

# Sluttrapport

## *Prosjekt velferdsteknologi*

2017-2018



Harstad kommune  
Attraktivt hele livet

## Forord

Harstad kommune forventes å få stor økning i antall innbyggere i alderen 80 år og eldre, særlig fra år 2020, og denne veksten fører til økt behov for helse- og omsorgstjenester i kommunen. Samtidig med at antall eldre øker relativt sterkt, vil kommunen oppleve stagnasjon i antall innbyggere i yrkesaktiv alder. Vi ser også en økning i antall brukere i yrkesaktiv alder som ikke er i jobb på grunn av psykiske lidelser og rusmisbruk. Mangel på helsepersonell, da særlig leger og sykepleiere, er også en utfordring som vil forsterke seg i årene som kommer.

Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv i egen bolig, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren (Direktoratet for E-helse). Bruk av velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten åpner opp muligheten for å gi tjenester på en annerledes og mer fleksibel måte, unngå/utsette innleggelse i institusjon og omdisponering av allerede for knappe personalressurser. Det gir først og fremst mulighet for brukerne å mestre eget liv og helse bedre, og bidrar til at flere kan bo lenger i eget hjem til tross for nedsatt funksjonsevne. Dermed kan tidspunktet for behov fra kommunale helsetjenester og innleggelse i institusjon utsettes. Teknologi er ment som et alternativ og supplement til ordinær helse- og omsorgstjeneste, og kan bidra til at man frigjør ressurser slik at vi kan gi en mer fleksibel helse- og omsorgstjeneste, som er mer tilpasset brukernes behov og ønsker. Bruk av teknologiske løsninger bygger også opp under målsetningen om et universelt utformet samfunn innen 2025.

Januar 2017 startet Harstad opp et to-års prosjekt innen velferdsteknologi. Bakgrunnen for at dette prosjektet ble foreslått og iverksatt var at det i tiltaksplan for omstillingsplan i «prosjekt balansert drift i helse og omsorg» ble rapportert utfordringer knyttet til velferdsteknologi. Rapporten til driftsanalyse for helse og omsorg beskrev at kommunen ikke i tilstrekkelig grad tok i bruk velferdsteknologi. Rapporten foreslo en sterkere satsing på innføring av velferdsteknologiske løsninger. Rapporten vektla også behovet for innovasjon hvor en legger større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi og nettverksarbeid.

## Innhold

Forord .....	1
1. Sammendrag .....	4
2. utfordringer og bakgrunn .....	5
3. Organisering .....	6
3.1 Prosjektorganisering .....	6
3.2 Prosjekttressurser .....	7
4. Mål og krav for prosjektet .....	7
4.1 Rammekrav fra Fylkesmannen i Troms .....	7
4.2 Målsetting for prosjektet .....	8
4.2.1 Resultatmål .....	8
4.2.2 Prosjekt mål .....	8
4.3 Forventninger og krav til gjennomføring .....	8
4.4 Arbeidsoppgaver og resultatkrav .....	9
5. Samarbeid med andre kommuner .....	10
5.1 Interkommunalt samarbeid .....	10
5.2 Tromsø kommune .....	10
5.3 Nasjonalt prosjekt .....	10
6. Gjennomføring av arbeidsoppgaver .....	11
6.1 Utprøving og evaluering av aktuelle velferdsteknologiske løsninger .....	11
6.1.1 Valg av teknologi .....	11
6.1.2 Plattform og responscenter .....	12
6.1.3 Utskifting av trygghetsalarmer .....	12
6.1.4 Lokaliseringsteknologi, digitalt natt-tilsyn og andre alarmer tilknyttet trygghetsalarmen .....	13
6.1.5 Utskifting av nøkkelbokser til elektronisk dørlås .....	13
6.1.6 Oppgradering av sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem .....	14
6.1.7 Elektronisk medisindispenser .....	14
6.2 Vurdering av muligheter og behov for smarthusteknologiske løsninger .....	15
6.3 Utprøving av elektronisk medisindispenser, Evondos .....	15
6.3.1 Opplæring av personell .....	15
6.3.2 Rekruttering av pasienter inn i prosjektet .....	16
6.3.3 Kartlegging av pasienter .....	16
6.3.4 Håndtering av alarmer .....	16

6.3.5	Tilgangsstyring.....	17
6.3.6	Skeptiske ansatte, brukere og pårørende .....	17
6.3.7	Gevinster .....	18
6.4	Nye arbeidsmetoder og rutiner.....	19
7	Delplan for system og tiltak av velferdsteknologi i ordinær drift .....	20
7.1	Forankring, anskaffelse og eierskap .....	20
7.1.1	Forankring.....	20
7.1.2	Anskaffelse og eierskap .....	20
7.2	System for kartlegging av individuelle behov og tildeling.....	21
7.2.1	Kartlegging.....	21
7.2.2	Tildeling .....	22
7.3	Kompetanse og ansvarlighet .....	22
7.3.1	Kompetansenettverk/-gruppe.....	22
7.3.2	IKT .....	23
7.3.3	Hjelpemiddeltjenesten .....	23
7.3.4	Helsepersonell .....	24
7.3.5	Informasjonssikkerhet og personvern.....	24
7.3.6	NAV Hjelpemiddelsentral .....	24
7.4	Finansiering og egenbetaling.....	24
7.4.1	Finansiering .....	25
7.4.2	Egenbetaling .....	25
8	Delplan for teknisk infrastruktur .....	25
8.1	Plattform for velferdsteknologi.....	25
8.2	Teknologivalg i bygg .....	28
9	Kommunal strategi for bruk av velferdsteknologi.....	29
9.1	Satsingsområder .....	30
9.2	Hvordan skal dette gjøres?.....	32
9.3	Gevinster .....	33
	Litteratur: .....	35

## 1. Sammendrag

For å skape gode forutsetninger for å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger i større skala må vi ha plattform og responscenter på plass. Vi må også gjøre oss mer erfaringer med elektronisk medisindispenser i større bruk, basert på de erfaringer vi allerede har fått i pilotgjennomføringen. I året som kommer burde andre velferdsteknologiske løsninger prøves ut som piloteringer. Det må også jobbes med å utnevne ressurspersoner som får ansvar for å spre kunnskap i egen avdeling og oppfølging av teknologien som er i bruk.

Kommunen må avsette tilstrekkelig med ressurser i arbeidet med innføring av velferdsteknologi slik at planer kan utarbeides, iverksettes og følges opp, samt sikre at det arbeides systematisk med opplæring av ansatte og gis god informasjon til kommunens innbyggere underveis. Det er mye som skal gjøres for kulturendring og organisasjonsutvikling, og det er viktig at vi ikke undervurderer viktigheten og arbeidsmengden ved dette.

Velferdsteknologi vil innebære en økning av kostnader knyttet til både investering og drift av utstyr. Imidlertid er dette kostnader som på sikt vil være med å gjøre helse- og omsorgstjenesten i stand til å imøtekomme det økte antall tjenestemottakere vi vet vil komme, men da i større grad innenfor de samme personellressurser som vi disponerer i dag. Dette er kostnader kommunen må være villig å investere i, dersom man skal kunne lykkes i arbeidet med å tilby forsvarlig helsetjeneste også i fremtiden.

Gjennom prosjektperioden har vi gjort oss mange erfaringer om hva vi må ha fokus på fremover for å lykkes med implementering av teknologi i helse- og omsorg. Rutiner for anskaffelser, avtaleoppfølging, kompetanseheving, organisering, teknisk infrastruktur og nye arbeidsmetoder ved installasjon, drift og vedlikehold er noen av fokusområdene. Disse rutinene og arbeidsmetodene må kontinuerlig evalueres.

Vi har startet arbeidet med å lage systemer for å kunne ta teknologi inn i ordinær drift. Gjennom strategien som er utarbeidet for velferdsteknologi har vi en god plan for hva som må gjøres videre fremover. Der målet er at velferdsteknologi skal være et alternativ til ordinær helse- og omsorgstjeneste, og at den skal bidra til økt trygghet og mestring hos brukere slik at de skal kunne bo lengere i eget hjem.

Denne rapporten er en oppsummering av erfaringer og resultater Harstad kommune har tilegnet seg i denne toårige prosjektperioden. Rapporten tar utgangspunkt i oppgavene og kravene som er satt i prosjektets mandat. Den starter med en introduksjon av målene, oppgavene/kravene fra mandatet og prosjektorganisering. I kapittel 6 og 7 vil det redegjøres for gjennomføring av arbeidsoppgavene og nye arbeidsmetoder og rutiner. I kapittel 8 og 9 blir det presentert delplan for teknisk infrastruktur og kommunal strategi for bruk av velferdsteknologi.

## 2. utfordringer og bakgrunn

Fremskrevet vekst i den eldre befolkningen er større i Harstad enn for landet samlet. Dermed øker også behovet for helse- og omsorgstjenester sterkere i Harstad enn for gjennomsnittet av landets kommuner.

Befolkningsstrukturen er en stor framtidig utfordring for Harstad kommune. Vår kommune rammes hardere av eldrebølgen enn andre norske kommuner (*Virksomhetsplan Harstad kommune, 2019-2022*).

Tabellen under viser Harstad kommune sin folkemengde fremskrevet etter alder 2020-2040, basert på middels vekst-alternativet.

		2018	2020	2025	2030	2035	2040
<b>Barnehage</b>	0-5 år	1566	1495	1570	1644	1659	1644
<b>Grunnskole</b>	6-15 år	2890	2912	2794	2690	2810	2901
<b>VGS</b>	16-19 år	1226	1142	1163	1192	1073	1127
<b>Voksne</b>	20-66 år	14 960	14 936	14 858	14 962	14 989	14 884
<b>Senior</b>	67-79 år	3033	3178	3532	3531	3670	3805
<b>Eldre</b>	80 år eller eldre	1145	1180	1430	1900	2190	2452
<b>Totalt</b>		24 820	24 843	25 347	25 919	26 391	26 813

Prognosen viser:

- Liten eller ingen endringer i befolkningen fra 0-66 år fram mot 2040.
- Fram mot 2040 øker antall innbyggere over 67 år med rundt 44 %, og mer enn fordobling av antall eldre over 80 år (*Virksomhetsplan Harstad kommune, 2019-2022*).

Ved å ta i bruk velferdsteknologi som et av flere tiltak kan dette være med på å møte dagens og kommende helse- og omsorgsutfordringer. Riktig bruk av velferdsteknologi gir flere muligheter og potensial for gode resultater både for brukere, ansatte og Harstad kommune som helhet.

- For brukerne, først og fremst i form av opprettholdelse av kvalitet, øke selvstendighet, trygghet, aktivitet og egenmestring.
- For ansatte gjennom god kommunikasjon, samhandling, mer fokus på helserettede oppgaver og utvikling av attraktive stillinger.
- For Harstad kommune gjennom bedre rekruttering til attraktive jobber, bedre ressursstyring og ressursutnyttelse, økt kvalitet og sikkerhet, og unngåtte kostnader til omfattende helse og omsorgstjenester.

For å utløse ressurser innenfor kommunen, må vi i tiden fremover være åpen for andre måter å yte tjenester på, samt bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det må være åpenhet for å omdisponere ressurser på tvers av enhetene, ikke bare innen helse og omsorg. Ett av fokusområdene for Harstad kommune er digitalisering. I digitaliseringsstrategien for kommunen vises det til at

endrings- og innovasjonsarbeidet ikke lar seg gjennomføre uten et samarbeid, samspill og koordinering på tvers av hele organisasjonen. Digitalisering handler om et utviklingsløp og et endringsarbeid som hele organisasjonen skal inn i. Det er også vedtatt at Harstad skal etablere et Smart City prosjekt. Byen skal utvikle seg til å bli bærekraftig og moderne der både økonomi, sosiale og miljømessige verdier gjennomsyrrer alt vi gjør og skaper. En smart by tar utgangspunkt i innbyggernes behov og tar i bruk ny teknologi for å gjøre byen til et bedre sted å leve, bo og arbeide (Digitaliseringsstrategi for Harstad kommune).

Fokuset på velferdsteknologi i Harstad kommune er forankret i følgende kommunalt planverk:

- Helse- og omsorgsplan 2012 – 2025, for Harstad kommune:
  - Velferdsteknologi – kartlegge muligheter samt plan for bruk av velferdsteknologi
  - Smarthusteknologi – innføring av smarthusteknologi i boliger og institusjoner
- Samhandlingsreformen 2013 – 2016 - Strategiplan for Harstad kommune:
  - Smarthusteknologi skal vurderes innarbeidet i alle byggeprosjekt
  - Velferdsteknologi skal vurderes innført på alle områder
- Virksomhetsplaner
  - Velferdsteknologi som utfordring og mulighet

### 3. Organisering

Prosjektgruppen var tverrfaglig sammensatt av ansatte fra ulike avdelinger og brukerrepresentanter. Underveis i prosessene ble det opprettet arbeidsgrupper internt i prosjektgruppen, disse fikk tildelt ulike ansvarsområder. Det ble også innhentet kunnskap og synspunkter hos blant annet interesseorganisasjoner, UiT, fra andre kommuner og på tvers av avdelinger i egen organisasjon.

#### 3.1 Prosjektorganisering

Prosjektansvarlig:	
Kommunalsjef helse og omsorg:	Rita Johnsen

Styringsgruppe:	
Kommunalsjef helse og omsorg:	Rita Johnsen
Enhetsleder enhet for Heldøgns omsorg:	Baard Haugen
Enhetsleder enhet for Helse og mestring:	Frode Risdal
Avdelingsleder hjemmetjenesten Sentrum:	Øyvind Arntzen
Avdelingsleder hjemmebasert rehabilitering:	Hanne Berg
Tillitsvalgt (Fagforbundet):	Eva Granås

Arbeidsgruppe:	
Prosjektleder (PL):	Janne Haugnes
Hj.tjenesten Sentrum, avd.leder:	Øyvind Arntzen
Hjelpemiddeltjenesten:	Kristoffer Eidissen
Hjemmebasert rehabilitering	Trine Lyså
Digitaliseringsrådgiver helse og omsorg:	Tone Hansen Øyen
IKT tjenesten, IKT sikkerhetssjef:	Jørn Hanssen
Tillitsvalgt (vara. Norsk Sykepleierforbund):	Linda Kvam Hanssen
Eldrerådet:	Erling Johan Pedersen (vara; Noralf A. Robertsen)
VFT ambassadør Pensjonistforbundet: (rep. også Pensjonistforbundets lokalforeninger i Harstad)	Hedvig Hegna

Referansegruppe:	
Fastlegetjenesten: (Sjøkanten legesenter)	Inger Ingemann
Demenskoordinator:	Marit Kristiansen
Koordinerende enhet:	Rita Johannessen

## 3.2 Prosjektr ressurer

Det ble gjennom søknad til Fylkesmannen innvilget midler for oppstart av velferdsteknologiprojekt i Harstad kommune. Midlene delfinansierte lønn til 50% prosjektlederressurs i prosjektperioden. Prosjektgruppen og ressurer til deltakelse ble dekket av gruppemedlemmenes arbeidssted. I prosjektperioden har det vært hentet inn personalressurser utover de som var satt til å bidra i prosjektgruppen.

## 4. Mål og krav for prosjektet

### 4.1 Rammekrav fra Fylkesmannen i Troms

Siden lønnsmidler til prosjektleder var delfinansiert fra Fylkesmannen i Troms ble det foreslått noen rammekrav fra Fylkesmannen for dette tilskuddet. Disse rammekravene var som følger:

- Midlene skal delfinansiere en prosjektleder som skal arbeide målrettet med å utrede og implementere nye løsninger.
- Et av kriteriene for å utløse midler til velferdsteknologiske prosjekter, er at prosjektet skal prøves ut/implementeres i daglig drift i prosjektperioden, og kommunen skal kunne vise til måltall og gjennomføring.



Disse kravene ble oppfylt gjennom prosjektperioden. Kommunen delfinansierte prosjektlederstillingen og stillingen videreførtes i ordinær drift fra 2019, fullfinansiert i virksomhetsplanen (VHP) for 2019-2022.

## 4.2 Målsetting for prosjektet

Rådmannen opprettet dette to års-prosjektet med formål om å utvikle et system for å kunne implementere velferdsteknologiske løsninger.

### 4.2.1 Resultatmål

Harstad kommune skal ta i bruk velferdsteknologi som et supplement til ordinære helse- og omsorgstjenester. Velferdsteknologien skal bidra til økt trygghet og mestring hos bruker slik at denne skal kunne bo lenger i hjemmet.

### 4.2.2 Prosjekt mål

1. Utprøving av velferdsteknologiske hjelpemidler/systemer som grunnlag for nye omsorgsformer
2. Utarbeide et system for ivaretagelse av velferdsteknologi i ordinær drift
3. Utarbeide kommunal strategi for velferdsteknologi

## 4.3 Forventninger og krav til gjennomføring

Gjennom mandatet for prosjektet ble det utarbeidet forventninger og krav som prosjektgruppen skulle ha fokus på. Disse forventningene og kravene var som følger:

- Utprøving av teknologiske løsninger må utformes og dokumenteres på en slik måte at det gir et datagrunnlag som danner grunnlag for evaluering og måling av resultat og gevinster for tjeneste/faglig/kvalitet/økonomi
- Prosjektet innleder samhandling med Tromsø kommune for læring
- Prosjektet innleder samhandling med nabokommuner for erfaringsoverføring
- Prosjektet fremmer aktuelle problemstillinger mot IKT-forum helse og omsorg\*
- Prosjektleder rapporterer til prosjektansvarlig
- Prosjektet sørger for god forankring mot driftsenhetene  
*\*(IKT-forum helse og omsorg er ikke i drift og har derfor ikke vært fremmet problemstillinger til i prosjektperioden).*

#### 4.4 Arbeidsoppgaver og resultatkrav

Prosjektgruppen hadde gjennom mandatet fått tildelt arbeidsoppgaver og resultatkrav som det skulle settes fokus på gjennom prosjektperioden. Disse var følgende:

##### Arbeidsoppgaver:

- Gjennomføre utprøving og evaluering av aktuelle velferdsteknologiske løsninger
- Vurdere muligheter og behovet for smarthusteknologiske løsninger
- Utprøving av velferdsteknologi skal sees i sammenheng med mål og funksjon for prosjekt i hverdagsrehabilitering
- Gjennomføring og tiltak ved utprøving av velferdsteknologiske løsninger skal dokumenteres som grunnlag for evaluering og rapportering av resultat
- Utvikle nye arbeidsmetoder og rutiner knyttet til ulike tekniske løsninger
- Utarbeide forslag til organisering av velferdsteknologiske løsninger i ordinær drift
  - System for kartlegging av individuelle behov og tildeling
  - System for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)
  - Organisering, kompetanse, system i driftsenheter
  - Organisering av alarmmottak og tiltaksressurs
  - Finansiering og pasientbetaling
- Beskrive behov for teknisk infrastruktur
- Utarbeide kommunal strategi for bruk av velferdsteknologi og smarthusteknologi
- Vurdere samarbeid med andre kommuner

##### Resultatkrav:

- Prosjektleder la frem en prosjektplan med tiltaksdel for prosjektperioden desember 2016.
- Delplan for teknisk infrastruktur ble fremmet høsten 2018.
- Delplan for smarthusteknologi skulle legges frem høsten 2018
- Delplan for system/tiltak for organisering av velferdsteknologi i ordinær drift ble lagt frem høsten 2018.
- Forslag til kommunal strategi ble lagt frem høsten 2018.
- Sluttrapport levert 2018.

## 5. Samarbeid med andre kommuner

Gjennom de forventningene og krav som var satt i mandatet skulle prosjektet innlede samhandling med Tromsø kommune for læring. I tillegg til å innlede samhandling med nabokommuner for erfaringsoverføring.

### 5.1 Interkommunalt samarbeid

Prosjektgruppen gikk tidlig i prosjektfasen i dialog med nærliggende kommuner angående kunnskaps- og erfaringsutveksling og felles anskaffelse av teknologi. Dette for å få innhentet kunnskap og samarbeid på tvers av kommunegrensen. Det ble inngått samarbeidsavtale ved søknad om midler til Helsedirektoratet i april 2017. I denne søknaden fikk vi ikke tildelt midler.

Det ble derfor våren 2017 innsendt ny søknad og det ble da tildelt skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Troms på samarbeidsprosjekt med Harstad kommune, Skånland kommune og Kvæfjord kommune. Senere ble også Tjeldsund- og Evenes kommune med i dette prosjektet. Det ble i forbindelse med denne tildelingen engasjert en felles koordinator i full stilling for velferdsteknologiprojekt i disse kommunene. Hovedmålet med det interkommunale samarbeidet er utveksling av kunnskap, kostnadseffektive fellesanskaffelser, felles teknologiske løsninger og felles opplæring-/erfaringsutveksling. Prosjektet er vedtatt å ha en varighet fra 2017-2020.

Kvæfjord kommune var også med på fellesanskaffelse sammen med Harstad kommune av medisindispensere fra Evondos. Ved anskaffelse av Evondos var vi også i kontakt med Bærum kommune og Oslo kommune for erfaringsoverføring ved utforming av databehandleravtale.

### 5.2 Tromsø kommune

Våren 2017 var deler av prosjektgruppen på studiebesøk i Tromsø kommune. De har vært med i Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i perioden 2014-2016. Det har underveis i prosjektet vært innhentet kunnskap og erfaringer fra Tromsø kommune. Fagleder IT helse og omsorg i Tromsø kommune og prosjektleder i Harstad kommune har også sittet sammen i felles prosjektgruppe for gjennomføringen av Utdanningsprogrammet, Velferdsteknologiens ABC.

### 5.3 Nasjonalt prosjekt

Våren 2018 inngikk kommunene fra interkommunalt prosjekt et samarbeid med en gruppe på fem kommuner i Lofoten, og ble gjennom dette innlemmet i det nasjonale velferdsteknologi-programmet som har tidsforløp frem til 2020. Gjennom deltakelse i det nasjonale programmet får kommunene prosessveiledning i metodikken som ligger til grunn for å kunne få til en suksessfull

innføring av velferdsteknologi i tjenesten. I tillegg til råd og veiledning fra kommuner som har vært gjennom en piloteringsfase, samt oppfølging og råd underveis i prosesser i egen kommune. Sammensetningen i denne gruppen består av deltakere fra alle enheter i helse og omsorg. Deltakelse i denne gruppen innebærer workshops og arbeid i forkant og etterkant av samlinger.

## 6. Gjennomføring av arbeidsoppgaver

### 6.1 Utprøving og evaluering av aktuelle velferdsteknologiske løsninger

Vi så tidlig i prosessen at vi ikke kunne ha hovedfokus på å ta i bruk teknologi på brukernivå, uten at det samtidig ble jobbet med tjenesteinnovasjon, system og nettverksutvikling og organisasjonsutvikling. Vi så at prosessene «teknologiutprøving», «tjenesteinnovasjon» og «teknisk grunnmur» går parallelt, men at det er viktig at den «tekniske grunnmuren» er på plass før vi går videre i prosessen. Dette har vært komplisert og tidkrevende. Vi har derfor valgt å evaluere løsningen med medisindispensere siden det var den løsningen vi prøvde ut gjennom prosjektperioden, og gjennom disse erfaringene se hva som må ligge til rette for at vi skal kunne implementere annen teknologi. Tekniske hjelpemidler som søkes og innvilges via NAV Hjelpemiddelsentral er ikke tatt med i vurderingen som kommunale velferdsteknologiske løsninger.

#### 6.1.1 Valg av teknologi

I prosjektets mandat var det foreslått fra faggruppe nedsatt av rådmannen at prosjektet skulle starte arbeidet med å prøve ut kommunikasjon- og lokaliseringstøttemidler, adgangskontroll og ulike løsninger knyttet til trygghetsalarmer.

På bakgrunn av kartlegging og erfaringer gjort i prosjektperioden ble det ovenfor styringsgruppen foreslått og godkjent endringer av prioriterte tekniske løsninger. Prioriterte velferdsteknologiske løsninger ble derfor:

- Responssenter og plattform (følges opp av interkommunalt velferdsteknologiprojekt)
- Utskifting av trygghetsalarmer
- Lokaliseringsteknologi, digitalt natt-tilsyn og andre alarmer tilknyttet trygghetsalarm
- Utskifting av nøkkelbokser til elektroniske dørlås
- Oppgraderinga av sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- Fortsette utrulling av elektronisk medisineringsstøtte (elektroniske medisindispenser)

### 6.1.2 Plattform og responscenter

Responscenter er en teknisk løsning som skal gi støtte for tjenestens behov for å motta, vurdere, dokumentere og respondere på varslinger fra velferdsteknologiske løsninger. I dette inngår utveksling av informasjon med fagsystemer i helse- og omsorgssektoren. For å kunne legge til rette for utbygging av velferdsteknologiske løsninger må Harstad kommune etablere/knytte seg til en døgnbemannet responscentertjeneste for trygghets- og varslingsteknologi i helse og omsorgstjenesten. I et responscenter anbefales en sentral og lokal infrastruktur og kobling mot Elektronisk pasientjournal (EPJ).

Prosjektgruppen har vært opptatt av at vi skal ha et godt fundament å bygge teknologiske løsninger på. I tillegg til at håndtering av alarmer skal bli ivaretatt på en trygg og hensiktsmessig måte. Det har vært vurdert om dagens fundament, trygghetsalarmer og LV-sentral er tilpasset de fremtidige behov.

Det ble tidlig i prosjektperioden gjort en utredning, der det ble konkludert med at etablering av plattform og responscenter var de største og viktigste løsningene som igjen vil danne grunnlaget for det videre arbeidet med implementering av velferdsteknologi i kommunen. Det ble derfor høsten 2018 gjennomført en behovs- og statuskartlegging, og på bakgrunn av dette ble det besluttet at arbeidet med etablering av plattform og responscenter skulle overføres til interkommunalt velferdsteknologiprojekt. Kommunene ble enige om å prioritere arbeidet med utredning og anskaffelse av en felles teknologiplattform og en felles responscenterløsning. Interkommunal arbeidsgruppe ble utnevnt og arbeidet startet opp med mål om å ha denne infrastrukturen på plass i løpet av siste halvdel 2019. Dette arbeidet vil fortsette i interkommunal regi etter endt kommunal prosjektperiode.

### 6.1.3 Utskifting av trygghetsalarmer

Harstad Kommune har pr. desember 2018, 437 trygghetsalarmer i drift. Disse er av typen Tunstall Caresse GSM. Dette er alarmer som overfører alarmvarsel via analoge signaler ved bruk av GSM (mobilnett), men som omformes til digitale signaler for å tolkes i vårt digitale mottak ved hjelp av sikker alarmoverføring. Slik sett er vi forberedt til å takle overgangen når det analoge nettet fases ut. Helsedirektoratets anbefaler fulldigitaliserte alarmer med støtte for sikker overføring, dette støtter ikke Harstad kommunes alarmer.

Alarmmottaket for trygghetsalarmer er i dag fysisk plassert ved UNN Harstad og bemannet av legevaktsentralen i samarbeid med Akutten. Det er Hjemmetjenesten som er utrykkende enhet. De er ikke dimensjonert for å takle flere alarmutrykninger enn hva standard trygghetsalarm innebærer. Alarmmottaket slik det fremstår i dag, kan ikke utbygges med flere typer varsler, for eksempel fallalarm, døralarm og liknende. Dette fordi signalene ikke lar seg tolkes/skilles fra hverandre i dagens alarmmottak. Harstad kommune har derfor ikke en responstjeneste som takler en slik utvidelse. Det er derfor en anbefaling at det vurderes utskifting av trygghetsalarmer til digitale (og mobile), og at dette sees i sammenheng med anskaffelse av plattform og responscenter.

Trygghetsalarm er ikke en lovpålagt tjeneste og utløser egenandel for både installasjon og abonnement for den enkelte bruker.

#### **6.1.4 Lokaliseringsteknologi, digitalt natt-tilsyn og andre alarmer tilknyttet trygghetsalarmen**

**Lokaliseringsteknologi** kan være aktuelt som tilbud til personer med demens (i en tidlig fase av sykdommen) og annen kognitiv svikt. Slike løsninger bør tilbys i nært samspill med pårørende. Løsningen vil kunne være en avlastning og trygghet for pårørende. Samtidig som det vil kunne gi bruker frihet og opprettholdelse av fysisk aktivitet.

Kommunen har i dag to stk. GPS til utlån. Det er kommunens Hukommelsesteam som i samarbeid med pårørende administrerer tildeling og oppfølging av disse. Noen brukere (barn/voksne med epilepsi) som fyller kriteriene til NAV Hjelpemiddelsentral har GPS innvilget med varsling til sine pårørende.

For at lokaliseringsteknologi skal være et kommunalt tilbud er det en forutsetning at vi har et responscenter på plass slik at varsel og oppfølging av sporing foretas derfra.

**Digitale tilsyn** anbefales som en del av kommunens tjenestetilbud både i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. Digitalt tilsyn innebærer et system for sanntidsoverføring av stillbilde fra pasientrom. Bildene trenger ikke være gjenkjennbar, men kan vises anonymisert. Planlagte tilsyn registreres etter forhåndsbestemte tidsintervaller, automatisk, ved aktiv/passiv varsling, eller manuelt. Dette lagres i EPJ (Elektronisk pasientjournal) med nødvendig ivaretagelse av sikkerhet og personvern.

Harstad kommune har ikke tatt i bruk digitalt tilsyn i helse og omsorgstjenesten. Imidlertid er det brukere som har utstyr innvilget av NAV Hjelpemiddelsentral som muliggjør videotilsyn. Dette er da i tilknytning til boliger med heldøgns omsorg, institusjoner eller i private hjem der pårørende er administrator.

Erfaringer fra andre kommuner tilsier at bruk av digitalt tilsyn er fallforebyggende, mindre forstyrrelser i nattesøvn, redusert fare for vandring ut på natt, mulighet til å bo lengere hjemme og redusert kjøring for hjemmetjenesten.

#### **6.1.5 Utskifting av nøkkelbokser til elektronisk dørlås**

Harstad kommune benytter i dag manuelt nøkkelbokssystem i forbindelse med helsetjenester i hjemmet. Systemet er gammelt og nye sylindere til boksene lar seg ikke lenger skaffe. Enkelte institusjoner i kommunen har elektronisk dørlås knyttet til beboerrom og adgangskontroll til avdelinger.

Det ble tidlig i prosjektperioden nedsatt en arbeidsgruppe som undersøkte mulighetene for andre løsninger. Det er flere muligheter og løsninger ute på det åpne markedet. Arbeidsgruppen anbefalte at det gjennomføres en behovskartlegging, utarbeides kravspesifikasjoner og at det sammen med innkjøpsavdelingen inviteres til en dialogkonferanse med leverandører. Det må etterspørres et helhetlig system for adgangskontroll og trygghetsalarm som kan benyttes både hos hjemmeboende og i institusjon. Dette systemet må også installeres i nybygg og ved renovering av bygg. Samme system bør anbefales til private utbyggere av boliger i kommunen.

### 6.1.6 Oppgradering av sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem

Det er meldt inn behov for oppgradering av pasientvarslingssystem i sykehjem og omsorgsboliger, da noen av dagens systemer er utrangert og reservedeler ikke er mulig å skaffe. Sykesignalanleggene som kommunen har i drift i dag gir aktiv varsling via snorbrytere eller andre tilpassede utløserbrytere til håndholdte telefoner og/eller korridordisplay, og betjenes av personalet på vakt. Det er i dag ulikt system i ulike bygg og institusjoner.

Ved anskaffelse av nytt system anbefales det en helhetlig løsning som også ivaretar behov for passiv varsling ved hjelp av sensorteknologi. GPS varsling bør vurderes i denne sammenhengen som en utvidelse av sykesignalanlegget. Kartleggingen av dette arbeidet gjøres under arbeidet med kartlegging av plattform. Det ligger mange muligheter i digitalt vaktrom, og det må vurderes å kjøre pilotprosjekt på dette i en avdeling eller sykehjem etter hvert.

### 6.1.7 Elektronisk medisindispenser

Medisinadministrering til hjemmeboende i Harstad kommune utføres etter egen avtale med bruker. Til brukere som har behov for tett medisinoppfølging blir dette utført manuelt ved at hjemmetjenesten reiser hjem til tjenestemottakeren for utdeling av medisiner, gjerne flere ganger daglig. Denne måten å gi tjenester på øker blant annet risiko for feilmedisinering, varierende/feil tidspunkt for medisinering og redusert egenmestring hos brukere. Ved å ta i bruk elektronisk medisindispenser kan man gi en mer sikker tjeneste, mer fleksibelt tilbud og frigjøring av personalressurser til å gjøre andre helserelaterte oppgaver. Helsedirektoratet har utredet effekten av medisindispensere gjennom «Nasjonalt Velferdsteknologi Program», og helsedirektoratet gir i sin gevinstrealiseringsrapport kommunene anbefaling om å gå til anskaffelse av medisindispensere.

Harstad kommune anskaffet ved årsskiftet 2017/2018, 16 dispensere for utprøving i Enhet for hjemmetjeneste avdeling sentrum. Dette er en avdeling som fra før har god kjennskap til mobil profil og arbeidsruter på nettbrett. Dispenserne har vært prøvd ut i et prøveprosjekt som pilotering. Anskaffelsen var en fellesanskaffelse sammen med Kvæfjord kommune. Produktet som ble valg var fra leverandøren Evondos. De leverer en automatisk multidosedispenser som kan fylles med inntil to ruller med multidoser. Multidosedispenseren står tilkoblet strømnnett hele tiden, og har et nødstrømsbatteri med varighet inntil 24 timer, slik at den fortsatt gir ut medisiner til rett tid ved bortfall av strøm. Multidosedispenseren har et innebygd SIM-kort som er koblet mot

GSM-nettet slik at den kan varsle dersom brukeren ikke tar medisiner til rett tid, eller ved feil med dispenseren. Dette skjer via forhåndsdefinert varslingskjede til hjemmetjenesten per SMS.

Formålet med å prøve ut elektronisk medisindispenser er å øke trygghet og mestring hos brukerne, gi et alternativ og supplement til ordinær medisinadministrasjon og gi en mer sikker og presis tjeneste.

Erfaringer med bruk av Evondos medisindispenser vil bli utdypet i pkt. 6.3.

## 6.2 Vurdering av muligheter og behov for smarthusteknologiske løsninger

Det ble vinteren 2017-2018 nedsatt en prosjektorganisasjon på bakgrunn av kommunestyrevedtak i sak 2017/103. Denne prosjektorganisasjonen skulle utarbeide en rapport der målsettingen var å kartlegge behov for boliger til omsorgsformål og behandlingsplasser i institusjon, samt areal for funksjoner og tjenester i helse- og omsorgstjenesten. Det skulle også foreslås løsninger som ivaretar slike behov. I denne rapporten ble det også sett på muligheter og behov for smarthusteknologiske løsninger. Etter godkjenning fra prosjekt velferdsteknologi sin styringsgruppe dekker denne rapporten oppgaven i vårt mandat om å vurdere muligheter og behov for smarthusteknologiske løsninger og kravet om å fremme delplan for smarthusteknologi. Det vises derved til forslag om tiltak i «Behovsanalyse - Helse- og omsorgstjenestens behov for boenheter og areal for tjenesteproduksjon frem mot 2040», som bemerker følgende»;

*«Harstad kommune må ved etablering eller renovering av kommunale boliger og institusjoner, sørge for å legge til rette for at smarthusteknologi og velferdsteknologiske løsninger som beskrevet i helsedirektoratets anbefalinger.»*

I delplan for teknisk infrastruktur (pkt. 8.2) vises det til eksempler på noe av de tekniske løsningene som må være på plass når en planlegger installasjon for smarthus.

## 6.3 Utprøving av elektronisk medisindispenser, Evondos

Som nevnt tidligere startet Enhet for hjemmetjeneste avdeling sentrum utprøving av Evondos medisindispenser vinteren 2018. Opplæring av personell hadde oppstart i uke 5, og de første dispenserne ble plassert ut hos brukere i uke 6. Prøveperioden for utprøvingen ble satt fra 1. februar til 1. oktober 2018. Ved oppstart hadde avdeling Sentrum 55 brukere på multidose. Vi hadde planer om kontinuerlig utplassering av dispensere etter opplæring. Dette arbeidet måtte stoppes da vi ikke hadde databehandleravtale med leverandør som tilfredstilte den nye Personvernforordningen (GDPR), som trådte i kraft mai 2018. Utplassering av de resterende dispenserne ble derfor utsatt til juni 2018. I mellomtiden ble det utformet en mal for databehandleravtale som kommunen skal benytte ved fremtidige anskaffelser. Det ble også laget mal for «Samtykkeerklæring» og «Tilbaketrekking av samtykke», disse malene er også standardmaler for Harstad kommune.

### 6.3.1 Opplæring av personell

Opplæringen fra leverandør til personell gikk over to dager. Dag 1. ble det gitt opplæring til 3 utvalgte ressurspersoner fra Enhet for hjemmetjeneste avdeling sentrum og avdelingsleder. Disse skulle i tillegg til opplæring i bruk av dispenserne også få opplæring i fagsystemet (systemet som viser oversikt over brukere som har dispenser, når medisin er tatt osv.). På dag 2 ble det gitt opplæring til ca. 50% av de ansatte i avdelingen. Leverandør la opp til at alle ansatte skulle vært gjennom opplæring i løpet av en dag, fordelt på 2 økter. Noe som på grunn av turnus, ferie og annet ikke var



gjennomførbart. Det ble valgt til å gi opplæring til de ansatte som mestrer teknologi godt og de som var skeptisk til innføring av Evondos. Opplæringsdeltakerne og avdelingsleder har så gitt opplæring videre til øvrige ansatte. Denne måten å gjennomføre opplæring på har fungert greit. Alle ansatte har nå fått opplæring og det gis opplæring ved nyansettelser.

Kontinuerlig opplæring/oppfriskning har vært nødvendig. Dette fordi utlevering av multidose skjer hver 14.dag og det er ikke nødvendigvis de samme som er på jobb den aktuelle dagen. Dette medfører at det kan gå lenge mellom hver gang en ansatt skal fylle dispenseren. Kunnskap blir derfor glemt og feil kan oppstå. Enhet for hjemmetjeneste avdeling sentrum er på ca. samme størrelse som de andre hjemmetjeneste avdelingene i kommunen og vil antas at andre avdelinger vil ha samme opplæringsbehov.

### **6.3.2 Rekruttering av pasienter inn i prosjektet**

I første del av prosjektet ble det lagt opp til å tildele dispenser til brukere som hadde vedtak om hyppig utlevering av medikamenter. Her så vi etterhvert at det var vanskelig å endre tilbudet i tjenesten og at det ble vanskelig å oppnå ønsket effekt. Denne brukergruppen ga uttrykk for engstelse og redsel for å bli fratatt et allerede tildelt tjenestetilbud. Det ble derfor skiftet fokus, og tilbudet om dispenser ble gitt til brukere som inngikk nye vedtak. Det ble fokusert på brukere som ville opprettholde selvstendighet, egenmestring og brukere som det var mulig ikke vil mestere medikamentadministrering innen kort tid. Dette fokuset har gitt større resultat og muligheten til å rulle ut et større antall dispensere.

Et av suksessfaktorene for å rekruttere brukere har vært å utnevne 2 ansatte i utprøvningsavdelingen som «Evondos ansvarlige». De er ansvarlige for å rekruttere brukere til å prøve ut dispenser og oppfølging av nye brukere i utprøvingstiden.

### **6.3.3 Kartlegging av pasienter**

Evondos har eget skjema for kartlegging av hvilke brukere som kan være aktuell for dispenser. Erfaringen med dette kartleggingsskjema har vært varierende. Noen brukere har utfra skjema ikke vært egnet som kandidat for Evondos, men har mestret dette fint ved utprøving. Resultatet fra kartleggingsskjema har derfor ikke vært avgjørende ved tildeling av dispenser. Fokuset ved tildeling har tatt utgangspunkt i hverdagsmestringstankesett, og erfaringer fra utprøving hos de brukerne som mestrer håndtering av selvstendig medisiner og at de kan ta instruks fra dispenseren. Det har vært tett oppfølging og evaluering i utprøvsperioden. Det har vært viktig å få en god kartlegging av døgnrytmen til brukeren, slik at medisinen blir gjort tilgjengelig på rett tidspunkt (dispensere leser tidspunkt som står på medisin-/multidoseposen).

### **6.3.4 Håndtering av alarmer**

Dersom bruker ikke tar medisinen når den blir gjort tilgjengelig eller at det oppstår feil med dispenseren, går det en alarm via SMS. I starten av prosjektperioden gikk alle alarmer til avdelingsleder i avdeling sentrum, som så videreformidlet disse videre. Dette ble belastende og sårbart. Det ble derfor etter en noen måneders drift overført til en alarmtelefon som ansvarlig

sykepleier går med. Noen alarmer har vært på grunn av avdelings rutiner for utlevering ikke har vært gode nok, noen har vært på grunn av at multidoserullene har vært satt inn feil.

Ved videre utrulling av medisindispensere anbefales det at alarmer går direkte til et alarmmottak på lik linje som trygghetsalarmene gjør i dag. Når antallet dispensere i drift øker vil det bli vanskelig å håndtere for ansvarlig sykepleier på vakt.

### **6.3.5 Tilgangsstyring**

For at ansatte skal få tilgang til medisindispenseren må den ansatte legges inn i Evondos sitt fjernpleiesystem. Dette systemet blir i tillegg til Harstad Kommune sitt system (pasientjournal system, Profil) og det er kun den som er systemansvarlig som kan legge inn ansatte. Det er leverandør som gir opplæring og tilgang til system ansvarlig. I prosjektperioden har avdelingsleder vært systemansvarlig og har hatt ansvar for å legge inn ansatte som skal ha tilgang til dispenserne og fjernpleiesystemet.

Gjennom prosjektperioden har vi erfart at dette er en sårbar måte å gjøre det på. Avdelingsleder som er ansvarlig for å ta ut ansatte som ikke lenger skal ha tilgang til dispenser og fagsystem klarer ikke følge dette opp. Ansvar for å legge inn og ta ut ansatte burde være en automatisert tjeneste som går på om du har aktiv arbeidsavtale eller ikke. Slik som vi har for tilgang i journalsystemet (EPJ). Dette er en funksjon som leverandør jobber med å få på plass, innen 2. kvartal 2019. Med bakgrunn i sårbarheten og overholdelse av Personvernforordningen (GDPR) anbefales det å ikke øke antallet dispensere i drift før denne funksjonen er på plass.

Nye brukere av Evondos må legges inn i fjernpleiesystem, slik at rett navn er koblet opp mot rett maskin. På lik linje som ansatt. I avdeling Sentrum har det vært to sykepleiere som har hatt tilgang til dette. Dette har fungert greit. Ved videre utrulling av dispensere anbefales det at denne funksjonen kobles opp mot en sentral rolle i kommunen. Der en ser for seg at nye brukere som skal ha medisindispenser, eller brukere som ikke skal ha dispenser lenger, meldes og blir lagt til/fjernet i fjernpleiesystemet. Denne oppgaven burde ikke ligge på avdelingsnivå.

### **6.3.6 Skeptiske ansatte, brukere og pårørende**

Når opplæringen av Evondos startet var det en del skepsis blant de ansatte for å ta i bruk ny teknologi. Noen er fortsatt skeptiske, men de fleste har endret holdning til bruk av dispenserne. Det å endre holdninger hos de ansatte og innføre nye måter å gi helsetjeneste på er en tidkrevende prosess, men vi er på god vei.

Noen brukere og pårørende har også vist skeptisk/negativitet til utprøving av Evondos. Flere av brukerne som har fått Evondos er ved oppstart av utprøving negativ til uteseende på dispenserens, de synes den er stor og passer ikke inn i boligen. Etter utprøvsperiode på 14 dager synes de fleste at dispenserens fungerer fint, og flere har gitt eget navn på sin Evondos.

Det har vært noen pårørende som ikke ønsker at deres nærmeste skal prøve ut dispensereren. Vi har i noen tilfeller måtte avslutte prøveperioden, da det har vært stor motstand til tilbudet.

### 6.3.7 Gevinster

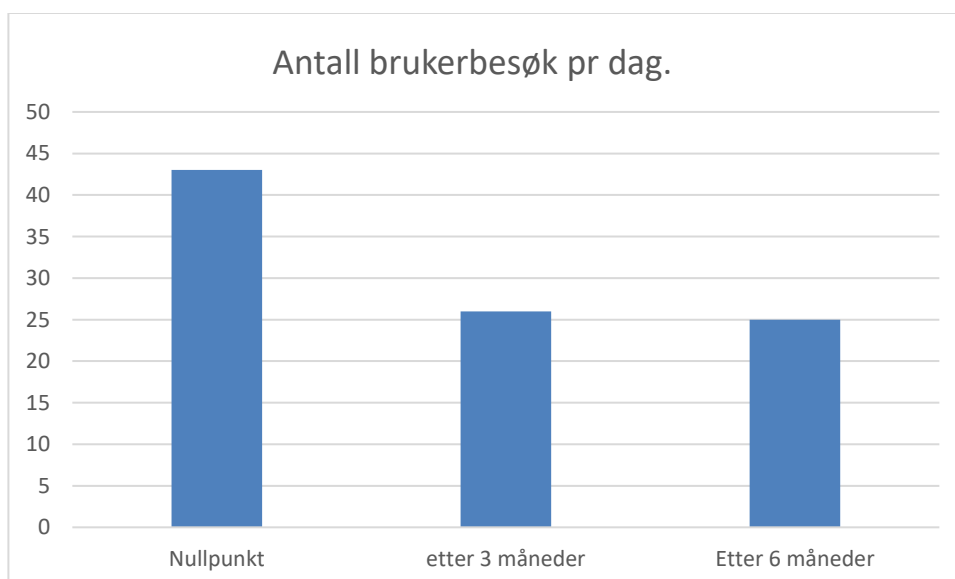
Den mest hektiske perioden i løpet av en vakt i avdelingen er mellom klokken 07.30 – 10.30 og mellom klokken 20.00-22.00. I denne perioden er det gjerne mange brukere som skal ha medisiner på samme tidspunkt.

Ved oppstart av bruk av Evondos hadde prosjektgruppen satt opp gevinstmål. Disse var som følger:

- Øke egenmestring og selvstendighet hos bruker
- Bruker får medisin til rett tid og rett doseringsintervall
- Forenkle og trygge medisinerings
- Kunne tilby en mer individuelt tilpasset tjeneste
- Oppdragene knyttet til medisinadministrering som ivaretas av hjemmetjenesten kan fordeles i løpet av vekten på en bedre måte, som igjen skaper mer fleksibilitet både for bruker og ansatte
- Bruke personalressurser på en bedre måte

Samtlige av disse målene har vi oppnådd. Vi har økt selvstendigheten og trygget medisineringen til brukere som har Evondos. Med at vi har kunnet utføre oppdrag på et roligere tidspunkt i løpet av en vakt har det vært enklere å tilpasse tjenesten og gi en mer fleksibel tjeneste.

Vi har fått muligheten til å omdisponere personalressurser slik at vi har kunnet jobber mer målrettet med andre oppgaver, som å oppdatere planer i journalsystemet, ernæringsoppfølging av brukere og internkontroll. Vi har etter 6 måneders prøveperiode kunnet tatt ned driften av 2 ruter ut over turnus på dagtid, ½ rute ut over turnus på kveldstid og 2 ruter ut over turnus på helg. Vi har i prøveperioden redusert antall besøk i tilknytning til medisinerings med ca. 18 besøk pr. dag.



## 6.4 Nye arbeidsmetoder og rutiner

For å forvalte ressursene på en bra måte må man se etter andre måter å jobbe frem innovative prosesser på, hvor man setter allerede utprøvde tiltak og tenkte tiltak i system, og videre ser på muligheten for å gi helse og omsorgstjenester nye måter å imøtekomme de omsorgsutfordringer som kommunen står overfor fremover. Velferdsteknologi er sammen med hverdagsmestring en del av kommunens tiltak for å imøtekomme nasjonale anbefalinger og morgendagens omsorgsutfordringer. Det er viktig å investere i tiltak som utsetter/reducerer etterspørselen etter heldøgns plasser. Hverdagsmestring og innføring av velferdsteknologi vil være viktige tiltak i denne satsningen.

Hensikten med tiltak som velferdsteknologi og hverdagsmestring er i enda større grad å forvalte ressurser gjennom å legge til rette for at brukere skal mestre eget liv, i eget hjem lengst mulig. Hverdagsmestring er et tankesett som handler om å vurdere hjelperollen, ikke overta aktiviteter bruker mestrer selv. I stedet for å hjelpe skal man være oppmerksom på og tenke ut hvordan brukeren kan komme et skritt videre for å nå sine mål. Vi skal støtte brukerne til å klare å utføre aktivitetene selv (Aktivitet og mestring). For å oppnå hverdagsmestring kan man bruke velferdsteknologi som tiltak for å muliggjøre mestringen.

Mennesker, organisasjon og teknologi skal virke sammen for å gi tjenestene en ny utforming. Utviklingen går i retning av at enkeltindividet både skal ha og ta større ansvar for eget liv og avgjøre hvordan livet skal innrettes med en miks av teknologi og fysisk hjelp der det er behov.

Erfaringer fra kommuner og andre europeiske land (Nasjonalt senter for e-helseforskning, v/Knarvik mfl.) viser at tjenesten endres betydelig der teknologien har gjort sitt inntog. Brukermidvirkning og brukers behov kommer mer i fokus. Pårørende, frivillige og bruker selv tar større ansvar og involveres mer i utforminga. Ansatte får en ny rolle med å sikre at teknologien er i rett bruk og i god stand og må ha kunnskap og rutiner for den oppgaven. Ulike varslingsystemer gjør at kommunen må ha gode systemer for mottak og utrykning ved behov. Det må etableres en høy grad av teknisk driftssikkerhet og kommunen må ha rutiner for tiltak når teknologien svikter.

Alt dette vil påvirke de etablerte arbeidsprosessene. Kommunen må være åpen for endring, kompetanseutvikling på teknologi må settes i system og bruk av teknologi må forankres. Resultatet skal være at bruker opplever større deltakelse, trygghet og selvstendighet i livet og at kommunen kan fokusere på å opprettholde et godt tjenestetilbud innen helse- og omsorg.

## 7 Delplan for system og tiltak av velferdsteknologi i ordinær drift

Dersom Harstad kommune skal få til vellykket implementering av velferdsteknologiske løsninger i ordinær drift er det en del viktige oppgaver som må ivaretas. Et av de første stegene i satsingen på velferdsteknologi er at vi må være villig til å organisere oss slik at det er mulig både å innføre, og drifte velferdsteknologiske løsninger på en sikker og forsvarlig måte. Implementering av velferdsteknologi må ligge hos en sentral gruppe, og ikke ute i den enkelte enhet i helse og omsorg.

En slik gruppe må være en skalerbar ressurs som kan tilpasses og utvides etter hvert som behov og muligheter endres. Med den rivende utvikling som forventes innen digitalisering vil dette være et viktig første steg.

Organisering er dermed i realiteten en kritisk suksessfaktor, og dimensjonerende for kommunens fremtidige ambisjonsnivå innen velferdsteknologi. Det må derfor fremover jobbes med å gjøre en grundig kartlegging av hva kommunen har av systemer i drift i dag og hvordan arbeidet med tilrettelegging for å ta i bruk teknologi fremover skal prioriteres. Dette arbeidet vil være tidkrevende, men vil kunne si noe om hvordan vi må ta i bruk ressurser fra de ulike avdelingene og fagområdene, og vil danne grunnlag for videre jobbing. Dette vil kunne være ulikt utfra hvilken teknologi som skal innføres og hvordan denne skal driftes på en god måte.

### 7.1 Forankring, anskaffelse og eierskap

#### 7.1.1 Forankring

Satsing på velferdsteknologi er forankret i kommunens virksomhetsplan 2018-2021, og er satt som ett av seks satsingsområder under kommunenes digitaliseringsstrategi.

Bruk av velferdsteknologiske løsninger tydeliggjøres ved overordnet styring og prioritering fra kommunalsjef helse og omsorg. Dette skal gjøres i samråd med digitaliseringsleder.

Harstad kommune samlokaliserte i 2018 IKT tjenesten sammen med digitaliseringsleder og digitaliseringsteamet som er digitaliseringsrådgiverne innen helse og omsorg, og oppvekst, samt prosjektlederne for kommunalt velferdsteknologiprojekt og prosjektleder for interkommunalt velferdsteknologiprojekt. Disse utgjør i dag digitaliseringsteamet.

#### 7.1.2 Anskaffelse og eierskap

I anskaffelsen av digitale løsninger må avdelingene melder sine behov til digitaliseringsleder (gjennom skjema som er under utarbeiding). Ved at alle behov og løsninger meldes til en hovedansvarlig;

- øker mulighetene for at kommunen innehar kontroll over alle sine systemer, noe som også kreves i henhold til Personvernforordningen (GDPR).
- får kommunen kontroll over løsninger som anskaffes
- får kommunen kontroll på at løsningene henger sammen med andre løsninger som kommunen har i drift (standardisering) og andre nasjonale løsninger.

Prioriteringer og plan for gjennomføring skal inngå i virksomhetsplaner og driftsplaner til avdelingene. En veileder for anskaffelsesprosessene er under utarbeiding av digitaliseringsleder og leder for innkjøp. Disse skal vise hvordan trinnene i en slik prosess skal foregå. I en anskaffelsesprosess deltar personalressurs fra innkjøp for å kvalitetssikre hele forløpet fra utlysninger til kontraktsinngåelse. De vil støtte digitaliseringsteamet i hvilke strategier som vil være best egnet i de ulike anskaffelsene. Direkteanskaffelse, innovativanskaffelse, forhandlinger, markedsdialog, o.l. Når det gjelder oppfølging og ansvar for kontrakter/avtaler med leverandører etter at teknologien er tatt i bruk vil dette variere fra system til system. Der det er løsninger som gjelder for alle enheter på et fagområde vil det inngås kommunale avtaler. Da vil kommunalsjef for helse og omsorg bli systemeier for helse og omsorg. I praksis betyr det at digitaliseringsteamet følger opp disse. Andre system som bare vil gjelde for den enkelte enheten, da er det enheten som eier kontrakten/systemet og skal følge dette opp, i samarbeid med andre faginstanser.

## **7.2 System for kartlegging av individuelle behov og tildeling**

Når det gjelder system for kartlegging av individuelle behov og tildeling er det erfaringer fra utprøvingen fra medisindispenseren Evondos som danner grunnlaget for videre anbefalinger. Ansvaret rundt kartleggingen og tildelingen kan variere utfra hvilken teknologi som tas i drift, og må derfor vurderes utfra hvert enkelt tilfelle.

### **7.2.1 Kartlegging**

Ergoterapeuter har god kompetanse på kartlegging og tilrettelegging. De ser på behov og ressurser for brukerne i det daglige liv. Avdeling Hjemmebasert ReHabilitering har lagt opp sin organisering til å være i tett dialog og samarbeid med ordinær hjemmetjeneste. Terapeutene i avdelingen skal bistå til at aktuelle brukere av hjemmetjenester blir tverrfaglig kartlagt ved oppstart av tjenester og ellers ved behov for endrede tjenester. Terapeutene skal være raskt på banen og tilgjengelige. Ved å være en naturlig aktør i de første møter med brukerne, vil ergoterapeutene og fysioterapeutene med sin kompetanse supplere hjemmetjenestens kompetanse og være med å vurdere hva bruker kan og hva brukeren ønsker å mestre selv. Der det ikke er naturlig å trekke inn terapeuter for kartlegging er det viktig at personell som er nært bruker også har opplæring i kartlegging for å vurdere hvilken teknologi som kan være aktuell. Dette kan for eksempel være å vurdere velferdsteknologiske tiltak som elektronisk medisineringsstøtte, digitalt natt-tilsyn, passasjearm, GPS eller andre tiltak kommunen legger til rette for å ta i bruk etterhvert.

Der det vurderes at tjenesten skal gis i form av velferdsteknologiske hjelpemidler innehar ergoterapeutene en naturlig kompetanse inn i den individuelle kartleggingen rundt vurderingen om hva som må ligge til rette for at bruker skal kunne motta en tjeneste ved bruk av teknologi. Terapeutene vil kunne være med på utforming av individuelle tiltaksplaner for oppfølging av tiltakene hos aktuell bruker, samt og gi opplæring både til bruker, pårørende og ansatte. Terapeutene har også god oversikt over hvilke hjelpemidler som er kommunalt ansvar og hva som kan søkes gjennom NAV Hjelpemiddelsentral.

Korttids- og rehabiliteringsavdelingen skal også i sin kartlegging av innlagte brukere tenke velferdsteknologi som et naturlig førstevalg. Det må tenkes at opplæring av ulike typer teknologi kan starte i avdelingen, for så å videreføres til hjemmet.

I en oppstartfase vil det være naturlig at ergoterapeut følger opp igangsatt tiltak, men når tjenesten kommer i drift, vil den daglige oppfølgingen ivaretas av de som til enhver tid yter/har ansvaret for den direkte tjenesten. Terapeutene vil tas inn for samarbeid igjen når man opplever endring i brukers behov. Ergoterapeutenes rolle inn i dette krever at tjenesten sørger for å ha oppdatert kompetanse både på kartlegging av bruker opp i forhold til velferdsteknologiske tiltak og på selve teknologien. Ergoterapeuter kan også drive kompetanseheving på kartlegging til andre ansatte.

### **7.2.2. Tildeling**

Koordinerende enhet har god kunnskap på tidlig informasjon til brukeren som søker helsetjenester. De skal saksbehandle og tildele tjenester som de gjør i dag, men med endret ordlyd i vedtakene. Det skal være koordinerende enhet som fatter vedtak på tjenester som skal gis.

Viktig at det kommer frem i første vedtak, og i kontakt med søker at man vil vurdere velferdsteknologiske løsninger, slik at vedkommende er forberedt på at tjenesten kan gis via teknologi. Velferdsteknologi skal sees på som et naturlig førstevalg og vil også kunne gis direkte uten involvering fra hjemmetjenesten eller terapeuter.

Det må vurderes på et overordnet nivå i helse og omsorg om dagens ordning med innvilgelse av vedtak skal endres. Vurdere om man skal innvilge utredningsvedtak i forbindelse med tjenester som kan gis innfor velferdsteknologi på for eksempel 14 dager, før man skriver vedtak. Hensikten er da å redusere saksbehandlingsmengde og da få et vedtak som er bedre tilpasset. Dette for å unngå at det innvilges et vedtak og så en endringsmelding som gir et nytt vedtak. Det anbefales at det nedsettes en gruppe for å vurdere om denne måten å innvilge tjenester på kan være hensiktsmessig.

## **7.3 Kompetanse og ansvarlighet**

### **7.3.1 Kompetansenettverk/-gruppe**

Ansatte fra Harstad kommune gjennomførte 2017/2018 «Velferdsteknologiens ABC», et opplæringsprogram utarbeidet av KS i samarbeid med SINTEF og Høgskolen i Sørøst-Norge. Tromsø kommune og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms, flere kommuner fra nord- og midt Troms deltok også på felles gjennomføring av programmet. KS har nå utarbeidet et e-læringsprogram for Velferdsteknologiens ABC. Det må vurderes om dette skal legges inn i opplæringsplanene som obligatorisk opplæring for alle ansatte i helse og omsorg i Harstad kommune

Vi anbefaler at det opprettes kompetansenettverk av ansatte innen velferdsteknologi. Disse skal som minimum ha gjennomgått Velferdsteknologiens ABC. Nettverket skal ha hovedansvar for kompetanse og implementering av nye velferdsteknologiske løsninger på avdelingsnivå. De skal

involveres i en tidlig fase ved bruk av all ny velferdsteknologi, og skal samarbeide med hverandre. Dette nettverket skal ledes av ressurs fra digitaliseringsteamet, eller at ansvaret delegeres til representant i nettverket. Nettverket bør bestå av representant fra digitaliseringsteam, koordinerende enhet, ergoterapeut, hjelpemiddeltjenesten, Ikt, fagutviklere og flere helsepersonell. Nettverket skal også ha kunnskap om kartlegging av brukere som kan nyttiggjøre seg den enkelte teknologiske løsningen. Denne kunnskapen skal spres ut til den enkelte avdeling. I avdelingene skal det utnevnes ressurspersoner som har ansvar for å spre kunnskap og drive oppfølging av teknologien som er i bruk.

### 7.3.2 IKT

I en kommende satsing på velferdsteknologi vil IKTs rolle først og fremst være knyttet til drift av infrastruktur og tilhørende velferdsteknologiskplattform. I dag er ressursituasjonen hos IKT krevende, og bemanningen er vesentlig lavere enn sammenliknbare kommuner. Erfaringen fra andre digitaliseringsprosjekter er at man undervurderer behovet for kapasitet hos IKT til å ivareta drift. Skal velferdsteknologi være med på å håndtere de demografiske utfordringer forutsetter det at IKT må ha tilstrekkelig kapasitet til å møte en betydelig økning i tjenesteleveransene. Velferdsteknologiløsningene må forventes å kreve kort responstid ved feilsituasjoner, noe som krever tilgjengelige personalressurser. Noe som igjen betyr at Harstad kommune må være innstilt på å styrke IKT tjenesten for å ivareta forsvarlig drift.

Harstads mindre nabokommuner vil ikke kunne håndtere IKT-drift 24/7 alene når antall velferdsteknologiske løsninger skaleres opp og det stilles krav til kort responstid. Harstad må derfor forvente å bli utfordret på å inngå interkommunalt samarbeid på en del av disse områdene.

I tillegg til å ivareta infrastrukturtjenestene vil IKT kunne bidra som 3.linje på noe av de tekniske løsningene. Eksempelvis vil problemer med sensorer som kjører kablet eller trådløst fort blir en sak som vil måtte involvere IKT, selv om IKT ikke har noen fagkompetanse på selve sensorene. Det er naturlig å se for seg en inndeling i stort hvor responscenteret er 1.linje, mens hjelpemiddelteknikere utgjør 2.linje og IKT da yter bistand til 2.linje ved behov. Velger man å samle hjelpemiddelteknikere som en del av IKT senteret legger man til rette for best mulig synergieffekter på dette området. Eksempelvis har Tromsø kommune god erfaring med en slik organisering.

### 7.3.3 Hjelpemiddeltjenesten

Det vil være naturlig å bygge videre på den nevnte organiseringen med digitaliseringsteam slik at den også kan inkludere teknikere fra Hjelpemiddeltjenesten. Da har man en samlet gruppe som får et helhetlig ansvar for velferdsteknologi, noe som er avgjørende for kvalitet i alle ledd, både i innføring og drift.

Hjelpemiddeltjenesten skal ha kunnskap om selve hjelpemidlet, installerer hjelpemidlet og teknisk hjelp og faste oppgaver (batteriskift, installere Evondos, programmere inn pasienter osv.). På denne måten vil det frigjøres tid for helsepersonell til å gjøre mer brukerrettede oppgaver. Hjelpemiddeltjenestene oppgave må kontinuerlig vurderes utfra hver enkelt teknologisk løsning som innføres.



### 7.3.4 Helsepersonell

Helsepersonell ute i avdelingene skal ha kunnskap om bruk av hjelpemiddel, og om brukerens nyttegjøring av dette i hverdagen. De skal se på brukerens behov og ressurser i deres hverdagsliv. De evaluerer også bruk av hjelpemiddel opp mot mål og behov etter oppstart, og skal ha kontinuerlig fokus på om tildelt teknologi er egnet for brukeren. Som nevnt tidligere må det læres opp personell i hver avdeling som har ansvar for oppfølging av pasienter innenfor hvordan teknologi som kan være aktuell og om valgt teknologi er passende for brukeren. Det å ha ressurspersoner i avdelingene som har ansvar for oppfølging rundt tildelt teknologisk hjelpemiddel har vi hatt god erfaring med i utprøvingen av Evondos, og burde derfor videreføres når annen teknologi tas i bruk. Fagutviklerne må spre kunnskap innen egen enhet og må ha ansvar for at helsepersonell får jevnlig oppdatering innen fagfeltet.

### 7.3.5 Informasjonssikkerhet og personvern

All velferdsteknologi er inngripende teknologi og har strenge krav til ivaretagelse av personvern. Brukeren skal beskyttes, det skal være kontroll på tilgangsstyring og rutiner for lagring av data. Databehandleravtale skal være signert av begge parter etter Harstad kommune sin mal. Brukerne skal signere samtykkeerklæring og opplyses om muligheten for tilbaketrekking av samtykke. Dette også etter vår egen mal. Det skal være tett samarbeid med kommunens personvernombud, slik at personvern og informasjonssikkerhet ivaretas etter gjeldende regelverk.

### 7.3.6 NAV Hjelpemiddelsentral

Kommunen må ha skille mellom hva kommunen skal skaffe og det som kan søkes via NAV Hjelpemiddelsentral. Det innbyggerne selv skaffer, er ikke et kommunalt ansvar. Grenseoppgangen mot hva den enkelte innbygger anskaffer selv, hva NAV hjelpemiddelsentralen dekker, og hva som er en del av kommunens tjenesteyting er viktig. Det er uansett viktig at kommunen har kompetanse og kan gi gode råd til innbyggerne.

## 7.4 Finansiering og egenbetaling

*«En målrettet bruk av velferdsteknologi vil innebære en økning av kostnader knyttet til både investering og drift av utstyr. I tillegg vil det måtte gjøres en vurdering og avklaring av hvor mye av kostnaden som bruker må dekke via egenandel for de ulike tiltak. Imidlertid er dette kostnader som på sikt vil være med å gjøre helse- og omsorgstjenesten i stand til å imøtekomme det økte antall tjenestemottakere vi vet vil komme i årene fremover, men da i større grad innenfor de samme personellressurser som vi disponerer i dag. Dette er kostnader kommunen må være villig å investere i dersom man skal kunne lykkes i arbeidet.»*

*(Behovsanalyse i Harstad kommune)*

### 7.4.1 Finansiering

Velferdsteknologiske løsninger skal finansieres innenfor driften til de ulike avdelinger. Hver ny løsning må det være gjennomføringsprosjekt på. Statusinformasjon til enhetslederne kvartalsvis.

Det er avsatt en sum til investering i digitalisering som det kan søkes på via digitaliseringsleder. De ulike prosjektene blir prioritert etter behov og forventede gevinster. Driftskostnader som for eksempel bruk av personell og lisenser dekkes av enhetene selv. I enkelte tilfeller vil digitaliseringsleder også kunne bidra for å dekke driftskostnader, men det vil kun være etter særlige behov.

Rådmannen beslutter økonomiske tildelinger basert på råd og prioriteringer fra digitaliseringsleder.

### 7.4.2 Egenbetaling

Regjeringen har som mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av omsorgstjenestene innen 2020. Men er velferdsteknologi en lovpålagt tjeneste? I så fall hvem skal betale? Regjeringens anbefalinger i dag er at kommunene følger dagens regelverk for egenbetaling av helse- og omsorgstjenester. Det jobbes med utarbeidelse av nasjonale veiledere for egenbetaling, men disse er ikke ferdigstilte.

I dagens regelverk er det den enkeltes behov som er styrende. Hvis behovet tilsier at det tradisjonelt ville vært tildelt helsehjelp, og velferdsteknologi erstatter denne tjenesten vil det være lovpålagt, og innkjøp og drift må da dekkes av kommunen.

Hvis velferdsteknologi erstatter hele eller deler av praktisk bistand så kan tjenesten ta egenandel for dette. Hvor mye egenandelen skal være er et politisk spørsmål og må løftes til rett fora. Egenandelen vil kunne variere utfra hvilken teknologisk løsning som velges og må derfor vurderes utfra hvert enkelt tilfelle.

Med dette som utgangspunkt vil kommunen måtte saksbehandle velferdsteknologi som andre tjenester som faller inn under omsorgstjenestene.

## 8 Delplan for teknisk infrastruktur

### 8.1 Plattform for velferdsteknologi.

Som nevnt tidligere må vi prioritere å få på plass en plattform. Plattformen skal sikre en åpen arkitektur for bruk av tilknyttet velferdsteknologisk utstyr. Den skal være en felles utstysadministrasjon, samt tydeliggjøre mottak og oppfølging av hendelser og driftsmeldinger. En satsing på velferdsteknologi forutsetter også at kommunen har tilgjengelig et døgnbemannet responscenter som kan ha overordnet ansvar for å håndtere alarmer, varsler og hendelser som oppstår.

Responscenteret må være skalerbart etter hvert som velferdsteknologi øker i omfang, og må ha mulighet til å støtte seg på – og styre ressurser i resten av helse og omsorg. Det betinger dermed endringer i organisering, spesielt i hjemmetjenesten.

Harstad kommune må selv, eller i samarbeid med omkringliggende kommuner, anskaffe og etablere en velferdsteknologisk plattform. Plattformen vil være primær arbeidsflate for responscenteret, og må være baserte på standardiserte og åpne grensesnitt. Slik at den kan håndtere kommende velferdsteknologiløsninger i kommunene. Responscenteret representerer sammen med plattformen selve fundamentet for en satsing på velferdsteknologi. Operatørene på responscenteret må ved hjelp av plattformen kunne ha en korrekt situasjonsforståelse og et oppdatert bilde av tilgjengelige ressurser som kan benyttes til oppdragsløsning. Det innebærer at helse og omsorg må ha på plass flåtestyring slik at responscenteret i sanntid kan ha oversikt over tilgjengelig personell ute i tjenesten. Ved flåtestyring vil responscenteret til enhver tid ha oversikt over ansatte, utstyr, kjøretøy befinner seg, og på den måten kunne fjerndirigere disse på en hensiktsmessig måte.

Responscenteret må etableres med robuste løsninger, som sikrer høyest mulig grad av stabilitet og tilgjengelighet. Det betyr redundans (høy tilgjengelighet ved at systemet er operativt selv om enkelte enheter feiler) av kritiske komponenter og kommunikasjonsløsninger, samt avbruddsfri strømforsyning. Da Harstad kommune planlegger å bygge et nytt Helsehus bør man ha med seg behovene for et responscenter inn i dette. Et responscenter kan naturligvis være lokalisert i et hvilket som helst bygg, men er avhengig av flere av de samme kravene til avbruddsfri drift som enkelte av våre bygg i helse og omsorg uansett har. Harstad kommune innførte i 2015 IKT Beredskapsvakt, slik at IKT personell med 1 times responstid er tilgjengelig 24/7. Dette i kombinasjon med gode overvåkningsløsninger på IKTs infrastruktur gjør at stabilitet og oppetid på grunnmuren anses som meget god.

Kommunens eksisterende bygningsmasse preges av gammel infrastruktur, og ikke standardiserte løsninger. Det er dermed særdeles viktig at IKT og velferdsteknologi gjøres til sentrale punkter i alle kommende byggeprosjekter i helse og omsorg. Harstad kommune har hatt tradisjon for å gjennomføre byggeprosjektene som totalentrepriser – og dermed har man på flere områder ikke standardiserte løsninger. Det gir et vesentlig mer komplekst utgangspunkt enn det som hadde vært ønskelig. Eksempelvis er de fleste av kommunens sykesignalanlegg gamle (gjerne fra byggeår), og ikke anskaffet med tanke på å være en del av noen sentrale løsninger. Dermed betyr det at det må påregnes omfattende utskiftninger eller oppgraderinger på dette området. Det samme gjelder adgangskontroll, hvor kommunens nyeste sykehjem har 2 adskilte anlegg for adgangskontroll og hotellås, der begge er lokale løsninger.

Som tjenesteleverandør må kommunen eie hele verdikjeden i tjenesten som leveres. Det betyr at for hjemmeboende som skal benytte velferdsteknologiløsninger, må disse inkludere nødvendige kommunikasjonstjenester – gjerne basert på mobilteknologi. Løsninger som skal utplasseres hjemme hos innbyggerne må enkelt kunne monteres og demonteres uten omfattende og kostbare inngripen i private boliger. Tilstrekkelig og stabil mobildekning er dermed svært viktig. I dag er mobildata basert på 4G et naturlig valg, men det skjer også mye i de pågående satsingene på IoT (sensorer som tilkobles internett) basert på LoRaWan (trådløs nettverksteknologi) som også må vurderes.

For velferdsteknologiløsninger i egne bygg må det påregnes større investeringer i infrastruktur. Innen Heldøgns Omsorg har kommunale bygg bredbåndskommunikasjon med tilstrekkelig kapasitet og løsninger som kan dimensjoneres opp etter hvert som behovet øker. Med dette menes kapasitet inn til bygget. Internt i byggene derimot må man regne med investeringer.

Generelt sett har man relativt god dekning på trådløst nett, men kommunen har ikke hatt noen vedtatt strategi om full dekning, noe som medfører at tilstanden varierer. Eksisterende løsninger er hovedsakelig rettet mot bruk for de ansatte, og i enkelte bygg også tilrettelagt for full dekning i alle beboerrom. Det er uansett viktig å bemerke at løsningen ikke er etablert med tanke på sensorteknologi. Om eksisterende løsning kan benyttes avhenger av valgene av sensorløsninger. Da små enheter normalt sett har vesentlig lavere sendestyrke på antennene i enhetene, stiller det større krav til dekning (tettet) på aksesspunktene disse skal kommunisere med. Eksempelvis har en mobil enhet (telefon / nettbrett) bare rundt ¼ så kraftig antenne som en bærbar pc. Det betyr at slike enheter vil kreve mange flere aksesspunkt eller basestasjoner.

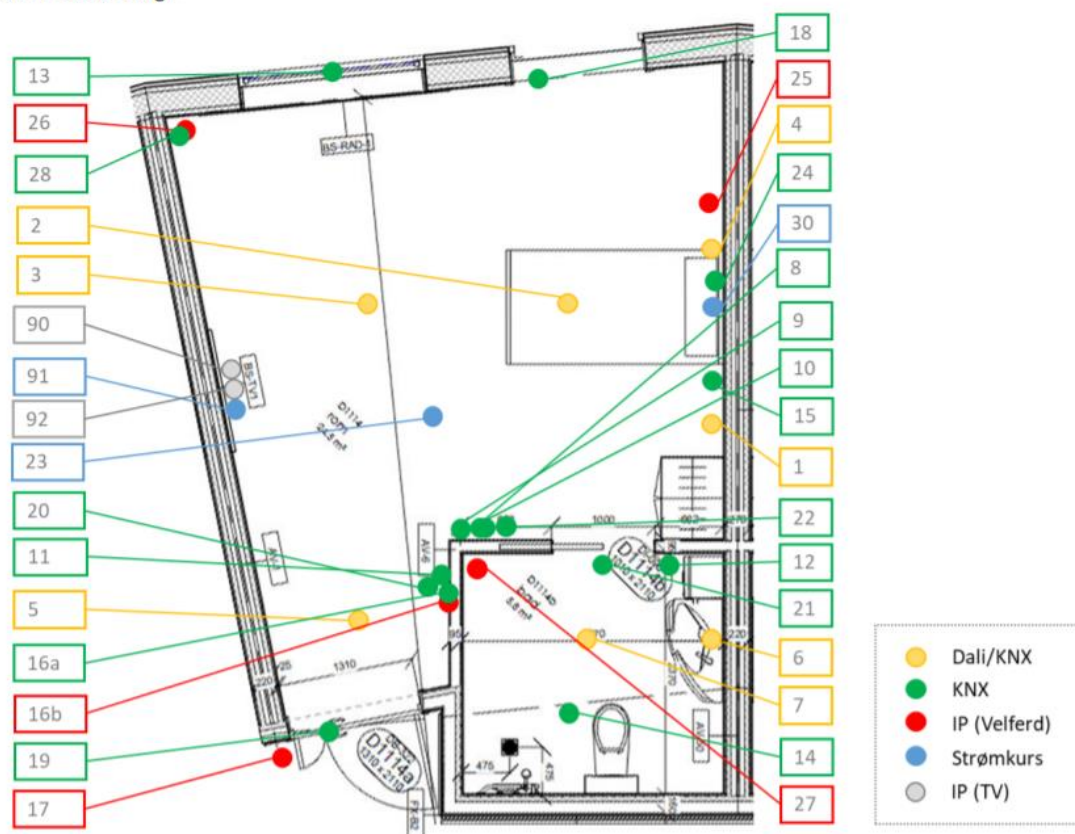
Dermed må alle kommunale bygg i helse og omsorg kartlegges slik at man får et helhetlig bilde av de løsninger som finnes, status på disse og eventuelt hvilke muligheter disse måtte ha inn mot en felles sentral plattform. En oppdatert situasjonsbeskrivelse vil uansett være nødvendig i forbindelse med en anskaffelsesprosess på velferdsteknologisk plattform og må dermed være en prioritert oppgave.

## 8.2 Teknologivalg i bygg

Alle formene for teknologivalg kan kombineres med hverandre etter behov, gitt at man tar hensyn til grunnleggende forutsetninger som kabling eller nettverksdekning.

Ettermontering av velferdsteknologiløsninger i bygg som ikke er bygd med tanke på dette vil kunne være både omfattende og kostbart. Fredrikstad kommune har utarbeidet en veileder for infrastrukturbehov for velferdsteknologi i institusjoner. Under er et eksempel fra rapporten som viser mulig omfang av infrastruktur i **ett enkelt beboerrom**:

Se figur og tabell under for en oversikt over alle punkter og utstyr som kan inngå på beboerrommet tilknyttet velferdsteknologi.



Figur: Sammendrag over alle punkter på beboerrom tilknyttet velferdsteknolog

En digital alarm eller Gateway med mulighet for varsling av alarmer. Den kan kombineres med trygghetsskapende teknologi som for eksempel bevegelsessensor, vandrealarm og elektronisk dørlås gjennom tilknyttede sensorer. Krever strøm og IP-punkt for hovedenhet. Trygghetsalarmen muliggjør at man kan dekke tilsvarende behov som ved bruk av KNX og xComfort, uten spesielle krav til infrastruktur.

KNX gir muligheter for lys, alarmer og avstillingsbrytere. Krever innbygget infrastruktur med punkter for KNX og IP. Spesielt anbefalt ved nyetableringer eller der man har mulighet for større endringer i infrastrukturen. Lysalarmer og avstillingsbrytere krever i svært liten grad innbygget infrastruktur, men har fortsatt krav om punkt for IP (TV). Spesielt anbefalt ved ettermontering eller der man ikke har mulighet for større endringer i infrastrukturen.

## 9 Kommunal strategi for bruk av velferdsteknologi

I overordnede digitaliseringsstrategi for Harstad kommune er ett av seks satsingsområder velferdsteknologi. På grunn av den demografiske utviklingen er det nødvendig å legge til rette for at brukere skal mestre eget liv i eget hjem lengst mulig. Teknologi og digitalisering er grunnleggende for hvordan kommunen drives framover. Digitale løsninger fører med seg fornying av kommunale tjenester, men også organisatoriske utfordringer.

*(Digitaliseringsstrategi Harstad kommune).*

Kommunal strategi for velferdsteknologi skal si noe om hva vi skal gjøre for å kunne ta i bruk den nye teknologien og dette må også sees i sammenheng med digitaliseringsstrategi for helse- og omsorg, som er under utarbeiding.

Harstad kommune har gjennom Utredningsoppgave og mandat for velferdsteknologi satt som resultatmål at kommunen skal ta i bruk velferdsteknologi som et supplement til ordinær helse- og omsorgstjeneste. Målet for satsingen i Harstad kommune er at velferdsteknologi skal bli en del av kommunens tjenestetilbud. Kommunen satser på å ta i bruk teknologi innen områdene adgangskontroll, elektronisk medisineringsstøtte, kommunikasjon- og lokaliseringsløsninger og ulike andre løsninger knyttet til trygghetsalarmsystemet. Gjennom interkommunalt samarbeidsprosjekt jobbes det nå med kartlegging i forbindelse med anskaffelse av plattform og responscenter. Det planlegges anskaffelse av dette i løpet av siste halvdel av 2019. Anskaffelsen av andre teknologiske løsninger avhenger av at denne plattformen er tatt i bruk.

I følge Helsedirektoratet er gevinstene tydelige ved bruk av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, og direktoratet anbefaler at kommunene tar i bruk følgende løsninger:

- Digitale trygghetsalarmer
- Responscenter
- Digitalt tilsyn
- Elektroniske dørlås
- Elektronisk medisineringsstøtte (elektroniske medisindispenser)
- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Oppgradering av sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- Logistikk-løsninger for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

<https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi#tekniske-krav-til-trygghetsteknologi->

Som nevnt tidligere har vi gjennom kartlegginger og erfaringer i prosjektperioden satt følgende løsninger opp som prioriterte tekniske løsninger:

- Responscenter og plattform (følges opp av interkommunalt velferdsteknologiprojekt)
- Utskifting av trygghetsalarmer
- Lokaliseringsteknologi, digitalt natt-tilsyn og andre alarmer tilknyttet trygghetsalarm
- Utskifting av nøkkelbokser til elektroniske dørlås
- Oppgradering av sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- Fortsette utrulling av elektronisk medisindispenser

I tillegg til selve teknologien, som ifølge Helsedirektoratet utgjør 10% av prosessen med implementering av velferdsteknologi, er det behov for innsats på flere fokusområder for å oppnå resultater og kontinuerlig forbedring. Disse fokusområdene utgjør de resterende 90% i denne prosessen og må ha større prioritering fremover. Fokusområdene er:

- Organisering
- Informasjon og kunnskap
- Opplæring og endring av arbeidsvaner
- Drift og arbeidsprosesser
- Teknisk infrastruktur
- System og tiltak for organisering i ordinær drift
- Kartlegging ved å ta i bruk tjenstedesign
- Oppfølging og gevinstrealisering

Det er en rask teknologisk utvikling innen digitalisering og velferdsteknologi. Utviklingen gjør det utfordrende å utarbeide en langsiktig plan for tiltak og implementering. Strategien for velferdsteknologi bygger som nevnt på overordnet digitaliseringsstrategi for Harstad kommune og for helse og omsorg, og skal synliggjøre prinsipper for kommunenes arbeid med velferdsteknologi for å sikre en god utvikling. Strategien omhandler strategiske føringer og prioriterte satsingsområder, den har ikke fastsatte tidsrammer og vil bli løpende revidert.

## 9.1 Satsingsområder

Vi har tatt utgangspunkt i de samme fem satsingsområdene som Harstad kommune har satt opp som områder i overordnet digitaliseringsstrategi.

<b>Brukerfokus</b>
<b>Strategi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gjøre tjenesten mer brukervennlig ved å legge vekt på brukerens behov</li><li>- Tilby en mer fleksibel tjeneste</li><li>- Øke egenmestring og trygghet</li><li>- Mulighet til å bo lengere hjemme</li></ul>
<b>Tiltak:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Komme i kontakt med brukere på et tidlig tidspunkt, fokus på tidlig innsats (jmf. Samhandlingsreformen og i Omsorg 2020 - regjeringens plan som skal bidra til at kommunene utvikler gode og bærekraftige løsninger for fremtidens utfordringer.)</li><li>- Informasjon til innbyggerne, organisasjoner og pårørendeskoler.</li><li>- Informasjon om velferdsteknologi gjøres tilgjengelig for innbyggerne og pårørende, slik at de selv kan anskaffe dette dersom det ansees som nyttig.</li><li>- Ta i bruk teknologiske løsninger som bygger på kartlegging av mestringsbehov og økt selvstendighet hos brukerne.</li><li>- Frigjøre personaleresurser til å gjøre mer brukerrettede helse- og omsorgsoppgaver</li><li>- La brukerne delta aktivt i pilotering av nye løsninger og tjenester</li></ul>

## Digital kompetanse

### Strategi:

- Utvikle digitale kompetanse slik at de ansatte får grunnleggende kunnskap i tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi.
- Sikre informasjon og veiledning til brukere og pårørende.

### Tiltak:

- Sette kompetanseheving innen velferdsteknologi inn i opplæringsplanen til alle avd. innen helse og omsorg.
- Avdelingene bidrar med deltakere som kjenner brukernes behov og som skal jobbe/bidra innen implementering av teknologi.
- Opprette kompetansegruppe som skal sikre kunnskap innen velferdsteknologi, og at velferdsteknologi blir et naturlig førstevalg innen helse- og omsorgstjenesten. Digitaliseringsteamet har ansvar for opprettelse og oppfølging av kompetansegruppe.
- Kompetanseheving hos Fagutviklerne i helse og omsorg slik at de kan videreføre kunnskap i sine enheter.
- Fagutviklerne inngår i kompetansegruppe sammen med annet helsepersonell. De skal være med på å sikre at velferdsteknologi skal stimulere til effektiv drift av tjenestetilbudet.
- Avsette større personellressurs innen velferdsteknologi inn i kommunens digitaliseringsteam.
- Etablere system for brukerstøtte til ansatte, brukere og pårørende

## Digitale løsninger

### Strategi:

- Arbeider for at digitale løsninger skal være et naturlig førstevalg.
- Det skal være enkelt, sikkert, brukervennlig og tilgjengelig.

### Tiltak:

- Ansatte skal bruke digitale løsninger som gjør tjenesten mer effektiv og med bedre kvalitet.
- Fortsette arbeidet med å lage gode rutiner i bruk av elektronisk medisindispenser og annen ny teknologi
- Jobbe med en helhetlig tilgangsstyring for hele virksomheten
- Velge løsninger som passer inn i helheten og fungerer sammen med eksisterende løsninger både i kommunen og nasjonalt.
- Tenke fremtidsrettet og standardiserte løsninger i nye bygg og ved rehabilitering av eksisterende bygningsmasse

## Innovasjon, styring og prioritering

### Strategi:

- Tjenstedesign i utforming av tjenester
- Prioritering og styring skjer gjennom digitaliseringsteamet
- Ivareta personvern
- Sikre god drift av teknologisk løsning slik at tryggheten til brukere, pårørende og de ansatte ivaretas.

### Tiltak:

- Tverrfaglig samarbeid i kommunen.
- Innhente erfaringer fra andre og lære å benytte ulike arbeidsverktøy i implementering av velferdsteknologi
- Samarbeide om anskaffelser, både internt, interkommunalt og eventuelt nasjonalt.
- Sikre god ivaretagelse av alarmer og meldinger teknologien genererer.



- Prioritere prosjekter ut fra behov og forventede gevinster
<b>Tjenestenes behov i en digital hverdag</b>
<b>Strategi:</b>
- Utnytte tilgjengelige ressurser. - Bruk av fremtidsrettede løsninger
<b>Tiltak:</b>
- Ansatte skal aktivt bidra og samarbeide, også på tvers av enheter. - Jobbe målrettet for å utrede, prioritere og implementere andre måter å tilby tjenester på.

## 9.2 Hvordan skal dette gjøres?

Velferdsteknologi handler om et utviklingsløp og et endringsarbeid som hele kommuneorganisasjonen skal ta del i. Det er ikke et endrings- og innovasjonsarbeidet som helse- og omsorgstjenesten skal gjøre alene.

Det er lederne i organisasjonen som skal drive frem endringene på sine enheter, men det må gjøres i tett samarbeid med aktuelle fagområder. For å få til gode prosesser og hente ut gevinstene må velferdsteknologi, som foreslått i digitaliseringsstrategien for Harstad kommune, etableres som en del av den foreslåtte styringsmodell under. Dette for å bygge opp rundt de to sentrale dimensjoner om å:

### 1. Sikre ressurser og effektive prosesser slik at kommunen får digital gjennomføringskraft.

#### 2. Utøve kontroll og styring slik at:

- a. System henger sammen med nasjonale og interne løsninger
- b. følger lovverk og
- c. gevinstene av investeringene hentes ut i form av bedre utnyttelse av ressurser og mer effektiv og individuell tjeneste.

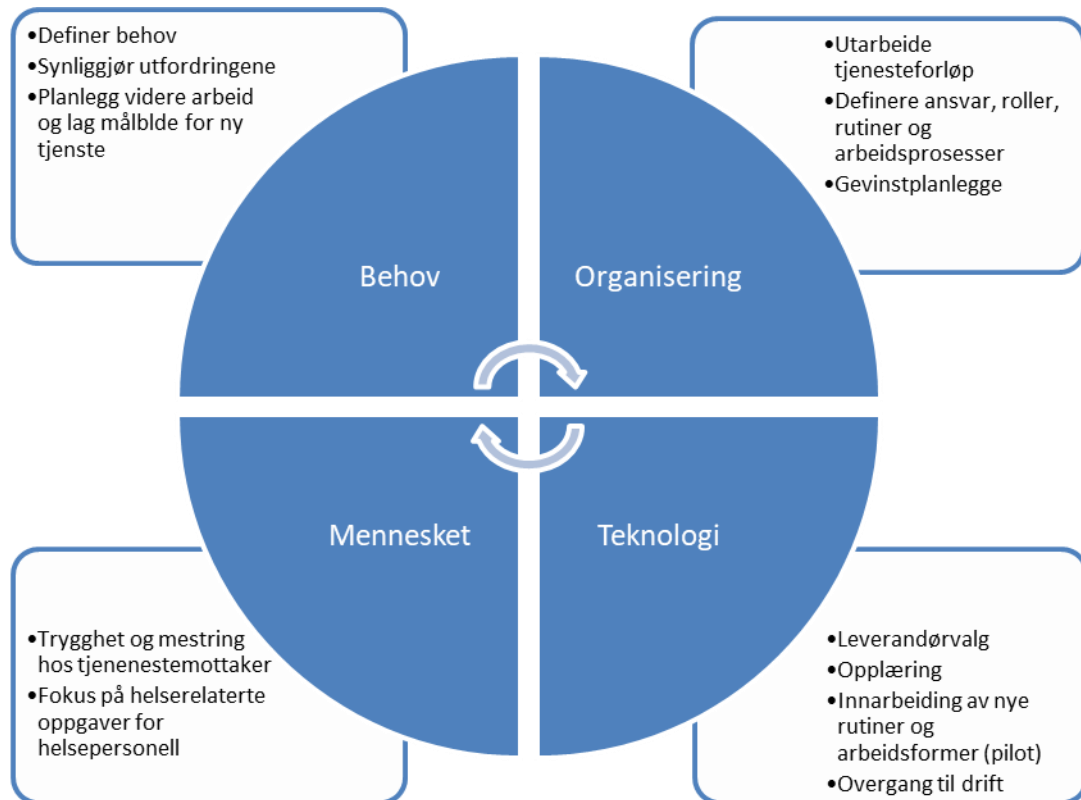
For at velferdsteknologi skal kunne implementeres i ordinær drift må det avsettes økonomi i driftsbudsjett til å kunne investere i digitale løsninger og kompetanse. Dette må gjøres parallelt med at det er stort fokus på, og tilgjengelige ressurser til å kunne gi kompetanseheving til de ansatte. Det er nødvendig at ressurser og kompetanse fra ulike fagområder kobles tidlig inn i planleggingsfaser. Investeringer til velferdsteknologiske løsninger må betraktes helhetlig opp mot kommunens samlede mål om digitalisering.

Vi må være åpen for fornyning og endring av måten vi leverer tjenester på. Det må være åpenhet for å yte tjenester på tvers av avdelinger og på tvers av fagområder.

Kommunen må følge de nasjonale anbefalingene og vi må samarbeide med nærliggende kommuner, næringsliv og utdanningsinstitusjoner for å innhente og dele kunnskap og kompetanse.

I anskaffelser må vi tenke innovative, helhetlige og standardiserte løsninger der personvern og brukerbehov står sentralt.

Dette er kontinuerlige prosesser som fortløpende må evalueres. Figur under viser oppgaver som må tas hensyn til i prosesser med anskaffelse av teknologi, teknologi som tas i drift og opplæringsprosessene rundt dette. Dette er en kontinuerlig prosess:



### 9.3 Gevinster

Digitalisering handler i stor grad om endring; endre måter ansatte jobber på. Skal vi få til gode og varige endringer må vi jobbe med organisering og gevinster over tid.

Gevinstrealisering handler om alle aktiviteter som gjennomføres for å oppnå ønsket effekt.

Gevinsten er **verdier** og **positive effekter** som oppnås ved å implementere nye løsninger i drift. Gevinster kan realiseres ved å **endre på tjenester og arbeidsprosesser** for;

- effektivisering
- unngåtte kostnadene
- bedre tjensteforløp
- opprettholde kvalitet

Dette er gevinster som oppstår ved at oppgaver reduseres eller nye tiltak ikke settes i verk fordi velferdsteknologi dekker behovet for oppfølging av tjenestemottaker og gir nødvendig trygghet og mestring. Unngåtte kostnader kan deles inn i påviste (oppnådde), unngåtte kostnader og sannsynlig

(potensielle) unngåtte kostnader. Typiske unngåtte kostnader er utsatt behov for opphold i sykehjem, unngått innleggelse i sykehus, unngått økt tjenestetilbud eller unngått innleie av ekstra personell (*Hesledirektoratet. Andre gevinstrealiseringsrapport*).

I innføringen av velferdsteknologi vil de ulike teknologiske løsningene kreve ulike måter å se gevinst på. Noe vil gi oss besparelse på tid og unngåtte kostnader, noe annet på frigjøring av menneskelige ressurser, noe gir økt mestring hos bruker og noe igjen vil gi økt trygghet. For å kartlegge dette vil vi benytte prosessen med de tre fasene som vises til i digitaliseringsstrategi for Harstad kommune (<https://sway.com/icLeFvNcPAGghn5f?ref=Link>).

## Litteratur:

- Aktivitet og mestring: <http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/43165>
- Direktoratet for E-helse: <https://ehelse.no/strategi/e-helsestrategi/2-strategi-for-perioden-2017-2022#2.5-felles-grunnmur-for-digitale-tjenester>
- Direktoratet for E-helse: <https://ehelse.no/velferdsteknologi>
- Fredrikstad kommune: <https://www.fredrikstad.kommune.no/tjenester/helseomsorgogvelferd/helse2/velferdsteknologi2/byggveiledere-infrastruktur-for-velferdsteknologi-i-kommunale-bygg/#heading-h3-1>
- Harstad kommune, 2018: Behovsanalyse – Helse- og omsorgstjenestens behov for boenheter og areal for tjenesteproduksjon frem mot 2040. [Behovsanalyse helse og omsorg februar 2018](#)
- Harstad kommune: Digitaliseringsstrategi for Harstad kommune, <https://sway.com/icLeFvNcPAGghn5f?ref=Link>
- Harstad kommune, Virksomhetsplan 2019-2022: [https://www.harstad.kommune.no/getfile.php/4316677.1878.kajzusnuiqn7jq/3\\_VHP\\_2019\\_Til\\_2022+Formannskapet\\_plandokument.pdf](https://www.harstad.kommune.no/getfile.php/4316677.1878.kajzusnuiqn7jq/3_VHP_2019_Til_2022+Formannskapet_plandokument.pdf)
- Helsedirektoratet, 1/2017. Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – Nasjonalt velferdsteknologiprogram, IS-2557. Rapport IS 2557.
- Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi#tekniske-krav-til-trygghetsteknologi->
- Kommunesektorens organisasjon, KS. Gode råd for å lykkes med digitale omstillingsprosesser: <http://www.ks.no/contentassets/b8fff5a250a145578a861a59bc984519/gode-rad-for-a-lykkes-med-digitale-omstillingprosesser.pdf>