

# Velferdsteknologi etter 2020

Anbefaling om strategi for veien videre

---

Rapport

[BESTILLINGSNR]

# Innhold

Forord	3
Hovedbudskap	4
<b>1. Bakgrunn og formål med dokumentet</b>	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn, formål og prosess	7
1.2 Involvering av interessenter	9
1.3 Nye erfaringer under pandemien	11
<b>2. Mål og resultatmål for videre innsats</b>	<b>13</b>
2.1 Formål	13
2.2 Hovedmål og resultatmål	13
2.3 Anbefaling	14
<b>3. Struktur for råd og veiledning</b>	<b>16</b>
3.1 Tilnærming	16
3.2 Støtte opp om etablering av ny kunnskapsbasert praksis ved økt innsikt i lokale barrierer og løpende tilpasning av virkemiddelbruk	16
3.3 Nivåer av myndighetsinvolvering i tiltak om lokal råd og veiledning	19
3.4 Anbefaling	20
<b>4. Implementere ny kunnskap fra pågående utprøvinger i regi av velferdsteknologiprogrammet</b>	<b>23</b>
4.1 Velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødt og tidlig ervervet funksjonsnedsettelse	23
4.1.1 Målgruppe og mål	23
4.1.2 Anbefaling:	24
4.2 Innspill til spredningsstrategi for digital hjemmeoppfølging i 2021 - 2022	25
4.2.1 Anbefaling	27
<b>5. Etablering av minst en resultatindikator</b>	<b>28</b>
<b>6. Konsept for datadeling</b>	<b>32</b>
6.1 Behov for nasjonalt lederskap	32
6.2 Anbefaling	33
<b>7. Nye utprøvningsområder</b>	<b>35</b>
<b>8. Plan for videre arbeid i 2021-2023</b>	<b>36</b>

8.1	Overordnet veikart og hovedaktiviteter videre	36
8.2	Strategi og innretning for videre nasjonal innsats	37
8.2.1	Strategi	37
8.3	Hovedaktiviteter i 2021	38

# Forord

Forord kommer

# Hovedbudskap

Basert på erfaringer med Nasjonalt velferdsteknologiprogram, arbeidet med nåværende covid-19-pandemi, arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan ("Digi-hjem") og dialog med aktørfeltet (herunder styringsgruppen i Nasjonalt velferdsteknologiprogram) anbefales det **fortsatt nasjonal satsning på velferdsteknologi** (herunder digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling) etter 2020/2021.

Kommunene som har deltatt i nasjonalt velferdsteknologiprogram har kommet langt hva gjelder tjenesteinnovasjon og implementering av velferdsteknologi. Fundamentet er lagt, men det vil være risiko for å "rote vekk" gevinstene ved for rask avslutning av det nasjonale påtrykket her.

Her vises et bilde av byggingen av Lepsøybrua, en del av Nordøyvegen:



Fundament og retning for arbeidet er bra og synes å kunne gi store gevinster – når brua blir slutført<sup>1</sup>. Implementering av velferdsteknologi kan nå kanskje sies å ha nådd tilsvarende langt som Lepsøybrua i veien mot hovedmålet - at velferdsteknologi bidrar til

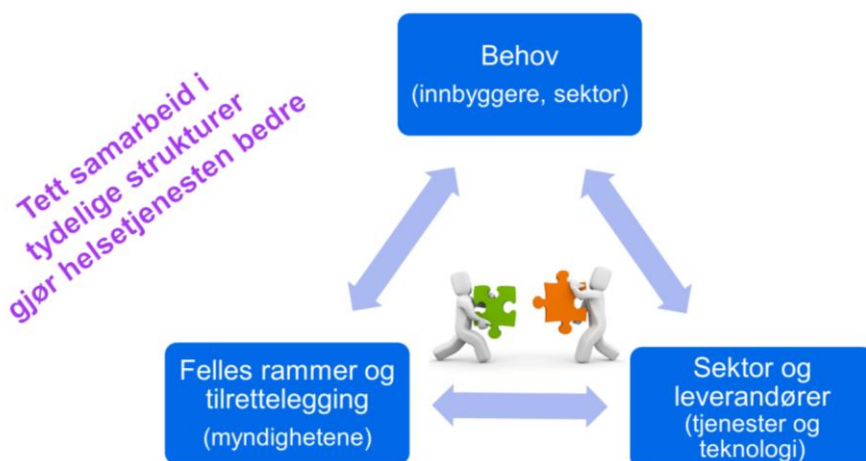
---

<sup>1</sup> Poeng og illustrasjon tatt fra innlegg i styringsgruppa i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Anne-Venke Myren Ålesund kommune og Iselin Vistekleiven Regionrådet Nord-Gudbrandsdal. Gjengitt ved tillatelse.

god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling. Men det må bygges ferdig...

Fortsatt nasjonal satsning betyr ikke nødvendigvis å fortsette med eksakt samme struktur og innretning. I denne rapporten anbefales målbilde for kommende periode. Kort fortalt anbefales det å bygge videre på de positive erfaringene som er sanket så langt. For å si det litt folkelig, så har vi i programmet fokusert på at vi *ikke* må overøse helse- og omsorgssektoren med elektroniske duppeditter som ikke blir integrerte elementer i tjenestemodellene der ute. Tjenesteinnovasjonstilnærmingen, blant annet ved å aktivt bruke velferdsteknologiens ABC og veikart for tjenesteinnovasjon i den daglige implementeringen, sikrer at man har fokus på gevinstrealisering, nytenkning og avlæring av gamle arbeidsmåter/tenkning. En forutsetning for å lykkes med velferdsteknologiarbeidet.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har profitert på et meget bra og tett samarbeid mellom de involverte aktørene, med KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet representert i programledelsen. Videre satsning bør bygge videre på dette, men innrettes enda bredere, fokusere på tvers av tjenestenivåer og med en enda klarere involvering av brukere, profesjoner, tjenester og de forskjellige myndighetsaktørene på området. Følgende figur illustrerer hvordan tett samarbeid på dette området kan sikre bedre tjenester og økt bærekraft:



Ingen kan være uberørte av den pandemien vi som nasjonalt og internasjonalt samfunn har måttet hanske med det siste drøye halvåret. Også velferdsteknologiarbeidet har vært preget av dette, ved at mange av de planlagte aktivitetene og milepælene har blitt forsinket og/eller forstyrret. Samtidig har vi også fått indikasjoner på at vi som program har vært verdifulle for kommunene i denne situasjonen. Velferdsteknologi har et potensiale i å

redusere behovet for fysisk kontakt mellom personer i risikogruppen og hjelpeapparatet i helse- og omsorgstjenesten, og således fremme smittevern. I tillegg kan virkemidler som f.eks. elektronisk medisineringsstøtte, videokonsultasjoner og digital hjemmeoppfølging kunne bidra til å opprettholde helse- og omsorgstjenester, som man ellers ville ha måttet utsette eller avlyse under en pandemi. Økt satsning på og implementering av velferdsteknologi kan således være et viktig bidrag til den robustheten som er nødvendig i kommuner spesielt og i hele helse- og omsorgstjenesten generelt i møte med nåværende og framtidige utfordringer.

# 1. Bakgrunn og formål med dokumentet

## 1.1 Bakgrunn, formål og prosess

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er inne i slutfasen og varer ut 2020. Dette dokumentet er Helsedirektoratet som programeier sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om strategi for videre arbeid med implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene etter avslutningen av nåværende programperiode.

Hovedmålet<sup>2</sup> for velferdsteknologiprogrammet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Programmet skal bidra til utvikling, utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, kompetanseheving og opplæring, samt etablering av åpne standarder for velferdsteknologi. Programmet bygger på kommunenes lokale forutsetninger, og ivaretar behovet for at velferdsteknologiske løsninger og tjenesteinnovasjon sees i sammenheng. Gjennomføringen gjøres i samarbeid med kommunene, og ledes i et strategisk samarbeid mellom KS, Direktoratet for ehelse, Helsedirektoratet og fylkesmennene. Samarbeidsstrukturen har gjort det mulig å være tett på praksis og tilpasse virkemiddelbruken til å møte lokale barrierer for implementering.

Programmet har prøvd ut og implementert velferdsteknologi innen trygghet og mestringsområdet, primært til målgruppen 65+. Under utprøving er: velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse, og medisinsk avstandsoppfølging til kronisk syke pasienter (senere kalt Digital hjemmeoppfølging for å harmonisere begrepsbruk med Nasjonal helse- og sykehusplan).

Ved utgangen av programperioden er prognosen at i overkant av 70 % av befolkningen bor i en kommune hvor trygghet og mestringsnologier på minst ett anbefalt område tilbys på lik linje med andre tjenester. Prognosen er allerede oppnådd. Status for juni 2020 viser at 73 % av befolkningen har tilgang til velferdsteknologi gjennom kommunens tilbud.

---

<sup>2</sup> Omsorg 2020, side 44



Kun i et lite knippe kommuner vil det ved utgangen av programperioden være implementert velferdsteknologi i tjenester til barn og unge, i betydningen av at velferdsteknologi tilbys på lik linje med andre tjenester til målgruppen.

Ved programs slutt pågår fortsatt utprøving av medisinsk avstandsoppfølging (Digital hjemmeoppfølging) i primærhelsetjenesten. Kunnskapsgrunnlag som skal inngå i grunnlaget for nasjonale råd på området vil først foreligge i slutten av 2021.

Programmet har i løpet av perioden skiftet fra å arbeide med standarder for datautveksling mellom komponenter i velferdsteknologiske (VFT) løsninger til å arbeide med å løse utfordringene knyttet til datautveksling mellom velferdsteknologiske løsninger og eksisterende elektroniske pasientjournalssystem (EPJ) i kommunene. Løsningen (VKP) er i prøvedrift og har hittil dekket identifiserte behov innen trygghet og mestring. Utredning om løsningen dekker behov for datadeling innen medisinsk avstandsoppfølging (Digital hjemmeoppfølging) leveres 15.oktober.

Programmets prosjekter har med andre ord kommet ulikt ved utgangen av 2020. Det er fortsatt udekkede behov i kommunene for at velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestetilbudet og være en naturlig del i kontinuerlig forbedring av helse- og omsorgstjenestene. Kompetansebehovene gjelder i hovedsak gevinstarbeidet, endringsledelse og kontinuerlig opplæring og kompetanseutvikling av ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Samt kompetansebehov knyttet til å implementere ny kunnskap i praksis på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer for å oppnå ønsket helsegevinst av nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi.

Ulik implementeringstakt kan gi uønsket variasjon i tjenestetilbudet. For å motvirke uønsket variasjon og bidra til at velferdsteknologi i enda større grad enn i dag integreres som verktøy i helse- og omsorgstjenesten, mener Helsedirektoratet det er behov for fortsatt nasjonal innsats.

Kunnskap utviklet i programperioden vil være gode bidrag til kontinuerlig forbedring og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Forankret i Nasjonal e-helsestrategi og innsatsområdet Helsehjelp på nye, måter anbefales det å jobbe videre med nasjonal innsats for at velferdsteknologi fortsatt skal bidra til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

For å oppnå dette er det formulert fem resultatmål som beskriver ønsket tilstand etter gjennomføring.

Mål nr 1 handler om å ivareta behov for kompetanse. Mål nr 2 handler om å implementere ny kunnskap i praksis. Mål nr 3 handler om myndighetenes ansvar for å følge med på utviklingen. Mål nr 4 handler om behov for datadeling. Mål nr. 5 handler om utvidelse av velferdsteknologifokus til nye tjeneste- og teknologiområder.

Målene fremgår av kapittel 2 med tilhørende korte beskrivelser av anbefalte tiltak for å nå resultatmålene.

I kapittel 3 er det beskrevet en overordnet plan for gjennomføring for perioden 2021-2023.

Anbefalingen bygger på tidligere leveranser: Foreløpig anbefaling levert 20.mars 2020 og budsjettinnspill levert 24.april 2020, samt tekstforslag til Prop. 1 S (2020-2021) levert 3. juli 2020.

## 1.2 Involvering av interessenter

Myndighetenes innsats på velferdsteknologiområdet har betydning for brukere og pasienter, kommuner og helseforetak, samt leverandører av velferdsteknologi. Representanter for interessentene har vært involvert i prosessen på følgende måte:

Interessent	Har vært involvert i spørsmål og vurdering av	Dato
<b>Aktørene i programledelsen:</b> Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS.	Utvikling av modell, analyse og foreløpig anbefaling (interne workshops)	4/6 – 2019 (WS)
		4/11-2019 (WS)
		6/1 – 2020 (WS)
		7/1 – 2020 (WS)
<b>Styringsgruppen i velferdsteknologiprogrammet.</b> Bestående av representater for KS, små og store kommuner, Helseforetak, NHO, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.	Strategisk analyse av (SWOT)	26/9 – 2019
		Behandling av foreløpig anbefaling
<b>Kommunene i NVP</b> . Representert ved deltakere i spredningsprosjektet for Trygghet og mestringsteknologier, og deltakere i utprøvningsprosjekt for VFT til barn og unge.	Innspill til behov og mulige tiltak (prosjektledersamling)	16/10 - 2019
<b>Fylkesmenn:</b> samling knyttet til Omsorg 2020, Kompetanseløft 2020 og Leve hele livet.	Innspill til tiltak for å møte behov	12/11 - 2019
<b>Brukerrådet i Helsedirektoratet</b>	Møte i Brukerrådet. Innspill til brukerinvolvering	4/12 - 2019
<b>Næringsklynge</b>	Drøfting av behov og utfordringer	18/12-2019
<b>K10</b>	Innspill til prosess	17/1-2020

<b>Interessent</b>	<b>Har vært involvert i spørsmål og vurdering av</b>	<b>Dato</b>
<b>Kommunene i spredningsprosjektet:</b> gjennom spørreundersøkelse og intervju gjennomført av Nasjonalt senter for e-helseforskning	Evaluering av programmets virkemiddelbruk	Våren og høsten 2019
<b>Forankrings- og drøftingsmøter internt i programmet (hdir, ehdir, KS)</b>	Knyttet til foreløpig anbefaling og budsjett innspill til HOD	Mars-april 2020
<b>Spørreundersøkelser til kommuner i spredningsprosjektet:</b>	Knyttet til kommunenes behov for velferdsteknologi under pandemien	Mars 2020
<b>Styringsgruppen i velferdsteknologiprogrammet.</b> Bestående av representater for KS, små og store kommuner, Helseforetak, NHO, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.	Behandling av budsjettinnspill til HOD	22.april 2020
<b>Arbeidsmøte med representanter fra Utviklingssentrene, KS og Nasjonalt støtteapparat for Kvalitetsreformen leve hele livet</b>	Arbeidsmøte for å drøfte og få innspill til resultatmål 1	17/6-2020
<b>Innspill fra Utviklingssentrene</b>	Svar på spørsmål om interesse og forutsetning for en aktiv rolle på velferdsteknologiområdet	1/9-2020
<b>Spørreundersøkelse til kommuner i spredningsprosjektet</b>	Kartlegging av kommunale behov og erfaringer rettet mot Covid-19  Behov for videreføring av Nasjonalt velferdsteknologiprogram etter 2020	Sept.2020
<b>Fylkesmennene</b>	Drøfting og innspill til anbefaling	7/9-2020
<b>Arbeidsmøte i programmet (hdir, ehdir, KS)</b>	Drøfting og konkretisering	14/9-2020

Interessent	Har vært involvert i spørsmål og vurdering av	Dato
<b>Styringsgruppen i velferdsteknologiprogrammet.</b> Bestående av representater for KS, små og store kommuner, Helseforetak, NHO, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.	Behandling av endelig anbefaling	17/9-2020
<b>Hurtighøring hos eksterne aktører</b>	Drøfting og innspill	Uke 39

### 1.3 Nye erfaringer under pandemien

Arbeidet med å utprøve, spre og implementere velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten gikk for fullt i overgangen fra 2019 til 2020. Men så kom pandemien, og mye av det langsiktige perspektivet som vi har jobbet med på velferdsteknologiområdet kom naturlig nok litt i bakgrunnen i den kommunale hverdagen. Nå var det smittevern, pandemihåndtering og utfordringer knyttet til opprettholdelse av helse- og omsorgstjenestetilbud som var hovedfokus.

Men nettopp i en slik situasjon har vi indikasjoner på at det er ekstra god grunn til å implementere velferdsteknologi i tjenestene. Velferdsteknologi som elektronisk medisineringsstøtte, digital hjemmeoppfølging og videokonsultasjoner har et stort potensiale knyttet til å redusere antall fysiske møter mellom brukere i risikogruppene og de som skal hjelpe dem, noe som er gunstig for smittevernet. I tillegg kan man opprettholde helse- og omsorgstjenester i en pandemi, som man ellers måtte ha utsatt eller avlyst. Velferdsteknologi kan også motvirke sosial isolasjon og ensomhet. Endelig vil dette også være ressursbesparende, ved reduksjon av unødvendig forflytningstid og f.eks. unngå tidsbruk til medisindeling i hjemmetjenesten.

Vi gjennomførte en undersøkelse blant de over 300 kommunene som deltar i programmet om hva de hadde behov for av tiltak for å styrke smittevern og redusere press på hjemmetjenestene.

Undersøkelsen viste at **kommunene ønsket støtte til anskaffelse og utrulling av elektroniske medisindispensere, hjelp til å ta i bruk video, bistand til webbasert opplæring og digital hjemmeoppfølging.**

Som følge av funnene i undersøkelsen, har vi iverksatt følgende tiltak i regi av velferdsteknologiprogrammet:

- Vi har gitt bistand til en **felles nasjonal anskaffelse av elektronisk medisineringsstøtte** – der 64 kommuner deltok,
- Vi har utarbeidet og tilgjengeliggjort veiledningsmaterieell for medisineringsstøtte i.f.m. Covid-19. Godt over 200 kommuner har nå avtaler for å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte. Mange kommuner har deltatt i webinar og veiledning.

- Vi har gitt ut kvikk-guide til videokommunikasjon, skreddersydde bruksanvisninger og implementeringsplaner. I tillegg har vi gitt veiledning til kommuner i hvordan de skal komme i gang med videokommunikasjon med lett tilgjengelige løsninger.
- Rundt 250 kommuner har deltatt i 25 regionale digitale workshops, og det er publisert suksesshistorier om bruk av videokommunikasjon innen flere områder på KS sine nettsider
- **Velferdsteknologiprogrammet har publisert en hurtigveileder for innføring og bruk av digital hjemmeoppfølging** i forbindelse med Covid-19

I september 2020 gjennomførte vi en ny undersøkelse i kommunene. Resultatet fra denne gir viktig innsikt både i hva det er behov for av nasjonal innsats for å håndtere denne og eventuelle lignende pandemier i framtiden, og i hva kommunene mener om behov for nasjonal innsats videre på velferdsteknologiområdet.

Kommunene sier klart fra om at det er behov for videre nasjonal satsning/program, samt gir mer detaljerte tilbakemeldinger om hvilke nasjonale tiltak som vil fremme velferdsteknologisatsningen lokalt. Resultatene fra undersøkelsen gjengis i kapittel...

## 2. Mål og resultatmål for videre innsats

### 2.1 Formål

Det vi ønsker å oppnå med en videre innsats på velferdsteknologiområdet er at kunnskapen som er utviklet i programperioden om implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten anvendes og utvikles videre i tråd med behov i befolkningen.

For å oppnå dette er det formulert ett hovedmål og fem resultatmål for en videre innsats som beskriver ønsket tilstand etter gjennomføring.

Mål nr 1 handler om å ivareta behov for læring, råd og veiledning. Mål nr 2 handler om å implementere ny kunnskap i praksis. Mål nr 3 handler om myndighetenes ansvar for å følge med på utviklingen. Mål nr 4 handler om behov for datadeling. Mål nr. 5 handler om utvidelse av velferdsteknologifokus til nye tjeneste- og teknologiområder.

### 2.2 Hovedmål og resultatmål

Ny teknologi og digitalisering spiller en nøkkelrolle i møte med demografiske utfordringer<sup>3</sup>. Hovedmålet for videre innsats er at velferdsteknologi bidrar til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling. Basert på den senere tids erfaringer vil vi også legge til rette for at velferdsteknologi kan styrke kommunenes robusthet og beredskapskapasitet i møte med situasjoner som gjeldende pandemi. Endelig vil vi legge til rette for helhetlig fokus på tvers av tjenestenivåer i tråd med signalene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

**Resultatmål** for videre nasjonal innsats i en treårsperiode ( 2021 – 2023):

1. Det er etablert en struktur og varig forvaltningsmodell for råd og veiledning til helse- og omsorgstjenestene knyttet til implementering av velferdsteknologi, med roller og ansvar for ulike aktører.
2. Kunnskap generert i velferdsteknologiprogrammet og videre satsing har bidratt til ny praksis for tjenester til barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse og for medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke. Det finnes **minst ett godt eksempel i alle fylker**<sup>4</sup> hvor velferdsteknologi er integrert i tjenester til hver av de to målgruppene.

---

<sup>3</sup> Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022

<sup>4</sup> Et minimumsmål. Bør være mellom 2-4 gode eksempler i alle fylker Formulert for å kunne måles, og for at det skal finnes kompetanse å bygge videre på i alle fylker

3. Det er utviklet minst en resultatindikator for å følge med på effekt av velferdsteknologi integrert som verktøy i helse- og omsorgstjenestene.
4. Konsept for datadeling som støtter helse- og omsorgstjenestens behov for samhandling knyttet til velferdsteknologi, er utredet. Realisering av nødvendige nasjonale samhandlingskomponenter er videreført ut fra VKP-tjenesten og/eller planlagt inn i andre pågående realiseringsløp for nasjonal samhandlingsinfrastruktur.
5. Utvidelse av velferdsteknologifokus i helse- og omsorgstjenesten til nye tjeneste- og teknologiområder er utredet, utprøving er igangsatt.

### **2.3 Anbefaling**

Det anbefales videre nasjonal satsning på området, for å nå formål og mål beskrevet ovenfor. Hovedbegrunnelsen for dette ligger i kommunenes egne tilbakemeldinger om behov, erfaringer samlet i arbeidet med gjeldende pandemi og de erfaringer som er sanket om merverdien av samarbeidsformen mellom aktørene som har preget dagens program. Det vil imidlertid være formålstjenlig å se på konkret benevnelse av den nasjonale satsningen, samt å utvide fokuset både til andre teknologi- og tjenesteområder og begge tjenestenivåer og relevante sektorer. Her ønskes å se hen mot et videre utvalg av nasjonale satsninger for retning, herunder Nasjonal helse- og sykehusplan og Nasjonal e-helsestrategi (tilrettelegge for tjenester på nye måter).

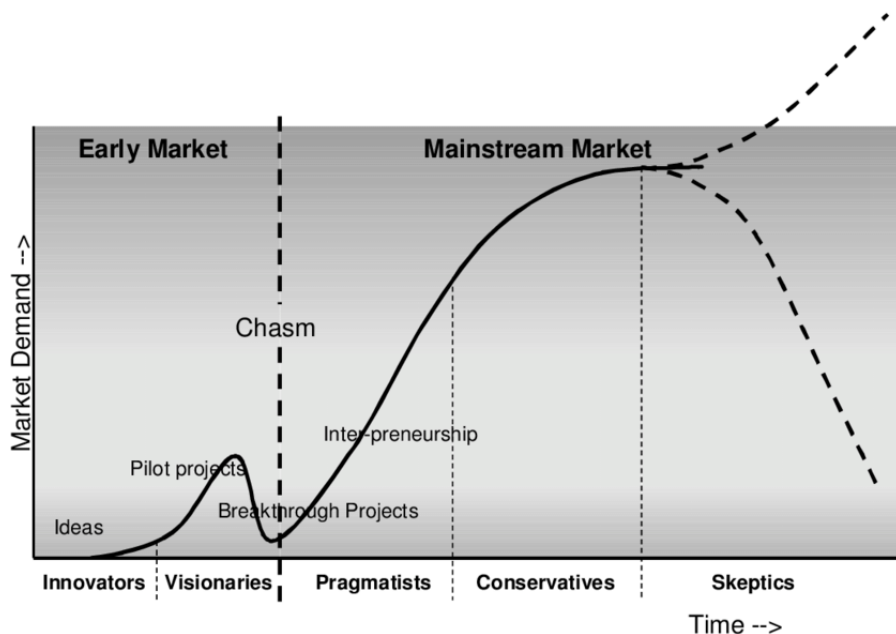
#### **2.3.1 Status i lys av modell for spredning av innovasjoner**

I tillegg til ovennevnte begrunnelse, vil vi her underbygge behov for fortsatt innsats i lys av modell for spredning av innovasjoner.

Kunnskapsgrunnlaget for velferdsteknologiprogrammets arbeid med implementering av velferdsteknologi er "Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030" (IS-1990). Her legges til grunn en modell for spredning av innovasjon (Rogers 2003). Modellen er valgt fordi det innenfor helse- og omsorg er avgjørende å anse velferdsteknologi som en tjenesteinnovasjon, siden teknologiske produkter i seg selv sjelden skaper verdi (fagrapport side 23). De største gevinstene ved bruk av velferdsteknologi kommer fra den sammenheng produktet brukes innenfor – dvs tjenestetilbudet i denne sammenheng.

Modellen trekker frem fem strategifaser som handler om å få innsikt i behov, forankre hos ledere og ildsjeler, synliggjøre fordeler og ulemper, deretter implementering som handler om å avdekke barrierer for spredning og synliggjøre effekter, og bekreftelsesfase til slutt hvor det besluttes om innovasjonen skal tas bredt i bruk.

Modellen legger til grunn at spredning av innovasjoner vil ta tid og foregår i ulike faser, der det innenfor teknologiske markeder i tillegg synes å være markedsutfordringer mellom den tidlige markedsfasen og hovedmarkedsfasen – illustrert ved modellen «Technology Adoption Lifecycle (modell om teknologiers livssyklus i et marked).



Innenfor velferdsteknologi er bruk og spredning avhengig av mange aktører: brukerne, pårørende, tjenesten, leverandører, politikere. Implementering er avhengig av flere påvirkningsfaktorer og den kløften/dalen som vises i figuren over handler om når et marked går fra tidlig fase til kritisk masse – dvs at det ikke er tilstrekkelig at de velferdsteknologiske løsninger som er utviklet

kun appellerer til innovatørene for å komme over i hovedmarkedsfase – de må også nå frem til et bredere spekter av brukere. Viktige tiltak for å få til det er brukermedvirkning fra start, og synliggjøre effekter.

Overført til programmets prosjekter (oppdrag) så har trygghet og mestringsoppdraget vært igjennom tidlig fase i samarbeid med kommunene, hvor erfaringer og forskningsbasert kunnskap ble sammenstilt som grunnlag for nasjonale anbefalinger. Disse er grunnlaget og ett av flere virkemiddel for spredningsprosjektet som nå er i hovedmarkedsfasen.

Utprøvningsprosjektene til målgruppen barn og unge og utprøvningsprosjektene av medisinsk avstandsoppfølging er enda i tidlig markedsfase. Andre velferdsteknologiske områder, som f.eks. velferdsteknologi og rehabilitering, vil også være i tidlig (sannsynligvis enda tidligere) markedsfase.



# 3. Struktur for råd og veiledning

## 3.1 Tilnærming

Det anbefales å se helhetlig på implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten, med fokus på integrasjon av teknologi i tjenestenes arbeidsprosesser for å oppnå ønsket gevinst. Forslag om struktur for råd og veiledning gjenspeiler slik helhetlig tilnærming. Forslaget er sett i sammenheng med oppdrag knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan og tiltak for å støtte helse- og omsorgssektoren med raskt å kunne ta i bruk digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling.

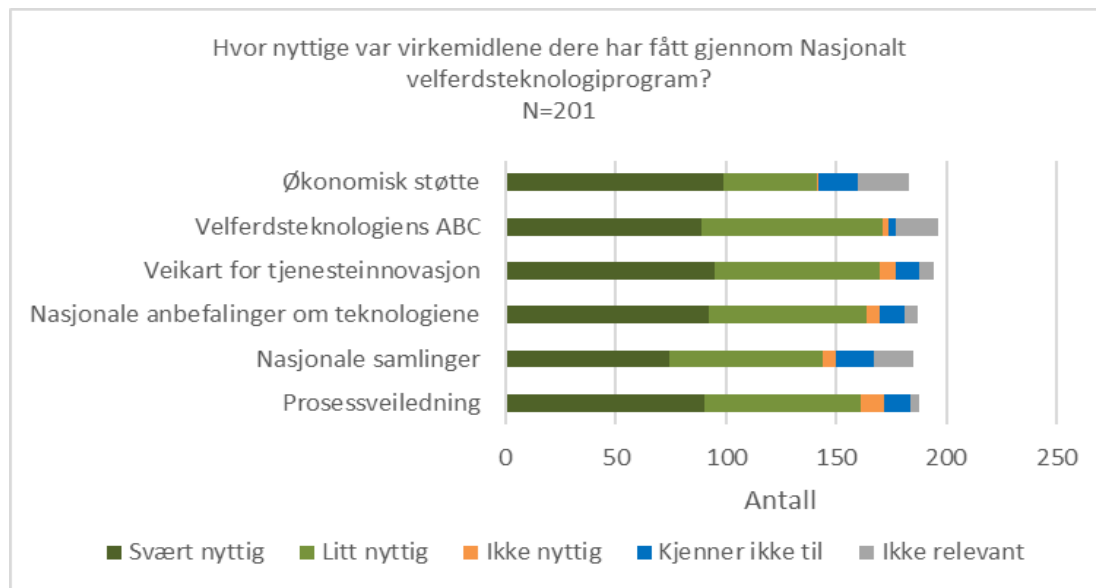
Tre hovedgrupper av aktører er involvert i implementering av velferdsteknologi. Det er de som kjenner **behovene** (pasienter og helse- og omsorgstjenesten), de som **tilrettelegger** for implementering (myndighetene) og de som **tilbyr tjenester** (teknologileverandører og prosessveiledningleverandører. Ny teknologi og digitalisering som bidrag i møte med bærekraftsutfordringer krever en sentralt styrt prosess for at de tre hovedgruppene av aktører skal spille sammen.

Strukturen for råd og veiledning bør gjelde implementering av kjent og ny velferdsteknologi og settes sammen av representanter for de tre nevnte aktørgruppene etter behov.

## 3.2 Støtte opp om etablering av ny kunnskapsbasert praksis ved økt innsikt i lokale barrierer og løpende tilpasning av virkemiddelbruk

Implementering betyr å endre praksis. Nasjonalt program for velferdsteknologi bruker flere virkemidler for å tilrettelegge for endret praksis i helse- og omsorgstjenesten. Disse er: normering i form av nasjonale anbefalinger og tilskudd for å gi økonomisk handlingsrom til å prioritere innsats. Kompetansevirkemidler som brukes er opplæringstiltak, prosessveiledning og ulike prosessveiledere og metodeverktøy knyttet til prosessveiledningen, samt arenaer for erfaringsutveksling. Det arbeides også med å tilrettelegge for digitalisering ved å utrede og prøve ut tiltak innenfor området teknisk arkitektur og infrastruktur.

Evaluering av programmets virkemidler viser at de samlet sett har vært nyttig for kommunene for å prioritere implementering av velferdsteknologi<sup>5</sup>. Det er i denne evalueringen ikke tatt med virkemidler knyttet til datadeling (VKP).



Hovedkonklusjonen er at programmet er en viktig pådriver for at velferdsteknologi skal være satsingsområde ute i kommunene, kunnskap og drivkraft i programmet har hjulpet kommuner å prioritere velferdsteknologi. Figuren over viser kommunenes opplevde nytte av virkemidlene. Samlet sett er det kompetansevirkemidlene som oppleves som mest til nytte (Svært nyttig og Litt nyttig).

Når velferdsteknologiprogrammet avsluttes er det ingen nasjonal rådgivning satt i system på dette området. Andre gjeldende nasjonale virkemidler for å støtte kommunene med implementering av ny kunnskap knyttet til velferdsteknologi er Utviklingssentrene (USHT), InnoMed og KS e-komp. Det er virkemidler som det er mulig å bygge videre på og videreutvikle etter velferdsteknologiprogrammets slutt.

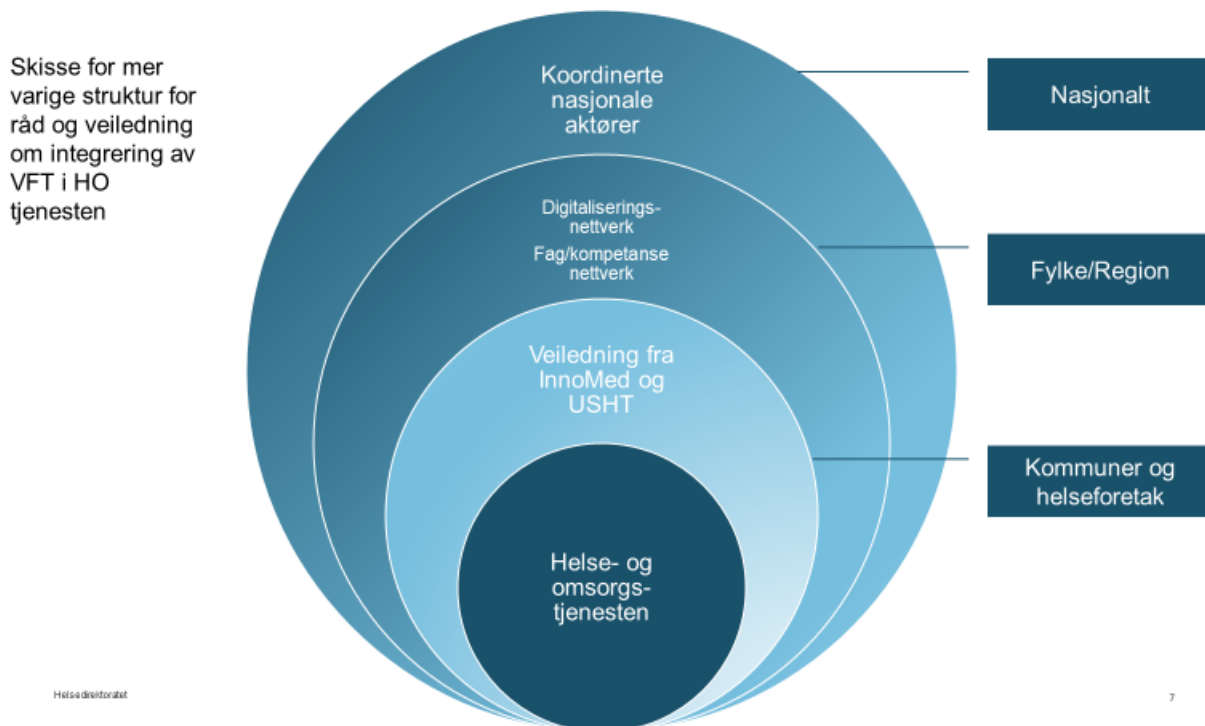
Nedenfor er skisse til struktur (figur 1) for å ivareta behov for lokal prosesstøtte og koordinert innsats blant nasjonale aktører. I skissen er det tatt utgangspunkt i dagens aktørbilde og deres roller og mandat på området. Kommuner og helseforetak er brukere og etterspørrere av råd og veiledning i denne skissen.

Av tilbydere er det flere aktører: InnoMed har en rolle i å veilede om organisatorisk implementering av innovasjon, med fokus på samhandling mellom forvaltningsnivåene. Målgruppen er kommuner og helseforetak. Utviklingssentrenes overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. KS har under etablering Digitaliseringsnettverk som skal bidra med lederforankring av implementeringen, samt et etablert fagnettverk på e-helseområdet (KS e-komp). I mange av fylkene er det regionalt samarbeid, hvor også fylkesmannen er involvert. I NHSP leveransen

<sup>5</sup> Evalueringen er gjennomført av Nasjonalt senter for e-helseforskning. Basert på spørreundersøkelse til kommunene i velferdsteknologiprogrammet i perioden 2016-2019. 211 svar, og et utvalg dybdeintervju.

(DigiHjem) er det foreslått et nasjonalt fagnettverk for videokommunikasjon som har både kommuner og helseforetak som målgruppe.

Figur 1: Skisse for mer varig struktur

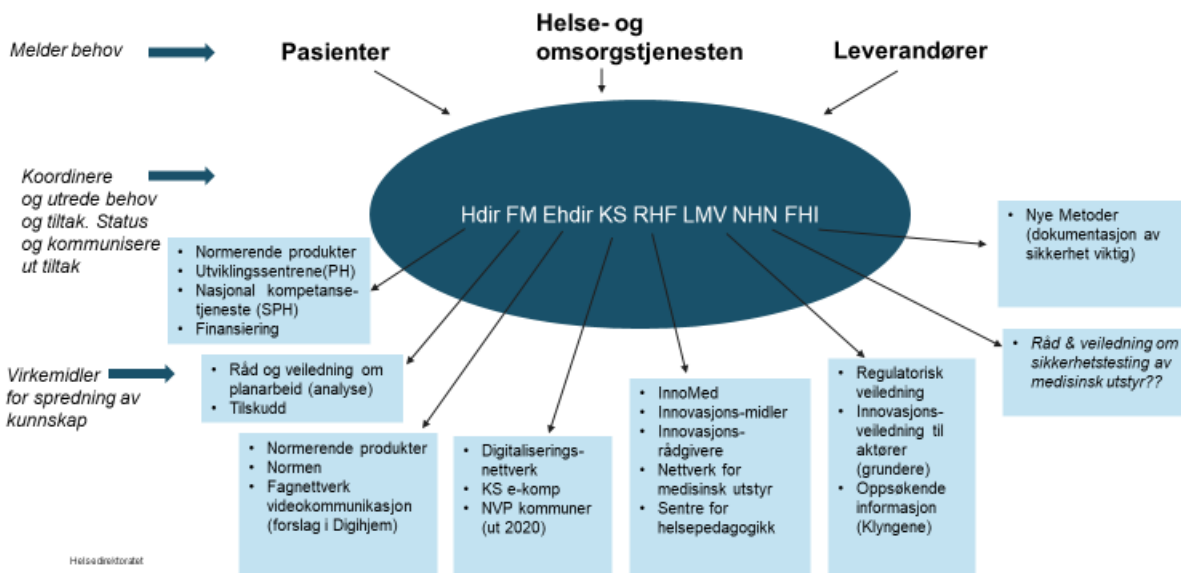


I utredningen levert 13. desember 2019 knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan ble det foreslått et tiltak om Koordinert innsats som "paraply" for/et overbyggende og samlende tiltak for å fange opp behov fra tjenesten, pasienter og leverandører, og koordinere nasjonal innsats for å møte behovene kartlagt i utredningen.

Nedenfor er en foreløpig skisse (figur 2) for slik koordinert innsats mellom nasjonale aktører basert på dagens roller, ansvar og tilgjengelige virkemidler. Et sekretariat bør etableres eller utpekes med ansvar for å forberede og følge opp sakene/henvendelsene. Konkretisering av denne skissen og sekretariatfunksjon er anbefalt som videre arbeid med tiltak knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan (levert HOD 25. september).

Figur 2: Koordinert innsats

**Skisse til drøfting: Koordinert innsats om råd & veiledning for raskt å øke bruk av DHO og nettbasert behandling**



Programevalueringen er kunnskap om virkemiddelbruk vi mener det bør bygges videre på, også i oppdraget knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan og foreslåtte tiltak for å ivareta behov for råd og veiledning for hurtig å kunne ta i bruk DHO og nettbasert behandling. Velferdsteknologi programmet har så langt hatt kommuner som målgruppe. Det er derfor planlagt en prosess for å få mer innsikt i, og kunnskap om spesialisthelsetjenestens behov for støtte på området lokal implementering. For deretter å foreslå en struktur for råd og veiledning som også omfatter spesialisthelsetjenesten.

I denne anbefalingen om vei videre for velferdsteknologi etter velferdsteknologi programmet slutt anbefales et første trinn på veien fra program til mer varig struktur å omfatte kommuner.

### 3.3 Nivåer av myndighetsinvolvering i tiltak om lokal råd og veiledning

Basert på skissene foran kan tiltak for å nå resultatmålet om strukturer for råd og veiledning iverksettes med større eller mindre grad av myndighetsinvolvering.

## Nivåer av myndighetsinnsats (bygger på hverandre)

Nivå	Grad av myndighetsinvolvering	Innebærer
0-nivået	Myndighetenes (direktoratenes) basisansvar. Veiledning om regulering, digitale forutsetninger og faglige retningslinjer	Opprettholde/ingen endring i mandat for InnoMed, USHT og KS e-komp som er aktører som har ansvar i dag for å bistå kommuner og HF med implementering av ny kunnskap. Aktørene skaffer seg nødvendig kompetanse for å ivareta sin rolle.
Nivå 1	Myndighetene tilrettelegger for Lokal råd og veiledning, kompetanseutvikling, kunnskapsdeling, teknisk arkitektur og infrastruktur	Utviklingssentrene styrkes med kompetanse og ressurser for å støtte kommunene med implementering av VFT. Fagnettverk etableres for å ivareta kunnskapsdeling om lokal implementering i helse- og omsorgstjenesten. Omfatte kommuner, USHT, eksisterende fagnettverk i første fase. Etter hvert vurdere behov for å inkludere helseforetak og InnoMed.
Nivå 2	Myndighetene bidrar i vurdering og implementering av nye områder DHO, teknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse, rehabilitering	NVP metode og virkemiddelbruk videreføres med vektlegging av trinnvis implementering. Utvides til å omfatte både primær og spesialisthelsetjenesten. (Samordne mål og tiltak i anbefaling om råd og veiledning i NVP og oppdrag i NHSP)

Helsedirektorat

12

I **0-nivået** er det liten grad av myndighetsinvolvering utover det som er samfunnsoppdraget. Heller ingen endring i roller og mandat for de aktørene som allerede har ansvar for å bistå helse- og omsorgstjenesten lokalt med implementering av ny kunnskap på velferdsteknologiområdet. Aktørene tar selv ansvar for å skaffe seg nødvendig kompetanse for å bistå kommuner og helse-foretak etter behov.

I **nivå 1** er det større grad av myndighetsinvolvering. Her tilrettelegger myndighetene for lokal råd og veiledning ved å sørge for at aktørene har ressurser og kompetanse på området. Det kan gjøres ved å gi mulighet for å utvikle og anskaffe kompetanse, samt nettverksetablering mellom aktuelle aktører.

I **nivå 2** tar myndighetene ansvar for en sentralt styrt prosess for at de tre hovedgruppene av aktører skal spille sammen. Aktørgruppene er de som kjenner **behovene** (pasienter og helse- og omsorgstjenesten), de som **tilrettelegger** for implementering (myndighetene) og de som **tilbyr tjenester** (teknologileverandører og prosessveiledningleverandører. Herunder utviklingssentrene, KS e-komp og InnoMed). Myndighetene tar i større grad styring på utvikling og tilpasning av tiltak og virkemidler gjennom en trinnvis tilnærming til implementering som innebærer å være "tett på" tjenesten for å få løpende kunnskap om barrierer og tilrettelegge.

### 3.4 Anbefaling

Nivå 1 og 2 anbefales. Det innebærer mer konkret at :

- 1) Fylkesmannen bør få ansvar for å ivareta råd og veiledning om analyse av behov og mulige gevinster av velferdsteknologi gjennom sitt ansvar for å veilede kommunene i plan, analyse og utviklingsprosesser.

- 2) Fylkesmannen bør ha anledning til å finansiere lokalt/regionalt lederforankrede velferdsteknologiprojekter og nettverk gjennom tilskudd.
- 3) Utviklingssentrene bør gis mulighet til å utvikle og anskaffe kompetanse for å støtte kommunene med implementering av VFT, fremdeles med utgangspunkt i lokale behov. Anbefaler en trinnvis utvikling som starter med trygghet- og mestringsområdet og evalueres.
- 4) Det bør etableres et nasjonalt fagnettverk for å ivareta kunnskapsdeling om lokal implementering i helse- og omsorgstjenesten. Nettverket bør omfatte kommuner og ledes av KS i samarbeid med direktoratene og fylkesmannen. Nettverket bør samarbeide med alle tilbyderne/leverandørene av råd og veiledning til kommunene på velferdsteknologiområdet, herunder KS e-komp, utviklingssentrene og InnoMed.
- 5) Struktur og virkemidler for råd og veiledning utvikles videre gjennom erfaring med et program for å tilrettelegge for Helsetjenester på nye måter (jfr Nasjonal e-helsestrategi) (se Kap.2.3 og 8)

Anbefalingen har tatt utgangspunkt i og gjenbruker samme struktur som for kvalitetsreformen Leve hele livet med et nasjonalt og et regionalt støtteapparat (uten å avgrense til personer over 65 år).

Begrunnelse for å styrke utviklingssentrene er behovet for en aktør i helse- og omsorgstjenesten som er tett på det helsefaglige i tjenesten og kan ivareta fokus på helsegevinst (mestring) når velferdsteknologi integreres. Begrunnelsen er også forankret i plan for gjennomføring av kvalitetsreformen Leve hele livet hvor utviklingssentrene har en sentral rolle i det regionale støtteapparatet. Kvalitetsreformen skal bidra til å imøtekomme bærekraftsutfordringer. Velferdsteknologi og digitalisering er sentralt i dette bildet og forutsetter derfor at utviklingssentrene har kompetanse på området.

Kompetanseområder som skal ivaretas i en implementeringsprosess krever digital kompetanse (anskaffelse, personvern og forståelse av teknologi) kombinert med det helsefaglige (mestring)<sup>6</sup>. Lederforankring er av betydning for å realisere gevinster av velferdsteknologi<sup>7</sup>. Derfor er det viktig og riktig at flere aktører spiller på lag i implementeringsprosessen, og begrunnelse for anbefaling om et fagnettverk for lokal implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.

Fagnettverket bør ledes av en nasjonal aktør som også kan ta en rolle i nasjonal koordinert innsats om virkemiddelbruk på velferdsteknologiområdet.

Digitalisering, der også velferdsteknologiområdet inngår, er et prioritert område for KS. Kommunene etterspør at KS skal ta en nasjonal rolle for å samordne og bistå kommunene i tett samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk. KS mandat på digitaliseringsområdet ble besluttet av Landstinget i februar 2020.

Vedtaket:

"For å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor skal KS 1. ivareta og videreutvikle samordnings- og samstyringsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi i kommunal sektor i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk

---

<sup>6</sup> Fra emnekurs i forbindelse med MAO/Digital hjemmeoppfølging holdt av Ann Helen Henriksen fra Nasjonal kompetansetjeneste for Læring og mestring innen helse

<sup>7</sup> Evaluering av virkemidler i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, november 2019

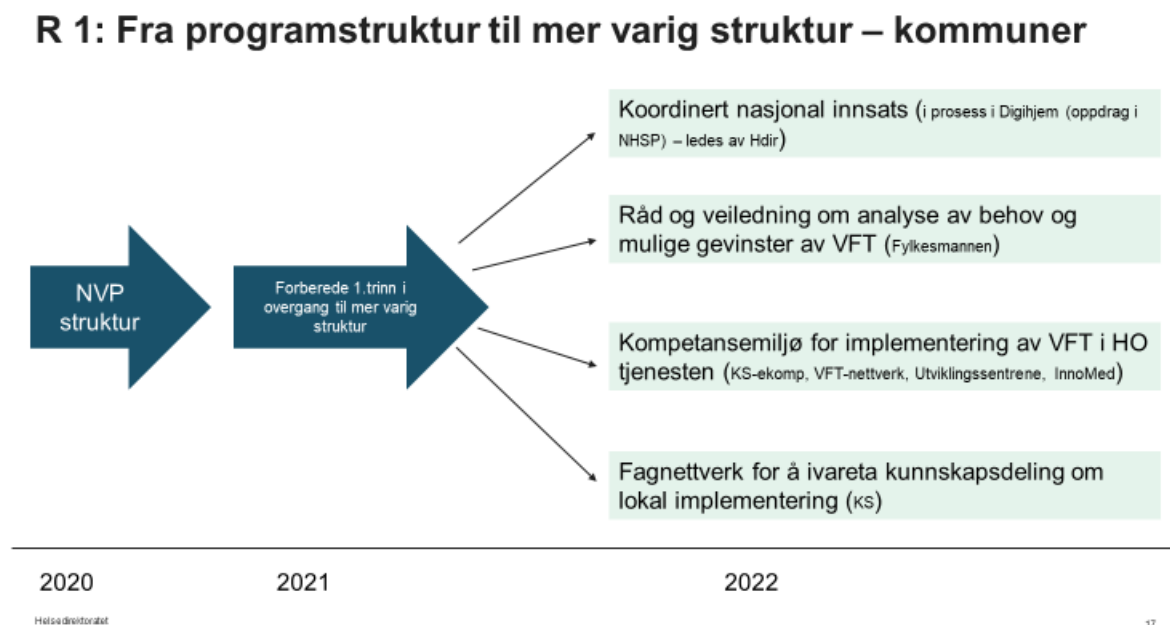
2. representere sektoren og dens interesser overfor staten og andre nasjonale aktører, og oppnevne sektorens representanter til råd, utvalg og nasjonale prosjekter innen digitalisering
3. være en pådriver for digital kompetanse, utvikling og utbredelse av sammenhengende tjenester og felles kommunale løsninger og komponenter i tett samarbeid med ressurser hos medlemmene og regionale digitaliseringsnettverk, og støtte opp om prosjekter som er strategisk viktige for kommunene
4. i samspill med medlemmene være en pådriver for utvikling av digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør for utvikling av felles standarder og virksomhetsarkitektur for kommunal sektor."

De regionale digitaliseringsnettverkene bidrar til økt kompetanse og kapasitet og gir en helt nødvendig forankring av det nasjonale arbeidet regionalt. Samarbeidet regionalt er nærmere tjenestene og identifiserer utviklingsbehov som bør løses nasjonalt. Utstrakt deling av erfaring, kompetanse og samarbeid preger nettverkene.

Velferdsteknologinettverkene som er etablert gjennom NVP innehar en unik kompetanse i tjenesteinnovasjon, endringsledelse, gevinstrealisering og prosjektledelse som er viktig for kommunene. Kommunene melder behov for fortsatt nasjonal innsats på velferdsteknologiområdet for å sikre at de påbegynte endringsprosessene kommer i mål. Endrings- og avlæringsprosessene tar tid og det er en reell bekymring for at kommunene faller tilbake til gamle rutiner fordi endringsprosessene ikke har satt seg i kommunene. Dette er en viktig grunn til at KS har tatt initiativ til at innføring av velferdsteknologi skal være en del av en samarbeidsavtale med HOD.

Figur 3: Trinnvis overgang fra program til mer eller mindre varige strukturer

**Modell** for trinnvis overgang til mer varig struktur for råd og veiledning til kommuner om implementering av velferdsteknologi:



# 4. Implementere ny kunnskap fra pågående utprøvinger i regi av velferdsteknologiprogrammet

## 4.1 Velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødt og tidlig ervervet funksjonsnedsettelse

Velferdsteknologi til barn og unge med funksjonsnedsettelse gir stor nytteverdi for bruker selv, for pårørende og for tjenesten, når det brukes riktig og barnet settes i sentrum<sup>8</sup>. Velferdsteknologi støtter opp om den enkeltes habilitering- og rehabiliteringsprosess og gir helsegevinst i form av å fremme barnas selvstendighet og mestring av daglige gjøremål, sosial deltakelse og språklige ferdigheter<sup>9</sup>, samt at teknologien kan bidra til trygghet og avlastning for foreldrene.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har hatt en nasjonal utprøving av velferdsteknologi til barn og unge med nedsatt funksjonsevne i samarbeid med et lite knippe kommuner siden 2015. I løpet av årene har Bodø, Drammen, Horten i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse, Risør, Sandnes, Steinkjer og Ålesund kommuner deltatt. Til sammen har de lokale prosjektene omfattet rundt 60 barn og unge.

Kommunene har i denne perioden skapt kunnskap, kompetanse- og arbeidsverktøy, metoder og tjenestemodeller som er nødvendig for at velferdsteknologiske løsninger skal bli en del av tjenestetilbudet til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Dette er verdifull kunnskap og gode verktøy som egner seg for gjenbruk av andre kommuner som vil komme i gang.

Utprøvingen går i 2021 over i sprednings- og implementeringsfase.

### 4.1.1 Målgruppe og mål

Målgruppen barn og unge med funksjonsnedsettelse utgjør i underkant av 17 000 personer når en ser på brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester under 18 år<sup>10</sup>. I tillegg vet vi at rundt<sup>11</sup> 4 % av

---

<sup>8</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/velferdsteknologi-til-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelse>

<sup>9</sup> Trondsen og Knarvik (2019). *Velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse*. NSE-rapport 2019-05

<sup>10</sup> <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/e124ce26-5116-4135-92f7-49fc7ca2db3a?e=false&vo=viewonly>

<sup>11</sup> Innenfor flere av kategoriene finnes det klarere tall. Eksempelvis, vet vi at det fødes årlig ca. 360 barn som har utfordringer med talt kommunikasjon. Dette betyr at i et perspektiv på 1-18 år, vil dette omfatte ca. 6500 barn (SSB levekårsundersøkelsen).



barn og unge mellom 6 og 15 år har vansker med å uttrykke seg eller delta i fritidsaktiviteter og lek, 10 % har lærevansker og 8 % mottar ekstra hjelp, har støttelærer og/eller individuell plan. Omfanget av barn som får ekstra hjelp, stiger i takt med alderen.

Det er fellestrekk i behov og type velferdsteknologi som benyttes for barn/unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse. Mennesker med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse er en svært sammensatt gruppe med ulike utfordringer, og det er stor variasjon både i behov for bistand og kommunale tjenester, samt oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Likevel er det mange i målgruppen som har behov for tjenester og bistand hele livet. Uavhengig av diagnose eller funksjonsnedsettelse kan økt selvstendighet, deltagelse og livsmestring gi store gevinster for bruker selv, pårørende og i et samfunnsøkonomisk perspektiv, ved blant annet å innvirke på grad av bistand og sysselsetting. For voksne personer med diagnosen psykisk utviklingshemming eller funksjonsnedsettelser er helseeffekt ved bruk av velferdsteknologi i tjenesten dokumentert i form av større grad av trygghet og frihet, økt aktivitet og større grad av mestring<sup>12</sup>. Indirekte helseeffekt oppnås i form av frigjort tid hos helsepersonell som kan nyttes på annen måte<sup>13</sup> (økt omsorgskapasitet). Mer enn 51 000 personer i aldersgruppen 15 til 49 år hadde<sup>14</sup> helsetjenester i hjemmet i 2017. Personer med utviklingshemming utgjør den nest største diagnosegruppen<sup>15</sup>, om lag 5000 personer.

Omfanget av kommuner som har implementert velferdsteknologi til målgruppen barn og unge er enda liten, og det er få kommuner som har implementert velferdsteknologi til voksne personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse. Det er stort potensiale for helsegevinst ved bruk av velferdsteknologi til målgruppene nevnt over. velferdsteknologisatsingen til barn og unge videreføres derfor og utvides i sprednings- og implementeringsfasen også til å gjelde voksne personer med medfødt og tidlig ervervet funksjonsnedsettelse.

Målet for videre satsing er at det innen utgangen av 2022 finnes minst ett godt eksempel i alle fylker<sup>16</sup> hvor Velferdsteknologi er integrert i tjenester til personer med medfødt og tidlig ervervet funksjonsnedsettelse, og tilbys på lik linje med andre tjenester til målgruppen.

#### **4.1.2 Anbefaling:**

Det anbefales å videre satsingen på velferdsteknologi til barn og unge i til spredning- og implementeringsfase i 2021 og 2022 med mål om at det innen utgangen av 2022 finnes minst ett godt eksempel i alle fylker<sup>17</sup> hvor Velferdsteknologi er integrert i tjenester til personer med medfødt og tidlig

---

<sup>12</sup> Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger, IS-2557, Helsedirektoratet 2017

<sup>13</sup> Fonteneforskning 2020. *Teknologien kan gi utviklingshemmede mer selvstendighet*. <https://fonteneforskning.no/teknologien-kan-gi-utviklingshemmede-mer-selvstendighet-6.19.701818.a23f455df3>

<sup>14</sup> Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år. Samdata kommune. IS-2809. Helsedirektoratet 2019

<sup>15</sup> Kommunale helse- og omsorgstjenester til personer i alderen 15-49 år. Samdata kommune. IS-2809. Helsedirektoratet 2019

<sup>16</sup> Et minimumsmål. Bør være mellom 2-4 gode eksempler i alle fylker Formulert for å kunne måles, og for at det skal finnes kompetanse å bygge videre på i alle fylker

<sup>17</sup> Et minimumsmål. Bør være mellom 2-4 gode eksempler i alle fylker Formulert for å kunne måles, og for at det skal finnes kompetanse å bygge videre på i alle fylker

ervertet funksjonsnedsettelse, og tilbys på lik linje med andre tjenester til målgruppen. Arbeidet ledes av helsedirektoratet i samarbeid med fylkesmannen og KS.

#### **4.2 Innspill til spredningsstrategi for digital hjemmeoppfølging i 2021 - 2022**

Formålet med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging (Digital hjemmeoppfølging) er å komme med nasjonale anbefalinger. Første utprøving ble avsluttet sommeren 2018, og viste at brukerne rapporterer markant bedre oppfølging, trygghet og opplevelse av kontroll med egen helse, men det er vanskelig å se effekt på forbruk av helsetjenester<sup>18</sup>. Den pågående utprøvingen som går fra 2018 – 2021, retter seg også til personer med en eller flere kroniske lidelser med risiko for forverring som har behov for oppfølging fra ulike nivå i helsetjenesten. Samhandling mellom tjenestenivåer er sentralt, og i utprøvingen skal avstandsoppfølging knyttes sterkere til fastlegenes funksjon og ansvar. I tillegg er det behov for mer kunnskap om organisering av tjenestene og gevinster for aktørene, herunder også spesialisthelsetjenesten. Første delrapport fra forskningen ble mottatt i mars 2020, og beskriver prosjektene og fellestrekk for pasienter som er inkludert<sup>19</sup>.

Utprøvingen gjennomføres i 6 kommuner/kommunesamarbeid i ulike deler av landet; hvor 3 prosjekt også deltar i pilot med primærhelseteam. Prosjektet gjennomføres som et randomisert kontrollert studie (RCT) innenfor de rammene som er gitt, med mål om å oppnå en sammenlignbar kontrollgruppe til tiltaket. Målet er å inkludere minimum 600 pasienter i de 6 prosjektene som deltar.

Som følge av endret begrepsbruk i Nasjonal helse og sykehusplan har velferdsteknologiprogrammet anbefalt at begrepet medisinsk avstandsoppfølging også i dette prosjektet endres til digital hjemmeoppfølging(DHO) slik at det er samstemmighet i hvordan tiltaket omtales på de ulike nivå i helsetjenesten(se notat av 17.6.2020) . Endringen gjennomføres fra august 2020. De lokale prosjektene er bedt om å ta opp og avklare dette med sine samarbeidspartnere og interessenter lokalt for å unngå at det blir forvirring om hva det handler om og hva som er innholdet i denne tjenesten. Lokalt i kommunene har denne endringen allerede startet, dels som følge av det de har oppfattet som ønskelig ut fra Nasjonal helse og sykehusplan og dels som følge av at de tilbudene som ble etablert for oppfølging av pasienter med covid-19 alle ble omtalt som "digital hjemmeoppfølging ved covid-19". Når prosjektene skal levere sine sluttrapporter og det skal utarbeides nasjonale anbefalinger er det viktig at det er samstemt i alle nivå i helsetjenesten og blant alle samarbeidsparter hva som ligger i anbefalinger knyttet til digital hjemmeoppfølging. Vi er av den oppfatning at å vente med å gjøre navneendringen til prosjektet er avsluttet og anbefalinger foreligger kan bidra til større forvirring.

Inklusjon av pasienter startet våren 2019, og selv om inklusjon til kontrollgruppen ble stoppet 18. mars 2020 på grunn av koronapandemien, har prosjektet oppnådd å inkludere over 730 pasienter pr 1.7.2020. Over 200 fastleger har så langt pasienter som er inkludert i utprøvingen. Det jobbes nå med gevinstarbeid, utvikling av tjenestemodeller og planer for overgang til drift, og hvordan digital hjemmeoppfølging best kan skaleres etter utprøving er avsluttet. Interessen for DHO har økt betraktelig

---

<sup>18</sup> Ref til forskningsrapport og oppsummeringsrapport

<sup>19</sup> 1. evalueringsrapport UiO m fl.

som følge av covid-19 situasjonen. Flere kommuner har tilbudt digital hjemmeoppfølging til pasienter med covid-19 med god effekt. Erfaringene med å ta i bruk dette er beskrevet i en hurtigveileder for innføring og bruk av digital hjemmeoppfølging i forbindelse med Covid-20.

Det er fortsatt barrierer for å ta i bruk digital hjemmeoppfølging som vist i utredningsarbeidet levert 13.12.2019. Særlig gjelder dette samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenestenivå, og mulighet for å dele data som egenbehandlingsplan/behandlingsplan og måledata mm, for å sikre en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste for sårbare pasienter. Det er også fortsatt utfordringer knyttet til samhandling mellom nivåene om oppfølging av felles pasienter. I dagens utprøving er det i involveringen fra spesialisthelsetjenesten i stor grad knyttet til å rekruttere pasienter. Kun ett prosjekt har startet opp utprøving av en tjenestemodell der pasienter følges opp fra sykehus og starter med digital hjemmeoppfølging ved utreise/oppfølging fra poliklinikk, før de overføres til kommunen. Her er det behov for mer kunnskap og erfaring om hvordan samhandling om felles pasienter i et helsefellesskap best ivaretas. Egenbehandlingsplanen er et verktøy for pasienten til å mestre sin situasjon best mulig, gjøre gode valg og få hjelp til hvordan han/hun selv kan fange opp og iverksette tiltak ved tegn til forverring. En felles digital og oppdatert egenbehandlingsplan sikrer at alle som skal følge opp pasienten har oppdaterte opplysninger, og kan veilede ut fra en helhetlig plan. Tilgang til måledata og oppdatert behandlingsplan for pasienten kan bidra til økt kvalitet og raskere og mer målrettet behandling når pasienten kommer til fastlege, legevakt eller sykehus. Det er ila våren 2020 blitt gjennomført intervjuer med representanter fra ulike behandlingsnivåer om hvilke behov de har for informasjonsdeling knyttet til digital hjemmeoppfølging, og som ikke kan løses tilfredsstillende med dagens verktøy. Oppsummert så er disse behovene knyttet til følgende overordnede problemstillinger:

- Mangelfull (ikke oppdatert) informasjon om innbygger kan medføre feilvurderinger
  - Endringer blir ikke umiddelbart tilgjengelig for alle involverte helseaktører
  - Dobbeltregistrering av informasjon i ulike system medfører økt sannsynlighet for feilregistrering
- Får ikke utnyttet all tilgjengelig informasjon om innbygger ved behandling
  - Informasjon ikke tilgjengelig på en effektiv måte
- Ineffektiv bruk av ressurser
  - Helsepersonell bruker tid på å registrere samme informasjon i flere ulike IT-system

Dette oppleves av mange som barrierer for å ta i bruk digital hjemmeoppfølging i større omfang. Det er derfor vesentlig at disse barrierene blir håndtert for å bidra til en god og effektiv helsetjeneste som kan forenkle arbeidet med bredding og skalering når nasjonale anbefalinger skal foreligge ved årsskiftet 2021/2022.

Det er under gjennomføring en utredning om hvilke tiltak som bør iverksettes for å løse disse problemene. Et nasjonalt rammeverk for datadeling som består av standarder og en felles digital samhandlingsløsning som ivaretar datadeling mellom nye system for digital hjemmeoppfølging og eksisterende EPJ-system hos alle involverte tjenestenivåer, kan bli noe av det som anbefales.

---

<sup>20</sup> Ref til KS.no og kvikkguide Covid 19 samt artikkel

På grunn av kompleksiteten knyttet til tjenestemodeller, samhandling og digital infrastruktur innen digital hjemmeoppfølging (DHO), forslås det derfor å utvide utprøvingen til å omfatte også datadeling og verktøy for bedre samhandling innenfor noen utvalgte geografiske helsefelleskap. Det er helseaktørene innenfor et helsefelleskap som i hovedsak har behandlingsansvaret for en pasient gjennom et forløp. Det er derfor spesielt behov for tilrettelegging for god samhandling mellom helseaktørene innenfor et slikt område. DHO er fortsatt i en tidlig fase, og et tett samarbeid mellom helsetjenesten, valgte leverandører og helsemyndigheter i konkrete implementeringer, vil gi det beste grunnlaget for erfaringer på veien mot gode modeller og verktøy. Ved å velge noen kommuner som har etablert samarbeid innen helsefelleskap og som er modne/klare for en implementering av digital hjemmeoppfølging så kan det etableres prosjekter bestående av helsetjenesten, leverandører og myndighetene, der man med utgangspunkt i pågående utprøving samarbeider videre om løsninger som understøtter tjenestemodellene og samhandlingsbehovet i digital hjemmeoppfølging. Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) brukes i dag for å oppnå datadeling mellom eksisterende EPJ-system i kommunene og velferdsteknologiske løsninger. Denne løsningen kan utvides til å oppnå datadeling mellom DHO-løsninger og EPJ-system i alle de involverte helseaktørene i helsefelleskapet, og bør samordnes med arbeidet som er gjort innen trygghet og mestring i videre utprøving.

VKP baseres i dag på at grensesnittet mot VFT/DHO løsningen standardiseres (nasjonale FHIR-profiler) mens VKP tilpasses de ulike leverandørspesifikke grensesnittene i EPJ-systemene. Behovet for grensesnittstandarder er avhengig av hvilke behov for informasjonsdeling det er mellom helseaktørene. Utviklingen av disse standardene må gjøres i tett samarbeid med leverandørene. Det er hensiktsmessig at slike standarder prøves ut i begrenset skala før de vedtas som nasjonale. Den tette knytningen mellom de ulike profesjonene i et slikt samarbeid bidrar til at vi kan oppnå bedre behovsdekning på kortere tid. Vi vil også med en slik tilnærming kunne ivareta kommunenes behov for datadeling med EPJ-system både knyttet til trygghet og mestringsteknologier og DHO gjennom samme infrastruktur.

#### **4.2.1 Anbefaling**

Det anbefales at det i videre utprøving i 2021 satses på noen helsefelleskap, der HF og noen utvalgte kommuner inngår i et samarbeid, og at videre utprøving bygger videre på VKP løsningen. De kommunene som ønsker å delta i en videre utprøving må være motiverte, modne og ha etablert et samarbeid i helsefelleskapet der også HF'et jobber i tråd med felles strategi i RHF og kan bidra med innovasjonsmidler i utviklingsarbeidet.

Programmets virkemidler med tilskudd, etablering av nettverk, prosessveiledning, tett oppfølging og evaluering videreføres. Det er særs viktig at man gjennom videre utprøving sikrer evaluering og bidrar til å skaffe kunnskap om tjenestemodeller og ansvarsfordeling slik at dette igjen kan understøtte videre spredning og implementering fra 2022.

# 5. Etablering av minst en resultatindikator

Formålet med innføring av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene er å fremme bedre kvalitet og unngåtte utgifter – slik at vi som samfunn vil være bedre rustet til å møte de kommende bærekraftsutfordringene, omtalt tidligere i denne rapporten.

Det vil være en risiko, særlig når det nasjonale velferdsteknologiprogrammet eventuelt etter hvert avsluttes, for at det blir stor uønsket variasjon. I noen geografiske områder vil satsning på velferdsteknologi være stor, med tilhørende bedring av kvalitet. Andre steder vil komme vesentlig kortere. Hvor god kvalitet det er på tjenestene bruker mottar, vil altså kunne bli veldig avhengig av hvor bruker bor. Å følge med på utviklingen innen spredning av velferdsteknologi, samt realisering av de gevinster velferdsteknologien kan gi, bør derfor være en viktig del av nasjonale myndigheters innsats i kommende periode.

Å følge med på utviklingen tilligger Helsedirektoratets mandat, men for å nå det faglig anbefalte resultatmål 3 er det behov for særskilt innsats på dette området.

## Først litt om det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet

Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorene har flere formål.

De skal:

- Gi pasienter og pårørende et grunnlag for å kunne ta valg basert på kvalifisert informasjon.
- Tilby offentligheten informasjon om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.
- Gi sentrale myndigheter et grunnlag for å vurdere behovet for å utvikle og/eller revidere strategier/retningslinjer og/eller veiledere på ulike helsefaglige områder.
- Gi eiere og ledere innen helse- og omsorgstjenesten grunnlag til å benytte resultatene til lokal kvalitetsforbedring.
- Det er et overordnet mål å utvikle kvalitetsindikatorer som kan benyttes til politisk styring og objektive sammenlikninger både på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå<sup>21</sup>.

Kvalitetsindikatorer deles inn i struktur-, prosess-, og resultatindikatorer.

---

<sup>21</sup> IS2690 Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten

Strukturindikatorer beskriver helsevesenets rammer og ressurser, herunder helsepersonells kompetanse og tilgjengelighet til utstyr, teknologi og fasiliteter. Indikatorene beskriver med andre ord forutsetningene og rammene for forebygging, diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering.

Prosessindikatorer beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløp. Indikatoren gir et bilde av i hvilke omfang helsepersonell har utført bestemte prosedyrer i pasientforløp, for eksempel forebygging, diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering eller kommunikasjon. Prosessindikatorer uttrykker om pasientene har mottatt de ytelser som de bør, ifølge lovgivning og/eller retningslinjer.

Resultatindikatorer belyser pasientens gevinst i form av overlevelse, symptomatologiske og laboratoriemessige karakteristika, pasientens fysiske tilstand eller psykiske reaksjon på sykdom og tilfredshet med behandling. Gevinster hva gjelder pasient/brukers funksjons- og mestringsnivå vil også kunne utgjøre grunnlaget for resultatindikatorer, og er nok det mest relevante på velferdsteknologiområdet.

Fundamentet for kvalitetsindikatorer er de registreringer som foretas ute i tjenestene. Disse registreringene er først og fremst grunnlag for helse- og omsorgsstatistikk, men kan også brukes som grunnlag for kvalitetsindikatorer.

I vårt forslag til hvordan vi skal følge med på utviklingen innen velferdsteknologi, legger vi opp til å ta for oss hele pyramiden av følge med-virkemidler – med mål om å ende opp med en eller flere resultatindikatorer. Pyramiden kan illustreres som følger:



Grunnmuren utgjøres primært av registreringer i henhold til IPLoS-veilederen. Følgende tjenester registreres i IPLoS/KPR i dag:

- Rapportering av GPS – velferdsteknologi  
Denne rapporteringen avgrens seg til tildeling av tjeneste i form av sporing/lokalisering (GPS) som kommunen følger opp, evt. med bistand fra pårørende.
- Trygghetsalarm  
Trygghetsalarm som er tildelt for å dekke tjenestemottakers behov for helse- og omsorgstjenester skal rapporteres til registeret.
- Elektronisk medisineringsstøtte  
Bruk av elektroniske medisindispensere som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkt når medisinen skal tas.
- Digitalt tilsyn  
Sensorteknologi eller passiv varsling som:
  - sensorer som sengematter/sensorlaken som registrerer fravær fra seng
  - bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse
  - døralarm som varsler ved passering
  - falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand m.m.

Trinn 1 i følge med-arbeidet videre vil være å generere/analysere helsestatistikk basert på disse registreringene. Trinn 2 vil være å revidere dem. Trinn 3 vil være å utvide registreringene med andre velferdsteknologiske områder (f.eks. digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi til barn og unge). Basert på dette vil vi i samråd med interne og eksterne fagmiljøer jobbe for å opprette meningsfulle struktur- prosess og etter hvert resultatindikatorer på området. Sistnevnte vil også betinge arbeid med innføring av målinger som kan si noe om gevinster og effekter av tilnærmingen. Her tenker vi først og fremst på funksjonsmålinger. Når brukers funksjonsnivå måles før, underveis og etter en oppfølging, kan dette gi informasjon om tiltakets effekt. I en kvalitetsindikator vil f.eks. sammenligning med brukere som har fått annen type oppfølging kunne gi nok en dimensjon til denne informasjonen.

Funksjonsvurderings-/målingsverktøy kan grovinndeles som følger<sup>22</sup>:



I IPLOS/KPR vil det utredes om det "innebygde" kartleggingsverktøyet kan brukes til å gi informasjon om det "objektive" perspektivet her. Når det gjelder det "subjektive", eller det pasientrapporterte, må en

<sup>22</sup> Kjekken I, Kvien T K, Dagfinrud H. Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:598 – 9.

sentral del av arbeidet være å igangsette en prosess for systematisk innhenting av slike opplysninger. Her er det PROM-verktøy som i første rekke er relevante (patient reported outcome measures), men PREM-verktøy (patient recorded experience measures) kan også vurderes i sammenhengen<sup>23</sup>.

Også på følge med-området blir det viktig å se på begge tjenestenivåer. Ovennevnte følge med-pyramide kan følgelig suppleres med data fra spesialisthelsetjenesten, eventuelt koblinger av data mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene (kobling mellom NPR og KPR, samt evt også med nasjonale kvalitetsregistre). Dette er i overensstemmelse med vår satsning under Nasjonal helse- og sykehusplan, prosjekt "Digi-hjem".

#### **Øvrige prosjekter, ut over "Digi-hjem", som dette arbeidet har avhengigheter til:**

- Videreutvikling av KBF (KvalitetsBasert Finansiering). Helsedirektoratet har et oppdrag om å revidere innretning av KBF for å fasilitere ønsket utvikling av spesialisthelsetjenesten.
- Videreutvikling av ISF (Innsatsstyrt Finansiering) og øvrige tilpasninger i finansieringssystemet.
- Utrede behov for nasjonal tilrettelegging for utvikling av skjemaer for pasientrapporterte opplysninger  
Dette vil kunne legge til rette for etablering av resultatindikatorer på området.
- Tiltak om etablering av PRO-undersøkelser og tilhørende rehabiliteringsregister i Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering
- Tiltak om etablering av Nordic benchmark for velferdsteknologi i regi av Nordens velferdssenter, som Helsedirektoratet deltar i, som ledd i samarbeidet under Nordisk ministerråd.

#### **Oppsummert:**

Det beskrives her flere tiltak som kan iverksettes for å nå resultatmål 3. Disse vil, hvis gjennomført som beskrevet, gi allmennheten innsikt i implementering av velferdsteknologi og hvilken kvalitet dette gir i tjenestene. Det er imidlertid et ressurskrevende arbeid som må gis prioritet, dersom det skal kunne gjennomføres.

---

<sup>23</sup> <https://www.kvalitetsregistre.no/pasientrapporterte-data>



# 6. Konsept for datadeling

## 6.1 Behov for nasjonalt lederskap

Digital hjemmeoppfølging er hittil relativt moderat utbredt, og bærer preg av isolerte initiativer med få ressurser og til dels stort verktøyfokus. Nye tjenester for digital hjemmeoppfølging krever tilrettelegging for samhandling, oppgavestyring, informasjonsflyt og endring av arbeidsprosesser på tvers av tjenestemråder og behandlingsnivåer. Dette krever effektiv informasjonsdeling – både innad i, og på tvers av, forvaltningsnivåer.

I forbindelse arbeidet med rapporten "Datadeling for digital hjemmeoppfølging"<sup>24</sup> er det gjennomført en behovskartlegging som indikerer at det er behov for en digital infrastruktur som understøtter samhandlingsbehovet i forbindelse med bruk av DHO både internt i - og mellom - forvaltningsnivå. Det er imidlertid ennå ikke entydig hvilke behov de ulike helseaktørene har for tilgang på data som pasienten selv genererer for å utføre tjenesten best mulig. Det må opparbeides mer erfaring i tjenesten med bruk av DHO før dette kan defineres. Det er også usikkerhet rundt behovets tidskritikalitet – samt hvordan behovet bør løses.

**Usikkerhet knyttet til tjenestemodeller, informasjonsdelingsbehov og sentrale rammer for datadeling i helse- og omsorgssektoren, tilsier at det er for tidlig å anbefale et løsningskonsept for datadeling i digital hjemmeoppfølging**

Det er allikevel hensiktsmessig å samle markedet raskest mulig inn på en felles vei som leder mot enhetlige måter å gjøre datadeling på innen helse- og omsorgssektoren. Dette krever nasjonalt lederskap i tett samarbeid med sektoren og leverandørmarkedet. Veien spesifiseres i fellesskap. Det er allerede igangsatt flere normerende tiltak i Direktoratet for e-helse for å legge til rette for et felles rammeverk for datadeling i helse- og omsorgssektoren. Flere DHO prosjekter ute i helse- og omsorgstjenesten har allerede identifisert behov for informasjonsdeling som vil kreve datadeling mellom IT systemer som de involverte helseaktørene benytter. Det er i rapporten argumentert for at et nasjonalt initiativ, i tett samarbeid med et utvalg av disse prosjektene, er den beste måten å gradvis spesifisere og realisere datadeling for DHO på. Arbeidet vil kunne gi verdifull kunnskap inn i det videre arbeidet med felles rammer for datadeling.

---

<sup>24</sup> "Datadeling for digital hjemmeoppfølging", rapport nr. Direktoratet for e-helse, oktober 2020

## **6.2 Anbefaling**

**Det anbefales at myndighetene samarbeider med utvalgte DHO prosjekter i sektoren for gradvis spesifisere og realisere datadeling.**

De siste års arbeid med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som tilrettelegger for datadeling innen trygghets- og mestringsområdet i kommunene, representerer tidlige trinn på veien mot felles rammer for datadeling i helse- og omsorgssektoren. Det har i dette arbeidet blant annet blitt etablert integrasjoner gjennom FHIR-baserte grensesnitt, som nå er anbefalt av Direktoratet for e-helse for bruk generelt ved datadeling i helse- og omsorgssektoren. Dette har blitt gjennomført gjennom tett samarbeid mellom kommuner og deres leverandører, og har blitt verifisert gjennom lokale realiseringer. Dette er en modell som har vist seg godt egnet i en innovasjon i et umodent landskap.

**Det anbefales at arbeidsmodellen som benyttes for etablering av datadeling innen trygghet- og mestringsområdet videreføres til også å etablere datadeling for DHO.**

Flere miljøer i helse- og omsorgssektoren som driver med velferdsteknologi har identifisert behov for å håndtere trygghet- og mestringsområdet og deler av DHO området under ett. Et eksempel på dette er det nylige etablerte innovasjonspartnerskap initiativet i Agder. Det er derfor nødvendig at teknisk tilrettelegging for datadeling kan benyttes på tvers av disse områdene. Velferdsteknologisk knutepunkt er en sentral komponent som tilrettelegger for at systemer som støtter FHIR-baserte grensesnitt kan dele data med systemer som benytter leverandørspesifikke grensesnitt (PLO EPJ system). I en situasjon der det er behov for å dele data mellom system som har tilrettelagt for datadeling på forskjellige måter så vil det være behov for en slik komponent. Dette vil være tilfelle i flere år.

**Det anbefales at velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) gjenbrukes og eventuelt videreutvikles for bruk til datadeling i digital hjemmeoppfølging.**

Det er også identifisert behov for informasjonsdeling i DHO som ikke naturlig dekkes av en videreutvikling av VKP. Et eksempel på dette er behov for at alle involvere helseaktører, og pasienter, skal kunne få tilgang til å lese og skrive i pasientens oppdaterte egenbehandlingsplan. Det vurderes nå hvordan dette kan løses i et annet pågående prosjekt ledet av Helsedirektoratet. Det er naturlig at anbefalt løsning blir prøvd ut i tilknytning til de utvalgte DHO prosjektene i sektoren, sammen med annen datadeling.

**Den trinnvise prosessen i utvalgte DHO prosjekter i sektoren kan benyttes som utprøvingsarenaer også for andre infrastrukturkomponenter etterhvert som disse utvikles.**

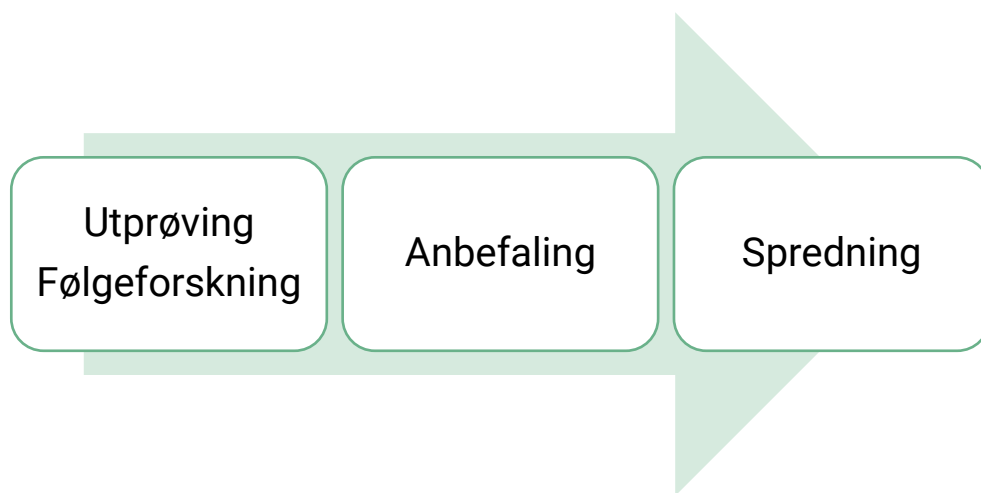
Det er spesielt viktig i denne prosessen at leverandørene som må tilrettelegge deres løsninger kan være trygge på at tilretteleggingen kan benyttes også i andre anvendelser enn DHO.

**Det må arbeides for at løsninger for datadeling i DHO som etableres utgjør steg på veien til en helhetlig nasjonal samhandlingsløsning.**

Det legges opp til et tett samarbeidet med øvrige DHO aktiviteter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram i samspillet med de utvalgte DHO prosjektene i sektoren (se kap. 4.2: Innspill til spredningsstrategi for digital hjemmeoppfølging i 2021 – 2022).

# 7. Nye utprøvningsområder

Som beskrevet har prosjektene trygghet og mestring, medisinsk avstandsoppfølging/digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi til barn og unge vært gjennomført etter følgende programlogikk:



Det foreslås nå å utrede utprøving på nye teknologi- og tjenesteområder. Det vil vurderes behov for å yte tjenester på nye måter også innenfor øvrige deler av helse- og omsorgstjenestens innsatsnivåer. Erfaringer sanket i forbindelse med covid-19 indikerer at det er behov for å gjøre tjenestene bedre i stand til å håndtere uforutsigbare situasjoner (som en pandemi), i tillegg til de mer langsiktige tilpasningene som er nødvendige for å sikre økt bærekraft. Et område som har vært gjennom en satsning den senere tiden har vært habilitering og rehabilitering (gjennom regjeringens opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019<sup>25</sup>). Det er nå igangsatt en evaluering av denne opptrappingsplanen, som skal munne ut i forslag til måter å styrke feltet i framtiden. Her vil det sannsynligvis komme forslag om innovasjon og nyskaping på feltet, særlig ettersom statistikk viser at dette var et område som ble særlig rammet av og nedstengt som følge av pandemien. Velferdsteknologi og digitale verktøy ville kanskje kunne ha motvirket noe av denne nedstengingen og øket disse tjenestenes robusthet i møte med uforutsette utfordringer.

Resultatmål 5 med tilhørende tiltak vil kunne munne ut i anbefaling om ny utprøving, blant annet etter modell fra prosjektet "Innovativ rehabilitering Indre Østfold"<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/id2517920/>

<sup>26</sup> <http://www.iomk.no/innovativ-rehabilitering-indre-ostfold-prosjekt.405046.no.html>

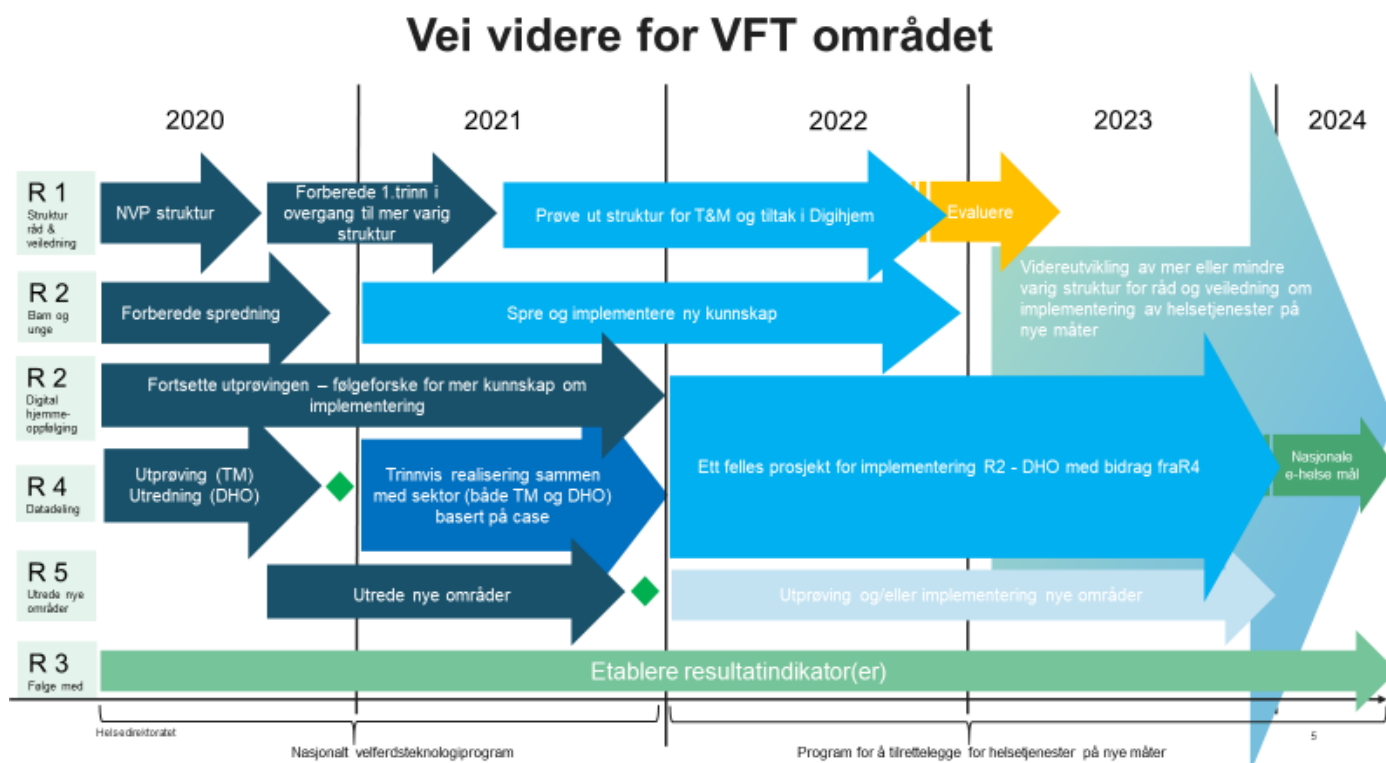
# 8. Plan for videre arbeid i 2021-2023

## 8.1 Overordnet veikart og hovedaktiviteter videre

Som anbefalt i budsjettinnspill for 2021 videreføres budsjetttrammene for programmet slik at det kan etableres en plattform for å forberede overgangen til 2022 i et nytt program som har som formål å tilrettelegge for helsetjenester på nye måter.

Figuren under viser overordnet veikart for aktivitet for hvert av resultatmålene.

Figur 4: Overordnet veikart



## 8.2 Strategi og innretning for videre nasjonal innsats

Som beskrevet i kap.2.3 anbefales det å se hen mot et videre utvalg av nasjonale satsninger for retning, herunder Nasjonal helse- og sykehusplan og Nasjonal e-helsestrategi (tilrettelegge for tjenester på nye måter). Strategi og videre innretning er sett i sammenheng med anbefalt strategi for å tilrettelegge for raskt å øke bruk av digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling.

### 8.2.1 Strategi

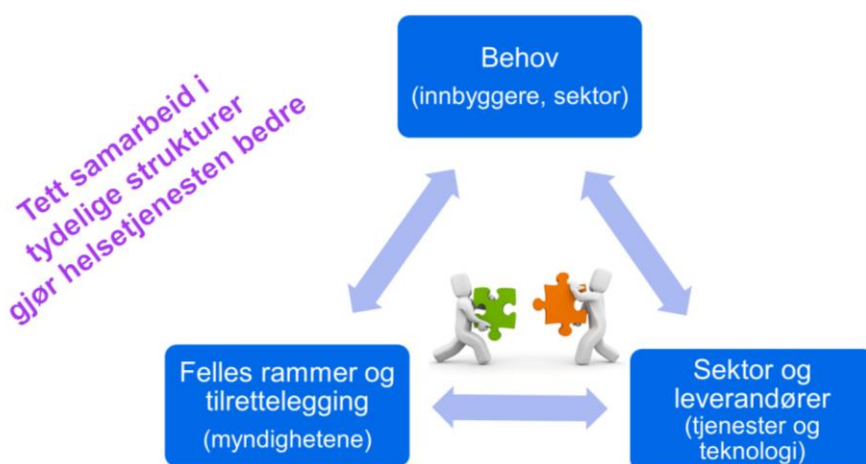
Det legges vekt på en innretning som gir pasient og tjeneste verdi på kort sikt, med et helse- og omsorgsfaglig perspektiv og der det legges til rette for effektive tjenester som møter dagens utfordringer og behov.

Det viktigste å løfte frem i denne sammenhengen er behovet for en **PÅDRIVER** som stimulerer til implementering og endring.

Erfaring, kunnskap og kompetanse om velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling finnes i tjenesten og mange har et sterkt ønske om å bidra. En nasjonal pådriver må ta utgangspunkt i den kunnskapen som finnes og legge til rette for kunnskapsdeling og læring mellom kollegaer.

Det må etableres strukturer som sikrer at den kunnskapen som finnes deles, ved statlig koordinering, der det kan etableres fagnettverk på definerte områder, og med en trinnvis tilnærming.

Figur 5: Samarbeidsstruktur



Strukturen må ha en horisont med varighet i 3-5 år, men evalueres underveis for å sikre at innretningen er adekvat i forhold til behov.

### **8.3 Hovedaktiviteter i 2021**

Med utgangspunkt i overordnet veikart i kap.7.1 og anbefalingene i kap.2-7 ser vi følgende hovedaktiviteter for 2021, som i dialog med departementet eventuelt kan bearbeides videre til oppdrag.

1. Utarbeide sluttrapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram.
2. Forberede ny programstruktur for å tilrettelegge for helsetjenester på nye måter. Herunder:
  - a. Konkretisere forslag om nasjonal koordinert innsats for råd og veiledning for raskt å øke bruk av digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling.
  - b. Konkretisere forslag om ny utprøving, f.eks. innen rehabilitering og velferdsteknologi.
3. Utarbeide nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging.
4. Forberede overgang til felles prosjekt for trinnvis implementering av digital hjemmeoppfølging
5. Utarbeide nasjonale faglige råd om velferdsteknologi i tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne.
6. Forberede og iverksette nasjonalt nettverk for kunnskapsdeling om implementering av velferdsteknologi (avgrensning til Trygghet og mestringsområdet i første trinn).
7. Etablere samarbeid med kommuner og fylkesmannen om implementering og spredning av velferdsteknologi i tjenester til barn, unge og voksne med medfødt og tidlig ervervet funksjonsnedsettelse.
8. Planlegge, forberede og igangsette styrking av utviklingssentrene som del av kompetansemiljø på velferdsteknologiområdet.
9. Bedre evnen til å følge med på utviklingen innen velferdsteknologi, både nasjonalt og på tvers av de nordiske landene. Herunder går økt fokus på helsestatistikk og kvalitetsindikatorer innen feltet.
10. Trinnvis spesifisering og realisering av datadeling innenfor et behandlingsnivå og på tvers av behandlingsnivåer knyttet til prioriterte behov innen digital hjemmeoppfølging og trygghet- og mestringsområdet

## Velferdsteknologi etter 2020

### Utgitt

[Dato]

### Bestillingsnummer

[BESTILLINGSNR]

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 810 20 050

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### Forsidefoto

Navn xxxxx

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)