



# Kartlegging og tildeling av tjenester med velferdsteknologi

Nasjonalt velferdsteknologiprogram



# Innhold

---

<b>01</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>2</b>
<b>02</b>	<b>Kartlegging og tildeling av tjenester med velferdsteknologi</b>	<b>7</b>
	Steg 1 - Motta søknad om behov for helse- og omsorgstjenester	9
	Steg 2 – Kartlegging av behov	12
	Steg 3 – Vurdering og tildeling av tjeneste	15
<b>03</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>18</b>
	Vedlegg A – Eksempelbank	20
	Vedlegg B - Misforståelser om samtykkekompetanse	22
	Vedlegg C – Brukerhistorier	25
	Vedlegg D - Estimering av potensielle fremtidige kvantitative gevinster ved bruk av velferdsteknologi	31
	Vedlegg E - Råd til hvordan finne riktig teknologi til potensielle brukere av velferdsteknologi?	43
	Vedlegg F - Verktøy og veiledningsmateriell	52





# Innledning

---


## Formål

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har en overordnet målsetning om at velferdsteknologi skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. Det forutsetter at kommunen har velferdsteknologi tilgjengelig som en del av tjenestetilbudet. Det innebærer også at velferdsteknologi må vurderes på lik linje med andre tjenester ved vurdering og tildeling av tjenester.

Implementering av velferdsteknologi handler derfor mye om kulturendring. Det må være fokus på egenmestring fremfor kompensierende tjenester, og det må være tverrfaglig samarbeid ved vurdering av brukerbehov. Dette krever at det legges til rette for brukermedvirkning når tjenester skal tildeles, og at det er tett dialog mellom de ulike tjenestene i kommunen (typisk hjemmetjenesten, forvaltningsenhet, ergo-/fysioterapitjeneste mm).

## Målgruppe

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har samlet erfaringer fra kommuner som allerede har implementert velferdsteknologi og jobbet med kulturendring. Sammen med en innsatsgruppe bestående av deltakere fra flere kommuner og fra ulike deler av tjenesten er det utarbeidet veiledningsmateriale med viktige temaer for arbeidet med å kartlegge og tildele tjenester.

A photograph of a woman wearing a patterned headscarf, smiling and hugging a child from behind. The woman is looking off to the side with a gentle expression. The child is wearing a grey polka-dot shirt. The background is softly blurred, suggesting an indoor setting with natural light.

‘ Teknologien gjør de pleietrengende mer selvhjulpne, noe som bidrar til å øke livskvaliteten. Nå har vi så god dokumentasjon på hva denne teknologien betyr, [...]. Kommunene må tenke at dette er den nye normalen. Det er slik vi skal jobbe. ’

- Helseminister Bent Høie

# Hva er viktig for deg?

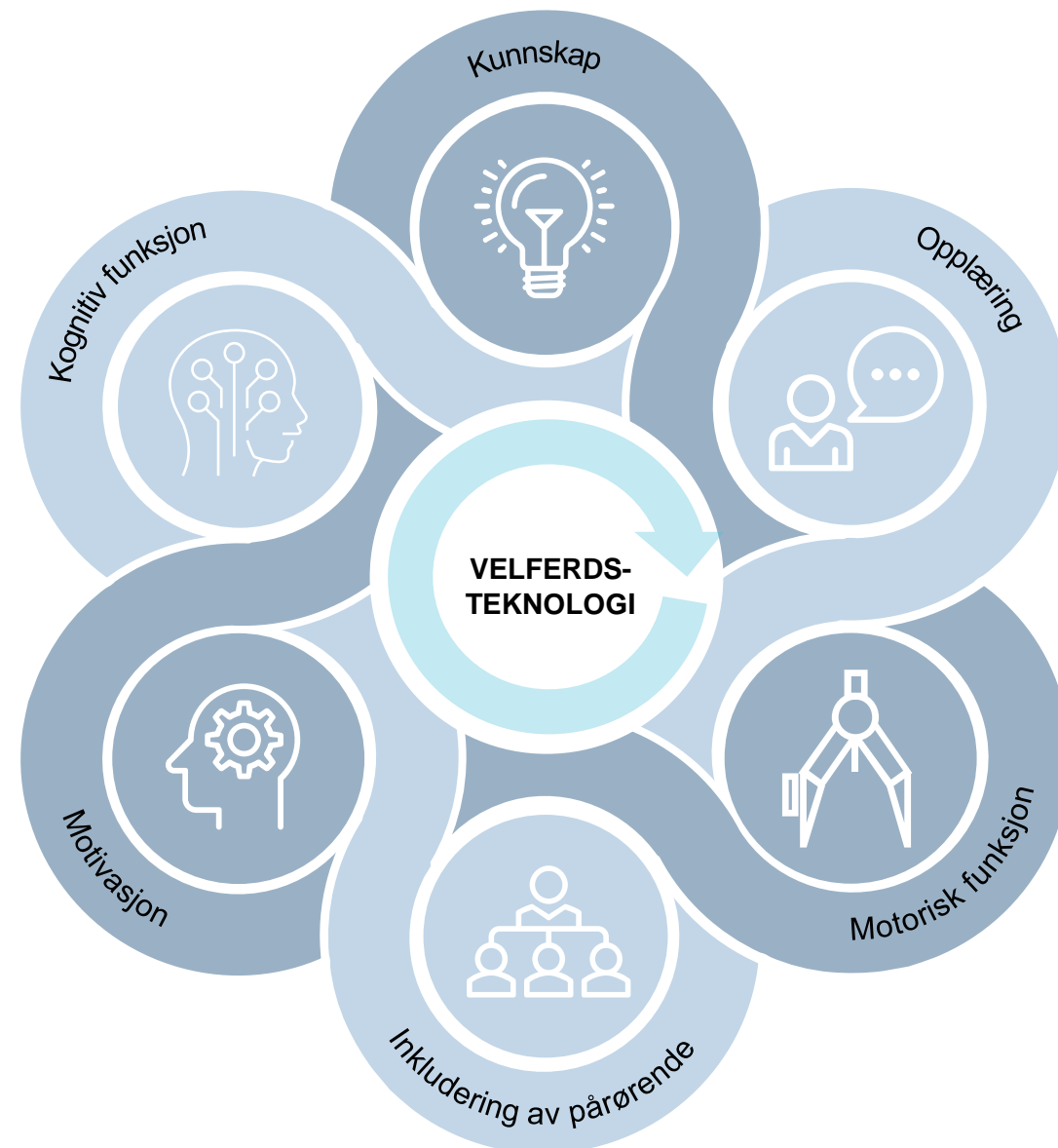
---

Velferdsteknologi har potensialet til å effektivisere helsetjenesten slik at det kan ytes mer helsehjelp innenfor de samme økonomiske rammene som tidligere. En av de viktigste faktorene for å lykkes med dette er god kartlegging slik at rett teknologi blir tildelt riktig bruker.

Det er viktig å finne den teknologien som passer til brukerens behov, og ikke lete frem egenskaper ved brukeren som kan tilpasses de ulike teknologiene. Det er helt avgjørende for å oppnå målet om egenmestring og hverdagsrehabilitering.

På de neste sidene sies noe om hvilke teknologier som passer til de ulike brukerbehovene og hvilke sentrale egenskaper som må være på plass for at det skal kunne tas i bruk. For eksempel må gamle mennesker ha tilstrekkelig motoriske evner for å kunne ta i bruk medisindispensere, og mennesker med demens må kunne ferdes alene i trafikken for at det skal være hensiktsmessig å tildele GPS.

I presentasjonens vedlegg ligger blant annet brukerhistorier og tildelingskriterier for de ulike teknologiene. Dette kan være nyttig når ny teknologi skal tas i bruk.



# Velferdsteknologi bør bli førstevalget

For å få en oversikt over potensielle brukere av velferdsteknologi i kommunen bør det gjøres følgende:

1. Foreta en kartlegging av alle eksisterende tjenestemottakere
2. Etablere gode rutiner for å fange opp nye brukere i tjenesten som kan ha nytte av velferdsteknologi

Still spørsmålet: Hvorfor skal søkeren/brukeren **ikke** tildeles velferdsteknologi?



## Overordnede tildelingskriterier

1. Bruker oppholder seg i kommunen
2. Bruker har behov for helse og omsorgstjenester hjemlet i lovverk og oppfyller kommunens kriterier for tildeling av tiltaket.
3. Samtykkekompetanse og brukermedvirkning ligger til grunn for all tildeling. Ved manglende samtykkekompetanse gjøres en forsvarlighetsvurdering.

*Eksempel er hentet fra e-helse og velferdsteknologi Agder.*



## Suksessfaktorer

- Vurder alltid velferdsteknologi som førstevalg når det mottas søknad - spørsmålet skal være "hvorfor skal brukeren ikke få tildelt teknologi?" og ikke "hvorfor skal brukeren få tildelt teknologi?".
- Sørg for et godt samarbeid mellom tildelingskontor (saksbehandlere) og hjemmetjenesten.
- Etabler tydelige inkluderings- og ekskluderingskriterier for de ulike teknologiene.
- Etabler gode kartleggingsrutiner og skjemaer for å finne frem til brukerens behov.
- Sørg for tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til velferdsteknologien og hvilke gevinster det kan skape.

# Generelle inkluderingskriterier for brukere som kan ha stor nytte av å ta i bruk velferdsteknologi



## INKLUDERINGSKRITERIER

- Søkerer/brukere hvor forebygging og kvalitet kan ha stor effekt.
- De opplagte og motiverte søkerne/brukerne som ønsker å ta i bruk teknologi for økt frihet og selvstendighet.
- Brukere som bor langt unna og velferdsteknologi kan være ressursbesparende for hjemmetjenesten.
- De som kan få besøk på andre tidspunkter for å avlaste eller frigjøre tid i tjenesten.
- De søkerne/brukerne som kun trenger enkle hjelpemidler.
- Brukere som har et økt behov for tjenester

→For nye søkere av hjemmebaserte tjenester, nåværende brukere eller andre som har henvisning til hjemmebaserte tjenester bør velferdsteknologi alltid være førstevalget.



### Husk

- Fokuser på at brukerne får økt kvalitet og at ikke noe blir tatt fra dem.
- Ulike velferdsteknologier har ulik funksjonalitet og bruksområde.
- Kartlegg brukerne godt for å avdekke om behov kan løses med velferdsteknologi.

\*Det vises for øvrig til [vedlegg E – «Råd til hvordan finne riktig teknologi til potensielle brukere av velferdsteknologi?»](#) for mer utfyllende beskrivelse av tildelingskriterier.



# Innhold

---

<b>01</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>2</b>
<b>02</b>	<b>Kartlegging og tildeling av tjenester med velferdsteknologi</b>	<b>7</b>
	Steg 1 - Motta søknad om behov for helse- og omsorgstjenester	9
	Steg 2 – Kartlegging av behov	12
	Steg 3 – Vurdering og tildeling av tjeneste	15
<b>03</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>18</b>
	Vedlegg A – Eksempelbank	20
	Vedlegg B - Misforståelser om samtykkekompetanse	22
	Vedlegg C – Brukerhistorier	25
	Vedlegg D - Estimering av potensielle fremtidige kvantitative gevinster ved bruk av velferdsteknologi	31
	Vedlegg E - Råd til hvordan finne riktig teknologi til potensielle brukere av velferdsteknologi?	43
	Vedlegg F - Verktøy og veiledningsmateriell	52

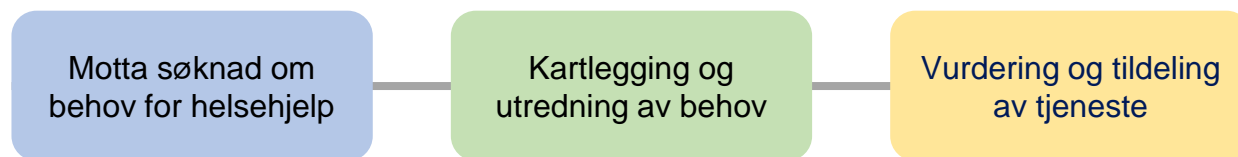


# Kartlegging og tildeling av tjenester med velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan gi store gevinster for både brukere og tjenesten. For å oppnå det fulle potensialet er det viktig med en god prosess for kartlegging og tildeling. Dette kapitlet har til hensikt å ta dere gjennom den prosessen. Det er delt inn i 3 overordnede faser:

- 1. Motta søknad om behov for helsehjelp:** Her er det viktig å ha gode rutiner for å kommunisere tjenestetilbudet ut til brukere og innbyggere. Ha fokus på «ett løp inn» (ett søknadsskjema).
- 2. Kartlegging og utredning av behov:** Etter at behovet er meldt inn må det gjøres en kartlegging. Dette bør være en åpen samtale, gjerne med pårørende involvert, for å avdekke brukernes faktiske behov.
- 3. Vurdering og tildeling av tjeneste:** Informasjonen fra kartleggingen brukes til å avgjøre hvilken velferdsteknologi som kan møte brukerens behov. Beslutning og eventuelt vedtak dokumenteres i EPJ og saksbehandlingssystem.

Kapitlet inneholder også eksempler fra ulike kommuner som er med i programmet. Det er blant annet eksempler på flytskjemaer, søknadsskjemaer, brukermedvirkning og tverrfaglig kartlegging. Dette er viktige temaer i forbindelse med kartlegging og tildeling.



For øvrig vises det til [Veileder for saksbehandling](#) og [KS - Gode tjenesteforløp](#).





# Steg 1 - Motta søknad om behov for helse- og omsorgstjenester

Målsetningen til kommunen må være å ha en tydelig prosess for mottak og behandling av henvendelser og søknader, samt sikre et godt system og rutiner som ivaretar lik håndtering av alle søknader.

- Motta søknad, bekymringsmelding eller annen type henvendelse fra bruker, pårørende, fagpersonell eller andre om behov eller endring i hjelpebehov.
- Foreta en initial vurdering for en hurtig oppstart av tjeneste og kontakte søker/tjenestemottaker for gjennomføring av kartleggingsamtale.

## TIPS TIL GJENNOMFØRING:

- **Gi tydelig informasjon** om hvor innbyggeren kan melde om og sende inn søknad om hjelpebehov.
- **Sørg for å ha ett felles skjema** for søknad om helse- og omsorgstjenester i kommunen – «en-vei-inn», både for nye søkere og eksisterende brukere. Tilrettelegg for at søknadsskjema om hjelpehjelp kan fremsettes muntlig, skriftlig og/eller elektronisk (via Bank-ID).
- **Ha åpne spørsmål og fritekst i søknadsskjemaet** som beskriver behovet og hva søkeren trenger bistand til – ikke en bestillingsmeny av tjenester. Ta utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?»
- Tilrettelegg for lavterskeltilbud for å ta kontakt med tjenestekontor ved spørsmål – og eksempelvis utarbeid et skriv med «Ofte stilte spørsmål» som kan deles på kommunens nettsider.
- Vurder alltid *først* om brukeren kan ha nytte av velferdsteknologi.

## TENK PÅ:

- Hvordan kan dere fremheve og sørge for at innbyggerne vet om hvilke ulike velferdsteknologier som finnes i kommunen? Er det utarbeidet en kommunikasjonsplan for velferdsteknologi i kommunen?
- Har saksbehandlerne og de ansatte fått opplæring og kompetanse om nytten og mulighetsområdet av de ulike velferdsteknologiløsningene?
- Er det tilrettelagt for at ansatte som fanger opp potensielt brukere for velferdsteknologi enkelt kan melde inn endringsbehovet for de eksisterende brukerne?
- Kan velferdsteknologi alltid vurderes i den initiale vurderingen som førstevalg?

# Informere om tjenestetilbud

Det er sentralt at kompetansen om velferdsteknologi blir en naturlig del av brukerkartleggingen og tjenesteytingen. Det krever at de ansatte har fått god opplæring og kjenner til de ulike velferdsteknologiløsningene. Videre er det viktig at innbyggerne er opplyst og kjenner til hvilke muligheter som finnes av velferdsteknologi i kommunen, slik at de selv kan være med på å ta gode valg og bestemme hva som er viktig.

## GJENNOMFØRE KOMMUNIKASJONSTILTAK

For å opplyse og motivere innbyggere, brukere og ansatte kan følgende tiltak være nyttige:

- Lag en kommunikasjonsplan. Beskriv hvordan kommunen skal informere innbyggere om at velferdsteknologi tilbys - og hvordan de skal nå ut til målgruppene. Vær bevisst på valg av kommunikasjonskanaler og at det tilrettelegges for personer med begrensede norskkunnskaper og/eller lite helserelatert kompetanse.
- Utarbeid materiale og publiser oppdateringer om tjenesten i brosjyrer, nyhetsbrev, kommunens nettsider, sosiale media, servicetorg, lokal radio, og andre kanaler for å skape interesse og forståelse for viktigheten av velferdsteknologi. Eksempelvis brosjyrer og animasjonsfilmer om velferdsteknologiløsningene. Sørg for at disse er intuitive og tydelige.
- Samarbeid med interesseorganisasjoner, Pensjonistforbundet og demenskoordinator.
- Vis frem teknologiske løsninger, slik at både innbyggerne og ansatte kan gjøre seg kjent med teknologiene. Eksempelvis: «smartrom», «demo-rom» eller utstillingsleilighet.
- Engasjer brukerrepresentanter og hold informasjonsmøter for pensjonistforbundet, foreldre, skole, spesialisthelsetjenesten, samt i kommunen for å dele kunnskap og erfaringer.
- Spre informasjonsbrosjyrer hos kommunale tjenesteytere, eksempelvis ergo- og fysioterapien, PPT, skoler og hos NAV.

### EKSEMPLER



- [Sør-Østerdalen – Kommunikasjonsplan](#)
- [Melhus – Informasjonsvideo](#)
- [Oslo – Almas hus](#)
- [Grimstad – Visningsarena for velferdsteknologi](#)
- [Sandnes – Brosjyre](#)
- [Alver – Informasjonsskriv velferdsteknologi](#)
- [Pensjonistforbundet - Opplæringshefte i velferdsteknologi](#)



# Eksempel på søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester

Luster kommune utarbeidet i 2020 en ny form for søknadsskjema i dialog med saksbehandlerne og brukerne. De gikk fra et skjema hvor bruker kunne krysse av for tjenestene de ønsket, til et skjema med åpne spørsmål med fokus på å beskrive søkerens behov. Det var viktig at innbyggerne søkte om generell hjelp, fremfor en spesifikk tjeneste. Det medførte at kommunen har frigjort tid som følge av mindre tidsbruk på administrering og fått et bedre beslutningsgrunnlag som følge av én vei inn til tjenesten.

## BAKGRUNN

- Det var for mange ulike innganger for å melde om behov, hvilket førte til en uoversiktlig tjeneste hvor det ble gjort tildelinger uten grundig vurdering.
- Tjenesten ønsket et system som gjorde prosessen mer oversiktlig og sikret at alle henvendelser, søknader, e-link fra fastleger og observasjoner i tjenesten ble behandlet likt.

## NYE SKJEMAER

- Kommunen utarbeidet et søknadsskjema som fylles ut av "førstegangssøkere" eller når bruker/pårørende søker om ytterligere behov for hjelp.
- I tillegg har kommunen et endringsskjema som brukes når det oppdages endring i behov for tjenester. Skjemaet fylles ut av tjenesten i samråd med brukeren, som må signere.
- Begge skjemaene må gjennom den samme prosessen i vedtaksmøtet. Behov for nødvendighetstjenester eller andre behov kan tildeles raskt, men et vedtak skal fattes innen to uker etter selve kartleggingen.

## GEVINSTER

- Mindre tidsbruk til administrasjon og oppfølgingsamtaler som følge av at bruker ikke lenger krysser av for "feil" tjenester.
- Bedre beslutningsgrunnlag basert på brukernes faktiske behov.
- Færre klager på vedtak som følge av forventingsjustering av hvilke tjeneste søkeren får tildelt.
- Økt grad av brukermedvirkning som følge av "hva er viktig for deg?-tilnærmingen.



Se eksempel på søknadsskjema i eksempelbanken



## Søknad om helse- og omsorgstjenester

Malen for søknadsskjema inneholder følgende elementer:

- Felt til utfylling om søker og nærmeste pårørende/verge.
- Om søkeren mottar tjenester fra omsorgstjenesten eller får støtte fra NAV i dag.
- Fritekstfelt med begrunnelse for søknad og hvor søkeren må beskrive dagens situasjon: Hva klarer du selv? Hvilke mål har du, og hva er viktig for deg?
- Standardtekst om at søker gir omsorgstjenesten fullmakt til å innhente opplysninger i samsvar med vurdering av søker.

## Skjema ved endring/revurdering av tjenesten

Malen inneholder følgende elementer:

- Personalia til bruker.
- Felt for beskrivelse av dagens funksjonsnivå, helsetilstand og hjelpebehov.
- Opplysninger når endringen gjelder fra, samt dato for revurdering.
- Underskrift av bruker/verge/fullmektig.



## Steg 2 - Kartlegging av behov

Målet med dette steget er å gjøre en grundig kartlegging av søkeren for å sikre tilstrekkelig informasjon for kunne gjøre en helhetlig vurdering av brukerbehovet, samt for å kunne gi relevante og tilpassede tjenester til brukeren.

- Gjennomføre en grundig og systematisk kartlegging av søker/bruker.
- Innhente informasjon om brukeren fra ulike informasjonskilder for å sikre godt grunnlag for en faglig vurdering.

### TIPS TIL GJENNOMFØRING:

- Fokuser på **helheten i tjenesten** og hvordan de faktiske behovene til søker/bruker kan dekkes av velferdsteknologier, og bidra til egenmestring heller enn å være et kompensierende tiltak.
- Sørg for **tilstrekkelig kompetanse og opplæring** blant de ansatte så de kjenner til de ulike velferdsteknologiene som tjenesten kan ta i bruk, slik at de kan vurdere dette som et tiltak til brukere.
- **Tilrettelegg for tverrfaglig samarbeid** og se på muligheten til å opprette eget kartleggingsteam for å sikre et helhetlig bildet av brukerens behov og situasjon for å vurdere valg av velferdsteknologi. Uavhengig av tverrfaglige kartleggingsteam er det viktig med et godt samarbeid på tvers mellom ansatte, brukere og pårørende. Saksbehandler må ha tett dialog med de som gjennomfører kartleggingen.
- **Utarbeid gode kartleggingsverktøy** og ta inn spørsmål om velferdsteknologi i eksisterende maler som brukes i kartlegging for vurdering av tjenester i kommunen.
- Sørg for å ha **gode lokale systemer** som ivaretar en systematisk kartlegging av behov. En anbefalt metode i kartleggingen er motiverende intervju og «**hva er viktig for deg**»- samtale
- **Dokumenter** kartleggingen av brukerbehovet i pasientjournal for videre oppfølging og evaluering i tjenesten

### TENK PÅ:

- Velferdsteknologi skal tilføre brukerne nytteverdi. De skal ikke føle at noe blir tatt fra dem. Har fokus på dette i kartleggings-samtalene.
- Bruk god tid til å gjennomføre kartleggingen, og gjennomfør flere samtaler dersom det er behov for dette.
- Vurder også brukerens ressursituasjonen og nettverk for å se på alternativer av hvilke ressurser som ønsker å bidra. Eksempelvis pårørende, naboer og andre.
- Kom til konklusjon i samråd med bruker og pårørende.
- Kommunen må legge til rette for bruk av velferdsteknologi i både hjemmetjenesten, ved institusjon, i rehabiliteringen og som forebyggende tiltak for å kunne se effektene av tverrfaglig kartlegging og tildeling.
- Hvordan de ulike velferdsteknologiske løsningene kan møte brukernes behov og samtidig erstatte tradisjonelle tjenester.
- Ved gjennomføring av «Hva er viktig for deg?»-samtalen er det viktig å ha fokus på hva er viktig for søkeren/brukeren, pårørende og ansatte.



# Eksempel på tverrfaglig kartlegging i Harstad kommune

## Ny modell for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Harstad kommune.

### Harstad endrer fra brukerfokus til brukernes fokus, og fra hjelpfokus til mestringsfokus.

- Hensikten er å skape tettere dialog og bedre samhandling mellom forvaltningsenhet og utførende enhet.
- Harstad ønsker å vektlegge hverdagsmestring og bruk av velferdsteknologi

### Organisering av tjenesten

- Et tverrfaglig vurderingsteam vurderer brukerens behov for tjenester over en periode på inntil 14 dager før det fattes vedtak.
- Teamet består av sykepleier/vernepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og saksbehandler.
- Teamet er fleksibelt og organiseres innenfor hvert av distriktene til hjemmetjenesten.
- Vurderingsteamet fokuserer blant annet på:
  - Egenmestring hos bruker, hva pårørende kan bidra med, om det finnes det frivillige tilbud som kan benyttes og hvilke velferdsteknologier kan benyttes.

### Forventet resultat av ny modell

- Kulturendring hvor hverdagsmestring som tankesett havner i sentrum.
- Tettere dialog mellom hjemmetjeneste og saksbehandler.
- Økt fokus på velferdsteknologi og hverdagsmestring, hvor det som fungerer godt i dag blir tatt med videre.
- Felles kunnskapsforståelse på tvers av kommunale tjenester og den nye måten å jobbe på.
- Helhetlig tjenestetilbud.
- Økt bruk av habilitering og rehabilitering.



Modellen skal piloteres i 2021, med forventet oppstart 1. januar 2022. Les mer [her](#).

# Eksempel på brukermedvirkning ved bruk av motiverende samtale

## Bakgrunn

- Høsten 2020 skiftet kommunen tilnærming i måten de utførte samtaler med brukeren, fra fokus på diagnose til en samtale rundt hva som er det viktigste i livet for brukeren.
- Sammen diskuterer bruker og helsepersonell seg frem til hvilke behov brukeren har og hvilke hjelpemidler som kan hjelpe brukeren på veien til målet.

## Suksessfaktorer

- Sett av nok tid til opplæring og erfaringsdeling. Bruk tilgjengelig opplæringsmaterialet som f.eks. [FHI sine opplæringsvideoer](#).
- Sørg for å ha en overordnet ansvarlig ressurs til oppfriskning og kompetanseoverføring blant de ansatte.
- Fremsnakk og forankre holdningsendringen til fokuset på fra «hva er i veien med deg?» til «hva er viktig for deg?».
- Ikke møt brukeren med en lang sjekklister i første møtet. Bygg opp en relasjon og ha en naturlig innfallsvinkel i samtalen hvor målet er å avdekke noen hovedpunkter.
- Ha gode rutiner, prosedyrer og skjemaer for å kartlegge og følge opp hva som er viktig for brukeren.

## Utfordringer

- Manglende ressurser for tilstrekkelig opplæring og erfaringsdeling til «Hva er viktig for deg»-metodikken.
- Manglende kompetanse for å kunne lytte til endringssnakk og skape motivasjon hos brukerne.
- Enkelte brukere har utfordring med å svare på spørsmålet om «hva som er viktig for deg?».



## Gevinster

- Sørger for et bedre informasjonsgrunnlag og får frem det helhetlige behovet til brukeren.
- Økt bevissthet og mer åpent sinn blant de ansatte i kartleggingsmøtet med bruker.
- Bygger en bedre relasjon mellom bruker og helsepersonell (føler seg sett og hørt, fremfor diagnostisert).
- Leder til en lavere terskel for å ta i bruk velferdsteknologi I og økt bevissthet på hva som faktisk er viktig for brukeren i hverdagen.
- En tidligere forventningsavklaring til bruker (og pårørende) om hvilke hjelpemidler som finnes og hvordan tildelingen foregår.



## Steg 3 - Vurdering og tildeling av tjeneste

Målet med dette steget er å foreta en helhetlig vurdering av tjenestetilbudet og fatte et riktig vedtak basert på likebehandling og kvalitetssikring, hvor brukernes behov står i sentrum. Arbeidet består av:

- Gjennomføre en vurdering av tjenestetilbudet.
- Fatte vedtak om tildeling eller avslag.
- Sørge for tilstrekkelig dokumentasjon og registrering i fagsystem.

### TIPS TIL GJENNOMFØRING:

- **Etabler et vedtaksteam** som jevnlig møtes til innsatsmøter for å vurdere alt av dokumentasjon og innhentet datagrunnlag.
- Saksbehandler **forbereder dokumentasjon** og sørger for å samle inn tilstrekkelig informasjon til vurderingsprosessen før innsatsmøtet med vedtaksteamet. Utarbeid gjerne noen enkle stikkord til hver sak.
- **Sørg for godt samarbeid** mellom saksbehandler og de ulike aktører for å få tilstrekkelig informasjon om brukerens behov.
- **Utform vedtak** på beslutningen etter drøftelse av hver enkelt sak.
- **Registrer vedtaket i EPJ.** Vedtaket skal spesifiseres og danne grunnlaget for oppfølging og evaluering av tjenesten.
- Sørg for å ha **tydelig rolle og ansvarsfordeling** for dokumentering og journalføring i fagsystem.
- **Oppdater tiltaksplanen** med anbefalte innstillinger for den enkelte bruker. Her burde det henvises til detaljkartleggingen og det som er kommet frem i samtale med bruker (og pårørende). Tenk på hvordan vedtaket skal følges opp i fremtiden.

### TENK PÅ:

- Husk at det fattes vedtak om tjenester etter HOL og ikke om velferdsteknologi.
- Har saksbehandler kompetanse om velferdsteknologien kommunen besitter? Gjennomfør regelmessig kompetansehevingstiltak.
- Vurder jevnlig om velferdsteknologi kan erstatte tradisjonelle tjenester. Bruker kan ha behov for færre tjenester som følge av økt selvstendig etter tildeling av en velferdsteknologi.
- Hvordan kan velferdsteknologi være et godt hjelpemiddel når en bruker blir skrevet ut fra sykehus/korttidsopphold og skal motta hjemmetjenester?
- Tenk på om IPLOS-tallene i kommunen kan benyttes i vurderingen om tildeling av velferdsteknologi.
- Husk å gjennomføre nullpunktmålinger før tildeling av velferdsteknologi for å kunne måle gevinster.
- Sørg for at sammenfatningen som skrives i vedtaket er tverrfaglig og at det inneholder tilstrekkelig informasjon.

# Eksempel på prosess for vurdering og tildeling av tjenester

I Vik kommune organiserer de seg med egen saksbehandler i pleie- og omsorgstjenesten. Alle søknader som kommer inn behandles ukentlig i møte i vedtaksteam og inntaksmøte. Denne prosessen sørger for at kommunen opplever bedre kommunikasjon på tvers av fagavdelinger og at de bedre klarer å fange opp brukerens behov.

## VEDTAKSTEAM OG INNTAKSMØTE

- **Vedtakssteamet** består av saksbehandler, ergoterapeut, leder for hjemmesykepleia og avdelingsleder. Disse diskuterer søknader om tjenester i hjemmesykepleien, hjemmehjelp, bruk av velferdsteknologi og matlevering. I tillegg saker fra avdelingsleder dersom det er endringer i tjenestebehov og saker/tjenester bør revurderes eller evalueres.
- **Inntaksmøtet** består av saksbehandler, leder for pleie- og omsorgstjenesten, leder for rehabiliteringstjeneste, avdelingsleder institusjon, tilsynslege og representant fra heimesykepleien. Disse diskuterer søknader til sykehjem og på korttidsopphold/avlastningsopphold. I tillegg til saker om omsorgsboliger, BPA og støttekontakt.

## PROSESSEN

Alle søknader i omsorgstjenesten blir behandlet av vedtaksteam og inntaksmøtet:

- Før møtet forbereder saksbehandler agendaen for møtet og gjør en overordnet vurdering av tjenestebehovet som skal vurderes
- I møtet drøftes de ulike sakene av vedtaksteamet, hvor saksbehandler mottar tverrfaglige vurderinger av vedtaksteamet.
- Videre utformes vedtaket i etterkant av møtet basert på innspill som ble gitt i inntaksmøtet. Saksbehandler dokumenterer i henhold til lovgivning.



### Gevinster og suksessfaktorer

- Kommunen tar alltid med både oversikten over alle søkere som har kommet inn og listen over brukere på korttidsplass på institusjon. Disse brukerne er som regel aktuelle for andre tjenester etter korttidsoppholdet.
- Et viktig suksesskriterie er at saksbehandleren samarbeider godt med avdelingsleder i pleie og omsorgstjenesten, leger, sykepleiere og omsorgssjef for å få tilstrekkelig informasjon om behovet til søker/bruker/pasient.
- Som oftest er vurderingene saksbehandler gjør i forkant av møtet i tråd med hva vedtaksteam beslutter, men det forekommer også hastesaker hvor vedtak må fattes før møtet.
- En gevinst kommunen som følge av å organisere vurdering og tildeling av tjenester på er at de opplever bedre kontakt med bruker/pårørende, samt bedre kommunikasjon på tvers av fagavdelinger i vurdering og tildeling av tjenester.

# Vedtak

## BAKGRUNN FOR VEDTAK

- Vedtak kan fattes uten at det må spesifiseres hvilke velferdsteknologiske hjelpemidler som skal inkluderes.
- Velferdsteknologi er ikke definert som en egen tjeneste i lovverket, men kan være et verktøy eller tiltak for å yte helse- og omsorgstjenester
- Eksempel:  
Vedtak: Mottak av helsetjenester og medisinerings i hjemmet.  
Tiltak: Elektronisk medisineringsstøtte/medisindispenser.
- Ta stilling til egenbetaling – hvis velferdsteknologi benyttes for å yte helsehjelp skal det ikke kreves egenbetaling

## SKAL DET ALLTID FATTES VEDTAK?

- I *Veileder for saksbehandling (3.2.2.1 og 3.2.2.3)* er det beskrevet hvilke tjenestetilbud det skal fattes vedtak for.
- Det er ingen spesielle regler for velferdsteknologi – formålet med bruk av teknologien er avgjørende.
- Brukeren vil ha samme krav på informasjon, medvirkning og begrunnelse uavhengig av om det fattes vedtak eller ikke. Klageadgangen er den samme



### Forslag til oppsett for vedtakstekst

Malen for vedtak bør inneholde følgende momenter:

- *Referanse, dato og saksbehandler*
- *Saken det omhandler*
- *Vedtak*
- *Informasjon*
- *Begrunnelse*
- *Klageadgang*
- *Signatur*
- *Vedlegg*

[Se eksempel på vedtakstekst  
i eksempelbanken](#)





# Innhold

---

<b>01</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>2</b>
<b>02</b>	<b>Kartlegging og tildeling av tjenester med velferdsteknologi</b>	<b>7</b>
	Steg 1 - Motta søknad om behov for helse- og omsorgstjenester	9
	Steg 2 – Kartlegging av behov	12
	Steg 3 – Vurdering og tildeling av tjeneste	15
<b>03</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>18</b>
	Vedlegg A – Eksempelbank	20
	Vedlegg B - Misforståelser om samtykkekompetanse	22
	Vedlegg C – Brukerhistorier	25
	Vedlegg D - Estimering av potensielle fremtidige kvantitative gevinster ved bruk av velferdsteknologi	31
	Vedlegg E - Råd til hvordan finne riktig teknologi til potensielle brukere av velferdsteknologi?	43
	Vedlegg F - Verktøy og veiledningsmateriell	52



# Oversikt over vedlegg

---



**A**  
Eksempelbank

Side 20



**B**  
Samtykkekompetanse

Side 22



**C**  
Brukerhistorier

Side 25



**D**  
Estimering av potensielle fremtidige  
kvantitative gevinster ved bruk av  
velferdsteknologi

Side 31



**E**  
Råd til hvordan finne riktig  
teknologi til potensielle brukere  
av velferdsteknologi?

Side 43



**F**  
Verktøy og veiledningsmaterieill

Side 52

# Vedlegg A

## Eksempelbank

### Eksempelbank

Navn på vedlegg	Eier
<u>Saksbehandling, tildelingskriterier og egenbetaling for trygghetsteknologi hos hjemmeboende</u>	E-helse og velferdsteknologi i Agder
<u>Kartleggingsskjema for velferdsteknologi</u>	Alver kommune
<u>Sjekkliste for kartlegging etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a</u>	Alver kommune
<u>Flytskjema for RoomMate</u>	Bodø kommune
<u>Informasjonsskriv velferdsteknologi</u>	Alver kommune
<u>Prosedyre for inngripende varslingssystem</u>	Masfjorden kommune
<u>Tjenesteforløp dørsensor/bevegelsessensor</u>	Masfjorden kommune
<u>Tjenesteforløp GPS</u>	Masfjorden kommune
<u>Søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester</u>	Randaberg kommune
<u>Forslag til vedtak, velferdsteknologi</u>	Randaberg kommune
<u>Informasjonsskriv mobil trygghetsalarm</u>	Sigdal kommune
<u>Behovskartlegging elektronisk medisineringsstøtte</u>	Trysil kommune
<u>Rutine for digitalt tilsyn</u>	Trysil kommune
<u>Søknadsskjema helse- og omsorgstjenester</u>	Luster kommune



# Eksempelbank

Navn på vedlegg	Eier
<u>Saksbehandling, tildelingskriterier og egenbetaling for trygghetsteknologi hos hjemmeboende</u>	E-helse og velferdsteknologi i Agder
<u>Kartleggingsskjema for velferdsteknologi</u>	Alver kommune
<u>Sjekkliste for kartlegging etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a</u>	Alver kommune
<u>Flytskjema for RoomMate</u>	Bodø kommune
<u>Informasjonsskriv velferdsteknologi</u>	Alver kommune
<u>Prosedyre for inngripende varslingsystem</u>	Masfjorden kommune
<u>Tjenesteforløp dørsensor/bevegelsessensor</u>	Masfjorden kommune
<u>Tjenesteforløp GPS</u>	Masfjorden kommune
<u>Søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester</u>	Randaberg kommune
<u>Forslag til vedtak, velferdsteknologi</u>	Randaberg kommune
<u>Informasjonsskriv mobil trygghetsalarm</u>	Sigdal kommune
<u>Behovskartlegging elektronisk medisineringsstøtte</u>	Trysil kommune
<u>Rutine for digitalt tilsyn</u>	Trysil kommune
<u>Søknadsskjema helse- og omsorgstjenester</u>	Luster kommune

# Vedlegg B

## Samtykkekompetanse

### Erfaringsnotat: Tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi

Basert på utprøving i kommunar i Midt-Norge ble det skrevet et erfaringsnotat om tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi. Formålet med dette prosjektet var å tilby personar som har kognitiv svikt og/eller demens ei nyttig teneste med sporings- og lokaliseringsteknologi (GPS). I notatet skisseres tre reelle eksempler på hvordan ulike vurderinger og utfordringer fører fram til ulike vedtak. Drøftingen gir ingen entydige svar og er ikke ment til å være en mal – men heller vise hvilke problemstilling og lovverk som kan være nyttig å vurderes i ulike tilfeller. Det er viktig å presisere at det vil variere fra kommune til kommune, både med tanke på organisering og gjennomføring av tildelingsprosessen.

Tre brukercaser (side 17-27 i notatet):



**Case 1 – «Kari»:**

Personen har samtykkekompetanse og vil ha teknologi.



**Case 2 – «Peder»:**

Personen har ikke samtykkekompetanse, yter ikke motstand og nyttiggjør seg av teknologien.



**Case 3 – «Ann Mari»:**

Personen har ikke samtykkekompetanse, motsetter seg bruk, og vil kunne nyttiggjøre seg av teknologien.

### Fem misforståelser om samtykkekompetanse

**1** Det er legen som må vurdere samtykkekompetansen.

*Det personellet i helse- og omsorgstjenesten som er ansvarlig for helsehjelpen/tiltaket, avgjør om pasienten er samtykkekompetent (Pbrl §4-3).*

*De som er ansvarlig for helsehjelpen kan for eksempel være lege, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, sykepleiere og ergoterapeut.*

*Vurderingen bør være tverrfaglig og gjøres i tett samarbeid med pårørende.*

**2** Pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse.

*Den som kan samtykke kan takke nei, både til bruk av velferdsteknologi og andre tilbud, og dette må helse- og omsorgstjenesten respektere.*

*Hvis brukeren takker nei til et tjenestetilbud som kommunens personell mener at vedkommende person vil ha god nytte av, bør en sette av tid til å forklare hvilken nytte vedkommende vil ha av tiltaket. I slike tilfeller bør helse- og omsorgstjenesten arbeide med tillitskapende tiltak for å kunne gi helsehjelpen/tjenestene på en måte som er best mulig for pasienten eller brukeren.*

*Det er ikke en enkel oppgave å vurdere samtykkekompetanse, og en slik vurdering vil alltid inkludere skjønnsmessige og etiske overveielser.*

**3** Mangel på samtykkekompetanse er alltid permanent.

- *NEI – i utgangspunktet skal samtykkevurdering gjøres hver gang det er snakk om helsehjelp, dvs. ved ulike typer helsehjelp pasienten måtte ha behov for (eks. utredning, behandling, medisiner).* Samtykkekompetansen kan variere og tidsbegrenses.
- *JA – når det er åpenbart at pasientens funksjonsnivå tilsier at samtykkekompetansen er varig tapt (eks. alvorlig grad av demens, alvorlig utviklingshemming).*

**4** Personer som har diagnosen demens eller psykisk utviklingshemming mangler samtykkekompetanse.

*Samtykkekompetanse er i utgangspunktet diagnoseuavhengig, men noen lidelser øker sannsynligheten for at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, eks. demens eller psykisk utviklingshemming.*

**5** Når samtykkekompetanse mangler, mangler den for alle beslutninger om helsehjelp.

*Nei. I utgangspunktet skal samtykkevurdering gjøres hver gang det er snakk om helsehjelp, dvs. ved ulike typer helsehjelp pasienten måtte ha behov for. Samtykkekompetansen kan variere og tidsbegrenses.*

42

Kilde: Helseetaten, Oslo kommune, Velferdsteknologi fordyringskurs.



Klikk her for å gå til erfaringsnotatet



27

Kilde: Berg (2015) Erfaringsnotat Tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi

# Fem misforståelser om samtykkekompetanse

1

## Misforståelse 1: Det er legen som må vurdere samtykkekompetansen.

*Det personellet i helse- og omsorgstjenesten som er ansvarlig for helsehjelpen/tiltaket og avgjør om pasienten er samtykkekompetent (Pbrl §4-3).*

*De som er ansvarlig for helsehjelpen kan for eksempel være lege, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, sykepleier eller ergoterapeut.*

*Vurderingen bør være tverrfaglig og gjøres i tett samarbeid med pårørende.*

2

## Misforståelse 2: Pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse.

*Den som kan samtykke kan takke nei, både til bruk av velferdsteknologi og andre tilbud, og dette må helse- og omsorgstjenesten respektere.*

*Hvis brukeren takker nei til et tjenestetilbud som kommunens personell mener at vedkommende person vil ha god nytte av, bør en sette av tid til å forklare hvilken nytte vedkommende vil ha av tiltaket. I slike tilfeller bør helse- og omsorgstjenesten arbeide med tillitsskapende tiltak for å kunne gi helsehjelpen/tjenestene på en måte som er best mulig for pasienten eller brukeren.*

*Det er ikke en enkel oppgave å vurdere samtykkekompetanse, og en slik vurdering vil alltid inkludere skjønnsmessige og etiske overveielser.*

3

## Misforståelse 3: Mangel på samtykkekompetanse er alltid permanent.

- *NEI – i utgangspunktet skal samtykkevurdering gjøres hver gang det er snakk om helsehjelp, dvs. ved ulike typer helsehjelp pasienten måtte ha behov for (eks. utredning, behandling, medisiner).* Samtykkekompetansen kan variere og tidsbegrenses.
- *JA – når det er åpenbart at pasientens funksjonsnivå tilsier at samtykkekompetansen er varig tapt (eks. alvorlig grad av demens, alvorlig utviklingshemming).*

4

## Misforståelse 4: Personer som har diagnosen demens eller psykisk utviklingshemming mangler samtykkekompetanse.

*Samtykkekompetanse er i utgangspunktet diagnoseuavhengig, men noen lidelser øker sannsynligheten for at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, eks. demens eller psykisk utviklingshemming.*

5

## Misforståelse 5: Når samtykkekompetanse mangler, mangler den for alle beslutninger om helsehjelp.

*Nei. I utgangspunktet skal samtykkevurdering gjøres hver gang det er snakk om helsehjelp, dvs. ved ulike typer helsehjelp pasienten måtte ha behov for. Samtykkekompetansen kan variere og tidsbegrenses.*

# Erfaringsnotat: Tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi

Basert på utprøving i kommuner i Midt-Norge ble det skrevet et erfaringsnotat om tildeling av varslings- og lokaliseringsteknologi. Formålet med dette prosjektet var å tilby personar som har kognitiv svikt og/eller demens ei nyttig teneste med sporings- og lokaliseringsteknologi (GPS).

I notatet skisseres tre reelle eksempler på hvordan ulike vurderinger og utfordringer fører frem til ulike vedtak. Drøftingen gir ingen entydige svar og er ikke ment til å være en mal – men heller vise hvilke problemstillinger og lovverk som kan være nyttig å vurderes i ulike tilfeller. Det er viktig å presisere at det vil variere fra kommune til kommune, både med tanke på organisering og gjennomføring av tildelingsprosessen.

## Tre brukercaser (se side 17-27 i notatet):



### Case 1 – «Kari»:

Personen har samtykkekompetanse og vil ha teknologi.



### Case 2 – «Peder»:

Personen har ikke samtykkekompetanse, yter ikke motstand og nyttiggjør seg av teknologien.



### Case 3 – «Ann Mari»

Personen har ikke samtykkekompetanse, motsetter seg bruk, og vil kunne nyttiggjøre seg av teknologien.



Klikk her for å gå til erfaringsnotatet





# Vedlegg C

## Brukerhistorier



### Fra slagpasient til scooterkjører

Motiverende samtale var nøkkelen for å finne tilbake til meningen med livet for Nils

#### Bakgrunn

Nils var en gammel sjemann, som var veldig bestemt og hadde alltid læst utfordringene i livet selv. Han var aktiv og likte å være ute i det fri og var stadig på reisefot.

Derimot fikk livet til Nils en rask vending når han fikk slag. Nå ble han sengeliggende og så ikke spesielt lyst på tilværelsen. Han var heller ikke veldig motivert for veien tilbake og hadde mer eller mindre resignert. Som gammel sjemann skulle ikke Nils vise følelser og det var vanskelig for tjenesten å fange opp hvor tungt han faktisk tok tilværelsen.

#### Motiverende samtale

Det var ikke før flere runder med mange samtaler og bruk av metodikken «hva er viktig for deg?» at tjenesten greide å finne nøkkelen. Nils ønsket å kunne reise rundt, som han alltid hadde gjort – og det var de som var viktig for han i livet. Friheten til å reise. Han så på det som om når han mistet sin mobilitet, så mistet han også sin frihet.

Når tjenesten fant ut dette satte de i gang med omfattende prosess hvor de i dialog med hjelpemiddelsentralen, satte Nils på et opptreningsprogram. Guleroten var at han skulle få tilbud om en scooter når han ble ansett som forsvarlig og han kunne håndtere kjøretøyet.

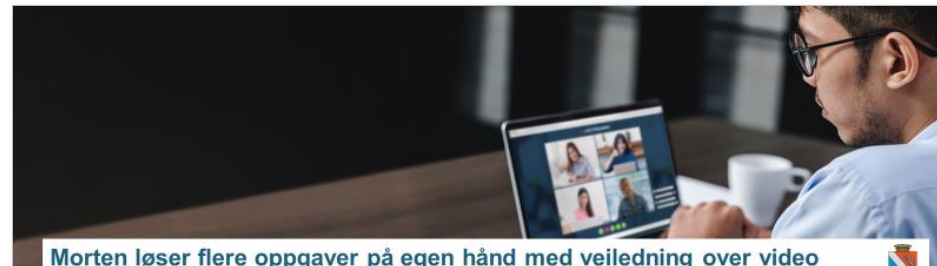
#### Gevinster

Det krevde mange runder med opplæring og trening, men når Nils nå hadde nå en sterk endre motivasjon for treningen. Det var aldri lengre noe spørsmål om motivasjonen eller ork til å komme seg opp av senga. Etter mange timers trening med balanse, gangfunksjon og trening av den affiserte hånden kunne han ta fatt på kjøretimene.

Etter mye kjøretrening kunne Nils nå ta scooteren sin og reise rundt. Han følte seg nå fri og kunne være seg selv igjen!

bruk av anorer og beroligende midler, og fattet vedtak om mottak av hjemmebaserte tjenester på bakgrunn av nedsatt allmentilstand, gjentatte luftveisinfeksjoner og fall.

Trine har et ukirklig forhold til medisinerne sine, og får ulike medisiner utskrevet fra forskjellige leger. På grunn av dette oppbevarer Lars store deler av medisinerne hennes. Trine sliter med demens og



### Morten løser flere oppgaver på egen hånd med veiledning over video

Bruk av video i Porsgrunn kommune

#### Bakgrunn

Morten har Asperger syndrom, bor hjemme og mottar hjelp fra Miljøarbeidertjenesten i Porsgrunn til en del praktiske gjøremål. De kommer på besøk til Morten fem ganger i uken og hjelper han blant annet med å handle i butikken. Morten har behov for hjelp med butikkesøkene fordi han handler mye usunn mat om han går alene. Den usunne maten har gitt problemer med vekt og helse. Morten liker egentlig ikke å ha med noen som passer på han i butikken, og syntes det er mye bedre å gå alene.

#### Innføring av teknologi

Miljøarbeidertjenesten i Porsgrunn valgte å erstatte flere av de ukjente hjemmebesøkene med videobesøk under koronapandemien. Til dette bruker

de Norsk Helsenett sin videoøsning NHN Join. Dette er en sikker og enkel løsning for Morten å logge inn på.

#### Gevinster

Bruk av video har gitt flere gevinster: To av de fem ukentlige hjemmebesøkene blitt byttet ut med video, hvor Morten mottar veiledning til hverdagslige gjøremål. Han synes det er bedre med videoveiledning enn at noen i tjenesten står og ser på ham mens han lager middagsmat.

I tillegg går Morten i butikken på egen hånd mens Miljøarbeidertjenesten veileder han over video. Han er veldig fornøyd med denne løsningen og synes det er mye kjekkere med litt hjelp over video enn å ha

med seg kommunalt ansatte på slep i butikken. Ansatte i kommunen opplever at Morten er mer deltagende i samarbeidsmøter med tjenesten, fordi han tør å være mer tydelig om behovene sine når møtene foregår på video. Morten har sagt at han følger seg 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 egen hånd.

Miljøarbeidertjenesten har frigjort litt kapasitet som de kan bruke der behovet for fysisk bistand er større.

### Dispenser bidro til å redde ekteskapet

Elektronisk medisineringsstøtte i Bodø kommune

Enken kvinne som bor sammen med Lars har slitt med misbruk av legemidler. Trine startet med sterke tiltak som trafikkulykke for mange år siden. Trine visste ikke at hun sluttet med misbruken.

På grunn av dette har hun tatt medisinerne. På grunn av dette blir det et stadig mas på Lars om at hun hele tiden vil ha piller. Han er mye sliten, og ekteskapet fungerer generelt dårlig. På grunn av dette har det blitt lyst ønske om hjelp til å administrere medisinerne.

#### Innføring av teknologi

Bodø kommune fant ut at multidosedispenser vil være den beste løsningen for Trine. Hjemmetjenesten programmerer dispensereren slik at medisinerne er tilpasset Trines døgnrytme og aktiviteter. Begge har fått opplæring i hvordan den brukes, og Lars er kjent med hvordan medisinerne kan tas ut om de skal på reise.

#### Gevinster

Lars er veldig fornøyd med hvordan denne løsningen fungerer. Han slipper det stadige maset om piller, og trenger ikke være redd for at Trine tar for mye medisiner. Han mener dette har reddet ekteskapet. Trine selv er minst like fornøyd. Hun har blitt mer selvstendig. En mer jevn og riktig dosering av medisinerne har dessuten gjort de fysiske plagene mindre; hun har færre luftveisinfeksjoner, slipper midlertidige innleggelses på sykehus og orker mer i hverdagen.

I tillegg til alt dette er det nå et tilstrekkelig at hjemmetjenesten kommer innom hver 14. dag.



## Medisindispenser bidro til å redde ekteskapet

### Bruk av elektronisk medisineringsstøtte i Bodø kommune



#### Bakgrunn

Trine er en godt voksen kvinne som bor sammen med mannen sin, Lars. Hun har slitt med misbruk av medisiner over lang tid. Trine startet med sterke smertestillende grunnet en trafikkulykke for mange år siden. Hjemmetjenesten visste ikke at hun slet med bruk av alkohol og beroligende midler, og fattet vedtak om mottak av hjemmebaserte tjenester på bakgrunn av nedsatt allmenntilstand, gjentatte luftveisinfeksjoner og fall.

Trine har et ukritisk forhold til medisinerne sine, og får ulike medisiner utskrevet fra forskjellige leger. På grunn av dette oppbevarer Lars store deler av medisinerne hennes. Trine sliter med demens og

glemmer at hun har tatt medisinerne. På grunn av dette blir det et stadig mas på Lars om at hun hele tiden vil ha piller. Han er mye sliten, og ekteskapet fungerer generelt dårlig. På grunn av dette har det blitt ytret ønske om hjelp til å administrere medisineringsen.

#### Innføring av teknologi

Bodø kommune fant ut at multidosedispenser vil være den beste løsningen for Trine. Hjemmetjenesten programmerer dispensereren slik at medisineringsen er tilpasset Trines døgnrytme og aktiviteter. Begge har fått opplæring i hvordan den brukes, og Lars er kjent med hvordan medisinerne kan tas ut om de skal på reise.

#### Gevinster

Lars er veldig fornøyd med hvordan denne løsningen fungerer. Han slipper det stadige maset om piller, og trenger ikke være redd for at Trine tar for mye medisiner. Han mener dette har reddet ekteskapet. Trine selv er minst like fornøyd. Hun har blitt mer selvstendig. En mer jevn og riktig dosering av medisinerne har dessuten gjort de fysiske plagene mindre; hun har færre luftveisinfeksjoner, slipper midlertidige innleggelse på sykehus og orker mer i hverdagen.

I tillegg til alt dette er det nå er tilstrekkelig at hjemmetjenesten kommer innom hver 14. dag.





## Økt aktivitet i hverdagen med elektronisk medisineringsstøtte

### Bruk av elektronisk medisineringsstøtte i Beiarn kommune



#### Bakgrunn

For noen år siden flyttet Sissel, Sigrid og Signe inn i et helt nytt omsorgskompleks i Beiarn kommune. To av damene hadde store helseproblemer. Sissel hadde store magesmerter og måtte ofte på toalettet. Hun er helt avhengig av at de daglige medisiner blir tatt til riktig tid, noe som ofte var problematisk da hjemmesykepleien kom til ulike tidspunkter. Sigrid hadde kroniske smerter og var avhengig av jevn morfindosering. Hun tok lite ansvar for egen medisineringsstøtte, og tok medisinerne sine mer sporadisk. Både Sissel, Sigrid og Signe var ensomme, lite aktive og helt avhengige av hjelp fra hjemmetjenesten.

#### Innføring av teknologi

De tre damene fikk tildelt hver sin elektroniske medisindosett for tre år siden. E-dosettene gir en lyd når det er tid for å ta piller, og varsler hjemmetjenesten dersom de ikke blir tatt. I starten syntes damene at dette var irriterende da dispenserne pep hver gang de hadde behov for medisineringsstøtte.

Dette inntrykket ble raskt endret, og etter bare noen dager greide de å se humoren i de masete dosettene.

#### Gevinster

Allerede etter én uke så kommunen at dosettene hadde positiv helsemessig effekt for damene.

Fra å sitte ensomme i hver sin bolig med store smerter, fikk de en mer aktiv hverdag. De tre damene begynte å besøke hverandre. Hverdagen ble totalt endret, de fikk tilbake kontrollen over eget liv og en økt livsglød, samtidig som de mestret å ta medisiner selv til riktig tid.



# Morten løser flere oppgaver på egen hånd med veiledning over video

## Bruk av video i Porsgrunn kommune



### Bakgrunn

Morten har Asperger syndrom, bor hjemme og mottar hjelp fra Miljøarbeidertjenesten i Porsgrunn til en del praktiske gjøremål. De kommer på besøk til Morten fem ganger i uken og hjelper han blant annet med å handle i butikken. Morten har behov for hjelp med butikkbesøkene fordi han handler mye usunn mat om han går alene. Den usunne maten har gitt problemer med vekt og helse. Morten liker egentlig ikke å ha med noen som passer på han i butikken, og syntes det er mye bedre å gå alene.

### Innføring av teknologi

Miljøarbeidertjenesten i Porsgrunn valgte å erstatte flere av de ukentlige hjemmebesøkene med videobesøk under koronapandemien. Til dette bruker

de Norsk Helsenett sin videoløsning NHN Join. Dette er en sikker og enkel løsning for Morten å logge inn på.

### Gevinster

Bruk av video har gitt flere gevinster: To av de fem ukentlige hjemmebesøkene blitt byttet ut med video, hvor Morten mottar veiledning til hverdagslige gjøremål. Han synes det er bedre med videoveiledning enn at noen i tjenesten står og ser på ham mens han lager middagsmat.

I tillegg går Morten i butikken på egen hånd mens Miljøarbeidertjenesten veileder han over video. Han er veldig fornøyd med denne løsningen og synes det er mye kjekkere med litt hjelp over video enn å ha

med seg kommunalt ansatte på slep i butikken. Ansatte i kommunen opplever at Morten er mer deltagende i samarbeidsmøter med tjenesten, fordi han tør å være mer tydelig om behovene sine når møtene foregår på video. Morten har sagt at han føler seg 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 egen hånd.

Miljøarbeidertjenesten har frigjort litt kapasitet som de kan bruke der behovet for fysisk bistand er større.





## Terje (51 år) føler seg tryggere etter innføring av digitalt tilsyn

### Bruk av RoomMate i Bodø kommune



#### Bakgrunn

Terje har moderat utviklingshemming, uspesifisert cerebral parese, sykdom i nervesystemet og epilepsi. Han får alvorlige epileptiske anfall som innebærer fare for fall og skader. På grunn av dette har han epilepsialarm i sengen, samt at han tidligere mottok fysiske tilsyn hver time på natt.

Terje syntes ikke dette var tilstrekkelig for å ivareta hans behov for trygghet og helsehjelp. Han er ikke selv alltid i stand til å utløse pasientvarslingen når han får anfall. I tillegg hadde alle de fysiske tilsynene svært negativ innvirkning på søvnkvaliteten hans. Tjenesteyterne merket også at løsningen ikke var bærekraftig.

#### Innføring av hverdagsrehabilitering

På bakgrunn av dette ble Terje og pårørende informert om mulighetene for digitalt tilsyn/RoomMate, noe de mente ville være en god løsning. De konkluderte også med at Terje var kompetent til å gi et informert samtykke slik at tjenesten kunne starte opp.

På oppfordring fra tildelingskontoret laget tjenesten et vedtak til Statsforvalteren i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Det kom beskjed tilbake om at vedtaket ikke var nødvendig med vurderingen av Terje sin samtykkekompetanse som lå til grunn. Statsforvalteren presiserte samtidig at det er viktig at personer med utviklingshemming har de samme rettighetene som andre borgere.

RoomMate ble derfor installert sammen med annen velferdsteknologi (pasientvarsling og epilepsialarm). Terje ønsket at alle de fysiske tilsynene på natt ble erstattet av digitale tilsyn slik at han selv kunne stole på teknologien.

#### Gevinster

Det har ikke vært noen uheldige hendelser, og Terje føler selv at teknologien gir han både trygghet og nødvendig helsehjelp. Tjenesten opplever at Terje får mer privatliv i hverdagen, tross hans omfattende behov for helsetjenester. Han sover også bedre om nettene, noe som er viktig for å redusere omfanget av epileptiske anfall.





## Fra slagpasient til scooterkjører

### Motiverende samtale var nøkkelen for å finne tilbake til meningen med livet for Nils



#### Bakgrunn

Nils var en gammel sjømann, som var veldig bestemt og hadde alltid løst utfordringene i livet selv. Han var aktiv og likte å være ute i det fri og var stadig på reisefot.

Derimot fikk livet til Nils en rask vending når han fikk slag. Nå ble han sengeliggende og så ikke spesielt lyst på tilværelsen. Han var heller ikke veldig motivert for veien tilbake og hadde mer eller mindre resignert. Som gammel sjømann skulle ikke Nils vise følelser og det var vanskelig for tjenesten å fange opp hvor tungt han faktisk tok tilværelsen.

#### Motiverende samtale

Det var ikke før flere runder med mange samtaler og bruk av metodikken «hva er viktig for deg?» at tjenesten greide å finne nøkkelen. Nils ønsket å kunne reise rundt, som han alltid hadde gjort – og det var de som var viktig for han i livet. Friheten til å reise. Han så på det som om når han mistet sin mobilitet, så mistet han også sin frihet.

Når tjenesten fant ut dette satte de i gang med omfattende prosess hvor de i dialog med hjelpemiddelsentralen, satte Nils på et opptreningsprogram. Guleroten var at han skulle få tilbud om en scooter når han ble ansett som forsvarlig og han kunne håndtere kjøretøyet.

#### Gevinster

Det krevde mange runder med opplæring og trening, men når Nils nå hadde nå en sterk indre motivasjon for treningen. Det var aldri lengre noe spørsmål om motivasjonen eller ork til å komme seg opp av senga. Etter mange timers trening med balanse, gangfunksjon og trening av den affiserte hånden kunne han ta fatt på kjøretimene.

Etter mye kjøretrening kunne Nils nå ta scooteren sin og reise rundt. Han følte seg nå fri og kunne være seg selv igjen!

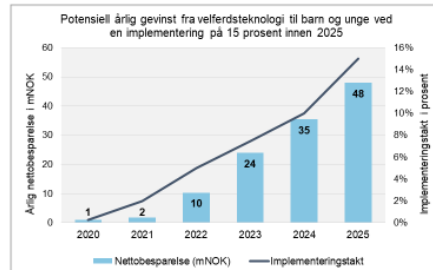
# Vedlegg D

## Estimering av potensielle fremtidige kvantitative gevinster ved bruk av velferdsteknologi

### Bruk av velferdsteknologi hos barn og unge kan gi en samlet gevinst med netto nåverdi på ~80-160 millioner norske kroner

#### Gevinster ved digitalt tilsyn

- Ved bruk av tekniske hjelpemidler for barn og unge med nedsatt funksjonsevne har den teoretiske gevinsten en netto nåverdi på ~80-160 millioner norske kroner over seks år.
- De største helseøkonomiske effektene viser at bruker får økt selvfølelse, trygghet og bedre livskvalitet. Økonomiske gevinster viser til mindre belastning på helsevesenet, færre besøk på akuttpsykiatriske mottak, redusert behov for medisiner og mindre behov for omsorgsbolig.
- Det er kalkulert med en uttakseffektivitet på 50%.



65

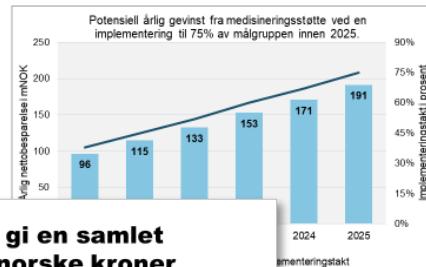
#### Om tallene

- I utprøvningsprosjektet er det ca. 60 barn og unge som prøver ulike velferdsteknologiske løsninger.
- I Norge er det totalt 75.000 barn i alderen 6-15 år med en form for funksjonsnedsettelse. Det antas at 20%, eller i overkant av 20.000 barn og unge, kan ha nytte av velferdsteknologi.
- Med implementeringstakten som er illustrert i figuren til venstre, vil nærmere 3.500 barn ta i bruk velferdsteknologiske løsninger innen utgangen av 2025.
- Gevinstberegningene er forankret i forskningen til Dahlberg (2012) som sier at gevinstene kan knyttes til tre hovedområder:
  1. Økte samfunnsinntekter pga. tidligere inntreden i arbeidslivet.
  2. Redusert behov for bistand fra pårørende.
  3. Bedre ressursutnyttelse i kommune og stat.
- Oppstartskostnader knyttet til kartlegging, innkjøp, opplæring og oppfølging er tatt med i beregningene.

### Bred implementering av elektronisk medisineringsstøtte kan gi en samlet gevinst på ~600 - 850 millioner kroner over seks år

#### Gevinster for elektronisk medisindispensere

- Implementering av medisindispensere kan med forventet implementeringstakt gi en gevinst med netto nåverdi på ~600-850 millioner norske kroner over fem år.
- Basert på gevinstrapporter fra kommuner som er med i det nasjonale spredningsprosjektet kan det regnes med en uttakseffektivitet på 30%.



#### Om tallene

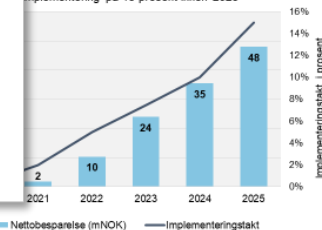
- IPLOS viser at det ved utgangen av 2020 var 5.667 brukere som mottok elektronisk medisineringsstøtte.
- Antall personer i Norge som har foreskrevet multidose, og som mottar tjenester i hjemmet er 66.896. Av disse antas 15-30% å være potensielle brukere av elektronisk medisineringsstøtte.
- Det betyr at 10.000-20.000 brukere kan benytte tjenesten dersom målgruppen holdes konstant.
- Nettogevinsten per implementerte medisindispenser er ca. 17.000 norske kroner.
- Beregningene tar utgangspunkt i en målgruppe på 15.000, og at 75% av målgruppen har tatt i bruk medisineringsstøtte innen 2025.
- Gevinsten fra elektronisk medisineringsstøtte stammer fra redusert tidsbruk knyttet til helsehjelp i hjemmet og redusert kjøring.
- Kostnader knyttet til opplæring, administrasjon og tettere oppfølging av bruker er inkludert i beregningene. Det er også kalkulert med andre driftskostnader til håndtering av avvik, tekniske varsler osv.

### Velferdsteknologi hos barn og unge kan gi en samlet gevinst med netto nåverdi på ~80-160 millioner norske kroner

#### Digitalt tilsyn

- Ved bruk av tekniske hjelpemidler for barn og unge med nedsatt funksjonsevne har den teoretiske gevinsten en netto nåverdi på ~80-160 millioner norske kroner over seks år.
- De største helseøkonomiske effektene viser at bruker får økt selvfølelse, trygghet og bedre livskvalitet. Økonomiske gevinster viser til mindre belastning på helsevesenet, færre besøk på akuttpsykiatriske mottak, redusert behov for medisiner og mindre behov for omsorgsbolig.
- Det er kalkulert med en uttakseffektivitet på 50%.

#### Potensiell årlig gevinst fra velferdsteknologi til barn og unge ved en implementering på 15 prosent innen 2025



65

#### Om tallene

- I utprøvningsprosjektet er det ca. 60 barn og unge som prøver ulike velferdsteknologiske løsninger.
- I Norge er det totalt 75.000 barn i alderen 6-15 år med en form for funksjonsnedsettelse. Det antas at 20%, eller i overkant av 20.000 barn og unge, kan ha nytte av velferdsteknologi.
- Med implementeringstakten som er illustrert i figuren til venstre, vil nærmere 3.500 barn ta i bruk velferdsteknologiske løsninger innen utgangen av 2025.
- Gevinstberegningene er forankret i forskningen til Dahlberg (2012) som sier at gevinstene kan knyttes til tre hovedområder:
  1. Økte samfunnsinntekter pga. tidligere inntreden i arbeidslivet.
  2. Redusert behov for bistand fra pårørende.
  3. Bedre ressursutnyttelse i kommune og stat.
- Oppstartskostnader knyttet til kartlegging, innkjøp, opplæring og oppfølging er tatt med i beregningene.



# Mulighetsområdet for velferdsteknologi

Befolkningsutviklingen viser at eldrebølgen vil legge press på mange av de kommunale tjenestene. Antallet personer som er 70 år eller mer øker fra dagens 670 000 til rundt 1,4 millioner i 2060. Det betyr at hver femte person vil være over 70 år i 2060, mot dagens én av åtte. Økningen blir spesielt sterk blant de som er 80 år eller eldre, og som er i gruppen med størst behov for omsorgstjenester<sup>1</sup>. Videre viser tallene at bruk av helsetjenester i hjemmet blant dem som er 85 år er klart størst i små og mellomstore kommuner<sup>2</sup>.

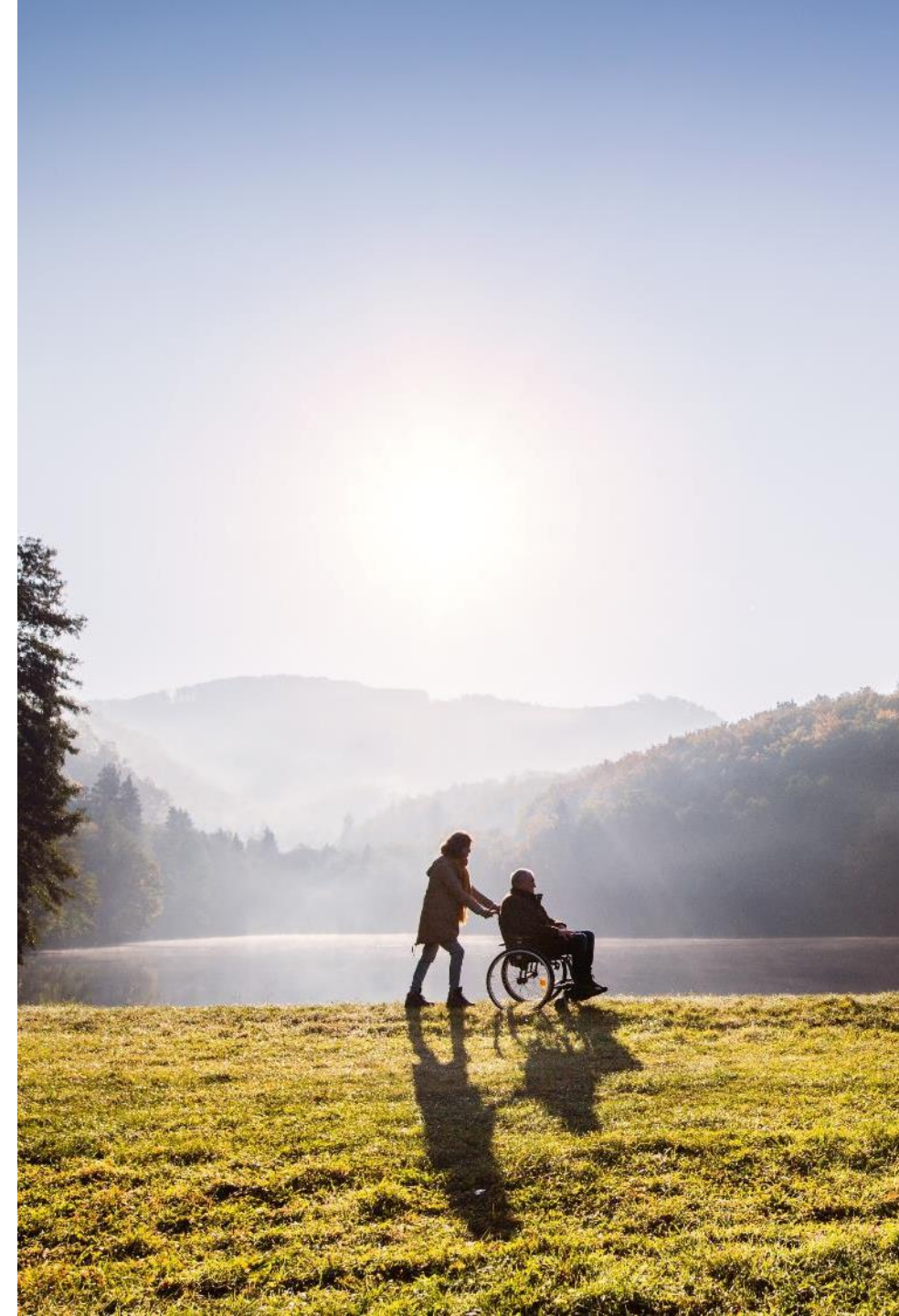
Skal pleiefaktoren opprettholdes på dagens nivå, vil det si at hver 6. elev av de som går ut av ungdomsskolen på landsbasis i 2030 må arbeide innen helse og omsorg. Med andre ord vil det kreve en endring i måten tjenestene utøves på. **Fokuset bør være å omsette de kvantitative gevinstene inn i en omstilling og øke omsorgskapasiteten med varme hender og smart teknologi.**

I dette vedlegget vises estimering av mulige fremtidige kvantitative gevinster ved økt implementering av trygghets- og mestrings teknologi, også for barn og unge med funksjonsnedsettelse:

- Rapporter fra kommuner som deltar i Nasjonalt velferdsteknologi-program er benyttet som grunnlag for beregningene som viser netto nåverdi ved bred implementering av nevnte teknologier i perioden 2020–2025.
- For trygghets- og mestrings teknologi er tallene som er lagt til grunn et tverrsnitt fra små og mellomstore kommuner som har rapportert inn dokumenterte gevinster. Kostander som er inkludert i beregningene er synliggjort.
- For barn og unge er beregningene forankret i forskningen, da den foreløpige utprøvingen har vært fokusert på kvalitative gevinster.

[1] SSB: Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge

[2] SSB: «Vesentlig mer bruk av omsorgstjenester ved passerte 85 år»





# Kostnadsbildet ved implementering av trygghet- og mestringsteknologi



## Investerings- og oppstartskostnader

**Mange kommuner opplever en bred aksept blant politikere for å investere i velferdsteknologi. Likevel opplever mange oppstartsfasen som krevende og det tar tid å etablere nye rutiner.**

Kostnadene består av:

- Frikjøp av ressurser til å lede prosjektet og fremdrive endringen. Prosjektleder har gjerne ansvar for behovskartlegging, anskaffelser, utarbeidelse av nye tjenesteforløp, prosedyrer og informasjonstiltak ut til ansatte.
- Gjennomføring av anskaffelse.
- Oppgradering av teknisk infrastruktur, som WiFi-dekning på sykehjem og lignende.
- Kjøp eller leie av programvare og utstyr.
- Engangskostnader knyttet til installasjoner hos hjemmeboende og på sykehjem.
- Opplæring av ansatte.



## Drifts- og administrasjonskostnader

**Kostnader knyttet til drift og administrasjon blir ofte store og det er derfor avgjørende at små og mellomstore kommuner samarbeider om drift av tjenesten.**

Kostnadene består av:

- Løpende kostnader til programvarelisenser og leie av utstyr.
- Løpende kostnader til responstjenester og nyinstallasjoner.
- Kostnader til koordinering og informasjon på tvers av tjenesten.
- Løpende kompetanseheving av ansatte.
- Brukerkartlegging, brukerregistrering og dokumentasjon.
- Føring av data fra velferdsteknologi inn i journal.
- Oppfølging av avvik og varsler fra teknologien.
- Vedlikehold og lager av utstyr.
- Oppfølging og dialog med leverandører.
- Oppdateringer av programvare og vedlikehold av prosedyrer.

- 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.

# Kostnadsbildet ved implementering av velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse



## Investerings- og oppstartskostnader

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

- Opprettelse av prosjektgruppe og frikjøp av ergoterapeut for deltakelse i prosjektet.
- Gjennomføring av anskaffelse.
- Opplæring av ansatte i forløp, teknologi og lovverk.
- Etablering av samarbeid på tvers av helse og omsorgssektoren, oppvekst og utdanningssektoren, og NAV hjelpemiddelsentral.



## Drifts- og administrasjonskostnader

Kostnadsbildet vil i stor grad være likt det som er illustrert under trygghets- og mestringsteknologi på forrige side.

Følgende vil særlig være gjeldende for barn og unge:

- Samhandling og kostnadsfordeling mellom helse- og omsorgssektoren og skole- og oppvekstsektoren.
- Betydelige driftskostnader knyttet til opplæring i teknologi til de unge brukerne.
- Ekstra grundige vurderinger for å tildele riktig utstyr.
- Saksbehandlings- og leveringstid fra NAV hjelpemiddelsentral.
- Ekstra kostnader dersom utviklingen til barna ikke evalueres løpende.

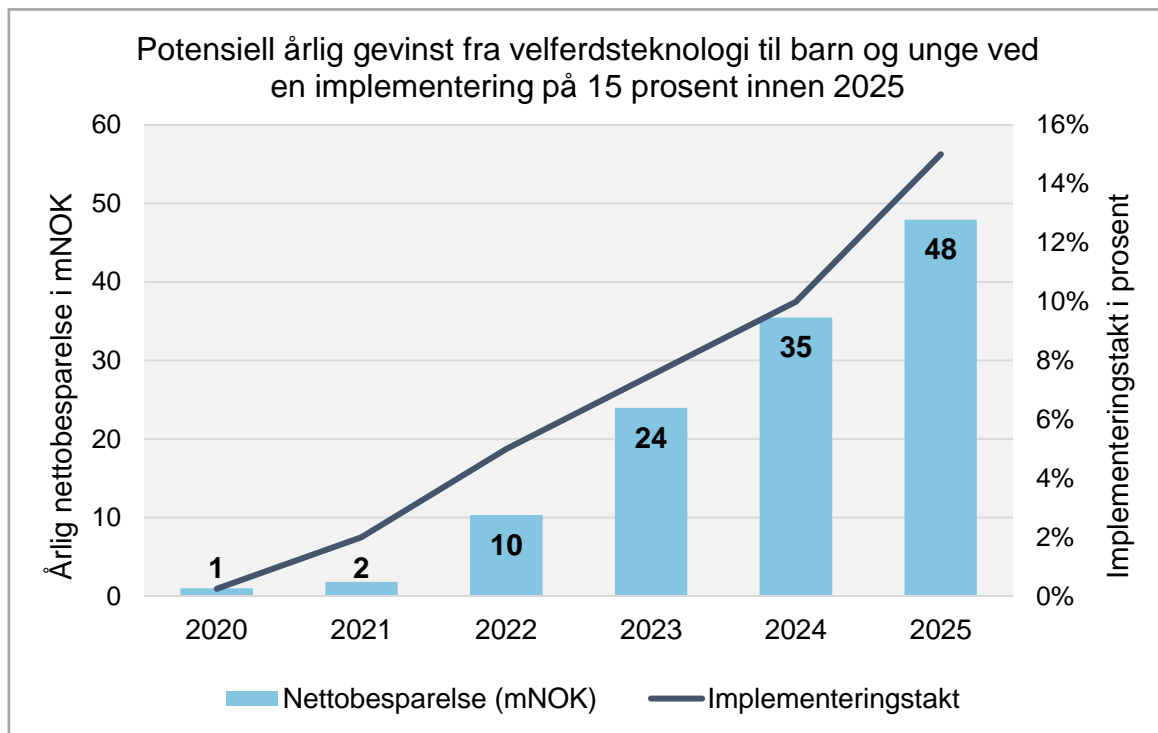
- Velferdsteknologi til barn og unge har flere samsvarende kostnadsdrivere med trygghets- og mestringsteknologi. Tjenesten skiller seg ut ved at skole- og oppvekstsektoren spiller en viktig rolle i tjenesteforløpene. Det er derfor behov for tett samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og skole- og 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.
- Erfaringer fra kommunene i utprøvingen viser at det er spesielt behov for å inkludere ergoterapeuter i utviklingen av tjenestene.

# Potensielle fremtidige gevinster av velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse

## Innledning

- De største helseøkonomiske effektene viser at brukere får økt selvfølelse, trygghet og bedre livskvalitet. Økonomiske gevinster viser til mindre belastning på helsevesenet, færre besøk på akuttpsykiatriske mottak, redusert behov for medisiner og mindre behov for omsorgsbolig.
- Det er kalkulert med en uttakseffektivitet på 50%.

## Grafisk fremstilling av gevinster



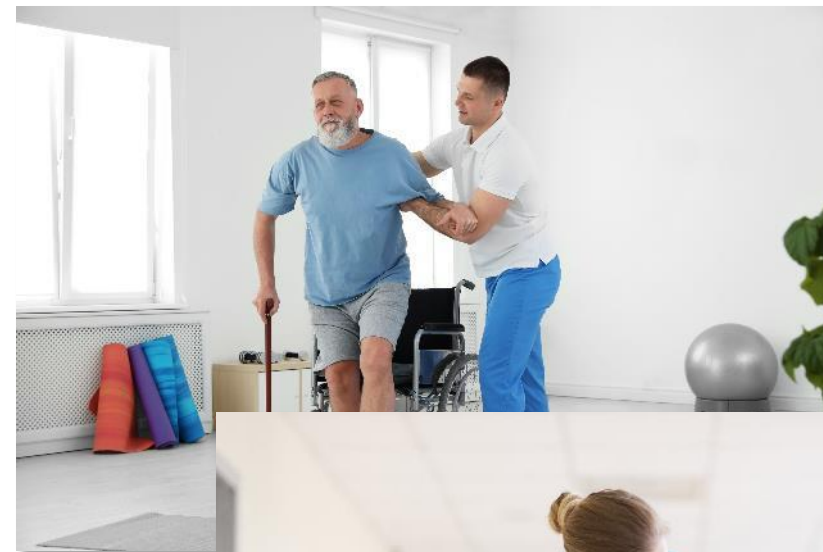
## Kommentarer

- I utprøvningsprosjektet har det vært ca. 60 barn og unge som prøver ulike velferdsteknologiske løsninger.
- I Norge er det totalt 75.000 barn i alderen 6-15 år med en form for funksjonsnedsettelse. Det antas at 20%, eller i overkant av 20.000 barn og unge, kan ha nytte av velferdsteknologi.
- Med implementeringstakten som er illustrert i figuren til venstre, vil nærmere 3.500 barn ta i bruk velferdsteknologiske løsninger innen utgangen av 2025.
- Gevinstberegningene er forankret i forskningen til Dahlberg (2012) som sier at gevinstene kan knyttes til tre hovedområder:
  1. Økte samfunnsinntekter pga. tidligere inntreden i arbeidslivet.
  2. Redusert behov for bistand fra pårørende.
  3. Bedre ressursutnyttelse i kommune og stat.
- Oppstartskostnader knyttet til kartlegging, innkjøp, opplæring og oppfølging er tatt med i beregningene.

# Beregninger av fremtidige gevinster for trygghets- og mestrings-teknologier

## Følgende antagelser gjelder for framskrivning av gevinster for trygghets- og mestrings-teknologi:

- Kapitlet inneholder teoretiske beregninger av mulige gevinster ved en økning i implementeringstakten for trygghets- og mestrings-teknologier og velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse.
- Beregningene i dette kapitlet er utarbeidet for å illustrere et netto nåverdipotensial, hvor estimerte implementerings- og teknologikostnader er hensyntatt.
- Kostnadene som er lagt til grunn, er innhentet fra kommuner som deltar i Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. Det understrekes likevel at det hersker usikkerhet rundt generalisering av de lokale.
- I alle beregninger er det synliggjort hvilket brukergrunnlag og hvilke kostnader som er lagt til grunn. Det hersker stor usikkerhet rundt fremtidig prisnivå for teknologiene. Det bør forventes en prisreduksjon på teknologi per enhet når volum øker. Slike prisendringer er ikke hensyntatt i beregningene.
- Beregningene indikerer forventet uttakseffektivitet og minimum/maksimum potensial. Det kan foreligge overlapp mellom implementeringstiltak og pasientgrupper, og dette er ikke hensyntatt. Eksterne virkninger er ikke tatt med.

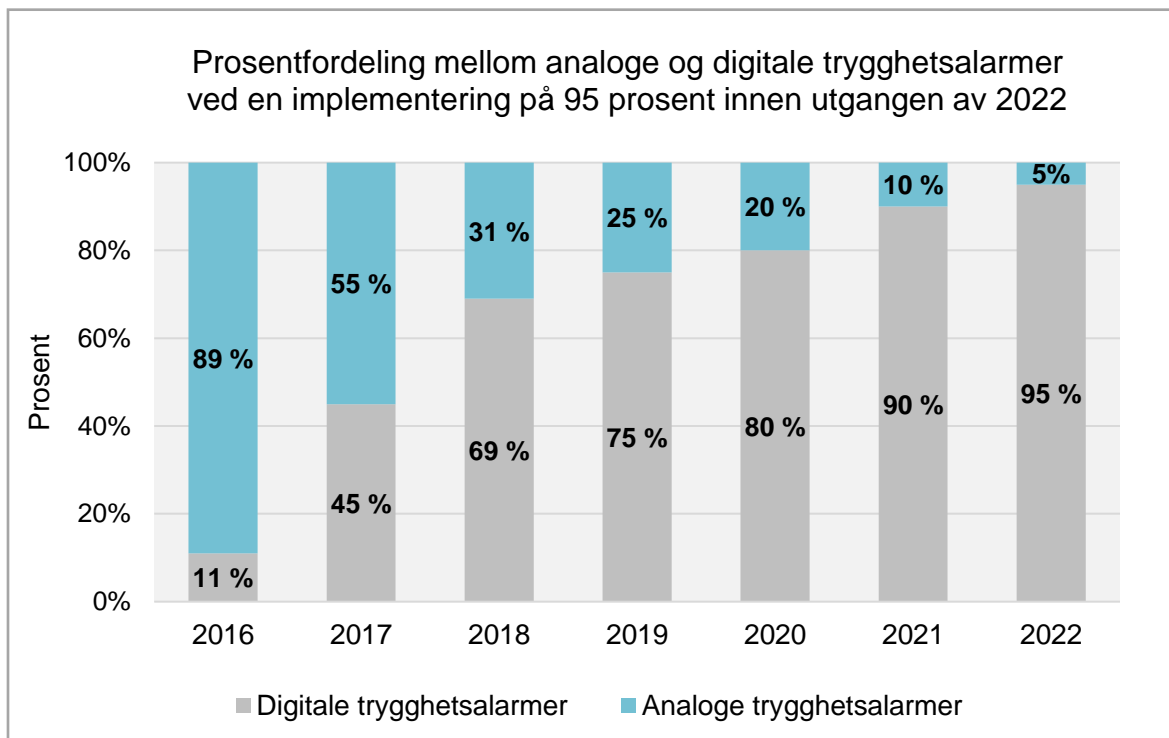




# Overgang fra analoge til digitale trygghetsalarmer kan gi en samlet gevinst på ~29 - 43 millioner kroner over to år

## Gevinster ved digitalisering av alle trygghetsalarmer

- Dersom 10-15 prosent av analoge trygghetsalarmer byttes ut innen utgangen av 2022, og antall trygghetsalarmer holdes konstant, er netto nåverdi på den samlede gevinsten ~29-43 millioner norske kroner.
- Gevinsten fra digitalisering av trygghetsalarmer stammer fra redusert tidsbruk i hjemmetjenesten, fordi manuelle oppgaver knyttet til de analoge alarmene blir løst digitalt.



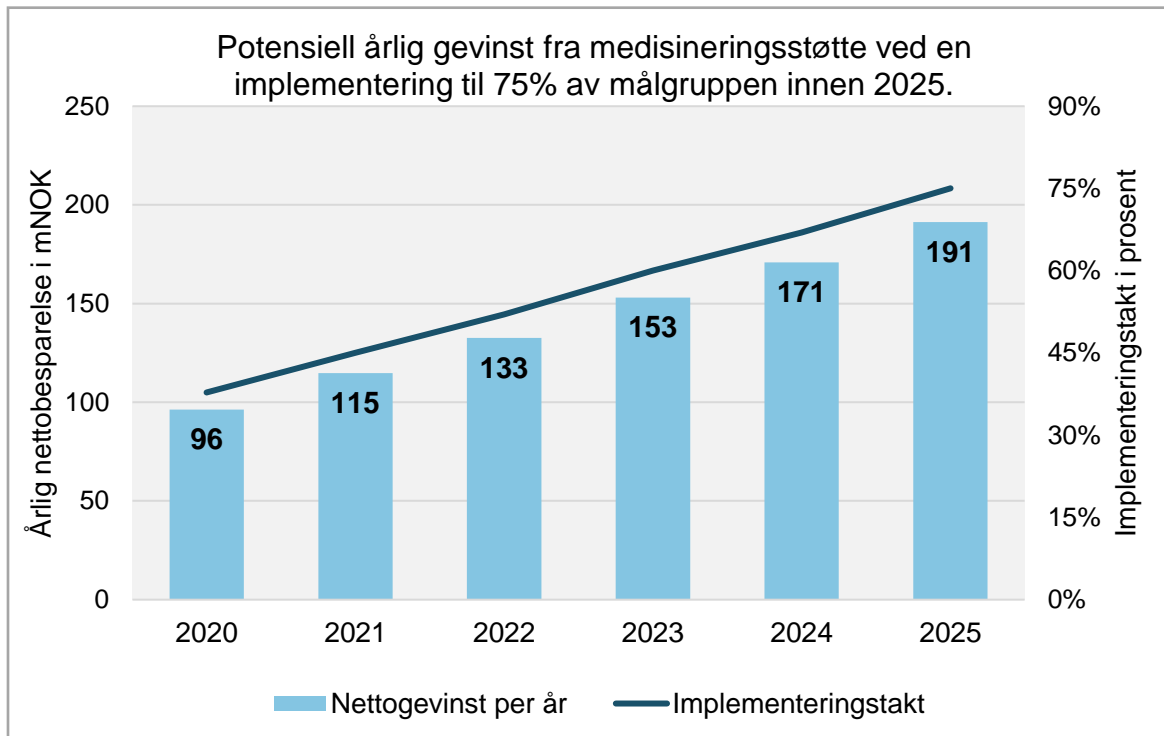
## Om tallene

- IPLOS viser at ca. 102.000 personer i Norge har trygghetsalarm i dag. 80% av alarmene antas å være digitalisert allerede. Det vil si at digitaliseringspotensialet er 20.500 alarmer
- Nettogevinsten ved bytte fra analog til digital trygghetsalarm er omtrent 3.000 norske kroner per alarm.
- Gevinsten fra digitalisering av trygghetsalarmer stammer fra redusert tidsbruk i hjemmetjenesten, herunder tid til feilsøking, håndtering av alarm og utrykning.
- I beregningene ligger det en forutsetning om at det benyttes ekstern responstjeneste (hjemmesykepleien bruker ikke tid til å svare ut alle alarmer).
- Det er tatt høyde for at digitale trygghetsalarmer er dyrere å leie enn analoge trygghetsalarmer.
- Kostnader knyttet til installasjon, etablering og oppkobling mot responstjeneste er også tatt med i beregningene.

# Bred implementering av elektronisk medisineringsstøtte kan gi en samlet gevinst på ~600 - 850 millioner kroner over seks år

## Gevinster for elektronisk medisindispensere

- Implementering av medisindispensere kan med forventet implementeringstakt gi en gevinst med netto nåverdi på ~600-850 millioner norske kroner over fem år.
- Basert på gevinstrapporter fra kommuner som er med i det nasjonale spredningsprosjektet kan det regnes med en uttakseffektivitet på 30%.



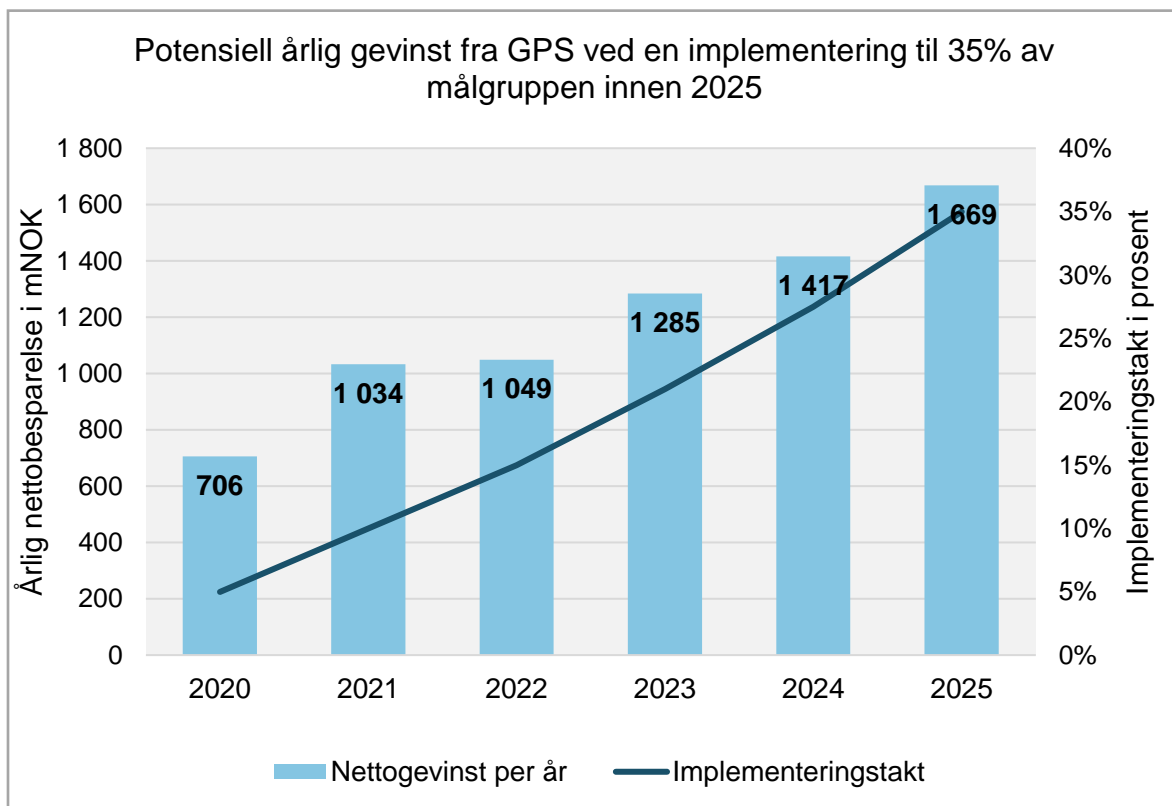
## Om tallene

- IPLOS viser at det ved utgangen av 2020 var 5.667 brukere som mottok elektronisk medisineringsstøtte.
- Antall personer i Norge som har foreskrevet multidose, og som mottar tjenester i hjemmet er 66.896. Av disse antas 15-30% å være potensielle brukere av elektronisk medisineringsstøtte.
- Det betyr at 10.000-20.000 brukere kan benytte tjenesten dersom målgruppen holdes konstant.
- Nettogevinsten per implementerte medisindispenser er ca. 17.000 norske kroner.
- Beregningene tar utgangspunkt i en målgruppe på 15.000, og at 75% av målgruppen har tatt i bruk medisineringsstøtte innen 2025.
- Gevinsten fra elektronisk medisineringsstøtte stammer fra redusert tidsbruk knyttet til helsehjelp i hjemmet og redusert kjøring.
- Kostnader knyttet til opplæring, administrasjon og tettere oppfølging av bruker er inkludert i beregningene. Det er også kalkulert med andre driftskostnader til håndtering av avvik, tekniske varsler osv.

# Bred implementering av lokaliseringsteknologi (GPS) kan gi en samlet gevinst på ~5,5 - 8 milliarder kroner over seks år

## Gevinster ved lokaliseringsteknologi (GPS)

- Implementering av lokaliseringsteknologi kan med forventet implementeringstakt gi en gevinst med netto nåverdi på 5,5-8 milliarder norske kroner over den neste femårsperioden.
- Gevinstene fra GPS-implementering stammer fra utsatte institusjonsopphold fordi personer med demens kan bo lengre hjemme.



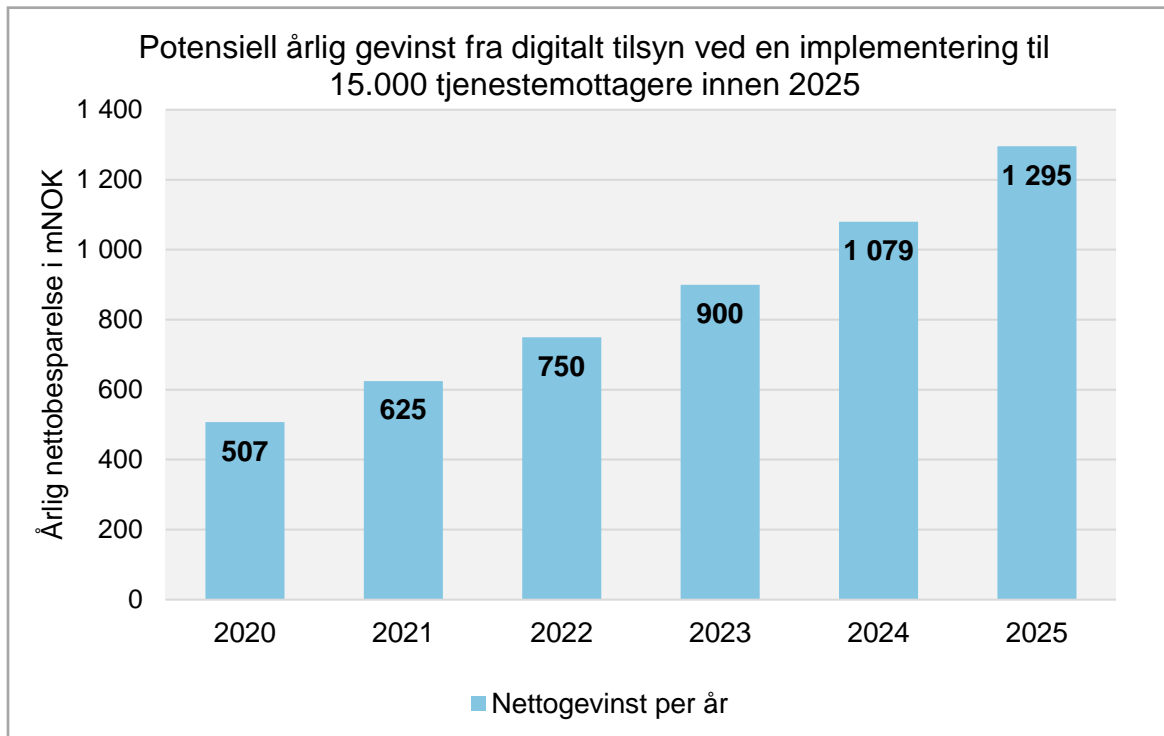
## Om tallene

- IPLOS viser at 3.440 brukere hadde tatt i bruk lokaliseringsteknologi i norske kommuner ved utgangen av 2020.
  - I Norge er det ca. 67.000 hjemmeboende med demens. Alle disse regnes å være i målgruppen for å ta i bruk GPS. Med andre ord er det bare 5% av den totale målgruppen som bruker teknologien i dag.
  - I beregningene er det forventet at 35%, eller 25.000 hjemmeboende, har tatt i bruk teknologien innen utgangen av 2025. Dette er illustrert ved implementeringstakten i grafen.
  - Videre er det antatt i beregningene at 50% av de som tar i bruk GPS utsetter behovet for institusjonsplass med 6 måneder.
  - Kostnader knyttet til installasjon og opplæring, oppkobling til responstjeneste, håndtering av alarmer og dokumentasjon er tatt med i beregningene. For GPS er det ofte ressurskrevende i starten da det krever tilpasning og justeringer gjennom flere iterasjoner.
- Beregningene tar kun utgangspunkt i utsatt behov for institusjonsopphold, og tar ikke høyde for økt eller redusert forbruk av andre tjenester. Det understrekes at ikke alle kommuner som oppnår gevinst, nødvendigvis kan ta den ut, men muligens kan frigjøre institusjonsplass til noen som står i kø / unngå å bygge ut flere plasser.

# Økt implementering av digitalt tilsyn kan gi en samlet netto nåverdi på ~4 - 5 milliarder norske kroner over seks år

## Gevinster ved digitalt tilsyn

- Implementering av digitalt tilsyn kan med den forventede implementeringstakten gi en samlet gevinst med netto nåverdi på 4-5 milliarder norske kroner over de neste årene.
- I beregningene er det lagt til grunn en uttakseffektivitet på 50%.



## Om tallene

- IPLOS viser at det ved utgangen av 2020 var nærmere 6.000 brukere av digitalt tilsyn i norske kommuner.
- Det forventes en sterk vekst i antall brukere i årene som kommer, og mange kommuner har lagt til rette for dette gjennom implementering av digitale trygghetsalarmer og nye pasientvarslingsanlegg.
- Det forventes derfor at brukergruppen er nær tredoblet innen 2025, og at det da er ca. 15.000 brukere som har digitalt tilsyn.
- De beregnede gevinstene kan i hovedsak knyttes til reduserte besøk og redusert tidsbruk til fysiske tilsyn.
- Kostnader knyttet til leie av teknologi, oppkobling til plattform osv. er inkludert i beregningene.



# Beregninger av fremtidige gevinster for barn og unge med funksjonsnedsettelse

## Følgende antagelser gjelder for framskrivning av gevinster for barn og unge med funksjonsnedsettelse:

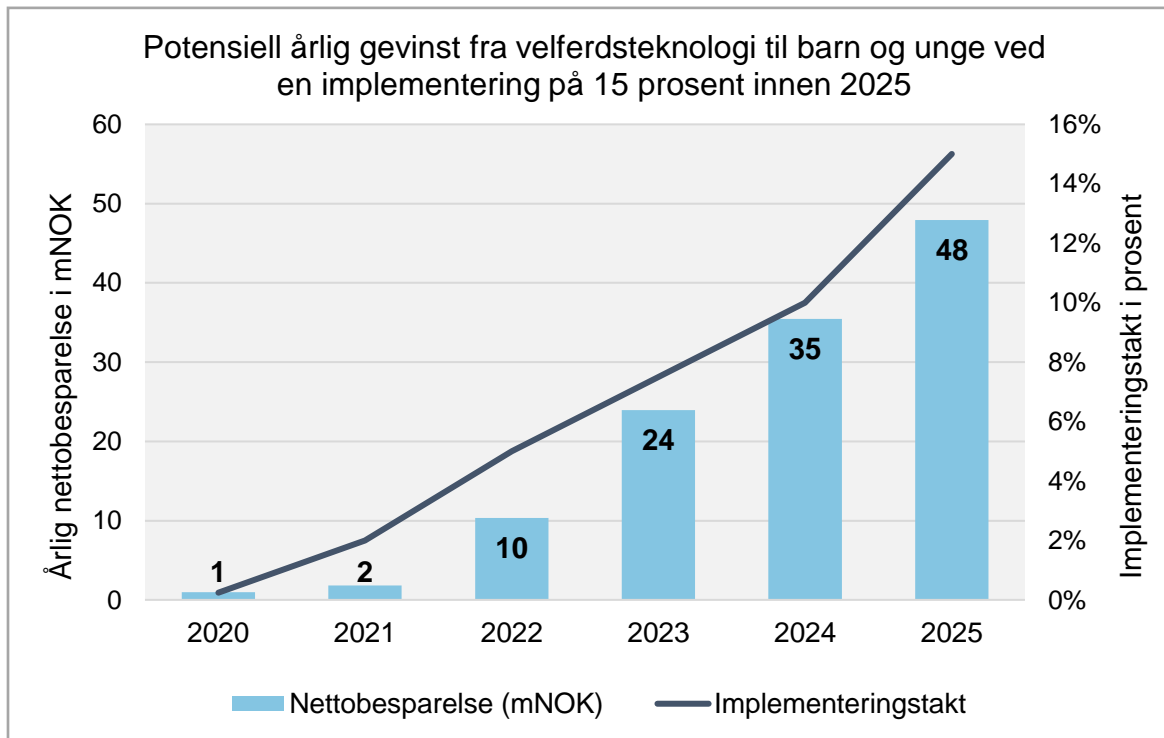
- Det er ikke hensyntatt at barn og unge har en lengre gjenværende levetid enn eksempelvis de eldre brukerne. Som følge av relativt lave investerings-kostnader og lang levetid for målgruppen vil de potensielle gevinstene være store.
- Brukere med funksjonsnedsettelse er en svært sammensatt gruppe og det finnes en rekke ulike typer funksjonsnedsettelse. Vi skiller ikke mellom de ulike typene funksjonsnedsettelse i beregningene. Målgruppen som kan ta i bruk teknologiske hjelpemidler antas å utgjør 50% av barn med funksjonsnedsettelse i alderen 6-17 år.
- Casen som illustrerer potensialet ved implementering av teknologiske hjelpemidler for barn og unge med funksjonsnedsettelse er baseres på tall fra vitenskapelige studier av kost-nytte-effekt gjennomført i Sverige<sup>2</sup>.
- En viktig faktor for å realisere det fulle gevinstpotensialet til målgruppen er å øke sysselsettingsnivået. En betydningsfull faktor for at personer med nedsatt funksjonsevne skal komme seg inn på arbeidsmarkedet er utdanning. Studier viser at sjansen for å være i arbeid er hele 4,5 ganger større med høyere utdanning<sup>3</sup>. Tilrettelegging med tekniske hjelpemidler er viktig virkemiddel for at målgruppen ikke skal falle fra i utdanningsløpet.



# Bruk av velferdsteknologi hos barn og unge kan gi en samlet gevinst med netto nåverdi på ~80-160 millioner norske kroner

## Gevinster ved digitalt tilsyn

- Ved bruk av tekniske hjelpemidler for barn og unge med nedsatt funksjonsevne har den teoretiske gevinsten en netto nåverdi på ~80-160 millioner norske kroner over seks år.
- De største helseøkonomiske effektene viser at bruker får økt selvfølelse, trygghet og bedre livskvalitet. Økonomiske gevinster viser til mindre belastning på helsevesenet, færre besøk på akuttpsykiatriske mottak, redusert behov for medisiner og mindre behov for omsorgsbolig.
- Det er kalkulert med en uttakseffektivitet på 50%.



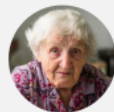
## Om tallene

- I utprøvningsprosjektet er det ca. 60 barn og unge som prøver ulike velferdsteknologiske løsninger.
- I Norge er det totalt 75.000 barn i alderen 6-15 år med en form for funksjonsnedsettelse. Det antas at 20%, eller i overkant av 20.000 barn og unge, kan ha nytte av velferdsteknologi.
- Med implementeringstakten som er illustrert i figuren til venstre, vil nærmere 3.500 barn ta i bruk velferdsteknologiske løsninger innen utgangen av 2025.
- Gevinstberegningene er forankret i forskningen til Dahlberg (2012) som sier at gevinstene kan knyttes til tre hovedområder:
  1. Økte samfunnsinntekter pga. tidligere inntreden i arbeidslivet.
  2. Redusert behov for bistand fra pårørende.
  3. Bedre ressursutnyttelse i kommune og stat.
- Oppstartskostnader knyttet til kartlegging, innkjøp, opplæring og oppfølging er tatt med i beregningene.

# Vedlegg E

## Råd til hvordan finne riktig teknologi til potensielle brukere av velferdsteknologi?

### Marit opplever større selvstendighet og for hverdagen etter hun fikk en multidosedispenser



#### Marit | Oslo kommune

**Alder:** 86 år.  
**Bosituasjon:** Bor sammen med datteren sin.  
**Interesser:** Musikk og dans.  
**Sykdomshistorie:** Diabetes, epilepsi og lett Alzheimer.  
**Implementert velferdsteknologi:** Elektronisk multidosedispenser (Evondos).

#### Ønsker og behov

- Marit vil ha bedre kontroll over egen helsesituasjon og større frihet i hverdagen.
- Hun ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og være selvstendig.

#### Situasjonen før elektronisk medisindispenser ble implementert

- Marit har diabetes, epilepsi og glemmer ofte om hun har tatt medisinen sine eller ikke.
- Hun mottok besøk av hjemmetjenesten flere ganger om dagen.
- Marit fikk bistand til blant annet medisiner, kontroll av insulinnivå og hjelp til å gi riktig mengde insulin.

#### Implementering av elektronisk medisindispenser

- Da Marit fikk elektronisk medisindispenser ble antall besøk fra hjemmetjenesten redusert til ett besøk daglig for oppfølging av insulinivået.
- Annenhver uke kommer hjemmetjenesten innom for et lengre besøk og skifter multidoserull i dispenser.

#### Gevinster

- Det har gitt Marit en større medisin til riktig tidspunkt.
- Hun er mer selvstendig i hverdagen.
- Med medisindispenser får planlegge hverdagen.
- Hjemmetjenesten oppnår tidsbesparelser:
  - Reduserte antall besøk
  - Ungåtte kostnader til hjemmetjenesten
- Det gir også en økt trygghet hennes mor får riktig mengde insulin.
- Multidosedispenseren er en trygg og forsvarlig helse- og omsorgsmulig måte.

### Howdan finne riktig teknologi til potensielle brukere av velferdsteknologi?



ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE

Dette omfatter både elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor pillene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre.

#### Gevinster

- Medisinene blir alltid tatt til riktig tid.
- Hjemmesykepleien kan bruke tiden der den trengs mest (effektiv ressursutnyttelse).
- Brukerne blir mer selvstendige og får mer frihet i hverdagen.
- Brukerne opplever økt egenmestring.



LOKALISERINGSTEKNOLOGI (GPS)

Varslings- og lokaliseringsteknologi er teknisk hjelpemiddel som kan brukes til å gi informasjon om hvor tjenestemottaker er dersom det skulle være behov for bistand. Slike løsninger bør vurderes i nært samarbeid med pårørende.

#### Gevinster

- Økt trygghet og frihet for brukerne selv.
- Avlastning og trygghetsfølelse for pårørende.
- Unnådd ressursbruk og redusert tidsbruk til interaksjoner.
- Utsettelse av mer omfattende helsetjenester i kommunen (eks. sykehjemsplass)



DIGITALT TILSYN (KAMERA/SENSOR)

Digitalt tilsyn innebærer sensorer eller kamera som utløser varsler til tjenesten ved for eksempel bevegelse, passering, fravær fra seng, fall og lignende. Særlig aktuelt som tilbud til personer med kognitiv svikt, for å begrense konsekvensene av uønsket «vandring» på natt.

#### Gevinster

- Trygghet for bruker og pårørende.
- Redusert behov for antall (fysiske) tilsyn, noe som kan gi redusert behov for nattevakter.
- Utsatt behov for sykehjemsplass og omsorgsbolig.

### Brukere som kan ha nytte av elektronisk medisineringsstøtte

Elektroniske medisindispensere er teknologi som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkter når brukeren skal ta medisinen sine. Gevinster og nytteverdi vil variere med faktorer som type dispenser og brukers utgangspunkt/forutsetninger. Typiske gevinster vil være:

- Rett medisin blir tatt til riktig tid.
- Hjemmesykepleien kan bruke tiden der den trengs mest (effektiv ressursutnyttelse).
- Brukerne blir mer selvstendige, opplever økt egenmestring og får mer frihet i hverdagen.
- Avlastning for pårørende.

#### POTENSIELLE BRUKERE

##### Fra et brukerperspektiv

- Brukeren er motivert og ønsker selv å ta i bruk teknologien. Tjenesten ser umiddelbart muligheter for gevinster.
- Brukeren har kognitive og motoriske evner som gjør at det mulig å ta pillene på egenhånd.
- Brukeren har et ønske om å være selvstendig og motta færre besøk fra tjenesten.
- Riktig medisin til rett tid forebygger forverring, som gjør at brukerne holder seg friske lenger og behovet for mer omfattende tjenester kan utsettes.

##### Fra et tjenesteperspektiv

- Brukeren bor langt unna slik at tjenesten kan unngå kjøring og tidsbruk.
- Elektronisk medisineringsstøtte kan bidra til å flytte fysiske besøk til andre tidspunkt på dagen hvor presset på tjenesten er mindre.
- Medisindispenseren kan erstatte andre oppdrag fra tjenesten (kutte ut rene medisineringsbesøk).
- Medisindispenser kan kombineres med andre kommunale tjenester for å utsette behovet for mer omfattende tjenester.

#### UTFORDRINGER

- Saksbehandlere har ikke nok kunnskap til å tildele rett dispenser på riktig grunnlag.
- Manglende kapasitet til å følge opp bruker godt nok i en tidlig fase.
- Bruker og/eller ansatte har ikke nok kunnskap til å bruke teknologien.
- Bruker motsetter seg å bruke dispenser selv om alle kriterier oppfylles.
- Samarbeid med fastlege i forbindelse med bruk av multidose.

#### TIPS & RÅD

- Bruk god tid til å trappe ned på antall besøk. Se at tjenesten fungerer.
- Det er viktig å følge opp brukerne og gjøre kontinuerlige evalueringer av om det er behov for at tjenesten avsluttes. Helsestanden kan endre seg over tid (eks. forverret demens).
- Husk at det finnes ulike typer dispenser som passer til ulike brukerbehov. Noen vil ha behov for en avansert multidosedispenser, andre vil ha behov for en elektronisk pilledosett.
- Fokuser på at brukerne får økt kvalitet, ikke at tjenesten tar noe fra dem.



# Hvordan finne riktig teknologi til potensielle brukere av velferdsteknologi?



## ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE

Dette omfatter både elektroniske multidose-dispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor pillene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre.

### Gevinster

- Medisinene blir alltid tatt til riktig tid.
- Hjemmesykepleien kan bruke tiden der den trengs mest (effektiv ressursutnyttelse).
- Brukerne blir mer selvstendige og får mer frihet i hverdagen.
- Brukerne opplever økt egenmestring.



## LOKALISERINGSTEKNOLOGI (GPS)

Varslings- og lokaliseringsteknologi et teknisk hjelpemiddel som kan brukes til å gi informasjon om hvor tjenestemottaker er dersom det skulle være behov for bistand. Slike løsninger bør vurderes i nært samspill med pårørende.

### Gevinster

- Økt trygghet og frihet for brukerne selv.
- Avlastning og trygghetsfølelse for pårørende.
- Unngått ressursbruk og redusert tidsbruk til leteaksjoner.
- Utsettelse av mer omfattende helsetjenester i kommunen (eks. sykehjemsplass)



## DIGITALT TILSYN (KAMERA/SENSOR)

Digitalt tilsyn innebærer sensorer eller kamera som utløser varsler til tjenesten ved for eksempel bevegelse, passering, fravær fra seng, fall og lignende. Særlig aktuelt som tilbud til personer med kognitiv svikt, for å begrense konsekvensene av uønsket «vandring» på natt.

### Gevinster

- Trygghet for bruker og pårørende.
- Redusert behov for antall (fysiske) tilsyn, noe som kan gi redusert behov for nattevakter.
- Utsatt behov for sykehjemsplass og omsorgsbolig.



# Brukere som kan ha nytte av elektronisk medisineringsstøtte

Elektroniske medisindispensere er teknologi som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkter når brukeren skal ta medisinene sine. Gevinster og nytteverdi vil variere med faktorer som type dispenser og brukers utgangspunkt/forutsetninger. Typiske gevinster vil være:

- Riktig medisin blir tatt til riktig tid.
- Hjemmesykepleien kan bruke tiden der den trengs mest (effektiv ressursutnyttelse).
- Brukerne blir mer selvstendige, opplever økt egenmestring og får mer frihet i hverdagen.
- Avlastning for pårørende.

## POTENSIELLE BRUKERE

### Fra et brukerperspektiv

- Brukeren er motivert og ønsker selv å ta i bruk teknologien. Tjenesten ser umiddelbart muligheter for gevinster.
- Brukeren har kognitive og motoriske evner som gjør at det mulig å ta pillene på egenhånd.
- Brukeren har et ønske om å være selvstendig og motta færre besøk fra tjenesten.
- Riktig medisin til rett tid forebygger forverring, som gjør at brukerne holder seg friske lenger og behovet for mer omfattende tjenester kan utsettes.

### Fra et tjenesteperspektiv

- Brukeren bor langt unna slik at tjenesten kan unngå tidsbruk til kjøring.
- Elektronisk medisineringsstøtte kan bidra til å flytte fysiske besøk til andre tidspunkt på dagen hvor presset på tjenesten er mindre.
- Medisindispensere kan erstatte andre oppdrag fra tjenesten (kutte ut rene medisineringsbesøk).
- Medisindispensere kan kombineres med andre kommunale tjenester for å utsette behovet for mer omfattende tjenester.

## UTFORDRINGER

- Saksbehandlere har ikke nok kunnskap til å tildele rett dispenser på riktig grunnlag.
- Manglende kapasitet til å følge opp bruker godt nok i en tidlig fase.
- Bruker og/eller ansatte har ikke nok kunnskap til å bruke teknologien.
- Bruker motsetter seg å bruke dispenser selv om alle kriterier oppfylles.
- Dårlig samarbeid med fastlege i forbindelse med bruk av multidose.

## TIPS & RÅD

- Bruk god til å trappe ned på antall besøk. Se at tjenesten fungerer.
- Det er viktig å følge opp brukerne og gjøre kontinuerlige evalueringer av om det er behov for at tjenesten avsluttes. Helsetilstanden kan endre seg over tid (eks. forverret demens).
- Husk at det finnes ulike typer dispensere som passer til ulike brukerbehov. Noen vil ha behov for en avansert multidosedispenser, andre vil ha behov for en elektronisk pilledosett.
- Fokuser på at brukerne får økt kvalitet, ikke at tjenesten tar noe fra dem.

# Marit opplever større selvstendighet og forteller det er enklere å planlegge hverdagen etter hun fikk en multidosedispenser



## Marit | Oslo kommune

**Alder:** 86 år.

**Bosituasjon:** Bor sammen med datteren sin.

**Interesser:** Musikk og dans.

**Sykdomshistorie:** Diabetes, epilepsi og lett Alzheimer.

**Implementert velferdsteknologi:** Elektronisk multidosedispenser (Evondos).



### Ønsker og behov

- Marit vil ha bedre kontroll over egen helsesituasjon og større frihet i hverdagen.
- Hun ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og være selvstendig.

### Situasjonen før elektronisk medisindispenser ble implementert

- Marit har diabetes, epilepsi og glemmer ofte om hun har tatt medisinene sine eller ikke.
- Hun mottok besøk av hjemmetjenesten flere ganger om dagen.
- Marit fikk bistand til blant annet medisiner, kontroll av insulinnivå og hjelp til å gi riktig mengde insulin.

### Implementering av elektronisk medisindispenser

- Da Marit fikk elektronisk medisindispenser ble antall besøk fra hjemmetjenesten redusert til ett besøk daglig for oppfølging av insulinnivået.
- Annenhver uke kommer hjemmetjenesten innom for et lengre besøk og skifter multidoserull i dispenseren.

### Gevinster

- Det har gitt Marit en større trygghetsfølelse at hun får tatt riktig mengde medisiner til riktig tidspunkt på dagen.
- Hun er mer selvstendig i hverdagen, og opplever økt verdighet som følge av at hun ikke føler seg like mye til bry for hjemmetjenesten.
- Med medisindispenser får hun større frihet og det er enklere å planlegge hverdagen.
- Hjemmetjenesten oppnår gevinster i form av unngåtte kostnader og tidsbesparelser:
  - Reduserte antall besøk, unngåtte bilkostnader og reduserte utslipp.
  - Unngåtte kostnader til potensiell institusjonsplass.
- Det gir også en økt trygghet for datteren til Marit nå som hun vet at hennes mor får riktig mengde medisiner til rett tid.
- Multidosedispenseren er et viktig hjelpemiddel for at tjenesten skal kunne yte forsvarlig helsehjelp og ivareta brukerens behov på en best mulig måte.

# Brukere som kan ha nytte av lokaliseringsteknologi (GPS)

Målgruppen for lokaliseringsteknologi er i hovedsak eldre mennesker med demens, men kan selvfølgelig også tas i bruk for andre målgrupper. Teknologien kan brukes til å spore opp savnede personer, aktivt følge med på hvor brukerne beveger seg, og/eller det kan settes opp «geofence». Dette kan bidra til flere gevinster:

- Økt trygghet og frihet for brukerne selv.
- Avlastning og trygghetsfølelse for de pårørende.
- Unngått ressursbruk og redusert tidsbruk til leteaksjoner.
- Utsettelse av mer omfattende helsetjenester i kommunen (eks. sykehjemsplass)

## POTENSIELLE BRUKERE

Hjemmeboende tjenestemottakere med demens er primærgruppen for å ta i bruk lokaliseringsteknologi. Følgende kriterier er gode indikatorer på at teknologien kan være hensiktsmessig:

- Brukeren har orienteringsproblemer, men ikke så store at vedkommende ikke kan ferdes ute på egenhånd. Det må være forsvarlig at bruker kan være i trafikkbildet alene.
- Pårørende og ansatte syntes det er utrygt og belastende at brukeren beveger seg ute på egenhånd, slik situasjonen er i dag.
- Brukeren ønsker selv å ta i bruk teknologien, slik at vedkommende kan ferdes ute på egenhånd. Dette kan være begrunnet i behov for fysisk aktivitet, gjøre ærender på egenhånd, eller dekke et behov for å gå seg en tur uten å vente på at hjemmetjenesten kommer.
- GPS kan (i kombinasjon med andre tjenester) bidra til å utsette behovet for mer ressurskrevende tjenester i kommunen.

## UTFORDRINGER

- Saksbehandlerne i kommunen har ikke nok kompetanse og kjennskap til teknologien til at den blir tildelt rett bruker på rett grunnlag.
- Det kan være utfordrende å vurdere om bruker er samtykkekompetent.
- Bruker kan bo i et område hvor det er dårlig/manglende dekning for GPS.
- Bruker selv ønsker ikke å bruke teknologien selv om det kan gi store gevinster, for eksempel på grunn av følelsen av å bli overvåket.
- Bruker glemmer å ta med GPS eller forlegger den ute på tur.

## TIPS & RÅD

- Etabler et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten/lege som kartlegger yngre demente. Det er viktig med tidlig oppstart av tjenesten.
- Sørg for et godt samarbeid med bruker og pårørende, og at de får nok og rett informasjon. Ansvar vil i flere tilfeller bli flyttet fra tjenesten til de pårørende.
- Brukernes behov må stå i sentrum.

# Petra føler mer frihet, trygghet og mestring etter innføringen av velferdsteknologi



## Petra | Ulstein kommune

**Alder:** 91 år.

**Bosituasjon:** Bor alene i omsorgsbolig.

**Interesser:** Håndarbeid og broderi.

**Sykdomshistorie:** Diagnostisert med Alzheimers i midten av 2017.

**Implementert velferdsteknologi:** GPS og digitalt tilsyn ble tatt i bruk samtidig som hun fikk diagnosen i 2017.



### Behov og ønsker

- Petra trives i egen leilighet og ønsker ikke å flytte.
- Hun ønsker å føle seg trygg og vite at hun får hjelp når behovet oppstår, spesielt om natta.

### Situasjonen før velferdsteknologi ble implementert

- I 2017 fikk Petra påvist Alzheimers. Konsekvensene av dette var kognitiv svikt, nedgang i vekt og mer forvirring.
- Hun låste ofte seg selv ute fra leiligheten, også på natten. Dette skapte bekymring blant både naboer og pårørende.
- Hjemmetjenesten gjennomført svært mange fysiske tilsyn per døgn, og dette var tidkrevende. Petra var mye engstelig og trengte mye trygging.
- Sykehjemmet hadde ingen ledige plasser, og kommunen så derfor at noe måtte gjøres.

### Implementering av GPS og digitalt tilsyn

- Petra fikk tildelt GPS slik at hun kan fortsette å gå til butikken alene.
- Hun fikk også installert digitalt tilsyn, slik at hjemmesykepleien kan passe på at det ikke oppstår noen uønskede hendelser mellom de fysiske tilsynene.

### Gevinster

- Petra føler mer frihet, trygghet og mestring etter innføringen av velferdsteknologi.
- Hun kan gjøre mer av det hun vil på egenhånd, blant annet omgås nabodamene og gå tur til butikken i sentrum.
- Hjemmetjenesten vet alltid hvor hun oppholder seg, og Petra føler seg derfor trygg på at hun ikke blir utelåst fra leiligheten i lang tid.
- Dette har gjort at Petra kan fortsette å bo hjemme slik hun selv ønsker.
- Hjemmetjenesten oppnår også gevinster i form av unngåtte kostnader:
  - Reduksjon i antall tilsyn og tidsbruk per tilsyn.
  - Utsatt sykehjemsplass har gitt årlige unngåtte kostnader på 1mNOK siden midten av 2018.
  - Unngår potensielle leteaksjoner.
- Det gir også en trygghet for Petra sine pårørende, som nå vet at hun alltid blir passet på.



# Brukere som kan ha nytte av digitalt tilsyn (kamera/sensor)

Digitalt tilsyn er i hovedsak sensorteknologi (sengesensor, døralarm, falldetektor osv.) som gir passiv varsling ved uønskede hendelser. Det kan også kombineres med ulike kameratilsyn med bildeoverføring hvor tjenesten har mulighet til å logge seg inn til avtalte tidspunkt for å sjekke at alt er i orden. Hensikten er å gi økt trygghet for både hjemmeboende og brukere på institusjon. Norske kommuner rapporterer om flere ulike gevinster ved bruk av digitalt tilsyn:

- Trygghet for bruker og pårørende. Teknologien gjør at brukeren får hjelp umiddelbart når behovet oppstår.
- Redusert behov for antall (fysiske) tilsyn, noe som kan gi redusert behov for nattevakter.
- Utsatt behov for sykehjemsplass og omsorgsbolig.

## POTENSIELLE BRUKERE

Mottakere av tjenester med digitalt tilsyn er brukere som i utgangspunktet har behov for fysiske tilsyn, ofte flere ganger i døgnet. Nedenfor følger noen kriterier hvor digitalt tilsyn kan være en god løsning:

- Brukeren er motivert for å klare seg selv mer i hverdagen, og redusere antall besøk fra hjemmetjenesten.
- Brukeren har ikke behov for fysisk bistand ved alle besøkene som gjennomføres.
- Brukeren blir vekket av at tjenesten gjennomfører fysiske tilsyn på natt.
- Det er et såpass høyt nivå av aktivitet at brukeren tidvis kan utgjøre en fare for seg selv.
- Det er mulig å redusere antall fysiske besøk, slik at tjenesten kan frigjøre ledig kapasitet.
- Brukeren vandrer rundt til alle døgnets tider. Dette kan fanges opp tidligere og sikre at bruker ikke blir låst ute fra egen bopel el.
- Tjenesten har veldig lang kjørevei til bruker (ressurskrevende).

## UTFORDRINGER

- Saksbehandlerne i kommunen har ikke nok kompetanse og kjennskap til teknologien til at den blir tildelt rett bruker på rett grunnlag.
- Bruker har ikke ønske om å endre fra fysiske tilsyn til bruk av teknologi Ikke god nok kompetanse blant de ansatte til at tjenesten følges skikkelig opp.
- Mangelfull håndtering av alarmer, både tekniske og fra bruker.
- Det kan være utfordrende å vurdere om bruker er samtykkekompetent.

## TIPS & RÅD

- Lytt til brukernes behov og involver pårørende for å sikre at riktig sensor og/eller kamera blir tatt i bruk.
- Evaluer tjenesten nøye for å se om tjenesten virker etter sin hensikt. Hvem gir det gevinster for? Brukeren? Pårørende? Tjenesten?
- Gjør det tydelig ovenfor brukeren at det er en tjeneste som tilfører verdi og at det ikke er noe som blir tatt fra dem. Forklar bruker hvorfor teknologi i noen tilfeller kan være et bedre alternativ enn "varme hender".

# «Besto» får hjelp kun når hun trenger det og kan fortsette å bo hjemme slik hun ønsker det etter tildelingen av velferdsteknologi



## «Besto» | Bjørnafjorden kommune



**Alder:** 84 år.

**Bosituasjon:** Bor i eget hus på samme tun som barn og barnebarn.

**Interesser:** Friluftsliv.

**Sykdomshistorie:** Gammel og dårlig til beins.

**Implementert velferdsteknologi:** Sensorteknologi.

### Ønsker og behov

- "Besto" ønsker å føle seg trygg uten at hun blir vekket av fysiske tilsyn på natt.
- Hun ønsker å bo i sitt eget hus så lenge hun lever.

### Situasjonen uten sensorteknologi

- "Besto" bor i et gammel hus hvor det er vanskelig å tilrettelegge for eldre.
- Familien er redd for at hun skal ramle og slå seg. De bor heldigvis nærme, og går derfor ofte innom.
- I tidsrommet 20.30-06.00 sover "Besto", og ønsker ingen forstyrrelser.

### Implementering av sensorteknologi

Hjemmetjenesten i Bjørnafjorden kunne tilby to løsninger for "Besto":

1. Fysiske tilsyn fra nattevakt – Ett tilsyn på natta, og ett tidlig om morgenen.
2. Sengesensor – Varsling dersom "Besto" ikke er tilbake i senga etter 30min.
  - Sensoren kobles opp til trygghetsalarm som allerede finnes i boligen.
  - Ved alarm går det varsel til responscenter. De tar kontakt med pårørende, som raskt kan se om alt er i orden med "Besto".

### Gvinster

Kommunen og "Besto" har ikke angret på valget av sengesensor:

- "Besto" får en bedre tjeneste slik at hun føler seg helt trygg i tidsrommet 20.30 – 06.00.
- Hun får hjelp kun når hun trenger det og blir ikke vekket unødvendig, verken av familien eller av ansatte i hjemmetjenesten.
- Pårørende føler seg trygge på at "Besto" har det bra, og kan sove hele natta med godt samvittighet uten å uroe seg for at hun ligger på gulvet.
- "Besto" kan fortsette å bo hjemme i nærheten av familien, akkurat slik hun ønsker.
- Nattevaktene frigjør kapasitet som kan brukes til andre oppgaver. Dette gir unngåtte kostnader.
- På sikt kan teknologien bidra til unngått sykehjemsplass.

# Eksempel på målgruppe, vilkår og sjekkliste ved tildeling

	ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE	LOKALISERINGSTEKNOLOGI (GPS)	DIGITALT TILSYN (KAMERA/SENSOR)
Mål- gruppe	Brukere, som grunnet redusert helsetilstand, har behov for påminnelse om å ta legemidlene sine til riktig tid.	Personer med sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne, som kan ha økt livskvalitet med å kunne ferdes utendørs	Personer med sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne, som fører til utrygghet og fare for akutte situasjoner i hjemmet.
Vilkår for tildeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruker fyller vilkår for hjelp til administrasjon av medisiner</li> <li>• Bruker er motivert for å ta medisinen</li> <li>• Bruker evner å administrere dispensereren</li> <li>• Bruker evner å ta medisinen (rett tid, obs. hamstring og overdosering)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobildekning bør være kvalitetsvurdert</li> <li>• Bruker/pårørende sikrer:</li> <li>• GPS følger med når bruker forlater bolig, er påskrudd og har gode laderutiner</li> <li>• Bruker står i fare for å forlate bolig og ikke finne tilbake</li> <li>• Bruker vil oppleve økt livskvalitet ved å ferdes utendørs</li> <li>• Bruker evner å ferdes trygt utendørs (vurdere passende bekledning og trafikkikkerhet)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruker står i fare for å forlate seng eller bolig og ikke finne tilbake</li> <li>• Brukers helsetilstand gir fallfare</li> <li>• Forhindre vesentlig helseskade</li> <li>• Bruker har behov for hendelsesutløst hjelp/tilsyn, men ellers selvhjulpen</li> </ul>
Sjekkliste	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Snakket med bruker, evt. pårørende om behov. Avklare dispensertype utfra behov, selvstendighet og færre besøk.</li> <li><input type="checkbox"/> Avklart medisineringsstidspunkt – døgnrytme.</li> <li><input type="checkbox"/> Avklart tidsinnstilling for varsling: Hvor lang tid skal det ta før det går alarm uhentet medisin?</li> <li><input type="checkbox"/> Endre pleieplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Snakket med bruker, evt. pårørende om behov</li> <li><input type="checkbox"/> Avklare mottaker for alarm</li> <li><input type="checkbox"/> Avklare evt. hvem som rykker ut på alarm/henting</li> <li><input type="checkbox"/> Avklare tekniske innstillinger</li> <li><input type="checkbox"/> Avtale med pårørende</li> <li><input type="checkbox"/> Laderutiner</li> <li><input type="checkbox"/> Endre pleieplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Snakket med bruker, evt. pårørende om behov</li> <li><input type="checkbox"/> Avklart antall tilsyn med bruker/pårørende</li> <li><input type="checkbox"/> Avklart klokkeslett for tilsyn</li> <li><input type="checkbox"/> Hva er formålet med nattbesøket?</li> <li><input type="checkbox"/> Avklart tidsinnstilling for varsling</li> <li><input type="checkbox"/> Rolig/urolig søvn</li> <li><input type="checkbox"/> Endre pleieplan</li> </ul>

# Vedlegg F

---

## Verktøy og veiledningsmaterieill

### KS | Velferdsteknologi



#### Verktøy og veiledningsmaterieill:

- ① [Opplæringspakke](#)
- ① [Veikart for tjenesteinnovasjon](#)
- ① [Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide til velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide om behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide til anskaffelser av velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide for videokommunikasjon](#)
- ① [Kvikkguide for digital hjemmeoppfølging](#)
- ① [Kvikk-guide for velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse](#)
- ① [Velferdsteknologiprogrammets Facebook-side](#)
- ① [Gevinstoppfølgingsverktøy](#)







## Verktøy og veiledningsmateriell:

- ① [Opplæringspakke](#)
- ① [Veikart for tjenesteinnovasjon](#)
- ① [Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide til velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide om behandling av helse- og personopplysninger ved bruk av velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide til anskaffelser av velferdsteknologi](#)
- ① [Kvikk-guide for videokommunikasjon](#)
- ① [Kvikkguide for digital hjemmeoppfølging](#)
- ① [Kvikk-guide for velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse](#)
- ① [Velferdsteknologiprogrammets Facebook-side](#)
- ① [Gevinstoppfølgingsverktøy](#)

KS Fagområder Statistikk og analyse Regioner Kommunespeilet Kalender Om KS

KS mener Prosjekter og verktøy Hovedtariffavtalen Informasjon om koronasituasjonen Norge i Tall

Hjem Helse og omsorg Velferdsteknologi Verktøy og veiledning

## Verktøy og veiledning

Under finner du verktøy og veiledere som kan hjelpe kommunen å bli bedre på velferdsteknologi. Materialet er utviklet sammen med kommunene.

Verktøy og veiledning.  
Foto: Bly



## VELFERDSTEKNOLOGI

“Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.”

- NOU 2011:11, s. 99

