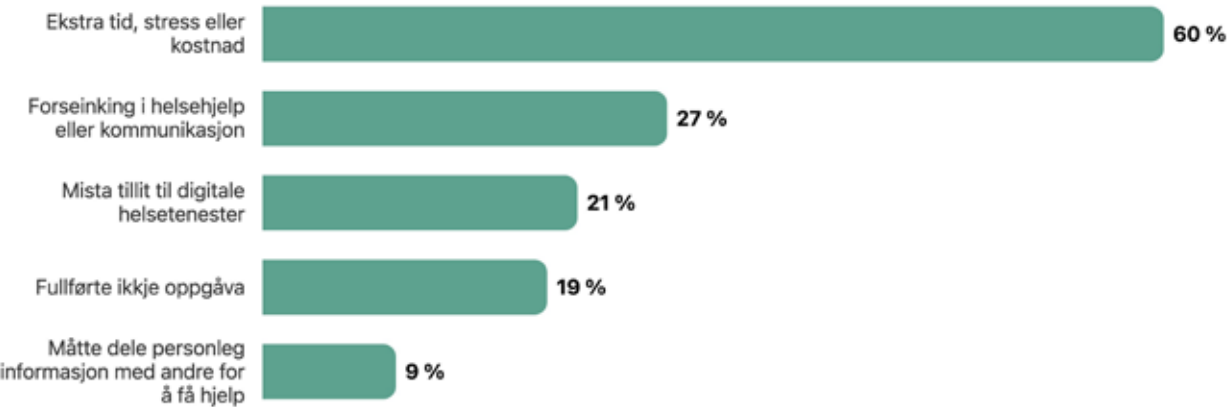
5.4 Korleis fullførte dei oppgåva?

Respondentane i *Helse på nett* vart spurde om korleis dei gjekk fram for å fullføre oppgåva viss dei opplevde problem. 49 prosent svarte at dei prøvde igjen seinare og 28 prosent valde å ringe eller møte opp fysisk. Heile 20 prosent gav opp eller fullførte ikkje oppgåva. Figuren viser vidare at 17 prosent fekk hjelp frå venner eller familie, medan 8 prosent fekk hjelp frå helsepersonell eller andre rettleiingstenester. I tillegg svarer 5 prosent at dei brukte ei anna digital teneste.

Når vi ser svara i samanheng med bakgrunnsinformasjonen, er alder den faktoren som sterkast påverkar om vanskar fører til at ein gir opp. Eldre brukarar som opplever problem, har høgare risiko for ikkje å fullføre oppgåva enn yngre brukarar. Medan yngre typisk ofte finn alternative løysingar eller prøver ei anna teneste, fører vanskar ofte til at eldre avbryt. Ein respondent formulerer dette slik:

«Det blir vanskeligere og vanskeligere for meg som ikke er digital. Snart ingen å ringe til.»  
Innbyggjar 67–79 år

Funna tyder på at det finst minst to ulike mekanismar. Digital kompetanse, helsekompetanse og funksjonsnedsetting påverkar kor vanskeleg tenestene blir opplevde å vere. Alder ser derimot ut til å påverke kva som skjer når brukarane møter utfordringar, og om dei klarer å finne alternative løysingar eller gir opp.



Figur 12: Kva konsekvensar har barrierane for brukarane?

5.5 Kva konsekvensar førte barrierane til?

Når ein møter barrierar i digitale helsetenester, får dette konsekvensar. I undersøkinga *Helse på nett* vart innbyggjarane spurde om kva konsekvensar dei opplevde som følge av barrierane dei møtte.

Figur 12 viser at 60 prosent brukte ekstra tid, opplevde stress eller fekk auka kostnader. Vidare opplevde 27 prosent forseinking i helsehjelpa eller i kommunikasjonen med helsepersonell, medan 21 prosent svarer at dei mista tillit til dei digitale helsetenestene. Heile 19 prosent fullførte ikkje oppgåva, og 9 prosent måtte dele personleg informasjon med andre for å få hjelp.

Funna tyder på at dei krava digitale helsetenester stiller, i mange tilfelle er høgare enn føresetnadene brukarane har. Konsekvensen kan vere at den enkelte ikkje får tilgang til dei helsetenestene dei har behov for. Resultata tyder også på at slike erfaringar kan svekke tilliten til dei digitale tenestene. 21 prosent av respondentane svarer at redusert tillit er ein konsekvens av vanskanen dei har opplevd. Dette samsvarer med inntrykket frå dialogmøta med organisasjonar som gir rettleiing til innvandrarar. Organisasjonane fortel at mange gir opp når dei ikkje blir forstått og ikkje får gjennomført det dei skal. Over tid kan slike erfaringar føre til at dei mister trua på at systemet kan hjelpe dei.

Ein respondent svarer at:

«På bakgrunn av mine egne helseutfordringer er det problematisk at systemet for helsetjenester nå er så digitalisert. Jeg har alvorlig fatigue og bruker særs mye krefter på å forstå hvordan jeg skal fylle ut ting, hvordan jeg skal logge inn i ting, og hvilke kilder til helseopplysninger jeg kan stole på. Skulle ønske det var mulig for oss med redusert mentalt tempo å velge å unngå at så mye av kontakten med helsetjenester er digital. Mye av oppfølgingen jeg trenger blir borte når kontakt med fastlege blir begrenset til et par meldinger på helsenorge.»  
Innbyggjar 20–44 år

At 9 prosent måtte dele personleg informasjon med andre for å få hjelp, er kritisk med tanke på personvern og retten til privatliv. Dette tyder på at sjølv om mykje av formålet med auka digitalisering er auka grad av sjølvbetening, har ein i realiteten flytta rettleiinga ut av systemet og over på andre som familie, venner, bibliotek og andre rettleiingstenester.

Brukarorganisasjonane fortel at medlemmane oftast får hjelp frå pårørande eller andre når dei møter på barrierar i digitale helsetenester. Dysleksi Norge viser til at fleire ber om hjelp i staden for å bruke tenestene sjølve i frykt for å gjere feil. Det kan føre til at brukarane må dele sensitive opplysningar med personar dei ikkje ønsker eller bør dele informasjon med.

«Dette er umyndiggjøring av vaksne personar når dei må be naboen om hjelp til egne helseopplysningar.»  
Representant frå Pensjonistforbundet

5.6 Kva alternativ finst og korleis fungerer dei?

For dei som ikkje kan bruke digitale helsetenester, er gode alternative kanalar avgjerande. Bestilling og endring av time hos fastlege kan som regel gjerast ved å ringe eller møte opp fysisk hos legesenteret. Pasientreiser kan kontaktast på telefon, og apotek tilbyr ofte både telefonkontakt og fysisk oppmøte som alternativ til nettbaserte tenester. Alle offentlege sjukehus har tilgjengelege telefonnummer og resepsjon innanfor gitte opningstider. Fysisk oppmøte eller kontakt per telefon er dei vanlegaste alternativa.

Ikkje-digitale alternativ kan delast inn i ulike kategoriar, avhengig av kva bistand dei kan tilby.

- Bistand med full tilgang til tenester: Ved fysisk oppmøte og gyldig legitimasjon kan tilsette på eit legekontor hjelpe deg med eit sett med tenester. Det kan for eksempel vere bestilling og endring av time, og formidling av helseinformasjon.
- Bistand til sjølvbetening: Ved rettleiing i bruk av sjølvbeteningsløysingar, er brukaren sjølv ansvarleg for utfallet av handlingane. Den som gir hjelp, har ei avgrensa rådgivingsrolle, og kan ikkje logge seg inn eller utføre handlingar på vegner av brukaren.



«Når vi vet at digitale tjenester gjort rett gir bedre informasjonstilgang enn de papirbaserte, er det håpløst å måtte be om hjelp fra andre for å kunne håndtere sin egen helse i fortrolighet.»

Terje Andre Olsen  
Forbundsleder, Norges Blindeforbund

Samtidig er dei ikkje-digitale alternativa fragmenterte, og kva ein kan få hjelp til, varierer i stor grad. Enkelte kjenner seg pressa til å bruke digitale løysingar dei ikkje er komfortable med. Frå undersøkinga *Helse på nett* svarer ein respondent:

«For mi gamle mor (95), tanta mi (91) og mannen min (80) er det veldig diskriminerande at alt skal skje digitalt! Det er mykje snakk om eit inkluderande samfunn. For dei som er gamle er både helse- og banktenester vanskeleg tilgjengelege slik det er innretta nå.»

Innbyggjar 45–66 år

Desse funna blir også støtta i forskinga, der undersøkingar av pasienterfaringar peikar på at digitale løysingar ikkje alltid er eit frivillig val. Nokre pasientar seier at dei følte seg «tvinga» til å bruke e-konsultasjonar fordi fysiske timar ikkje var tilgjengelege (Kristiansen et al., 2024). Brukarorganisasjonane peikar på at digitale tenester i helsesektoren kan vere eit godt tilbod, om dei er godt utforma og tilgjengelege. Samtidig blir det understreka at det må vere moglegheiter for eit ikkje-digitalt tilbod til dei som ikkje beherskar det digitale tilbodet.

Dersom ei digital teneste er utforma på ein måte som gjer at ikkje alle kan bruke den, er det den som tilbyr tenesta sitt ansvar å sørge for enten å gjere tenesta tilgjengeleg, eller å gi eit tilgjengeleg alternativ.

5.7 Behov for rettleiing

Helsenorge tilbyr også brukarstøtte på telefon. Tenesta svarer på spørsmål om sjølvbetening og hjelper innbyggjarar med å finne fram på Helsenorge (Helsenorge, u.å.). Data frå rettleiingstenesta til Helsenorge viser at

behovet for manuell støtte framleis er stort. Talet på førespurnader ligg stabilt høgt, med om lag 68 000–70 000 førespurnader årleg i perioden 2022–2025.

Dette tyder på at mange brukarar framleis har bruk for støtte og rettleiing i møte med dei digitale helsetenestene.

Over 40 prosent av førespurnadene handlar om å gi informasjon og rettleie innbyggjarar på opne sider og i dei innlogga sidene. Innanfor denne kategorien er spørsmål om personverninnstillingar, meldingar og pasientjournal dei vanlegaste. Vi har sett frå undersøkinga *Helse på nett* at mange opplever det vanskeleg å finne og forstå informasjon i møte med digitale helsetenester. Førespurnadsdata frå rettleiingstelefonen stadfestar at det er eit stort behov for at nokon kan forklare og hjelpe den enkelte med sine problem.

I 2025 utgjorde spørsmål om fullmakt og representasjon 13 prosent, opp frå 6,7 prosent i 2022. Fram til og med mars 2026 utgjer slike spørsmål 15 prosent. Dette omfattar mellom anna hjelp til å representere andre, gi eller bruke fullmakt. Dette stemmer med data frå undersøkinga *Helse på nett*. Slike funksjonar er særleg viktige for eldre, pårørande, verjer og personar som treng bistand for å bruke digitale tenester.

Dataa viser også eit stort omfang av vidareformidling av kontakt. Totalt vart 74 300 brukarar vist vidare til andre i perioden 2022 til 2025. Mange spørsmål blir viste vidare til helseføretak, fastlege, kommune, rekvirent eller andre aktørar. Dette kan tyde på at det ikkje alltid er tydeleg for innbyggjarane kvar dei skal vende seg for å få hjelp. Dette stemmer godt med resultata frå undersøkinga *Helse på nett*, der ei av dei vanlegaste barrierane respondentane svarte var at dei var usikre på kva teneste dei skulle bruke.



«Gjennom våre humanitære aktiviteter ser vi hvordan språk, begrensede digitale ferdigheter og komplekse digitale løsninger skaper barrierer for tilgang til offentlige tjenester. Mange blir avhengige av en frivillig, en venn eller en nabo for å få den hjelpen de trenger. Frivilligheten er derfor et viktig supplement, men kan ikke være løsningen på manglende digital tilgjengelighet. Tilgjengelige digitale tjenester er en forutsetning for likeverdig tilgang til offentlige digitale tjenester.»

Hege Aspelund  
Avdelingsleder Integrering og Beredskap,  
Oslo Røde Kors



Figur 13: Bruk av kunstig intelligens til helseformål

### 5.8 Kva rolle spelar KI?

Kunstig intelligens har drastisk endra korleis mange av oss finn og forstår informasjon på internett, og kan i mange samanhengar vere til stor hjelp. I undersøkinga *Helse på nett* vart respondentane spurde om dei brukar kunstig intelligens til å finne og forstå helseinformasjon. Dei fekk også spørsmål om dei føler seg trygge på å bruke slike verktøy til helseformål, og om dei brukar kunstig intelligens når dei tek avgjerder om eiga helse.

Figur 13 viser at 31 prosent brukar KI for å finne og forstå helseinformasjon. Samtidig svarer berre 19 prosent at dei føler seg trygge på å bruke KI til helseformål, medan 15 prosent brukar KI til å ta avgjerder om eiga helse. Mange brukar KI til å finne og forstå helseinformasjon. Den relativt utbreidde bruken av KI til å finne og forstå helseinformasjon er naturleg, sett i lys av kor mange som opplever det som vanskeleg å finne og forstå informasjon i digitale helsetenester.

Berre ein av fem føler seg trygge på å bruke KI til helseformål. Dette er færre enn dei som seier at dei brukar KI til å finne og forstå helseinformasjon. 15 prosent svarer at dei brukar KI til å ta avgjerder om eiga helse, som betyr at dei enten frivillig eller ufrivillig, har valt å stole på dei råda dei har fått.

Forsking på området konkretiserer funna; Slettemeås undersøker kva tillit eldre har til bruk av KI til helseformål. Resultata viser at 25 prosent av dei eldre i stor grad ville stolt på helseinformasjon frå ei KI-teneste, medan 35 prosent i liten grad ville gjort det. Samtidig har eldre noko større tillit til KI enn resten av befolkninga, der berre 20 prosent svarer at dei ville stolt på slik helseinformasjon. Vidare viser undersøkinga at tilliten er noko høgare til meir avgrensa og målretta bruk av KI. Dette gjeld særleg i tilfelle der teknologien blir brukt til å identifisere mønster, stille diagnoser og tilpasse behandling individuelt. Blant personar i alderen 60–80 år svarer 37 prosent at dei har tillit til at KI kan stille gode nok diagnoser og bidra til skreddarsydd behandling, medan 27 prosent har låg tillit til dette (Slettemeås & Mainsah, 2025).



### 5.9 Oppsummering

Det overordna bildet er at digitale helsetenester fungerer godt for dei fleste og at mange opplever tenestene som lette å bruke. Samtidig skjuler gjennomsnittet tydelege forskjellar. For ein del brukarar er det framleis vanskeleg å bruke tenestene.

Dei største utfordringane handlar ikkje om det tekniske, men informasjon, orientering og forståing. Å finne rett teneste, forstå medisinsk fagspråk og vite kva ein skal gjere vidare er vanskelegare enn å logge inn eller sende inn eit skjema. Over halvparten av dei som møter problem, er usikre på kva teneste dei skal bruke.

Komplekse administrative tenester som klage, erstatning og støtte eller refusjon skil seg spesielt ut, og ein stor del av dei som har brukt tenestene opplever dei som vanskelege.

eID fungerer som ein absolutt barriere som skil mellom full tilgang og full utestenging. For særleg sårbare grupper kan det bety at dei i praksis mister tilgang til tenester dei er avhengige av og har rett på.

Det er ikkje tilfeldig kven som møter barrierar. Helsekompetanse har mest å seie, følgd av digital kompetanse og funksjonsnedsetting. Sjukdom og digitale barrierar kan forsterke kvarandre. Dei med størst behov for helsetenester, har ofte størst utfordring med å bruke dei digitale tenestene. Alder i seg sjølv avgjer ikkje kor mange vanskar ein opplever, men påverkar i større grad at ein gir opp når problema oppstår.

Konsekvensane som følge av barrierane er mellom anna ekstra tid, opplevd stress eller at ein fekk auka kostnader, forseinking i helsehjelpa eller mista tillit til dei digitale helsetenestene. Heile 19 prosent fullførte ikkje oppgåva, og 9 prosent måtte dele personleg informasjon med andre for å få hjelp.

Dei ikkje-digitale alternativa er ulike og lite samordna, og det varierer kva bistand dei kan tilby. Fleire opplever at digital bruk ikkje er eit reelt val, men noko dei må bruke fordi gode alternativ manglar.

Mange brukar kunstig intelligens til helseformål, men ikkje alle føler seg trygge på bruken. Ein betydeleg del brukar likevel kunstig intelligens til å ta avgjerder om eiga helse.



«Når digitale løsninger ikke kan brukes av alle, må noen andre ta jobben.

I helsesektoren havner dette ofte hos helsepersonell og pårørende.

Det peker på et kjerneproblem: ikke brukerne – men designet. Universell utforming er derfor ikke “ekstra”, men en forutsetning for å oppnå effektivisering for den enkelte og for samfunnet.»

Kristin Skeide Fuglerud  
Leder faggruppen Digital inkludering, Norsk Regnesentral  
og amanuensis II ved Senter for helse og teknologi,  
Universitetet i Sørøst-Norge



# Verksemdene sitt arbeid med universell utforming og resultat frå tilsyn

Ikkje alle verksemdar har like stort fokus på universell utforming. Her vil vi sjå på verksemdene sitt arbeid med digitalisering og universell utforming og resultat frå tilsyna som er gjennomført med digitale løysingar i helsesektoren.

## 6 Korleis jobbar verksemdene med digitalisering og universell utforming?

I dette kapittelet skal vi sjå på korleis helsesektoren jobbar med digitalisering og universell utforming av sine løysingar i lys av føringane som er gitt av regjeringa i form av handlingsplanar og strategiar. Kapittelet presenterer funn frå ei undersøking som vart gjennomført av Rambøll på oppdrag for Uu-tilsynet hausten 2024 om arbeidet med universell utforming og tilgjengelegheitserklæringar i verksemdene – *Digital inkludering i praksis*.

Digitalisering i helsesektoren må sjåast i lys av både måla for helsesektoren og dei overordna måla for digitalisering i offentleg sektor. I den nasjonale digitaliseringsstrategien 2024–2030 blir sterkare styring og samordning løfta fram som ein viktig føresetnad for å lukkast, medan handlingsplanen for universell utforming peikar på digitalisering som eitt av dei prioriterte områda. For helse- og omsorgssektoren er målet samtidig å utvikle trygge, samanhengande og effektive digitale tenester for innbyggjarar og helsepersonell.

Undersøkinga *Digital inkludering i praksis* viser at alle verksemdene i helsesektoren har nettsider. 24 prosent svarer at dei har både nettsider og appar. Undersøkinga

viser vidare at 32 prosent av verksemdene i helsesektoren har felles nettside med andre. Dette tyder på at det er arbeid med samordning i delar av sektoren. Både Helsenorge og FNSP er eksempel på løysingar der fleire verksemdar tilbyr tenester på same plattform.

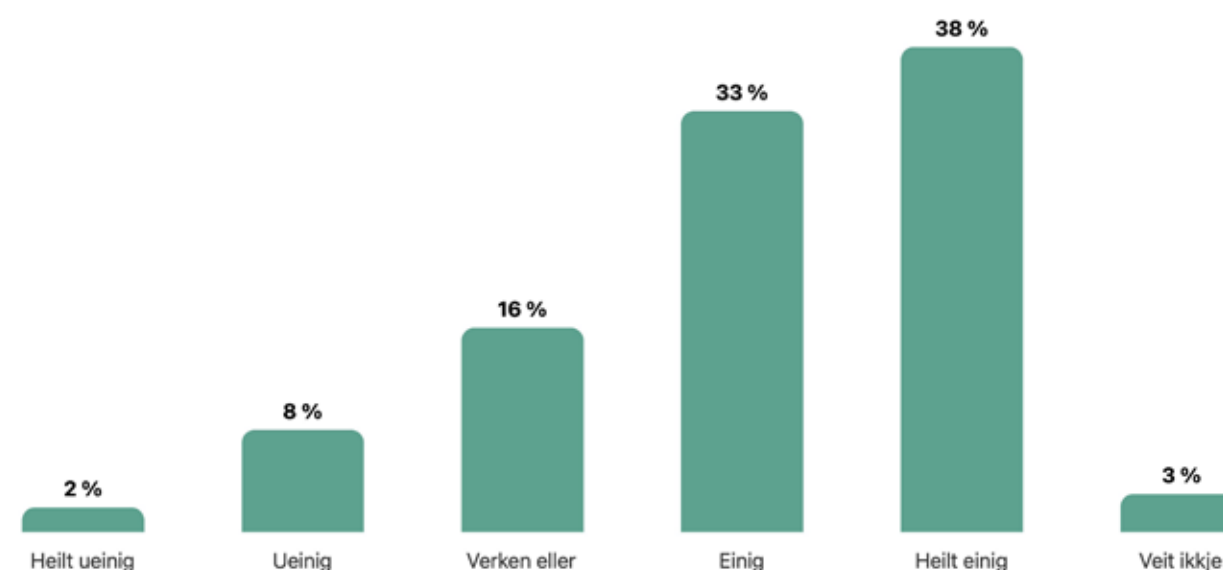
### 6.1 Korleis jobbar helsesektoren med universell utforming?

#### Har dei definert strategiske mål?

Å definere strategiske mål knytt til universell utforming av verksemda si ikt-løysing er eit verkemiddel for å løfte universell utforming frå eit spørsmål om å oppfylle tekniske krav, til eit spørsmål om at alle skal kunne bruke verksemda sine digitale tenester.

I undersøkinga *Digital inkludering i praksis* ser vi at 71 prosent av verksemdene har svart at dei har definert strategiske mål om at ikt-løysingane deira skal vere universelt utforma. 10 prosent svarer at dei er enten ueinige eller heilt ueinige.

Svara tyder på at ein stor del av verksemdene har inkludert strategiske mål om at tenestene skal vere universelt utforma. Vi ser ofte at ein er avhengig av både kompetanse og strategisk retning for å lukkast med universell utforming i praksis.



Figur 14: Har verksemdene definert strategiske mål om at ikt-løysingane skal vere universelt utforma?

Kjenner dei til krava til universell utforming?

Kjennskapen til om det finst lover eller forskrifter for utforming av nettsider, appar og sjølvbeteningsautomatar er svært god. 99 prosent av respondentane i helsesektoren svarte at dei kjenner til at det finst slikt regelverk. 98 prosent av respondentane i helsesektoren svarer positivt på at dei kjenner til at det finst standardar for universell utforming av nettsider/appar.

6 prosent av respondentane i helsesektoren svarte at dei kjenner krava i svært stor grad, 48 prosent svarte at dei kjenner krava i stor grad, 42 prosent svarte i nokon grad og berre 4 prosent seier at dei kjenner krava i liten eller svært liten grad. Kjennskapen til krava om universell utforming i helsesektoren er høg. Dette betyr at sektoren har klart å tileigne seg informasjon om kva krav som gjeld for dei digitale løysingane dei tilbyr.

Korleis er arbeidet med universell utforming organisert i verksemdene?

Arbeidet med universell utforming kan organiserast på mange ulike måtar. Frå undersøkinga *Digital inkludering i praksis* ser vi at 27 prosent av verksemdene har oppretta ei dedikert rolle med ansvar for å følge opp universell utforming i verksemda. 28 prosent av verksemdene har oppretta fleire. 35 prosent av verksemdene har ikkje oppretta ei dedikert rolle.

Ein er ikkje avhengig av å opprette dedikerte roller for å lukkast med universell utforming. Men tydelege roller og ansvarsfordeling kan vere til hjelp for å sikre kontinuitet og framdrift i arbeidet.

I tillegg krev arbeidet med universell utforming at fleire fagfelt er koordinerte. Både utviklarar, designarar, innhaldsprodusentar og leverandørar må samarbeide for å lage gode universelt utforma løysingar. Å ha nokon som koordinerer dette arbeidet kan vere ein fordel.

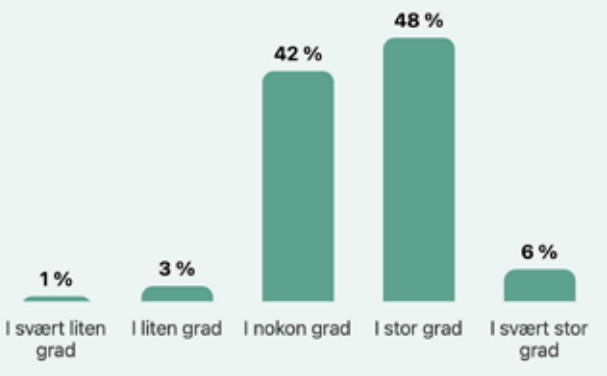
Korleis jobbar verksemdene med anskaffing og utvikling?

Undersøkinga viser vidare at 71 prosent av respondentane i helsesektoren brukar ein tredjepartslleverandør til å utvikle nettstaden. Berre 13 prosent svarer at dei utviklar nettstaden internt. Samtidig svarer 66 prosent at dei kjøper system, men også jobbar med utvikling av løysingane internt, medan 26 prosent berre kjøper ferdige system. Dette tyder på at mykje av det digitale utviklingsarbeidet skjer i samspel med leverandørar. Når mange verksemdar er avhengige av leverandørar, blir ikkje universell utforming berre eit spørsmål om intern kompetanse, men også om anskaffingar, bestillingar, kontraktar, prioriteringar og oppfølging. Det stiller krav til at verksemdene sjølve har god nok bestillarkompetanse til å stille krav, tolke status, fange opp brot og følge opp retting. Verksemdene har ansvaret for at regelverket blir følgt, også når drift og utvikling er sett ut til eksterne leverandørar.

76 prosent av verksemdene i helsesektoren svarer at dei jobbar bevisst med å definere krav og behov knytt til universell utforming og at dei kontrollerer at desse vert oppfylte i anskaffingar eller i eigne utviklingsprosessar. 73 prosent av verksemdene svarer at dei kartlegg brukarbehov når dei gjer innkjøp av eller utviklar ikt-løysingar. Sjølv om ein stor del av verksemdene jobbar bevisst med krav og kartlegging av brukarbehov, gjer om lag ein fjerdedel av verksemdene ikkje dette. Dette tyder på at ein del verksemdar kan bli meir systematiske i arbeidet sitt.

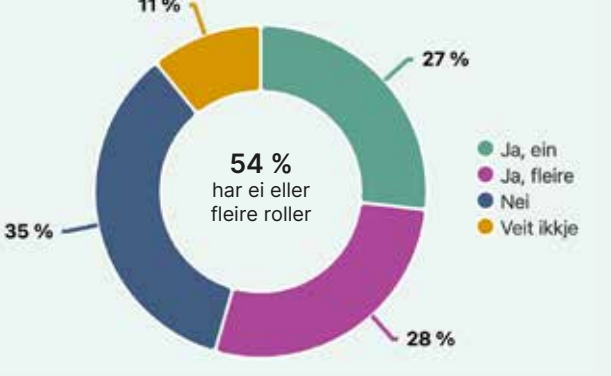
76 prosent seier at dei jobbar fortløpande med å etterleve krav til universell utforming som ikkje er oppfylt. Samtidig oppgir 58 prosent at dei testar og vurderer universell utforming i ikt-løysingane sine fortløpande.

Kor godt kjenner verksemdene krava til universell utforming?



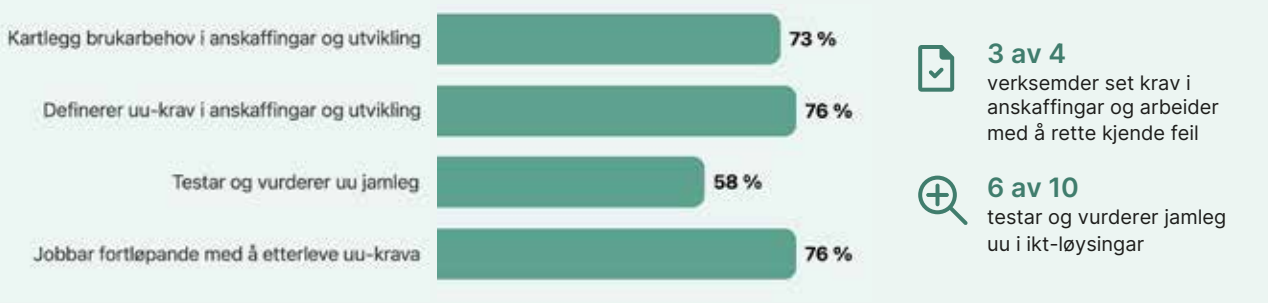
Figur 15: I kva grad kjenner verksemdene krava til universell utforming?

Har verksemdene dedikerte roller som følger opp arbeidet med universell utforming?



Figur 16: Har verksemda ei eller fleire dedikerte roller som følger opp universell utforming?

Korleis jobbar verksemdene med brukarbehov og universell utforming i innkjøp og utvikling?



Figur 17: I kva grad kartlegg verksemdene brukarbehov, definerer krav til og testar ut universell utforming?

Korleis er kompetansen på uu i verksemdene?



Figur 18: Verksemdene sin kompetanse om krava

Kva andre aktivitetar gjer verksemdene for å sikre uu?



Figur 19: Aktivitetar verksemdene gjennomfører for uu

Verksemdene vart også spurde om dei har nok kompetanse til å oppfylle krav til universell utforming av ikt-løysingar enten i eiga utvikling eller i oppfølging av leverandørar. Her svarer til saman 68 prosent av verksemdene i helsesektoren at dei har tilstrekkeleg kompetanse til å oppfylle krava. 7 prosent av verksemdene i helsesektoren svarte at dei var ueinige i at dei har nok kompetanse.

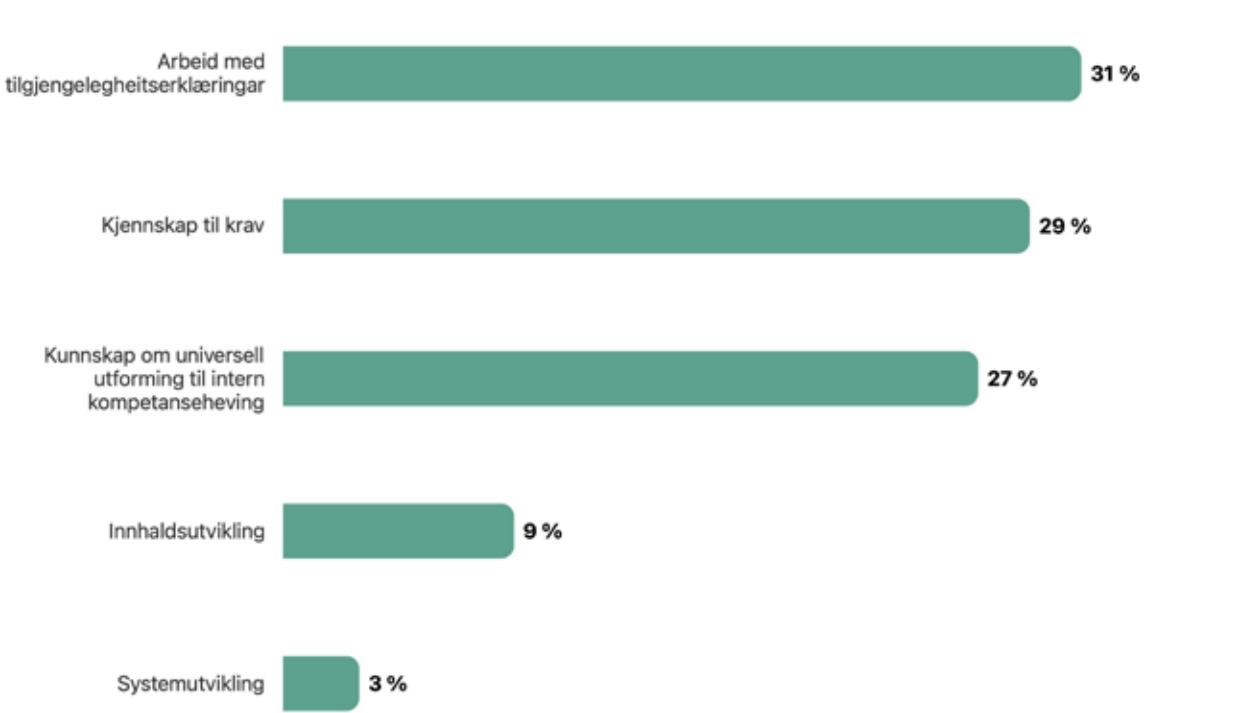
**Kva aktivitetar gjer verksemdene?**  
I undersøkinga *Digital inkludering i praksis* vart verksemdene spurde om dei jobbar fortløpande med å etterleve krava til universell utforming og om dei testar og vurderer løysingane med jamne mellomrom.

Tala viser at mange verksemdar har universell utforming på agendaen i utviklingsarbeidet. 69 prosent svarer at dei i stor eller svært stor grad har integrert universell utforming i utviklingsprosessen, og 67 prosent har sjølve gjennomgått nettstad og app for å identifisere moglege utfordringar. Dette tyder på at mange har etablert praksis for å vurdere universell utforming i eigne digitale løysingar.

Samtidig viser tala at arbeidet i mindre grad er systematisk og brukarorientert. Berre 48 prosent har brukt testverktøy, og berre 19 prosent har innhenta brukarinnsikt gjennom til dømes tilbakemeldingar eller brukartesting. Lågast ligg gjennomgang av sosiale medium, med 13 prosent.

**Korleis brukar verksemdene rettleiing om universell utforming?**  
Tilgang på god rettleiing er viktig for at verksemdene skal kunne jobbe effektivt med universell utforming. I undersøkinga *Digital inkludering i praksis* svarte 91 prosent av verksemdene i helsesektoren at dei brukar nettsidene til Uu-tilsynet. 99 prosent av respondentane svarte at dei fann informasjonen dei leitte etter. Om lag ein av fem av respondentane i helsesektoren brukte nettsidene månadleg eller oftare.

På spørsmål om kvifor dei besøker nettsidene, gav respondentane i helsesektoren følgande grunnar:



Figur 20: Kvifor besøker verksemdene nettsida til Uu-tilsynet?

6.2 Kva erfaring har verksemdene med innføring av krav til tilgjengelegheitserklæringar?

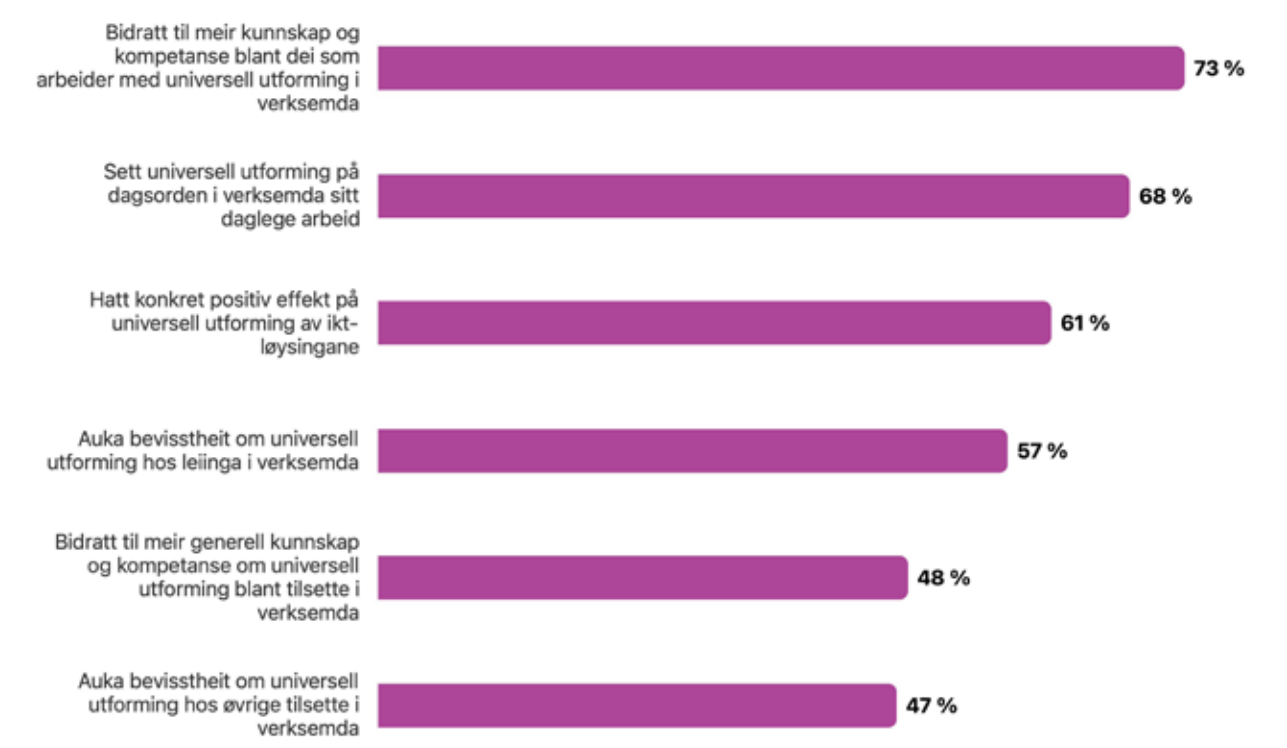
Frå 2023 har offentlege verksemdar plikt til å utarbeide tilgjengelegheitserklæringar for nettstader og appar dei brukar i kontakt med publikum. Ei tilgjengelegheitserklæring skal vise korleis verksemda sjølv vurderer etterlevinga av regelverket for universell utforming av ikt i eigne digitale løysingar. Formålet er at innbyggjarane skal få informasjon om eventuelle brot på krava, kva konsekvensar desse har for brukarane og kvifor verksemda eventuelt ikkje oppfyller regelverket.

Ei av hovudhensiktene med tilgjengelegheitserklæringane er at verksemdene får betre oversikt over status i eigne løysingar og auka kunnskap om kva som skal til for å oppfylle krava i regelverket.

Frå undersøkinga *Digital inkludering i praksis* ser vi at 73 prosent svarer at innføring av krav til tilgjengelegheitserklæring har bidrege til meir kunnskap

og kompetanse blant dei som jobbar med universell utforming, og 68 prosent meiner at universell utforming i større grad er sett på dagsorden i det daglege arbeidet. Vidare svarer 61 prosent at tiltaka har hatt ein konkret positiv effekt på universell utforming av ikt-løysingane. Dette tyder på at innsatsen i stor grad har styrka både kompetanse, merksemd og faktisk praksis på område som er sentrale for å få til endring.

Samtidig viser tala at effekten er noko svakare når vi ser utover dei mest direkte involverte gruppene. 57 prosent meiner at bevisstheita om universell utforming har auka hos leiinga, medan 48 prosent svarer at tiltaka har bidrege til meir generell kunnskap blant tilsette, og 47 prosent meiner at bevisstheita har auka hos tilsette. Dette kan tolkast som at arbeidet har lukkast godt med å auke kompetansen hos dei som arbeider med universell utforming, men at ein ikkje har oppnådd same effekt hos tilsette og leiing som ikkje direkte jobbar med universell utforming.



Figur 21: Verksemdene si erfaring med innføring av tilgjengelegheitserklæring

6.3 Kva status rapporterer verksemdene for sine løysingar?

Figur 22 viser samsvarsprosent for tilgjengelegheits-erklæringane til løysingane som inngår i sektortilsynet. Vi ser at dei fleste løysingane har ein samsvarsgrad på over 90 prosent. Løysingane helse-forde.no, helsenorge.no og Youwell har noko lågare samsvarsprosent.

Figur 23 viser skilnaden mellom resultata frå tilsyna og det verksemdene sjølv har rapportert i tilgjengelegheitserklæringane for dei same løysingane. Dersom ei løysing scorar betre i tilsynet enn det som er rapportert i tilgjengelegheitserklæringa, får ho ein positiv verdi. Og scorar løysinga dårlegare i tilsynet enn i tilgjengelegheitserklæringa, får ho ein negativ verdi.

Det er berre tre løysingar som har høgare score i tilsyn enn det dei sjølve rapporterte i tilgjengelegheitserklæringa for dei same krava. Helsenorge fekk ein score på 83 i tilsynet, men rapporterte 43 prosent samsvar i erklæringa. Youwell scora 70 i tilsynet og rapporterte 31 i erklæringa. Helse Førde scora 85 i tilsynet og rapporterte 71 i erklæringa.

Ung.no har den minste forskjellen mellom tilsynsscore og tilgjengelegheitserklæring, med 83 i tilsynet og 86 prosent samsvar i tilgjengelegheitserklæringa.

Seks løysingar hadde ein negativ differanse mellom tilsynsresultata og tilgjengelegheitserklæringane på meir enn 20 prosentpoeng:

- Helsami.no hadde ein negativ differanse på 21
- Fhi.no hadde ein negativ differanse på 27
- CheckWare hadde ein negativ differanse på 30
- Npe.no hadde ein negativ differanse på 30
- Helseklage.no hadde ein negativ differanse på 40
- MyDignio hadde ein negativ differanse på 44

Det er viktig å vere merksam på at både verksemdene si eiga testing og tilsynet si testing er basert på utval av krav, sider, innhaldstypar og element. Vi testar dermed sjeldan akkurat det same på nettstaden. Det er derfor ikkje uventa at resultata frå tilsyn og tilgjengelegheitserklæringar skil seg frå kvarandre. Det vil også kunne vere forskjell i kva testmetodikk ein har brukt.

6.4 Oppsummering

Undersøkinga *Digital inkludering i praksis* viser at dei fleste verksemdene har definert strategiske mål for universell utforming og har god kjennskap til regelverket og standardane på området. Dette tyder på at universell utforming i mange verksemdar ikkje berre blir forstått som eit teknisk krav, men også som ein del av arbeidet med å sikre at digitale tenester kan brukast av alle.

Om lag halvparten har oppretta ei eller fleire dedikerte roller for å følge opp universell utforming. Sjølv om dedikerte funksjonar ikkje er ein føresetnad for å lukkast, kan tydelege roller og ansvar bidra til betre koordinering og meir kontinuitet i arbeidet.

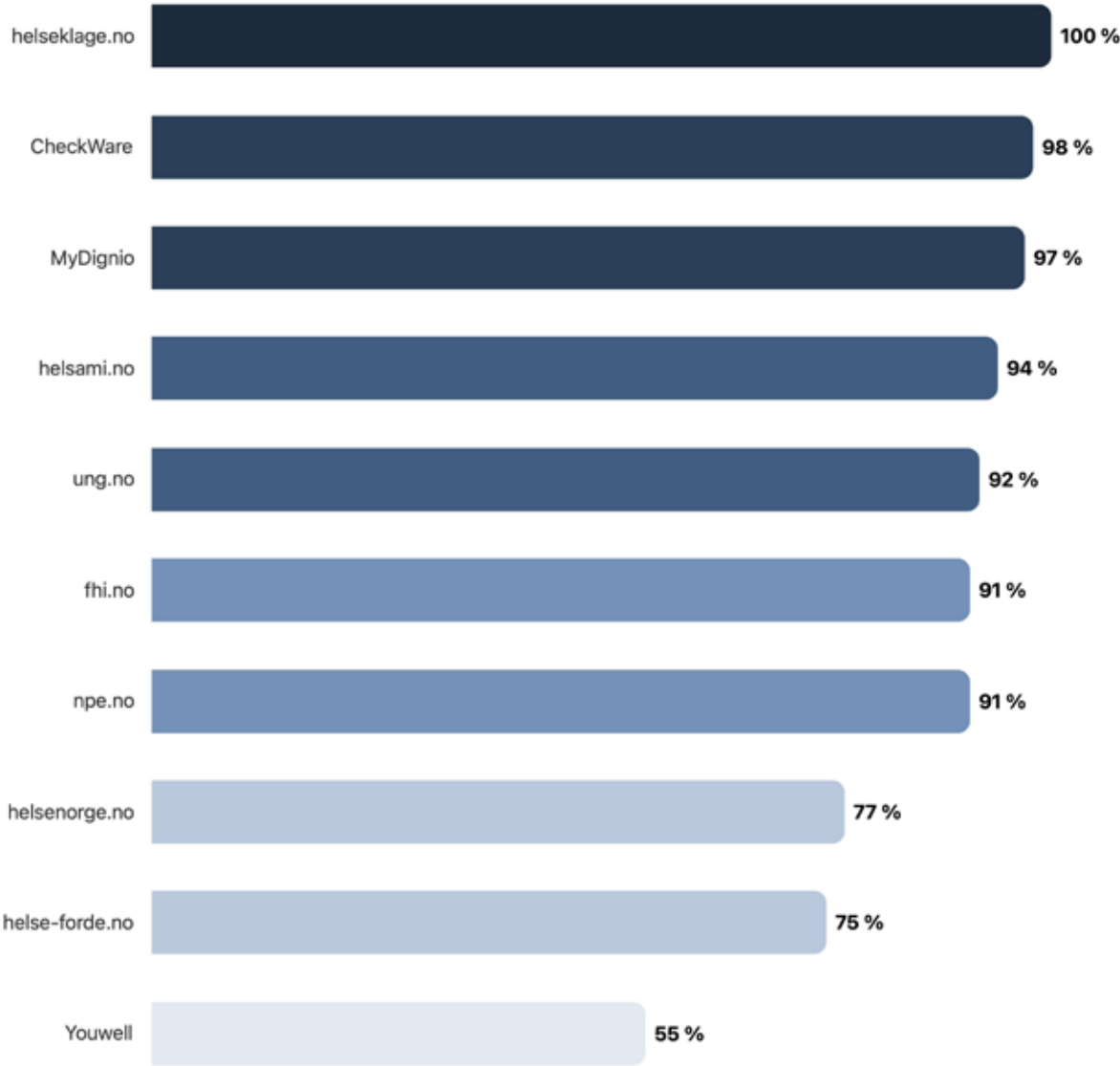
Undersøkinga viser vidare at mykje av utviklingsarbeidet i sektoren skjer i samarbeid med eksterne leverandørar. Dette gjer arbeidet med universell utforming tett knytt til anskaffingar, kravstilling, bestillarkompetanse og oppfølging av leveransar. Fleirtalet av verksemdene svarer at dei jobbar bevisst med å definere krav og kartlegge brukarbehov, men om lag ein fjerdedel gjer ikkje dette. Det peikar på at delar av sektoren frameis har potensial for meir systematisk arbeid.

Når det gjeld kompetanse, vurderer eit klart fleirtal av verksemdene i helsesektoren at dei har tilstrekkeleg kompetanse til å oppfylle krava til universell utforming, enten i eiga utvikling eller i oppfølging av leverandørar. Dette samsvarer med at sektoren også rapporterer høg aktivitet knytt til testing, vurdering og retting av brot i digitale løysingar.

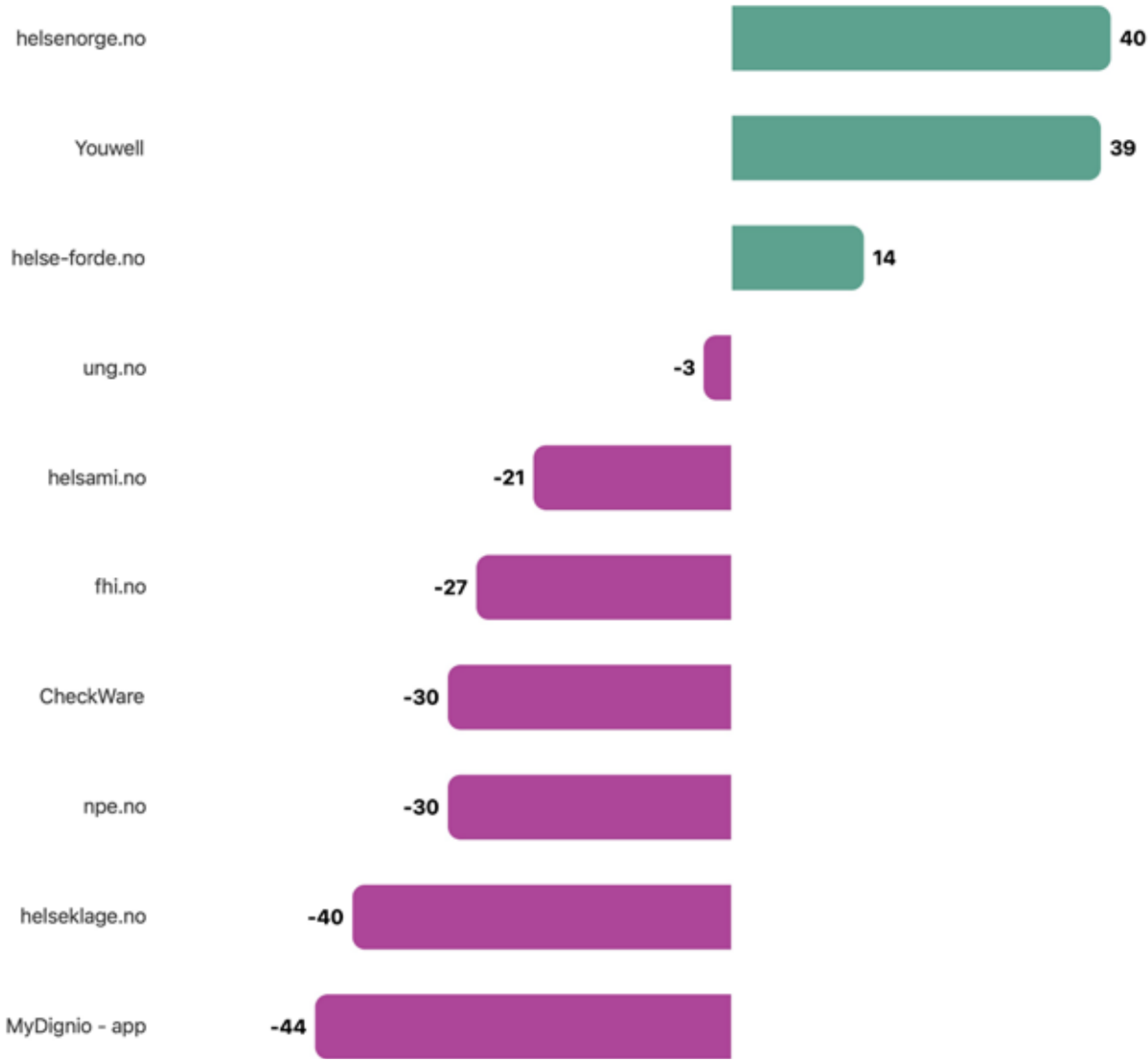
Verksemdene brukar i stor grad eksisterande rettleiing, særleg frå Uu-tilsynet. Nesten alle respondentane svarer at dei finn informasjonen dei treng, og mange brukar rettleiinga i arbeid med tilgjengelegheitserklæringar, forståing av krav og intern kompetanseheving. Dette tyder på at rettleiingstilbodet er eit viktig verkemiddel i sektoren sitt arbeid med universell utforming.

Innføringa av krav om tilgjengelegheitserklæringar ser ut til å ha hatt positiv effekt. Mange verksemdar meiner at erklæringane har bidrege til meir kunnskap og kompetanse blant dei som arbeider med universell utforming, at temaet i større grad er sett på dagsorden, og at tiltaka har hatt konkret positiv effekt på dei digitale løysingane.

Tilgjengelegheitserklæringane viser at dei fleste løysingane rapporterer høg grad av samsvar med krava. Samanlikninga mellom verksemdene si eiga rapportering og resultata frå tilsyn viser at det i fleire tilfelle er betydelege skilnader mellom verksemdene si eiga vurdering og den faktiske etterlevinga som vart avdekt i tilsynet.



Figur 22: Verksemdene si eigenrapportering av status på universell utforming i tilgjengelegheitserklæringar



Figur 23: Differanse mellom resultat frå tilsyn og tilgjengelegheitserklæring for krav som inngår i tilsyn

## 7 Kva er status for universell utforming av ikt?

I sektortilsynet er det ført tilsyn med 19 digitale helsetenester. Det har blitt testa om tenestene oppfyller krava til universell utforming av ikt. Tilsynet dekker løysingar på tvers av heile sektoren, frå den nasjonale fellesløysinga Helsenorge, via regionale sjukehusportalar og kommunale oppfølgingsverktøy, til private legetenester og apotek. Samla gir dette eit breitt bilde av situasjonen i sektoren.

### 7.1 I kva grad er dei digitale løysingane universelt utforma?

Til saman er 3 565 enkeltelement testa og det er avdekt 1 080 brot på enkeltelement i dei 19 digitale helse-tenestene. Gjennomsnittleg samsvarsscore var 67 av 100. Alle dei 19 digitale helsetenestene bryt med krava til universell utforming av ikt.

Sjølv om det vart avdekt brot i alle tilsyna, er det stor variasjon mellom dei ulike løysingane. Figur 24 viser resultata for kvar enkelt løysing. Samsvarsscoren varierer frå over 80 i dei mest tilgjengelege løysingane, til rundt 50 i dei med lågast score.

Det er viktig å ha med seg at løysingane har svært ulikt innhald og funksjonar, og varierer frå komplekse løysingar med mange forskjellige innhaldstypar og interaktivitet til reine informasjonssider der det meste er tekst. Det er også viktig å merke seg at tilsyna ikkje testar heile nettstaden eller appen, men eit utval av krav, sider, innhald og element basert på ei konkret vurdering av viktige brukaroppgåver i kvar enkelt løysing.

Resultata viser tydelege skilnader i kor godt digitale helsetenester er universelt utforma. Nokre løysingar, som Helsenorge (helsenorge.no) og Helse Førde (helse-forde.no), har høg grad av samsvar og viser at det er mogleg å lage gode tilgjengelege tenester. Samtidig ligg fleire løysingar betydeleg lågare, med ein score frå 53 til 85. Dette tyder på at tilgangen til digitale helsetenester varierer etter kva løysing ein møter, og at innbyggjarane derfor ikkje får likeverdig tilgang. Ein tendens er at større offentlege nettstader scorar høgare enn private tenester og appar.

Samtidig finst det unntak. Nettstadene til Helseklage (helseklage.no) og Norsk pasientskadeerstatning (npe.no) har relativt låg score på 60 for helseklage.no og 55 for npe.no. Dette er særleg interessant i lys av resultata frå undersøkinga *Helse på nett*, der tenester knytt til å klage og søke om erstatning er blant dei som mange opplevde som vanskelege.

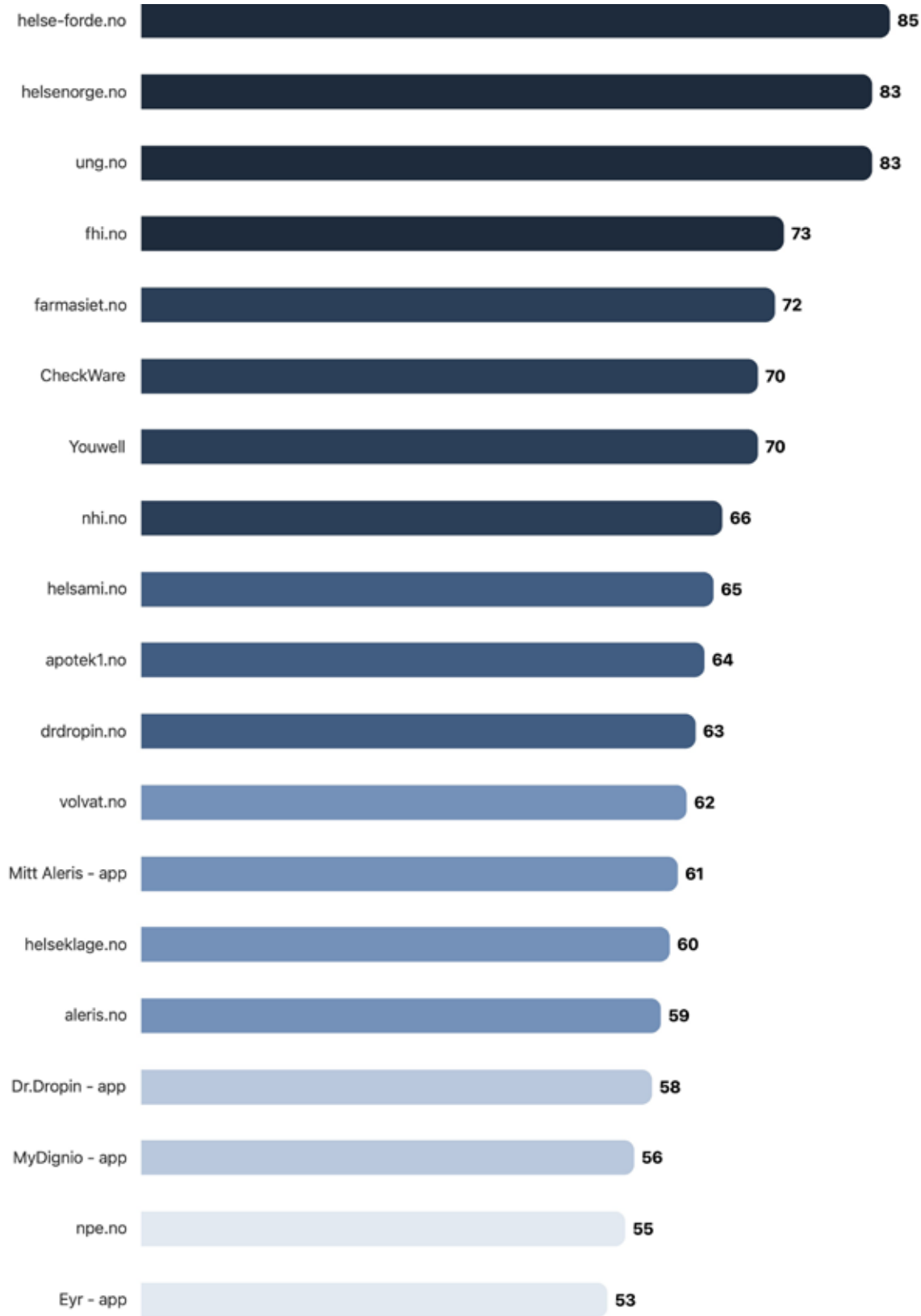
Det er også verdt å merke seg at offentlege verksemdar har krav om å levere tilgjengelegheitserklæringar for sine løysingar. For mange verksemdar har dette bidrege til meir systematisk arbeid med universell utforming (Rambøll, 2024). Dette kan vere ein medverkande faktor til kvifor offentlege løysingar scorar noko betre enn private.

### 7.2 Kva type regelverksbrot er avdekt samla sett?

Når Uu-tilsynet gjennomfører kontrollar, tek vi utgangspunkt i dei lovpålagde krava til universell utforming av ikt, som bygger på WCAG-standarden (Web Content Accessibility Guidelines). Standarden definerer konkrete krav til korleis digitale løysingar skal utformast for å vere tilgjengelege for alle brukarar.

I tilsyna brukte vi eit sett med 34 testreglar som dekker 14 suksesskriterium i WCAG-standarden. Figur 25 viser score per suksesskriterium. Dei krava som scora best var 2.4.6 Overskrifter og ledetekstar, 2.5.3 Ledetekst i namn og 2.1.1 Tastatur. Desse krava handlar om grunnleggande orientering og navigering.

- Krav 2.4.6 krev at overskrifter og ledetekstar beskriv temaet eller meininga med innhaldet, slik at brukaren enklare kan orientere seg i innhaldet. Kravet skal ivareta personar som er blinde, har nedsett syn, nedsett kognisjon eller nedsett motorikk.
- Formålet med krav 2.5.3 om ledetekst i namn er å sikre at den synlege ledeteksten, i form av tekst eller bilde av tekst for ein brukargrensesnittkomponent, er spegla i koden til den same brukargrensesnittkomponenten, via tilgjengeleg namn. Kravet er meint å ivareta personar som brukar stemmestyring, personar med nedsett motorikk og personar med nedsett kognisjon.
- Krav 2.1.1 seier at all funksjonalitet skal kunne brukast berre ved hjelp av tastatur. Kravet er meint å ivareta personar som er blinde, har nedsett syn eller nedsett motorikk.



Figur 24: Score per løysing

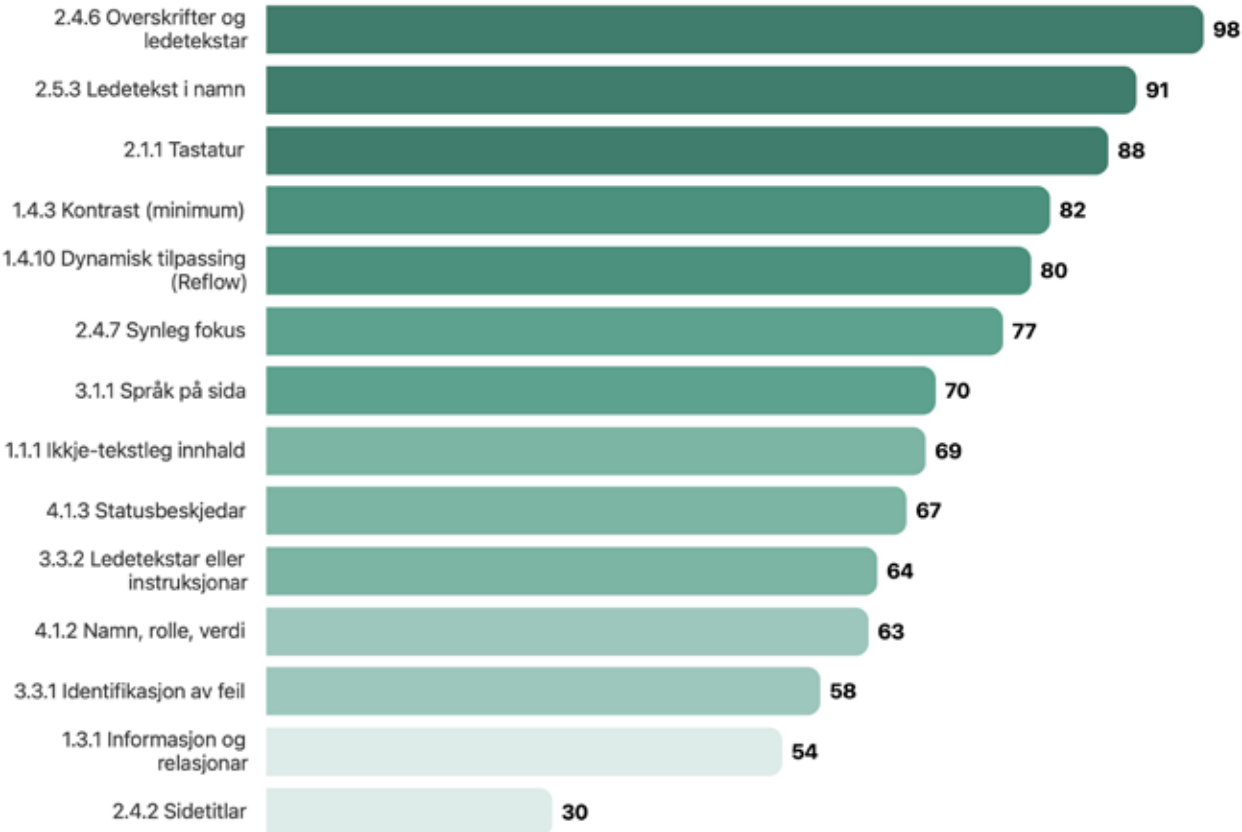
Krava med lågast score er 3.3.1 Identifikasjon av feil, 1.3.1 Informasjon og relasjonar og 2.4.2 Sidetitlar.

- Formålet med krav 3.3.1 er å gjere brukaren merksam på at det har oppstått ein feil og å sette brukaren i stand til å fastslå og forstå kva som er feil, når inndatafeil blir oppdaga automatisk. Kravet skal ivareta personar som er blinde, har nedsett syn, er utan fargesyn eller har nedsett fargesyn, og personar med nedsett kognisjon.
- Formålet med krav 1.3.1 er å sikre at brukaragentar, som for eksempel hjelpemiddelteknologi, kan presentere innhaldet på ulike måtar som dekker behov hos ulike brukarar. Kravet skal ivareta personar som er blinde eller døvblinde.
- Krav 2.4.2 handlar om at når kvar side har ein beskrivande sidetittel, er det enklare for brukaren å orientere seg og å finne relevant innhald, utan å måtte lese innhaldet først. Kravet er i tilsyna berre testa på dokument. Kravet skal ivareta personar utan syn eller

med nedsett syn, personar med nedsett rørsleevne eller styrke, og personar med nedsett kognisjon.

Resultata viser at fleire grunnleggande krav til universell utforming har høg score og er godt ivaretekne. Dette gjeld særleg bruk av overskrifter og ledetekstar (98), samsvar mellom ledetekst og namn (91) og moglegheita for å bruke tastatur til å navigere (88). Dette viser at mange løysingar har god struktur og kan brukast utan mus, noko som er viktig for tilgjengelegheit. Også kontrast og tilpassing til ulike skjermstorleikar scorar relativt høgt, og gjer det lettare å lese og bruke tenestene på ulike einingar, som mobiltelefon, nettbrett eller datamaskin.

Samtidig viser resultata utfordringar på fleire viktige område, særleg knytt til kor godt løysingane formidlar innhald til hjelpemiddelteknologi som skjermlesarar. Lågare score på kriterium som informasjon og relasjonar (54), namn, rolle og verdi (63) og statusbeskjedar (67) tyder på at dette ikkje fungerer godt nok.



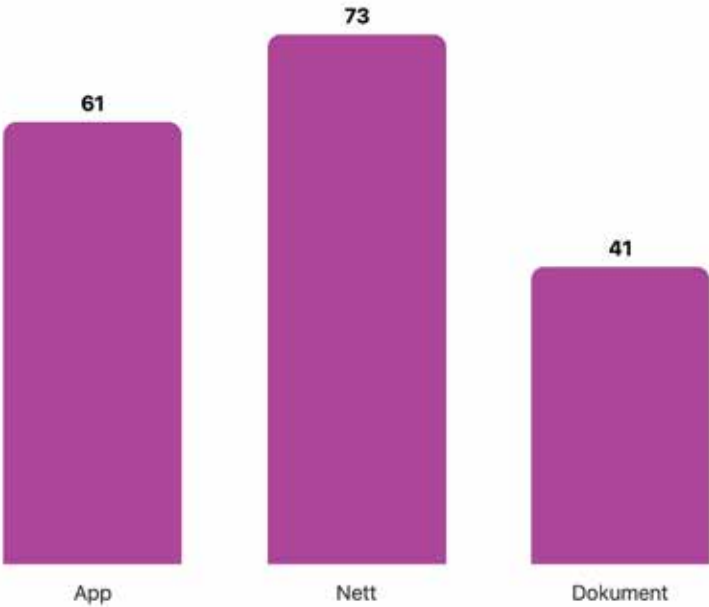
Figur 25: Score per suksesskriterium

Dette kan gjere det vanskeleg for brukarar å forstå oppbygginga av sida (struktur), få nødvendige tilbakemeldingar eller finne fram i tenestene. Den lågaste scoren finn vi på sidetitlar (30). Dette er eit viktig orienteringspunkt for alle brukarar og særleg for dei som brukar hjelpemiddel. Også identifikasjon av feil (58) og instruksjonar (64) scorar lågt. Dette kan gjere det vanskeleg å fylle ut skjema og gjennomføre oppgåver som er interaktive.

Frå undersøkinga *Helse på nett* formulerer ein respondent det slik:

«*Lite kontrast mellom skrift og bakgrunn. F.eks. mørk skrift og mørk bakgrunn eller lys skrift og lys bakgrunn. Skriftstørrelse som ikke lar seg forandre. Og om de kan forandres, blir skjemaer eller tekst uleselige. Eller fullstendig uforståelig. Vanskelig å forstå hva konsekvensen blir om en klikker eller taster feil på nettsider. Design på nettsider som forandres hele tiden når man først har vent seg til en utforming av nettsidene. Nettsider med mye tekst fremstår uryddige med mange unødvendige elementer. Det brukes og ofte ord som man ikke forstår meningen av. Knapper som skal gjøre skrift mer leselig er vanskelig å finne eller har ingen virkning på å forbedre skriftstørrelsen.*»

Innbyggjar 67+ år



Figur 26: Score for app, nett og dokument

Dette viser at manglande universell utforming, kombinert med vanskeleg språk i løysinga som stadig blir endra, kan opplevast utfordrande for brukarane. For å vere tilgjengelege for fleire, må digitale løysingar tilby informasjon i minst to format. For eksempel må brukarar med nedsett syn eller lesevanskar kunne få innhald lese opp, medan sterkt tunghørde brukarar må kunne få tilgang til den same informasjonen utan å måtte lytte til lyd eller kontakte tenesta på telefon.

7.3 Resultat frå tilsyn med appar, nettstader og dokument

Tilsyna omfatta testing av appar, nettstader og dokument. Gjennomsnittleg score på tvers av dei tre typane var 67. Figur 26 viser at nettstadene samla sett hadde høgast score, med eit gjennomsnitt på 73. Appane låg lågare, med ein gjennomsnittleg score på 61, medan dokument hadde klart lågast score, med 41.

Resultata viser at det er store skilnader mellom dei ulike kanalane brukarane møter tenestene gjennom. Nettstadene kjem best ut samla sett, men dei detaljerte resultata viser likevel fleire brot også her. Særleg gjeld dette krav knytt til korrekt koding og samspel med hjelpemiddelteknologi, for eksempel namn, rolle og verdi,

og krav som gjeld feilidentifikasjon og rettleiing ved inndata. Dette viser at sjølv om nettstadene i større grad oppfyller krava, er det framleis vesentlege barrierar som kan hindre brukarar i å gjennomføre digitale tenester. Appane har ein lågare samla score enn nettstadene. Resultata peikar særleg på utfordringar knytt til struktur, feilmeldingar og rettleiing i skjema og interaksjonar. Dersom innhald ikkje er rett strukturert, eller feil ikkje blir forklarte på ein tilgjengeleg måte, kan det føre til at brukarar ikkje får fullført oppgåvene sine.

Dokument skil seg ut med den lågaste scoren. Dei detaljerte resultata viser særleg utfordringar med struktur og semantikk i dokumenta. Vi ser eksempel på at dokument ikkje har koding av innhaldet i det heile. Det vil seie at dokumentet manglar semantikk som tittel, overskrifter, lister osb. Det inneber at brukarar av hjelpemiddelteknologi ikkje får informasjon om grunnleggande oppbygning og struktur i dokumentet, og det blir vanskelegare å oppfatte og forstå samanhengar og informasjon i dokumentet. Dokument inneheld ofte viktig informasjon som tilvisingar, vedtak eller rettleiingar som inngår i sjølve tenesteløpet.

I eit behandlingsløp vil ein brukar ofte møte både nettstad, app og dokument. Resultata viser derfor at det ikkje er tilstrekkeleg å sikre universell utforming i éin kanal. Tenestetilbydarane må sjå heile brukarreisa i samanheng og sikre at både appar, nettstader og dokument er universelt utforma.

7.4 Tal brot avdekt i tilsyn fordelt på innhaldstypar

Figur 27 viser at flest brot er knytt til navigasjon, skjema og struktur. Desse tre innhaldstypane står samla for 744 av totalt 1 080 brot, og utgjer dermed hovudtyngda av funna. Dei fem krava med flest brot er: 4.1.2 Namn, rolle, verdi, 1.3.1 Informasjon og relasjonar, 3.3.2 Ledetekstar eller instruksjonar, 3.3.1 Identifikasjon av feil og 1.1.1 Ikkje-tekstleg innhald.

Manglane handlar særleg om at tenestene ikkje formidlar struktur i innhaldet via koden, funksjon og tilbakemeldingar godt nok til alle brukarane.

Flest feil er avdekt for navigasjon, med 265 brot. 241 av desse gjeld WCAG-krav 4.1.2 Namn, rolle, verdi, noko som betyr at mange navigasjonselement ikkje er godt nok koda eller formidla til hjelpemiddelteknologi.

Når menyar, lenker eller andre navigasjonselement manglar tydelege namn, roller eller tilstandar, kan brukarar av skjermlesar eller tastatur få problem med å forstå kvar dei er, kva dei kan gjere, og korleis dei kjem vidare i tenesta.

Skjema er den nest største innhaldstypen, med 240 brot. Her er brota særleg knytt til krav 3.3.2 Ledetekstar eller instruksjonar med 108 brot, og krav 3.3.1 Identifikasjon av feil med 106 brot. Skjema er ofte inngangen til å bruke tenestene. Dei blir brukte til å bestille time, sende inn opplysningar, kontakte helsepersonell eller gjennomføre andre nødvendige oppgåver.

Når skjema manglar gode instruksjonar eller ikkje forklarar feil på ein tilgjengeleg måte, kan brukarane få problem med å forstå kva dei skal fylle ut, rette opp feil eller sende inn informasjon.

Den tredje største kategorien er struktur, med 239 brot. Desse er knytt til krav 1.3.1 Informasjon og relasjonar. Dette handlar om at innhald, overskrifter, grupperingar og relasjonar mellom element ikkje er koda slik at dei kan oppfattast av hjelpemiddel. Når strukturen er mangelfull, blir det vanskelegare å orientere seg, forstå samanhengar og navigere effektivt i tenesta.

Andre funn fordeler seg slik:

- Alternativt format: 116 brot, alle knytt til krav 1.1.1 Ikkje-tekstleg innhald. Dette gjeld særleg manglande tekstalternativ til bilde, grafikk eller anna visuelt innhald.
- Tastaturbetening: 110 brot, fordelte på krav 2.4.7 Synleg fokus og krav 2.1.1 Tastatur. Dette kan hindre brukarar i å navigere og utføre handlingar utan mus.
- Kontrast: 73 brot, alle knytt til krav 1.4.3 Kontrast. Låg kontrast kan gjere tekst og visuelle element vanskelege å lese.
- Presentasjon: 37 brot, fordelte på krav 1.4.10 Dynamisk tilpassing og krav 3.1.1 Språk på sida. Dette kan påverke både lesarheit, tilpassing til ulike skjermar og korrekt opplesing i hjelpemiddel.

Alle feil som vi avdekker i tilsyn, er brot på minstekrava i regelverket. Feila varierer i alvorsgrad, omfang og konsekvensar for brukarane. Dei varierer også i kor stor grad dei er gjennomgåande i den digitale løysinga eller ikkje.

Vi avdekker få alvorlege brot i den forstand at brukaren blir heilt utestengd. Fellestrekket for tilsyna er at talet brot ofte er relativt høgt, og at dei sett under eitt har middels konsekvensar for brukaren når det gjeld viktige brukaroppgåver i appen eller på nettstaden. Samla kan brota føre til at nokre brukarar gir opp eller ikkje får fullført oppgåva dei kom for. I alle tilfelle går brukaren glipp av viktig informasjon eller innhald, oppgåva tek meir tid og ho er vanskelegare å få utført enn for brukarar som ikkje har funksjonsnedsettingar. Dette gjer seg særleg gjeldande for personar som brukar hjelpemiddelteknologi.

Vi ser vidare at fleire av brota har betydning for alle brukarar. Eksempel på dette er brot knytt til kontrast mellom tekst og bakgrunn, mangelfulle ledetekstar og instruksjonar, og feilmeldingar i skjema.

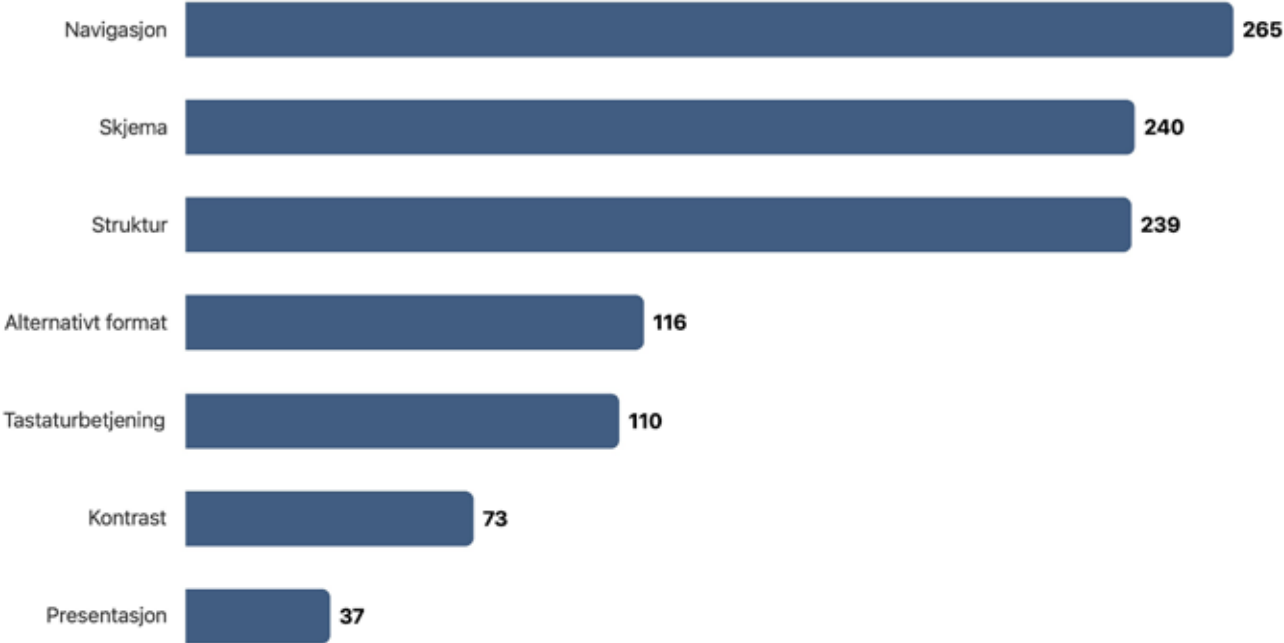
Alvoret i funna blir etter vår vurdering forsterka av at krava som er kontrollerte i tilsyna er grunnleggande for universell utforming i digitale løysingar. Samtidig er dette krav som i dei fleste tilfelle er relativt enkle å oppfylle, noko som også betyr at brota vanlegvis er enkle å rette.

7.5 Korleis tilsyna er følgde opp

Etter eit tilsyn får verksemdene pålegg om retting, og vanlegvis åtte veker til å korrigere brota. Dersom brota ikkje blir retta innan fristen, kan tilsynet ilegge tvangsmulkt i form av dagbøter.

Verksemdene som tilbyr digitale helsetenester, har ansvaret for at løysingane er universelt utforma. Dette føreset både kompetanse om universell utforming av ikt og gode rutinar for å sikre at løysingane etterlever regelverket.

Figur 28 viser oppfølging av tilsyna av digitale tenester i helsesektoren.



Figur 27: Tal brot per tema

I dei 19 tilsyna i helsesektoren vart det avdekt brot hos alle verksemdene. Alle fekk derfor pålegg om retting med ein frist for å rette opp brota. Feila vart retta innan fristen i 58 prosent av sakene.

I dei resterande 42 prosent av sakene vart det fatta vedtak om tvangsmulkt. Frå slikt vedtak går det ti verkedagar før mulkta blir iverksett. I denne perioden jobbar verksemda med å gjennomføre nødvendige rettingar. Det vart iverksett tvangsmulkt i eitt tilsyn.

7.6 Oppsummering

Tilsynsresultata viser at ingen av dei 19 kontrollerte løysingane oppfyller krava til universell utforming av ikt, med ein gjennomsnittleg samsvarsscore på 67 av 100. I 42 prosent av tilsyna vart det gitt vedtak om tvangsmulkt, medan feila i dei resterande tilsyna vart utbetra innan fristen.



Figur 28: Reaksjonar etter tilsyn



«Norsk helsenett (NHN) var under tilsyn i perioden 2025-2026 med fokus på våre nettsider på helsenorge.no. Vi deltok også i kartleggingen av nettsteder på helseområdet i Norge som pågikk i forkant.

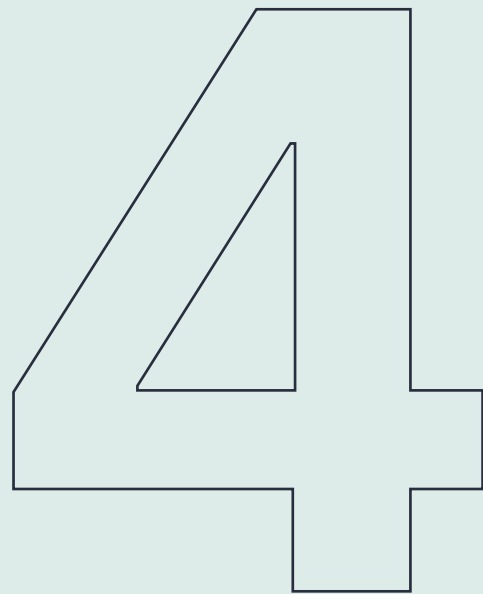
Helsenorge er en tjeneste som alle innbyggere i Norge har et aktivt forhold til og for NHN er det selvsagt viktig å sikre likeverdig tilgang for alle, både til nettsidene og appene våre. NHN har et eget Team Universell utforming som

støtter andre enheter i arbeidet med universell utforming i virksomheten.

Testing av produktene er en del av det løpende arbeidet, men tilsynet viste at det var en del å rette på, etter at de hadde tatt noen stikkprøver av nettsidene. Vi arbeidet oss gjennom de bruddene på krav til universell utforming (WCAG) som var påpekt og fikk rettet på disse og andre brudd innen fristen. Noen brudd fikk vi også forklart og anmerkningene trukket tilbake. Spesielt den løpende dialogen med Tilsynet underveis i prosessen opplevde vi som veldig positivt.

Norsk helsenett ønsket tilsynet velkomment som en viktig pådriver for å gjøre tjenestene våre bedre, og er stolte over å ha fått en god plassering på listen over resultatene av tilsynet med helsevirksomhetene.»

Rudolph Brynn  
Norsk Helsenett



# Funn, vurderingar og konklusjonar

Digitale løysingar i helsesektoren fungerer godt for mange, men ikkje for alle. Gjennom denne rapporten har vi sett at det framleis finst barrierar som gjer det vanskeleg for enkelte å bruke tenestene, og at konsekvensane av dette kan vere store både for den enkelte og for helsevesenet. I denne delen samlar vi dei viktigaste funna og vurderer kva dei betyr. Vi peikar også på kva som må til for at digitale helsetenester i større grad skal kunne brukast av heile befolkninga.

## 8 Hovudfunn, vurderingar og konklusjonar

Digitaliseringa av helsetenester i Noreg har kome langt. Digitale løysingar er i dag ein sentral del av møtet mellom innbyggjarane og helsetenesta, og funna våre viser at dei fleste innbyggjarar brukar digitale helsetenester. Samtidig viser rapporten eit tydeleg spenn mellom ambisjonane for digitaliseringa og situasjonen brukarane møter i praksis. Strategiar og handlingsplanar legg vekt på at digitale tenester skal vere tilgjengelege, samanhengande og tillitvekkande, og at digitaliseringa skal bidra til inkludering og likeverdig tilgang. Samla sett viser sektortilsynet at måla om inkludering, likeverdig tilgang og samanhengande tenester ikkje er fullt ut realiserte.

Sjølv om dei fleste brukar digitale helsetenester, møter mange barrierar som i stor grad er knytt til utforming, innhald og organisering av tenestene. Dette peikar på eit gap mellom dei politiske ambisjonane og situasjonen i dag. Når digitale løysingar er fragmenterte, vanskelege å forstå eller utilgjengelege for enkelte grupper, kan det føre til at fleire ikkje får tilgang til tenester dei har behov for, og at tilliten til dei digitale løysingane blir svekka.

### 8.1 Hovudfunn og vurderingar

#### Høg bruk, men den er skeivt fordelt

- Nær ni av ti innbyggjarar har brukt digitale helsetenester det siste året, men om lag 11 prosent brukar ikkje slike tenester. Dei vanlegaste grunnane til ikkje-bruk er at ein føretrekk telefon eller fysisk oppmøte, at tenestene blir opplevde som for vanskelege eller kompliserte, eller at ein ikkje veit kva nettside eller app ein skal bruke. Dette viser at høg bruk i befolkninga ikkje i seg sjølv er nok til å seie at tenestene fungerer for alle.
- Dei mest brukte digitale helsetenestene er enkle og rutineprega, som timebestilling, reseptfornyng og innsyn i prøvesvar. Meir komplekse tenester, som klage, erstatning, støtte og refusjon, har lågare bruk og høgare opplevd vanskegrad. Det tyder på at digitale helsetenester fungerer best når oppgåvene er avgrensa og kjende. Når brukarane må orientere seg i regelverk, forstå informasjon, vurdere eigne rettar eller sende inn dokumentasjon, aukar risikoen for at dei møter barrierar.
- Bruken av digitale helsetenester er systematisk skeivfordelt. Særleg personar med låg digital kompetanse og låg helsekompetanse brukar tenestene

i mindre grad. Samtidig opplever desse gruppene, saman med personar med funksjonsnedsettingar, oftare vanskar i møte med digitale tenester. Det er ofte desse gruppene som har størst behov for helsetenester. Når digitale løysingar ikkje fungerer godt nok for dei, kan digitaliseringa bidra til å forsterke eksisterande skilnader i tilgang til helsehjelp.

- Manglande ikkje-digitale alternativ svekker den reelle valfridomen. Funna tyder på at digitale løysingar i aukande grad er standard, medan ikkje-digitale alternativ er fragmenterte og varierende. Enkelte opplever ikkje digital bruk som eit val, men som ein føresetnad for å få tilgang til helsetenester. Dette kan føre til at brukarar må dele personopplysningar med andre for å få hjelp (9 prosent) eller at dei gir opp å gjennomføre oppgåva (19 prosent).

#### Tenestene er problemet, ikkje brukaren

- Låg digital kompetanse og låg helsekompetanse aukar risikoen for å møte barrierar i digitale helsetenester. Samtidig viser funna at dei viktigaste hindringane er knytt til informasjonsarkitektur, språk og kompleksitet i tenestene. Dette tyder på at potensialet for forbetring i stor grad ligg i å utvikle betre løysingar, heller enn å auke kompetansen hos brukarane aleine.
- Funna viser også at mange av barrierane først og fremst handlar om korleis tenestene er utforma og organiserte. Dei stega som flest opplever som vanskelege, handlar om å finne rett teneste og forstå informasjon. Blant dei som opplever problem, er dei vanlegaste barrierane å finne rett teneste, forstå informasjon og navigere i eit fragmentert tenestelandskap. Over halvparten av brukarane som møter vanskar, er usikre på kva teneste dei skal bruke. Dette peikar på eit gap mellom målet om samanhengande tenester og realiteten brukarane møter. Innbyggjarane må lære seg fleire ulike løysingar og forhalde seg til mange aktørar. Når ansvaret for å finne fram i eit samansett tenestelandskap i stor grad blir lagt på den enkelte brukar, aukar risikoen for at nokon ikkje får tilgang til tenester dei har behov for.
- Fleire barrierar er knytt direkte til dei digitale løysingane, som tekniske feil, problem med innsending, vanskeleg språk og manglande universell utforming.
- For dei som har elektronisk ID (eID), fungerer innlogging i stor grad godt. For dei som ikkje har tilgang til eID, er dette derimot ein total barriere.

- Barrierane har konsekvensar for brukarane. Dei fører til auka tidsbruk, stress og kostnader, men også til forseinka helsehjelp og redusert tillit til tenestene. Ein av fem brukarar fullfører ikkje oppgåver når dei møter vanskar. Dette viser at barrierar i digitale helsetenester ikkje berre handlar om brukaroppleving, men kan påverke reell tilgang til helsehjelp.

#### Universell utforming er ikkje godt nok integrert i praksis

- Trass i høg kjennskap til regelverket og opplevd kompetanse i verksemdene, viser tilsynsresultata at etterlevinga er mangelfull. Dette kan tyde på at universell utforming ikkje er godt nok integrert i utviklingsprosessar, eller at verksemdene overvurderer eigen kompetanse. Tilsyna med universell utforming forsterkar dette bildet. Ingen av dei kontrollerte løysingane oppfyller krava til universell utforming.

#### Sektoren er fragmentert

- Fragmentering skaper unødvendig kompleksitet: Helsesektoren er organisert med mange aktørar og løysingar, noko som gir variasjon, men også eit uoversiktleg landskap for brukarane. Manglande

samordning og fleire parallelle inngangar aukar terskelen for å finne fram til rett teneste og fullføre oppgåver.

#### Universelt utforma digitale helsetenester er ein føresetnad for robust og inkluderande beredskap

- I krisesituasjonar er behovet for rask, presis og tilgjengeleg informasjon særleg stort. Digitale helsetenester må derfor kunne brukast av heile befolkninga, uavhengig av funksjonsevne, språk og digital kompetanse. Manglande tilgjengelegheit kan føre til at sårbare grupper ikkje får nødvendig informasjon eller helsehjelp. Dette svekker både tryggleiken til den enkelte og samfunnet si evne til å handtere kriser. Tilgjengelegheit er derfor ikkje berre eit spørsmål om inkludering, men også om beredskap og samfunnstryggleik.
- Universell utforming av digitale helsetenester gjeld ikkje berre etterleving av regelverk, men er ein føresetnad for likeverdig tilgang til helsetenester og informasjon også i krisesituasjonar. Arbeid med universell utforming og digital inkludering bør derfor sjåast som ein integrert del av beredskapsarbeidet i sektoren.



- God beredskap føreset at innbyggjarane i størst mogleg grad kan klare seg sjølve i ei krise, slik at belastninga på kritiske funksjonar blir redusert og ressursane kan brukast der behovet er størst. Når digitale sjølv-betjeningsløysingar ikkje er tilgjengelege eller forstålege, kan det føre til forseinka helsehjelp, større press på helsevesenet og auka avhengigheit av hjelp frå andre.

## 8.2 Konklusjonar

#### Digitale helsetenester er ikkje tilgjengelege for alle.

Digitale helsetenester i Noreg fungerer godt for mange, men sektortilsynet viser at dei ikkje er tilgjengelege for alle. Nær to av ti innbyggjarar møter minst éin barriere når dei brukar digitale helsetenester. Når stadig fleire helsetenester blir digitale, blir digital tilgang også ein føresetnad for tilgang til helsehjelp, informasjon, medverknad og eigne helseopplysningar. Manglande tilgjengelegheit er derfor ikkje berre eit spørsmål om brukarvenlegheit eller teknisk kvalitet, men om likeverdig tilgang til grunnleggande velferdstenester. Sektortilsynet viser at ingen av dei undersøkte løysingane oppfyller krava til universell utforming. Dette tyder på at utfordringane ikkje er avgrensa til enkeltløysingar, men er eit meir gjennomgåande trekk ved dei digitale helsetenestene som er undersøkte.

**Barrierane er strukturelle.** Rapporten viser at barrierane innbyggjarane møter, i stor grad er strukturelle. Dei handlar om eit komplekst og fragmentert tenestelandskap, vanskeleg språk, mangelfull universell utforming, tekniske feil, innlogging, eID og avgrensa moglegheiter til å få hjelp eller opptre på vegner av andre. Digital kompetanse og helsekompetanse har betydning for om innbyggjarane klarer å bruke tenestene, men utfordringane kan ikkje løysast gjennom kompetanseheving aleine. For mange innbyggjarar er det ei utfordring i seg sjølv å finne fram i eit komplekst økosystem av aktørar, digitale løysingar og ansvarsforhold. Sjølv når enkeltløysingar fungerer, kan manglande samanheng mellom dei skape barrierar for tilgang til informasjon og tenester. Når krava tenestene stiller til brukaren blir for høge, aukar risikoen for digitalt utanforskap. Universell utforming reduserer barrierar i sjølve løysingane og gjer tenestene meir tilgjengelege for eit breitt mangfald av innbyggjarar.

**Konsekvensane er alvorlege for dei som møter barrierar.** Nokre innbyggjarar brukar meir tid, opplever stress eller mister tillit til digitale helsetenester. Andre får forseinka tilgang til helsehjelp, fullfører ikkje oppgåver, gir opp eller blir avhengige av hjelp frå andre. Når digitale løysingar er hovudinngangen til helsetenesta, kan manglande digital tilgang bli ein barriere for å få tilgang til sjølve helsetenesta. For enkelte får barrierane direkte konsekvensar for tilgangen til helsetenester.

#### Digitalt utanforskap aukar risikoen for diskriminering.

Særleg personar med funksjonsnedsettingar, låg digital kompetanse, låg helsekompetanse, manglande eID eller dei som har behov for hjelp frå andre, kan møte barrierar som svekker tilgangen til tenester dei har rett på. Når digitale løysingar blir ein sentral inngang til helsetenesta, blir universell utforming ein nødvendig føresetnad for å oppfylle retten til likeverdig helsehjelp. Nær ein av fem som møter utfordringar, fullfører ikkje oppgåva dei prøver å gjennomføre. Når innbyggjarar må dele innlogging, helseopplysningar eller annan personleg informasjon for å få utført nødvendige oppgåver, utfordrar det både personvernet, retten til privatliv og retten til sjølv å ha kontroll over eigne helseopplysningar.

**Digitale helsetenester er ein del av den grunnleggande infrastrukturen.** Rapporten viser at universell utforming av digitale helsetenester må sjåast på som ein del av den grunnleggande infrastrukturen i velferdsstaten. Tilgjengelege digitale løysingar, forståeleg informasjon, trygge fullmaktsløysingar og reelle ikkje-digitale alternativ er avgjerande for at digitaliseringa skal styrke, og ikkje svekke, innbyggjarane sine rettar. Dette er også viktig for tillit, samfunnstryggleik og beredskap. Dersom digitale helsetenester skal vere ein trygg og likeverdig inngang til helsehjelp, må dei kunne brukast av heile befolkninga.

Digitalisering kan styrke tilgangen til helsetenester, men berre dersom tenestene er utforma slik at heile befolkninga kan bruke dei. Rapporten viser at utfordringane i stor grad er strukturelle og at løysingane derfor også må vere strukturelle. Universell utforming, betre samordning og meir samanhengande tenester er ikkje berre spørsmål om kvalitet og effektivitet, men om likeverdig tilgang til helsehjelp.

## 9 Metode: Slik har vi jobba med sektor-tilsynet og rapporten

Sektortilsynet bygger på fleire metodar og datakjelder: tilsyn og testing av digitale løysingar, dialog med brukarorganisasjonar, marknadskartlegging, litteraturgjennomgang, ei innbyggjarundersøking og ei undersøking blant verksemder.

Metodane gir ulike typar kunnskap. Tilsyn og testing gir kunnskap om etterleving av krav til universell utforming. Innbyggjarundersøkinga gir kunnskap om innbyggjarane sine erfaringar, barrierar og konsekvensar. Litteraturgjennomgangane gir eit breiare kunnskapsgrunnlag om digital inkludering, tilgjengelegheit og styring av digitale helsetenester. Dialogen med brukarorganisasjonar og marknadskartlegginga har gitt grunnlag for å identifisere risiko-område og forstå konteksten for dei digitale løysingane i helsesektoren. Undersøkinga blant verksemder gir innsikt i korleis verksemdene sjølve vurderer og arbeider med universell utforming.

### 9.1 Problemstillingar

I sektortilsynet har vi undersøkt i kva grad innbyggjarretta digitale løysingar i helsesektoren er tilgjengelege for alle, og kva forhold som påverkar arbeidet med universell utforming.

Følgande problemstillingar har vore styrande for datainnsamlinga og analysen: Hovudproblemstilling: «Er digitale løysingar i helsesektoren tilgjengelege for alle?»

- Kva kjenneteiknar strukturane og avgjerdsprosessane rundt innbyggjarretta ikt-løysingar i helsesektoren?
- Kva digitale løysingar har høg risiko for feil?
- Er innbyggjarretta ikt-løysingar utforma i tråd med krava til universell utforming?
- Kvifor er statusen på universell utforming i innbyggjarretta ikt-løysingar slik som den er?
- Kva erfaringar har innbyggjarane med ikt-løysingar i helsesektoren?

### 9.2 Avgrensingar og omgrepsbruk

I rapporten brukar vi omgrepet digitale helsetenester om innbyggjarretta digitale løysingar i helsesektoren. Dette

omfattar mellom anna nettstader, appar og funksjonar som innbyggjarar brukar i møte med helse- og omsorgstenesta. Det omfattar også nasjonale helsetenester, kommunale digitale tenester, fastlegetenester, pasientportalar, digitale skjema, t imebestilling, meldingsfunksjonar og løysingar for digital dialog mellom innbyggjaren og helsetenesta. Omgrepet viser ikkje til «helsetenester» som ein rettsleg kategori.

### 9.3 Dialog med brukarorganisasjonane

Dialog med brukarorganisasjonar vart brukt for å få kunnskap om kva barrierar ulike brukargrupper møter i digitale helsetenester. Innspela frå organisasjonane var viktige for å identifisere sentrale risikoområde, relevante brukargrupper og oppgåver der manglande tilgjengelegheit kan få store konsekvensar.

Det vart gjennomført seks dialogmøte med følgande organisasjonar:

- **Dialogmøte 1:**
  - Norges Blindforbund
  - Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
- **Dialogmøte 2:**
  - Norges Handikapforbund
  - Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
- **Dialogmøte 3:**
  - Hørselsforbundet
- **Dialogmøte 4:**
  - Dysleksi Norge
- **Dialogmøte 5:**
  - Seniornett
  - Pensjonistforbundet
  - Senter for et aldersvennlig Norge
- **Dialogmøte 6:**
  - Røde Kors
  - Helseforum for kvinner
  - Caritas

Temaa som vart gjennomgått med organisasjonane, var mellom anna

- kjennskap til digitale tenester i helsesektoren
- kjennskap til utfordringar og barrierar
- vurdering av tilgjengelegheit generelt
- spesifikke tenester som er gode eller problematiske
- konsekvensar av lite tilgjengelege tenester

### 9.4 Marknadskartlegging

Marknadskartlegginga vart gjennomført for å få oversikt over sentrale innbyggjarretta digitale løysingar i helsesektoren og for å identifisere område med høg risiko for barrierar.

Kartlegginga omfatta mellom anna nasjonale løysingar, kommunale tenester, fastlegetenester, pasientportalar, timebestilling, digitale skjema, videokonsultasjonar og løysingar for digital dialog mellom innbyggjar og helse- og omsorgstenesta.

Marknadskartlegginga vart brukt som grunnlag for risikovurderingar og prioriteringar i sektortilsynet. Ho gav også innsikt i korleis digitale helsetenester er organiserte på tvers av nasjonale, kommunale, offentlege og private aktørar.

### 9.5 Litteraturgjennomgang – strategiar og handlingsplanar

Det vart gjennomført ein gjennomgang av strategiar, handlingsplanar og andre styrande dokument for å undersøke korleis universell utforming, digital inkludering og tilgjengelegheit er omtalt i digitaliseringa av helsesektoren, og kva mål regjeringa og sektoren har for den vidare digitaliseringa. Det vi har sett på er:

- Mål og ambisjonar for digitalisering av helsesektoren.
- Omtale av universell utforming og tilgjengelegheit.
- Omtale av digital inkludering og utsette brukargrupper.
- Ansvarsplassering og styring.
- Tiltak, oppfølging og rapportering.
- Samanhengen mellom digitale helsetenester og innbyggjarane sin tilgang til helse- og omsorgstenester.

### 9.6 Litteraturgjennomgang – forskning

Litteraturgjennomgangen av forskinga vart gjennomført som ein *scoping review*. Metoden vart vald fordi han eignar seg til å kartlegge breidda i forskinga, identifisere hovudtema og kunnskapshol, og samle funn frå ulike typar studiar.

Formålet med gjennomgangen var å få oversikt over forskning og rapportar om innbyggjarretta digitale helsetenester, med særleg vekt på tilgjengelegheit, digital inkludering, barrierar og brukarerfaringar.

**Søkestrategi**  
Søka vart avgrensa til perioden 2020–2025. Vi brukte både internasjonale og nasjonale databasar, mellom anna PubMed, Cristin, Oria og Google Scholar. I tillegg gjennomførte vi målretta søk i relevante tidsskrift. Publikasjonar frå Nasjonalt senter for e-helseforskning vart gjennomgått, og vi gjorde manuelle søk i sentrale rapportar og undersøkingar. Dette omfatta mellom anna undersøkingar av innbyggjarane si bruk av e-helse og rapportar om digital inkludering.

Søkestrengane kombinerte omgrep for digitale helsetenester, tilgjengelegheit og inkludering, og relevante utfallsmål. Døme på søkeord var pasientportal, e-konsultasjon, videokonsultasjon, digitalt utanfor-skap, universell utforming, sårbare grupper, brukarerfaring og tilfredsheit. Både norske og engelske søkeord vart nytta.

**Inklusjons- og eksklusjonskriterium**  
Forskinsartiklane vart inkluderte dersom dei

- omhandla innbyggjarretta digitale helsetenester, for eksempel Helsenorge, e-konsultasjonar med fastlege, kjernejournal eller kommunale digitale helsetenester
- tok for seg barrierar, tilgjengelegheit eller inkludering, breitt definert
- var publiserte på norsk, engelsk eller andre skandinaviske språk
- hadde geografisk nedslagsfelt i Noreg, Norden eller Europa



«Digitale løsninger fungerer helt til de ikke fungerer. Iblant svikter designet, iblant mine kognitive ferdigheter. Noen ganger oppstår det feil. Da må jeg ha et alternativ, men ikke krev at jeg ringer! Til det hører jeg for dårlig. Gi meg en e-postadresse eller en chatfunksjon der jeg kan komme i kontakt med et menneske. Det er sikkert mye godt å si om chatboten deres, men vedkommende klarer sjelden å løse mitt problem.»

Frank Rossavik

Forfatter, journalist og kommentator, Aftenposten

Studiar som primært fokuserte på helsepersonell og interne arbeidsprosessar, for eksempel bruk av elektronisk pasientjournal eller intern arbeidsflyt, vart ekskluderte dersom dei ikkje hadde klare implikasjonar for pasientane eller innbyggjarane sin tilgang til digitale helsetenester.

#### Utvål

Det innleiande søket i PubMed identifiserte 4 473 publikasjonar. Etter automatisk og manuell gjennomgang av titlar og samandrag, stod 31 publikasjonar att for nærare vurdering. Av desse vart 15 vurderte som høgst relevante for problemstillingane i rapporten.

Screening av databasen til Nasjonalt senter for e-helseforskning gav 984 publikasjonar frå perioden 2020–2025. Av desse møtte 17 publikasjonar inklusjonskriteria. Manuelle søk identifiserte i tillegg sentrale undersøkingar og rapportar, mellom anna innbyggjarundersøkingar om e-helse og nordiske undersøkingar om befolkninga si bruk av digitale helsetenester.

#### Omfang av materialet

Det endelege materialet omfattar fleire typar studiar og rapportar:

- Empiriske spørjeundersøkingar blant innbyggjarar og pasientar.
- Kvalitative studiar av brukarerfaringar.
- Undersøkingar blant helsepersonell om videokonsultasjonar og digitale løysingar.
- Systematiske oversikter og scoping reviews.
- Offentlege rapportar og annan grålitteratur.

Gjennomgangen omfattar såleis både vitskaplege publikasjonar og grålitteratur. Dette gir eit breitt bilde av kunnskapsgrunnlaget om tilgjengelegheit i innbyggjarretta digitale løysingar i helsesektoren.

Vi gjorde ikkje ei full systematisk kvalitetsvurdering av kvar enkelt studie. Formålet var å kartlegge breidda i kunnskapsgrunnlaget, ikkje å berekne effektar eller rangere evidens. Funn frå litteraturen vart tematiserte etter type digital teneste, brukargruppe, barriere og konsekvens for brukaren.

## 9.7 Gjennomføring av tilsyn og testing

Tilsyn inneber kontroll av om nettstader og appar oppfyller krava til universell utforming av ikt. Målet er å bidra til at digitale tenester er tilgjengelege for alle. Dersom tilsynet avdekkjer brot på regelverket, kan verksemda få pålegg om å rette feila innan ein frist.

I sektortilsynet med helsesektoren vart tilsynsobjekt valde på bakgrunn av ei risikovurdering. I vurderinga la vi vekt på kor viktige tenestene er for innbyggjarane, kor mange som brukar dei, kor komplekse brukaroppgåvene er, og kva konsekvensar det kan få dersom løysingane ikkje er tilgjengelege.

Tilsyna vart gjennomførte i fleire steg:

1. **Val av verksemd**  
Det vart gjort ei vurdering av kva verksemder, nettstader eller appar som skulle kontrollerast. Utvalet vart basert på risiko, samfunnsbetydning og kunnskap frå marknadskartlegginga, dialogen med brukarorganisasjonane og andre datakjelder.
2. **Varsel om tilsyn**  
Verksmdene fekk varsel før tilsynet starta. Varselet forklarte kva som skulle kontrollerast, kva krav som gjaldt, og kva dokumentasjon verksemda eventuelt måtte sende inn.
3. **Testing av løysinga**  
Den sentrale delen av tilsynet var testing av utvalde sider, skjema og funksjonar. Desse vart undersøkte for å vurdere om dei oppfylte krava til universell utforming. Testinga omfatta både tekniske forhold og praktisk bruk av sentrale funksjonar.
4. **Rapportering**  
Etter testing vart det utarbeidd ein førebels rapport med funn og vurderingar. Verksemda fekk høve til å gi tilbakemelding før endeleg rapport vart fastsett.
5. **Oppfølging**  
Dersom det vart avdekt brot på krava, kunne verksemda få pålegg om å rette feila innan ein gitt frist. Det kan også bli gjennomført nye testar for å kontrollere at feila er retta. Dersom feila ikkje blir retta innan fristen, har tilsynet moglegheit til å gjere vedtak om tvangsmulkt.

9.8 Innbyggerundersøkinga

Uu-tilsynet gjennomførte vinteren 2026 ei spørjeundersøking om innbyggerane sine erfaringar med digitale helsetenester. Undersøkinga vart sendt ut til eit representativt utval innbyggerar gjennom eit nettskjema utvikla i QuestBack. Totalt fekk 50 000 innbyggerar tilsendt skjemaet. Datainnsamlinga vart gjennomført i perioden 27. januar 2026 til 10. februar 2026. Utvalet vart trekt frå folkeregisteret etter alder, kjønn og geografi, målt ved fylke. Kontaktinformasjon vart henta frå kontakt- og reservasjonsregisteret.

Til saman svarte 3 177 personar på undersøkinga.

Undersøkinga inneheldt spørsmål om

- kva digitale helsetenester innbyggerane brukar
- kva steg i tenestene dei opplever som vanskelege
- kva barrierar dei møter
- kva konsekvensar barrierane har
- digital kompetanse
- helsekompetanse
- tryggleik og utryggleik ved bruk av offentlege digitale løysingar
- bakgrunnskjenneteikn som alder, kjønn, utdanning, inntekt, funksjonsnedsetting og fødeland

I tillegg vart det gjennomført 500 telefonintervju med ein noko forenkla versjon av spørjeskjemaet. Denne delen av undersøkinga vart retta mot personar som har reservert seg mot digital kontakt i kontakt- og reservasjonsregisteret. Formålet var å styrke datagrunnlaget om grupper som i mindre grad kan ventast å svare på ei digital spørjeundersøking.

**Forenkla indikatorar for digital kompetanse, helsekompetanse og digital utryggleik**  
Undersøkinga inneheldt sjølvrapporterte påstandar om digitale ferdigheiter, helsekompetanse og tryggleik ved bruk av offentlege digitale løysingar. Desse er brukte til å konstruere tre forenkla indikatorar.

Alle påstandane hadde svaralternativ på ein skala frå éin til fem, der éin betyr «heilt ueinig» og fem betyr «heilt einig». Respondentane vart grupperte i tre nivå: låg, middels og høg.

Indikatorane måler ikkje faktisk digital kompetanse eller helsekompetanse direkte. Dei må forståast som forenkla mål på korleis respondentane sjølve vurderer eigne ferdigheiter, meistring og tryggleik.

Digital kompetanse er rekna som eit gjennomsnitt av svara på tre påstandar:

- Evna til å vurdere om informasjon på internett er påliteleg.
- Tilstrekkelege ferdigheiter til å ta i bruk nye digitale verktøy på eiga hand.
- Evna til å finne ut kva ein kan gjere når noko ikkje fungerer som forventa i ei digital løysing.

Respondentane er grupperte slik:

- Låg digital kompetanse: 1–2,9
- Middels digital kompetanse: 3–3,9
- Høg digital kompetanse: 4–5

Digital utryggleik er basert på éin påstand:

- Eg er redd for å gjere feil når eg brukar offentlege digitale løysingar, for eksempel Altinn, Helsenorge eller ID-porten.

Denne indikatore er skild frå ferdigheitspåstandane fordi han måler tryggleik og meistringstru framfor digitale ferdigheiter. Høgare score betyr høgare grad av digital utryggleik.

Respondentane er grupperte slik:

- Låg digital utryggleik: 1–2,9
- Middels digital utryggleik: 3–3,9
- Høg digital utryggleik: 4–5

Helsekompetanse er rekna som gjennomsnittet av tre påstandar:

- Forståing av helseinformasjon på internett.
- Evne til å vurdere om helseinformasjon er påliteleg.
- Bruk av helseinformasjon til å ta gode avgjerder om eiga helse.

Respondentane er grupperte slik:

- Låg helsekompetanse: 1–2,9
- Middels helsekompetanse: 3–3,9
- Høg helsekompetanse: 4–5

**Vekting av innbyggerundersøkinga *Helse på nett***  
Den digitale spørjeundersøkinga vart vekta for å kompensere for skeivfordelingar i utvalet samanlikna med populasjonen. Svarmaterialet vart vekta etter alder, kjønn og helseregion, slik at fordelinga i undersøkinga

i større grad samsvarer med fordelinga i befolkninga. Vektinga vart gjort ved hjelp av ein metode som blir kalla raking (iterativ proporsjonal tilpassing).

Vektinga sikrar at den estimerte fordelinga i utvalet samsvarer med den kjende fordelinga i populasjonen langs desse dimensjonane. Etter vekting var det effektive utvalet 1 565 respondentar.

Telefonintervjua er ikkje vekta. Sidan telefonutvalet vart trekt målretta frå personar som har reservert seg mot digital kontakt i kontakt- og reservasjonsregisteret, er det ikkje eit representativt utval av befolkninga, men eit utval av ei spesifikk gruppe som i liten grad kan ventast å svare på ei digital spørjeundersøking. Resultata frå telefonintervjua er derfor presenterte som uvekta frekvensar og prosentdelar, og er meinte som eit supplement som gir innsikt i erfaringane til ei gruppe som den digitale spørjeundersøkinga i mindre grad fangar opp.

Alle prosentdelar, gjennomsnitt og konfidensintervall som er rapporterte frå den digitale spørjeundersøkinga, er baserte på det vekta utvalet, om ikkje anna er oppgitt.



9.9 Undersøking om verksemdene sitt arbeid med universell utforming

I 2024 gjennomførte Uu-tilsynet, i samarbeid med Rambøll, ei spørjeundersøking blant offentlege og private verksemdar. Formålet var å kartlegge korleis verksemdene arbeider med universell utforming generelt, og med tilgjengelegheitserklæringar spesielt.

Undersøkinga vart sendt til

- 1 635 mottakarar i kommunal sektor
- 771 mottakarar i statleg sektor
- 2 534 mottakarar i privat sektor

Totalt svarte 1 463 respondentar på undersøkinga, noko som tilsvarer 29 prosent av dei som vart inviterte til å delta. Av desse var 96 respondentar frå helsesektoren. I denne rapporten er resultata frå verksemdsundersøkinga brukte som eit supplerande datagrunnlag for å kaste lys over korleis verksemdar i helsesektoren arbeider med universell utforming. Dei gir ikkje aleine eit fullstendig eller representativt bilede av heile helsesektoren, men bidreg til å gi innsikt i organisatoriske forhold, praksis og utfordringar i arbeidet med universell utforming.

«Tilsynet viser tydelig at digitale helse- tjenester fortsatt ikke er tilgjengelige for alle. Ingen av virksomhetene oppfyller minstekravene til universell utforming, noe som særlig rammer eldre og pårørende. Dette er uakseptabelt og gir ikke likeverdige tjenester. Myndigheter og leverandører må ta ansvar og stille krav som sikrer inkludering, spesielt for dem med lav digital kompetanse. Dette er avgjørende for god helseberedskap og pasient-sikkerheten for alle parter.»

Jan Davidsen  
Pensjonistforbundet

## 10 Figurar

Figur 1: Aktørar og roller i den norske helse- og omsorgssektoren, side 12

Figur 2: Innbyggaren si reise gjennom helsesektoren og møtet med ulike digitale helsetenester, side 14

Figur 3: Kva digitale helsetenester er mest brukt? Nettskjema og telefonintervju, side 21

Figur 4: Kvifor brukar dei ikkje digitale helsetenester? Nettskjema og telefonintervju, side 22

Figur 5: Prosentdel som ikkje brukar digitale helsetenester fordelt på høg og låg digital kompetanse. Nettskjema og telefonintervju, side 24

Figur 6: Prosentdel som ikkje brukar digitale helsetenester fordelt på høg og låg helsekompetanse. Nettskjema og telefonintervju, side 24

Figur 7: Kva steg er vanskeleg? side 27

Figur 8: Prosentdel av steg brukarane opplever som vanskeleg eller svært vanskeleg per teneste, side 28

Figur 9: Kor vanskeleg opplever brukarane kvart steg i tenestene? side 29

Figur 10: Kva barrierar rapporterer brukarane? side 30

Figur 11: Korleis gjekk brukarane fram for å fullføre oppgåva? side 33

Figur 12: Kva konsekvensar har barrierane for brukarane? side 34

Figur 13: Bruk av kunstig intelligens til helseformål, side 36

Figur 14: Har verksemdene definert strategiske mål om at ikt-løysingane skal vere universelt utforma? side 41

Figur 15: I kva grad kjenner verksemdene krava til universell utforming? side 43

Figur 16: Har verksemda ei eller fleire dedikerte roller som følger opp universell utforming? side 43

Figur 17: I kva grad kartlegg verksemdene brukarbehov, definerer krav til og testar ut universell utforming? side 43

Figur 18: Verksemdene sin kompetanse om krava, side 43

Figur 19: Aktivitetar verksemdene gjennomfører for uu, side 43

Figur 20: Kvifor besøker verksemdene nettsida til Uu-tilsynet? side 44

Figur 21: Verksemdene si erfaring med innføring av tilgjengelegheitserklæring, side 45

Figur 22: Verksemdene si eigenrapportering av status på universell utforming i tilgjengelegheitserklæringar, side 47

Figur 23: Differanse mellom resultat frå tilsyn og tilgjengelegheitserklæring for krav som inngår i tilsyn, side 48

Figur 24: Score per løysing, side 50

Figur 25: Score per suksesskriterium, side 51

Figur 26: Score for app, nett og dokument, side 52

Figur 27: Tal brot per tema, side 54

Figur 28: Reaksjonar etter tilsyn, side 55

# 11 Referansar

Barn og unge i fosterhjem og beredskapshjem | Bufdir. (u.å.). Henta frå <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/barn-i-fosterhjem/>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2024). *Barn og unge i institusjon*. <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/barnevern/bv-tiltak-barn-og-unge-i-institusjon/>

Bergh, S., Benth, J. Š., Høgset, L. D., Rydjord, B., & Kayser, L. (2025). Assessment of Technology Readiness in Norwegian Older Adults With Long-Term Health Conditions Receiving Home Care Services: Cross-Sectional Questionnaire Study. *JMIR Aging*, 8, e62936. <https://doi.org/10.2196/62936>

Departementene. (2021). *Bærekraft og like muligheter: Et universelt utformet Norge: Handlingsplan for universell utforming*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/51369fe60a0240e4bbd554c54310048d/no/pdfs/handlingsplan-for-universell-utforming.pdf>

Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2024). *Fremtidens digitale Norge: Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/c499c3b6c93740bd989c43d886f65924/no/pdfs/nasjonal-digitaliseringsstrategi\\_ny.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c499c3b6c93740bd989c43d886f65924/no/pdfs/nasjonal-digitaliseringsstrategi_ny.pdf)

Digitaliseringsdirektoratet. (2024). *Status og tiltak: Rapport fra Rambøll: Felles kunnskapsgrunnlag om digital inkludering*. Digdir. <https://www.digdir.no/digital-inkludering/rapport-fra-ramboll-felles-kunnskapsgrunnlag-om-digital-inkludering/6070>

Digitaliseringsdirektoratet. (2025). Kunnskapsinnhenting på eID-området. Digdir. <https://www.digdir.no/digital-identitet/kunnskapsinnhenting-pa-eid-området/7757>

ETSI, CEN, CENELEC. (2021). EN 301 549 V3.2.1: *Krav til tilgjengelighet for IKT-produkter og -tjenester*. <https://www.uutilsynet.no/media/1619/download?attachment>

Fastlegeforskriften. (2025). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2025-12-02-2405). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-12-02-2405>

Fjørtoft, K., Dalen, H., & Brørs, G. (2024). *Alder og teknologi utfordrer bruk av e-helse hos pasienter med hjertesvikt*. <https://sykepleien.no/fag/2024/06/alder-og-teknologi-utfordrer-bruk-av-e-helse-hos-pasienter-med-hjertesvikt>

FN. (2006). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf)

Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger. (2013). *Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger* (FOR-2013-06-21-732). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-06-21-732>

Gautun, H., & Bratt, C. (2023). Help and Care to Older Parents in the Digital Society. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 13(4). <https://doi.org/10.18291/njwls.137453>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>

Helsedirektoratet. (u.å.-a). *Veikart for nasjonal e-helsestrategi*. Henta 13. mai 2026, frå <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/veikart-for-nasjonal-e-helsestrategi>

Helsedirektoratet. (u.å.-b). *Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi*. Henta 13. mai 2026, frå <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/veilednings-og-godkjenningsordning-for-helseteknologi>

Helsedirektoratet. (2023). *Nasjonal E-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. <https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/nasjonal-e-helsestrategi>

Helsedirektoratet. (2024). *Psykisk helsevern: Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/psykisk-helsevern-tvungent-psykisk-helsevern-med-dognopphold>

Helsedirektoratet. (2026). *Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2025 – bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester [nettdokument]*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/innbyggerundersokelsen-om-digitalisering-i-helse-og-omsorgstjenesten-2025-bruk-av-holdninger-til-og-tilfredshet-med-digitale-helsetjenester>

Helsenorge. (u.å.). *Kontakt og hjelp*. Henta 11. mars 2026, frå <https://www.helsenorge.no/kontakt/>

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2023). *Handlingsplan for auka inkludering i eit digitalt samfunn* [Handlingsplan]. Kommunal- og distriktsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/32548e91c3024d338370372985fb371c/nn-no/pdfs/h-2544-n.pdf>

Kristiansen, E., Atherton, H., Austad, B., Bergmo, T., Norberg, B. L., & Zanaboni, P. (2023). Older patients’ experiences of access to and use of e-consultations with the general practitioner in Norway: An interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41(1), 33–42. <https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2161307>

Kristiansen, E., Atherton, H., Bergmo, T. S., & Zanaboni, P. (2024). Patients’ suggestions for improvements to text-based e-consultations. An online survey of users of the national health portal in Norway. *Frontiers in Digital Health*, 6, 1459684. <https://doi.org/10.3389/fdgh.2024.1459684>

Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Gutterrud, Ø., & Joranger, P. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I: The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19)* (IS-2959). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/\\_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf)

Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

Meld. St. 9 (2023–2024). (2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 9 (2024–2025). (2025). *Totalberedskapsmeldingen—Forberedt på kriser og krig*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/c24e6978185f4a49a7d2689a4741a9b1/no/pdfs/stm202420250009000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 23 (2012–2013). (2013). *Digital agenda for Norge: IKT for vekst og verdiskaping*. Fornynings-, administrasjons- og kirkedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4339bb2154bd4b829f1d147bb2b26da8/no/pdfs/stm201220130023000dddpdfs.pdf>

Moe, C. E., & Skaarup, S. (2026). Digital inclusion–invisible work and grey zones for nurses, acting as frontline workers. *BMC Health Services Research*.

Nasjonalt senter for aldring og helse. (u.å.). *Demenskartet*. Henta 18. februar 2026, frå <https://demenskartet.no/>

NOU 2023:17. (2023). *Nå er det alvor: Rustet for en usikker fremtid: Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. januar 2022 Avgitt til Justis- og beredskapsdepartementet 5. juni 2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4b9ba57bebae44d2bebfc845ff6cd5f5/no/pdfs/nou202320230017000dddpdfs.pdf>

Rambøll. (2024). Datagrunnlag fra undersøkelse om universell utforming og tilgjengelighetserklæringer: Digital inkludering i praksis [Upublisert datasett].

Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015—2030. (u.å.).

Slettemeås, D., & Mainsah, H. (2025). *Eldres digitale hverdagsliv i en kunstig intelligent tidsalder (AI AGE)*. Forbruksforskningsinstituttet SIFO, OsloMet. <https://hdl.handle.net/11250/3213223>

Statistisk sentralbyrå. (2024). 10530: *Innsatte, etter type fengsling, alder og kjønn*. Per 1. januar. Absolutte tall 2002–2024 [Statistikkbanktabell]. <https://www.ssb.no/statbank/table/10530>

Stortinget. (2021). *Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 59 av 5. februar 2021 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv (EU) 2016/2102 om tilgjengeligheten av offentlige organers nettsteder og mobilapplikasjoner (Vedtak 1045)*. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?p=84439>

Zanaboni, P., & Fagerlund, A. J. (2020). Patients’ use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: Results from an online survey. *BMJ Open*, 10(6), e034773. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034773>



uutilsynet.no