

# Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud

En kartleggingsstudie

Per Gunnar Disch og Heidi Johnsen



7  
15

Per Gunnar Disch og Heidi Johnsen

Per Gunnar Disch og Heidi Johnsen

# **Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud**

En kartleggingsstudie

Senter for omsorgsforskning, Sør  
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

2015



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 7/2015

Tittel: Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i  
kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud

Forfattere: Per Gunnar Disch og Heidi Johnsen

Rapporten er kvalitetssikret av:

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-009-0

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-008-3

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

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

## SAMMENDRAG

Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i

Telemark, Vestfold og Buskerud er en kartleggingsstudie av hvordan kommunene i regionen, planlegger, prioriterer og anvender velferdsteknologiske løsninger i omsorgstjenesten. I tillegg belyser studien kompetanse og kompetansebehov på feltet i kommunene.

Kapittel én inneholder en redegjørelse det for studiens bakgrunn, formål og nytteverdi. Her redegjøres det for sentrale styringsdokumenter som danner grunnlaget for både politikk og praksis med hensyn på utvikling, kompetanse og kompetansebygging i kommunene. Studiens overordnede formål er å gi innspill til nasjonal og regional politikktutvikling på området og også bidra til å gi en retning for kompetanseutvikling. Deretter blir begrepet velferdsteknologi innholdsbestemt. Det finnes ingen felles definisjon verken på engelsk eller norsk. Vi har derfor valgt å støtte oss til begrepsforståelsen som er anvendt i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Begrepet defineres her på følgende måte:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU 2011:11 s. 99)

I kapittel to ser vi i korte trekk på velferdsteknologiens forutsetninger, muligheter og begrensninger. Mye av stoffet her er hentet fra NOU 2011:11.

Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi er tema for kapittel tre. Her redegjør vi for programmet på bakgrunn av det som framkommer i St. meld 29 (2012 – 2013) Morgendagens omsorg, som anbefaler slik etablering. Videre ser vi nærmere på fagrapporten «Velferdsteknologi» som kom fra Helsedirektoratet i 2012.

I tråd med Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal programmet fremme forebyggende arbeid, tidlig innsats og rehabilitering, og legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner, brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige organisasjoner, spesialisthelsetjenesten og næringslivet (Meld St. 29 (2012 – 2013)).

Programmet hadde et budsjett på 34 millioner for 2014. Programmet skal i første omgang bestå av ti enkeltstående prosjekter med 32 deltakerkommuner. I dette ligger å følge med forskning på hvert prosjekt – praksisnær forskning. De deltagende kommunene får i tillegg:

- Kostnadsfri kompetanseheving innen velferdsteknologi, anskaffelsesprosesser og gevinstrealisering.
- Kostnadsfritt tilbud om kompetanseheving på hvordan kjøre tjenesteinnovasjonsprosjekter.
- Kostnadsfri prosessveiledning underveis.
- Tilskudd til egne prosjektkostnader.

Kapittelet beskriver undersøkelsesopplegget i studien. Kartleggingen har i hovedsak vært gjennomført ved bruk av spørreskjema. I tillegg er det gjennomført ustrukturerte samtaler/dialoger om temaet med alle kommunene i Telemark. Data fra disse intervjuene er brukt for å underbygge analyser av kvantitative data.

Spørreskjemaet ble distribuert til kommunalsjefer/pleie- og omsorgssjefer i alle kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud, totalt 53 kommuner. Vi har fått svar fra 36 kommuner, noe som utgjør en svarprosent på 68. Svarene fordeler seg ganske jevnt på små, mellomstore og store kommuner.

Det er viktig å understreke at det datasettet som ligger til grunn for rapporten ikke kan gi et fullstendig bilde av hvordan situasjonen er i alle kommuner i Telemark, Vestfold og Buskerud.

Men vi antar at våre data tegner et rimelig bilde av de viktigste sider ved status og svargivers syn på framtidige utfordringer.

I kapittel fem til åtte presenteres respondentenes svar på spørreundersøkelsen. Kapittel fem omhandler kommunenes planlegging, prioritering og bruk av velferdsteknologi.

Tallene viser at godt over halvparten av kommunene har satt velferdsteknologi på plankartet, enten ved at de har en egen plan, arbeider med en plan, eller har planer om å utvikle en slik plan. Dette må sies å være en positiv utvikling. Likevel svarer over en tredjedel av respondentene at de ikke har velferdsteknologi på plankartet. Samlet viser dataene at det fortsatt er grunn til å fokusere på og understreke behovet for å intensivere planarbeidet på området.

På spørsmål om prioritering svarer også her over halvparten at innføring av velferdsteknologi er et prioritert område i noen eller stor grad. 42 % oppgir at de prioriterer det i liten grad. Av de som prioriterer i liten grad, sier flertallet at dette er et område som i mindre grad har vært administrativt og politisk prioritert. Ut fra kommentarene ser vi at økonomi og struktur både organisatorisk og teknisk ser ut til å spille en vesentlig rolle. I mellomstore og små kommuner er dette mest utbredt.

Når det gjelder spørsmål om i hvor stor grad kommunene benytter velferdsteknologiske løsninger svarer 50 % at de benytter det i noen grad og 6 % i stor grad.

Nær halvparten oppgir at de benytter det i liten grad.

Sammenlignet med en undersøkelse foretatt av Hoen og Tangen i 2011, er det grunn til å tro at bruk av trygghetsalarm er et stort innslag hos de 50 % som benytter teknologien i noen grad.

For å forklare hvorfor 44 % i liten grad benytter teknologi, spurte vi dem direkte om dette. Flertallet av de som svarer på dette oppgir svak og manglende kompetanse, manglende politisk og administrativ prioritering, økonomi, manglende kapasitet og ressurser som årsak.

Overordnet nasjonalt mål for bruk av velferdsteknologi er at teknologien skal tas i bruk som en integrert del av kommunens tjenestetilbud. På bakgrunn av det spurte vi kommunen om hvilke arenaer og områder velferdsteknologiske løsninger anvendes på.

Nær 70 % sier at de bruker velferdsteknologiske løsninger både i sykehjem og hjemmetjenester.

Nesten alle respondentene svarer at de bruker velferdsteknologi i stor eller noen grad i forhold til trygghet, noe som igjen understøtter tidligere studier. 17 % benytter det i forhold til velvære og 25 % i forhold til sosial kontakt. Ut fra disse dataene synes det å være et større potensiale for bruk av velferdsteknologi både på områdene velvære og sosial kontakt.

Brukermedvirkning er tema for kapittel seks. Prinsippet om brukermedvirkning er en politisk målsetting som blant annet er nedfelt i Nasjonal helseplan. Vi spurte utvalget vårt om i hvor stor grad brukere av tjenestene og pårørende er involvert i å utforme tilbudet om velferdsteknologiske løsninger. Svarene viser at over halvparten av kommunene involverer brukerne i stor eller noen grad. 44 % oppgir at de i liten eller ingen grad har involvert brukerne.

Når det gjelder pårørende sier godt over halvparten at de i liten eller ingen grad har involvert pårørende, mens 42 % oppgir at de har gjort det i stor eller noen grad.

Kapittel syv i spørreundersøkelsen inneholder en rekke påstander rundt holdninger til velferdsteknologi.

Holdninger til bruk av velferdsteknologi er tema for kapittel syv. Det er stor enighet blant respondentene at bruk av velferdsteknologi både kan forebygge økt hjelpebehov og bidra til mer trygghet og selvstendighet for den enkelte bruker med funksjonssvikt.

Det er også enighet om at økt bruk av velferdsteknologi vil kunne gi bedre kvalitet på omsorgstjenestene og frigjøre personellressurser i hjemmetjenesten.

Nesten hundre prosent mener at større satsing på kompetansebygging blant ansatte er en viktig forutsetning for økt bruk.

Et stort flertall mener at det vil være et omfattende økonomisk løft for kommunen å gi tilbud om velferdsteknologiske løsninger til alle som kunne trenge det og at bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi.

Økt bruk av velferdsteknologi har også utfordret lovverket, spesielt på området varslings- og lokaliseringsteknologi.

Nær halvparten av respondentene mener at lovverket kan være til hinder for en mer utstrakt bruk av teknologi i kommunen.

Nær alle respondentene svarte at større satsing på kompetansebygging blant ansatte er en viktig forutsetning for økt bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene.

I kapittel åtte ser vi nærmere på kompetanse og kompetansebehov. Et flertall på 75 % av svargiverne oppgir at de liten kompetanse på området. Kompetansen øker noe med størrelsen på kommunene.

Hvilken kompetanse savner så kommunene? Her svarer respondentene alt fra kunnskap om hva som finnes av løsninger, teknisk infrastruktur, lovverk, konsekvenser i forhold til økonomi, brukererfaringer og kvalitet på produkter og løsninger. Dette viser tydelig at det er behov for kompetanseløft på mange områder.

På spørsmål om hvor det ville være mest naturlig å henvende seg i forhold til opplæringsbehov, viser dataene at det å få bistand fra en annen kommune er et tydelig førstevalg. Deretter følger utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og Senter for e-helse ved en regional høgskole eller et universitet. Leverandørindustrien følger deretter og helt til sist følger konsulentbransjen.

Dette viser igjen viktigheten av delekulturen mellom norske kommuner. Dette med å få bistand og erfaringsutveksling fra «likemenn» syntes å være viktig. Læringsnettverk er også viktig her. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har også en viktig rolle på området. Antakelig både som fasilitator av utdanning, drivere av kunnskapsutveksling mellom kommuner og som utviklingsaktør for praksisnære utdanningsprogrammer.

Universiteter og høgskoler og senter for e-helse syntes også å befeste sin posisjon som opplæringsaktør. Erfaringene fra Universitetet i Agder, Senter for e-helse viser at de har hatt stor suksess med sitt innføringsprogram i velferdsteknologi, 5 stp.

Det knytter seg forventninger til leverandørindustrien som både leverandør og opplæringsagent. Erfaringer viser at dette i noen tilfeller er en god løsning, i andre noe mindre god. Det er grunn til å tro at leverandørindustrien har større mulighet til å bli en god opplæringsaktør i store kommuner der grunnkompetansen både som bestiller og utvikler er større.

Konsulentbransjen scorer tydelig dårligere når det gjelder førstevalg som kompetanseleverandør.



Hovedfunnene i denne kartleggingen skiller seg ikke vesentlig fra funnene i Hoen og Tangens spørreundersøkelse fra 2011. Det indikerer at det er en stor jobb å gjøre, selv om det er positive endringer på gang. Det er grunn til å tro at mange kommuner vil satse, men utfordringene knyttet til økonomi, kompetanse og bestiller kunnskap har satt bremsen for mange. Mangel på politisk prioritering og planlegging er også en viktig årsak til at en ikke er kommet lenger i denne satsingen.

I kapittel ni avslutter vi rapporten med å fremheve noen hovedpunkter fra den tematiske gjennomgangen. Her trekker vi fram en del punkter vi mener det er viktig å satse på for både å styrke planlegging, prioritering og implementeringen av velferdsteknologien i kommunene. Et viktig fokus for oss har vært kompetanse og kompetanseutvikling noe som ligger implisitt i dette.

Spørsmålene om hvordan en kan lykkes i arbeidet med utvikling og implementering av velferdsteknologi i kommunene, kan ikke i sin helhet besvares i denne rapporten. Men vi har valgt å peke på noen sentrale forutsetninger for å øke sjansene for å lykkes:

- Gi mindre kommuner støtte gjennom midler som forvaltes av fylkesmannen til å styrke og utvikle innovasjonsarbeidet på velferdsteknologiområdet.
- Styrke kommunene økonomisk slik at kommunene kan få en reell risikoavlastning på området.
- Styrke plankompetansen i kommunene for igjen å skape det nødvendige beslutningsgrunnlaget for politikere.
- Styrke og koordinere samarbeidet bedre mellom kommuner som har nasjonalt finansierte prosjekter og kommuner som ikke har slike prosjekter.
- Utvikle og styrke det tverrfaglige samarbeidet gjennom utvikling av gode strategier for utvikling og implementering.
- Styrke kompetansen i kommunene gjennom systematisk opplæring av personell både internt og gjennom samarbeid med Utviklingssentrene, universitets og høgskolesektoren.
- Arbeide systematisk og kontinuerlig med å utvikle en kultur for kompetanse
- for hvordan medarbeidere som har deltatt i kompetansehevingsaktiviteter får videreformidle sin kunnskap.
- Styrke brukermedvirkningen i utvikling og implementeringsarbeidet.

- Styrke og utvikle utdanning og forskning i samarbeidet med de kommunale omsorgstjenestene.

Utvikling og implementering av bærekraftige og driftssikre velferdsteknologiske løsninger er svært utfordrende, det har denne studien vist. Gode rammer, regelverk, kunnskap og kompetanse er sentrale stikkord. Utfordringene vi her skisserer er ikke uoverkommelige, men krevende øvelser i et bredt samarbeid.



## FORORD

Prioritering og kompetanse i bruk av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud er en kartleggingsstudie av hvordan kommunene i regionen, planlegger, prioriterer og anvender velferdsteknologiske løsninger i omsorgstjenesten. I tillegg belyser studien kompetanse og kompetansebehov på feltet i kommunene.

Studien kan sies å være en videreutvikling av prosjektet «Bo trygt og godt hjemme» gjennomført av Aud Findal Dahl og Mariann Fossum ved Senter for omsorgsforskning Sør, ved Universitetet i Agder i 2012. Formålet med prosjektet var å kartlegge Agder-kommunenes bruk av velferdsteknologi.

Formålet med denne studien er å søke kunnskap om, planlegging, prioritering og bruk av velferdsteknologi, og også belyse kompetanse, kompetansebehov i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud. Studien har også som et viktig formål å gi innspill til nasjonal og regional politikkutvikling på området og også bidra til å gi en retning for kompetanseutvikling.

Vi håper data og framstilling i rapporten kan være nyttig med hensyn på utvikling av kompetansetiltak innen satsningen: Kompetanseløft 2020.

Hovedvekten i denne rapporten ligger på å framstille hovedtrekk i det datamaterialet som er samlet inn. Data fra prosjektet vil ved en senere anledning bli utdypet og analysert nærmere i artikkelform.

Kartleggingsstudien er gjennomført av Senter for omsorgsforskning Sør. Førstelektor Per Gunnar Disch har vært prosjektleder og Heidi Johnsen, Prosjektleder ved Utviklingscenter for hjemmetjenester i Telemark har vært prosjektmedarbeider.



Studien er finansiert gjennom samarbeidsmidler med praksis, fra Høgskolen i Telemark og av Senter for omsorgsforskning Sør.

Prosjektleder vil rette en takk til respondentene i undersøkelsen for arbeidet med utfylling av spørreskjema og bidrag ved intervju.

Prosjektet er gjennomført i henhold til de retningslinjer datatilsynet/NSD har for denne typer studier.

Per Gunnar Disch  
Prosjektleder

Heidi Johnsen  
Prosjektmedarbeider



# INNHOOLD

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	PROSJEKTETS BAKGRUNN, FORMÅL OG NYTTEVERDI	2
1.2	VELFERDSTEKNOLOGI	7
1.3	RAPPORTENS OPPBYGGING	8
<b>2</b>	<b>VELFERDSTEKNOLOGIENS FORUTSET- NINGER, MULIGHETER OG BEGRENSNINGER</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>NASJONALT PROGRAM FOR UTVIKLING OG IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>KARTLEGGINGSSTUDIENS METODE OG DATAGRUNNLAG</b>	<b>17</b>
4.1	DATAINNSAMLING	17
4.2	DATAGRUNNLAG	18
4.3	METODISK KOMMENTAR	19
<b>5</b>	<b>PLANLEGGING, BRUK OG PRIORITERING AV VELFERDSTEKNOLOGI</b>	<b>21</b>
5.1	PLANLEGGING	21
5.2	KOMMUNENES BRUK OG PRIORITERING AV VELFERDSTEKNOLOGI	23
5.3	PRIORITERING AV VELFERDSTEKNOLOGI	26



<b>6</b>	<b>BRUKERMEDVIRKNING</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>HOLDNINGER TIL BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI I OMSORGSTJENESTEN.</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV</b>	<b>37</b>
	8.1 DEN KOMMUNALE KOMPETANSEN	38
	8.2 HVEM BØR IVARETA OPPLÆRINGEN	39
	8.3 INNHOLD I KOMPETANSE-BYGGENDE TILTAK	41
	8.4 UTVIKLINGSENTRENE SOM KUNNSKAPSBASER	42
	8.5 FRA KOMPETANSE TIL PRAKTISK HANDLING	44
<b>9</b>	<b>AVSLUTTENDE KOMMENTARER</b>	<b>45</b>
	LITTERATUR	49
	TABELL	53
	FIGUROVERSIKT	55





# 1 INNLEDNING

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er arbeidsintensive virksomheter, der møtet mellom mennesker er viktig og nødvendig.

Nye brukergrupper med endrede behov, demografisk utvikling og rekruttering av helsepersonell peker, i tydelig retning, på at vi må tenke annerledes om omsorgstjenestene i framtida. Et sterkere ønske om at folk skal bo lengre hjemme og en tidligere utskriving av pasienter fra sykehus til kommune, krever supplerende løsninger i forhold til de vi i dag benytter oss av. Et av flere virkemidler for å møte disse utfordringene er utvikling og implementering av velferdsteknologi.

Stortingsmeldingen Et nyskapende og bærekraftig Norge (St. meld. nr. 7 2008-2009), understreker tydeligheten i dette, og fremstiller viktige og tydelige ambisjoner gjennom målsettinger for innovasjonspolitikken i Norge. I meldingen spesifiseres det blant annet at innovasjonsevnen i offentlig sektor skal styrkes spesielt i helse- og omsorgstjenestene.

Prognoser viser at antall innbyggere over 80 år vil være fordoblet og at vi vil mangle 40 000

helsearbeidere i Norge om 20 år. Hagen-utvalgets utredning: Innovasjon i omsorg (NOU2011:11) peker på at disse fremtidige omsorgsutfordringene ikke kan løses bare ved hjelp av mer fagpersonell og flere institusjoner. Det blir og er derfor et viktig offentlig ansvar å bidra til videreutvikling av fellesskapsløsninger tilpasset nye behov, gjennom blant annet utvikling og implementering av ny teknologi (Næss Jensen 2014).

Hovedmålsettingen med innføring og implementering av velferdsteknologi er å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, gi støtte til pårørende og bidra til å forbedre

tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet (NOU 2011:11).

For å lykkes med denne satsningen er en viktig nøkkel kunnskap og kunnskapsutvikling på ulike nivå gjennom kommunal tjenesteinnovasjon, og utvikling av virkemidler som er tilpasset kommunenes behov og som sikrer at velferdsteknologiske løsninger tas bredt i bruk. Men før en kommer dit, må både implementering og utvikling av teknologien i kommunene komme på den politiske agendaen gjennom planlegging, prioritering og kompetansebygging. Det er grunn til å tro at det «stopper» seg litt her for mange kommuner. De økonomiske løftene på området syntes å være utfordrende.

Senter for omsorgsforskning Sør og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Telemark ser på denne studien som en mulighet til å bidra med en oversikt over kunnskapsbehov på området og vil benytte data fra studien i forhold til ulike opplæringstilbud for sektoren, videre forskning og sist, men ikke minst gi et bidrag til videre politikkutforming på området.

I tillegg vil vi også benytte data fra studien inn i utvikling av undervisning og opplæringstilbud til kommunene.

Data fra prosjektet vil bli stilt til rådighet for regionens kommuner og fylkesmannsembeter, Helsedirektorat og Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg vil datasettet bli lagret i det nyetablerte Omsorgsforskningsbiblioteket.

## 1.1 PROSJEKTETS BAKGRUNN, FORMÅL OG NYTTEVERDI

En økende satsning på velferdsteknologi er nevnt i flere overordnede styringsdokumenter. Nedenfor vil vi redegjøre for noen av de dokumentene vi oppfatter som mest sentrale med hensyn på overordnet politikk. For å danne et godt bakteppe for studien og de resultater som framkommer, vil vi nedenfor redegjøre for noen viktige omsorgspolitiske føringer som framkommer i sentrale styringsdokumenter for politikkutforming på området.

Det sentrale grunnlagsdokumentet til Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 er St.meld. nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010

– 2011)) viderefører og understreker Samhandlingsreformens målsettinger. Stortingsmeldingen nevner ikke velferdsteknologi spesielt, men omtaler det som et virkemiddel. Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken foreslås utvidet, der økt fokus gis forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige fase. Det legges til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene.

Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp kan ivretas. Nasjonal helse- og omsorgsplan fokuserer på arbeid med å fremme god helse, utjevne sosiale helseforskjeller og trekker fram virkemidler som skal utvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at tjenestene utvikles for at brukerne gis gode muligheter for livskvalitet og mestring. I meldingen blir velferdsteknologi sett på som et virkemiddel for å styrke den kommunale innovasjonen for å styrke personell og brukere. I dette legges det vekt på innovasjon gjennom ny teknologi som gir brukerne muligheter til å leve selvstendig og mestre hverdagen.

NOU 2011:11 gir tydelig anbefalinger om økt satsing på velferdsteknologi – både som verktøy i kommunale omsorgstjenester, men også i tilknytning til økt satsing knyttet til «næromsorg» og nytt samarbeid mellom kommuner, frivillige, nærmiljø, pårørende og ideelle virksomheter (omsorgsfellesskapet). Velferdsteknologi kan bane vei for nye samarbeidsmønstre og nye måter for oppgaveløsning og samvirke mellom disse.

NOU 2011:11 presiserer velferdsteknologien som et viktig bidrag for å understøtte en ny utvikling og være et av flere tiltak med større vekt på «hjelp til selvhjelp», selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering. På den måten kan velferdsteknologien bidra til å dekke behov som omsorgstjenestenes nye brukergrupper har, og være godt tilpasset nye seniorgenerasjoners behov. Teknologien skal utfordre folk til å ta ansvar, både for velferdsordningene, sitt eget liv og i relasjonene til andre mennesker i det daglige. Den skal også bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenesteansvarlige, nærmiljø, familie og frivillige. På denne måten kan teknologi også fremme egenstyring

og uavhengighet og bidra til at folk kan klare seg selv, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologien vil derfor ikke skape revolusjon i omsorgstjenestene. Sterkere fokus på å utnytte de muligheter teknologien gir, vil ikke alene være avgjørende for omsorgstjenestenes evne til å møte framtida, noe det er viktig å være oppmerksom på.

«Ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare cirka 20 prosent av de endringene som blir satt i verk. Det meste dreier seg om arbeidsformer og organisering» (Dorthe Kusk (2010) i NOU 2011:11).

Flere av de som arbeider på dette feltet støtter Kusk i sin påstand. Uttalelser sier at utfordringene handler 20 % om teknologi og 80 % om organisasjon. Trygghetsalarmen kan illustrere det. Selve utplasseringen av teknologien og opplæring av brukeren er lite sammenlignet med de organisatoriske virkningene av at brukere nå kan uttrykke hjelpebehov som må møtes med rask utrykning om det i det hele tatt skal være trygghet i alarmen.

I stortingsmeldingen om velferdsutdanningene Meld. St. 13 (2011-2012) nevnes velferdsteknologi som viktig i fremtidens velferdsutdanninger.

Regjeringen lanserte i april 2012 digitaliseringsprogrammet, der målet er en fulldigitalisering av offentlig sektor. Programmet omtaler velferdsteknologi slik:

«Regjeringen vil også bidra til at ny velferdsteknologi tas i bruk. Ny velferdsteknologi gir oss nye muligheter til å klare hverdagen bedre på egen hånd og holde kontakt med omverdenen til tross for sykdom og funksjonstap. Det kan dessuten gi økt trygghet for pårørende og frigjøre tid for helsepersonell. Velferdsteknologien vil sammen med telemedisin (hvor pasient og behandler er to forskjellige steder) og nye samarbeidsformer bidra til at flere viktige helse- og omsorgstjenester kan inngå i hjemmetjenestetilbudet eller utføres lokalt i stedet for på sykehus. Sykehjem og omsorgsboliger som bygges eller moderniseres med finansiering gjennom Husbanken, skal være tilrettelagt for bruk av velferdsteknologi og smarthusløsninger (FAD 2012).»

Morgendagens Omsorg (Meld. St. 29 (2012 – 2013) viderefører anbefalinger fra NOU 2011:11. Her legges det vekt på samarbeid på tvers av sektorer og med næringslivet. Meldingen anbefaler etablering av et nasjonalt

velferdsteknologiprogram for å hente frem den kunnskap, de verktøy og tjenestemodeller som kommunene har behov for, slik at velferdsteknologiske løsninger kan implementeres bredt som del av helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi lanseres med følgende hensikt å:

- Etablere standarder for velferdsteknologi.
- Utvikle og prøve ut velferdsteknologiske løsninger i kommunene.
- Sikre kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger, der programmet skal bidra til ny forskningsbasert praksis.
- Bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi.
- Gjennomføre kompetanseheving, bla. gjennom videreutvikling av KS sitt «Veikart for velferdsteknologi».

Hovedmålsettingen med programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Det sies videre at i tråd med samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal programmet fremme forebyggende arbeid, tidlig innsats og rehabilitering, og legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner og brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelsetjenesten og næringslivet.

Helsedirektoratet har i dag ansvaret for gjennomføring av programmet (Meld. St. 29 (2012 – 2013)). I tillegg til dette sier meldingen også noe om kompetanseheving. Her blir det presisert at for å få effekt av velferdsteknologiske løsninger må opplæring og kompetanseheving av ansatte, brukere og pårørende skje både i forkant av og parallelt med innføring av velferdsteknologi. I hovedsak må opplæringen foregå som internopplæring i kommunene i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Implementering av velferdsteknologi forutsetter en samtidig satsing på tjenesteinnovasjon. Helsedirektoratet fraråder at det iverksettes en satsing på velferdsteknologi hvis det ikke samtidig sikres at kommunene settes i stand til å gjennomføre nødvendig tjenesteinnovasjon. I tillegg er det behov for en «pådriver» - både i forhold til å legge til rette for velferdsteknologiske løsninger, men også for å stimulere



kommunal tjenesteinnovasjon. Utover dette er det behov for å spre kunnskap om de muligheter, utfordringer og begrensninger som velferdsteknologiske løsninger kan gi de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Informasjon må også gis til brukere og pårørende som kan nyttiggjøre seg av velferdsteknologiske løsninger.

Markedet for velferdsteknologi er umodent, dvs. at det mangler «pådrivere» som kan sikre at det etableres kommunal og privat etterspørsel. Det er naturlig at kommunene inntar en slik pådriverrolle for offentlig etterspørsel, men det er et stykke igjen til at robuste løsninger mht. brukertilpasning, brukerterskel, teknisk driftssikkerhet, vedlikeholds regime mv. er etablert for de fleste produktområder. Det er behov for økt utvikling og utprøving av løsninger. Situasjonen med et umodent marked forsterkes ved at kommunene har behov for økt bestiller-kompetanse for å utøve funksjonen som «krevende kunde», samt at det i liten grad eksisterer standarder på området. (NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg)

For å få effekt av velferdsteknologiske løsninger peker regjeringen gjennom (Meld. St. 29 (2012 – 2013) på at opplæring og kompetanseheving av ansatte, brukere og pårørende må skje både i forkant av og parallelt med innføring av velferdsteknologi. I hovedsak bør opplæringen foregå som internopplæring i kommunene, gjerne i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Videre blir det påpekt viktigheten av at framtidige tjenesteytere får god opplæring i utdanningsinstitusjonene.

En studie gjennomført av Findal og Fossum i 2012 i Agderkommunene viser at det ligger et stort og uutnyttet potensial i bruk av omsorgsteknologi i den kommunale omsorgstjenesten. Planer og mangel på strategi er også et funn i denne studien. Ut fra dette er det grunn til å tro at mangel på kunnskap og kunnskapsutvikling på området også er mangelfullt og utbredt flere steder i landet.

Med bakgrunn i dette og tidligere studier gjennomført bl.a. av KS i 2011 (Willersrud og Tangen 2012) og fokuset i kompetanseløft 2020 ønsket vi nå å se nærmere på situasjonen også i Telemark, Vestfold og Buskerud.

Regionen vi fokuserer på har mange mindre kommuner. Forskjellige kommuner som både har politiske, økonomiske, organisatoriske, kompetanse og arealmessige utfordringer. Tidligere studier (Disch og Vetvik 2009 og Vetvik og Disch

2013) indikerer at mindre kommuner har større utfordringer knyttet til planlegging, politisk prioritering, økonomi strategitvikling og kompetansebygging på nasjonale satsningsområder, enn store kommuner. Selv om mange med denne kommunetypologien er gode på interkommunalt samarbeid, gjør det at det er ekstra interessant å følge utviklingen på området.

Formålet med dette prosjektet er å søke kunnskap om kompetanse, kompetansebehov og planer for implementering av velferdsteknologi i kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud og samtidig tegne et bilde av status på området. Et viktig formål er også å se nærmere på hvordan innføring av velferdsteknologi er satt på den politiske dagsorden. Videre vil studien gi data til analyser som kan bidra til å underbygge politiske beslutninger regionalt. Sist, men ikke minst ønsker Senter for Omsorgsforskning Sør og utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester å bidra inn til utvikling/videreutvikling av opplæringstilbud for kommunene i regionen, i samarbeid med blant annet UIA senter for e-helse, med hensyn på å styrke kvaliteten og tjenesteutøvelsen på området.

## 1.2 VELFERDSTEKNOLOGI

Begrepet velferdsteknologi er mangfoldig. Det finnes ingen felles definisjon av begrepet verken på norsk eller engelsk (Laberg 2011, Seland 2013). Velferdsteknologi overlapper andre begreper som telemedisin, e-Helse, IKT-utviklingen generelt og utviklingen av hjelpemidler formidlet gjennom hjelpemiddelsentralene. Denne mangelen på en tydelig definisjon av begrepet kan fort føre til at det blir utvannet og at alt som har med velferdsteknologibruk innen omsorgstjenestene å gjøre fort blir til velferdsteknologi (Laberg 2011, Seland 2013).

Enkelte bruker velferdsteknologi som begrep for å beskrive bruk av teknologi på velferdsområdet i vid forstand. Ut fra de praktiske hensyn der denne studien har sitt nedslagsfelt har vi funnet det mest hensiktsmessig med en avgrenset forståelse av begrepet og støtter oss derfor til KS og Hagen utvalget sin innholdsbestemmelse. (KS og NHO 2009; AALIANCE 2009, NOU 2011:11):

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet,

sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU 2011:11 s. 99).

Helsedirektoratet har i sin fagrapport om implementering av velferdsteknologi (Helsedirektoratet 2012) også brukt denne definisjonen.

### 1.3 RAPPORTENS OPPBYGGING

Denne rapporten inneholder presentasjon og analyser av hovedtrekk ved de data vi har samlet inn i en spørreskjemaundersøkelse til kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud høsten 2014. I tillegg har vi brukt data fra dialogmøter mellom fylkesmannen i Telemark, fylkets kommuner og Utviklingssenter for hjemmetjenester, for å understøtte analysene i rapporten.

Rapporten er delt inn i ni hovedkapitler. Den første delen er en introduksjon til studien. I del to følger et avsnitt om velferdsteknologiens muligheter og begrensninger. En kort presentasjon av nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi, følger som del tre. Del fire utgjør metode og datagrunnlaget for studien. I kapitlene fem til åtte belyses følgende temaer: Kommunenes bruk og satsning på velferdsteknologi, planlegging, interkommunal samhandling, holdninger til bruk av velferdsteknologi og kompetanse og kompetansebehov. Til sist i kapittel ni følger avsluttende kommentarer og noen pekepinner for veien videre.

## 2 VELFERDSTEKNOLOGIENS FORUTSETNINGER, MULIGHETER OG BEGRENSNINGER

I dette kapitlet vil vi i grove trekk skissere noen av de mulighetene som ligger i å utvikle og implementere velferdsteknologi i de kommunale omsorgstjenestene. I tillegg vil vi se nærmere på noen av de begrensninger som ligger i dette.

Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukere, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2011:11). Utvikling av IKT-baserte løsninger i omsorgstjenestene har vært i sterk utvikling, spesielt de siste ti årene. Vi kjenner det blant annet gjennom bruk av elektronisk pasientjournal. Sykehuset i Arendal var i 2002 det første sykehuset i Norge som kuttet den papirbaserte journalen og gikk over til elektronisk (Seland 2013). I dag tar for eksempel hjemmetjenestene i kommunene oftere og oftere i bruk PDA når de er på oppdrag hjemme hos brukerne og brukerne får stadig oftere ulike hjelpemidler som har til hensikt å bistå dem i å opprettholde best mulig helse (Dahl og Fossum 2013). I NOU 2011:11 finner vi en tydelig utvikling mot omsorgsmottakere når det gjelder bruk og implementering av velferdsteknologi. Her deles begrepet inn i fire hovedkategorier som alle har sitt utspring i brukerperspektivet:

- Gi brukerne mulighet til selv å klare egen hverdag ved hjelp av tekniske hjelpemidler, tilrettelegging og støtte, og på den måten fremme selvstendighet og bidra til uavhengighet av andre.

- Gi både brukere og pårørende større trygghet og avlaste dem for bekymring gjennom bruk av teknologi til sporing og observasjon, alarmer og sensorer.
- Gi brukerne og pårørende mulighet til å delta i brukernettsverk og holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparatet gjennom bruk av sosiale medier.
- Gi alle parter større muligheter til å skaffe seg opplysning og motta veiledning.

InoMed utarbeidet på oppdrag fra Hagen-utvalget en oversikt over ulike typer av velferdsteknologi med utgangspunkt i hvordan den kan møte ulike brukerbehov som skal fungere som støtte til tjenestemottaker, pårørende og tjenesteutøver. Beskrivelsen er delt inn i fire hovedkategorier:

- Trygghets og sikkerhetsteknologi
  - Kompensasjons- og velværeteknologi
  - Teknologi for sosial kontakt
  - Teknologi for behandling og pleie
- (NOU 2011:11 s. 100)

Ut fra oversikten tydeliggjøres det at velferdsteknologi handler om teknologisk assistanse som skal bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og kulturell aktivitet. En overordnet målsetting er at velferdsteknologi skal styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, til tross for sykdom og psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Det dreier seg blant annet om styring av praktiske funksjoner som vinduer og dører, sikkerhetstiltak knyttet til varsling og slukking av brann, toaletter med spyl og tørk samt dusjrobot. I tillegg finnes det ulike kommunikasjonssystem som kan gjøre samtaler med tjenesteapparat, pårørende og andre lettere. Bruk av ulike teknologiske løsninger kan bidra til at ulike grupper mennesker kan få et selvstendig liv og kunne delta på flere av livets områder. Teknologien skal heve kvaliteten på tilbudet som gis. Samtidig skal de fremme sosial trygghet og gi mer tid til direkte tjenesteyting. Gevinsten forutsetter imidlertid at teknologien er tilpasset den enkeltes betingelser og fyller et behov (Ørvig 19.nov 2014 Stavanger Aftenblad).

Ulike utviklingsprosjekter eksempelvis i Skien, Drammen og Stavanger kommuner har vist at velferdsteknologi gir

mange muligheter og har et stort potensial for gode resultater, både for brukere, ansatte og administrasjon. Velferdsteknologi vil kunne gi mange brukere økt livskvalitet og samtidig kan det i enkelte tilfeller også utgjøre en moderniserings- og effektiviseringsgevinst gjennom økt effektivitet og bedre ressursutnyttelse.

For å lykkes med både implementering og bruk av velferdsteknologiske løsninger er det mange forutsetninger som må være på plass. Erfaringer fra de nevnte byer tydeliggjør noen sentrale områder som må være godt fundert:

- Lovgrunnlaget
- Etikk
- Informasjonssikkerhet
- Teknologiens utforming
- Sikker drift

Dersom velferdsteknologi blir brukt for å kompensere for manglende menneskelig hjelp og omsorg, reiser det en rekke moralske spørsmål (Kunnskapssenteret 2010). Brukernes integritet og verdighet må ha en høy prioritet ved utarbeidelse av velferdsteknologiske løsninger og forslag. Brukermedvirkning og medbestemmelse må være grunnleggende premisser (Stavanger kommune 2014). Ethiske vurderinger er derfor særdeles viktig å ta med seg i bruken av velferdsteknologi.

Det er viktig at det er en god samhandling mellom tjenestebudene, utøver og utforming av de teknologiske løsningene. Kompetanse i kommunene på anskaffelser og krav til utforming av løsninger til leverandørene er en viktig forutsetning.

Sikker drift er også en viktig forutsetning som må være tilstede. Sikker drift innebærer dessuten at det utvikles gode systemer for brukerstøtte for alle grupper som anvender teknologien.

På overordnet nivå er både finansiering, politisk prioritering, planlegging og kompetansebygging sentrale elementer. Det drøftes på nasjonalt nivå en utvikling av en finansieringsmodell for velferdsteknologiske løsninger. Det er behov for å trekke opp tydelige linjer når det bl.a. gjelder hvilke hjelpemidler kommunen skal finansiere som en del av omsorgstjenestene og hva NAV og andre instanser skal finansiere. God planlegging er en forutsetning for gode politiske prioriteringer

på området, noe som igjen henger sammen med kompetansebygging på området.

Implementering av velferdsteknologi forutsetter en samtidig satsing på tjenesteinnovasjon. Helsedirektoratet fraråder at det iverksettes en satsing på velferdsteknologi hvis det samtidig ikke sikres at kommunene settes i stand til å gjennomføre nødvendig tjenesteinnovasjon. I tillegg er det behov for en «pådriver» - både i forhold til å legge til rette for velferdsteknologiske løsninger, men også for å stimulere kommunal tjenesteinnovasjon. Utover dette er det behov for å spre kunnskap om de muligheter, utfordringer og begrensninger som velferdsteknologiske løsninger kan gi de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Informasjon må også gis til brukere og pårørende som kan nyttiggjøre seg velferdsteknologiske løsninger.

Markedet for velferdsteknologi er umodent, dvs. at det mangler «pådrivere» som kan sikre at det etableres kommunal og privat etterspørsel. Det er naturlig at kommunene inntar en slik pådriverrolle for offentlig etterspørsel, men det er et stykke igjen til at robuste løsninger mht. brukertilpasning, brukerterskel, teknisk driftssikkerhet, vedlikeholdsregime mv. er etablert for de fleste produktområder. Det er behov for økt utvikling og utprøving av løsninger. Situasjonen med et umodent marked forsterkes ved at kommunene har behov for økt bestillerkompetanse for å utøve funksjonen som «krevende kunde», samt at det i liten grad eksisterer standarder på området (NOU 2011:11)

Hvorvidt velferdsteknologien er egnet til å sørge for sentrale aspekter ved menneskers velferd er et sentralt spørsmål. Tilsvarende kan det reises spørsmål om teknologi gir forrang til spesifikke perspektiver på velferd. Teknologi har en tendens til å dreie søkelyset mot det instrumentelle og produktiviteten og bort fra grunnleggende fenomener for menneskers velferd, som håp, mestring, sårbarhet og meningsfullhet (Kunnskapssenteret 2010). Det er derfor svært viktig at disse aspektene bringes inn, både i kompetansebygging og refleksjon knyttet til bruk av velferdsteknologi.

### 3 NASJONALT PROGRAM FOR UTVIKLING OG IMPLEMENTERING AV VELFERDSTEKNOLOGI

I dette kapitlet vil vi presentere noen hovedtrekk ved Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi. Stoffet til presentasjonen er i stor grad hentet fra nasjonale styringsdokumenter.

For å få til et nasjonalt løft for velferdsteknologi legger Regjeringen i Meld. St. 29 (2012 – 2013) forslag til Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi.

Stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg» anbefalte etablering av et nasjonalt velferdsteknologiprogram for å hente frem den kunnskap, de verktøy og tjenestemodeller som kommunene har behov for, slik at velferdsteknologiske løsninger kan implementeres bredt som del av helse- og omsorgstjenestene innen 2020.

En nasjonal satsing har til hensikt og:

- Etablere standarder for velferdsteknologi.
- Utvikle og prøve ut velferdsteknologiske løsninger i kommunene.
- Sikre kunnskapsgenerering og spredning av velferdsteknologiske løsninger, der programmet skal bidra til ny forskningsbasert praksis.
- Bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi.
- Gjennomføre kompetanseheving, bla. gjennom videreutvikling av KS sitt «Veikart for velferdsteknologi».



Stortinget fulgte opp stortingsmeldingen gjennom å etablere et nasjonalt velferdsteknologiprogram via Revidert nasjonalbudsjett 2013. Samtidig ble Helsedirektoratet gitt et overordnet ansvar for standardisering på det velferdsteknologiske området.

Stortingets budsjettvedtak for 2015 for Helse- og omsorgsdepartementet medførte endringer i den nasjonale velferdsteknologiske satsingen, ved at det økonomiske virkemiddelapparatet overfor kommunene ble overført til fylkesmennene. Samtidig ble det vedtatt to nye velferdsteknologiske satsinger, dels en utprøving av velferdsteknologiske løsninger rettet mot personer med kroniske sykdommer og et m-helseprosjekt (Be Healthy, Be Mobile Norge)

Velferdsteknologiprogrammet er bredt anlagt, der målgruppen er brukere av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose og alder. Programmet har utprøving både rettet mot psykisk utviklingshemmede, personer med demens, personer med kroniske sykdommer, personer med helsemessige utfordringer på grunn av alder uten demensproblematikk mv. Programmet er i en utviklingsfase med 34 utviklingskommuner ut 2016, som ved utgangen av 2016 skal være etablert som ressurskommuner for andre kommuner. Fra og med 2017 går programmet over i en sprednings-/skaleringsfase.

Programmet er etablert som en viktig del av Omsorgsplan 2020. Hovedmålsettingen med dette programmet er å få velferdsteknologi som en integrert del av omsorgstjenestetilbudet i alle kommuner innen 2020.

Kompetanseprogrammet bygger på nasjonale styringsdokumenter og føringer som skal gi retning for dette arbeidet. Tre sentrale dokumenter i dette er:

- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- Fagrapport fra Helsedirektoratet, Velferdsteknologi (2012)
- Meld til St. (2012 – 2013) Morgendagens Omsorg

Det er Helsedirektoratet som vil få hovedansvaret for å gjennomføre programmet. Helsedirektoratet skal her samarbeide tett med InnoMed og et nyopprettet kompetansesenter som skal etableres som en del av den helhetlige innovasjonsstrategien. Velferdsteknologiprogrammet gjennomføres også i samspill med KS og i samarbeid med NHO.

Programmet vil bestå av følgende innsatsområder:

- Etablering av åpne standarder for velferdsteknologi
- Utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene
- Kunnskapsintegrering og spredning av velferdsteknologiske løsninger
- Bidra til utvikling av gode modeller for innføring og bruk av velferdsteknologi
- Kompetanseheving
- Juridiske rammer

I tråd med Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal programmet også fremme forebyggende arbeid, tidlig innsats og rehabilitering, og legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner, brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige organisasjoner, spesialisthelsetjenesten og næringslivet (Meld St. 29 (2012 – 2013))

Programmet hadde et budsjett på 34 millioner for 2014. Programmet skal i første omgang bestå av ti enkeltstående prosjekter med 32 deltakerkommuner. I dette ligger følge med-forskning på hvert prosjekt – praksisnær forskning

De deltakende kommunene får i tillegg:

- Kostnadsfri kompetanseheving innen velferdsteknologi, anskaffelsesprosesser og gevinstrealisering.
- Kostnadsfritt tilbud om kompetanseheving på hvordan kjøre tjenesteinnovasjonsprosjekter.
- Kostnadsfri prosessveiledning underveis.
- Tilskudd til egne prosjektkostnader.

Prosjektkommunene det her refereres til, har utprøving av følgende teknologiske løsninger:

- Trygghetspakker med ulike komponenter som skal gi brukere og pårørende bedre trygghet. Dette inkluderer mobil digital trygghetsalarm, fallalarm, ulike sensorer mv.
- Helsepakker for avstandsoppfølging og behandling av personer med kroniske sykdommer (KOLS).
- Digitale medisindispensere.
- GPS-lokalisering av personer med demens.
- Digitalt tilsyn natt.
- Elektroniske dørlåser.

- Velferdsteknologiske løsninger i sykehjem/ boliger med heldøgntjenester.
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester knyttet til at tjenestene ytes på avtalt tidspunkt og der forsinkelser varsles.

Alle aktiviteter i nasjonalt velferdsteknologiprogram er samlet under fellesbetegnelsen SAMVEIS. SAMVEIS ble skapt gjennom en navnekonkurranse blant de 34 utviklingskommunene i kommunesatsingen. SAMVEIS retter fokus mot at alle må gå SAMme VEI og at det er gevinster, samt behov, for å gå SAMmen på denne VEIen. Dette indikerer behov for omfattende interkommunalt samarbeid og tett samspill mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten, næringsliv - samt de som skal nyttiggjøre seg teknologiske løsninger og de pårørende. Begrepet underbygger også behovet for å lære av hverandre og sikre nasjonal koordinering og ikke videreføre en fragmentert tilnærming med mange initiativ som ikke tas i bruk og gis spredning.

Helsedirektoratet kom i 2014 med to anbefalinger:

- Standardisering av velferdsteknologi med Continua. Continua skal sikre at ulike teknologiske løsninger snakker med hverandre på tvers av kommuner, virksomheter og leverandører. Rammeverket har god tilslutning internasjonalt og alle de nordiske landene vurderer tilknytning til Continua. Felles standarder og rammeverk vil kunne bidra til bedre løsninger for kommuner og innbyggere, samtidig som det vil gi økt forutsigbarhet og markedsfordeler for næringslivet.
- IS-2225 En rapport med Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området. Tema for anbefalingene i rapporten er særlig knyttet til helse- og omsorgstjenestelovgivningen, etablering av referansearkitektur og overgangen til en digital kommunikasjonsplattform for velferdsteknologiske løsninger.

For 2015 har også øvrige kommuner muligheter til å søke midler – innovasjonsmidler – fra fylkesmannsembetene til etablering av egne prosjekter.

## 4 KARTLEGGINGSSTUDIENS METODE OG DATAGRUNNLAG

I dette kapitlet vil vi presentere metoden og det datagrunnlaget som rapporten er basert på. Kapitlets første del er en redegjørelse for gjennomføringen av undersøkelsen. Til sist følger noen kommentarer i forhold til den metoden vi her har valgt.

### 4.1 DATAINNSAMLING

Kartleggingen av status i kommunene har i hovedsak vært gjennomført ved bruk av spørreskjema. I tillegg er det gjennomført ustrukturerte samtaler/dialoger om temaet med alle kommunene i Telemark. Data fra disse intervjuene vil bli brukt for å underbygge analyser av kvantitative data.

Spørreskjemaet som ble brukt ble distribuert til kommunalsjefer/pleie- og omsorgssjefer i alle kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud, totalt 53 kommuner.

En hovedgrunn for vårt metodevalg var behovet for å foreta en empirisk kartlegging for å få et helhetsbilde av hovedtrekk og aktuelle variasjoner i den aktuelle situasjonen og for framtidige utviklingsbehov.

Data fra spørreskjema og intervjudata utgjør datagrunnlaget og har bidratt til å tegne et bilde av status i kommunene og de utfordringer og utviklingsmuligheter som ligger i arbeidet med innføring – utvikling og implementering av velferdsteknologi.

## 4.2 DATAGRUNNLAG

Spørreskjemaet ble sendt ut til 53 kommuner vi har fått svar fra 36 kommuner, noe som utgjør en svarprosent på 68.

Antall innbyggere	Kommuner i alt	Prosent av antall kommuner	Antall kommuner som har svart	Prosent av antall kommuner som har svart på undersøkelsen
0 – 4999	24	45	15	42
5000 - 9999	10	19	7	19
10.000 – 19.000	7	13	6	17
20.000 – 49.999	10	19	7	19
50.000 -	2	4	1	3
Sum	53	100		100

**Tabell 1** Svarfordeling etter kommunetypologi

Vi ser at svarfordelingen etter kommunestørrelse er godt i samsvar med utvalgets kommunestørrelse. Selv om vi ikke kan si noe sikkert om generalisering/representativitet på grunnlag av dette, styrker det en antakelse om at vi har et godt bilde av situasjonen i de ulike kommunene med hensyn til størrelseskategori. Vi vet at både økonomiske, politiske og administrative forhold er sterkt preget av kommunestørrelse på mange områder, også på helse- og omsorgsområdet (Vetvik og Disch 2014). Analyse på basert på kommunestørrelse er derfor en naturlig tilnærming i vår dataanalyse.

Selv om svarprosenten og fordelingen på kommunetypologi syntes god, må det likevel tas forbehold om bildets representativitet enn om svarprosenten hadde vært godt over 70. Vi kjenner ikke grunnene til at noen ikke har svart, men grunnene kan være flere og sammensatte. En av de viktigste årsakene kan være at skjemaet ikke har nådd rette vedkommende eller at det rett og slett ikke har blitt prioritert.

### 4.3 METODISK KOMMENTAR

Det er viktig å understreke at det datasettet som ligger til grunn for rapporten ikke kan gi et fullstendig bilde av hvordan situasjonen er i alle kommuner i Telemark, Vestfold og Buskerud. Men vi antar at våre data tegner et rimelig bilde av de viktigste sider ved status og svargivers syn på framtidige utfordringer.

Data sin gyldighet knyttet til kommunestørrelse gir et godt grunnlag for analysen. Materialet som er samlet inn gir et godt grunnlag for større og bredere analyser enn vi i denne rapporten har til hensikt å gjennomføre.



## 5 PLANLEGGING, BRUK OG PRIORITERING AV VELFERDSTEKNOLOGI

I dette kapitlet vil se på kommunenes planlegging, bruk og prioritering av velferdsteknologi.

### 5.1 PLANLEGGING

Planlegging er enkelt sagt en prosess hvor man utarbeider en plan for håndtering av framtidens utfordringer. Planen skal være et redskap til å lede utviklingen på et område i ønsket retning ut fra de verdier vi vil prioritere og de målsettinger vi legger til grunn ut fra de ressurser politikerne rår over.

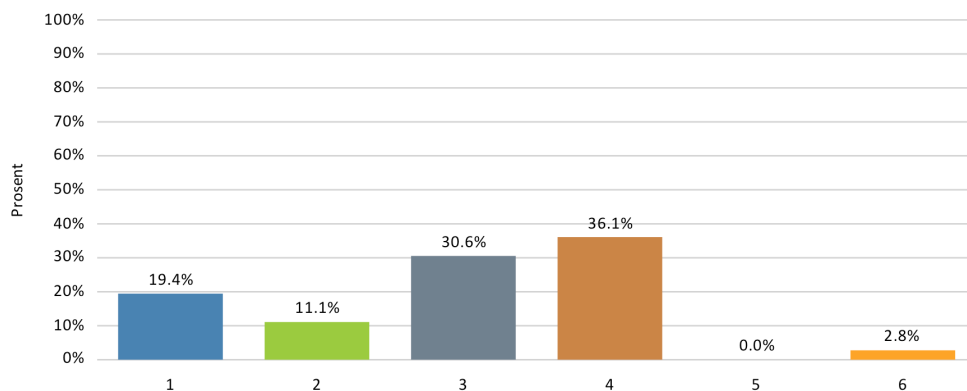
Planlegging av framtidens omsorgstjenester har vært et sentralt moment blant annet i St. meld 25 (2005-2006) og i Meld. St. 29 (2012 – 2013). Her blir viktigheten av god planlegging i kommunene for framtidens omsorgstjenester og de utfordringer dette kan by på fremhevet. Videre blir det understreket viktigheten av kvalitativ god planlegging for å understøtte politiske beslutninger og for å gi mulighet til å fatte de mest hensiktsmessige økonomiske beslutninger. Deretter kommer utformingen med handling som iverksetter planen.

Innføring og utvikling av velferdsteknologi i kommunene er utfordrende både økonomisk, politisk, administrativt, organisatorisk og sist, men ikke minst hva gjelder kompetanse. Planlegging er derfor sentralt i dette. En strategiplan for dette området vil være viktig som underlag for omsorgsplan,



kommune og økonomiplan. Tidligere studier Disch og Vetvik (2009), Vetvik og Disch (2014) viser at de kommunale omsorgsplanene er mangelfulle på flere områder. Det gjelder også på området innføring-utvikling og implementering av omsorgsteknologi.

Figur tre viser hvordan situasjonen er med hensyn på planlegging.



N = 36

19 % av respondentene oppgir at en har utviklet en plan for bruk av velferdsteknologi. 11 % arbeider med en plan. 31 % sier de har planer om å utvikle en plan, mens 36 % ikke har det. Tallene her viser at godt over 50 % av kommunene har satt velferdsteknologi på plankartet, noe som er en positiv utvikling. Ser vi tallene i forhold til kommunestørrelse ser vi at det er de store som har en slik plan – de mellomstore utgjør hovedtyngden av de kommuner som har planer om en slik plan.

Av de kommunene som har utarbeidet en slik plan, sier over 50 % at den er innarbeidet i øvrig planverk som handlingsprogram/økonomiplan og omsorgsplan. En kommune oppgir at den er innarbeidet i kommuneplanen. Det er en viktig forutsetning for planleggingen i kommunen at planene som utarbeides henger sammen, fordi prioriteringer og valg som tas i den ene planen kan påvirke øvrige planer.

Data viser at det er stor grunn til å fokusere på og understreke behovet for å intensivere planarbeidet på området.

**Figur 1** Har din kommune utviklet en plan for bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene målt i prosent

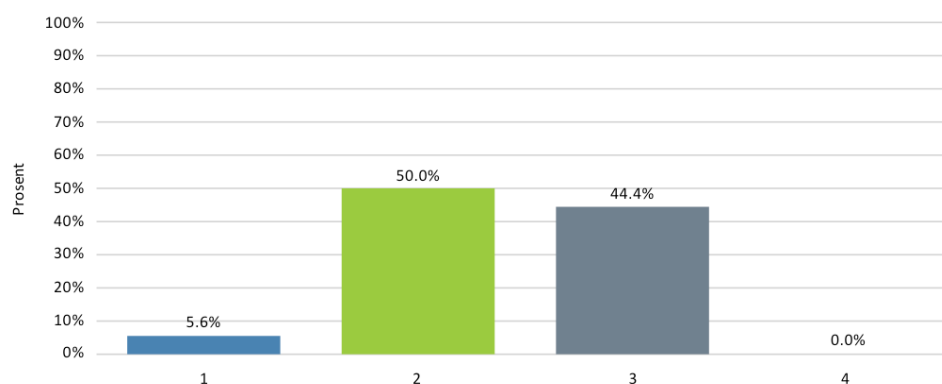
## 5.2 KOMMUNENES BRUK OG PRIORITERING AV VELFERDSTEKNOLOGI

En undersøkelse foretatt av Hoen og Tangen i 2011, på oppdrag fra KS, viser at velferdsteknologi i svært liten grad var tatt i bruk i norske kommuner. Undersøkelsen viste at bruk av trygghetsalarmer var iverksatt i nær alle kommuner, men bare et fåtall av kommunene hadde utvidede tilbud. I undersøkelsen som er referert i Meld. St. 29 (2012 – 2013) heter det videre at et flertall av kommunene som deltok i studien etterlyser informasjon om mulighetene som ligger i bruk av velferdsteknologi, og de etterlyser økt satsning på rådgivning om implementering og integrering av tjenestene. Samtidig så et flertall av kommunene på velferdsteknologiske løsninger som et rekrutteringsfortrinn framover.

Funnene som Hoen og Tangen i 2011 gjorde her bekreftes også i en undersøkelse gjennomført av Sykepleierforbundet i 2012.

Ut fra nevnte undersøkelser er det derfor naturlig å spørre kommunene i hvor stor grad en benytter seg av velferdsteknologiske løsninger.

I hvor stor grad benytter kommunene i Telemark, Vestfold og Buskerud velferdsteknologiske løsninger i 2015.



N = 36

**Figur 2** I hvor stor grad benyttes velferdsteknologiske løsninger i kommunene, målt i prosent

Figuren viser at 6 % oppgir at de benytter velferdsteknologiske løsninger i stor grad, 50 % sier i noen grad, mens 44 % oppgir i liten grad. Ingen kommuner er fri for velferdsteknologiske løsninger.

Sammenlikner vi dette resultatet med undersøkelser referert ovenfor finner vi noe av det samme. Teknologi benyttes i noen grad av halvparten. Bare 6 % sier at det benyttes i stor grad. Det betyr at potensialet fortsatt er stort. Av de 50 % som benytter teknologien i noen grad er det grunn til å tro at bruk av trygghetsalarm er et stort innslag her. Det er interessant å se at hele 44 % sier de benytter velferdsteknologi i liten grad. Ingen av svargiverne oppgir at de ikke anvender teknologi. Ser vi svarene i forhold til kommunetypologi finner vi at dess større kommunen er, jo mer brukes velferdsteknologiske løsninger.

Overordnet nasjonalt mål for bruk av velferdsteknologi er at teknologien skal tas i bruk som en integrert del av kommunenes tjenestetilbud. For å nå dette målet lokalt er det derfor behov for å satse på teknologi innen flere områder.

På bakgrunn av dette spurte vi kommunene i vårt utvalg om hvilke arenaer de velferdsteknologiske løsningene anvendes på. Samtlige 36 svarte på spørsmålet. Nær 70 % av de som svarte sier at de bruker velferdsteknologiske løsninger både i sykehjem og hjemmetjenester. Det er grunn til å tro at et flertall av disse, som tidligere nevnt, anvender det mest i hjemmebaserte tjenester, gjennom bruk av trygghetsalarm jf. studien til Hoen og Tangen i 2011.

Den brukerorienterte teknologien anvendes generelt i forhold til tre områder: Trygghet, velvære og sosial kontakt. Vi spurte derfor kommunene hvilke områder teknologiske

Område	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Sum	Antall
Trygghet	81	11	6	3	100	36
Velvære	3	14	28	56	101	36
Sosial kontakt	3	22	31	44	100	36
Andre områder	6	33	25	36	100	36

løsninger ble anvendt i forhold til.

Tabellen viser at 92 % av utvalget bruker velferdsteknologi i forhold til trygghet. Noe som igjen understøtter tidligere

**Tabell 2** Innen hvilke områder anvendes velferdsteknologiske løsninger målt i prosent?

studier. 17 % benytter det i forhold til velvære, mens 25 % i forhold til sosial kontakt. Ut fra denne oversikten syntest det å være et større potensial for bruk av velferdsteknologi, både med hensyn på velvære og sosial kontakt. Dette utprøves nå i prosjektkommunene under velferdsteknologiprogrammet. Det er grunn til å anta at mange kommuner sitter og venter på resultater derfra – før de går videre med det i egen kommune. Likevel er nok de største grunnene for ikke å ta teknologien i bruk både økonomi og kompetanse på området.

Den kommunale omsorgstjenesten skal tilby tjenester som omfatter forebyggende tiltak, lærings- og mestringstiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Kommunene har stor frihet til å bestemme organisering av tjenestetilbudet og hvordan de vil fylle tjenestene med innhold og kompetanse. Det er et uttalt mål at tjenestene skal organiseres slik at den enkelte kan leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt.

Vi stilte derfor respondentene spørsmål om hvilke brukergrupper, i kommunen, en ser det største potensialet for økt bruk av velferdsteknologi. Her fikk vi et svar som omfatter alle brukergrupper, noe som er helt i tråd med viktige nasjonale føringer. Men det som skiller seg ut er nok behovet for brukergrupper som er underlagt de hjemmebaserte tjenestene og hjemmeboende generelt. Det er her kommunene ser det største potensialet, både med hensyn på trygghet, aktivitet og velvære. Flere uttaler viktigheten av at man kommer inn med en tidlig innsats på området, både når det gjelder eldre og yngre brukere. Dette vil bidra til at utbyttet av teknologien optimaliseres.

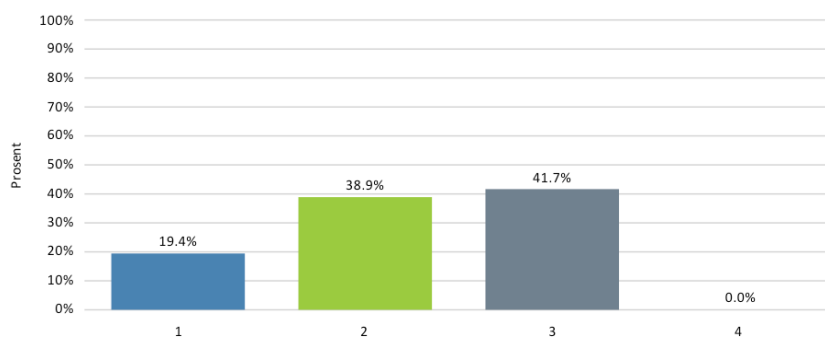
## 5.3 PRIORITERING AV VELFERDSTEKNOLOGI

For å forklare hvorfor 44 % i liten grad benytter teknologi jf. figur 2, spurte vi dem direkte om dette. Flertallet av de som svarer på dette oppgir svak og manglende kompetanse, manglende politisk og administrativ prioritering, økonomi, manglende kapasitet og ressurser. En kommune oppgav utfordringer knyttet til intern samhandling og prioritering i kommunen. Det er grunn til å tro at dette også kan være en noe større årsak enn det som her blir framhevet. Vi vet at implementering og utvikling av denne type teknologi vil kunne involvere mange enheter i kommunene, både i forhold til prioritering, økonomi og samhandling. Kompetanse er et viktig område for mange kommuner som i liten grad benytter teknologi. Regjeringen har som nevnt tidligere satt inn midler til dette gjennom Kompetanseløftet 2020. Likevel er det grunn til å tro at også mange avventer pågående prosjekter i andre kommuner og ser på mulighetene for å lære både av dem og gjennom et sterkere interkommunalt samarbeid. En skal heller ikke se bort fra at noen sitter på gjerdet og venter på den kommende kommunereformen.

I tillegg er det vanskelig å komme utenom økonomien i dette. Utvikling, anskaffelse og implementering av ny teknologi er, for mange kommuner, en stor økonomisk utfordring i en allerede hardt presset økonomisk hverdag.

For å undersøke dette nærmere spurte vi kommunene i hvilken grad innføring av velferdsteknologi var et prioritert satsningsområde i omsorgstjenesten.

**Figur 3** Prioritering av innføring av velferdsteknologi i kommunen, målt i prosent



N = 36

Figuren viser at 19 % av svargiverne sier at det er et høyt prioritert område, 39 % prioriterer det i noen grad mens 42 % sier de prioriterer dette i liten grad. Ingen prioriterer det ikke i det hele tatt. Over halvparten sier de prioriterer det i stor/noen grad. Det betyr at det er et fokusområde som har kommet som ett av mange. Mer utfordrende er tallet som sier at 42 % prioriterer det i liten grad. Av de 42 % som prioriterer dette i mindre grad sier flertallet at dette er et område som i mindre grad har vært administrativt og politisk prioritert. Økonomi og struktur, både organisatorisk og teknisk, ser ut til å spille en vesentlig rolle her. I mellomstore og små kommuner er dette mest utbredt.

Interkommunalt samarbeid er ikke et nytt fenomen for kommunene. I kommune-Norge finner vi denne samhandlingstypen i flere sektorer, også innen omsorgstjenestene. Grunnlaget for interkommunalt samarbeid om omsorgstjenester varierer fra kommune til kommune. Flere kommuner, spesielt små og mellomstore kommuner har utfordringer både når det gjelder personell, kompetanse og økonomi knyttet til både organisatoriske og brukerrettede tiltak.

Et sterkere fokus på interkommunalt samarbeid om tiltak er ytterligere aktualisert gjennom de omsorgspolitiske reformene de siste 10 årene – med Samhandlingsreformen i førersetet. Reformen åpner for en større satsing på samarbeid mellom kommuner og mellom kommune(r) og spesialisthelsetjenesten.

Utvikling og implementering av velferdsteknologi er også et område der en kan se for seg et større interkommunalt samarbeid både organisatorisk, kompetansemessig og i forhold til innkjøp. Vi spurte kommunene om de hadde noe interkommunalt samarbeid på området. Nær 40 % av utvalget svarte positivt på dette. Ingen av kommunetypologiene skiller seg ut spesielt. Hva som ligger i det interkommunale samarbeidet rent konkret, vet vi ikke, men det er grunn til å tro at innkjøp og generell erfaringsdeling finner sted. Ut fra det vi vet fra andre steder, er det grunn til å tro at det også foregår kompetanseutveksling på opplæring i vårt utvalg.



## 6 BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning er sentralt i politiske styringsdokumenter om implementering av velferdsteknologi. I dette kapittelet vil vi se på hvordan kommunene ivaretar dette perspektivet i forhold til brukere og pårørende.

Brukermedvirkning har utgangspunkt i FNs menneskerettigheter fra 1948. Alle har rett til å leve et verdig liv, uansett samfunn, tilstand og situasjon. Brukeren opplever verdighet dersom han får delta, og medbestemmelse er viktig for menneskeverdet. Dette er også et viktig demokratisk prinsipp i samfunnet vårt i dag, og medbestemmelse og mulighet til selv å bestemme over eget liv er et viktig etisk prinsipp i helse- og omsorgssektoren.

Prinsippet om brukermidvirkning er en politisk målsetting som bl.a. er nedfelt i Nasjonal helseplan:

«Med brukermidvirkning menes at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet.»

Stortingsmelding nr. 34 (1996–1997))

Brukermedvirkning er en viktig forutsetning for å ta i bruk velferdsteknologi. I vårt tilfelle er dette viktig både for brukeren, pårørende og ansatte. Nedenfor har vi valgt å se nærmere på brukere og pårørende.

Med brukermidvirkning mener vi her:

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermidvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at



behandleren fratas sitt faglige ansvar (HOD 2013).

Vi har tatt utgangspunkt i denne definisjonen fordi den og liknede definisjoner ofte går igjen i offentlige dokumenter. Det betyr ikke at denne definisjonen nødvendigvis fanger opp alle aspekter ved begrepet. Den sier imidlertid noe om hva slags forståelse av brukermedvirkning som ligger bak de politiske føringene og i deler av den praksisen vi kan observere i omsorgssektoren.

I denne definisjonen av brukermedvirkning ligger det forventninger om at brukernes innflytelse skal bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene. I følge Helsedirektoratet dreier kvalitet seg om at tjenestene har følgende egenskaper:

- At de er virkningsfulle.
- At de er trygge og sikre.
- At de involverer brukere og gir dem innflytelse.
- At de er samordnet og preget av kontinuitet.

Det betyr at brukere, både som omsorgsmottakere, pårørende og ansatte gis tilgang til relevant informasjon og rådgivning om bruk av både privat og offentlig velferdsteknologi.

Vi spurte utvalget vårt om i hvor stor grad brukerne av tjenestene og pårørende er involvert i å utforme tilbudet om velferdsteknologiske løsninger. En umiddelbar svakhet ved dette spørsmålet er at vi ikke la inn ansatte som en egen kategori, men det får vi komme tilbake til ved en senere anledning.

Svarene fordelte seg slik:

Kategori	I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Sum	Antall
Brukere	17	39	36	8	100	36
Pårørende	14	28	44	14	100	36

Tabellen viser at over halvparten av kommunene involverer brukerne i stor/noen grad. 36 % oppgir at de i liten grad gjør det. Det kan være mange årsaker til at 36 % oppgir at de i liten grad har involvert brukerne. En årsak kan være teknologitype, en annen kan være utfordringer i forhold til kommunikasjon.

42 % sier de har kommunikasjon med pårørende, mens nær samme antall oppgir at de i liten grad har det.

Tallene viser viktigheten av å utvikle både gode og hensiktsmessige metoder for brukermedvirkning. Dette er en

**Tabell 3** I hvor stor grad er brukerne og pårørende involvert i å utforme tilbudet om velferdsteknologiske løsninger, målt i prosent.

krevene, men en nødvendig og viktig prosess.

Det er viktig at ansatte i omsorgstjenesten, og IKT-personell som både skal anvende, overvåke og vedlikeholde systemer kommer tidlig på banen. Dette er spesielt viktig både i forhold til kompetanse og kompetanseutvikling.



## 7 HOLDNINGER TIL BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI I OMSORGSTJENESTEN.

I dette kapitlet vil vi se nærmere på noen påstander om holdninger til bruk av velferdsteknologiske løsninger på et generelt grunnlag. Spørsmålene er hentet fra (Dahl og Fossum 2012).

De fleste opplever en hverdag preget av stadige endringer, og en streben etter å effektivisere både hvordan vi jobber og hva vi jobber med. Det skjer i form av omorganiseringer, innføringer av nye arbeidsverktøy og utprøving av ulike metoder og systemer.

Den kommunale omsorgstjenesten er under press, og preges av nye oppgaver, nye brukere og en økonomi og kompetanse som ikke alltid strekker til. Innføring, utvikling og implementering av velferdsteknologi er et område der dette er aktuelt. Det å få en oversikt over holdningene til velferdsteknologi-bruk kan gi en viktig pekepinn på hvordan en innføring av bruken bør gjøres. I tabellen på neste side vil vi presentere våre funn på dette området.

Det er stor enighet blant kommunene, som har svart på undersøkelsen, om at bruk av teknologi kan forebygge og utsette hjelpebehov hos mange brukere. Dette avspeiler også holdningen i store deler av kommune-Norge. Forutsetningene for dette må være at det gis god opplæring til både bruker og omsorgsyter for å oppnå maksimal effekt. Data viser likevel at 30 % mener at økt bruk av teknologiske løsninger kan føre til økt sosial isolasjon. 33 % er noe usikre her. Det er likevel en utstrakt enighet om at teknologien kan gi mer trygghet og selvstendighet for den enkelte bruker.

**Tabell 4** Holdninger til bruk av velferdsteknologi, målt i prosent.

	Helt enig	Enig	Hverken enig/uenig	Nokså uenig	Helt uenig	Sum	Antall
Bruk av teknologi kan forebygge økt hjelpebehov hos mange brukere.	28	56	11	6	0	100	36
Økt bruk av velferdsteknologi kan gi mer trygghet og selvstendighet for den enkelte bruker med funksjonssvikt.	75	22	3	0	0	100	36
Noen velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt sosial isolasjon.	6	31	33	22	8	100	36
Teknologi for sosial kontakt kan forebygge ensomhet hos brukerne.	22	53	22	3	0	100	36
Teknologi for sosial kontakt kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller.	11	61	25	3	0	100	36
Det er viktig å ta hensyn til personlige ønsker og behov hos aktuelle brukere ved installering og økt bruk av teknologiske hjelpemidler.	61	33	6	0	0	100	36
Det er viktig å ta hensyn til pårørendes ønsker og behov ved installering og økt bruk av velferdsteknologi.	14	64	17	6	0	101	36
Økt bruk av velferdsteknologi kan frigjøre personellressurser i hjemmetjenesten.	31	44	17	6	3	101	36
Økt bruk av teknologiske hjelpemidler vil kunne gi bedre kvalitet på omsorgstjenester.	50	47	3	0	0	100	36
Knapphet på ressurser i omsorgstjenesten begrenser bruken av teknologi.	11	42	28	14	6	101	36
	Helt enig	Enig	Hverken enig/uenig	Nokså uenig	Helt uenig	Sum	Antall

PRIORITERING OG KOMPETANSE I BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI

De tekniske løsningene vi har blitt presentert for har ikke vært godt nok tilpasset omsorgstjenestens behov.	6	14	61	19	0	100	36
Omsorgstjenesten vet ikke nok om hvilke produkter og løsninger som finnes.	17	53	19	11	0	100	36
Kompetansen i omsorgstjenesten er for lav på omsorgsteknologi, slik jeg vurderer.	19	53	22	3	3	100	36
En større satsning på kompetanseoppbygging blant ansatte er en viktig forutsetning for økt bruk av velferdsteknologi i min kommune.	44	53	3	0	0	100	
Økt bruk av velferdsteknologi vil kreve store endringer i omsorgstjenestens arbeid og organisering.	19	39	33	8	0	100	36
Bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets og sikkerhetsteknologi.	36	53	11	0	0	100	36
Det vil være et omfattende økonomisk løft for kommunen å satse fullt og helt på utbygging av velferdsteknologitilbud til alle brukere som kunne trenge dette.	39	56	6	0	0	101	36
Lovverket har til nå ikke gitt mulighet for utstrakt bruk av teknologiske hjelpemidler.	22	27	33	14	3	99	36

Tallene viser også en tydelighet på at en mener at teknologi som skaper sosial kontakt kan forebygge ensomhet blant brukere.

Brukermedvirkning, både gjennom deltakelse fra brukeren selv og pårørende, rangeres som svært viktig. Spesielt gjelder dette medvirkningen fra brukere. Noe som understreker viktigheten av å utvikle og følge dette med gode rutiner i kommunene.

To tredjedeler av svargiverne mener bruk av velferdsteknologi kan frigjøre personellressurser i bl.a. hjemmetjenesten. 97 % sier at en økning her vil kunne føre til en kvalitetsheving i sektoren. Likevel mener godt over halvparten av svargiverne at knapphet på ressurser begrenser bruken av teknologi.

Kompetanse og usikkerhet gjør seg utslag når vi spør om de teknologiske løsningene som har vært godt nok tilpasset behovene i sektoren. Her svarer 20 % at de mener de har vært for dårlig, mens 61 % er usikre på dette. Dette bekreftes av at 70 % mener at omsorgstjenesten ikke vet nok om hvilke produkter som finnes.

72 % mener at kompetansen i sektoren er for lav på dette området. Dette er jevnt over svaret fra alle kommunene, selv om tendensen er at jo mindre kommunen er, jo lavere kompetanse mener de at de har. Et nærmest unisont svar fra kommunene er at økt satsing på kompetanse gir mer bruk.

58 % av svargiverne tror at økt satsing på teknologi vil føre til store endringer i sektoren. 33 % er mer usikre her. Mindre kommuner svarer oftere at de tror en økt satsing vil føre til endringer.

Investering i teknologi er en stor satsing for kommunene. Den er kostnadskrevende både med hensyn på investeringer i utstyr, personell og infrastruktur. På spørsmål om bevilgninger til investeringsstøtte for kommunene er avgjørende for å få til økt bruk av trygghets- og sikkerhetsteknologi, svarer 89 % at dette er viktig. 95 % sier at det vil være et omfattende økonomisk løft for kommunen å satse på velferdsteknologi.

Økt bruk av velferdsteknologi har også utfordret lovverket. Spesielt gjelder dette varslings- og lokaliseringsteknologi. Dette vil kunne innebære et inngrep overfor den enkelte. 49 % mener at lovverket kan være til hinder for en mer utstrakt bruk av teknologi i kommunen. 33 % er usikre. Tallene viser også at behovet for opplæring i lovverket rundt bruken av teknologien er et viktig område å fokusere på.

## 8 KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV

Kompetanse og kompetansebehov i kommunene med hensyn til velferdsteknologiområdet er temaet for dette kapittelet.

Regjeringen vil som en del av Kompetanseløftet 2015 utvikle en virksomhetsintern opplæringspakke som gir de ansatte grunnkompetanse i velferdsteknologi, under navnet Velferdsteknologiens ABC. Formålet med opplæringspakken er at den skal ivareta at brukere og pårørende gis tilstrekkelig opplæring i bruk av velferdsteknologiske løsninger. Opplæringspakken skal ha hovedfokus på brukerbehov, arbeidsmiljø, arbeidsprosesser og teknologi. Helse- og omsorgspersonell må videre gis kunnskap gjennom hvilke videreutdanninger som finnes (Meld. St 29 (2012 – 2013)). Likevel vet vi at kompetanseutvikling og prioritering skjer i kommunene og også bør skje her med hensyn til de lokale behov som foreligger.

Det er i denne sammenheng grunn til å understreke deleværdien av de pilotprosjektene som gjennomføres i ulike kommuner med nasjonal finansiering. Det er av stor viktighet at det settes av nok ressurser og økonomiske midler i disse prosjektene, både til formidling av erfaringer og råd og veiledning til mange kommuner som har utfordringer på veien når det gjelder planlegging, kompetanse og implementering.



## 8.1 DEN KOMMUNALE KOMPETANSEN

I kapittel syv sier svargiverne tydelig at en økt satsing på kompetanse i utvikling, implementering og bruk av teknologi var viktig. De mener at en økt satsning på kompetanse vil være med på både å øke kvaliteten på tjenestene og fremfor alt øke bruken av teknologi.

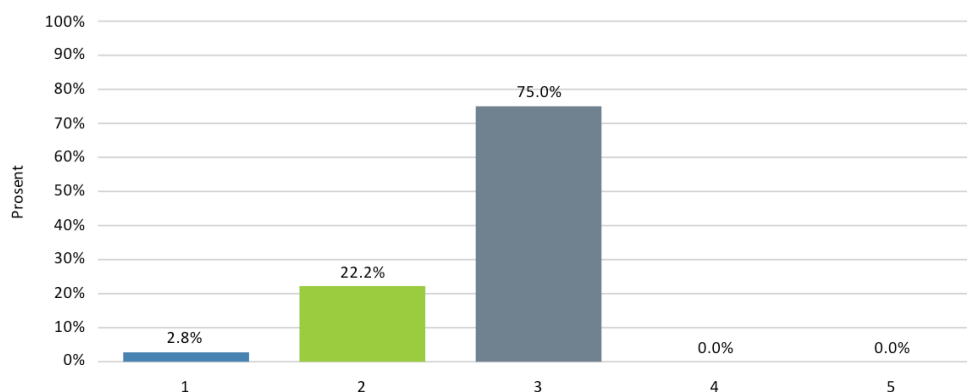
Vi spurte så kommunene om de hadde et organisert opplæringstilbud på området. Av de 36 som svarte sa 28 % ja mens hele 69 % svarte nei. De resterende 3 % visste ikke om noe utdanningsprogram. Det er i de store kommunene vi finner den organiserte opplæringen. Dette er tankevekkende med hensyn til den videre utbredelsen og bruken av teknologien.

Av de som svarer at det er et organisert utdanningstilbud, er dette regionale ressurspersoner, og noen som har gjennomført videreutdanning, kontakt og opplæring via Nav. Det synes i liten grad noen systematisk opplæring på området. Likevel merker vi oss at det er også eksisterer dekkultur mellom pilotene i nasjonalt program og enkelte kommuner.

Kun 5 av svargiverne oppgir at de har et organisert opplæringstilbud for nytilsatte på området. 29 svarer at de ikke har det og 2 svarer de ikke vet om det eksisterer et slikt opplæringstilbud for nytilsatte.

Hvordan vurderer så svargiverne omsorgstjenestens kompetanse i forhold til velferdsteknologi? Figuren nedenfor gir en tydelig pekepinn på dette:

En av svargiverne sier at kommunen har meget god



N=36

**Figur 4.** Hvordan vil du generelt vurdere den kommunale omsorgstjenestens kompetanse i forhold til velferdsteknologi målt i prosent

kompetanse. 8 oppgir god kompetanse, mens 27 sier at de har lite kompetanse på området. Ingen oppgir ingen kompetanse og ingen oppgir vet ikke.

Nøkkelsspørsmålet blir så hvilken kompetanse kommunene savner. Dette er bare en liten liste, men den gir oss en retning.

- Kunnskap om hva som finnes, hvor god kvalitet, brukererfaringer vedr. trygghet og sikkerhet.
- Kompetanse på teknisk infrastruktur og IT.
- Lovverket rundt, muligheter, om hva som er mulig og på best mulig måte.
- Konsekvensar i fht. økonomi og organisering/ oppfølging .Moglegheit ar ift til bedre tilbud til pasientar og pårørande.
- Utfordringen er forankring, forståelse for hva det er og hva det innebærer. At velferdsteknologi i de fleste tilfeller vil være et supplement som gir økt livskvalitet, ikke effektivisering og innsparring. De ansatte må tenke nytt, holdningsendring i ansattegruppene er en stor endringsprosess.

Dette lille bildet avdekker et tydelig behov for kompetanse både innen planlegging, økonomi, kompetansebygging, utvikling og implementering. Men det avdekker også behovet for intern samhandling når det gjelder infrastruktur, noe som det er viktig å ta med seg videre. Velferdsteknologi kan derfor sees på som en av flere viktige brobyggere i arbeidet med å skape gode og helhetlige omsorgstilbud.

## 8.2 HVEM BØR IVARETA OPPLÆRINGEN

Videreutdanning og opplæring innen kommunal sektor har i lengre tid vært et attraktivt marked både for KS og konsulentbransjen. I de senere år har også de regionale statlige høyskolene kommet mer med her. Tradisjonelt har høyskolene og de videregående skolene ivaretatt grunnopplæringen, mens markedet har vært mer åpent på grunnutdanningsnivå.

Både leverandører og konsulentfirmaer og de regionale opplæringsmiljøene stått for hovedtyngden av opplæringen innen velferdsteknologien. Universitetet i Agder og Høgskolen i

Vestfold og Buskerud har sine egne e-helseutdanninger og laboratorier. Dette har medført utvikling av videreutdanning på området og en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter rettet inn mot sektoren.

To andre aktører er utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og de regionale sentrene for omsorgsforskning. Dette er aktører som i sitt mandat skal bistå den kommunale omsorgssektor spesielt med kunnskap, forskning og utviklingsprosjekter og også bidra med implementering av disse. Utvikling og implementering av velferdsteknologi er også et viktig område for disse institusjonene å ta del i.

Vi spurte så kommunene hvor det ville være naturlig for dem å henvende seg dersom de skulle trenge veiledning og oppfølging på området.

Kategori	1	2	3	Sum	Antall
Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester	44	44	11	99	36
En annen kommune	72	22	6	100	36
Universitet/høgskole	17	44	39	100	36
Senter for e-helse universitet/høgskole	28	39	33	100	36
Konsulentfirma	8	14	79	100	36
Leverandørindustrien	22	42	36	100	36

**Tabell 5** Hvor ville det være mest naturlig for kommunen å henvende seg med sine veilednings og opplæringsbehov målt i prosent, fordelt på prioritet 1 - 3

Tabellen viser at det å få bistand fra en annen kommune er et tydelig førstevalg. Deretter følger utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester og Senter for e-helse ved en regional høgskole eller et universitet. Leverandørindustrien følger deretter og helt til sist kommer konsulentbransjen. Dette viser igjen viktigheten av delekulturen mellom norske kommuner. Mottak av bistand og erfaringsutveksling fra «likemenn» syntes å være viktig. Læringsnettverk er viktig her. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester spiller også en viktig rolle på området. Antakelig både som fasilitator av utdanning, drivere av kunnskapsutveksling mellom kommuner og som utviklingsaktør for praksisnære utdanningsprogrammer.

Universiteter og høgskoler og senter for e-helse syntes å befeste sin posisjon som opplæringsaktør. Erfaringene fra Universitetet i Agder, og Senter for e-helse viser at de har hatt

stor suksess med sitt innføringsprogram i velferdsteknologi, 5 studiepoeng.

Det knytter seg forventninger til leverandørindustrien som både leverandør og opplæringsagent. Erfaringer viser at dette i noen tilfeller er en god løsning, mens den i andre er noe mindre god. Det er grunn til å tro at leverandørindustrien har større mulighet til å bli en god opplæringsaktør i store kommuner der grunnkompetansen både som bestiller og utvikler er større.

Konsulentbransjen scorer tydelig lavere når det gjelder førstevalg som kompetanseleverandør.

### 8.3 INNHOLD I KOMPETANSE-BYGGENDE TILTAK

Senter for e-helse ved Universitetet i Agder og helse-innovasjonsmiljøet tilknyttet Høgskolen i Vestfold og Buskerud er tunge kompetanseleverandører på velferdsteknologi. Her drives det også en utstrakt forsøksvirksomhet i kommuner og forskningsaktiviteter. Disse sentrene vil sannsynligvis være en viktig kompetanseleverandør både for enkeltkommuner, kommunesammenslutninger og inn mot utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Universitetet i Agder har utviklet et 5-studiepoengs utdanningsprogram rettet mot kommunene om innføring i velferdsteknologi. Utdanningsprogrammet gir en introduksjon om brukerperspektiv og velferdsteknologi, og viser til viktigheten av samhandling mellom bruker, pårørende, helsepersonell og kommunen. Deltakerne her vil få kunnskap om smart-husteknologi og bruk av dette. Ethiske og juridiske aspekter ved bruk av velferdsteknologi blir belyst og hensynet til sikkerhet, trygghet og kvalitet blir behandlet på generelt nivå. Opplæringsprogrammet består av to samlinger og nettbasert undervisning.

Vi spurte på bakgrunn av dette svargiverne om de kunne tenke seg å sende medarbeidere på et slikt utdanningsprogram. 27 av 36 svarer et ubetinget ja. 9 av 36 er usikre. Det betyr at et slikt program vil være tjenlig for kommunene. Vi spurte så kommunene om en kunne tenke seg å delta på kurs om velferdsteknologi i regi av utviklingssentrene for sykehjem

og hjemmetjenester. Ikke uventet fikk vi også et høyt antall bekræftende svar her. 31 av 36 sier ja. En sier nei, mens 4 av 36 ikke er sikre.

Dette viser at viljen til å satse er tilstede, men at det blir viktig å få forutsetningene på plass, som denne studien tidligere har vist.

For å konkretisere dette i enda større grad spurte vi så kommunene om hvilke temaer som det er viktig å belyse. Ønskene fra kommunene er mange og spenner vidt.

Planlegging, utvikling, implementering, organisering, basis-kunnskaper om teknologi, etikk, jus, kartleggingsverktøy og bestillerkompetanse er noen av mange behov.

Dette er behov som gir et godt bilde av situasjonen knyttet til de utfordringene som ligger i å skulle gjennomføre nasjonale føringer på området. Systematisk kompetansebygging, samhandling og økonomi syntes å være viktige nøkler å få på plass. Kommunene har ulike behov, noe som avspeiler seg i kommunestørrelsen. Dette er også det bildet vi får fram når vi ser nærmere på kompetansen og kompetansebehovet i norske kommuner.

De økonomiske forutsetningene og prioriteringene er ulike, og skal også være det med hensyn på lokale behov, men det å sikre et godt beslutningsgrunnlag for behov og kompetansebygging fordrer planleggingskompetanse. Kommuner med god planleggingskompetanse, f. eks Skien, viser også at politikerne er med og er villige til å prioritere utviklingsprosjekter på området og også til å bevilge til implementering av ny teknologi.

## 8.4 UTVIKLINGSENTRENE SOM KUNNSKAPSBASER

Alle sykehjem og hjemmetjenester plikter å sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver. Dette forutsetter både kartlegging av kompetansebehov og rekruttering av personell med nødvendig kompetanse, samt å sørge for nødvendig etter- og videreutdanning (Overordnet strategi 2011 – 2015, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester).

I dette utfordres utviklingssentrene til å: Prøve ut og

dokumentere kompetanseutviklingstiltak i pleie- og omsorgssektoren. Utviklingssentrene samarbeider tett med fylkesmannsembetene og skal i samarbeid være med på å, og være pådriver i arbeidet med å implementere og gjøre nasjonale helsepolitiske føringer og satsingsområder kjent i eget fylke.

I flere år har utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i samarbeid med fylkesmennene arrangert en årlig konferanse der fokuset er rettet mot den kommunale helse- og omsorgssektoren. Målsettingen her er blant annet å være i dialog med kommunene og bidra til å spre informasjon om gode prosjekter og utviklingsarbeid.

I 2014 ble det i Telemark, som et alternativ til konferanse, gjennomført dialogmøter med alle kommunene i fylket. Hensikten var å sette av tid til en direkte dialog hvor ledere på flere nivåer fikk anledning til å fortelle om hvilke utfordringer de ser for fremtidige helse- og omsorgstjenester og hva de synes de løser på en god måte i dag. Det er 18 kommuner i Telemark og det ble gjennomført 17 dialogmøter i perioden februar til oktober 2014.

I tråd med den nasjonale satsingen fikk alle utviklingssentrene i 2013 et ekstra tilskudd knyttet til velferdsteknologi. I føringene for tilskuddet ligger en oppfordring om å kartlegge behovet for kunnskap og kompetanse om tjenesteinnovasjon i fylket. Velferdsteknologi var derfor et tema i dialogmøtene.

Deltagerne ble bedt om å si noe om hvilket fokus kommunen har på velferdsteknologi og de mulighetene som ligger i det, hvilke planer de har for å ta i bruk eller utvikle tilgjengelig teknologi og om de har nedfelt dette i en egen plan, eventuelt som en del av kommunens helse- og omsorgsplan.

Med denne måten å arbeide på skaffet både fylkesmannen og utviklingssentrene seg viktig kunnskap om de utfordringene som kommunene i fylket har i utvikling av bl.a. implementering og bruk av velferdsteknologi. Gjennom en slik kunnskap, kombinert med kartleggingsstudien som her foreligger, vil en få et godt oversiktsbilde av situasjonen og gjennom dette også en bred og god oversikt, slik at en i større grad kan gjøre de «rette» prioriteringene på området. Utviklingssenteret vil også få god oversikt over hvilke behov en har for kompetanse og kan lettere bistå med konkrete tiltak som kompetansehevingstiltak, tilrettelegge for erfaringsutveksling eller felles utviklingsprosjekter, enten i egen regi eller i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

## 8.5 FRA KOMPETANSE TIL PRAKTISK HANDLING

Kompetanseoppbygging i velferdsteknologi, krever at det settes av ressurser i organisasjonen både når det gjelder tid og økonomi. For eksempel vil gjennomføring av kompetansegivende opplæring medføre økt behov for utdanningspermisjoner med hel eller delvis lønn.

Når kompetanse skal omsettes i praktisk handling stilles det krav til en rekke organisatoriske og individuelle faktorer, som for eksempel organisasjonskultur, læringsmiljø og medarbeidernes tro på egen mestring og motivasjon. Skal en lykkes med implementering av ny kunnskap i alle organisasjoner må en utvikle en kultur med gode systemer for overføring av kunnskap.

En viktig målsetting for den kommunale omsorgstjenesten må være å utvikle og videreutvikle gode kulturer som motiverer, utvikler, deler og anvender kompetansen som enheten tilegner seg gjennom sine medarbeidere og brukere. I dette ligger også viktigheten av å utvikle en god delingskultur av kompetanse mellom medarbeidere. En god delingskultur er som regel en betingelse for å dra nytte av kompetanse og sette den ut i livet – praktisk handling.

For at dette skal bli en realitet, må det jobbes med omsorgstjenestens interne opplevelse av felles kompetanse som en viktig del av en felles organisasjonskultur. Det må avsettes tid og rom til kunnskapsoverføring og refleksjon.

## 9 AVSLUTTENDE KOMMENTARER

I dette kapitlet vil vi trekke fram noen hovedfunn i kartleggingen og komme med anbefalinger i forhold til dette. For en oppsummering av disse hovedfunnene henviser vi til sammendraget.

KS gjennomførte i januar 2011 en spørreundersøkelse i alle landets kommuner for å kartlegge i hvilken grad kommunene har tilbud om velferdsteknologiske løsninger som en del av pleie- og omsorgstjenesten (Hoen og Tangen 2011). Undersøkelsen viste at velferdsteknologi i svært liten grad er tatt i bruk i norske kommuner. Så godt som alle kommunene har tilbud om trygghetsalarm, men kun et fåtall har utvidede funksjoner som sensorer koblet til trygghetsalarmen. Svært få kommuner har ulike typer helse- og velværeteknologi integrert i tjenestene. Det samme gjelder teknologi for sosial kontakt. Det store flertallet av kommunene i undersøkelsen etterlyser informasjon om mulighetene som ligger i bruk av velferdsteknologi, og de etterlyser økt satsing på rådgivning i forhold til implementering og integrering i tjenestene. Manglende kompetanse og manglende økonomiske støtteordninger blir sett på som de største barrierene mot å ta teknologien i bruk. Over 60 prosent av kommunene oppfatter helselovgivningen som et hinder for å ta i bruk velferdsteknologi. Samtidig ser et flertall av kommunene på velferdsteknologiske løsninger som et rekrutteringsfortrinn framover, og har stor tro på at ulike former for velferdsteknologi kan benyttes i forebyggende tiltak. Undersøkelsen bekrefter at velferdsteknologi bare i begrenset omfang er tatt i bruk i norske kommuner. Det



finnes noen få unntak, og flere kommuner har planer eller er kommet i gang med prosjektering. Generelt er dette foreløpig avgrensede forsøk på å integrere velferdsteknologi i tjenestene.

Denne kartleggingsstudien er gjennomført fem år etter KS gjennomførte spørreundersøkelsen. Om en sammenlikner de funn vi har gjort med det som ble gjort i 2011, finner vi ikke store endringer, noe som indikerer at her er det en stor jobb å gjøre. Likevel er det ingen grunn til å svartmale, det er positive endringer på gang – men det går ikke fort – ikke så fort som de nasjonale føringene tilsier. Det er fortsatt en vei å gå fra intensjon til realitet – fra politikk til implementering i kommunene.

Alle kommunene som har svart på undersøkelsen sier at de i en eller annen form anvender velferdsteknologiske løsninger i den kommunale omsorgstjenesten. Trygghetsalarmer ser ut til å være mest utbredt. Store kommuner bruker mer velferdsteknologi enn mindre kommuner.

Det er grunn til å tro at mange kommuner vil satse, men utfordringer knyttet til økonomi, kompetanse og bestillerkunnskap har satt bremsene på for mange. Mangel på politisk prioritering og planlegging er også en viktig årsak til at en ikke er kommet lengre i denne satsingen.

For at en skal komme videre med dette må det satses systematisk i kommunene. Det må i større grad initieres prosjekter i mindre kommuner der det gis økonomisk støtte, tilgang på rådgivning og kunnskap.

Hofstad 2012 sier blant annet at prosjekter knyttet opp mot blant annet velferdsteknologi ofte drives fram av ildsjeler med varierende grad av forankring i administrativ og politisk ledelse. I en slik situasjon etableres ikke eierskap og langsiktighet. Mange prosjekter følges ikke opp etter endt prosjektperiode. Situasjonen underbygges ved manglende kultur og innovasjon i kommunene.

Data viser at det er et stort potensial for økt samarbeid mellom kommunene for å sikre etablering av større prosjekter. For å lykkes i dette må prosjektene koordineres godt der deling av kunnskap er en forutsetning.

NOU 2011:11 understreker behovet for kunnskapsutvikling i kommunene. Det er et stort behov for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder metoder for systematisk utviklingsarbeid (Velferdsteknologi, IS-1990, 2012). Etter lov om kommunale

helse- og omsorgstjenester skal kommunene medvirke til forskning. En viktig funksjon knyttet til medvirkning vil være å formidle behov for forskning og innovasjon for utvikling og implementering av ny kunnskap og nye løsninger. Det betyr også at utdanningsinstitusjonene og forskningsmiljøene må ivareta relevansen for kommunale behov.

Implementeringen og utviklingen av velferdsteknologi i kommunene er et av flere eksempler på at den interne samhandlingen innen kommunene må styrkes. Her må det både planlegges og prioriteres i felleskap.

Det generelle inntrykket gjennom nærstudier i Telemark viser at de fleste kommuner betrakter seg som i «startfasen». De opplever å ha mange spørsmål om hva slags teknologi og hjelpemidler som er tilgjengelig, hva som er prøvd ut og hva som har en dokumentert positiv effekt. Flere stiller også spørsmål om hva NAV dekker av nye løsninger og hva kommunene må ta høyde for å bekoste selv.

Et annet spørsmål er lovverket og hvilke begrensinger og muligheter som ligger her, hva som er lov og hva som ikke er lov.

De fleste kommunene har boliger eller institusjoner som er bygd med muligheter for å benytte velferdsteknologiske løsninger. Mulighetene som ligger der er ikke alltid er tatt i bruk, men det forklares med at det er individuelle behov hos hver pasient som styrer hvilke løsninger som benyttes.

De som planlegger nye bygg, har fokus på å tenke nytt og legge til rette for fremtidige behov.

Flere av kommunene i Telemark er små hvis man ser på innbyggertallet. I den minste kommunen bor det ca. 1300 personer. Imidlertid strekker mange seg over store områder arealmessig. De små kommunene oppleves å ha god oversikt over pasientenes nåværende og fremtidige behov for tjenester. På spørsmål om hvilke tanker de har om å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger for hjemmeboende, sier flere at de heller gir tilbud om annen bolig med nærhet til bemanning. Det forklares med at ulike typer trygghetsteknologi vil være vanskelig å betjene på grunn av blant annet lange avstander og lang responstid.

Alle kommunene opplever å ha behov for mer kompetanse på området velferdsteknologi, men det er også flere som har iverksatt tiltak.

Spørsmålene om hvordan en kan lykkes i arbeidet med utvikling og implementering av velferdsteknologi i kommunene, kan ikke besvares i denne rapporten. Men det går an å peke på noen sentrale forutsetninger for å øke sjansene for å lykkes:

- Gi mindre kommuner støtte gjennom midler som forvaltes av fylkesmannen til å styrke og utvikle inn-ovasjonsarbeidet på velferdsteknologiområdet slik at kommunene kan få en reell risikoavlastning på området.
- Styrke plankompetansen i kommunene for igjen å skape det nødvendige beslutningsgrunnlaget for politikere.
- Styrke og koordinere samarbeidet bedre mellom kommuner som har nasjonalt finansierte prosjekter og kommuner som ikke har slike prosjekter.
- Gi mulighet for hospitering for personell fra mindre kommuner i kommuner regionalt som har nasjonale prosjekter
- Utvikle og styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunene og mellom kommunene gjennom utvikling av gode strategier for utvikling og implementering.
- Styrke kompetansen i kommunene gjennom systematisk opplæring av personell, både internt og gjennom samarbeid med utviklingssentrene, og universitets- og høyskolesektoren.
- Styrke utviklingssentrene som koordinerende instans for forskning og fagutvikling i samarbeid med de regionale utdanningsinstitusjonene på temaet velferdsteknologi
- Styrke samarbeidet mellom utviklingssentrene og helsefagarbeiderutdanningene om temaet velferdsteknologi
- Arbeide systematisk og kontinuerlig med å utvikle en kultur for kompetanse for hvordan medarbeidere som har deltatt i kompetansehevingsaktiviteter får videreformidle sin kunnskap.
- Styrke brukermedvirkningen i utviklings- og implementeringsarbeidet.

Utvikling og implementering av bærekraftige og driftssikre velferdsteknologiske løsninger er svært utfordrende, det har denne studien vist. Gode rammer, regelverk, kunnskap og kompetanse er sentrale stikkord. Utfordringene vi her skisserer er ikke uoverkommelige, men krevende øvelser.

## LITTERATUR

- Aketun S, Grut L, Holthe T. & Bjørneby S.(2012): Hvor trykker skoen? Hvordan kan hjelpemidler og velferdsteknologi være en del av en helhetlig omsorgstjeneste for personer med demens. Forprosjekt ALMA's hus. Geria, SINTEF & Aldring og helse 2012
- Disch, Per Gunnar og Vetvik Einar (2009) Framtidens omsorgsbilde, Senter for omsorgsforskning rapport 1/2009
- Etiske utfordringer med velferdsteknologi, Kunnskapssenteret 2010
- Findal, A og Fossum, M, (2012). Bo trygt og godt hjemme. Senter for omsorgsforskning – rapportserie 7/12
- Helsedirektoratet (2012): Velferdsteknologi. En fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030. Rapport IS-1990.
- IS-2225 (2014) Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området
- Laberg, Toril (2011) Velferdsteknologi og ergoterapi, Ergoterapeuten 6/11
- Meld. St. 13 (2011 – 2012) Utdanning for velferd, samspill i praksis, Kunnskapsdepartementet 2012
- Meld. St. 16 (2010 – 2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan, Helse- og omsorgsdepartementet 2013.
- Meld.St. nr. 29 (2012 – 2013) Morgendagens omsorg,

- Helse- og omsorgsdepartementet 2013.
- Nordisk Ministerråd (2010): Fokus på velferdsteknologi.  
Nordens Velfærdscenter, desember 2010
- NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Næss Jensen, Victoria (2014) Implementering av velferdsteknologi For ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste: en Kvalitativ studie av Erfaringer Med Bruk av Personlig Digital Assistent (PDA)
- På nett med innbyggerne, Regjeringens digitaliseringsprogram, Forbruker og administrasjonsdepartementet  
2012
- Revidert nasjonalbudsjett 2013, Regjeringen
- Seland, Øyvind (2013) Konsekvenser ved innføring av ny teknologi, Masteravhandling, Aalborg universitet
- Selvstendig, trygg og aktiv, strategi for implementering av velferdsteknologi i Stavanger kommune 2014 - 2017
- St.meld. nr. 28 (1999-2000): Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000.  
Sosial- og helsedepartementet 2000
- St.meld. nr. 7 (2008-2009): Et nyskapende og bærekraftig Norge. Nærings- og handelsdepartementet 2008
- St.meld. nr. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer”. Helse- og omsorgsdepartementet 2006.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Helse- og omsorgsdepartementet 2009.
- Utvikling gjennom kunnskap Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2011 – 2015)
- Vetvik, Einar og Disch, Per Gunnar (2013) Kommunal omsorg i plan? Senter for omsorgsforskning rapport 6/14
- Ørvig Kjersti Velferdsteknologi ingen revolusjon, Stavanger aftenblad 19.nov. 2014

Åshild Willersrud og Une Tangen KS forskning (2012),  
innovasjon og digitalisering Velferdsteknologi – hva skal  
til for at teknologien tas i bruk i kommunene?

AALIANCE. (2009): Ambient Assisted Living Roadmap.  
Berlin: VDI/VDE-IT AALIANCE Office.



## TABELL

Tabell 1 Svarfordeling etter kommunetypologi

Tabell 2 Innen hvilke områder anvendes velferdsteknologi, målt i prosent

Tabell 3 Prioritering av innføring av velferdsteknologi i kommunen, målt i prosent

Tabell 4 Holdninger til bruk av velferdsteknologi, målt i prosent

Tabell 5 Hvor ville det være mest naturlig for kommunen å henvende seg med sine veilednings og opplæringsbehov, målt i prosent





## FIGUROVERSIKT

- Figur 1 Har din kommune utviklet en plan for bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene målt i prosent
- Figur 2 I hvor stor grad benyttes velferdsteknologiske løsninger i kommunene, målt i prosent
- Figur 3 Har din kommune utviklet en plan for bruk av velferdsteknologi, målt i prosent
- Figur 4 Hvordan vil du generelt vurdere den kommunale omsorgstjenestens kompetanse i forhold til velferdsteknologi, målt i prosent