Helsedirektoratet

Direktoratet for e-helse

KS

Gevinstrealiseringsrapport

En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram

Oktober 2021

Forord

Nasjonalt Velferdsteknologiprogram har pågått siden 2014, og i august 2021 besluttet daværende regjering at programmet skal forlenges ut 2024. Bakgrunnen for dette er i korte trekk at velferdsteknologi har bidratt til økt kvalitet på tjenestene til brukere, pårørende og ansatte i flere kommuner, samtidig som det har ført til økt omsorgskapasitet. I regjeringsplattformen til den nye regjeringen som tiltrådte i oktober 2021 (Hurdal-plattformen) understrekes det også at velferdsteknologi er viktig på følgende måte:

Regjeringen vil etablere en helseteknologiordning som støtter innføring av ny teknologi i helsetjenesten og videreføre Nasjonalt velferdsteknologiprogram slik at vi får et kompetanseløft for velferdsteknologi i norske kommuner.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram presenterer her en ny gevinstrapport, den første siden forrige ble publisert i januar 2017. Siden den gang har prosjektet for trygghets- og mestringsteknologi gått over i en spredningsfase, og mange kommuner har kommet svært langt i arbeidet med implementering av velferdsteknologi. Det har også blitt testet ut en rekke teknologier for barn og unge med funksjonsnedsettelser, som har vært i en utprøvingsfase siden 2015 og gikk over i spredningsfase i 2021.

Dokumenterte resultater viser at mange kommuner som deltar i programmet har oppnådd økt omsorgskapasitet som gjør dem bedre rustet til å møte fremtidsutfordringene. Mange brukere, både unge og eldre, opplever økt livskvalitet etter at de tok i bruk velferdsteknologi. Spesielt for barn og unge, som har hele livsløpet foran seg, er potensialet stort. I tillegg til dette kan mange kommuner vise til unngått ressursbruk og økonomiske gevinster på aggregert nivå. Selv om flere tusen tjenestemottakere allerede har tatt i bruk ulike former for velferdsteknologi, antas potensialet fremdeles å være høyt.

Rapporten beskriver status for implementering og gevinstrealisering i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, herunder spredning av trygghets- og mestringsteknologi og utprøving av velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser. Et eget kapittel i rapporten er også dedikert til tips til hvordan kommuner kan jobbe med gevinstrealisering. Kapittelet tar leseren gjennom de ulike fasene av gevinstrealiseringsarbeidet, og gir nyttige tips og råd på veien.

I tillegg redegjør rapporten for en del kostnadskomponenter og barrierer som oppleves å forsinke implementeringstakten for tjenester med velferdsteknologi. Organisatoriske og kulturelle barrierer må løses lokalt, med støtte fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram til kunnskapsdeling i nettverk, råd og veiledning. Andre barrierer krever et betydelig nasjonalt løft. Kommunenes pukkelkostnad ved implementering av velferdsteknologi er høy, og det meldes om begrenset handlingsrom i dagens driftsbudsjetter til å håndtere kostnadene ved å gjennomføre de vesentlige endringene som kreves for å integrere velferdsteknologi som en naturlig del av tjenesten. Dette er en av årsakene til at programmet videreføres, og det anbefales at kommuner fortsetter å samarbeide om implementering, slik at blant annet kompetanseoverføring og stordriftsfordeler oppnås.

Helsesektoren er som kjent i konstant endring, og det er viktig å se hvordan velferdsteknologi kan bidra til å skape morgendagens tjenester. Forhåpentligvis kan denne rapporten bidra til å vise verdien av velferdsteknologi, samtidig som den gir noen nyttig tips på veien.

Oslo, oktober 2021.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Innhold

1 STATUS FOR IMPLEMENTERING OG GEVINSTREALISERING 4

1.1 SPREDNING AV TRYGGHETS- OG MESTRINGSTEKNOLOGI 4
1.2 UTPRØVING AV VELFERDSTEKNOLOGI TIL BARN OG UNGE 22

2 KOSTNADER VED IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI 28

2.1 TRYGGHETS- OG MESTRINGSTEKNOLOGI 28
2.2 VELFERDSTEKNOLOGI TIL BARN OG UNGE MED FUNKSJONSNEDSETTELSER 32

3 TIPS TIL GEVINSTREALISERING 36

3.1 AVKLARE BEHOV 36
3.2 PLANLEGGE PROSJEKTET 38
3.3 DESIGNE NYE TJENESTER OG ANSKAFFE 39
3.4 IMPLEMENTERE NY TJENESTE 42
3.5 DRIFTE TJENESTEN 43
3.6 SUKSESSFAKTORER OG FALLGRUVER VED GEVINSTREALISERING 44
3.7 VERKTØY OG MALER TIL BRUK I GEVINSTREALISERINGSARBEIDET 45

4 BARRIERER VED INNFØRING AV VELFERDSTEKNOLOGI 48

4.1 ORGANISATORISKE BARRIERER 48
4.2 KULTURELLE BARRIERER 50
4.3 BARRIERER KNYTTET TIL KOMPETANSE 50
4.4 TEKNISKE BARRIERER 51
4.5 REGULATORISKE BARRIERER 53

KAPITTEL 1

Status for implementering og gevinstrealisering

1 Status for implementering og gevinstrealisering

Kapittelet angir status og oppnådde gevinster for spredningsprosjektet for trygghets- og mestringsteknologi, og for utprøvingsprosjektet for velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser.

1.1 Spredning av trygghets- og mestringsteknologi

Prosjektet for spredning av trygghets- og mestringsteknologi har omfattet 310[1] kommuner fordelt på 61 regionale prosjekter per 10.06.2021. I tidligere rapporteringer til Helse- og omsorgsdepartementet er de første pilotkommunene inkludert, deriblant store kommuner som Drammen, Bergen og Trondheim.

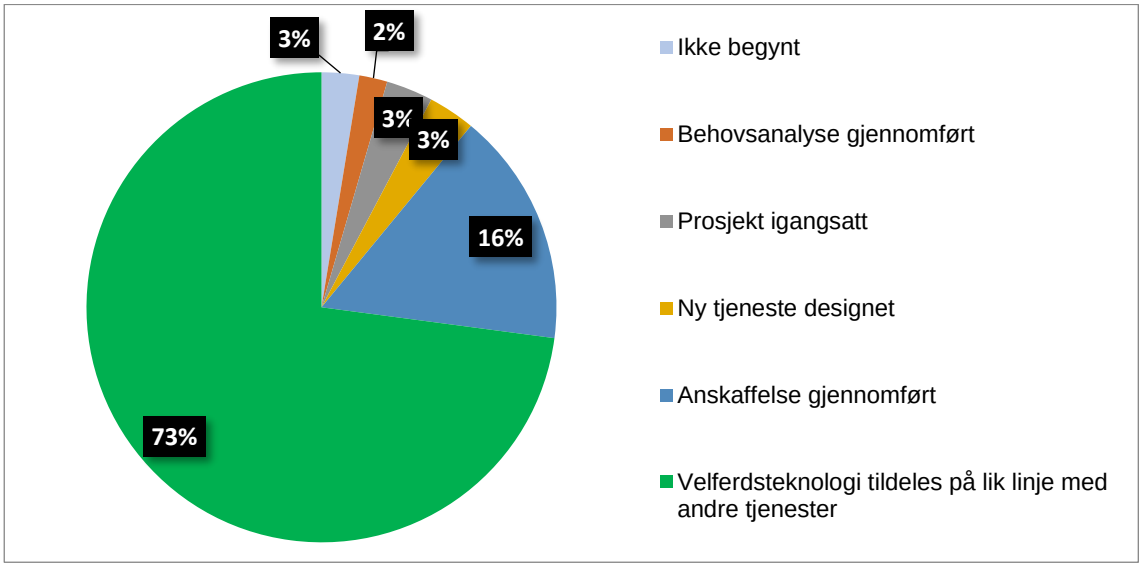
I juni 2021 rapporterte 226 kommuner av de som deltar i programmet nå (73 prosent) at de tilbyr minst én av de anbefalte teknologiene[2]. Kommunene tilbyr i hovedsak digitale trygghetsalarmer, e-lås, lokaliseringsteknologi (GPS), ulike former for digitalt tilsyn og elektroniske medisindispensere.

1.1.1 Tildeling av velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester

Det er flest kommuner på Sør- og Østlandet som tildeler velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester. Kommunene oppgir at suksessfaktorer for vellykket implementering er grundige forprosjektfaser, god prosjektstyring, solid politisk forankring og kompetanseoverføring fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Regioner som har kommet kortere med implementeringen, er preget av stor geografisk spredning, lange avstander og små kommuner. Årsaker som blir trukket fram er mangel på ressurser til å gjennomføre implementering, manglende kompetanse på prosjektgjennomføring, manglende forankring i tjenesten og høy turnover blant prosjektledere og andre ressurspersoner.

Figur 1 - Andel kommuner i de ulike fasene i implementeringsløpet (per 10.06.2020)



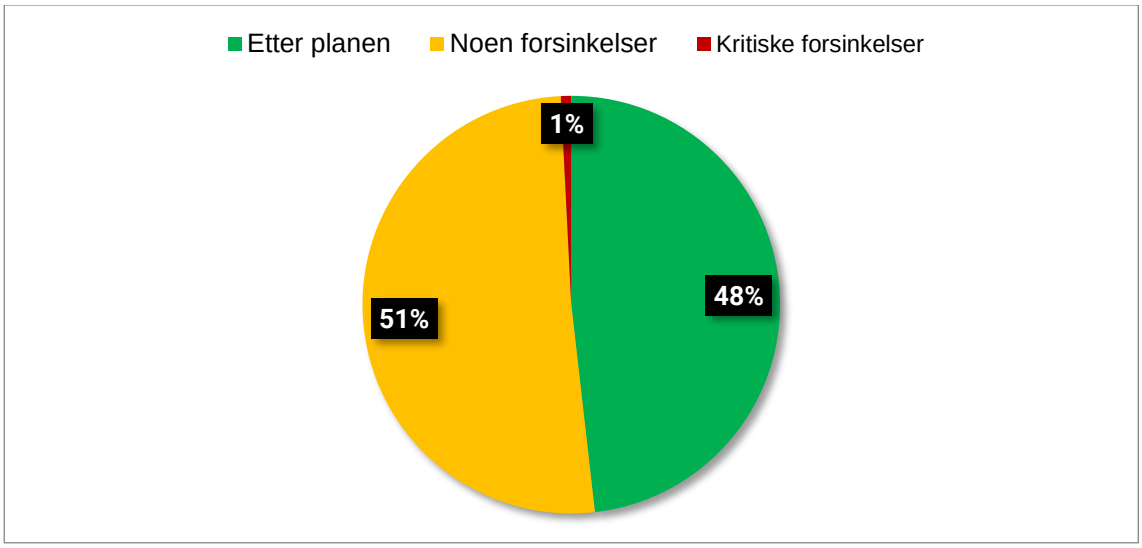
[1] Tallet er basert på alle kommuner som har deltatt i arbeidet med trygghets- og mestringsteknologi siden 2013, inkludert de første pilotkommunene.
[2] Basert på tall innrapportert til i Nasjonalt velferdsteknologiprogram per 10.06.2021.

Figuren over viser at 16 prosent av kommunene har gjennomført anskaffelse av velferdsteknologi. Disse kommunene har gjennomført utlysning, forhandlinger og evaluering, men ikke kommet dit at velferdsteknologi tildeles på lik linje med andre tjenester. Når også disse kommunene beveger seg over i neste fase, og tildeler velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester, vil om lag 9 av 10 kommuner i programmet ha oppfylt målsettingen til Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

1.1.2 Koronatiltak

Selv om en økende andel kommuner tildeler velferdsteknologi på lik linje med andre tjenester, går ikke alle prosjekter helt som planlagt. Ved forrige kvartalsrapport (10.06.2021), rapporterte 48 prosent av kommunene at implementeringen går i henhold til planen, mens 51 prosent rapporterte om forsinkelser eller mindre problemer. Kun 2 kommuner meldte om kritiske problemer knyttet til fremdriften i prosjektet. Gjennom 2020-2021 har andelen forsinkede kommuner *kun* økt med 10 prosent til tross for Covid-19.

Figur 2 - Status på fremdriften til kommunene i prosjektet (per 10.06.2020)



Mange kommuner har implementert teknologi for å avhjelpe koronasituasjonen. Svært mange kommuner har tatt i bruk ulike videoløsninger for digitale besøk både mellom tjenestemottagere og pårørende, og til bruk mellom pleier og tjenestemottager. Flere kommuner har også økt bruken av elektroniske medisindispensere og digitalt tilsyn for å redusere antall fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Mange har også tatt i bruk systemer for å koble på frivillige ressurser ved behov, noe som har bidratt til å avlaste tjenesten.

1.1.3 Implementerte teknologier

Tabellen under viser antall installerte enheter og andel kommuner som har installert minst én teknologi per 10.06.2021. Tallene er hentet fra IPLOS, og innrapporterte tall til Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Årsaken til avvikende tall mellom IPLOS og Nasjonalt velferdsteknologiprogram skyldes i hovedsak underrapportering, manglende registrering og/eller forsinkelser i rapporteringen.

Tabell 1 – Antall enheter installert (per 10.06.2020)

Type velferdsteknologi	Antall rapportert i IPLOS[3]	Antall rapportert til Nasjonalt velferdsteknologiprogram
Trygghetsalarmer	104.353	73.867
Pasientvarslingsanlegg	N/A	8.755
Elektroniske medisindispensere	5.712	3.101
Lokaliseringsteknologi (GPS)	3.454	2.311
E-lås	N/A	9.607
Digitalt tilsyn	6.097	2.253

1.1.4 Oppnådde gevinster

Kommunene i programmet har rapportert gevinster siden starten av 2020. Trenden er svært positiv i tråd med økt fokus på dokumentasjon av gevinster og økende implementeringstakt. I starten av 2020 vektla programmet obligatorisk utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og lederforankring av disse. Etter hvert har stadig flere kommuner startet å dokumentere gevinstene systematisk.

Tall fra kommunenes gevinstrapportering til Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at bruk av elektronisk medisineringsstøtte står for 48 prosent av gevinstene knyttet til frigjort tid. Tiden som frigis kan knyttes til færre besøk og mindre kjøring i hjemmetjenesten. 47 prosent av de innrapporterte gevinstene kan knyttes til unngåtte kostnader er relatert til bruk av digitalt tilsyn. De unngåtte kostnadene er relatert til redusert bemanning på natt.

Kommunene rapporterer også om økt kvalitet for både brukere, ansatte og pårørende:

- For brukerne er de største gevinstene knyttet til økt opplevelse av frihet, mestring, selvstendighet, verdighet og fleksibilitet i hverdagen. I tillegg oppleves det enklere å komme i kontakt med de ansatte, samtidig som responstiden har blitt redusert.
- Ansatte i tjenesten rapporterer om redusert stress som følge av en jevnere arbeidsmengde i hverdagen, bedre samhandling og roligere arbeidsmiljø, samt færre avvik og økt pasientsikkerhet.
- Pårørende oppgir økt trygghetsfølelse som følge av mindre stress og bekymring for sine nærmeste. Enkelte nevner også at de opplever redusert belastning fordi brukerne er mer selvstendige og har mer forutsigbarhet i hverdagen.

Noen tilbakemeldinger fra kommuner i prosjektet:

> 99,7% av alle medisiner som utleveres gjennom multidosedispensere utleveres til korrekt tid. Det er svært få negative tilbakemeldinger på løsningen fra pasienter/pårørende, og mange uttrykker stor tilfredshet med å ha større selvstendighet og frihet, og økt mestring.
>
> - Kommune i Innlandet

[3] Helsedirektoratet - Rapporterte IPLOS-data fra kommunene: https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/a86f4ac0-44a2-4277-8a68-799c5dd4430e?e=false&vo=viewonly

Bedre kontroll og økt kvalitet da personalet har kontroll på at brukeren ikke går ut eller stikker av. Personalet slipper å sitte inne hos brukeren hele tiden, og brukeren får et mer verdig liv ved og ikke ha personal som overvåker seg hele tiden.

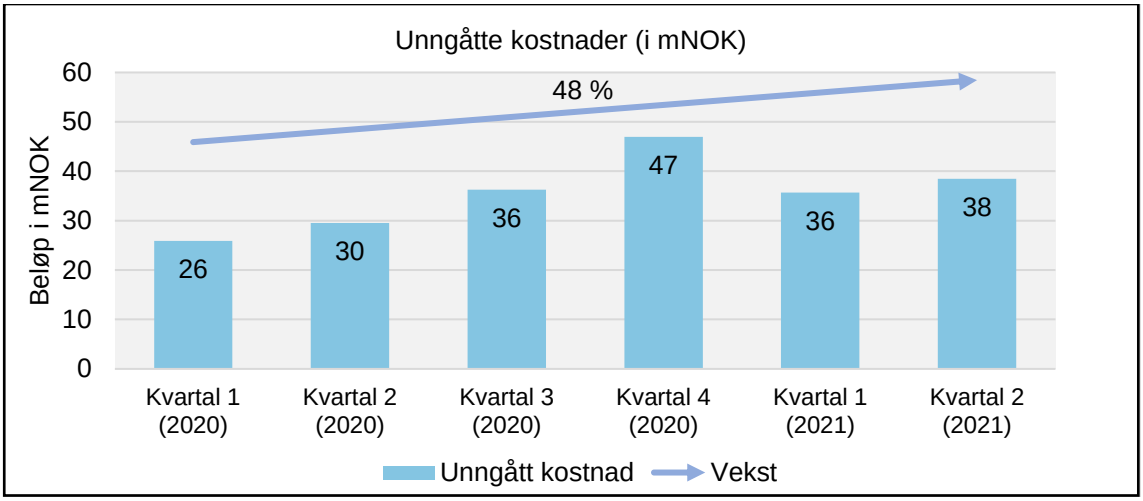
- Kommune i Vestland

Digitale tilsyn gir økt ro for pasientene. E-låsene gir større sikkerhet og raskere hjelp til brukerne. Pasientvarslingssystemet gir enklere håndtering av varsling fra pasientene. Digitalt besøk har gitt økt livskvalitet for beboere på institusjon i Koronatiden.

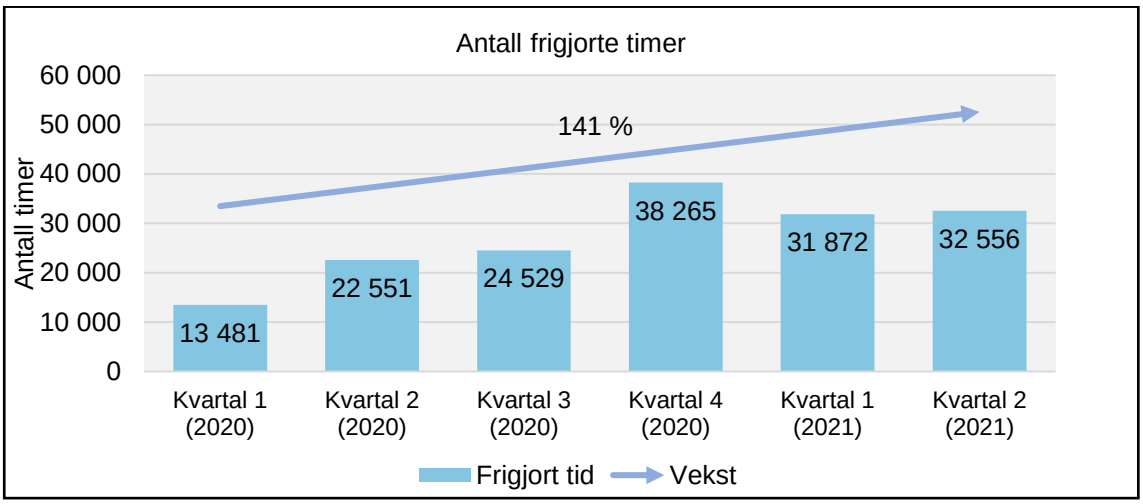
- Kommune i Nordland

Mellomstore kommuner i Sør-Øst-Norge har dokumentert de største gevinstene som følge av velferdsteknologi. Disse kommunene inngår i regionale prosjekter med seks til åtte kommuner. Kommuner som ikke rapporterer gevinster, er små kommuner som samarbeider med én til tre andre kommuner. Figur 3 og 4 nedenfor illustrerer kommunenes samlede gevinster per kvartal i 2020 og frem til andre kvartal 2021 for unngåtte kostnader og frigjort tid.

Figur 3 - Totale unngåtte kostnader i millioner kroner (per 10.06.2020)



Figur 4 - Totalt antall frigjorte timer (per 10.06.2020)

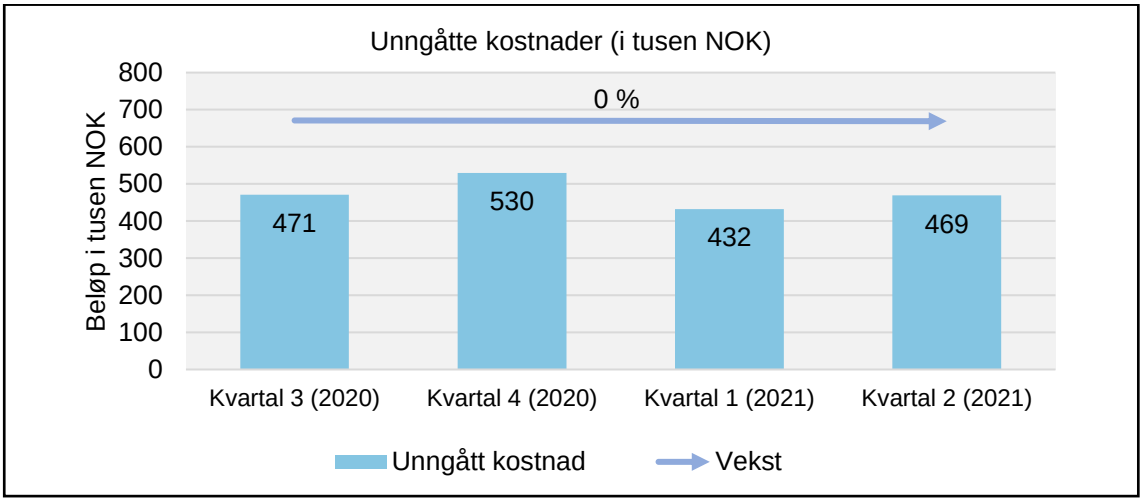


Figur 3 viser at totale unngåtte kostnader fra 2020 og frem til andre kvartal 2021 tilsvarer ~213 millioner norske kroner. Det tilsvarer om lag 700.000 norske kroner i unngåtte kostnader per kommune som er med i programmet. Figur 4 viser at kommunene til sammen har frigjort over ~160.000 timer eller 96 årsverk i økt omsorgskapasitet.

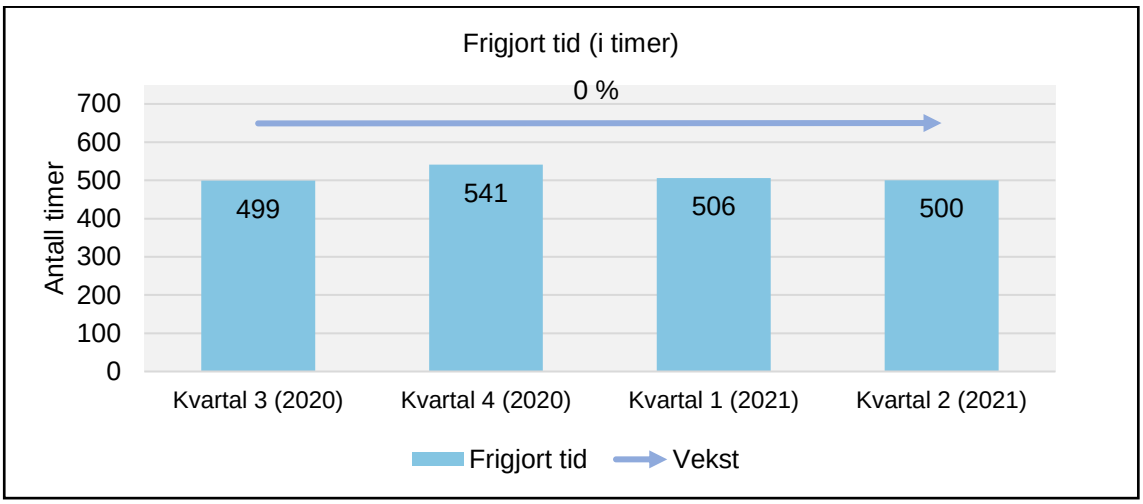
Årsaken til nedgangen i gevinster fra fjerde kvartal 2020 til første kvartal 2021, skyldes i hovedsak at flere større prosjekter gikk over til drift og dermed avsluttet prosjektdeltagelsen i programmet.

Figur 5 og 6 nedenfor synliggjør de kvantitative gevinstene brutt ned på unngåtte kostnader og frigjort tid per kommune:

Figur 5 – Gjennomsnittlig unngåtte kostnader per kommune (per 10.06.2020)

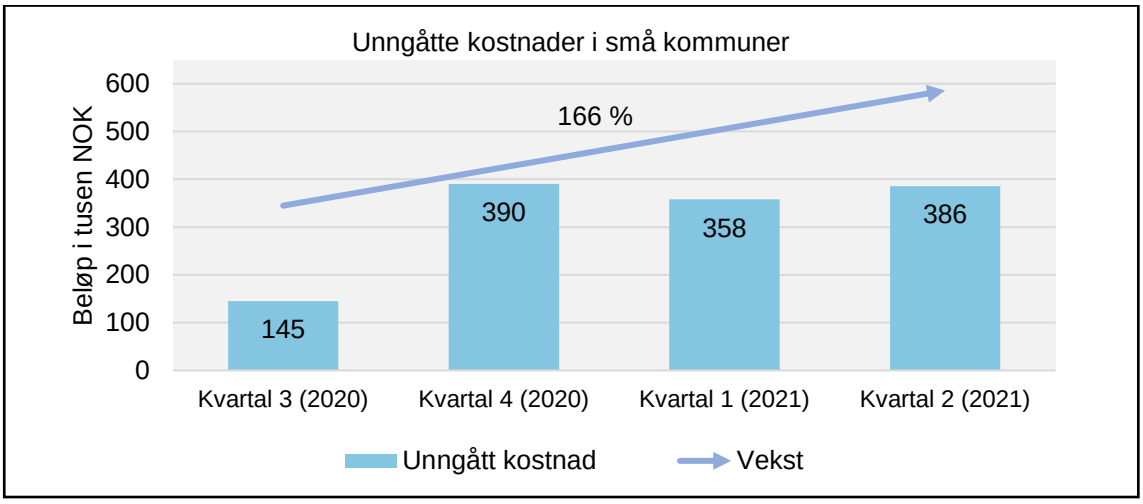


Figur 6 - Gjennomsnittlig frigjort tid per kommune (per 10.06.2021)



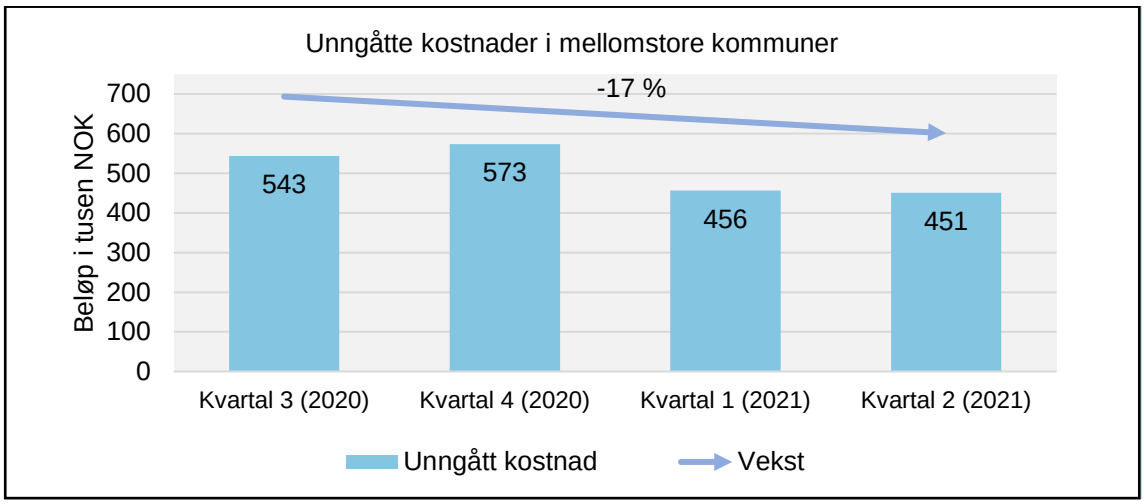
Utviklingen i rapporterte gevinster viser en flat trend fra tredje kvartal 2020 til andre kvartal 2021. Noe av forklaringen skyldes som nevnt over at flere mellomstore kommuner avsluttet deltagelse i programmet ved årsskiftet. Dette ser vi av grafene under som viser forskjeller i trender mellom små, mellomstore og store kommuner[4].

Figur 7 - Unngåtte kostnader i små kommuner (per 10.06.2021)

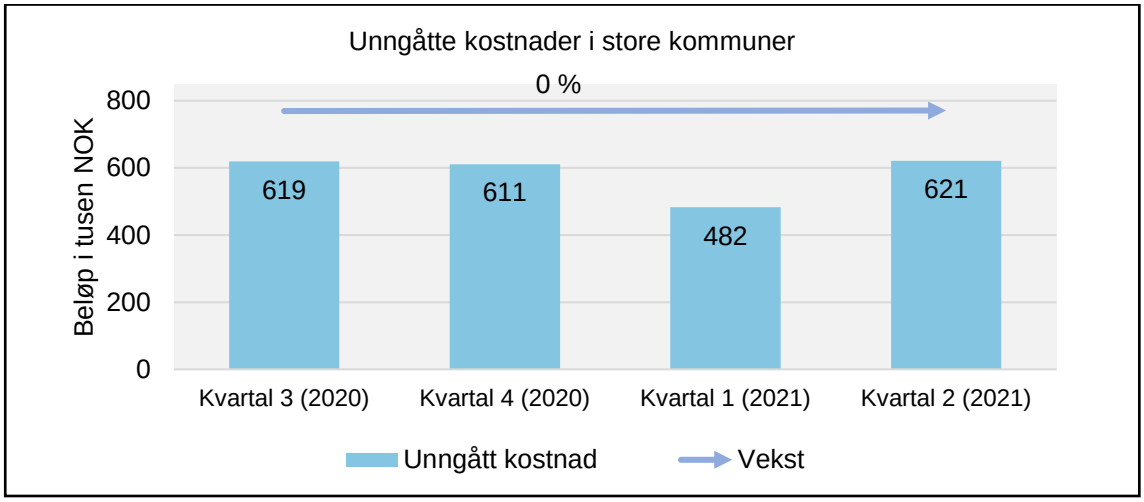


[4] Små kommuner har færre enn 5000 innbyggere, mellomstore har fra 5000 til 19999 innbyggere, mens store kommuner har 20000 eller flere innbyggere.

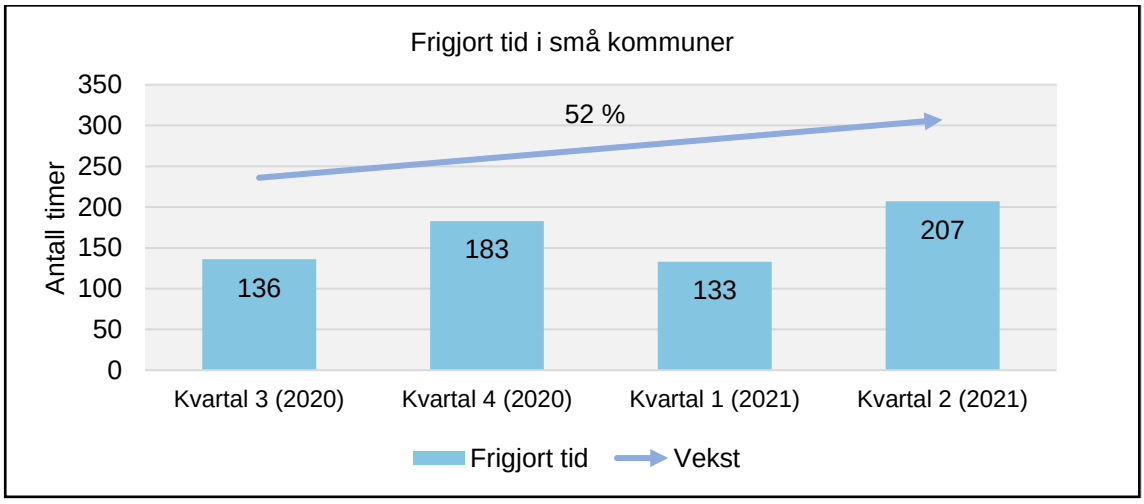
Figur 8 - Unngåtte kostnader i mellomstore kommuner (per 10.06.2021)



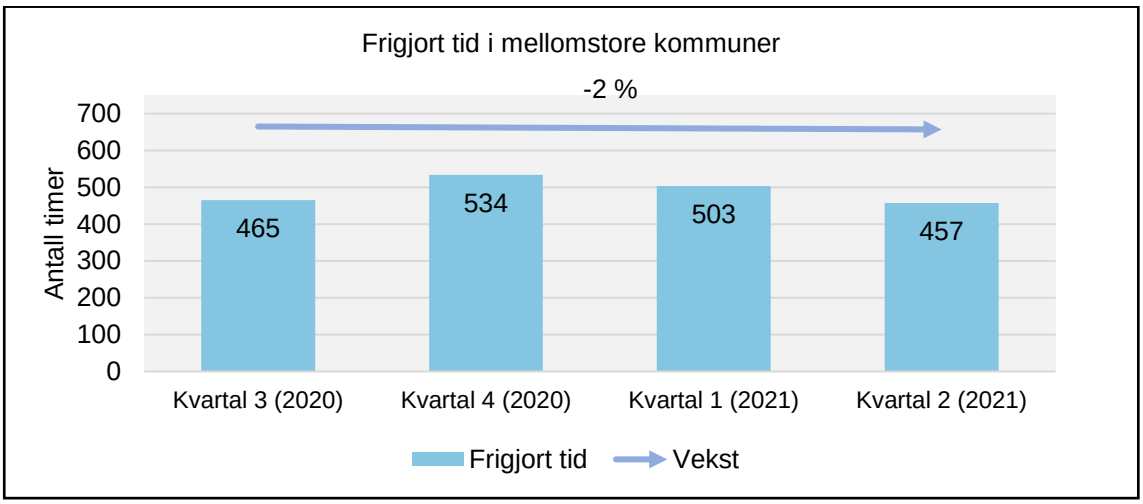
Figur 9 - Unngåtte kostnader i store kommuner (per 10.06.2021)



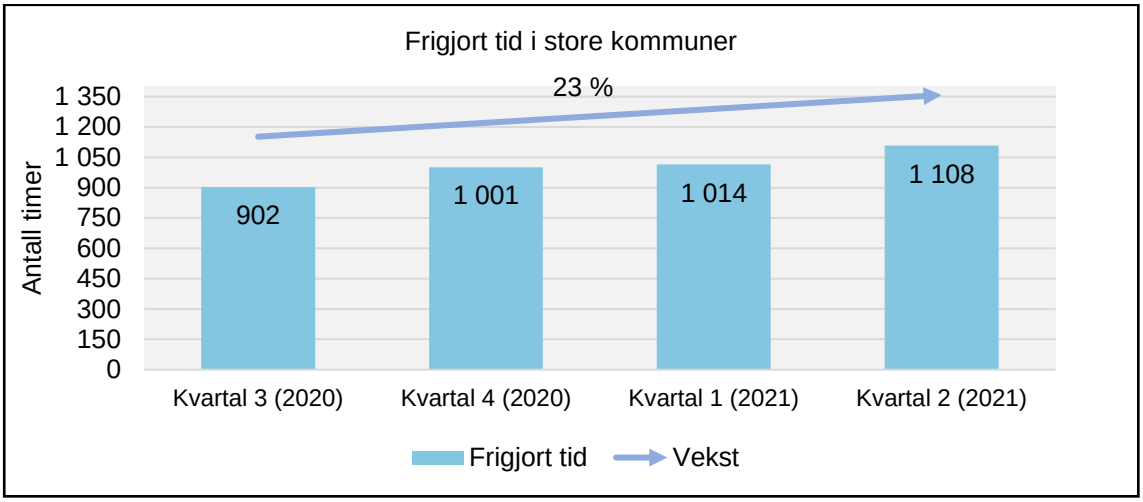
Figur 10 - Frigjort tid i små kommuner (per 10.06.2021)



Figur 11 - Frigjort tid i mellomstore kommuner (per 10.06.2021)



Figur 12 - Frigjort tid i store kommuner (per 10.06.2021)



Figur 7 og 10 viser at de små kommunene har hatt en sterk positiv utvikling i rapporterte kvantitative gevinster. For de mellomstore har trenden vært svak negativ, mens for de store kommunene har utviklingen vært positiv. Det er viktig å påpeke at tallene viser gjennomsnittlig gevinst basert på kommunene som har rapportert gevinster til programmet. Det vil si at kommunene som er med i programmet, men som ikke har rapportert gevinster, ikke er tatt med i beregningen. Det tas også forbehold om at datagrunnlaget kan inneholde avvik som følge av mangler og feil ved innrapportering til programmet.

1.1.5 Eksempler på gevinster

Brukercasene gjengitt nedenfor er reelle anonymiserte brukere fra kommuner som deltar i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Disse har til hensikt å illustrere kvalitative og kvantitative gevinster som kan oppnås for de ulike brukerne. Selv om oppstarts- og investeringskostnadene som påløper er betydelige, viser casene nedenfor at gevinstene som kan oppnås på individnivå er store, både i form av økt livskvalitet og unngått ressursbruk.

Navn: «Besto»

Alder: 84 år

Bosituasjon: Enebolig

Interesser: Friluftsliv

Sykdomshistorie: Dårligere balanse og går ustøtt.

Velferdsteknologi: Digitalt tilsyn

Bakgrunn

Besto er ei eldre dame som fremdeles bor i barndomshjemmet sitt. Hun er tidligere lærer og har alltid vært glad i turer i skog og mark. Alderen gjør det stadig mer utfordrende for Besto å bo i eget hjem. Hun har dårlig balanse, går ustøtt og har opplevd flere fall de siste årene. Over en periode har hun mottatt fysiske tilsyn på natt, men dette har ikke vært en god løsning da besto blir vekket. Familien har uttrykt bekymring og vurdert om Besto har behov for sykehjemsplass. Besto selv ønsker å bli boende i eget hjem, og kunne føle seg trygg døgnet rundt.

Innføring av velferdsteknologi

Helse- og omsorgstjenesten besluttet å tildele digitalt tilsyn og sengesensor som varsler om hun ikke er tilbake i sengen etter 30 minutter innenfor et gitt tidsrom. Ved alarm går det varsel til responssenteret. De kontakter pårørende, som raskt kan sjekke at alt er i orden med Besto. Det har ført til at hun får hjelp når hun trenger det, og slipper å bli vekket unødvendig av ansatte eller pårørende.

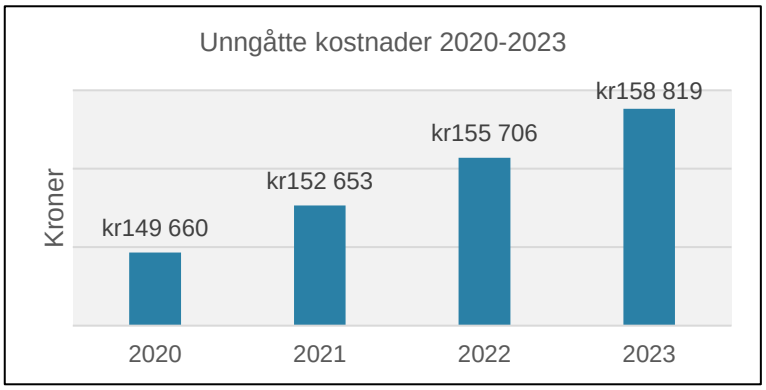
Gevinster

Både ansatte, Besto og de pårørende er svært fornøyde med tjenesten. Dette har gitt flere gevinster for alle parter:

- Besto føler seg trygg hele kvelden og natta, uten at hun blir forstyrret av fysiske tilsyn.
- Hun får hjelp akkurat når hun trenger det.
- Pårørende føler seg tryggere på at Besto har det bra og kan sove hele natta uten å bekymre seg.
- Besto kan fortsette å bo hjemme i nærheten av familien, akkurat slik hun ønsker.
- Det frigjøres kapasitet hos nattevaktene som kan brukes til andre oppgaver.

Tidligere hadde Besto to besøk hvert døgn. Etter at hun tok i bruk sensorteknologi, får hun bare ett besøk hver 14. dag for praktisk bistand. Dette har frigjort kapasitet for nattevaktene, og sparer kommunen for ca. 150.000 norske kroner i året. På lengre sikt kan det også bidra til unngåtte kostnader i form av utsatt sykehjemsopphold.

Figur 13 – Illustrasjon av unngåtte kostnader i perioden 2020-2023.



Navn: Petra

Alder: 91 år

Bosituasjon:
Omsorgsbolig

Interesser:
Håndarbeid

Sykdomshistorie:
Alzheimers

Velferdsteknologi:
GPS og digitalt tilsyn

Bakgrunn
Petra trives i egen omsorgsbolig og ønsker ikke å flytte. Hun fikk påvist Alzheimers i 2017, og lider derfor av kognitiv svikt. Noen ganger har hun låst seg selv ute fra leiligheten både på dag og natt. Dette har ført til at hjemmetjenesten må gjennomføre svært mange fysiske tilsyn per døgn. Hun føler seg mye til bry, og sykehjemmet har ingen ledige plasser. Bekymringene har vært store blant både naboer og pårørende.

Innføring av velferdsteknologi
Kommunen ga derfor Petra en GPS og digitalt tilsyn for at hun fremdeles skulle kunne bevege seg fritt og bli passet på om det skulle oppstå uønskede hendelser mellom tilsynene. Petra er svært fornøyd med å kunne bo hjemme, og at hun kan fortsette å ta turer til butikken med nabodamene.

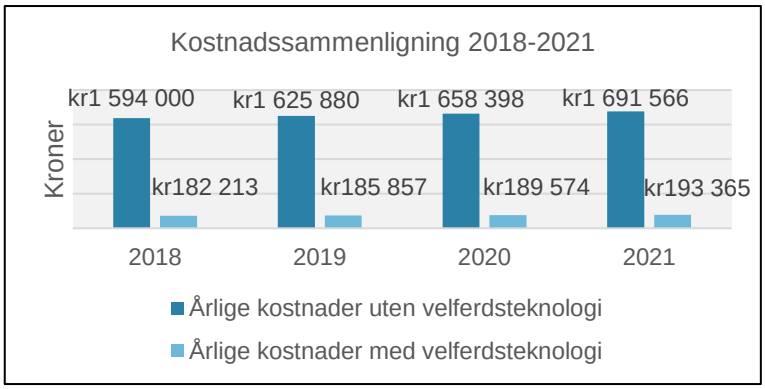
Gevinster
Bruken av GPS og digitalt tilsyn har først og fremst gjort at Petra føler mer trygghet, frihet og mestring i hverdagen. Hun kan i større grad gjøre som hun selv vil, og kan gå til butikken med venninner på egenhånd. Det er heller ingen problemer lenger knyttet til at hun låser seg selv ute fra leiligheten, da dette fanges opp av teknologien.

Det har også gitt gevinster for kommunen i form av unngåtte kostnader:

- Reduksjon i antall tilsyn og tidsbruk per tilsyn. Antallet har blitt halvert fra 8-10, til 4-5 tilsyn per døgn.
- Unngår leteaksjoner.
- Utsatt sykehjemsplass, som årlig gir unngåtte kostnader på 1 mNOK.

Hjemmetjenesten anslår selv at de siden 2018 har spart nærmere 5 mNOK i unngått ressursbruk. Dette er også illustrert i figuren nedenfor.

Figur 14 - Kostnadssammenligning med og uten velferdsteknologi i perioden 2018-2021.



Navn: Marit

Alder: 86 år

Bosituasjon:
Bor med datteren

Interesser:
Musikk og dans

Sykdomshistorie:
Diabetes, epilepsi og lett Alzheimers

Velferdsteknologi:
Elektronisk multidosedispenser

Bakgrunn
Marit bor sammen med datteren, men har et sterkt ønske om å være selvstendig. Hun vil bo hjemme så lenge som mulig. Marit glemmer ofte å ta medisinene og var tidligere avhengig av at hjemmetjenesten besøkte henne flere ganger om dagen. De bidro blant annet med medisinering og insulinregulering. Flere daglige besøk var svært ressurskrevende for tjenesten og ga Marit svært redusert fleksibilitet i hverdagen.

Innføring av velferdsteknologi
Hjemmetjenesten vedtok å tildele Marit en elektronisk multidosedispenser. Antall besøk er nå redusert til ett per dag, for å regulere insulinnivået, samt ett besøk annenhver uke for å skifte multidosepakning.

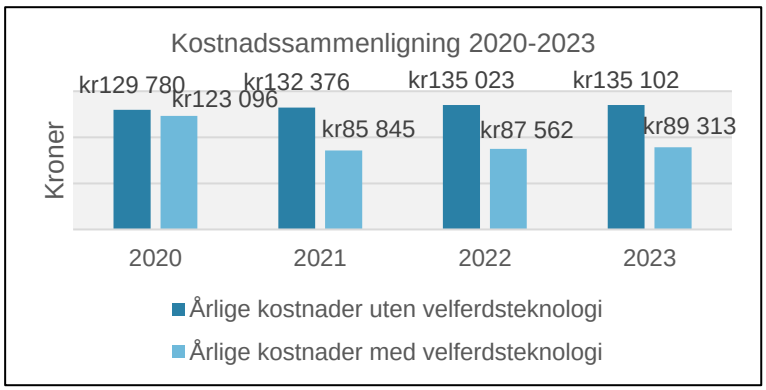
Gevinster
Etter at Marit startet med elektronisk medisineringsstøtte har hun følt seg både tryggere og mer selvstendig i hverdagen. Utover dette har det vært flere andre positive effekter:

- Hun får tatt alle medisiner til riktig tid, noe som er trygghetsskapende.
- Marit opplever mer verdighet når hun ikke er så avhengig av andre.
- Med friheten som medfølger er det enklere å planlegge dagene.
- Datteren til Marit kjenner seg trygg på at alle medisiner alltid blir tatt til rett tid.

Medisindispenseren har blitt et viktig hjelpemiddel for at hjemmetjenesten skal kunne yte nødvendig helsehjelp og samtidig ivareta brukerens behov på best mulig måte.

Dette har også gitt økonomiske gevinster for tjenesten. Antallet besøk har blitt redusert fra tre til en per dag, noe som betyr at kapasiteten kan brukes til å yte omsorg andre steder i tjenesten. Som figuren nedenfor viser, anslår kommunen at de årlige besparelsene er på nærmere 50.000 norske kroner. På sikt kan en indirekte gevinst også være at behovet for sykehjemsplass utsettes.

Figur 15 - Kostnadssammenligning med og uten velferdsteknologi i perioden 2020-2023.



Navn: Håkon

Alder: 45 år

Bosituasjon:
Bor alene

Interesser:
Fotball og ski

Sykdomshistorie:
Sarkoidose og nedsatt funksjonsevne

Velferdsteknologi:
Elektronisk pilledosett

Bakgrunn
Håkon er relativt ung til å motta hjemmetjenester. Han interesserer seg for sport, og jobber deltid i dagligvarebutikk. Siden han glemte å ta flere av medisinene sine startet hjemmetjenesten med daglige medisineringsbesøk. Dette var ikke en løsning Håkon var fornøyd med. Besøkene kom sjeldent til avtalt tidspunkt, noe som ga lite forutsigbarhet og førte til at Håkon måtte utsette eller avlyse andre aktiviteter.

Innføring av velferdsteknologi
Det ble konkludert med at elektronisk pilledosett kunne være en god løsning for Håkon. Tildelingen gjorde at antall daglige besøk ble redusert fra fire til to. Selv om Håkon glemmer å ta enkeltdoser en gang iblant, er begge parter enige om at dette er en løsning som er bedre enn alternativet.

Gevinster
Håkon er stort sett fornøyd med løsningen. Han opplever mye større frihet i hverdagen, og det har gitt han en følelse av egenmestring. Dette er svært viktig for en mann på 45 år.

Hjemmetjenesten har også registrert gevinster:

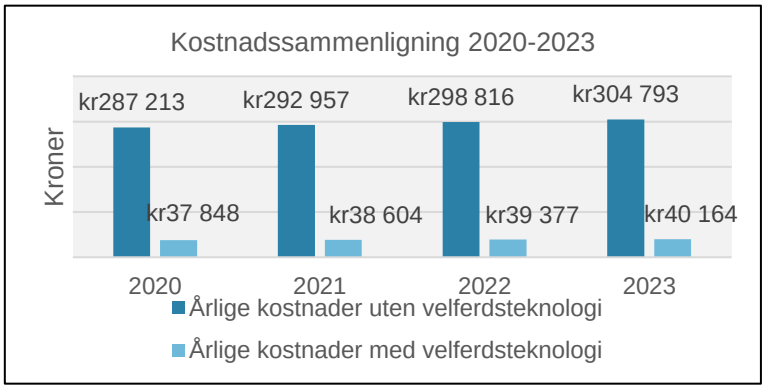
- Frigjort tid. Antall besøk har blitt redusert fra fire per dag til to per uke, noe som også reduserer tidsbruk til kjøring betraktelig.
- Unngåtte kostnader. En såpass stor nedgang i antall besøk gjør besparelsene knyttet til både lønnsutgifter og kjøring betraktelige.

Som grafen nedenfor illustrerer, er de årlige unngåtte kostnadene forventet å være ca. 250.000 norske kroner i året.

Tross de positive effektene har det også oppstått noen utfordringer:

- Ansatte syntes det er vanskelig å skifte brett i dosetten. Dette stiller krav til god opplæring.
- Det er flere feilvarslinger, noe som skaper irritasjon hos brukeren. Hjemmetjenesten jobber aktivt med opplæring av Håkon for å unngå dette problemet.
- Ikke absolutt alle pillene blir tatt. Til tross for dette er løsningen bedre enn hva som ville vært alternativet.

Figur 16 - Kostnadssammenligning med og uten velferdsteknologi i perioden 2020 - 2023.



Navn: Morten

Alder: 40

Bosituasjon: Egen leilighet

Interesser: Litteratur

Sykdomshistorie: Utviklingshemming

Velferdsteknologi: Video-kommunikasjon/ NHN Join

Bakgrunn

Morten har utviklingshemming og mottar derfor hjelp fra miljøarbeidertjenesten til en del praktiske gjøremål i hverdagen. Tidligere mottok han besøk fem ganger i uken, blant annet for hjelp til å handle og lage mat. Dersom Morten går alene til butikken kjøper han ofte usunn mat, noe som har gitt problemer med vekt og helse. Morten liker ikke denne ordningen, og mistrives med å ha noen som må passe på han i butikken. Han ønsker i større grad å klare seg på egenhånd.

Innføring av velferdsteknologi

Med koronapandemien som en utløsende årsak valgte miljøarbeidertjenesten å erstatte flere av de ukentlige besøkene med videobesøk. De har valgt å ta i bruk Norsk Helsenett sin løsning, Join. Dette er en sikker løsning, hvor det er enkelt for Morten å logge inn uten noe annet utstyr enn smarttelefonen sin.

Nå foregår handling på butikken stort sett med veiledning over video. Morten får beskjed når det er tid for å handle, så ringer han dem opp igjen når han kommer på butikken. Dette gjør at han kan handle alene uten å ha ansatte «på slep». Oppfølgingssamtaler og møter kan også i større grad skje digitalt.

Gevinster

To av de fem ukentlige besøkene har blitt erstattet med video. Dette har frigjort kapasitet som kan brukes der behovet for fysisk bistand er større. Det har også gitt viktige personlige gevinster for Morten:

- Han går på butikken alene, noe som er viktig for Mortens selvstendighet og egenmestring.
- Han kan lage middag på egenhånd med veiledning over video, noe som oppfattes som mye bedre enn at noen står og ser på han gjøre det.
- Morten fremstår som mye mer deltagende i samarbeidsmøter med kommunen. Tjenesten opplever at han tør å være mer tydelig rundt sine behov når det skjer over video, og han har selv uttrykt at han føler seg mer likeverdig når møtene foregår digitalt.

Generelt har Morten blitt mer fornøyd med tilværelsen. Video har gitt mer fleksibilitet, økt selvbestemmelse og han føler seg mer likeverdig siden han kan løse flere hverdagslige gjøremål på egenhånd.

Det er ikke dokumentert noen økonomiske gevinster tilknyttet denne brukerhistorien.

Navn: Trygve

Alder: 78

Bakgrunn

Trygve beskrives av de ansatte i kommunen som en likandes kar med godt humør. Tidligere har han både spilt i band og kjørt motorsykkel. På sine eldre dager har han dessverre blitt rammet av ganske hard demens, og sliter blant annet med mangel på tidsperspektiv. Han bor fremdeles hjemme med kona, men han er stadig på dagsenter og har rullering på sykehjemmet i bygda. For en mann med demens er det utfordrende å være på så mange ulike steder uten at det oppstår forvirring, panikk og frustrasjon.

Bosituasjon: Egen bolig sammen med kona **Interesser:** Musikk, motorsykkel og engelsk fotball **Sykdomshistorie:** Demens **Velferdsteknologi:** MinMemoria, app for personer med demens	<u>Innføring av velferdsteknologi</u> Sammen med 9 andre brukere i Bjørnafjorden, tok Trygve i bruk MinMemoria-appen i september 2020. Appen gjør det mulig å dokumentere livshistorien til Trygve digitalt, hvor bildebruk er sentralt. Den gjør det også mulig å dokumentere det som skjer i nåtid. Appen kan oppdateres kontinuerlig med hendelser, bilder og notater fra ting som skjer i hverdagen. Trygve sin kone og andre pårørende får også tilgang i appen slik at de kan følge med på hva som skjer og bilder som blir lagt ut. Målet er at livshistorien skal følge brukeren sømløst. Det er viktig å påpeke at dette er en tjeneste som kommer i tillegg, og ikke erstatter noen av de andre tjenestene han mottar fra kommunen. <u>Gevinster</u> Trygve er veldig fornøyd med de positive effektene MinMemoria-appen har hatt på han i hverdagen. I tillegg har det gitt gevinster for både pårørende og de ansatte: - I situasjoner hvor Trygve ikke skjønner hvor han er og hva som skjer, bruker de appen. Dette gjør at panikken forsvinner og han blir mye roligere enn hva han ellers ville vært. - Trygve kan bruke appen til å vise frem ting han er stolt av. - Det er enklere for de ansatte å raskt bli kjent med Trygve og sette seg inn i bakgrunn, relasjon og interesser uten bistand fra pårørende eller andre ansatte. Dette er veldig nyttig med tanke på at han både er på dagsenter og på sykehjemmet, og at det er mange ulike ansatte innom (studenter, vikarer) til ulike tidspunkt. - Trygve kan bruke appen til å fortelle kona hva han har gjort gjennom dagen. Dersom de er på utflukter dokumenterer de hvor de har vært, hvor de har kjørt, hva de har spist osv. - De pårørende har bedre samvittighet og kan bruke appen til å se at Trygve har det bra i hverdagen, etter hvert som det publiseres bilder. I kombinasjon med andre tjenester som leveres av kommunen gjør dette at Trygve kan bo hjemme lengst mulig sammen med kona. *Det er ikke dokumentert noen økonomiske gevinster tilknyttet denne brukerhistorien.*

Nedenfor beskrives et utvalg av erfaringer og gevinster fra ulike kommuner som har tatt i bruk ulike typer velferdsteknologi:

Lillesand kommune **Fylke**: Agder fylke **Befolkning**: 10.500 innbyggere	<u>Bakgrunn</u> Lillesand kommune hadde tidligere analoge trygghetsalarmer hvor varslingene gikk direkte fra brukerne til de ansatte i hjemmetjenesten. I gjennomsnitt mottok hjemmetjenesten omtrent 500 alarmer i måneden, tilsvarende 6.000 i året. I gjennomsnitt bruker de ansatte 20 minutter på å håndtere hver alarm, noe som totalt tilsvarer 2.000 timer årlig. <u>Innføring av digitale trygghetsalarmer</u> Med bakgrunn i dette valgte Lillesand i 2018 å starte utskiftningen fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Alle alarmene er nå koblet opp til responssenteret i Kristiansand som mottar alarmer og sender videre til hjemmetjenesten dersom det er behov for dette. Digitale trygghetsalarmer tillater også teknisk overvåkning som sikrer kontroll av at alt fungerer 24/7. Teknisk personell har ansvaret for denne

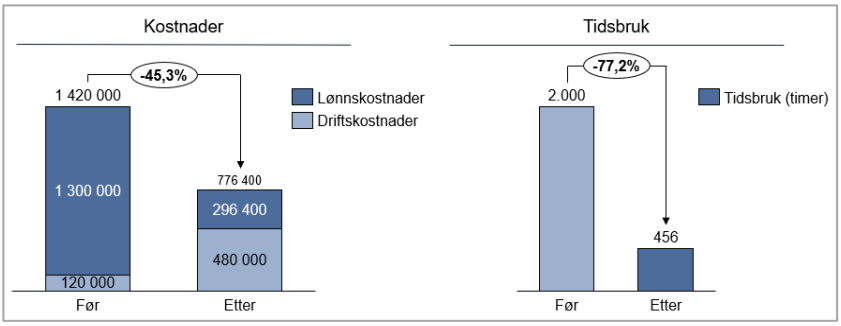
oppgaven.
I 2020 registrerte responssenteret i gjennomsnitt 274 alarmer fra Lillesand i måneden, hvor 114 av disse ble sendt videre til hjemmetjenesten. Dette er en ganske betydelig nedgang fra de 500 alarmene som tjenesten fikk per måned tidligere.

<u>Gevinster</u>
For å dokumentere gevinster knyttet til utskiftning av trygghetsalarmene gjennomførte Lillesand målinger både før (2017) og etter (2020). Resultatene viser at:

- Antall alarmer til hjemmetjenesten ble redusert fra 6.000 til 1.350 per år, en nedgang på over 70%.
- Responssenteret har en avklaringsgrad på 50-60%, noe som sparer hjemmetjenesten for mye tid.

Selv om de digitale trygghetsalarmene har høyere driftskostnader, er nettogevinsten fortsatt positiv på grunn av den unngåtte tidsbruken i hjemmetjenesten. Endring i kostnader og tidsbruk er oppsummert i figurene nedenfor:

Figur 17 - Endring i tidsbruk og kostnader, trygghetsalarmer i Lillesand.



Årsaken til at driftskostnadene er høyere, er at de nå betaler lisens til leverandør for programvare som snakker med responssenter og administrasjonssystem, samt kostnad til responssenteret for den tjenesten de leverer.

De ansatte er fornøyde med tjenesten da pågangen fra trygghetsalarmene er mye lavere. Dette gjør at de kan fokusere på de faste gjøremålene. Driftskostnadene er høyere, men hjemmetjenesten har frigjort nærmere 1.500 timer i året. Med bakgrunn i dette tallgrunnlaget er den årlige gevinsten estimert til å være nærmere 650.000 norske kroner.

Vik kommune

Fylke:
Vestland
Befolkning
2.500 innbyggere

Bakgrunn
Hjemmetjenesten i Vik kommune har flere brukere med behov for tilsyn på natt, samt flere ganger om dagen. Selv om det gjennomføres fysiske tilsyn på natt, er det likevel knyttet usikkerhet til det resterende tidsrommet hvor brukerne er alene. Tjenesten opplevde også at tilsynene på natt tok mye tid, og det påløp mye kostnader til kjøring.

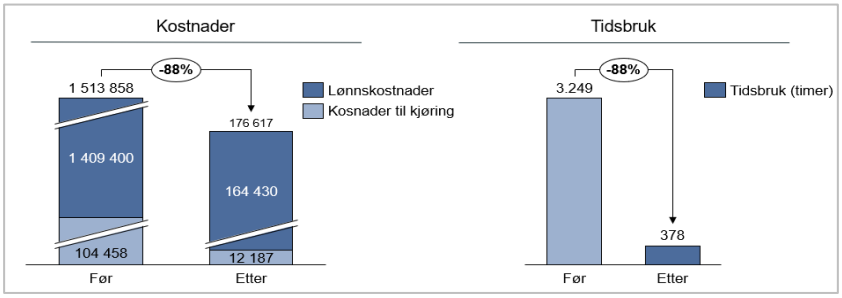
Innføring av digitalt tilsyn
Med bakgrunn i dette, valgte Vik i 2019 å starte implementeringen av digitalt tilsyn. De tok da i bruk sengealarm på sykehjemmet og installerte døralarmer til de hjemmeboende. Det var ulikt fra bruker til bruker hvor mange fysiske tilsyn som tidligere ble gjennomført hver natt, men det varierte typisk fra 1-2 besøk. Nå, etter at alarmene er tatt i bruk rykker hjemmetjenesten kun ut dersom alarmen utløses. På sykehjemmet er antallet fysiske tilsyn fortsatt minst 1, da de er pliktig å gjennomføre med hensyn til brannsikkerhet. De største fordelene er uansett knyttet til de hjemmeboende.

Gevinster
Både brukerne selv og de ansatte i tjenesten har opplevd flere gevinster etter at de tok i bruk digitalt tilsyn:

- De ansatte opplever større ro og bedre tid til brukere som trenger tettere oppfølging.
- De ansatte opplever økt mestring i sin arbeidshverdag og mindre frustrasjon over oppgaver som oppleves som tidstyver.
- Innføringen av digitalt tilsyn på sykehjemmet har ført til mindre uro som følge av at enkelte brukere går inn på andre beboere sine rom. Sykehjemmet har også registrert færre fallhendelser og dermed unngått unødvendige tilsynsbesøk på natt.
- Brukerne opplever bedre søvn og døgnrytme, som fører til bedre funksjon på dagtid og redusert fallfare.

I tillegg til de kvalitative gevinstene har det også gitt utslag på flere kvantitative parametere. Hjemmetjenesten sparer tid til fysiske tilsyn, noe som også gir redusert tidsbruk og kostnader til kjøring. Dette gjør at kapasiteten kan brukes andre steder hvor behovet er enda større. Nedenfor følger en oppsummering av målingene som kommunen selv har gjort før og etter oppstart av tjenesten med digitalt tilsyn.

Figur 18 - Endring i tidsbruk og kostnader, digitalt tilsyn på natt i Vik



Beregningene er en akkumulering av totalt 9 brukere i hjemmetjenesten som har mottatt digitalt tilsyn på natt.
Før: Hjemmetjenesten gjennomførte 2 besøk hver natt per bruker. Hvert besøk tok 1/2 time inkludert kjøring. Per bruker var den årlige tidsbruken dermed 360 timer i året.

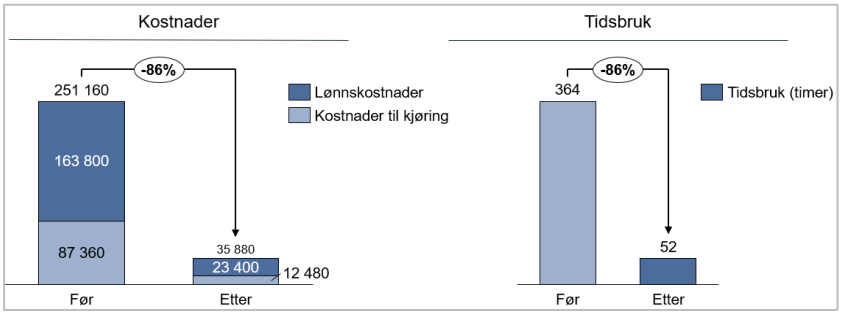
	Etter: Det har i gjennomsnitt blitt registrert 7 fysiske tilsyn over en periode på 30 dager per bruker. Det utgjør en total tidsbruk på 42 timer i løpet av året. Totalt kan kommunen vise til reduserte personalkostnader på over 1,2 millioner norske kroner ved unngåtte tilsyn på natt. I tillegg beregnes det en reduksjon i transportutgifter på ca. 90.000 norske kroner knyttet til unngåtte hjemmebesøk på natt til brukere med hjemmetjenester. I beregningene er kommunens egne lønnskostnader og satser for kjøring lagt til grunn.[5] Beregningene er ment for å illustrere unngått ressursbruk. Den faktiske gevinsten vil også avhenge av kostnader til teknologi, oppstartskostnader, uttakseffektivitet osv. Tallene gir uansett et godt bilde av hvordan digitalt tilsyn kan bidra til å effektivisere tjenesten. *«Vi har fått bedre kvalitet på tjenesten, men likevel er jeg bekymret for utfordringen vi står ovenfor fremover i kommunen. Vi må bli flinkere til å avslutte tjenester og besøk, samtidig som vi evaluerer tiltakene som er gjort – om det er behov for økt eller redusert tjeneste».*

Kinn kommune **Fylke**: Vestland **Befolkning** 17.000 innbyggere	<u>Bakgrunn</u> I likhet med de fleste andre kommuner, opplevde hjemmetjenesten i Kinn kommune stor arbeidsmengde og tidspress på morgenen. Dette fordi mange brukere har behov for hjelp til medisinering og andre dagligdagse oppgaver. Ressursbehovet er typisk mye større enn senere på dagen, noe som gir en skjevfordeling i arbeidsbelastning. <u>Innføring av elektronisk medisineringsstøtte</u> For å løse dette problemet så Kinn det som en mulighet å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte. De valgte å ta i bruk både enkel medisingeringsstøtte i form av Pilly, og mer avansert medisineringsstøtte i form av Evondos multidosedispenser. <u>Gevinster</u> Ved å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte har hjemmetjenesten i Kinn klart å redusere hjemmebesøk og justere de resterende hjemmebesøkene ved å forskyve enkelte oppgaver til andre tidspunkt. Dette har ført til mindre arbeidstrykk på morgenen. Brukerne føler seg tryggere på at de får rett medisin til rett tid, og synes det er enklere å planlegge hverdagen.

[5] https://www.skatteetaten.no/satser/bilgodtgjorelse-kilometergodtgjorelse/

En eksempelcase fra en bruker i Kinn viser at kommunen har unngått årlige kostnader tilsvarende 210.000 norske kroner. Utviklingen i forbruk av tjenester er gjenspeilet i figurene nedenfor:

Figur 19 - Endring i tidsbruk og kostnader, innføring av Pilly i Kinn



Etter at denne brukeren tok i bruk Pilly, ble antall besøk redusert fra 1 besøk hver dag til 1 besøk per uke. Dette har gitt store fordeler, da dette er en bruker som bor langt unna og det er nærmere 3 mil kjøring hver vei. Totalt har kommunen dokumentert over 75.000 norske kroner i unngåtte kostnader til kjøring og over 300 timer frigjort tid i tjenesten, kun hos denne ene brukeren.

Per 1. mars 2021 hadde Kinn totalt 7 Pilly og 17 Evondos i drift i tjenesten.

«Medisindispenseren er en god venn!»

Hvaler kommune

Fylke:
Viken
Befolkning
4.500 innbyggere

Bakgrunn
Hvaler kommune har gjort en rekke innovative tiltak under koronapandemien. Som følge av restriksjoner og besøksforbud ved kommunens sykehjem, mistet beboerne kontakten med sine nærmeste.

Innføring av nettbrett til digitale besøk
Kommunen gikk raskt til anskaffelse av 10 KOMP Pro. Dette er en videoløsning utformet som et nettbrett, som tillater sikker kommunikasjon mellom helsetjeneneste og bruker/pasient. Det kan også opprettes kommunikasjon med de pårørende. Løsningen er spesielt egnet for de som ikke mestrer smarttelefon og nettbrett. Løsningen gjør det mulig for sykehjemsbeboerne å snakke med pårørende når det ikke er gjennomførbart med fysiske besøk.

Gevinster
Brukerne opplever økt livskvalitet og trygghet som følge av at de får opprettholdt kontakten med pårørende og ansatte gjennom beskjeder, bilder og påminnelser. En bruker forteller at han nå har familie i «hele» Norge som ofte kommer på besøk, mens en annen forteller at han får «treffe» barnebarn og oldebarn oftere enn noen gang. Sykehjemmet kan vise til gevinster i form av økt livskvalitet og at det er enklere å opprettholde hverdagslige vaner for både brukere og pårørende. Ansatte har fått frigjort tid og kommunen kan vise til reduserte kjøreutgifter og økt kvalitet i tjenesten som følge av økt mulighet for oppfølging og økt trygghetsfølelse.

	«Vi gleder oss over investeringen og håper mange flere får glede av velferdsteknologien. Vi kaller det kortreist lykke!».

1.2 Utprøving av velferdsteknologi til barn og unge

Utprøvingsprosjektet for velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser har pågått i samarbeid med flere norske kommuner og regionale prosjekter siden 2015. Formålet har vært å identifisere og prøve ut tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger. Målet har vært å gi barn og unge økt livskvalitet i form av mestring, normalisering og selvstendighet, samt å avlaste foreldrene. I perioden 2015 - 2020 har ca. 60 barn og unge vært aktive i prosjektet.

I 2021 ble prosjektet utvidet fra seks til ti regionale prosjekter. Av de nåværende ti prosjektene, har tre av dem vært med helt siden starten i 2015. Dette er Steinkjer (Inn-Trøndelag), Drammen og Bodø. I tillegg har Farsund, Karasjok, Lørenskog, Molde, Sunnfjord (E-helse Vestland), Sykkylven (MiSU) og Trondheim nylig blitt en del av utprøvingen. Ytterligere prosjekter vil slutte seg til utprøvingen i løpet av høsten 2021.

1.2.1 Utprøvde teknologier

De seks opprinnelige prosjektkommunene (2015-2020), Bodø, Drammen, Horten (i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelser), Risør, Steinkjer og Ålesund, har prøvd ut et bredt spekter av teknologier, tjenester og virkemidler. Det er ikke snakk om testing i stor skala, men individuell utprøvning basert på den enkeltes behov.

Tabell 2 - Utprøvde teknologier for barn og unge

Teknologi	Beskrivelse / Bruksområdet	Kommune(r)
Aktiv Fritid	App hvor arrangør kan formidle informasjon om aktiviteter og arrangementer ved hjelp av lettlest tekst, symboler mm.	Ålesund
AV1	Kommunikasjonsrobot som gjør at barn med langtidsfravær kan delta sosialt og i undervisning via app eller pc.	Steinkjer, Risør
Geocaching	En aktivitet som kan sammenlignes med orientering hvor barn bruker GPS til å lete etter poster eller «cacher». Bidrar til aktivisering og økt koordinering hos barna.	Risør
GPS-klokke	Klokke som kan brukes til sporing, sette opp «geofence» og toveis kommunikasjon. Dette gjør at barna kan oppholde seg mer alene og dermed bli mer selvstendige.	Risør, Drammen
HandiOne	Håndholdt enhet som minner barna på alle gjøremål i løpet av dagen. Det kan være pussing av tenner, spise frokost, pakke sekken el. Tillater mer selvstendighet og mindre masing fra foreldre.	Steinkjer, Drammen, Bodø
HandiKalender	Tids- og planleggingsverktøy som tilbys for Android-telefoner.	Steinkjer
Iphone/Ipad	Siri gjøre det enklere å starte taleanrop på egenhånd, samt at kart og kalender er nyttige verktøy for orientering og planlegging. Benyttes som plattform til andre apper.	Risør
JodaCare	Kommunikasjonsplattform hvor de ulike partene kan utveksle informasjon, dele kalender, bi beskjeder, ha samtaler osv.	Horten

MEMOplanner	Tids- og planleggingshjelpemiddel som skal gjøre det enklere for barna å få kontroll og forutsigbarhet i hverdagen.	Steinkjer, Ålesund, Bodø
MEMOtimer	Hjelpemiddel som hjelper barna med å forstå tid bedre. Forteller eksempelvis hvor lang tid en aktivitet tar ved at lys slukker etter hvert som tiden går.	Steinkjer
Mobilize Me	En app utviklet for å hjelpe mennesker med kognitive vanskeligheter.	Drammen
Pianomatte	Spiller ved å tråkke på tangentene. Oppleves som veldig populært og barna kommer i fysisk aktivitet.	Risør
RollTalk	Talemaskin som styres ved hjelp av touchskjerm. Bidrar til at barn med talevansker kan uttrykke seg muntlig.	Ålesund
SkoogMusic	Elektronisk musikkinstrument som styres via app. Gjør at personer uten evne til å spille vanlige instrumenter kan oppleve mestring.	Risør
Playstation	Spillkonsoll som kan bidra til fysisk aktivitet, kunstnerisk utfoldelse, sosial omgang og er intellektuelt utfordrende.	Risør
VR-briller/VR-kamera	Kan brukes til å teste ut nye omgivelser for barna hjemme i trygge omgivelser. Det kan også bidra til at man får oppleve og se ting som ellers ikke er mulig.	Risør, Ålesund, Bodø

1.2.2 Oppnådde gevinster

Prosjektkommunene leverte i 2020 hver sin sluttrapport hvor de blant annet vurderte måloppnåelse og gevinster ut ifra definerte mål.

1. Barn og unge med funksjonsnedsettelser kan i større grad delta på og mestre fritidsaktiviteter.
2. Barnas pårørende har opplevd økt trygghet og redusert belastning.
3. Prosjektet har bidratt til økt samarbeid mellom kommunen og frivillig sektor, samt på tvers av tjenesteområder og sektorer i den enkelte kommune.
4. Prosjektet har bidratt til å skape kunnskap, kompetanse- og arbeidsverktøy, metoder og tjenestemodeller for implementering av velferdsteknologi ovenfor målgruppen.

Dokumenterte gevinster er i hovedsak kvalitative og relatert til redusert tidsbruk:

- Barna blir mye mer selvstendige.
- Barna føler at hverdagen blir normalisert. De klarer flere oppgaver på egenhånd og kan lage avtaler med venner uten involvering fra voksne i alt de gjør.
- Både barn og foresatte opplever økt trygget ved bruk av teknologi.
- Enkelte prosjekter har dokumentert redusert tidsbruk i hverdagen.
- Ansatte i skolen får færre henvendelser fra barn relatert til tid og struktur. Hjelpemidler gjør det enklere å styre dette på egenhånd.

1.2.3 Måling av gevinster

Brukergruppen har langsom progresjon og gevinstene oppnås over tid. Kommunene må derfor sette delmål og jobbe med målrettede tiltak for å kunne dokumentere økt selvstendighet og mestring over tid. Prosjektkommunene opplever derfor et stort potensial for økonomiske besparelser dersom tidshorisonten for tiltakene utvides. Barn og unge har lang gjenværende levetid og investeringskostnadene for teknologi er relativt lave. Dersom velferdsteknologi kan

bidra til redusert behov for praktisk bistand, utdanning på høyere nivå og tidligere inntreden i arbeidslivet, er det samfunnsøkonomiske potensialet enormt.

1.2.4 Eksempler på gevinster

Casene gjengitt under er virkelige, anonymiserte caser fra utprøvingsprosjektet for velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser.

 Navn: Heine **Alder**: 14 år. **Interesser**: Dataspill og være med venner. **Diagnose**: Nedsatt funksjonsevne. **Teknologi:** MEMOplanner og mobiltelefon	<u>Bakgrunn</u> Heine sliter med kognitiv svikt og har derfor behov for mye bistand i hverdagen. Han trenger hjelp til å kommunisere med venner via SMS, har behov for påminnelser til alle hverdagslige gjøremål, og blir kjørt av taxi til og fra skolen hver dag. Situasjonen gjør at alle sosiale aktiviteter blir organisert av foreldrene. Som 14-åring kjenner Heine på et behov for å være mer selvstendig uten at foreldrene har innsyn i absolutt alt han gjør. <u>Innføring av velferdsteknologi</u> Under utprøvingsprosjektet tok Heine i bruk MEMOplanner, slik at han selv kan organisere hverdagen og få påminnelser om alt som skjer. Han fikk også tildelt en tilpasset smarttelefon, blant annet med mulighet for å lese inn tekstmeldinger. Dette har gitt store personlige gevinster for Heine. Han kommuniserer med venner og avtaler fritidsaktiviteter på egenhånd. Foreldrene slipper å minne han på alle gjøremål. Dette har gjort Heine mer selvstendig og han har nå et privatliv. Han har også blitt tryggere slik at han kjører selv i rullestol til og fra skolen. Det har gitt en liten kostnadsbesparelse.

 Navn: Emil **Alder**: 8 år. **Interesser**: Kjøretøy og musikk. **Diagnose**: Risikogruppen for COVID19. **Teknologi:** Roboten AV1.	<u>Bakgrunn</u> I likhet med veldig mange andre barn, har Emil under koronapandemien sett frem til å komme tilbake på skolen igjen. Han er i risikogruppen og må derfor være svært forsiktig slik at han ikke blir smittet. Både foreldrene og Emil selv har et sterkt ønske om at han får delta i skolegangen, og være en del av fellesskapet sammen med klassekameratene. <u>Innføring av velferdsteknologi</u> Emil har derfor fått tildelt en AV1-robot som en del av utprøvingsprosjektet. Han sitter nå i et eget grupperom på skolen og følger undervisningen via roboten, som han styrer med app. Dette har gitt gevinster. I tillegg til å redusere smitterisikoen betraktelig har det også gjort at Emil har blitt mer aktiv i klasserommet. Roboten har også redusert stressnivået til Emil, og han syntes det er veldig kult å få bruke teknologien. Tilbakemeldingene har vært utelukkende positive fra alle involverte parter.

 Navn: Petter	<u>Bakgrunn</u> Petter mangler tidsbegrep og sliter derfor med god struktur i hverdagen. Feil i nervesystemet gjør også at han sliter med språk og å gjøre seg forstått blant andre. Dette skaper mye frustrasjon og negativ atferd. Petter har også hatt utfordringer med å finne veien hjem igjen på egenhånd, noe som gjør at han alltid må ha noen med seg. Det viktigste for Petter er mer frihet i hverdagen slik at han kan føle

Alder: 15 år **Interesser**: Friluftsliv og spill **Diagnose**: Feil i nervesystemet, psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. **Teknologi:** MEMOplanner, timestokken, spyl-tørk toalett og GPS-såle	seg mer selvstendig. Han ønsker å kjenne på egenmestring og vil ikke være noe annerledes enn annen ungdom. Innføring av velferdsteknologi Med bakgrunn i de behovene og ønskene som ligger til grunn har Petter tatt i bruk MEMOplanner, Timestokk, GPS-såle og spyl-tørk toalett. Disse har gitt gevinster for Petter på flere måter. Først og fremst har det hatt en veldig positiv effekt på språkutviklingen hans, noe som har gjort at han er mindre sint og oppgitt. Petter har også blitt mer selvstendig og føler mye større verdighet nå som han ikke må følges overalt. I tillegg har det også gitt gevinster for foreldrene. De har selv fått mer frihet i hverdagen og bekymrer seg mye mindre for Petter. Det er verdt å merke at det har vært noen utfordringer med opplesning av tekst, da den syntetiske talen fordreier uttalen på en del av ordene.

 Navn: Ida **Alder**: 8 år **Interesser**: Være med venner **Diagnose**: Sammensatte funksjonsnedsettelser **Teknologi:** GridPad PRO	Bakgrunn Ida har sammensatte funksjonsnedsettelser og trenger derfor mye bistand i hverdagen. Hun mangler blant annet måter å uttrykke seg på, noe som skaper mye frustrasjon. Ida får ikke sagt hva hun vil spise, hva hun vil gjøre eller hvordan hun føler seg. Dette skaper mange episoder med utagerende atferd både hjemme, på skolen og på avlastningen. Dette er krevende for både Ida selv, samt pårørende og ansatte. Innføring av velferdsteknologi Det ble gjennomført en grundig kartlegging og Ida har nå tatt i bruk alternativ supplerende kommunikasjon (ASK), nærmere bestemt en GridPad. Dette er en talemaskin, eller et kommunikasjonsverktøy, utformet som et nettbrett. Dette har vært til stor hjelp og gitt flere positive effekter for Ida. Nå kan hun selv uttrykke sine behov og hva hun ønsker å gjøre, noe som har gitt økt brukermedvirkning. Ida føler seg mer forstått av omgivelsene og menneskene rundt seg nå som hun kan ytre behovene sine. Etter hvert som Ida har blitt flinkere har hun også lært seg å uttrykke følelser. Det har vært en kjempegevinst at hun nå kan fortelle de hun er sammen med om hun er redd, sint eller glad. Det forekommer fremdeles dager med utagering, men antallet har blitt kraftig redusert etter at hun startet med alternativ supplerende kommunikasjon. *«Jeg vil bare si at jeg mener at alle mennesker som ikke kan uttrykke seg gjennom et godt verbalt språk, må få tilbud om ASK. Det mener jeg er helt avgjørende for et godt liv».* Ansatt i skolen

Nedenfor beskrives et utvalg av erfaringer og gevinster fra kommunenes ståsted:

Drammen kommune

Fylke:
Viken

Befolkning:
66.000 innbyggere

Innføring av aktivitetsplanlegging
Drammen har vært med i utprøvingsprosjektet siden det startet opp i 2015.

Gevinster
En ung gutt var tidligere observatør av andre barns aktiviteter. Etter at han tok i bruk et elektronisk planleggingsverktøy, opplevde både han og foreldrene mer struktur og forutsigbarhet i hverdagen. Hans deltagelse i aktiviteter med andre barn økte med 66 prosent. Denne forbedringen skjedde over en periode på kun fire uker.

Drammen kommune har også avdekket økonomiske gevinster i form av redusert ressursbruk. Besparelser knyttet til unngått taxikjøring og bruk av personlig assistent utgjør årlig nærmere 500.000 norske kroner. Det pekes også på at teknologien er tidsbesparende for brukerne fordi de selv enklere finner frem og har mindre behov for å søke hjelp hos ansatte og foresatte.

«Hans digitale kalender gir han melding om ulike aktiviteter og når disse skal avsluttes. Videre varsles det hvor og når han skal hentes. Nå er han selvstendig og tar buss til og fra aktiviteter i stedet for drosje. Med andre ord er det oppnådd en økonomisk gevinst».

Risør kommune

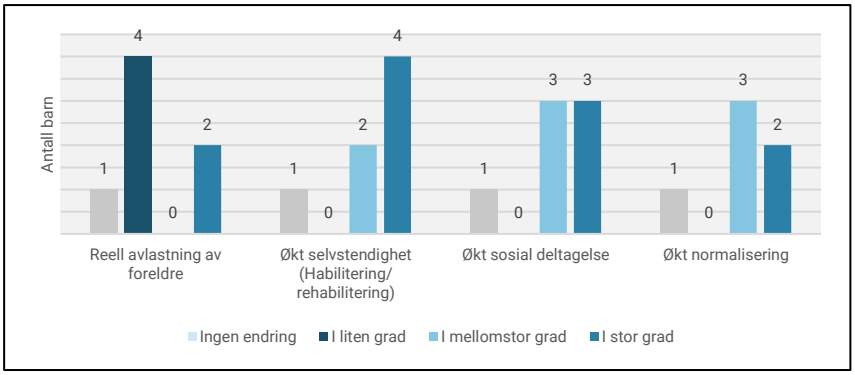
Fylke:
Agder

Befolkning:
4.600 innbyggere

Innføring av ulike teknologier og aktiviteter
Risør kommune har prøvd ut et bredt spekter av ulike teknologier, tjenester og virkemidler for å skape økt egenmestring blant barn og unge.

Gevinster
Risør påpeker at det ikke vil være mulig å måle effekten av gevinster som redusert avlastningsbehov på kort sikt. Kommunen har likevel dokumentert tendenser til nytteeffekter for både barn, familier og helse- og omsorgstjenesten. Dette gjenspeiles i gevinstoppsummeringen i figuren nedenfor, hvor 7 av 13 barn i prosjektet er representert.

Figur 20 - Dokumenterte gevinster fra Risør kommune



Gevinsten er størst for barna selv, både i form av økt selvstendighet, økt sosial deltagelse og økt normalisering. Avlastningen av foreldre er i noe mindre grad fremtredende i undersøkelsen. Risør kan også vise til økt kompetanse på området, noe som gir store fordeler for fremtidige tjenestemottakere. Innføringen har skapt bedre kommunikasjon og samarbeid med pårørende, og det er et potensial for overføring til andre målgrupper i kommunen.

KAPITTEL 2

Kostnader ved implementering av velferdsteknologi

2 Kostnader ved implementering av velferdsteknologi

Dette kapittelet redegjør for kostnadsbildet ved implementering av velferdsteknologi, og gir samtidig tips til kommuner knyttet til de ulike kostnadselementene. Erfaringer viser at det tar tid for kommunene å implementere teknologi som en integrert del av tjenesten og hente ut det fulle gevinstpotensialet. Det kan være utfordrende å se et positivt gevinstbilde i starten fordi det oppstår pukkelkostnader. I tillegg til investering i ressurser til å drive implementeringsprosessen og kjøp av teknologi, kreves det midler til opplæring og gradvise tilpasninger av tjenesten. Det er ikke uvanlig at tjenesten møter på en del frustrasjon som følge av at endringen kommer i tillegg til den vanlige oppdragsmengden. Over tid vil økt kunnskap og implementering av velferdsteknologi føre til større uttakseffektivitet i kommunene. Økt implementeringstakt vil også føre til større gevinster og synergier som følge av stordriftsfordeler.

Vi velger å dele i kostnadsbildet i to hovedkategorier:

1. Investerings- og oppstartskostnader
2. Drifts- og administrasjonskostnader

2.1 Trygghets- og mestringsteknologi

2.1.1 Investerings- og oppstartskostnader

Kommunene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram opplever en relativt bred aksept blant politikere og andre beslutningstakere i kommunen for å benytte investeringsmidler til velferdsteknologi. Listen med investerings- og oppstartskostnader under er ikke uttømmende, men gir en god oversikt over hva som forventes av påløpende kostnader ved implementering:

Investerings- og oppstartskostnadene består av:

- **Frikjøp av ressurser til å lede prosjektet og fremdrive endringen**. Her er det viktig at kommunene tar høyde for frikjøp av ressurser som kan ta ansvar for behovskartlegging, anskaffelser, leverandørsamarbeid, utarbeidelse av nye tjenesteforløp, prosedyrer, opplæring og informasjonstiltak ut til ansatte. Det er svært viktig at kommunen som et minimum prioriterer frikjøp av en prosjektleder som jobber tett med tjenesten, og helst bør det frikjøpes tid fra ansatte i tjenesten for oppgaver som superbruker og lignende i tillegg.
- **Gjennomføring av anskaffelse.** Anskaffelser av velferdsteknologi tar en del arbeidstimer. Det anbefales derfor at flere kommuner går sammen om anskaffelser, slik at ressurskostnaden kan fordeles på flere og man kombinerer kompetanse fra flere kommuner. Det er behov for at både ressurser med helsefaglig og IKT-faglig kompetanse bidrar med vesentlig tidsbruk i en slik anskaffelse. Det er ikke nok å allokere tid fra personell med ren innkjøpsfaglig kompetanse.
- **Oppgradering av teknisk infrastruktur, som WiFi-dekning på sykehjem og lignende.** Mye velferdsteknologisk utstyr kommuniserer over WiFi eller mobilnettet. Mange kommuner har opplevd at investeringer i pasientvarslingsanlegg krever vesentlig oppgradering av nettdekningen i boliger og på sykehjem. I tillegg opplever flere kommuner at det er behov for å anskaffe UPS, nødstrømsaggregatet og lignende for backup ved strømbrudd. Det bør tas høyde for minimum 30% påslag i kostnaden ved anskaffelser av pasientvarslingsanlegg til utbedringer av teknisk infrastruktur for dem som ikke har gjort disse oppgraderingene fra før.
- **Kjøp eller leie av programvare og utstyr.** De fleste leverandører av velferdsteknologi tilbyr både kjøp- og leiemodeller for utstyr, og programvare leies som Software as a service. Type plattform, kompleksitet, grad av tilpasninger for eksempel i form av integrasjoner, hvor mange typer utstyr kommunen skal benytte med mer, driver

kostnadene på dette området. Leverandørene har ulike prismodeller, og ved anskaffelser vil det være lurt å sikre seg at kommunen får et godt og realistisk overblikk over totalkostnadene både i investerings- og driftsår gjennom tilbudt pris under anskaffelsen. Mange kommuner opplever utfordringer knyttet til at kostnader i oppstartsfasen må gå av driftsbudsjettet og ikke kan tas over investeringsbudsjettet. Denne problematikken er omtalt ytterligere i avsnitt 4.5.3.

- **Engangskostnader knyttet til installasjoner hos hjemmeboende og på sykehjem.** Typiske engangskostnader knyttet til installasjoner av teknologi knytter seg gjerne til utbedringer av infrastruktur (eksempelvis nettdekning), installasjon av digitale trygghetsalarmer for hjemmeboende, installasjon av nytt pasientvarslingsanlegg og diverse oppkoblingskostnader som ikke gjentar seg etter investeringsåret.
- **Opplæring av ansatte.** De fleste kommuner både kjøper opplæringstjenester og driver opplæring selv. Ved utskiftning av teknologi, kjøper de aller fleste kommunene opplæringstjenester fra leverandørene. Noen få leverandører tilbyr nå digital mobil opplæring, og dette er ofte kostnadsbesparende. De fleste leverandører tilbyr klasseromsopplæring i ny teknologi, og dette gjøres gjerne idet et nytt pasientvarslingsanlegg installeres, eller når ny type trygghetsalarmer settes ut hos bruker. De fleste leverandører tilbyr også superbrukeropplæring, og det er superbrukerne som oftest har ansvaret for å holde personalet oppdatert på nye «releaser» av software og gjennomføring av opplæring i drift. Det er viktig å ta høyde for kostnader knyttet til frikjøp av personell som skal drive opplæring. Kostnaden til frikjøp overstiger ofte leverandørkostnadene på dette området.

Mange kommuner opplever ofte at oppstartsfasen kan være krevende, og at mange ansatte trenger ekstra tilrettelegging i tjenesten. Første fase med innkjøring hvor tjenesten skal jobbe på nye måter med brukerkartlegging og individuell tilpasning av teknologi tar tid. Motstanden i tjenesten kan bli stor, og denne fasen krever tett oppfølging av ansatte som følge av begrenset kunnskap til teknologiene. I tillegg rulles det ofte ut få enheter i oppstartsfasen, noe som fører til høyere kostnader per enhet når de faste kostnadene har færre enheter å fordele kostnadene på. Det gjør at kommuner ofte kan få et negativt eller svakt positivt gevinstbilde i starten. Når modenhet og erfaring blant ansatte øker, antas det at disse kostnadene reduseres.

Frem til nå har kommunene som deltar i programmet dekt investeringskostnadene delvis gjennom støtte til frikjøp av ressurser fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram og delvis gjennom midler fra Statsforvalteren. Kommunene dekker selv kostnadene knyttet til teknologi, inkludert omfattende infrastrukturoppgraderinger.

Fremover, i tiden etter Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, er det viktig at kommunene tar høyde for investeringsmidler til velferdsteknologi hvert år. Selv om man er i ordinær drift, vil det være muligheter for å ta i bruk ny teknologi og tjenester skal videreutvikles. Investeringsbudsjettene bør settes sammen av helse- og omsorgstjenesten og IKT i samarbeid.

2.1.2 Drifts- og administrasjonskostnader

Kommunene oppgir at de opplever noe større motstand fra lokalpolitikere knyttet til å få rom for økte drifts- og administrasjonskostnader i oppstartsfasen. Kommuner har knappe budsjetter, og vegrer seg derfor for å øke driftsbudsjettene. Dokumentasjon av gevinster fra tidlig fase i implementeringen er derfor viktig. Drifts- og administrasjonskostnadene består av:

- **Løpende kostnader til programvarelisenser og leie av utstyr.** Dersom kommunen leier utstyr, er dette en løpende driftskostnad. Leverandørene har ulike lisensmodeller, og man bør regne med at det både knyttes lisenskostnader til utstyr og til ren programvare. Kommunene bør passe på at det ikke trekkes lisenskostnader for ubrukt utstyr som ligger på lager.
- **Løpende supportkostnader.** Support er viktig, og kommunene velger ulike modeller for dette. Noen kommuner velger å ha førstelinjesupport internt, andre outsourcer hele supportfunksjonen på velferdsteknologi til leverandør. Før anskaffelser bør kommunen tenke gjennom på hvilke tider av døgnet support er viktig, og hvorvidt man skal abonnere på supporttjenester på helligdag / kveld / helg, eller betale for dette uttaksbasert.

- **Løpende kostnader til responstjenester.** Kommunene har i hovedsak valgt tre modeller for responstjenester: Alarmer rutes direkte til tjenesten, alarmer rutes via kommunal responstjeneste, eller alarmer rutes til ekstern responstjeneste bemannet av leverandør eller interkommunalt samarbeid. Det er sjelden kommunene velger kun èn modell. Bruker- og tjenestebehov styrer hvilken modell som passer best. Det er likevel viktig at kommunen regner på hva som lønner seg best, og veier dette opp mot kvalitetshensyn.
- **Løpende kostnader til nyinstallasjoner.** Mye velferdsteknologi er svært enkelt å installere, og dreier seg mer om å konfigurere utstyr og programvare snarere enn elektroinstallasjon. Ved førstegangsinstallasjon av pasientvarsling og digitale trygghetsalarmer velger mange å benytte tjenester fra leverandør. I drift har enkelte kommuner valgt å overlate alt til leverandør, mens andre benytter eget personal eller deler på oppgaven sammen med andre kommuner. Selv om utstyret ikke krever elektrofaglig kompetanse å sette ut til bruker, kreves det at man kan å konfigurere utstyret. I større grad enn før er det behov for spesialkompetanse, og det er derfor lurt å samarbeide med andre kommuner for å sikre kompetent personal og kontinuitet i driften.
- **Kostnader til koordinering og informasjon på tvers av tjenesten**. Tjenester med velferdsteknologi er sektorovergripende, og mange aktører på tvers av kommunale sektorer og eksterne bidragsytere er involvert. Koordinering på tvers og grundig informasjon til alle parter om tilgjengelige teknologier, tjenesteforløp, prosedyrer, support med mer er veldig viktig. Innbyggerne må holdes godt informert om eksisterende tilbud, slik at de vet hvor de skal henvende seg og hva kommunen tilbyr. Behovet for kommunikasjon og informasjon om tjenestene er derfor stort, og dette tar tid. Sett derfor av tid til dette når tjenesten er i drift.
- **Løpende kompetanseheving til ansatte om forløp, prosedyrer og teknologi (øker med høy turnover/mange små stillinger).** Ansatte har behov for løpende tilbud om kompetanseheving i nye produkter kommunen tar i bruk, og eksisterende og nye funksjonalitet. Erfaringer fra kommuner som deltar i Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at bevisst trykk på kompetanseheving i både prosedyrer og teknologi, sammenholdt med grundig informasjon er nøkkelen til å kunne ta ut gevinster fra velferdsteknologi. Det må derfor settes av tid og penger til løpende opplæringsbehov. Husk at det ikke bare er klinisk ansatte som har behov for opplæring. Tildelingsfunksjonen, IKT, eiendom m.fl. har ulike opplæringsbehov.
- **Brukerkartlegging.** Velferdsteknologi som en integrert del av tjenestetilbudet innebærer at tilbudet må omfatte både eksisterende og nye brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartleggings- og tildelingskriterier må vedlikeholdes, og som nevnt over må saksbehandlere som jobber med brukerkartlegging både kjenne tjenestetilbudet godt, gevinstene ved det, og vite hva som må kartlegges for å avdekke eventuelle teknologibehov. Noen kommuner har innført en førstegangskartlegging, for deretter å kalle inn personell med velferdsteknologikompetanse dersom det avdekkes av innbyggeren har behov som kan dekkes av teknologi.
- **Registrering av brukere i administrasjonsverktøy og øvrig dokumentasjon.** Velferdsteknologisk utstyr har alltid et administrasjonsgrensesnitt enten i velferdsteknologisk plattform, eller som en software som er koblet til utstyret. Nye brukere må legges inn i plattformen, og nødvendige innstillinger må konfigureres. Eksempelvis må tidspunkter for medisinering plottes inn i administrasjonsverktøyet for elektroniske medisindispensere. Denne administrasjonen krever tidsbruk av personalet som gjennomfører oppgaven. Kommuner som kan overføre pasientdata fra EPJ til velferdsteknologisk plattform, har en enklere oppgave med deler av denne brukeradministrasjonen, og sparer derfor tid.
- **Føring av data fra velferdsteknologi inn i journal.** Enkelte hendelser som fanges opp av velferdsteknologisk utstyr kan være journalverdig informasjon. Noen velferdsteknologiske plattformer har begrenset informasjonsutveksling med journal, andre har det ikke. Nasjonalt velferdsteknologiprogram prøver ut informasjonsutveksling sammen med noen utvalgte kommuner. Dette skal gi grunnlag for en fremtidig felles, standardisert måte å gjøre dette på. I dette arbeidet er det tatt frem en felles samhandlingstjeneste, Velferdsteknologisk Knutepunkt (VKP). Kommunene som deltar

på denne utprøvingen rapporterer at automatisk datautveksling ved hjelp av VKP gir tidsgevinster, ved at det ikke lenger er nødvendig med manuell journalføring av informasjon fra eksempelvis VFT-løsningene. Det er også flere kvalitetsmessige gevinster ved at all nødvendig data og informasjon overføres på korrekt måte til journalen, uten feilregistreringer eller mangler. Informasjonen blir også betydelig raskere tilgjengelig i journalen, noe som gir bedre mulighet for oppfølging fra helsepersonell.

- **Oppfølging av avvik og varsler fra teknologien**. Når vi innfører mer digital støtte i hverdagen, vil det også oppstå varsler om avvik og feil. Eksempelvis vil kommunen fange opp når batterier på trygghetsalarmer går ut, utfall av strøm og lignende. Disse avvikene må fanges opp av *noen*. Tidligere, da kommunene hadde analog teknologi på sykehjem og hos hjemmeboende, var det mer krevende å fange opp avvik, og ødelagt utstyr kunne forbli uoppdaget i lang tid. Digital teknologi gir fra seg flere varsler, og særlig mange varsler kan det oppstå i oppstartsfasen med digitale tilsyn før de er justert godt. Oppfølging av avvik tar tid, og dette er noe kommunen må organisere alene eller sammen med andre kommuner eller leverandør.
- **Vedlikehold av utstyr.** Utstyr som tas inn skal «resirkuleres» for å benyttes på nytt, batterier skal byttes, og det kan oppstå andre vedlikeholdsbehov utenom rengjøring. Kommunen må sørge for at det er tydelige roller og ansvar for dette, og at det settes av tid.
- **Lagerkostnader for utstyr.** De fleste kommuner velger å ha et lokalt lite bufferlager av utstyr det er stort behov for på kort varsel. Eksempler på dette er ekstra trygghetsalarmer til hjemmeboende og sykehjem, ekstra kamera, ekstra medisindosetter med mer. Noen kommuner velger å ha lageret hos leverandør, fordi leverandøren er geografisk nær. Andre velger å ha et lite bufferlager i kommunen, eksempelvis i tilknytning til hjelpemiddelsentralen. Lagerføring av produkter drar kostnader. Ved leieavtaler på utstyr, er det vanlig å kunne forhandle seg til å ikke måtte betale leie og lisenser på utstyr som ikke er i bruk.
- **Oppfølging og dialog med leverandører.** Forholdet til leverandører av velferdsteknologi varer ofte i minst 2-4 år, og oppfølging og dialog underveis er viktig. Det er behov for ren kommersiell avtaleoppfølging, og oppfølging og dialog om tjenestene leverandøren leverer. Kommunen må derfor sette av tid til samarbeid med leverandør og avtaleforvaltning.
- **Oppdateringer av programvareløsninger.** Selv om velferdsteknologiske plattformer leveres som skytjenester, er det arbeid for kommunen ved lansering av nye versjoner. De fleste plattformene har større oppdateringer hvert kvartal eller oftere. I tillegg kan det komme nye versjoner av software på utstyr. Kommunens jobb er å holde oversikt over versjoner, kommunisere ut til berørte ansatte i kommunen, og holde dialog med leverandøren om nødvendige grep, spesielt fra teknisk ståsted, fra kommunens side. Dette må det avsettes tid til. Ved å etterspørre teknologi fra leverandørene som kan fjernstyres, spares mye tid ved at personell slipper å reise ut til brukerne i forbindelse med oppdateringer. Tenk på dette ved gjennomføring av anskaffelse.
- **Vedlikehold av prosedyrer.** Tjenester med velferdsteknologi har prosedyrer knyttet til seg, og disse bør ligge enkelt tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem. Siden teknologien utvikler seg, må prosedyrer oppdateres ved nye versjoner. Kommer det nye tjenesteforløp og ny funksjonalitet til, må dette gjenspeiles i prosedyrer. Her må det settes av tid i tjenesten og personell med dedikert ansvar for dette.

De løpende driftskostnadene kan bli høye. Det er derfor avgjørende at små og mellomstore kommuner samarbeider om drift av tjenesten. Gevinstdokumentasjon og kostnadsoversikter fra kommuner i Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at tjenestene ikke oppnår gevinst om antall brukere er for lavt.

En større kommune som deltar i programmet, har dokumentert en årlig reduksjon i besøkstid på over 85 timer per bruker ved implementeringen av elektroniske medisindispensere. Dette tilsvarer en bruttobesparelse på 70.000 norske kroner per bruker per år. Når alle driftskostnader legges til grunn, viser nettoresultatet et tap for kommunen. Denne kommunen konkluderte med

at for å få gevinst, er det viktig å avdekke hvilke brukere som kan oppnå gevinst fra teknologien, sikre skala på implementeringen, strømlinjeformede prosesser og grundig opplæring av ansatte.

Tabell 3 - Kostnadsfordeling mellom de ulike oppgavene ved implementering av elektronisk medisindispenser i oppstartsfasen. Eksempel fra stor kommune.

Kostnader	Andel av totalkostnad
Brutto innsparing som følge av redusert antall besøk	100 %
Leie av dispenser	30 %
Opplæring av ansatte inkl. opplæring fra leverandør	30 %
Administrasjon og prosjektstøtte	7 %
Oppstartskostnader	39 %
Driftskostnader	74 %
Avslutning	1 %
Sum kostnader	182 %
Gevinst	-82 %

I tabellen ovenfor utgjør opplærings- og administrasjonskostnadene en svært høy andel av det totale kostnadsbildet.

Økningen i administrasjonskostnader pekes på som den største utfordringen for mange. Kommunene kan selv regulere flere administrasjonskostnader som opplæringskost, kostnader til programvare, utstyr, installasjon mv. ved å unngå for mange ulike teknologityper, samarbeide i interkommunale samarbeid og sette ut deler av arbeidet til andre for å oppnå skalaeffekter. I tillegg til å utnytte volumpotensialet vil kommunene oppleve mindre kostnader for tilrettelegging når kunnskapen til løsningen øker, og det blir færre feilsituasjoner som de ofte møter på i oppstartsfasen. Dette er med å øke driftssynergier og skape gevinster for kommunene.

Administrasjonskostnader knyttet til føring i journal og håndtering av avvik, varsler og registreringer på tvers av mange ulike administrasjonsverktøy oppleves som krevende i mangel på gode integrasjonsløsninger. Direktoratet for E-helse og Norsk helsenett arbeider med samhandlingsarkitektur, standardisering og nasjonale samhandlingstjenester som adresserer også dette behovet. Velferdsteknologisk knutepunkt er sentralt i dette arbeidet.

2.1.3 Økt omsorgskapasitet

Selv om teknologien fører til spart tid, kan ikke alltid årsverkene tas ut fordi de er smurt tynt utover ulike fagressurser på tvers av tjenesten. Derimot øker kommunens omsorgskapasitet, og denne kapasiteten kan bidra til håndtering av økte behov. Flere kommuner opplever et ønske om umiddelbare kostnadsbesparelser i driftsbudsjettet fra sine ledere. En slik kortsiktig beslutningshorisont kan føre til at mye av gevinstpotensialet ikke får tid til å modnes og at man ikke oppnår stordriftsfordeler.

2.2 Velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser

Velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser har flere samsvarende kostnadsdrivere med trygghet- og mestringsteknologi. Tjenesten skiller seg ut ved at skole- og oppvekstsektoren spiller en viktig rolle i tjenesteforløpene. Det er derfor behov for tett samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og skole- og oppvekstsektoren.

Prosjektene finansieres delvis fra nasjonalt nivå ved at kommunene mottar støtte til frikjøp av ressurser fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, delvis via midler fra Statsforvalteren, og delvis ved at kommunene finansierer tjenestene selv. Det er spesielt viktig å frikjøpe ressurser, ikke

bare i helse og omsorg, men også i skole- og oppvekstsektoren. Erfaringer fra kommunene i utprøvingen viser at det er spesielt behov for å inkludere ergoterapeuter i utviklingen av tjenestene.

2.2.1 Investerings- og oppstartskostnader

Disse investerings- og oppstartskostnadene er fremtredende for tjenester med velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser:

- **Opprettelse av prosjektgruppe og frikjøp av ergoterapeut for deltakelse i prosjektet.** Tjenester for barn og unge med funksjonsnedsettelse innebærer ofte tett kontakt med kommunale ergoterapeuter. Erfaringer fra den nasjonale piloten viser at frikjøp av ergoterapeut til arbeid i implementeringsprosjektet er viktig.
- **Opplæring av ansatte i forløp, teknologi og lovverk**. I tillegg til opplæringsutgiftene nevnt i kapittel 2.1, tilkommer det ofte ekstra opplæringsbehov knyttet til at forløp for barn og unge er mer komplekse (flere aktører, komplekse behov), det er et større mangfold av teknologi, og det er ofte mer krav til kompetanse i lovverket, eksempelvis knyttet til bruk av inngripende teknologi.
- **Etablering av samarbeid på tvers av helse og omsorgsektoren, oppvekst og utdanningssektoren, og NAV hjelpemiddelsentral**. Barn og unge med funksjonsnedsettelser beveger seg på tvers av tjenester på tvers av kommunen, NAV og helseforetaket. Tjenesteforløp med barn og unge krever samarbeid på tvers for at implementeringen av de nye tjenestene skal gå bra. Dette krever en oppstartskostnad for alle parter, for å sikre god forankring og enighet om behov på tvers av alle tjenestene.

Erfaringer fra kommunene i utprøvingsprosjektet viser at man ved anskaffelse av teknologi bør vurdere om teknologien dekkes av eksisterende innkjøpsavtaler, eller om det er mulighet for å gjøre direkteanskaffelser uten anbudsutsetting.[6]Dette trekkes spesielt fram ved velferdsteknologi til barn og unge, fordi det ofte er begrenset antall brukere som får tildelt de ulike teknologiene per kommune. Samtidig er mulighetsrommet for å ta i bruk ulike løsninger stort, og rommer alt fra teknologi til planlegging, språk- og kommunikasjonsteknologi, samhandlings- og spillteknologi, lokaliseringsteknologi, samt andre teknologier i samarbeid med NAV hjelpemiddelsentral.

På lik linje viser erfaringer fra kommunene at det er viktig å hensynta kostnader knyttet til opprettelse av samarbeid med NAV hjelpemiddelsentral i oppstartsfasen. Hjelpemiddelsentralen kan være en god pådriver for at nye teknologier inkluderes i hjelpemiddelporteføljen til kommunen, i tillegg til at tjenesten får informasjon om allerede tilgjengelige teknologier. Ved å få på plass godt samarbeid og informasjonsflyt på tvers, kan man unngå unødvendige kostnader og skap en bedre logistikk.

2.2.2 Drifts- og administrasjonskostnader

Tjenester med velferdsteknologi for barn og unge involverer flere fag- og sektorområder internt i kommunen, samtidig som tjenestene går på tvers av forvaltningsnivå. Helse- og omsorgssektoren og skole- og oppvekstsektoren har to ulike lovverk som ligger til grunn for tjenestene. Både nasjonale og kommunale prioriteringer og budsjetter er ulike for de to sektorene. Dette gjør samhandling og kostnadsfordeling ekstra krevende for tjenester med velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelser.

Det påløper betydelige driftskostnader knyttet til opplæring i bruk av teknologi til de unge brukerne av teknologi. Erfaringer fra kommunene viser at forsvarlig håndtering og bruk kan være krevende om ikke man blir gitt en grundig opplæring og oppfølging underveis.[7] Dette stiller også ekstra krav til vurdering av brukere for å tildele riktig utstyr. Grundig opplæring og

[6] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/velferdsteknologi-til-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelser/bakgrunn-og-oppdrag/teknologiene/anskaffelse
[7] https://ehealthresearch.no/files/documents/Rapporter/NSE-rapport_2019-05_Velferdsteknologi-for-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelser.pdf

oppfølging er derfor spesielt viktig for å unngå unødvendige driftskostnader.[8] Det må i tillegg påberegnes kostnader knyttet til saksbehandlings -og leveringstid fra NAV hjelpemiddelsentral.[9]

Steinkjer kommune har erfart at barn og unge som har tatt i bruk velferdsteknologi med positive effekter, kan ha redusert behov for teknologien etter en tidsperiode. Dette er en ung brukergruppe som raskt mestrer nye aktiviteter, noe som kan medføre at brukeren raskt ikke har behov for teknologien de har fått tildelt. Det kan derfor påløpe ekstra kostnader hvis dette ikke blir fanget opp ved fortløpende evaluering av tjenesten og brukerbehov.

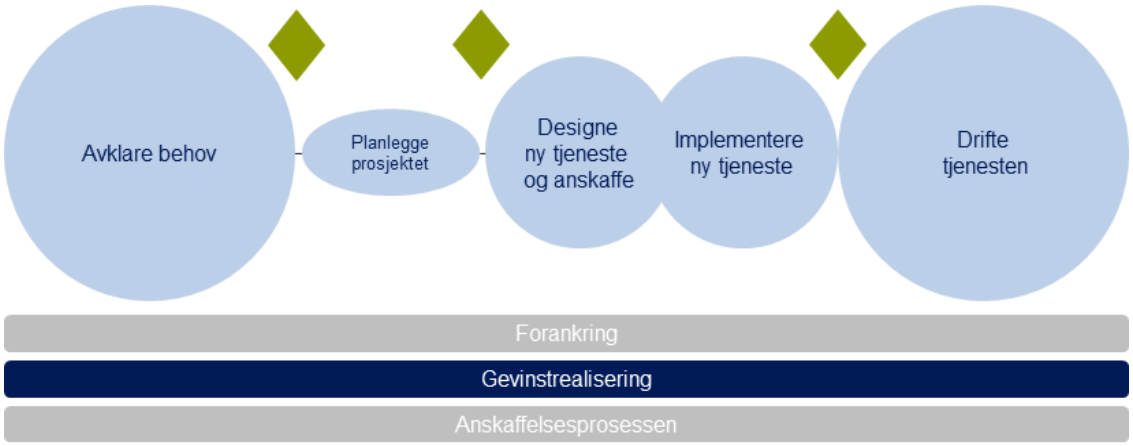
[8] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/velferdsteknologi-til-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelser/rad-fra-kommunene-hva-kreves-for-vellykket-implementering
[9] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/velferdsteknologi-til-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelser/vedlegg/Sluttrapport%20Steinkjer%20kommune.pdf/_/attachment/inline/e6c77797-6846-4aef-b547-85d941af0aed:6f644d66f330561b5e97065582930046f186347c/Sluttrapport%20Steinkjer%20kommune.pdf

KAPITTEL 3

Tips til gevinstrealisering

3 Tips til gevinstrealisering

Kapittelet refererer til fasene i Kvikk-guide til velferdsteknologi, og angir tips til gevinstrealisering per fase i arbeidet med implementeringen. Gevinstrealisering handler om å planlegge, gjennomføre og følge opp tiltak for å sikre realisering av gevinster og måloppnåelse.



3.1 Avklare behov

Før gevinstrealiseringsarbeidet starter er det viktig å ha et klart bilde av kommunens utfordringsbilde, og hva som ønskes oppnådd ved å ta i bruk velferdsteknologi. God planlegging, bred forankring og en felles forståelse er viktige kriterier for et vellykket gevinstarbeid.

3.1.1 Identifisere gevinster

Det første steget i arbeidet med gevinstrealisering er å avklare brukernes og tjenestens behov. I behovsarbeidet er det lurt å prioritere behov ut fra kost og nytte for brukerne, pårørende og tjenesten. Behovskartleggingen kan gjerne gjøres hypotesedrevet, istedenfor å gå bredt ut på tvers av hele tjenesten. Ledere og ansatte sitter gjerne med indikasjoner på hvor skoen trykker og behovet er størst, og behovskartlegging kan bekrefte eller avkrefte hypotesen.

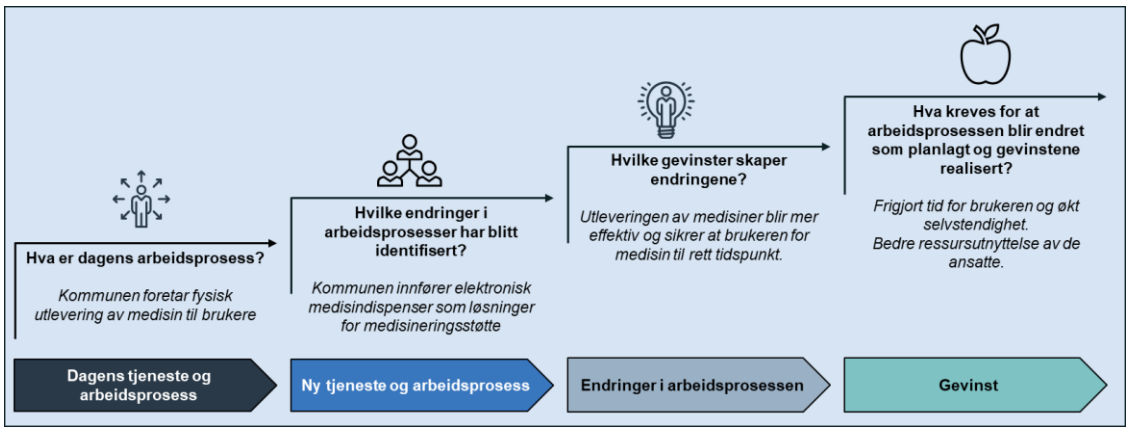
3.1.2 Endring i arbeidsprosesser

I arbeidet med å kartlegge gevinster er det lurt å gjøre seg kjent med for hvilke brukergrupper og tjenesteområder velferdsteknologi kan skape gevinster. Det lønner seg å starte der man ser at potensialet er størst og sannsynligheten for positive effekter er betydelige. Dersom kommunen klarer å skape gode brukerhistorier kan det også bli enklere å implementere velferdsteknologi hos andre brukergrupper og tjenesteområder på et senere tidspunkt.

Videre er det viktig å tenke på hvordan endringer i tjenester og arbeidsprosesser kan skape gevinster. For å få til dette er det viktig å forstå hvordan velferdsteknologi bidrar til endringer i arbeidsprosessene. Bruk tjenestereisene og tenk på hvordan velferdsteknologi kan bidra til å gjøre hverdagen enklere for brukere, ansatte og pårørende.

Figur 21 nedenfor illustrerer hvordan innføring av elektronisk medisineringsstøtte bidrar til å endre arbeidsprosessene i kommunen.

Figur 21 - Endring i arbeidsprosesser ved implementering av elektronisk medisineringsstøtte



Når alle forstår hvordan velferdsteknologi skaper nye måter å jobbe på blir det enklere å hente ut de positive effektene. Ressursene som spares ved å redusere tidsbruken må omdisponeres slik at den tilgjengelige kapasiteten kan brukes der behovet er størst.

3.1.3 Gevinstanalyse

Ved avdekking av behov, bør det gjennomføres en gevinstanalyse for å vurdere effekten av teknologi og hvordan dette vil påvirke tjenesten. Analysen har flere formål:

- Vurdere hvilke gevinster som faktisk gir en positiv nytteeffekt. Kvalitetsgevinster og unngåtte kostnader veies opp mot investerings- og driftskostnader.
- Et godt hjelpemiddel for å velge ut hvilke gevinster som skal måles om tiltaket blir implementert. Det er for ressurskrevende å gjøre målinger for alle de gevinstene man ønsker å oppnå.
- Bidrar til å forankre nødvendige investeringer hos kommunal ledelse og politikere.

I forbindelse med kartleggingen av gevinster og analysen er det viktig å identifisere kostnader som påløper i forbindelse med kjøp/leie av teknologi og i forbindelse med omlegging av tjenestene.

Mer informasjon om dette finnes i KS sine Tips og råd til estimering av gevinster. Det finnes også et eget Gevinstkartleggingsverktøy som kan benyttes i gjennomføringen av analysen.

3.1.4 Sjekkliste for kartlegging av gevinster

Sjekklisten nedenfor kan være nyttig for å huske at alt blir gjort i forbindelse med kartlegging av gevinster.

Figur 22 - Sjekkliste ved kartlegging av gevinster

Oppgaver som må utføres i forbindelse med kartlegging av gevinster:

- ❑ Kartlegg områder med størst potensial.
- ❑ Kartlegge gevinster, indikatorer og datakilder.
- ❑ Lag klare mål.
- ❑ Gjennomfør nullpunktsmåling.
- ❑ Identifiser kostnadsdrivere.
- ❑ Foreta kost-nytte-vurderinger.
- ❑ Gjør vurderinger knyttet til omsetning av gevinster.
- ❑ Forankre og ta beslutning om å igangsette prosjektet.

3.2 Planlegge prosjektet

Etter at kommunen har avklart behovet, satt seg mål og definert hvilke gevinster som ønskes oppnådd, må det utarbeides en mer detaljert plan for veien videre. Gevinstrealiseringsplanen skal benyttes i oppfølgingen av de definerte gevinstene, og angir hvilke gevinster som skal følges opp, hvordan, og hvem som har ansvaret. Planen skal bidra til at alle involverte jobber mot det samme målet og at det skapes et felles eierskap til de gevinstene som har blitt pekt ut. Gevinstrealiseringsplanen må forankres godt på alle nivå i tjenesten.

3.2.1 Interessentanalyse

Før gevinstplanen utarbeides er det anbefalt å kartlegge interessentene som påvirkes av arbeidet med velferdsteknologi. En interessentanalyse er et nyttig verktøy for å kartlegge hvilke parter som blir berørt, hvilken innflytelse de har og hvordan de burde involveres. Interessentene er ofte flere enn man tror og derfor er det viktig med en god plan for involvering og gjennomføring. KS sin mal for interessentanalyse er et nyttig verktøy i denne prosessen. Bruk malen til å definere:

- Hvem de ulike interessentene er.
- Hvordan de ulike interessentene blir påvirket av endringen.
- Hvilken innflytelse de ulike interessentene har.
- Hvilken holdning de har til endringene.
- Strategi for involvering, dialog og opplæring.

Nedenfor følger et utdrag fra et eksempel på en interessentanalyse fra Horten kommune:

Figur 23 - Interessentanalyse fra Barn- og unge-prosjektet i Horten kommune.

Interessent	Hvordan berøres av / påvirker endringen	Innflytelse		Holdning		Strategi for involvering, dialog og opplæring
Helsestasjonen (ofte legges under oppvekst)	Må legge om en del rutiner knyttet til registrering. Helsestasjonen skal kunne tipse foreldre/bruker om Jodacare/kommunikasjonsplattformen. Enkelte helsesøstre er koordinatorer for tjenester.	Høy	★	Positiv	▲	Bevisstgjøring. Trenger informasjon om produktet og konseptet. De som er koordinator for brukeren og foreldrene, må kunne bruke Jodacare.
Lærere / assistenter	Utøverne tar i bruk Jodacare.	Høy	★	Nøytral	▬	Assistentene mer positive enn lærerne. Opplæring i bruk av Jodacare er viktig. Evaluering av bruk er viktig. Bør være med på å skape tjenesten. Finne gode ambassadører.
Frivillig sektor / idrett og fritidsaktiviteter	Ledere, tillittsvalgte og trenere tar i bruk Jodacare.	Høy	★	Positiv	▲	Informasjon og involvering. Nyhetsbrev blir viktig til denne gruppen.
Fylkesmannen	Forvalter et regelverk som kan bli utfordret med bruk av Jodacare.	Høy	★	Nøytral	▬	Holde informert.
IT-avdelingen	Brukerne av løsningen må ha tilgang til Wifi der appen blir tatt i bruk. Brukerne må ha telefon/PC/nettbrett.	Lav	☆	Nøytral	▬	Holde informert.

3.2.2 Utarbeide gevinstplanen

Med en god oversikt over de ulike interessentene er det enklere å gå i gang med gevinstrealiseringsplanen. Til å utarbeide planen anbefales det å bruke mal for gevinstplanlegging på KS sine nettsider. Som det kommer frem av verktøyet, bør gevinstplanen minst inneholde følgende elementer:

- Hvilke gevinster prosjektet ønsker å oppnå. For eksempel: redusert tidsbruk til kjøring, økt selvstendighet hos brukerne, færre tilsyn på natt el.
- Hvem som er ansvarlig for at hver enkelt gevinst blir fulgt opp.
- Resultatindikator. Det som måles for at gevinsten blir dokumentert. Dette kan for eksempel være total tidsbruk til kjøring eller antall tilsyn på natt i måneden. Viktig at det velges noe som er enkelt å måle, også for de kvalitative gevinstene.
- En oversikt over hvilke forutsetninger som må være på plass for at gevinster skal kunne oppnås. Eksempelvis at det er etablert gode kartleggingsrutiner.
- En plan for hvordan unngått tidsbruk skal kunne omdisponeres. For eksempel hva tiden brukes til dersom tidsbruk til kjøring blir halvert etter en gitt periode.

- Tiltak som må iverksettes for at gevinstene skal kunne realiseres. For eksempel at Velferdsteknologoen ABC blir gjennomført.

Etter at gevinstplanen er utarbeidet er det viktig at den blir forankret. Både ansatte og ledere må gjøres kjent med og forstå innholdet i planen. Det må også forsikres at innholdet gir mening og at planen kan jobbes etter. Eksempelvis må det kvalitetssikres at gevinstene er relevante og målbare, alle aktører må være involvert og oppgaver må være tydelig fordelt.

Etter at gevinstplanen er utarbeidet og forankret må det gjennomføres en nullpunktsmåling. Denne målingen skal gi et bilde av situasjonen før velferdsteknologien tas i bruk, slik at det finnes et referansepunkt å sammenligne med når det gjøres oppfølgingsmålinger. Ved å gjøre dette kan kommunen se hvordan eksempelvis tidsbruken eller kvaliteten på tjenesten har endret seg over tid etter at velferdsteknologi har blitt tatt i bruk. Nullpunktsmålingen registreres i Gevinstoppfølgingsskjemaet som ligger tilgjengelig på KS sine nettsider.

3.2.3 Tips til gjennomføring av gevinstplanlegging

Å planlegge gevinstarbeidet er en krevende prosess og for mange er det noe som ikke har blitt jobbet med tidligere. Nedenfor følger noen nyttige tips som erfaringsvis flere kommuner har utfordringer knyttet til:

- Avklar med prosjekteier hvilke gevinster som skal måles og rapporteres. Det er viktig å plukke ut gevinster som er målbare og er nyttige å følge opp over tid. Å følge opp for mange gevinster kan være for ressurskrevende på sikt.
- Sørg for at det brukes god tid til gevinstplanleggingen. Erfaringer viser at prosjekter/kommuner går for raskt frem uten å legge nok innsats i planleggingsfasen.
- Involver personer som ønsker å bidra i gevinstrealiseringsarbeidet og løft disse frem. Det er viktig med engasjerte ressurspersoner for et vellykket arbeid.
- Involver ressurser på tvers av tjenesteområder. Som helhetlig tjenestemodell illustrerer er det mange ulike aktører som er involvert i arbeidet med velferdsteknologi. Det refereres til helhetlig tjenestemodell som beskriver hvordan tjenester med velferdsteknologi er sektorovergripende. Det er spesielt viktig at IT blir involvert. Mange kommuner rapporterer at de ikke er flinke nok til dette.
- Inkluder noen med økonomikompetanse i gevinstarbeidet. Dette er hensiktsmessig, da de besitter relevant kompetanse. Det bidrar også til å knytte arbeidet opp mot øvrig tjeneste, samt forankring hos ledelsen.
- Sett av nok ressurser. I den grad det er mulig er det viktig at de personene som blir satt til å jobbe med gevinstrealisering får tid til dette i hverdagen.
- Ha et langsiktig fokus. Perspektivet på gevinster kan ikke være for kortsiktig. Det kan ikke forventes at man vil se resultater over natta. Eksempel: Om det tas i bruk medisindispensere som gjør at antall besøk forventes halvert, vil ikke dette gi utslag noe sted uten at det jobbes målrettet for det. Den frigjorte tiden må omdisponeres og brukes andre steder. På sikt kan det gi merkbare resultater.
- Vær realistisk i planene. Det er viktig at stillinger ikke kuttes for raskt fordi man ser at teknologi kan spare noe tid.
- Sørg for tilstrekkelig kompetanse hos de involverte. Det er viktig med forståelse av hva en gevinst er og hvordan endring i arbeidsprosesser kan bidra å skape disse.

3.3 Designe nye tjenester og anskaffe

Velferdsteknologi er ikke bare et tiltak i seg selv, men det krever at det designes en helt ny tjeneste. Som beskrevet ovenfor, må det utarbeides nye arbeidsprosesser og ansatte må bli vant med nye rutiner. Dette krever endringsvilje og omstillingsevne blant både ledere og ansatte.

3.3.1 Oppdaterte tjenesteforløp

Målet med tjenesteforløp er å sikre like prosedyrer hos alle brukere, helt fra kartlegging og tildeling til evaluering og avslutning av tjenesten. Tjenesteforløpet skal beskrive de ulike stegene for brukere og ansatte.

Alle kommunene i spredningsprosjektet i Nasjonalt velferdsteknologiprogram jobbet med å utarbeide tjenesteforløp som en del av milepæl 2 i 2020. Hvordan de ulike fasene deles inn kan variere, men følgende faser er en god tilnærming: 1) Kartlegging og tildeling, 2) Tilpasning og installasjon, 3) Opplæring, 4) Daglig drift, 5) Evaluering og 6) Videreføre/avslutte.

For at kommunen skal oppnå de gevinstene de ønsker og få økt nytte av velferdsteknologi, er det viktig at brukerne får teknologi som passer til deres behov. De ulike teknologiene har ulike bruksområder og ulike målgrupper. Derfor er det også viktig at det utvikles egne tjenesteforløp for hver enkelt teknologi. Dersom det utarbeides gode tjenesteforløp og disse kontinuerlig jobbes med og oppdateres er det også enklere å oppnå ønskede gevinster. Det bidrar til mer riktige tildelinger og sikrer god oppfølging av brukerne.

3.3.2 Tildeling av velferdsteknologiske tjenester

Et viktig hjelpemiddel for å sikre brukerne får nytte av den velferdsteknologien som tildeles, er tydelige tildelingskriterier. Når kommunen har etablert dette er det enklere å gjøre en rask kartlegging for å finne ut hvilke brukere som kan være aktuelle til å ta i bruk de ulike teknologiene. Dersom brukerne oppfyller ett eller flere av de fastsatte kriteriene, vil sannsynligheten for at det oppnås gevinster være større. Nedenfor følger noen eksempler på tildelingskriterier for elektronisk medisineringsstøtte:

Figur 24 - Eksempler på tildelingskriterier for elektronisk medisineringsstøtte

Fra et brukerperspektiv

- ✓ Brukeren er motivert og ønsker selv å ta i bruk teknologien.
- ✓ Brukeren har kognitive og motoriske evner som gjør det mulig å ta pillene på egenhånd.
- ✓ Brukeren ønsker å være selvstendig og motta færre besøk fra tjenesten.
- ✓ Riktig medisin til rett forebygger forverring og holder brukeren frisk lenger.

Fra et tjenesteperspektiv

- ✓ Brukeren bor langt unna slik at tjenesten kan unngå tidsbruk til kjøring.
- ✓ Elektronisk medisineringsstøtte kan bidra til å flytte besøk til andre tider på døgnet hvor presset på tjenesten er mindre.
- ✓ Medisindispenser kan erstatte andre oppdrag, eksempelvis kutte rene medisineringsbesøk.
- ✓ Medisindispenser kan kombineres med andre kommunale tjenester for å utsette behovet for mer omfattende tjenester.

Dersom brukerne oppfyller flere av disse kriteriene vil mulighetene vær gode for at kommunene på sikt kan oppnå gevinster i form av både økt kvalitet og unngått ressursbruk. Egne ekskluderingskriterier blir også etterspurt av flere. Dette vil typisk være det motsatte av inkluderingskriteriene. Ekskluderingskriterier er også sammenfallende avslutningskriterier som er omtalt i avsnittet «Oppfølging og avslutning av tjeneste» nedenfor.

Etter at brukerne er identifisert som potensielle mottakere av tjenester med velferdsteknologi, gjennomføres en mer grundig kartlegging. At brukernes faktiske behov blir avdekt er viktig for å oppnå de gevinstene kommunen ønsker.

Det vises for øvrig til veiledningsmateriale for kartlegging og tildeling av tjenester med velferdsteknologi, tilgjengelig på KS sine nettsider.

Velferdsteknologi før kompenserende tjenester
I tillegg til gode tildelingskriterier, bør kommunene etterstrebe at velferdsteknologi tildeles før kompenserende tjenester. Ved å sette fokuset på selvstendighet og egenmestring allerede tidlig i forløpet vil dette kunne bidra til å redusere behovet for mer komplekse tjenester i fremtiden. Derfor burde det være et mål for kommuner at velferdsteknologi skal være førstevalget, spesielt for nye brukere. Dersom velferdsteknologi er det brukerne får tilbudt allerede fra dag 1, vil terskelen blir høyere for å motta flere fysiske besøk. For en bruker som er vant med å motta besøk flere ganger om dagen, vil overgangen til teknologi og færre besøk bli langt større. Kommunen bør derfor jobbe målrettet for å legge til rette for at brukerne, ved hjelp av teknologi, skal klare seg selv i størst mulig grad. Ved å gjøre dette vil ikke brukerne bare bli tryggere på seg selv, men det vil også bidra til at tjenesten kan yte fysisk bistand der behovet for dette er størst.

Oppfølging og avslutning av tjeneste
Etter at tjenesten med velferdsteknologi har blitt tildelt og startet opp er det viktig med god oppfølging gjennom en testperiode. Selv om målet kan være at brukeren skal bli mer selvstendig og at antall fysiske besøk skal reduseres, vil ikke det være noe som skjer umiddelbart. Derfor må brukeren følges opp tett i en periode, slik at vedkommende blir trygg på teknologien og man ser at tjenesten fungerer. I starten burde ansatte fra tjenesten være til stede mens brukeren bruker teknologien. På den måten kan det evalueres om tjenesten vil fungere, og det kan gjøres eventuelle tilpasninger.

Selv etter at testperioden er over og tjenesten har gått over i normal drift, må det også gjøres kontinuerlige vurderinger. Brukernes behov kan endre seg, og situasjonen etter 6 måneder trenger ikke nødvendigvis være den samme som da tjenesten ble startet opp. Da må kommunen ha etablert gode rutiner for å avdekke dette, slik at andre tjenester igjen kan vurderes. Å bruke gevinstmålingene er en effektiv måte å vurdere hvor godt tjenesten fungerer. Det anbefales å ha en relativt høy terskel for å avslutte med teknologi og gå tilbake til kompenserende tjenester, men i noen tilfeller vil dette være nødvendig. Det kan derfor være hensiktsmessig for kommunen å etablere kriterier for når dette vil være aktuelt. Eksempler på slik kriterier kan være:

- Bruker har ikke de motoriske evnene til å administrere teknologien.
- Brukerens kognitive evner er såpass svekket at velferdsteknologi ikke lenger er hensiktsmessig.
- Kostnadene for teknologiene er mye høyere enn den nytten det gir.

3.3.3 Gjennomføring av anskaffelser

Å gjennomføre anskaffelser er naturlig nok en viktig del av å starte opp med velferdsteknologi. Dette er en utfordrende prosess og kan for mange være krevende å gjennomføre. Det er mange lover og regler som må hensyntas, og det er en kompetanse som mange kommuner ikke besitter. I tillegg til alle formelle krav som kommunene må forholde seg til, er det også mye annet som må vurderes. Hva skal anskaffes, hva kan kreves fra leverandør, hva er riktig pris, skal utstyres kjøpes eller leases osv.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har tidligere utarbeidet Kvikk-guide til anskaffelser av velferdsteknologi. Den tar leserne gjennom de fire fasene: 1) Avklare behov, 2) Planlegge anskaffelsen, 3) Gjennomføre anskaffelsen og 4) Følge opp kontrakten. Den anbefales å kjøre seg kjent med denne prosessen.

Dette kapittelet skal ikke være en gjengivelse av kvikk-guiden til anskaffelser, men nedenfor følger noen tips til kommuner basert på erfaringer fra kommuner som er med i Nasjonalt velferdsteknologiprogram:

- Bruk god nok tid til å kartlegge behovet. Mange gjør den feilen at de går for raskt frem uten å være helt sikre på hva det egentlig er de har behov for. Finn ut hva dere ønsker å oppnå med velferdsteknologi i kommunen og hva dere må anskaffe for å nå dette målet.
- Samarbeid med andre kommuner. Det finnes andre kommuner som har de samme behovene og de samme utfordringene. Prosessen blir enklere ved samarbeid, og man

unngår dobbeltarbeid. Det gjør at kostnaden kan fordeles på flere og de potensielle gevinstene kan bli større. Det finnes mange eksempler på større innkjøpssamarbeid i Norge. E-helse i Agder og Værnesregionen er eksempler på dette.

- Gå i dialog med leverandør. Vær tidlige ute med å snakke med ulike leverandører og hør hva dem har å tilby. Utfordre leverandørene og sørg for at løsningene blir tilpasset lokale forhold i egen kommune.
- Gjør dere kjent med anskaffelsesprosessen. Det er mye informasjon å sette seg inn i, og det kan være mer tidkrevende enn man først tror. Bruk ekstern hjelp eller søk til andre kommuner dersom kompetansen som trengs ikke er tilgjengelig internt.

At det anskaffes utstyr med riktig funksjonalitet til en konkurransedyktig pris, er viktig for å oppnå de gevinstene og målene kommunen har satt seg.

3.4 Implementere ny tjeneste

Etter hvert som de nye tjenestene implementeres, må de identifiserte gevinstene følges opp og dokumenteres. En viktig forutsetning for at implementeringen skal lykkes er god opplæring blant de ansatte. De ansatte må ikke bare forstå nytten av velferdsteknologi og hvordan det kan gi gevinster, men de må også kjenne teknologien og hvordan den fungerer rent teknisk. Tiltak for å sikre tilstrekkelig opplæring kan være:

- Utarbeid en detaljert opplæringsplan. Beskriv hvilke tiltak som skal iverksettes ovenfor ulike grupper.
- Lag et testrom med de ulike teknologiene. På den måten kan de ansatte bli trygge på teknologien og dens funksjonalitet. At de ansatte er godt kjente med teknologien reduserer også skepsisen til det som er nytt.
- Pek ut superbrukere. Superbrukerne har et ekstra ansvar for å sørge for at de ansatte til enhver tid har den nødvendige kompetansen.

Dersom de ansatte er trygge på teknologien, vil også brukerne være mer positive til de ulike løsningene. Hvis brukerne ser at de ansatte ikke selv mestrer teknologien, vil de automatisk selv bli skeptiske. Brukernes første møte med teknologien må gi et godt inntrykk.

Ved implementering må det også regnes med å møte en del skepsis, både hos brukere og ansatte. For ansatte som har gjort det samme i alle år, kan det være vanskelig å se hvordan velferdsteknologi skal gi gevinster/forbedre tjenesten. Da er det viktig å skape gode «salgspunkter» og jobbe målrettet for å bevise at dette er veien å gå. Å skape gode brukerhistorier er et nyttig virkemiddel for å oppnå dette.

3.4.1 Gevinstoppfølging

Som det ble presisert under avsnitt 3.2.2 må det gjøres en nullpunktsmåling før tjenestene med velferdsteknologi starter. Dette må dokumenteres for alle brukerne som får tildelt teknologi. Videre må det gjennomføres målinger med faste intervaller for å se hvordan tjenesten utvikler seg over tid. Hvor ofte dette skal gjøres defineres i gevinstplanen, og selve målingene registreres i gevinstoppfølgingsskjemaet. Dette kan være månedlig, hver 2. måned eller kvartalsvis. Det er viktig å være klar over at det kan ta litt tid før resultatene kommer.

Gevinstmålingene er nyttig for å evaluere implementeringen. Resultatene fra gevinstmålingene kan brukes til å justere tjenesten, korrigere avvik og lære av det man har gjort. For å gjøre gevinstoppfølgingen enklere er det viktig å definere gode resultatindikatorer. For de kvantitative gevinstene er dette relativt enkelt, men det kan være mer krevende for de kvalitative gevinstene. Dersom man for eksempel ønsker å evaluere brukernes følelse av egenmestring, kan det være hensiktsmessig å måle dette etter en tallbasert skala (eks. 1-6). Da er det enkelt å se hvordan tallverdien utvikler seg over tid. Det anbefales å bruke gevinstverktøyet som er utarbeidet av Nasjonalt velferdsteknologiprogram til å utføre målingene. Det sammenligner ressursbruken mot nullpunktet og regner ut den estimerte gevinsten ved å ha velferdsteknologi i drift.

Selv om velferdsteknologi bidrar til unngått ressursbruk, blir ikke dette automatisk omgjort til sparte kroner. Som det ble kommentert tidligere må gevinstene omsettes. Det må konkretiseres hva den frigjorte tiden skal brukes til. Noen forslag er:

- Bruke mer tid på de brukerne som har størst behov for fysisk tilstedeværelse.
- Bruke ekstra tid til å følge opp nye brukere, sørge for god opplæring i starten.
- Opplæring og kompetansepåfyll hos de ansatte, både knyttet til velferdsteknologi og andre fagområder.
- Flytte oppgaver til andre tider av døgnet hvor presset på tjenesten er lavere.

3.4.2 Gevinstrealiseringsrapport

Etter en periode med målinger av gevinster burde det skrives en gevinstrealiseringsrapport. Rapporten bør inneholde følgende elementer:

Figur 25 - Innhold i en gevinstrealiseringsrapport

Innhold i en gevinstrealiseringsrapport

- Beskrivelse av gevinstene som er oppnådd.
- Oversikt over spart tid i de ulike avdelingene.
- Unngåtte kostnader og hvilke forutsetninger som ligger til grunn.
- Konkrete eksempler på hvordan velferdsteknologi har økt kvaliteten på tjenesten. Brukerhistorier illustrerer dette godt.
- Kostnadene knyttet til prosjektet.
- Konklusjonen om den totale effekten av tiltakene.

Det er spesielt viktig å skape gode suksesshistorier og allerede tidlig i prosessen kunne vise til gevinster i tjenesten. Dette bidrar til kulturbygging og positive holdninger. Når de ansatte ser hvilke positive effekter teknologien kan ha for både brukerne og tjenesten blir de straks mer positive til tilbudet. De positive brukerhistoriene må spres ut til innbyggerne slik at alle får øynene opp for velferdsteknologi. Det kan være hensiktsmessig å lage en mal for brukerhistorier, slik at de enkelt kan utarbeides etter hvert som de oppstår. Det har allerede blitt utarbeidet flere brukerhistorier i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Disse malene kan benyttes til inspirasjon dersom ønskelig.

3.5 Drifte tjenesten

Gjennom prosjektperioden er det typisk prosjektleder eller andre medlemmer av prosjektgruppa som har hatt ansvaret for å måle og følge opp gevinster. Når prosjektgruppen en dag blir borte er det viktig at arbeidet blir overtatt av noen i driftsorganisasjonen. Som det har blitt nevnt tidligere i rapporten er det viktig å ha et langsiktig perspektiv på gevinstarbeidet, og derfor er det viktig at kommunen fortsetter å måle gevinster etter at prosjektperioden er over.

Følgende er viktig å huske på når prosjektet går fra prosjekt og over i drift:

1. **Ledelsesforankring.** Det er et lederansvar å sørge for at dette blir satt på agendaen. Ansvar må delegeres til ansatte slik at oppgavene blir ivaretatt, og disse ressursene må få den nødvendige opplæringen som kreves. Typiske oppgaver er oppdatering av gevinstplaner og utfylling av gevinstverktøy. I mange kommuner er det tilfeldig hvem som har tar seg av gevinstoppfølgingen, noe som gjør at gjennomføringsgraden er svært varierende. I tillegg til å delegere ansvar er det også viktig at ledere setter seg inn i arbeidet og tar del i prosessen. På denne måten kan lederne sikre at det blir jobbet med kulturendring, at innsatsen er målrettet og at avvik blir håndtert fortløpende.
2. **Oppdaterte gevinstplaner og verktøy.** Det er viktig å fortsette å dokumentere gevinster når prosjektet går over i drift. Det er gjerne på lengre sikt at man vil begynne å se de store gevinstene. Herunder ligger også viktigheten av å dokumentere gode

brukerhistorier som illustrerer eksempler på økt kvalitet eller unngått ressursbruk. Dette er med på å skape positive til holdninger til velferdsteknologi og vil gjøre den videre implementeringen enklere.

3. **Omsetting av gevinster.** Sørg for at den unngåtte ressursbruken/sparte tiden brukes fornuftig. Det betyr ikke nødvendigvis at det skal kuttes stillinger så fort man ser tendenser til tidsbesparelser.
4. **Oppfølging av evalueringsmålinger.** Bruk gevinstmålingene som løpende evalueringer av tjenesten. Pass på at gevinstene ikke blir spist opp etter hvert som brukerbehovet endrer seg.
5. **Oppfølging av rapportering av overordnende indikatorer.** Følg opp generelle indikatorer i tjenesten for å påvise langsiktige gevinster for organisasjonen som helhet. Dette kan eksempelvis være antall brukere av hjemmetjenester, antall vedtakstimer per bruker eller fordelingen av antall vedtak mellom brukergrupper.
6. **Utarbeidelse og oppfølging av strategier.** Se oppnådde gevinster i sammenheng med virksomhetens drift og prosjekter og vurder om virksomheten har oppnådd sine overordnede målsetninger. Adresser ønskede gevinster når nye strategier utarbeides. Utfør gevinstvurderinger som beslutningsrelevant grunnlag når prosjekter og programmer i virksomheten skal prioriteres.
7. **Planlegg investeringer og justeringer i budsjett.** Vurder hvordan driftsbudsjetter skal justeres i henhold til oppnådde gevinster og avgjør hvordan midler skal fordeles. Benytt gevinstpotensialet som grunnlag for å avgjøre om investeringene skal gjennomføres. Vurder om investeringer skal finansieres av oppnådde gevinster i organisasjonen.

3.6 Suksessfaktorer og fallgruver ved gevinstrealisering

3.6.1 Suksessfaktorer

For et vellykket gevinstrealiseringsarbeid er det mange faktorer som må være på plass. Nedenfor følger en oppsummering av noen av de viktigste:

a. Ledelsesforankring. Ledere må være involvert i prosessen og sette gevinstrealisering på dagsordenen. Dette er beskrevet ytterligere ovenfor.
b. Endringsvilje blant de ansatte. Det må jobbes med kulturendring og det må være et ønske om å endre tjenesten til det bedre.
c. Kompetanse hos de ansatte.
    - Den tekniske kompetansen til å bruke teknologien på en effektiv måte.
    - Kompetanse om gevinster. Jobb med tematikken og sett i gang kursing.
d. En god gevinstrealiseringsplan. Den skal være et levende dokument som kontinuerlig oppdateres.
e. Felles språk og verktøy. Viktig at det holdes enkelt og at de samme verktøyene og malene brukes på tvers i kommunen. Dette bidrar til bedre kommunikasjon og mer effektiv samhandling.
f. Fokus på organisasjonsutvikling. Å oppnå gevinster med velferdsteknologi handler mer om organisasjonsutvikling enn bare teknologien i seg selv. Det krever nye måter å jobbe på og de ansatte må være forberedt på omstilling.
g. Involver de rette menneskene. De er viktig å løfte frem de som ønsker å bidra, legge til rette og gi ros for det arbeidet som blir gjort. Man er helt avhengig av nøkkelressurser som kan dra arbeidet fremover.
h. Kompetansedeling og samarbeid.
    - Intern tverrfaglig samhandling mellom enheter, sektorer og avdelinger.
    - Ekstern kompetansedeling. Bruk andre kommuners erfaringer, maler og kunnskap for det det er verdt, men husk å gjøre lokale tilpasninger.

i. Bruk målingene til å forbedre tjenesten. Oppfølgingsmålingene i gevinstrealiseringsarbeidet gir nyttige indikasjoner på hva som fungerer og hvor det kreves justeringer.

3.6.2 Fallgruver

I tillegg til å ha fokus på suksessfaktorene som er nevnt ovenfor er det også viktig å unngå fallgruver. Noen av de mest vanlig og gjentakende er gjengitt nedenfor:

a. Utydelig definert formål.
b. Manglende forankring og støtte fra ledelsen.
c. Svak prosjektledelse og manglende tverrfaglig samarbeid.
d. Urealistiske forventinger til hva prosjektet kan oppnå.
e. Motstand og lite vilje til å endre arbeidsrutiner og kultur.
f. Utydelige hvordan arbeidsmetodene skal være når velferdsteknologi er implementert.
g. Mangelfull involvering av interessenter.

3.7 Verktøy og maler til bruk i gevinstrealiseringsarbeidet

Gjennom dette kapittelet har en rekke nyttige verktøy, maler og nettsider blitt nevnt. Disse er oppsummert i tabellen nedenfor. Klikk på navnet for å åpne linken.

Tabell 4 - Nyttige dokumenter og lenker til arbeidet med gevinstrealisering.

Navn	Kort beskrivelse
Gevinstkartleggingsverktøy	Dette verktøyet brukes til den initiale kartleggingen av gevinster. Verktøyet har en egen fane for gjennomføring av gevinstanalyse/kost-nytte analyse.
Mal for gevinstplan/ gevinstrealiseringsplan	Denne malen brukes til å sette opp gevinstplanen. Her defineres hvilke gevinster som skal følges opp og hvordan dette skal gjøres.
Gevinstoppfølgingsskjema	Dette skjemaet brukes til å gjennomføre nullpunktsmålinger og oppfølgingsmålinger. Må ikke forveksles med gevinstverktøyet til Nasjonalt velferdsteknologiprogram som brukes til å beregne gevinstene.
Mal for interessentanalyse	Dokumentet inneholder flere maler. Interessentanalysen har en egen fane i verktøyet.
Tips og råd til estimering av gevinster	En kort presentasjon om hvordan beregne kostnader og beregne gevinster. Nyttig i forbindelse med kost-nytte analyse.
Kvikk-guide til velferdsteknologi	Kvikk-guide som tar leseren gjennom de ulike stegne ved implementering av velferdsteknologi. Gevinstrealisering er omtalt nesten til slutt i guiden.
Kvikk-guide til anskaffelser av velferdsteknologi	Kvikk-guide som tar leseren de gjennom ulike stegene ved anskaffelse av velferdsteknologi.
Veiledningsmateriale helhetlig tjenestemodell (milepæl 2)	Veiledningsmateriale til helhetlig tjenestemodell som ble produsert i forbindelse med milepæl 2 i spredningsprosjektet.
Veiledningsmateriale kartlegging og tildeling (milepæl 4)	Veiledningsmateriale til kartlegging og tildeling som ble utarbeidet i forbindelse med milepæl 4 i spredningsprosjektet.

Forløp for gevinstrealisering	Et dokument med beskrivelse av fasene i gevinstrealiseringsprosessen. Her finnes mange nyttige tips og eksempler.
Kommunenett - Gevinstarbeid	Her finnes nyttig og relevant informasjon knyttet til gevinstarbeid i kommunen.

KAPITTEL 4

Barrierer ved innføring av velferdsteknologi

4 Barrierer ved innføring av velferdsteknologi

Dette kapittelet omtaler barrierer og utfordringer som prosjektene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram opplever i forbindelse med oppstart og implementering av velferdsteknologi. I hvor stor grad kommunene opplever dette som barrierer varierer naturligvis i ut fra faktorer som teknologisk modenhet, innbyggertall, geografi, demografi, med mer.

Noen barrierer må løses av den enkelte kommune, gjerne i samarbeid med andre, mens andre barrierer er det nasjonale myndigheter som må ta ansvar for (Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Norsk Helsenett m.fl.).

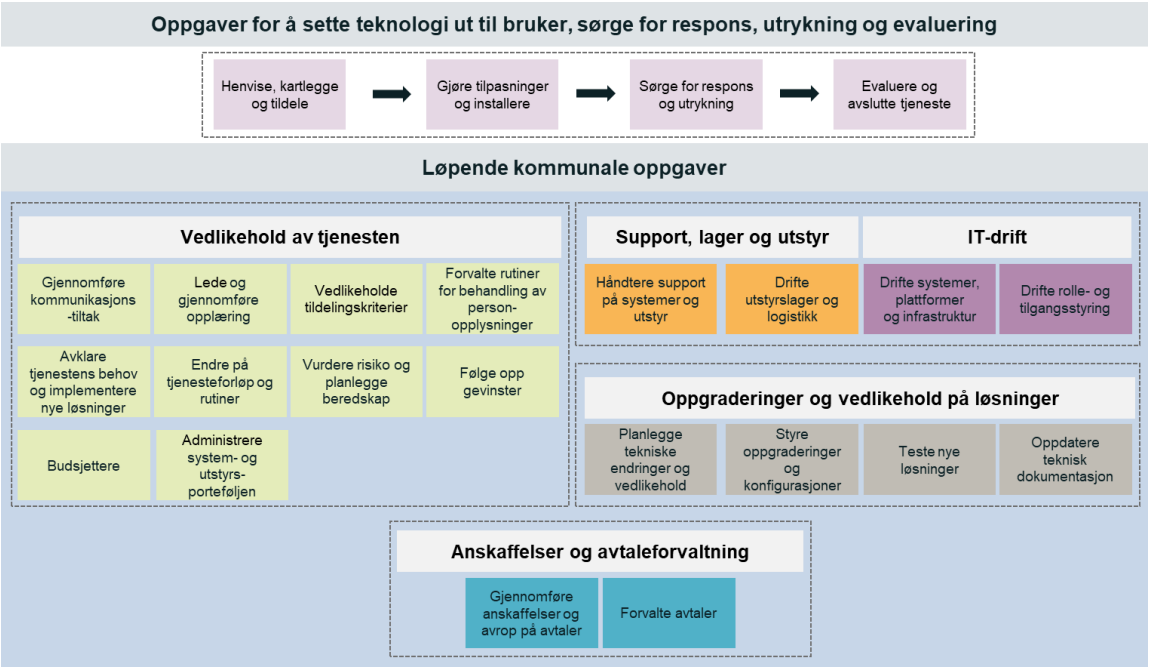
4.1 Organisatoriske barrierer

Kommunene er tradisjonelt sett strukturert som silobaserte organisasjoner, hvor den enkelte sektor budsjetterer og opererer hver for seg. Bruk av velferdsteknologi representerer en helt ny måte å organisere seg på, fordi tjenestene er sektorovergripende og må styres på tvers.[10] Den helhetlige tjenestemodellen i figuren under beskriver oppgavene som må løses i daglig drift dersom velferdsteknologi skal bli integrert som en naturlig del av tjenesten.

4.1.1 Helhetlig tjenestemodell

Helhetlig tjenestemodell krever en tydelig organisering der sektorovergripende oppgaver løses gjennom forankrede roller og ansvarsområder.

Figur 26 - Helhetlig tjenestemodell

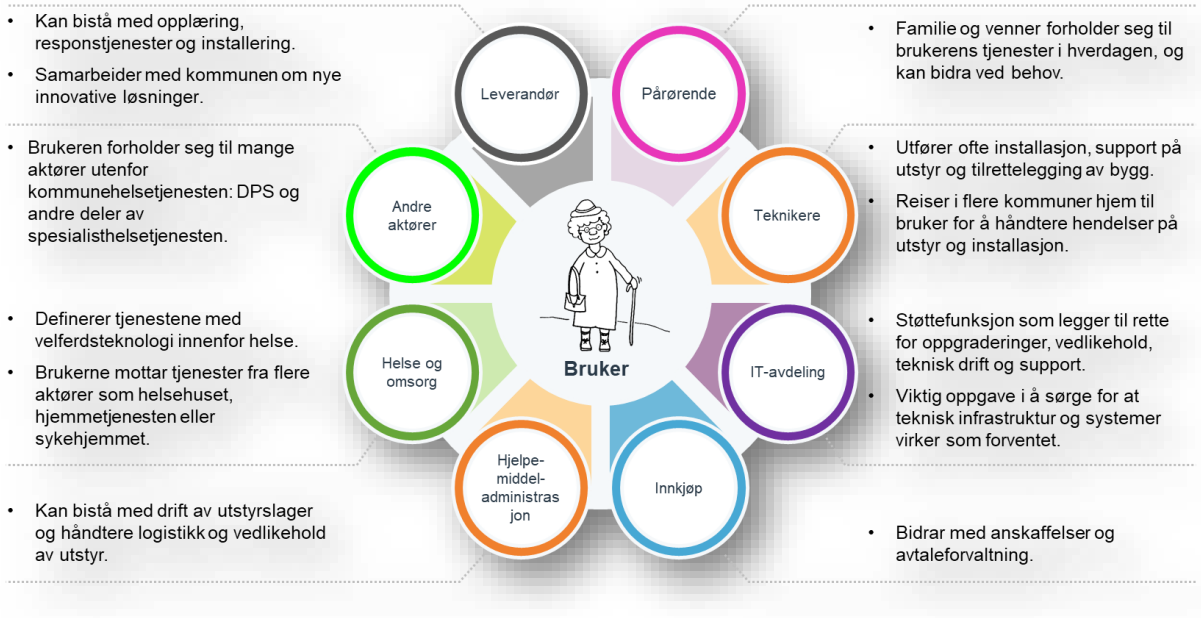


Mange aktører påvirker tjenestemodellen for velferdsteknologi: leverandører, hjelpemiddeladministrasjon, pårørende, brukeren selv, eiendomsforvaltning/teknisk, IT og innkjøp er alle sentrale aktører som har mye å si for om kommunen evner å integrere

[10] https://www.ks.no/contentassets/95055368c1ef41b1a1050e5df08b590a/Helhetlig-tjenestemodell-for-velferdsteknologi-.pdf

velferdsteknologi i daglig drift. Dette representerer et nytt tankesett, krever tid og ressurser, og at man samarbeider om kompetanse- og ressurskrevende oppgaver sammen med andre kommuner.

Figur 27 - Aktører som påvirker helhetlig tjenestemodell



Denne typen organisering er ikke unik for tjenester med velferdsteknologi, fordi digitalisering av kommunale tjenester generelt sett stiller krav til sektorovergripende organisering. Mange kommuner har kommet relativt kort i arbeidet med digital transformasjon. Derfor representerer helhetlig tjenestemodell noe nytt, og kan være en organisatorisk barriere for flere. Jobben kommunene gjør med helhetlig tjenestemodell nå, vil derfor kunne lette arbeidet med implementering av andre sentrale e-helseløsninger som felles kommunal journal og felles legemiddelliste.

4.1.2 Manglende roller og ansvar i drift hindrer skalering av implementering

Mangelfull organisering fører til at tjenestene med velferdsteknologi smuldrer bort så snart prosjektfasen er over. Mange kommuner har fortsatt ikke etablert tydelige roller og ansvar i helhetlig tjenestemodell, og dette hindrer skalering og gevinstrealisering for velferdsteknologi.

Ledernes oppgave er sentral i den organisatoriske implementeringen. Lederne må være klar over alle oppgavene som må ivaretas, hvilke aktører som er involvert, og formelt etablere roller og ansvar. Organisasjonskartet må være tydelig for alle, og roller og ansvar må være godt forankret i linjen ved hjelp av grundig informasjon og kommunikasjon rundt oppgaver som må løses.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram erfarer at kommuner som har hatt suksess med implementeringen har disse fellestrekkene:

1. Samarbeider med andre kommuner om oppgavene i tjenestemodellen.
2. Har ledere som har gått i bresjen for den organisatoriske endringen.
3. Har evnet å budsjettere langsiktig med midler til ressurser som understøtter en slik organisering.

For å lykkes med implementering av velferdsteknologi, forutsettes det tverrfaglig og tverrsektoriell tilnærming. Alle parter må ha en felles forståelse av hvor man skal, hvordan man skal oppnå det, og det må være tydelig hvilken rolle og hvilket ansvar alle involverte parter har.

4.2 Kulturelle barrierer

Kulturelle barrierer ved implementering av velferdsteknologi kan ifølge professor Etty Nilsen m.fl. [11] deles inn i fire kategorier:

1. **Organisatorisk motstand**
   Motstand mot endring av rutiner, mot kommunikasjon og deling av kunnskap, og utvikling av kompetanse. Ledelsens motstand mot nye samarbeidsmodeller.
2. **Kulturell motstand**
   Motstand som bunner i språk og oversettelsesproblemer og kulturelle forskjeller. Motstand mot arbeidsform – samskaping.
3. **Teknologisk motstand**
   Motstand fra teknologien selv – f.eks. (mangel på) den teknologiske infrastrukturen i kommunen. Motstand fra IT-tjenesten.
4. **Etisk motstand**
   Motstand fra de ansatte fundert i moralske bekymringer for pasientsikkerhet, privatliv, verdighet og rettferdighet.

Implementering av velferdsteknologi representerer en stor endring i kommunen. Dette stiller også store krav til ledelse.[12] Endringene er gjennomgripende, berører flere av lederens arbeidsområder, og representerer et brudd i måten man er vant til å jobbe på. Implementeringen krever stor innsats i endringsledelse fordi strukturer, kulturer, verdier, kompetansebaser, arbeidsprosesser, samhandlingsmønstre, systemer, arbeidsmåter og individers kompetanse, holdninger og atferd skal endres på. Lederens ansvar er å forberede organisasjonen på endringen, involvere ansatte underveis og tilrettelegge for læring og refleksjon.

4.3 Barrierer knyttet til kompetanse

Barrierer knyttet til kompetanse kan deles i tre:

1. **Lederkompetanse**
   Manglende kompetanse om prosjektstyring, tjenesteinnovasjon, overordnet teknisk forståelse, kunnskap om personvern og informasjonssikkerhet, krav til organisatoriske endringer og erfaring med endringsledelse.
2. **Kompetanse blant ansatte**
   Manglende kompetanse om hva velferdsteknologi er, når og for hvem det kan brukes, brukermedvirkning og oppgaver relatert til å sette teknologi ut til bruker, sørge for respons, uttrykning og evaluering.
3. **Strukturelle utfordringer**
   Høyt antall personell i turnusordninger som skal ha opplæring. Mange deltidsstillinger og høy turnover på personell, vanskelig å nå ut til alle. Umodent leverandørmarked mht. tilbud om mobil opplæring som passer ansattes arbeidssituasjon (fremdeles er de fleste tilbud opplæring i klasserom, som vanskelig lar seg gjennomføre pga. logistikkutfordringer og kostnad).

Velferdsteknologiens ABC fornyes i 2021, og er hittil gjennomført av ca. 5.000 ledere og ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til introduksjonen som gis i ABC-opplæringen, må kommunene selv organisere opplæring i konkrete prosedyrer og bruk av teknologi til ansatte på alle nivå. Nasjonalt velferdsteknologiprogram erfarer at samarbeid mellom kommuner samt klare krav til tilbud om mobil opplæring ved anskaffelser er med på å løse noen av disse utfordringene, både med tanke på kostnader og kompetanse. Kommunene

[11] https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2650958/Dugstad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[12] Velferdsteknologiens ABC, Janne Dugstad og Etty Nilsen

oppgir selv at erfaringsdeling gjennom organiserte nettverk er et svært viktig bidrag til å øke kompetansen om implementering av velferdsteknologi.

4.4 Tekniske barrierer

4.4.1 Et marked i utvikling

Det norske velferdsteknologimarkedet har samlet sett en markedsstørrelse på omkring 1 milliard norske kroner årlig.[13] Dette er inkludert trygghets- og mestringsteknologi til hjemmeboende, pasientvarslingsanlegg på institusjoner og teknologi for digital hjemmeoppfølging. Markedsstørrelsen inkluderer softwarelisenser for plattformer og utsyr, lisenser for responsløsninger, utstyrskjøp, samt installasjons- og vedlikeholdstjenester.

Tilbyderne i markedet er i hovedsak norske**.** Et knippe større leverandører kaller seg integratorer, og tilbyr velferdsteknologiske plattformer som mottar signaler fra en underskog av mindre leverandører av enkeltteknologier. Få leverandører tilbyr helt åpne plattformer. Dette betyr at kommunene ofte binder seg til ett økosystem når de velger hovedleverandør, og opplever plattformene som til dels «nedlåste og proprietære».

Beskjeden markedsstørrelse skyldes lav implementeringstakt. Markedet vil vokse og utvikle seg i takt med at kommunene gjennomfører flere og større anskaffelser. Satsing på anskaffelser gjennom bl.a. leverandørutviklingsprogrammet har ført til økt profesjonalitet både i kommunene og blant leverandørene. Tydeligere krav til standardisering og åpen arkitektur har startet å gi resultater i form av økte integrasjonsmuligheter og mer bruk av åpne API.

En del leverandører åpner ikke for integrasjon mot velferdsteknologiske plattformer. Dette gjør at kommunene må forholde seg til flere ulike administrasjonsgrensesnitt for enkeltteknologier. Dette fører til økte kostnader for kommunene i form av økt administrasjon, og et mer komplekst økosystem å forholde seg til for tjenesteutøverne. Leverandørene forteller at de opplever usikkerhet knyttet til kundegruppens behov og etterspørsel. De peker på at markedet oppleves som tregt, og at langsomme beslutningsprosesser forsinker implementering av teknologi.

Kommunene opplever i dag at produktene som tilbys til dels er løsninger som er under utvikling. En kommune forteller at da de bestilte sengesensor fra leverandør, kom dette levert i fire ulike innpakninger som de ansatte selv måtte skru sammen. Forsinkelser i teknologileveranser forsinker kommunenes implementeringsprosjekter og øker kostnaden til prosjektledelse.

Noen velferdsteknologier, som elektronisk medisineringsstøtte, inngår i et økosystem hvor tett dialog med andre leverandører er viktig. I 2020 har mange kommuner vært rammet av problemer knyttet til endring i forpakningen på multidoser. Multidoseforpakningene passet ikke lenger inn i medisindispenserne, og førte til at en rekke kommuner måtte dele ut medisin manuelt. Slike problemer stammer trolig også fra umodenhet i markedet. I et mer modent marked, ville dispenser- og medisinleverandører hatt tett dialog, slik at man er forberedt på forpakningsendringer før de oppstår. I spesialisthelsetjenesten ser man en større grad av modenhet blant teknologileverandører som er avhengige av hverandre, med mer proaktiv dialog for å unngå lignende problemer.

4.4.2 Mangelfull informasjonsdeling

Mangelfull informasjonsdeling er fremtredende på flere nivå:

- Mellom velferdsteknologisk utstyr og velferdsteknologiske plattformer.
- Mellom velferdsteknologisk utstyr, plattformer og journal.
- Mellom nivå i tjenesten (kommune, fastlege og spesialisthelsetjenesten).

[13] PA Consulting analyse av det norske velferdsteknologimarkedet 2021.

Mangelfull informasjonsdeling fører til dobbeltføring av informasjon, feil og økt tidsbruk. Totalt sett utgjør dette økte kostnader og betydelige barrierer for spredning og gevinstrealisering.

Mangelfull integrasjon mellom velferdsteknologisk utstyr, plattformer og fagsystemer ved hjelp av åpne og standardiserte grensesnitt medfører leverandørspesifikke direkteintegrasjoner som gir liten grad av fleksibilitet for å legge til eller bytte leverandør. Kommunene blir bundet til leverandørenes prioriteringer og prismodeller, som ofte resulterer i trege leveranser og høye priser. De ulike plattformleverandørene av trygghets- og mestringsteknologi har inngått samarbeid med TietoEVRY, Visma og DIPS for integrasjoner på ulikt nivå. Integrasjonene har vært dyre å utvikle, og kostnaden for kommunene er betydelige på dette området.

Det tar tid å etablere et marked som forholder seg til åpne standarder. Myndighetene har derfor startet å jobbe med tjenesten Velferdsteknologisk knutepunkt. Dette er en sentral komponent som åpner grensesnittene mellom velferdsteknologiske løsninger og kommunenes fagsystem. Gjennom leveranser av denne tjenesten etableres det stegvise spesifikasjoner som grunnlag for fremtidig standardisering.

4.4.3 Mangelfull mobildekning

I en rapport utarbeidet av KS[14] kommer det frem at det er store forskjeller i mobil- og bredbåndsdekning mellom «by og land». I byer og tettsteder er det generelt god dekning, mens det er store variasjoner i mobil- og bredbåndsdekningen for husstander i spredtbygde strøk. Dette oppleves som en betydelig utfordring ved implementering av velferdsteknologi. Midlertidig bortfall av dekning og kommunikasjon kan som følge av tekniske feil eller ekstremvær også oppleves som en stor barriere i enkelte regioner i landet. Bedre infrastruktur og dekning er helt essensielt for å kunne implementere velferdsteknologi.

4.4.4 Manglende sertifiseringsordninger

Det er helt sentralt for både brukeren og tjenesten at utstyr er trygt og sikkert i bruk. Kommunene opplever stor tidsbruk ved anskaffelser knyttet til testing av grunnleggende krav til velferdsteknologisk utstyr. Behovet for standarder som eksempelvis CE-merking[15] av produktene er etterspurt. Manglende CE-merking av produkter innen velferdsteknologi kan føre til økt risiko for at det tas i bruk løsninger som ikke er robuste eller ivaretar sikkerheten til innbyggerne.

Det er Legemiddelverket som forvalter og fører tilsyn med forskrift om medisinsk utstyr og som dermed har en utøvende rolle i godkjennelse av medisinsk utstyr og CE-merking.[16] Legemiddelverket gir regulatorisk veiledning om produksjon, markedsføring, omsetting, import og eksport for klinisk utprøving og ytelsesundersøkelser av medisinsk utstyr på det norske markedet. Helse og omsorgsdepartementet inkluderte Legemiddelverket i utarbeidelsen av sluttrapporten Sluttanbefalinger fra utredningsoppdrag om nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging.[17] Det er Legemiddelverkets vurdering at med planlagt implementering av nye EU-forordninger om medisinsk utstyr og tilhørende kapasitets- og kompetanseøkning både innen kliniske studier og klassifisering, at Legemiddelverket vil være i bedre stand til å bidra i innovasjonsveiledning for medisinsk utstyr. De nye EU-forordningene skal etablere gode bransjenormer og mulige sertifiseringsordninger for digitale produkter. [18]

---

[14] https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/forskning-og-utvikling/fou-rapporter/Ekom-rapport-infrastruktur-2019.pdf

[15] CE-merket betyr at tilsynsmyndighetene har godkjent produktet at produsenten ivaretar grunnleggende sikkerhetskrav, at produktet er sikkert og at dokumentasjon for dette er tilgjengelig.

[16] https://legemiddelverket.no/om-oss/organisasjon

[17] https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Sluttrapport%20utredningsoppdrag%20Medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging%202019.pdf/_/attachment/inline/f431989f-a34c-413f-977b-115b08c26d1b:4f49fbad8f9c5e75f7611c23b3f1de7ea3073e59/Sluttrapport%20utredningsoppdrag%20Medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging%202019.pdf

[18] https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/04/20180417-ke-digital-helse-rapport.pdf

Videre har Standard Norge nedsatt en standardiseringskomite for tekniske innretninger innenfor velferdsteknologi som vil omfatte trygghetsalarmer, sensorteknologi, robotteknologi, osv.[19] Det er ønskelig at løsningene testes og godkjennes sentralt gjennom en slags sertifiseringsordning, slik at hver kommune og hvert sykehus unngår å måtte teste om utstyret ivaretar de mest grunnleggende sikkerhetskravene.

4.4.5 Mangel på konkrete råd om skyløsninger

Kommunenes velferdsteknologiløsninger er i stor grad skybaserte og driftes av leverandørene. Kommunene etterlyser sterkere sentrale føringer med tanke på risikovurderinger rundt disse løsningene (Både ROS og DPIA). Dette er spesielt utfordrende for kommunene å gjøre egne risikovurderinger av skybaserte løsninger. Normen publiserte en ny veileder for bruk av skytjenester i 2020. Det etterlyses mer konkrete tiltak, eksempelvis overordnede risikovurderinger av løsninger slik det ble gjort for videokonsultasjoner i.f.m. korona-situasjonen i april 2020. Selv om hver kommune må foreta lokale risikovurderinger i tillegg, er det ingen tvil om at sentrale tiltak på dette området vil kunne spare kommunene for mye tidsbruk.

4.5 Regulatoriske barrierer

4.5.1 Egenbetaling for velferdsteknologi

Kommunen kan kreve egenbetaling for helse- og omsorgstjenester dersom det foreligger hjemmel i lov eller forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Mange kommuner opplever spørsmålet om adgang til å kreve egenbetaling for velferdsteknologiske løsninger som utfordrende, idet det er krevende å overføre prinsippene i egenandelsforskriften[20] til tjenester som ytes ved hjelp av velferdsteknologi. Utfordringene knytter seg til både om velferdsteknologien i det konkrete tilfelle dekker behov som det etter egenandelsforskriften kan tas betalt for, og om hvor mye som eventuelt kan tas betalt, idet selvkostprinsippet[21] i egenandelsforskriften § 8 bygger på personalets gjennomsnittlige timelønn, noe som ikke er direkte overførbart til tjenester med bruk av velferdsteknologi. Som følge av bl.a. disse utfordringene er det store variasjoner mellom kommunene når det gjelder bruk av egenbetaling for velferdsteknologi.

4.5.2 Inngripende teknologier og samtykke

Velferdsteknologi kan anses som inngripende når informasjon sendes uten at brukeren selv initierer det. Eksempler på slik teknologi er bruk av sensorer, kamera og GPS. Hvis teknologien er å anse som inngripende vil det stilles noe strengere krav til vurdering av rettslig grunnlag før teknologien kan tas i bruk.

Velferdsteknologiens ABC (emne C – lov og etikk) gir veiledning til hvilke vurderinger som skal gjøres i forbindelse med inngripende teknologi. Dette stiller krav til at den som tildeler teknologien har kompetanse til å vurdere hvilket rettslig grunnlag som er aktuelt. Samtidig sier pasient -og brukerrettighetsloven at helsepersonell skal velge det *tiltaket* som er minst inngripende i en pasient eller brukers liv. Altså må man vurdere om bruk av teknologi er inngripende sammenlignet med andre tiltak (som eksempelvis fysisk besøk hvor helsepersonell låser seg inn hos en innbygger midt på natten). Her er det med andre ord stort rom for tolkning.

Mange føler seg derfor usikre på bruk av sensorer, kamera og lokaliseringsteknologi. For personer med psykisk utviklingshemming gjelder dessuten spesielle regler (i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9), og dermed blir barrieren for å ta i bruk velferdsteknologi for denne gruppen enda høyere. Det etterlyses derfor tydeligere veiledning fra myndighetene om hvordan man skal vurdere bruk av inngripende teknologi opp mot andre inngripende tiltak.

---

[19] https://www.standard.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi-og-velferdstjenester/

[20] helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Egenandelsforskriften (FOR-2011-12-16-1349) §§ 8-110

[21] Selvkostprinsippet omhandler at kostnadene ved tjenestene som ytes i dag skal dekkes av de brukerne som drar nytte av tjenesten.

Årsaken til at mange kommuner etterlyser tydeligere veiledning, er at de fleste små og mellomstore kommuner ikke har tilgang til juridisk kompetanse på dette området.

Det er også stor variasjon i hvordan samtykke vurderes i forbindelse med bruk av velferdsteknologi. Helsepersonell har lang erfaring og gode rutiner når det gjelder vurdering av samtykkekompetanse ved helsehjelp, men det er ofte stor usikkerhet rundt hvordan samtykke skal praktiseres ved bruk av inngripende teknologi. Det er også forskjell på samtykke til å motta helsetjenester og samtykke til behandling av personopplysninger i forbindelse med bruk av teknologi, og dette har skapt ytterligere forvirring. Mange kommuner løfter frem usikkerhet rundt bruk av samtykke som en betydelig barriere som bremser implementeringstakten. Også her etterlyses tydeligere retningslinjer for hva som gjelder og hvilke vurderinger man skal gjøre ved tildeling av tjenester. Eksempelvis oppleves det at saksbehandlingsveilederen i liten grad gir veiledning på dette området.

4.5.3 Drifts- eller investeringsbudsjetter

Kommunene vedtar årlig to budsjetter: driftsbudsjettet og investeringsbudsjettet. Investeringer til velferdsteknologi blir postert på investeringsbudsjettet, og løpende utgifter til å drifte velferdsteknologi (lønn til ressurspersoner, lisenser og annet) blir postert på driftsbudsjettet.

Mange leverandører tilbyr gunstige leieordninger og utstyr med tjenester «as a service». Regelverket gir ikke anledning til å føre leiekostnader andre steder enn i driftsbudsjettet. Dette fører til at kommunene føler de tvinges til kjøp fremfor leie.

Dette har vært en særskilt utfordring under koronapandemien. Mange kommuner ønsket å leie medisindispensere for å avlaste hjemmetjenesten og unngå smittespredning, men kunne ikke øke utgiftene på driftsbudsjettet med leiekostnader. Disse kommunene endte da opp med å heller kjøpe et fåtall dispensere fordi kjøp kunne føres på investeringsbudsjettene. Resultatet ble redusert implementeringstakt av medisindispensere som kunne avhjulpet økt vikarbruk og krevende arbeidsdager i helse- og omsorgstjenesten under pandemien.

Gevinstrealiseringsrapport

Helsedirektoratet

Direktoratet for e-helse

KS