



Fedje kommune

Tilleggsinnkalling av Formannskapet

Møtedato: 19.10.2017
Møtestad: Slissøyna/Skarvøyana-det sosiale rommet
Møtetid: 17:15 - 19:15

Eventuelle forfall må meldast til Charlotte Lilleheil per tlf. 92088851, sms til 92088851 eller per epost til charlotte.lilleheil@fedje.kommune.no

Varamedlemmer møter berre etter nærare avtale.

Sakliste

Saknr	Tittel
105/17	Godkjenning av møteinnkalling og sakliste
106/17	Godkjenning av møtebok
107/17	Referatsaker
108/17	Delegerte saker
109/17	Delegerte saker teknikk og miljø
111/17	Delegerte saker personal
112/17	Godkjenning av lokale forhandlingar kapittel 3 og 5
113/17	Godkjenning av løn til rådmannen
114/17	Nordhordlandspakken. Prioritering av tiltak.
115/17	Samarbeid om interkommunalt byggetilsyn i Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy.
116/17	Tildeling av kulturmidlar 2017
117/17	Vedtak om lån i Husbanken
118/17	Etablering av velferdsteknologi og deltakelse i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet 2017-2020
119/17	Festeavgift gravplass

16. oktober 2017

Stian Herøy
møteleiar

Charlotte Lilleheil
sekretær



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim	FE - 033	17/584

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
105/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Godkjenning av møteinnkalling og sakliste

Saksutgreiing:

Forslag til vedtak:

Møteinnkalling og sakliste vert godkjent.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim	FE - 033	17/584

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
106/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Godkjenning av møtebok

Vedlegg:

Protokoll - Formannskapet - 21.09.2017

Saksutgreiing:

Forslag til vedtak:

Møtebok frå sist møte vert godkjent.



Fedje kommune

Møteprotokoll for Formannskapet

Møtedato: 21.09.2017
Møtestad: Slissøyna/Skarvøyna - det sosiale rommet
Møtetid: 17:00 - 19:00

Møtedeltakarar	Parti
Kristin Handeland	Ap
Bjørn Solbakk	Frp
Stian Herøy	H
Tonje Sulen Gullaksen	H
Roy-Asle Tungland	Krf

Følgende fra administrasjonen møtte:

Charlotte Lilleheil, Ingebjørg Vamråk, Signe Råheim, Øyvind Tolleshaug

Sakliste

Saknr	Tittel
093/17	Godkjenning av møteinnkalling og sakliste
094/17	Godkjenning av møtebok
095/17	Referatsaker
096/17	Delegerte saker
097/17	Delegerte saker teknikk og miljø
098/17	Delegerte saker personal
099/17	Fastsetting av husleiger i Mulevegen 3
100/17	Klage frå Arne Wiken på avslag om å legga kloakk- og vassleidning i sjø.
101/17	REGULERINGSPLAN FOR GNR. 169, BNR. 47, FABRIKK NR 8,
102/17	TV aksjonen 2017 - søknad om støtte
103/17	Uthus. Vedtak om pålegg og tvangsmulkt
104/17	Eventuelt

093/17: Godkjenning av møteinnkalling og sakliste

Behandling:

Det har vore problemer med sakene på møteportalen og møtekalenderen.
Dei sakene ein ikkje klarer å lese vert utsett.

Vedtak:

Møteinnkalling og sakliste vert godkjent. Dei sakene ein ikkje klarer å lese vert utsatt til neste møte.
Samrøystes vedteke.

094/17: Godkjenning av møtebok

Behandling:

Tonje Sulen Gullaksen(H) røysta med Ottar Tangen(Frp) i sak 089/17.
Bjørn Solbakk(Frp) vanskeleg å godkjenne møtebok, fordi han ikkje var på førre møte.

Vedtak:

Møtebok frå sist møte vert godkjent. Tonje Sulen Gullaksen(H) røysta med Ottar Tangen(Frp) i sak 089/17. Godkjent med fire av fem røyster.

095/17: Referatsaker

Behandling:

Vedtak:

Referatsaker vert tekne til orientering. samrøystes vedteke.

096/17: Delegerte saker

Behandling:

Vedtak:

Delegerte saker vert tekne til orientering. samrøystes vedteke.

097/17: Delegerte saker teknikk og miljø

Behandling:

Sak 14 og 17 vert teke til orientering. Dei andre sakene vert utsett til neste formannskapsmøte.

Vedtak:

Sak 14 og 17 vert teke til orientering. Dei andre sakene vert utsett til neste møte samrøystes vedteke.

098/17: Delegerte saker personal

Behandling:

Vedtak:

Delegerte saker vert tekne til orientering. Samrøystes vedteke.

099/17: Fastsetting av husleiger i Mulevegen 3

Behandling:

Vedtak:

Husleiger i Mulevegen 3 vert slik : Mulevegen 3 A – 9600, Mulevegen 3 B – 9600, Mulevegen 3 C – 7200, Mulevegen 3 D H0101 – 6100, Mulevegen 3 D H0102 – 7300 og Mulevegen 3 H 0103– 8200. Samrøystes vedteke.

100/17: Klage frå Arne Wiken på avslag om å legga kloakk- og vassleidning i sjø.

Behandling:

Vedtak:

Fedje kommune aksepterer ikkje vass- eller kloakkleidning i sjø for tilknytning av eigedomen gnr. 168, bnr. 450 til det kommunale vass- og kloakknettet. Grunngeving : sjå saksutgreiinga. samrøystes vedteke.

101/17: REGULERINGSPLAN FOR GNR. 169, BNR. 47, FABRIKK NR 8,

Behandling:

Vedtak:

I medhald av delegeringsreglement for Fedje kommune, sist revidert i k-sak 082/16 og plan- og bygningslova § 12-12, rår formannskapet til at kommunestyret gjer følgjande vedtak :

Reguleringsplan med føresegner for Mulevegen 3, vert vedteken med følgjande endringar i føresegnene :

2.2 REKKEFØLGJEKRAV : Før det gis tillatelse til nybygg eller hovedombygging skal det være en av Fedje kommune godkjent VA ordning. Delområde f_BUT inklusiv leikeareal for barn med leikeapparat, skal være opparbeidet før det gis brukstillatelse til boliger.

3.3 DELOMRÅDE F_BUT – UTEOPPHOLDSAREAL : Delområde f_BUT er felles uteoppholdsareal for alle boliger under delområde BKB. På f_BUT kan det etableres utemøblering, lekeapparater og annet som følger av opparbeiding av et felles uteoppholdsareal for boliger. Leikeareal for barn skal ha gjerde med minimum høgde lik 140 cm med port.

Endringa er at kravet om at Delområde f_BUT skal vera opparbeida før det vert gjeve bruksløyve til bustader, er flytta frå punkt 3.3 til 2.2.

Samrøystes vedteke.

102/17: TV aksjonen 2017 - søknad om støtte

Behandling:

Vedtak:

Fedje kommune støttar TV aksjonen 2017 til UNICEF med kr. 10.000,-.

Frå konto 14700.1000.1003

samrøystes vedteke.

103/17: Uthus. Vedtak om pålegg og tvangsmulkt

Behandling:

Ordføreren(H) fremja forslag om at saka vart utsatt ein månad. I løpet av den månaden må eigar ha søkt om avkjørsel, bruksendring og dispensasjon frå byggegrensa.

Vedtak:

Fedje kommune gjer i medhald av § 32-3 og § 32-5 i plan- og bygningslova, med dette eit vedtak om pålegg og tvangsmulkt. Vedtaket gjeld følgjande arbeid på uthus på gnr. 168, bnr. 2 : Vindauge i gavl mot vest. Vindauge i gavl mot aust. Vindauge på langsida mot sør. Pålegg og tvangsmulkt vert retta til Frank Krüger.

Pålegget er at vindauge i gavl mot vest, vindauge i gavl mot aust og vindauge på langsida mot sør vert teke ut og erstatta med kledning innan 1. desember 2017.

Vert ikkje pålegget gjennomført, vert det tvangsmulkt med 500,- kr pr dag . Tvangsmulkt løper frå 1. desember 2017.

Grunngjeving : Å setja inn dei tre vindauge i løa, er søknadsplikting etter § 20-1 punkt f- i plan og bygningslova (pbl). Tiltaket kjem ikkje inn under tiltaka som er unnateke søknadsplikt i § 20-5 punkt f i pbl fordi det ikkje dokumentert at det har vore tilsvarande vindauge i løa tidlegare og dei 3 nye vindauga fører til at løa endrar karakter frå løe til fritidsbustad/bustad. Dette vert understreka av at det på sørsida av løa er bygd terrasse med levegg/gjerde. Nemnde arbeid er utført utan løyve. Dei er i strid med byggegrensa langs veg som er fastsett i kommueplanen (15 meter).

Her var det to avstemninger. Det vart først stemt over rådmannen sitt framlegg som falt med 3 mot 2 røyster, der Kristin Handeland(Ap) og Roy Asle Tungland(Krf) stemte for framlegget. Subsidiert vart det røysta for Ordføreren(H) sitt framlegg som blei einstemmig vedtatt.

104/17: Eventuelt

Behandling:

Vedtak:

Sakene vert teke til orientering.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim	FE - 033	17/584

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
107/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Referatsaker

32T

Saksnummer	Tittel
107/17.1	Tilskot

Saksnummer	Tittel
107/17.2	Samarbeidsavtale mellom Fedje kommune og Hordaland fylkeskommune, gjeldande Invest in Bergen og Etablerersenteret 2017-2020

Saksnummer	Tittel
107/17.3	Rådmannen orienterer

Saksnummer	Tittel
107/17.4	Ordføreren orienterer

Saksnummer	Tittel
107/17.5	Budsjett og økonomiplan 2017 .- 2020

Saksutgreiing:

Forslag til vedtak:

Referatsaker vert tekne til orientering.



Fedje kommune



Saksframlegg

Saksnr:	Utval:	Dato
	Formannskapet	

Sakshandsamar:	Rådmannskontoret			Ingebjørg Vamråk	
Avgjerslemynde:		Arkivnr.:	17/237	Klassering:	

Rådmannen orienterer

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Sakene vert teke til orientering.

Saksopplysningar:

Bakgrunn

Rådmannen orienterer om saker.

Vurdering

Folkehelse

Miljø

Økonomi

Konklusjon

Ikkje vedlagte saksdokument:

Doknr	Type	Dato	Tittel på saksdokumentet
Doknr	Type	Dato	Tittel på journalpost



Saksframlegg

Sakshandsamar:	Rådmannskontoret			Signe Råheim	
Avgjerslemynde:		Arkivnr.:	17/604	Klassering:	

Ordføreren orienterer

Ordføreren sitt framlegg til vedtak:

Sakene vert teke til orientering

Saksopplysningar:

Bakgrunn

Ordføreren orienterer.

Vurdering

Folkehelse

Miljø

Økonomi

Konklusjon

Ikkje vedlagte saksdokument:

Doknr	Type	Dato	Tittel på saksdokumentet
Doknr	Type	Dato	Tittel på journalpost



Fylkesmannen i Hordaland

Sakshandsamar, telefon
Edvard Høgestøl, 55 57 20 45

Vår dato
16.06.2017
Dykkar dato
28.03.2017

Vår referanse
2017/4264 331.1
Dykkar referanse
16/779

Fedje kommune
Adm.bygg
5947 Fedje

Fedje kommune - budsjett og økonomiplan 2017 - 2020

Budsjett og økonomiplan vart vedteken i kommunestyremøte 15. desember 2016.

Kommunen er ikkje under statleg kontroll og godkjenning etter kommunelova § 60.

Etter § 15 i forskrifter om årsbudsjettet skal årsbudsjettet, slik det er vedteke av kommunestyret, liggja føre som eige dokument innan 15. januar. Økonomiske oversyn må vera utarbeidd innan 1. mars i budsjettåret.

Etter kommunelova § 45 tredje punkt skal innstillinga til årsbudsjett ha vore lagt ut til offentleg gjennomsyn i minst 14 dagar før handsaming i kommunestyret.

Det er lagt opp til same skatteøyre for kommunane i 2017 som i 2016, 11,8 prosent.

Frie inntekter

Kommunen har budsjettert med kr. 15,88 mill. i skatt på eige og inntekt.

I 2016 var det ein samla skatteauke for kommunane i landet på 9,7 prosent. Det er no rekna med ein skatteauke for kommunane frå 2016 til 2017 med 1,5 prosent.

Kommunen sitt skattenivå i 2016 var 83 prosent av landsgjennomsnittet.

I rammeoverføringa til kommunane er det symmetrisk inntektsutjamning. Kommunar med skattenivå over landsgjennomsnittet får eit trekk i 2017 tilsvarande 60 prosent av differansen mellom eige skattenivå og landsgjennomsnittet.

Kommunar med skattenivå under landsgjennomsnittet får kompensasjon i 2017 tilsvarande 60 prosent av differansen mellom landsgjennomsnittet og eige skattenivå. Kommunar med skattenivå under 90 prosent av landsgjennomsnittet får også tilleggskompensasjon tilsvarande 35 prosent av differansen mellom 90 prosent av landsgjennomsnittet og eige skattenivå.

Kommunen sine frie inntekter består av ordinær skatt og statleg rammeoverføring, medrekna inntektsutjamning. Sum frie inntekter er budsjettert til kr. 54,9 mill.

Inntektsprognosen for 2017 har innkomen skatt for 2016, innbyggjartal pr. 01.01.2017 for berekning av inntektsutjamninga, og nyttar tal frå 01.07.2016 som grunnlag for innbyggjartilskot og utgiftsutjamninga med aldersfordeling. Prognosen er oppdatert etter kommuneproposisjon/revidert nasjonalbudsjett.

Kommunen har budsjettert dei frie inntektene for 2017 marginalt under nivået i den oppdaterte prognosen.

Eigedomsskatt

Det er budsjettert med kr. 2,11 mill. i eigedomsskatt for 2017. Det er om lag som for 2016.

Skattesatsen er sju promille for næringsverksemd inklusiv verk og bruk

Pris og kostnadsvekst

Den samla pris- og kostnadsveksten i kommunane (kostnadsdeflatoren) var i statsbudsjettet 2,5 prosent. I det inngår pårekna lønsvekst med 2,7 prosent.

I revidert nasjonalbudsjett vart lønnsveksten justert ned til 2,4 prosent, slik at pris- og kostnadsvekst er rekna til å bli 2,3 prosent.

Avdrag

I økonomireglane er det gitt minimumskrav for storleiken på årlege avdrag. Etter kommunelova § 50 sjuande ledd kan attståande løpetid for kommunen si samla gjeldsbyrde ikkje overstiga den vegde levetida for kommunen sine anleggsmidlar ved det siste årsskiftet.

Kommunelova set eit minstekrav til totale låneavdrag for kommunen. Ein hovudregel vil vere at årlege låneavdrag som eit minimum må utgjere om lag 3 ½ - 4 prosent av lånegjelda (når formidlingslån og avdrag på slike lån ikkje er rekna med). Fylkesmannen rår kommunane til at dei ordinære avdraga er minst på dette nivået.

Det er budsjettert med kr. 1,3 mill. i ordinære avdrag (utanom avdrag på formidlingslån).

Budsjetterte avdrag er i tråd med hovudregelen.

Driftsresultat

Kommunelova § 46 punkt 6 legg til grunn at det blir budsjettert med eit driftsresultat som minst er tilstrekkeleg til å dekkja renter, ordinære avdrag og nødvendige avsetjingar (inkl. inndekning av underskot).

Paragraf 3 i forskriftene om årsrekneskapen presiserer nærare det driftsrekneskapen og investeringsrekneskapen skal omfatta. Som hovudregel må til dømes ei inntekt og innbetaling som ikkje er ordinær bli ført i investeringsrekneskapen.

Netto driftsoverskot i budsjettet for 2017 er kr. 2,1 mill.

Det tekniske berekningsutvalet for kommunal og fylkeskommunal økonomi har tilrådd eit nivå for netto driftsoverskot, i prosent av driftsinntektene, på minst 1 ¾ prosent for kommunane generelt.

Fylkesmannen si vurdering er at netto driftsoverskot bør vere noko høgare enn 1 ¼ prosent av driftsinntektene for å kunne handtere svingingar i inntektene og for å ha stabilitet i tenestene.

Kommunen ligg over tilrådinga for 2017.

Resultata ser akseptable ut også i økonomiplanperiodens siste tre år.

Investering, lånegjeld og kapitalutgifter

I 2017 er det vedteke investeringar i anleggsmidlar for til saman kr. 19,14 mill.

Den største investeringa er i kommunalt disponerte bustader med kr. 15,5 mill. Framover i økonomiplanen er investeringane små.

Investeringane vert finansierte med lån, kr. 11,63 mill., kr. 2,1 mill. frå driftsrekneskapen, og kr. 1,- mill. frå fond.

Det er verdt å merke seg at låneopptaket i 2017 har ein storleik på 40 prosent av den totale ordinære lånegjelda pr. 1/1 2017

Vi har rekna ordinær langsiktig gjeld per 31.12.2015 for kommunane samla i fylket, utanom Bergen, til kr. 73.804,- per innbyggjar. I dette talet er ikkje pensjonsforplikting medrekna. Det tilsvarande talet for kommunen er kr. 49.106,-.

Tal for 2016 syner berre ei mindre auke i gjeld pr. innbyggjar, men auken fram mot 1/1 2018 vil sjølvsagt blir større.

Oppsummering

Kommunen si inntektsside er ganske sterk i høve til andre kommunar, om ein måler frie inntekter pr. innbyggjar, men kommunen er liten og sårbar for endringar.

Med unntak av 2014, har kommunen dei siste ti åra levert positive netto driftsresultat. Dei aller fleste resultata ligg over tilrådinga frå Fylkesmannen/Teknisk berekningsutval, til dels langt over.

Gjeldsgraden har vore låg. Det bør den vere også framover, sjølv om naudsynte investeringar gjerne krev låneopptak. På grunn av solide avdrag og forsiktig opplåning tidligare, er kommunen rusta til å ta desse investeringane.

Med helsing

Lars Sponheim

Rune Fjeld
ass. fylkesmann

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim	FE - 033	17/584

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
108/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Delegerte saker

32T

Saksnummer	Tittel
049/17	Tilsetting i undervisningsstilling

Saksutgreiing:

Forslag til vedtak:

Delegerte saker vert tekne til orientering.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim	FE - 033	17/584

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
109/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Delegerte saker teknikk og miljø

32T

Saksnummer	Tittel
------------	--------

012/17	Avslag på søknad om avkøyrsløp pga manglende dokumentasjon.
--------	---

Saksnummer	Tittel
------------	--------

016/17	Løyve til bygging av molo. Avslag på dispensasjon frå plankrav.
--------	---

Saksnummer	Tittel
------------	--------

013/17	Løyve til deling av grunneigedom.
--------	-----------------------------------

Saksnummer	Tittel
------------	--------

018/17	Løyve til innreiing av rom for WC og vask i 2. etg på eksisterande naust.
--------	---

Saksnummer	Tittel
------------	--------

022/17	Løyve til å bygga einebustad og garasje
--------	---

Saksnummer	Tittel
------------	--------

021/17	Løyve til å bygga garasje.
--------	----------------------------

Saksnummer	Tittel
------------	--------

015/17	Løyve til å bygga naust på gnr. 169, bnr. 149.
--------	--



Saksnummer	Tittel
020/17	Løyve til å bygga veg på gnr. 168, bnr. 10, bnr. 50 og bnr. 272.

Saksnummer	Tittel
019/17	Utsleppsløyve frå gnr. 172, bnr. 39 og gnr. 172, bnr. 165.

Saksutgreiing:

Forslag til vedtak:

Delegerte saker vert tekne til orientering.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim	FE - 033	17/584

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
111/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Delegerte saker personal

32T

Saksnummer

Tittel

032/17 Godkjenning av forlenget læretid med redusert stillingsprosent

Saksnummer

Tittel

031/17 Svar på søknad om foreldrepermisjon

Saksnummer

Tittel

034/17 Svar på søknad om forlenga permisjon

Saksnummer

Tittel

033/17 Svar på søknad om ledig stilling konsulent administrasjon

Saksnummer

Tittel

029/17 Søknad om permisjon

Saksutgreiing:

Forslag til vedtak:

Delegerte saker vert tekne til orientering.



Fedje kommune



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim		17/570

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
112/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Godkjenning av lokale forhandlingar kapittel 3 og 5

Saksutgreiing:

Bakgrunn

Relevant avtaleverk: Hovudtariffavtalen kap.3 og 5.

Hovudtariffavtalen seier at kommunen skal halde lokale forhandlingar med dei lokale arbeidstakarorganisasjonane for dei tilsette som kjem inn under kapittel 3 og 5 kvart år. I tråd med delegasjonsreglementet ligg lokale lønnsforhandlingar for arbeidsgjevar sin del under lønnsutvalet. Til forhandlingane er det ikkje definert ein pott frå sentralt hald, og derfor skal formannskapet godkjenne summane lønnsutvalet har forhandla fram.

Kapittel 3 omfatter leiarane og kap.5 omfatter enkelte administrative stillingar. Dei får alle lønnstillegg fastsett i lokale forhandlingar, i motsetning til dei tilsette i kapittel 4 som får tillegg etter sentrale avtalar. Rådmann og ass.rådmann er teke ut av lønnsforhandlingane i delegeringsreglementet sidan dei sitt/kan sitte i lønnsutvalet, og skal forhandlast direkte av formannskapet.

Vurdering

I budsjett for 2017 var det budsjettert med ei lønnsramme på 2,5% for alle einingane i kommunen. Lønnsoppgjeret i kap.3 og kap.5 med overheng er beregna til å vere på 2,5%. Protokollane vert delt ut i møtet.

Forhandlingane er no over og det vart semje med alle partar.

	Kap.3	Kap.5
Lønnsmasse frå 2016	3544542	2448408
Brukt i lokale forhandlingar	59221	44326
Prosentvis auke i lønn pr.01.05.2017	1,67%	1,8%
Overheng	0,7%	0,7%
Total %	2,37%	2,5%

Konklusjon



Fedje kommune

Forslag til vedtak:

Formannskapet godkjenner protokollane for lokale forhandlingar 2017 for kapittel 3 og 5.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim		17/605

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
113/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Godkjenning av løn til rådmannen

Saksutgreiing:
Bakgrunn

Vurdering

Folkehelse
Miljø
Økonomi

Konklusjon

Forslag til vedtak:
Årets forhandlingsresultat vert godkjent.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Øyvind Tolleshaug	FA - Q13	17/326

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
114/17	Formannskapet	PS	19.10.2017
	Kommunestyret	PS	

Nordhordlandspakken. Prioritering av tiltak.

Vedlegg:

Framlegg til prioritering synt med bilde

Referat frå synfaring

Statens vegvesen Oversyn over aktuelle tiltak

Trafikksikringstiltak - brev frå FRP

Saksutgreiing:

Den 8. mai i år fekk ordøraren ei liste frå Statens vegvesen med aktuelle vegutbetringar på fylkesvegen i samband med Nordhordlandspakken.

Den 25. september i år, hadde to fagfolk frå Statens vegvesen og eg ei synfaring på Fedje for å sjå på aktuelle tiltak. Den eine av dei to har namnet Svein Rosseland. Han er prosjektleiar for Nordhordlandspakken.

Statens vegvesen har skrive referat frå synfaringa med eit oversyn over aktuelle tiltak. Det er 13 tiltak på lista. Åtte stk er framlegg frå Statens vegvesen. Fem stk er mine.

Fedje kommune må prioritera tiltaka. Fedje kommune skal deretter senda den prioriterte lista til Statens vegvesen. Statens vegvesen vil deretter laga kostnadsoverslag for tiltaka.

Tiltaka har ei kostnadsramme på 2 millionar kroner inklusiv moms. Når det gjeld kva for tiltak som skal gjennomførast, vil Statens vegvesen halda seg Fedje kommune sine prioriteringar.

Frp har levert eit brev datert 17. september der dei går inn for at veggen frå Træsneset mot Kahrs må utbetrast. Fem av tretten tiltak er på denne strekninga.

Forslag til vedtak:

Framlegg til prioritert liste (sjå vedlegg Framlegg til prioritering synt med bilde) :

Blå 1, Blå 2, Blå 3, Blå 5, Raud 2, Raud 3, Blå 4, Raud 4, Raud 1, Raud 7, Raud 8, Raud 5 og Raud 6.

Blå 1 har høgast prioritet osv.

Framlegg til prioritering synt med bilde :







FV423_FV423_np23_11_m01634



6: Siktbetring



Statens vegvesen

Referat

Dato: 25.09.2017
Tid: 10.30 – 13.00
Referent: Inge-Andrè Håkull

Saksbehandler/telefon:
Inge-Andrè Håkull / 47802877
Vår dato: 03.10.2017
Vår referanse: 17/167220-1

Referat frå synfaring den 25. september 2017

Møte nr.: –

Sted: Fedje

Møteleder: Svein Rosseland

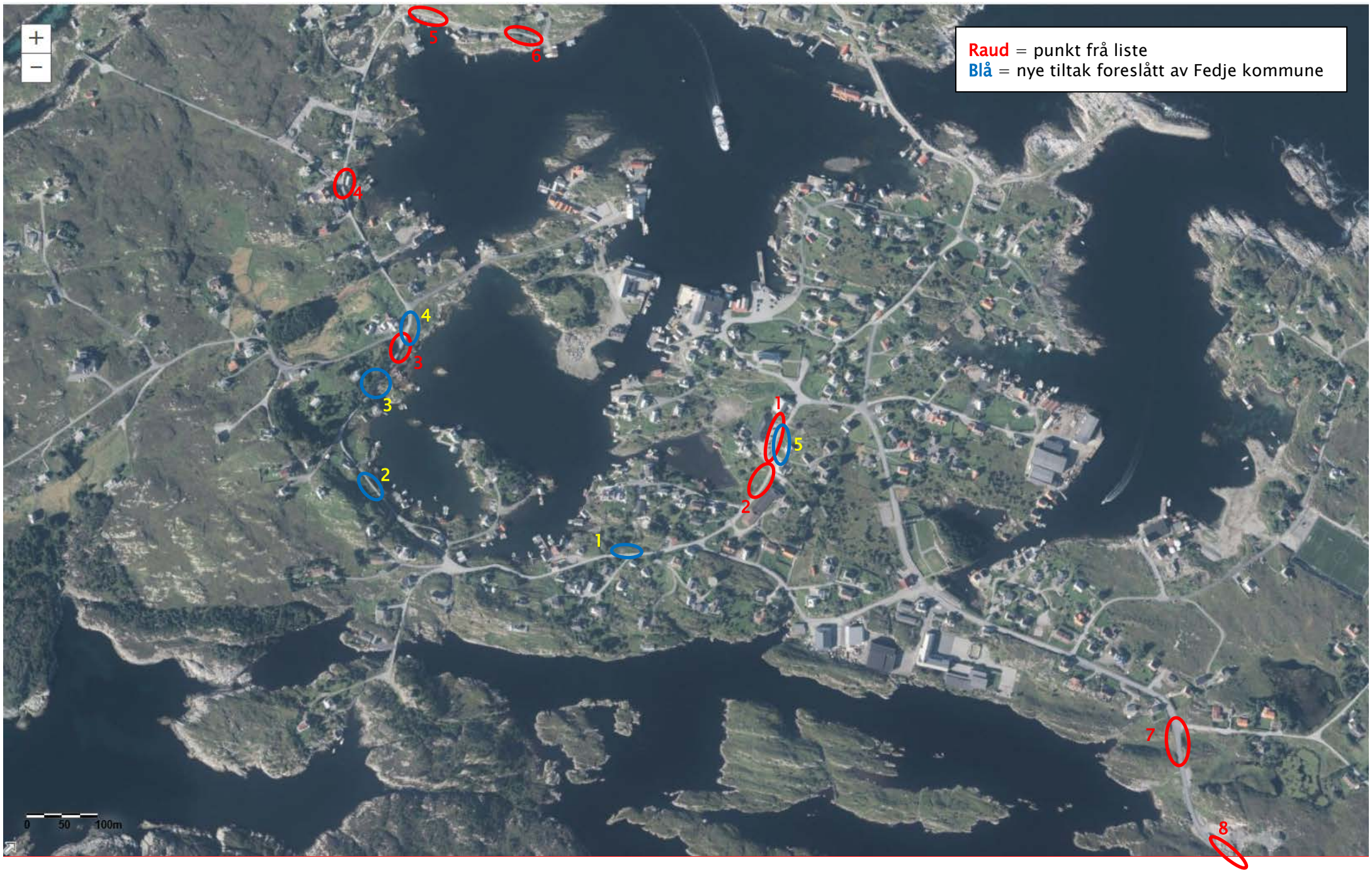
Til stede: Øyvind Tolleshaug (ØT), Fedje kommune
Svein Rosseland (SR), Statens vegvesen
Inge-Andrè Håkull (IAH), Statens vegvesen

Forfall: Fyll inn.

Kopi:

	Ansvar / frist
Måndag 25. september 2017 vart det gjennomført ei synfaring på Fedje for å sjå på forslag til tiltak som Fedje kommune ønsker gjennomført ifm. midlar som er tildelt gjennom Nordhordlandspakken. Synfaringa tok utgangspunkt i lista som vart sendt til Fedje kommune v/ ordføraren den 8. mai 2017. I tillegg kom ØT med forslag til tiltak som ikkje stod på denne lista. SVV utarbeidar ei ny liste over aktuelle tiltak basert på synfaringa. Lista som var utgangspunktet ligg som vedlegg 1. Nytt oversiktskart med ny liste, bilete og punkt ligg som vedlegg 2. Fedje kommune oversender til SVV kart over områder der kommune er grunneigar. Desse områda er aktuelle som nye møteplassar. Fedje kommune utarbeidar ei prioritert liste over tiltak. Denne lista sender kommunen til SVV v/ Svein Rosseland. SVV vil utarbeide kalkyle/kostnadsoverslag. SR presiserte at det er Fedje kommune som prioriterer kva tiltak som skal gjennomførast. Økonomisk ramme for tiltaka er kr. 2,0 mill. i kroneverdi 2017.	

	Kommunenr	Fylkesveg	HP	M	HP2	M2	Stad	Kval/ type tiltak
1	Fedje	Fv 423	53	35	53	80	V/ gamlebutikken	Oppgradering av ståltrekkverk
2	Fedje	Fv 423	53	100	53	150	V/ sjukeheimen	Fylling og rekkverk
3	Fedje	Fv 423	53	950	53	1000	X/ Langedal	Siktbedring
4	Fedje	Fv 423	53	1215	53	1260		Heve lågt betongtrekkverk
5	Fedje	Fv 423	53	1515			Mulen	Møteplass
6	Fedje	Fv 423	53	1650			Mulen	Siktbedring
7	Fedje	Fv 423	51	950	51	1000		Oppgradering av ståltrekkverk
8	Fedje	Fv 423	51	1090	51	1170		Oppgradering av ståltrekkverk
1	Fedje	Fv 423	53	334	53	354		Ny møteplass
2	Fedje	Fv 423	53	740	53	760		Ny møteplass
3	Fedje	Fv 423	53	920	53	940		Ny møteplass
4	Fedje	Fv 423	53	960	53	1000		Heve lågt betongtrekkverk
5	Fedje	Fv 423	53	40	53	80		Utviding veg



Raud = punkt frå liste
Blå = nye tiltak foreslått av Fedje kommune

0 50 100m

Punkt frå lista:

Fy12_Fv423_hp53_fl_m00054



1: Oppgradering rekkverk

Fy12_Fv423_hp53_fl_m00114



2: Ny fylling, breiare veg og nytt rekkverk.

Fy12_Fv423_hp53_fl_m00954



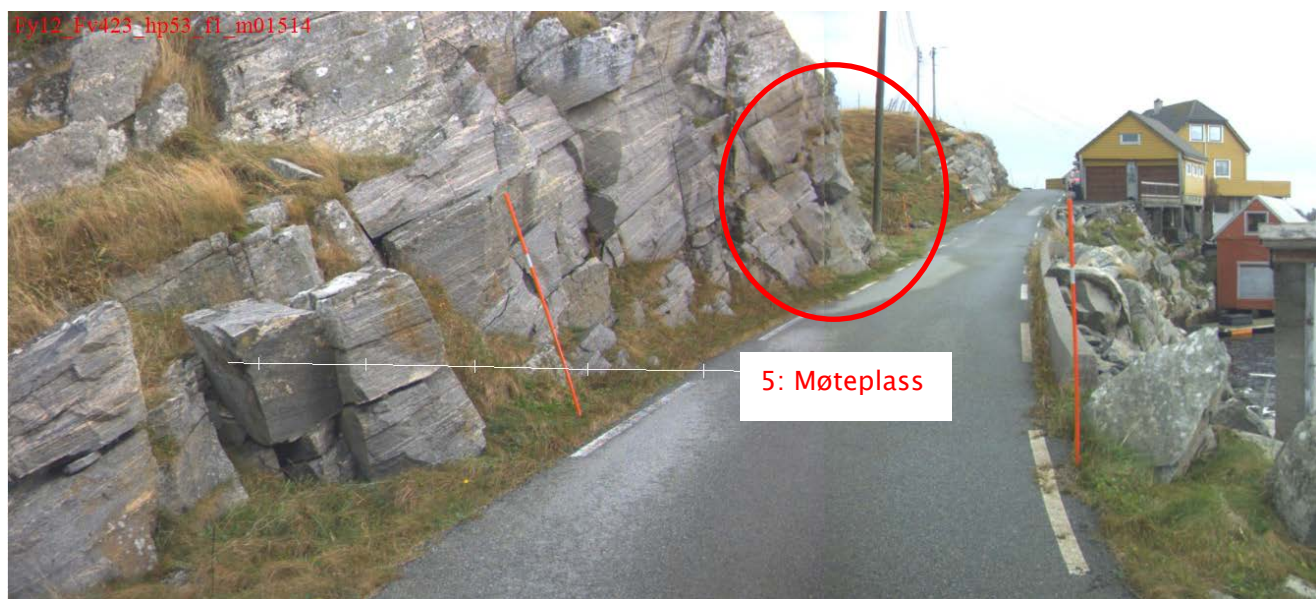
3: Siktbetring (fjerning fjell).

Fy12_Fv423_hp53_fl_m01234



4: Heve betongrekkverk

Fy12_Fv423_hp53_fl_m01514



5: Møteplass

Fy12_Fv423_hp53_f1_m01634



6: Siktbetring

Fy12_Fv423_hp01_f1_m00951



7: Oppgradering rekkverk

Fy12_Fv423_hp01_f1_m01091



8: Oppgradering rekkverk

Nye punkt frå Fedje kommune:

Fy12_Fv423_hp53_f1_m00334



Fy12_Fv423_hp53_f1_m00734



Fy12_Fv423_hp53_f2_m00921



Fy12_Fv423_hp53_f1_m00974



4: Heve betongrekkverk

Fy12_Fv423_hp53_f2_m00080



5: Utviding av veg

Fedje 17.09.2017

Formannskap

Kommunestyre

Trafikksikring

Vegen frå Kars mot Tresneset er smal og til tider uoversiktleg. Etter at nytt bustadfelt på Torvhaugane og Fab 8 er ferdig, kan ein forvente meir trafikk av mjuke trafikantar, skuleborn, folk med barnevogn og elles andre gåande.

Tidlegare i vår fekk kommunen tildelt over 2 millionar som skulle vere til trafikksikring av fylkesvegar. Om desse midlane kan brukast til utbetring av veg/fortau så bør dette sjåast på, og koma i dialog med fylket då dette er fylkesveg.

Frp meiner at bergveggen langs vegen frå Kars kan piggast/sprengast, og overskytande stein kan leggest som fortau ved sida av vegen.

Bjørn Solbakk

Fedje Frp



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Øyvind Tolleshaug		17/602

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
115/17	Formannskapet	PS	19.10.2017
	Kommunestyret	PS	

Samarbeid om interkommunalt byggetilsyn i Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy.

Saksutgreiing: Samandrag

Etter plan- og bygningslova er kommunane pliktig å føre tilsyn i byggesaker. Kommunane kan sjølv velje korleis ein vil organisere tilsynet og kva strategi ein legg opp til. Kommunane i Nordhordland har tidligare hatt eit interkommunalt byggetilsyn.

Perlekjedekommunane har sett behovet for å etablere eit nytt interkommunalt byggetilsyn. Planen er å etablere eit nytt samarbeid med Austrheim som vertskommune. Samarbeidet må vera mellom kommunane Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy. Vaksdal gav beskjed den 27. september at dei ikkje vil delta her. Planlagt oppstart kan likevel vera 01.01.2018. Samarbeidsavtalen bør følgja reglane i kommunelova § 28-1b om administrativt vertskommunesamarbeid, og må handsamast av kvart kommunestyre i deltakarkommunane.

Tilsynsstrategi

Det vil verta utarbeidd eit forslag til tilsynsstrategi. Tilsynet skal arbeide med føretakstilsyn og byggeplasstilsyn, samt følgje opp avvik og lovbrøt knytt til dette. Tilsynet sitt arbeid vil gjelde i pågåande byggesaker, og inntil 5 år etter ferdigattest. Målet er at det blir ført tilsyn på 10% av innkomne byggesaker. Målsetting med eit felles tilsyn er:

a. Sikre god kvalitet på byggetiltak og at dei er i samsvar med løyver og plan- og bygningslova..

b. Stimulere føretaka til auka kvalitet på alle delar av byggeprosessen.

Organisering, mynde og økonomi

Det vert etablert eit felles tilsyn med Austrheim som vertskommune, tilsynet skal følgja



Fedje kommune

vedtatt tilsynsstrategi. Det vert ein person som skal følgje opp tilsynsstrategien. Andre tilsyn og oppfølging av ulovlige tiltak vert lagt til den enkelte kommune. Gjennom samarbeidsavtalen får Austrheim kommune mynde og fullmakt til å følgje opp tilsyn og eventuelle ulovlege tiltak. Kommunane melder sjølv inn sakene som ein ønskjer tilsyn på. Det er lagt opp til ein årleg kostnad på kr 850.000 for eit felles interkommunalt byggetilsyn, som dekkjer eit årsverk, bilkøyring og administrative kostnader. Det vert lagt til grunn ein kostnadsfordeling basert på folketal i dei seks samarbeidskommunane. Det er lagt opp til følgjande kostandsfordeling mellom kommunane.

Kostnadsfordeling etter folketal i perlekjedekommunane

Kommunar	Folketal 01.01.2016	Prosent fordeling	Kostnad
Austrheim	2.900	18	153.000
Fedje	576	4	34.000
Gulen	2.370	15	127.500
Masfjorden	1.701	11	93.500
Modalen	381	2	17.000
Osterøy	7.957	50	425.000
Sum	15.885	100	850.000

Det er opp til kvar kommune å avgjere korleis ein vil finansiere tilsynsfunksjonen, det kan til dømes gjerast gjennom byggesaksgebyra jf. PBL § 33-1.

Vurdering:

Det må vera semje om etablere eit felles tilsyn som er avgrensa til føretakstilsyn og byggeplasstilsyn, samt til oppfølging av avvik og lovbrøt knytt til desse tilsyna. Det er lagt opp til at tilsynet skal ha ei bemanning på ein person. Det er lagt vekt på at den tilsette skal ha byggteknisk, men og noko juridisk kompetanse. Personen må vera flink med folk. Målet er å gjennomføre tilsyn på 10% av innkomne byggesaker. Dersom det ikkje er interesse for felles tilsynsarbeid der alle perlekjedekommunane er med så må kvar kommune gjera dette tilsynsarbeidet i eigen regi framover.

For å sikra at tilsynet følgjer opp aktiviteten på ein god måte skal evalueringar av tilsynet skje gjennom den årlege tilsynsrapporten. Den tilsette skal i dialog med perlekjedekommunane sine fagfolk kvart år utarbeida forslag til ein årleg felles tilsynsstrategi.

Til orientering har Meland og Radøy kommune sin administrasjon på teknisk nivå uttalt i september 2017 at dei kan tenkje seg å delta i dette byggetilsynet. Rådmannsgruppa i perlekjedekommunane kan drøfta dette innspelet på neste møte, om dei ynskjer å sjå på eit utvida samarbeid her med Radøy og Meland. Totalt har desse to kommunane over 13000



Fedje kommune

inbyggjarar, fordelinga økonomisk vil endra seg stort om desse vert med.

Forslag til vedtak:

Fedje kommune vert med i interkommunalt byggetilsyn saman med Austrheim, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy med verknad frå 01.01.2018.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim	FE - 223, FA - C00	17/444

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
116/17	Formannskapet	PS	19.10.2017

Tildeling av kulturmidlar 2017

Vedlegg:

Saksutgreiing kulturmidlar 2017

Tidelingsreglement (L)(12901) (L)(25859)

Saksutgreiing:

Bakgrunn

Fedje kommune har kr.11000,- i kulturmidlar som vert tildelt årleg. Lag og organisasjonar med aktivitet på Fedje kan søkje om tilskot frå desse midlane.

Vurdering

Det vert lagd ved eit dokument med utgreiing over kva det einskilde laget eller organisasjonen har søkt om med kommentarar.

Eg har vurdert søknaden frå Frugård om å lage film om gamle Fedje som eit kommersielt tiltak som ikkje fell inn under vilkåra for å få kulturmidlar.

Det vert gjeve lite kulturmidlar til begge bygdelaga. Dei har få eige arrangement og driv i stor grad med utleige og drifting av bygg.

Søknaden vert vurdert utifrå følgjande kriterier:

- Storleik på søknadssumen sett i samband med kva midlane skal brukast til.
- Stabil aktivitet med vekt på barn og unge (§10 i tidelingsreglement)
- Medlemstal sett i forhold til §10 i tidelingsreglement
- Skjønn

Folkehelse: Fleire av laga og organisasjonane har aktivitet som er relevant for folkehelsa.
Økonomi: Enkelte lag og organisasjonar har underskot for fjordåret, men dei fleste har pengar på bok til å dekke inn underskota.

Konklusjon

Det har vore søkt om kulturmidlar for 252000,-kr. Dei fleste laga og organisasjonane får mindre enn dei har søkt om. Lag og organisasjonar med aktivitet for barn og unge vert prioritert.

Forslag til vedtak:

Dei laga og organisasjonane som driv aktivitet for barn og unge vert prioritert framfor dei



Fedje kommune

andre. Dert vert gjeve lite til lag og organisasjonar som har lite eige aktivitet og driv utleige av bygg. Dei fleste laga og organisasjonane får mindre enn det dei har søkt om. Kommunen har kr. 110000 til rådvelde for kulturmidlar. Det er søkt om kr. 252000. Kulturmidlane vert fordelt på

følgjande:

Damekoret	Koral	kr.	5000
Feiekostane		kr.	7000
Fedje	mannskor	kr.	3000
Fedje	musikkorps	kr. 20	000
Vesttun	bygdelag	kr.	3000
Fedje	Idrettslag	kr.	27000
Betweenklubben		kr.	6000
Fedje	Indremisjon	kr.	5000
Fedje	Historielag	kr.	7000
Stormark	Grendahus	kr.	3000
Fedje	Rockeklubb	kr.	6000
Fedje	ungdomsklubb	kr.	10000
Fedje Ten Sing	kr. 8000		

Organisasjon	Medlem un	Tot.medle	Inntekter	Utgifter	Søkt om
Damekoret Koral		16	7000	5500	7000
Feiekostane		23	85222	94995	15000
Frugård/Historielaget/Olavson					60000
Fedje mannskor		8	5003	2415	4000
Fedje musikkorps	13	20	22168	33814	20000
Vesttun bygdelag	5	76	111339	119638	20000
Fedje idrettslag	71	133	828773	639345	30000
Betweenklubben	22	22	14887	11210	6000
Fedje Indremisjon		57	150510	70065	10000
Fedje Historielag		42	43198,82	12109,27	12000
Stormark Grendahus		10	54400	40593	30000
Fedje Rockeklubb		14	8421	1170	15000
Fedje ungdomsklubb	26	30	9729	10450	9000
Fedje Ten Sing	15	18	13616	14919	14000
					252000

Søkker om midlar til

Driftsmidlar til materiell, husleige

Lønn av dirigent, utgifter til lyd og lys ved konserter

Midlar til å lage film om gamle Fedje og historien

Driftsmidlar til husleige og notemateriell

Lønn til dirigent og aspirantopplæring, kjøp av noter, reprasjon av instrument

Oppgradering av hus, skifte golv, varmepumpe

Oppgradering av bua ved idrettsplassen

Pussemaskin, hobbymateriell, mat, husleige, kokeplate

Vedlikehald av bygget

Ev. samling om møtekultur, arbeider med bok om fiskebåtar på Fedje

Oppussing, maling, skifting av utvendig panel, settes inn nye vindauge og ny dør

Investere i et lysanlegg samt fleire mikrofoner - tilby meir komplett lydproduksjon

Tur til Stavanger på IMPULS, cup Knarvik/Bergen, leiartrening saman med Austrheim

Arrangere 1-2 konserter, send ung. på seminar, tur på festival med ung.

Vurdering	Tildeling
Stabil aktivitet, små utgifter	5000
Var med på 17.mai, stabil aktivitet,	7000
Kommersiell verksemd	0
Små utgifter	3000
Aktivitet for barn og unge	20000
Få aktiviteter, drifting av bygg	3000
Aktivitet for barn og unge, stabil aktivitet	27000
Aktivitet for barn og unge, stabil aktivitet	6000
Stabil aktivitet	5000
Har arrangement som er ope for alle interesserte	7000
Få aktiviteter, drifting av bygg	3000
Kjøp av lydanlegg, lysanlegg, kan brukast av andre	6000
Aktivitet for barn og unge	10000
Aktivitet for barn og unge	8000
	110000

TILDELINGSREGLEMENT FOR KULTURMIDLAR:

Desse reglane vart vedteke i Fedje kommunestyre 03.09.03 - Sak 047/03

1. Kulturmidlar kan delast ut til frivillige lag og organisasjonar som har sitt virke i Fedje kommune, og som driv ein jamn og fast aktivitet. Kulturmidlane skal ikkje gå til einskildpersonar. Ved unntak kan det delast ut midlar til regionale organisasjonar, grunna at medlemsmassepotensialet er så lite at organisasjonen må vera regional. Det er då eit krav at organisasjonen oppgir kor mange medlemmer som finst på Fedje.
2. Organisasjonar som kan vera medlem i ein større organisasjon på Fedje bør søkja midlar gjennom den samlande organisasjonen.
3. Kulturmidlane vert delt ut ein gong i året, primært i juni månad.
4. Tildeling av midlar skjer etter skriftleg søknad. Søknadsskjema vert automatisk sendt til dei laga som mottok stønad året før. Elles vert søknadsfrist lyst ut på dei faste plassane i kommunen.
5. Søknaden skal innehalde følgjande moment:
 - namn på søkjarorganisasjon
 - medlemstal
 - kort rapport om aktiviteten i laget
 - forventa driftsutgifter/inntekter for inneverande år
 - søknadssum
 - kva søknadssummen skal nyttast til
 - oversikt over kva dei tildelte midlane frå året før vart nytta til
 - rekneskap for verksemda i laget året før
6. Lag og organisasjonar som bryt med intensjonen med bruken av dei tildelte midlane, kan vert nulla ved neste års tildeling. Lag og organisasjonar som legg ned aktiviteten det same året dei er vorte tildelt kulturmidlar, kan risikere å måtte tilbakebetale søknadssummen.
7. Ufullstendige søknader vert tilbakesendt.
8. Lag og organisasjonar som mottok kulturmidlar, forpliktar seg til å stille opp på opptil 2 arrangement i året i regi av kulturkontoret eller i arrangement der kulturkontoret er samarbeidspartner. Dette anten som underhaldningskrefter eller som praktiske medhjelparar. Dei som ikkje fyl denne bindinga, får reduksjon ved neste tildeling.
9. Vi ber om at utstyr som høver til utlån og som i hovudsak vert finansiert gjennom kulturmidlar, vert gjort tilgjengeleg for andre lag og organisasjonar dersom det kjem ein førespurnad. Det er aktuelt berre når det kjem i konflikt med bruken av eigaren til utstyret. Lånar har ansvar for utstyret den tida dei disponerer det.
10. Lag / organisasjonar som driv aktivitetar for, eventuelt med, born og ungdom vil verta prioritert.
11. Tilskot frå kulturmidlane skal ikkje gå til lag / organisasjonar som berre driv og / eller leiger ut bygg.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Øyvind Tolleshaug	FE - 233, FE - 251	17/121

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
117/17	Formannskapet	PS	19.10.2017
	Kommunestyret	PS	

Vedtak om lån i Husbanken

Saksutgreiing:

Følgjande finansieringsplan vart vedteken i k-sak 088/15 for bustadane i butikken :
Tilskot Husbanken: 6.2 mill. kroner. Lån i Husbanken: 9.3 mill. kroner.
Til saman 15,5 mill kr.

Vi har fått tilskot på 4.140.000,- kr og tilsagn om lån på 11.360.000,- kr. Til saman 15,5 mill kr.

Husbanken krev kommunestyrevedtak på låneopptaket.

Forslag til vedtak:

Kommunestyret godkjenner låneopptak på 11.360.000,- kr i Husbanken til finansiering av kjøp av 6 bustader i prosjekt Mulevegen 3.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Heinz Diehl		17/589

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
118/17	Formannskapet	PS	19.10.2017
	Kommunestyret	PS	

Etablering av velferdsteknologi og deltakelse i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet 2017-2020

Vedlegg:

Første gevinstrealiseringsrapport - Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Andre gevinstrealiseringsrapport - Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Prosjektbeskrivelse

Søknad om tilskot

Saksutgreiing:

Bakgrunn

I 2014 etablerte regjeringen det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i samarbeid med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS. Programmet er en del av St.meld. 29 (2012-2013) "Morgendagens omsorg" som skisserer styringsmaktenes visjon av en fremtidig omsorg i Norge. Formålet med programmet er å sette personer med sviktende helse i stand til å kunne leve trygt og lengst mulig i egen bolig. Velferdsteknologi skal også bidra til å styrke evnen til å mestre eget liv og helse og således fremme økt livskvalitet. NOU 2011:11 gir en mer utfyllende forklaring av begrepet og definerer velferdsteknologi slik:

"Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet samt 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 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."

Det er et nasjonalt mål at alle kommuner skal ha tatt i bruk velferdsteknologi innen 2020. Flere kommuner har i de siste årene prøvd ut ulike trygghetsskapende velferdsteknologiske løsninger som for eksempel sporingsteknologi (GPS), døralarmer, senge-, bevegelses- og fallsensorer, elektroniske medisindispensere, videoovervåking (digitalt tilsyn) og smarthusteknologi. Basert på disse erfaringene har Helsedirektoratet gitt konkrete anbefalinger til kommunene som er oppsummert i IS-2416 ("Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger") og IS-2557 ("Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger"). Rapportene viser til forbedringene og gevinstene som pilotkommunene har oppnådd ved bruk av velferdsteknologi, både i tidsbruk, tjenestekvalitet og økonomi. Disse erfaringene vil gjøre det enklere å innføre velferdsteknologi som allerede er gjennomgått en positiv evaluering.

Oppsummerende kan det sies at ved innføring og korrekt bruk av velferdsteknologi vil innbyggerne i større grad være i stand til å få hjelp raskere og til å hjelpe seg selv. Fedje



Fedje kommune

kommune vil kunne bruke sine ressurser mer effektivt og helsepersonalet vil mest trolig oppleve en forenklet arbeidshverdag.

For å kunne delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet krever imidlertid Helsedirektoratet at flere kommuner organiserer seg og samarbeider i et felles prosjekt, slik at tildelte midler utnyttes bedre og unødvendig dobbeltarbeid unngås. Masfjorden kommune har i mai 2017 i felleskap med de andre kommunene i Nordhordland søkt om opptak i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og om å få prosjektmidler fra Fylkesmannen til å etablere velferdsteknologi frem til 2020. Midlene er allerede tildelt og kommunene er i felleskap tatt opp i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet. Prosjektet mangler derimot politisk forankring i de fleste kommunene på grunn av svært korte tidsfrister i prosessen.

Vurdering

Etablering av velferdsteknologi vil ha fire ulike perspektiver: et bruker-, et ansatte-, et økonomisk og et samfunnsperspektiv.

Brukerne vil kunne lettere og lengre opprettholde et selvstendig og aktivt liv. Både brukerne og pårørende vil kunne oppleve økt trygghet og mestring i egen bolig og i fritiden. Brukere av institusjonstjenestene vil mest trolig oppleve mer selvhjelpenhet og dermed mindre avhengighet av pleiepersonalet.

De ansatte trenger mer kunnskap til ulike velferdsteknologiske løsninger og hvordan man anvender disse. Og ikke minst må de ansatte ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne vurdere bruk av velferdsteknologi samt konsekvensene som kan oppstå.

Velferdsteknologi vil uten tvil bidra til effektivisering av helse- og omsorgstjenesten ved at for eksempel tilsynsbesøk vil kunne reduseres. Det samme gjelder mange daglig kjørte kilometer for å utlevere og dosere medisin.

Økt livskvalitet, mer selvstendighet, økt mestring og et mer aktivt liv har også samfunnsøkonomisk verdi ved å redusere helsekostnader, for eksempel ved utsatte behandlinger, unngåtte liggedøgn og unngått eller forsinket langtidsopphold i sykehjem.

Mer utfyllende informasjon om søknad, tilskudd og gevinstrealisering finnes i vedleggene.

Folkehelse

Helsen i befolkningen varierer mellom ulike grupper: etter inntekt, utdanning, yrke, kjønn og etnisk og kulturell bakgrunn. Tildeling av velferdsteknologi vil utelukkende skje basert på en helse- og sosialfaglig vurdering av hjelpebehovet, uavhengig av ovennevnte faktorene. Folkehelse følger imidlertid en gradient basert på inntekt, utdanning og status, som betyr at jo lavere samlet økonomi, utdanning og sosial status et hushold har, jo dårligere helse har medlemmene. Det kan derfor sies at det er flere i nedre sonen av helsegradienten som vil ha behov for velferdsteknologi. Etablering av velferdsteknologi vil derfor til en viss grad bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller, og dermed til en bedre folkehelse. Effekten vil være redusert ved å kreve betalt for bruk av velferdsteknologi, fordi lavinntektshushold vil bli rammet forholdsvis hardere enn hushold med høyere samlet inntekt. Flere gode leveår med økt livskvalitet vil åpenbart bidra til en bedre folkehelse, både kvalitativt og målt i samfunnsøkonomiske termer (QALY, kvalitetsjusterte leveår; DALY, leveår justert for



Fedje kommune

funksjonshemming).

Miljø

Arbeidshverdagen innen helse- og omsorg vil bli forenklet, fordi mange oppgaver som krever personalressurser vil kunne bli unngått, som for eksempel personlig tilsyn (både i hjemmesykepleien og på sykehjemmet), medisindosering og uttrykk ved fall og andre uønskete hendelser. Nærmiljøet vil oppleves tryggere for brukeren, fordi teknologien vil automatisk informere helsepersonellet når det skjer noe uventet, også utenfor huset.

Økonomi

Prosjektet har en estimert kostnadsfaktor på 2.2 MNOK årlig. Tilsvarende sum forventes som egeninnsats av de ti deltakende kommunene, omtrent 220.000 NOK per kommune.

Det er planlagt anskaffelse av ulike velferdsteknologiske løsninger i løpet av høsten 2018, etter en konkret og skreddersydd behovsvurdering. Da det teknologiske fremskrittet i sektoren er stort vil denne anskaffelsen mest trolig være en leieavtale med én av de store leverandørene, sannsynlig i form av en felles anskaffelse blant alle kommuner i Nordhordland. Dessuten må signalene fra de ulike velferdsteknologiske løsningene også fanges opp og videreformidles via et responscenter. Pr i dag er det ingen erfaringer i kommunene med velferdsteknologi (unntatt Lindås kommune), og det er derfor umulig å beregne en korrekt sum. Et estimat basert på innhenting av ulike priser fra ulike leverandører er 50.000 NOK for 2018.

Dessuten må personalet opplæres i bruk av velferdsteknologi. Det vil bli ulike arrangement og kurs innenfor velferdsteknologiprojektet. Personalet vil også delta i "Velferdsteknologiens ABC", en opplæringspakke utviklet av KS, SINTEF og Høgskolene. Det vil dessuten avholdes workshop i gevinstrealisering. Kostnadene for opplæring estimeres til 30.000 NOK. Basert på regnskapet innen pleie og omsorg de siste årene vil disse kostnadene kunne dekkes av de årlige standarddrammene for kurs og opplæring og det trengs derfor ingen ekstrabevilgning.

Videre må det være personelle ressurser til å drive prosjektet. Noen må sørge for at prosjektet når sine lokale mål, se til at nødvendige prosesser, evalueringer og rapporter blir gjennomført og kvalitetssikret og ikke minst at Fedje kommune er godt representert i det regionale prosjektet. Innsatsen her estimeres til personalressurser tilsvarende en 25% stilling på 140.000 NOK. Disse vil mest trolig kunne dekkes innenfor vanlig arbeidstid av ny tilsatt rådgiver for tjenestekvalitet og innovasjon samt pleie- og omsorgsleder og medlemmene til den lokale prosjektgruppen. For ekstra møtevirkosomhet og eventuell overtid estimeres en merkostnad på 10.000 NOK. Kostnader for reise og opphold vil være dekket av standarddrammene i de respektive driftsbudsjettene.

Konklusjon

Det er et nasjonalt mål at alle kommuner kan tilby velferdsteknologi innen 2020. Velferdsteknologi vil bidra til forbedret tjenestekvalitet, bedre utnyttelse av ressursene samt økonomisk gevinst i Fedje kommune og samfunnet generelt.



Fedje kommune

Forslag til vedtak:

Fedje kommune slutter seg til prosjektet om etablering av velferdsteknologi og deltakelse i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet 2017-2020, i fellesskap med ni andre kommuner i Nordhordland, med Masfjorden som vertskommune.



Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Publikasjonens tittel: GEVINSTREALISERINGSRAPPORT NR. 1

Utgitt: 12/2015

Publikasjonsnummer: IS-2416

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Omsorgstjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Juni Bratberg Melting
Lasse Frantzen

Illustrasjon: ©Plattform/Johnèr (illustrasjonsfoto)

FORORD

Helsedirektoratet presenterer i denne rapporten de første dokumenterte funnene fra deltagende kommuner i nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det omfatter erfaringer fra totalt 34 kommuner. Funnene er basert på praktiske erfaringer og beregninger.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har følgeforskning og sammenstilte funn vil bli publisert i en tilsvarende rapport i 2016 og i en sluttrapport i 2017.

Utviklingskommunene kan vise til konkrete gevinster ved velferdsteknologiske løsninger. Disse erfaringene er så entydige at Helsedirektorat ønsker å gi de første anbefalingene allerede nå.

Realisering av gevinster ved bruk av velferdsteknologiske løsninger vil variere fra kommune til kommune. I samarbeid med KS har Helsedirektoratet utviklet Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi, som gir kommunene verktøy og veiledning i hvordan lykkes med å ta velferdsteknologiske løsninger i bruk og sikre at gevinster realiseres.

Helsedirektoratet ønsker med denne rapporten å gi anbefalinger om hvilke områder som bør prioriteres når de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal starte opp og videreføre prosjekter på velferdsteknologiområdet.

Oslo, januar 2016



*Kristin Mehre
Avdelingsdirektør, Avd. Omsorgstjenester
Helsedirektoratet*

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
1. HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER	4
1.1 Helsedirektoratets anbefalinger til kommunene	4
1.2 Viktige forutsetninger for anbefalingene	5
2. NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM	6
3. BEGREPET VELFERDSTEKNOLOGI	8
4. GEVINSTER OG GEVINSTREALISERING	9
4.1 Hva er en gevinst?	9
4.2 Gevinster kommer ikke av seg selv	10
5. FORELØPIGE ERFARINGER	12
5.1 Rammer for utviklingskommunenes arbeid	13
5.2 Rapporterte gevinster per oktober 2015	13
5.3 Erfaringer og gevinster per teknologiområde	16
6. REFERANSER	25

1. HELSEDirektoratets ANBEFALINGER

Denne rapporten gir anbefalinger til teknologiområder kommunene bør prioritere når velferdsteknologi skal integreres i helse- og omsorgstjenesten.

1.1 Helsedirektoratets anbefalinger til kommunene

1.1.1 Anbefalinger gitt tidligere

Helsedirektoratet anbefalte i oktober 2014 (1) at kommunene bør starte overgangen fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Det ble også gitt anbefalinger til krav som kommunene bør stille til leverandører av digitale trygghetsalarmer. Anbefalingene omfattet også mobile trygghetsalarmer.

1.1.2 Nye anbefalinger

Følgende teknologityper anbefales integrert i kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenestetilbud:

Varslings – og lokaliseringsteknologi (GPS)

Flere kommuner har prøvd ut GPS-løsninger for lokalisering av personer ved behov. Slik teknologi bør tilbys i nært samspill med pårørende, der pårørende ofte kan være mottakere av varsler. For potensielle brukere som ikke har bistandspersoner må kommunen sikre gode rutiner for forsvarlig bruk og oppfølging. Varslings- og lokaliseringsteknologi synes særlig aktuelt som tilbud til personer med

demens (i en tidlig fase av sykdommen) og annen kognitiv svikt. Resultatene fra utprøvinger av varslings- og lokaliseringsteknologi kan vise til økt livskvalitet for tjenestemottaker og pårørende, økt kvalitet på tjenester og økonomiske besparelser for kommunen. Det legges vekt på at varslings- og lokaliseringsteknologi gir bruker frihet til å bevege seg fritt utendørs samtidig som den trygger pårørende og helsepersonell, der hvor bruker bor i institusjon. Flere institusjoner har redusert behov for å leie inn ekstrapersonell for å håndtere uro knyttet til beboere med demens. Videre kan kommunene som har deltatt i programmet (heretter utviklings-kommuner) vise til bedre bruk av ressurser i form av utsatt behov for institusjonsplass og/eller behov for opptapping av tjenester.

Elektronisk medisineringsstøtte

Dette omfatter både elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor pillene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre. Til forhåndsinnstilte tider varsles bruker ved lyd og/eller blinkende lys når medisinen skal tas. Erfaringene viser at der hvor elektronisk medisineringsstøtte gjør bruker uavhengig av besøk fra hjemmesykepleien for å ta sine medisiner, opplever bruker økt

egenmestring og bedre livskvalitet. Erfaringer viser også færre medisineringsavvik. Økonomiske gevinster oppstår når en kan redusere antall hjemmebesøk eller fjerne disse helt.

Elektroniske dørlåser (e-lås)

Utover generell tilbud om elektroniske dørlåser til alle tjenestemottakere, anbefales på generelt grunnlag at kommunen installerer elektroniske dørlåser ved bygging og renovering av omsorgsboliger. Likeens gis tilsvarende anbefaling til private utbyggere av boliger i kommunen. Flere kommuner har tatt elektroniske dørlåser i bruk og ser god økonomisk effekt knyttet til mer fleksibilitet i levering av tjenesten og frigjøring av tid som kan benyttes til andre brukerrettede oppgaver.

Andre teknologiområder i pågående prosjekter viser også lovende nytteverdi, som for eksempel logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet, og digitalt nattlig tilsyn i helse- og omsorgstjenesten. Disse er videre omtalt i denne rapporten, men eventuelle anbefalinger vil vi komme tilbake til når prosjektsresultatene foreligger.

1.2 Viktige forutsetninger for anbefalingene

Flere kommuner lykkes med å integrere velferdsteknologiske løsninger i sitt helse- og omsorgstjenestetilbud og klarer å realisere gevinster. Dette kommer ikke av seg selv. Vellykket bruk av velferdsteknologi forutsetter opplæring, endring av arbeidsrutiner og vilje til å gi tjenester på nye måter. Teknologi må erstatte hele eller deler av tjenesten slik at gevinster faktisk kan tas ut. Et sentralt suksesskriterium er å rekruttere mange brukere som kan ha nytte av velferdsteknologiske løsninger fremfor å motta tradisjonelle tjenester. Når et behov for

bistand/tjenester fra kommunen oppstår er det viktig å vurdere om velferdsteknologi kan være en del av tiltaket.

2. NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM

Helsedirektoratet forvalter fem nasjonale oppdrag på velferdsteknologiområdet.

Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene

Stortinget gav via RNB 2013 oppdrag om utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (2). Oppdraget følger opp Meld. St. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» (3). Oppdragets hovedfokus er velferdsteknologiske løsninger som kan bidra til at mennesker gis økt trygghet for å kunne bo lengre hjemme. Oppdraget omfatter også løsninger i sykehjem og i omsorgsboliger. Målgruppen er tjenestemottakere uavhengig av alder og diagnose. Oppdraget vil ut 2016 være i en utprøvningsfase med 31 utviklingskommuner. Det utvikles kunnskap, verktøy, kompetansepakker og erfaringer med ulike tjenestemodeller som er nødvendig i en spredningsfase. I tillegg skal det etableres en teknisk arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologiområdet.

Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer

Stortinget vedtok ved behandlingen av Innst. 11 S (2014-2015) etablering av et nasjonalt prosjekt for behandling og pleie av personer med kroniske sykdommer på avstand ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger (4). Det skal være aktivitet i minst fire fylker med 500 – 700 brukere. Gjennomføringen skal gi best mulig grunnlag for nasjonal utbredelse og overføring til ordinær drift.

Be He@lthy – Be Mobile

Helsedirektoratet ble i 2014 gitt operativt ansvar for norsk deltakelse i Be He@lthy – Be Mobile, et prosjekt i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO) og Den Internasjonale Telekommunikasjonsunionen (ITU). Prosjektet skal bidra til å nå WHO's verdensmål om 25 prosent reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer innen 2025. Det omfatter blant annet hospiteringsordning, implementering av noen få m-helse løsninger nasjonalt og ulike utredningsoppdrag, deriblant en selvdeklareringsordning for helseapplikasjoner.

Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy for sosial kontakt

Stortinget gav via RNB 2015 oppdrag om å gjennomføre et prosjekt for å utvikle og utprøve teknologiske verktøy for å mobilisere eldre, pårørende og unge på måter som motvirker ensomhet og opprettholder sosial kontakt blant eldre. Oppdraget omfatter en tilskuddsordning rettet mot landsdekkende organisasjoner og stiftelser.

Støtte til fritidsaktiviteter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Oppdraget ble i 2015 gitt av Helse- og omsorgsdepartementet og omtalt i Prop 1S (2015-2016) (5). Oppdragets hovedmål er å identifisere og prøve ut kommersielt tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger, slik at barn og unge med nedsatt funksjonsevne enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter. Aktivitetene skal støtte opp under den enkeltes habilitering- og rehabiliteringsprosesser og bidra til at foreldre lettere kan kombinere arbeid og omsorgen for barna.

Disse oppdragene sees samlet og løses innenfor én organisatorisk ramme – nasjonalt velferdsteknologiprogram.

3. BEGREPET VELFERDSTEKNOLOGI

Begrepsbruken rundt det som i Norge defineres som velferdsteknologi varierer fra land til land.

I Norge benyttes definisjonen slik den fremkommer i NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» (6):

«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».

I Norge benyttes også begreper som m-helse, omsorgsteknologi, hverdagsteknologi, telemedisin, smarthusteknologi mv. Disse definerer delområder som omfattes av ovenstående definisjon av begrepet velferdsteknologi.

Internasjonalt benyttes begreper som telecare, telehealth, m-health, m-care, telemedicine, personal connected health mv. for delområder innenfor NOU 2011:11 sin definisjon av velferdsteknologi (6).

Helsedirektoratet anbefaler at *Personal Connected Health and Care* benyttes som engelsk betegnelse for velferdsteknologi.

Helsedirektoratet anbefaler at begrepet velferdsteknologi inndeles i følgende teknologiområder:

Trygghetsskapende teknologier som skal muliggjøre at mennesker kan føle trygghet og gis mulighet til å bo lengre hjemme. I dette inngår løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og motvirke ensomhet.

Mestringsteknologier som skal muliggjøre at mennesker bedre kan mestre egen helse og sykdom. I dette inngår teknologiske løsninger til personer med kronisk sykdom/lidelser, personer med psykiske helseutfordringer, personer med behov for rehabilitering og vedlikehold av mobilitet mv.

Utrednings- og behandlingsteknologier som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet – Hospital@home-løsninger. Dette teknologiområdet ble i Helsedirektoratets anbefalinger fra 2014 omtalt som helseteknologier (1).

Velværeteknologier som bidrar til at mennesker blir mer bevisst på egen helse og avhjelper hverdagslige gjøremål uten at nedsatt helsetilstand er årsaken til bruken av teknologi.

4. GEVINSTER OG GEVINSTREALISERING

Det gis nedenfor definisjoner av begrepene gevinster og gevinstrealisering. Videre gis det en gjennomgang av forhold som er viktig ved realisering av gevinster.

4.1 Hva er en gevinst?

Helsedirektoratet legger følgende definisjon av begrepet «gevinster» til grunn, gjengitt etter KS KommIT:

«Gevinster er nyttevirkninger, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter» (7).

Kort sagt er gevinst den nytteverdien innovasjonen gir. Helsedirektoratet legger til grunn samme inndeling og omfang av begrepet gevinster som i KS' veikart for tjenesteinnovasjon (8):

1. Økt kvalitet
2. Spart tid
3. Unngåtte kostnader

Økt kvalitet er positive effekter som tjenestemottaker, pårørende og/eller ansatte opplever selv, eller økt kvalitet på tjenesten som leveres. Kvalitative effekter har primært blitt kartlagt ved hjelp av ulike typer intervjuer og

spørreskjema, som med fordel kan kvantifiseres ved hjelp av måleverktøy for å gi en indikasjon på endring i mestringsnivå, livskvalitet og lignende.

Spart tid beskriver nettopp gevinsten av å innføre endringer som reduserer tidsbruk på å levere en tjeneste. Gevinsten av spart tid realiseres først når en tjeneste kan reduseres/fjernes helt eller at tiden benyttes til å gi tjenester til flere. Spart tid avdekkes med tidsmålinger av en arbeidsoppgave eller arbeidsprosess før og etter intervensjonen.

Unngåtte kostnader er gevinster som oppstår ved at oppgaver reduseres eller nye tiltak ikke settes i verk fordi velferdsteknologi dekker behovet for oppfølging av tjenestemottaker og gir nødvendig trygghet og mestring for tjenestemottakeren. Typiske unngåtte kostnader er utsatt behov for opphold i sykehjem, unngått innleggelse i sykehus, unngått økt tjenestetilbud eller unngått innleie av ekstra personale. Unngåtte kostnader måles ved hjelp av økonomiske analyser.

Unngåtte kostnader kan deles inn i påviste (oppnådde) unngåtte kostnader og sannsynlig (potensielle) unngåtte kostnader. Førstnevnte

oppstår når en tjeneste er redusert eller fjernet, for eks. redusert antall hjemmebesøk. Sannsynlig unngåtte kostnader er kostnader som sannsynligvis ville oppstått hvis velferdsteknologien ikke ble tatt i bruk, men hvor direkte sammenheng er vanskelig å påvise, for eksempel utsatt behov for institusjonsplass.

Ved vurdering av gevinster må også investerings- eller anskaffelseskostnader for velferdsteknologiske produkter og løsninger trekkes inn i de økonomiske beregningene samt behov for teknisk/utvidet kompetanse. Det er viktig å finne ut når investeringen er tjent inn og et «break even»-punkt for gevinstrealisering oppstår.

4.2 Gevinster kommer ikke av seg selv

Det er en rekke faktorer som avgjør om innføring av velferdsteknologi vil lede til gevinst. En vellykket gevinstrealisering har ingen snarveier, men krever grundig arbeid med kartlegging, planlegging og oppfølging av gevinster.

4.2.1 Kartlegging; behov, målsetting og gevinster

Eksisterende praksis for hvordan tjenester leveres varierer fra kommune til kommune. Derfor vil kommunene ha behov for ulike løsninger: En hjemmetjeneste som allerede har effektive rutiner for nøkkelhåndtering vil spare mindre tid på å innføre elektronisk nøkkelsystem enn andre kommuner. På denne måten vil samme teknologi gi ulik gevinst i kommunene.

Første steg på veien er derfor å kartlegge hvordan kommunen jobber i dag og danne et bilde av de mest aktuelle utfordringene for

tjenesten som helhet og for de aktuelle tjenestemottakerne (8). Ved å inkludere tjenestemottakere, pårørende og ansatte i tjenesten i innovasjonsprosessen danner kommunen seg et helhetlig bilde av utfordringer og behov: kommunen kan ha ønske om å effektivisere tjenesten, en ansatt kan ha behov for å frigjøre tid til andre oppgaver, en tjenestemottaker kan ha behov for mer kontroll over egen livssituasjon og pårørende kan ha behov for avlastning. **Gjennom bred kartlegging defineres tjenestens utgangspunkt, og det identifiseres og defineres hvilke mål og gevinster som ønskes oppnådd ved å endre tjenesten.**

Det neste steget på veien er å definere hvilke konkrete aktiviteter og tiltak som må til for å realisere gevinstene, og sette opp en fremdriftsplan for når de forventes realisert. Her defineres også resultatindikatorer som skal måles og rapporteres på underveis i tjenesteinnovasjonsreisen, som «tar tempen» på endringene. Det er viktig at planen har fastsatt tydelige roller og ansvar for måling, hvor ofte det skal skje og hvordan målingene skal følges opp. Gevinstrealiseringsplanen er et godt utgangspunkt for kontinuerlig oppfølging av arbeidet og forankring av arbeidet med gevinster hos ansvarlige ledere og i hele linjen.

Valg av teknologi til tjenestemottaker skal svare til vedkommende sitt behov, men i utprøvningsprosjektene er dette snudd på hodet, som poengtert i en av følgeforskningsrapportene: «I pilotering går man ut fra de teknologiene som er tilgjengelige gjennom piloten og prøver å finne ut av om og hvordan en av de tilgjengelige teknologiene kan være til nytte for brukeren» (10). I slike tilfeller er det avgjørende at en rekrutterer brukere som

faktisk har de behov som teknologien er ment å treffe.

Fra utviklingskommunenenes erfaringer ser vi at **metode for brukerrekruttering** kan gjøre store utslag på gevinstrealisering både for prøveprosjekt og når verktøy skal implementeres i drift. Kommuner som, i tillegg til behov, vurderer innbyggerens forutsetninger for og motivasjon til å ta i bruk teknologi, vil trolig få et utvalg brukere som er godt egnet til å mestre teknologien. Involvering av fastlege, pårørende og helsearbeidere som kjenner tjenestemottakeren kan være gunstig (9). Sammenlignet med prosjekt hvor tildelingen er tilfeldig (f.eks. de som viser interesse) eller diagnosespesifikk (alle med en gitt diagnose), kan rekruttering som vurderer personlige forutsetninger bidra til å begrense antall tilfeller hvor innbyggerne leverer tilbake teknologien før de har kommet ordentlig i gang. Dette kan gi store utslag på grad av gevinstoppnåelse.

Les mer om gevinstrealisering og hvordan en sikrer et godt utgangspunkt for en vellykket tjenesteinnovasjon på www.ks.no/samveis.

5. FORELØPIGE ERFARINGER

Denne rapporten bygger på foreløpige erfaringer fra utviklingskommunene i oppdraget Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.

Målet for oppdraget er å gi mennesker økt trygghet og mestring, og legge til rette for at flere kan bo lengre hjemme ved hjelp av teknologi. Oppdraget er bredt anlagt, der målgruppen er mottakere av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose og alder.

Totalt har det vært 34 kommuner med i programmet. Tre kommuner gikk ut av programmet våren 2015, etter å ha bidratt med verdifulle erfaringer med bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Per desember 2015 deltar 31 kommuner. Disse bidrar med erfaringer som skal danne grunnlag for utarbeidelse av verktøy, kompetansepakker og anbefalinger. Hensikten er at det skal utvikles kunnskap og verktøy som andre kommuner vil ha behov for når de skal starte arbeidet med å integrere trygghets- og mestringsskapende teknologier som del av helse- og omsorgstjenestene.

Erfaringene skal danne grunnlag for spredning av velferdsteknologiske løsninger som vi ser kan gi økonomiske og kvalitative gevinster. Spredning betyr her at teknologien gjøres tilgjengelige for flere ved å integrere løsningene i kommunens helse- og omsorgstjenester, og ved at flere kommuner tar velferdsteknologiske løsninger i bruk.

Denne rapporten bygger på foreløpige funn og erfaringer fra utviklingskommunene i oppdraget *Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.*

Utviklingskommuner 2014/2015

Bergen
Bjugn
Bærum
Drammen
Fredrikstad
Horten
Larvik
Lindås
Lister-regionen (Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal og Sirdal)
Oslo (Fire bydeler: St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Sagene, Grünerløkka)
Sarpsborg
Skien
Stavanger
Stord
Tjøme og Stokke
Trondheim
Tromsø
Vestre Toten og Søndre Land
Værnes-regionen (Frosta, Meråker, Selbu, Stjørdal, Tydal)
Østre Agder (Risør, Grimstad, Arendal og Tvedestrand)
Åfjord

5.1 Rammer for utviklingskommunenes arbeid

Utviklingskommunene har utprøving av følgende teknologiske løsninger:

- Trygghetspakker med ulike komponenter som skal gi tjenestemottakere og pårørende bedre trygghet. Dette inkluderer mobil digital trygghetsalarm, fallalarm, ulike sensorteknologi mv.
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Varslings- og lokaliseringsteknologi for personer med kognitiv svikt
- Digitalt tilsyn natt
- Elektroniske dørlåser
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
- Helsepakker for avstandsoppfølging og behandling av personer med kroniske sykdommer
- Velferdsteknologiske løsninger i sykehjem/ boliger med heldøgns tjenester

Utviklingskommunene er gitt stor frihet til å organisere og innrette utprøvingsaktiviteten etter eget ønske. 2016 er siste aktivitetsår for utviklingskommunene.

Helsedirektoratet har stilt krav om følgeforskning for aktivitetene i regi av utviklingskommunene, og kommunene har selv valgt forskningspartner. Kravet om følgeforskning er knyttet til behovet for å dokumentere nytteverdi (inkludert tjenestekvalitet) for bruker, pårørende, ansatte og tjenestene som helhet. Kommunaløkonomiske effekter skal også kartlegges. Utprøvingene har så langt vært småskala og har avhengigheter knyttet til den enkelte kommunes tjeneste: Ulike kommuner vil ha ulikt potensiale for innsparing, og gevinstene

i én kommune vil ikke uten videre kunne overføres til en annen som tar samme teknologi i bruk. Vi ser likevel muligheten for store potensielle gevinster for den enkelte kommune som tilpasser teknologien til sin tjeneste.

De foreløpige rapporteringene fra følgeforskningen og underlaget for denne rapporten varierer fra å være første vurdering av mulige gevinster, til å være sluttrapporter for utprøvinger som er på vei over i drift, avhengig av hvor langt utviklingskommunen har kommet i prosessen. Sluttrapporter skal foreligge våren 2017.

5.2 Rapporterte gevinster per oktober 2015

Det gis nedenfor en vurdering av gevinster basert på rapportering fra utviklingskommunene per oktober 2015.

5.2.1 Økt kvalitet for bruker, pårørende og ansatte

Kvalitative gevinster har vært hovedfokus i mange av prosjektene. I synkende rekkefølge er det disse kvalitative gevinstene brukere, pårørende og ansatte oppgir hyppigst etter å ha tatt velferdsteknologi i bruk (se tabellen for alle teknologiene samlet):

For tjenestemottaker	For pårørende	For ansatte
Økt trygghet	Økt trygghet	Økt trivsel*
Økt selvstendighet, mestring og frihet	Redusert belastning*	Bedre arbeidsprosesser**
Økt aktivitetsnivå	Frihet	Økt faglig kvalitet/kunnskap
Økt helsegevinst*		
*Oppgitt som bedre kontroll med egen sykdom, bedre somatisk helse, bedring/stabilitet i egen helsetilstand, endret/riktig medisinerings	*Oppgitt som slapper mer av, mindre stresset, har mindre bekymringer og sover bedre om natten.	*Oppgitt som mindre stress, roligere, økt trygghet
		** Oppgitt som bedre arbeidsflyt, mer forutsigbarhet, mer oversiktlig, økt effektivitet.
Noen oppgir også: utrygghet, usikkerhet, forverret helsetilstand.	Noen oppgir også: bekymring, utrygghet.	Noen oppgir også: Utrygghet, usikkerhet, bekymring, frustrasjon.

Tjenestemottaker

Kartlegging av tjenestemottakers og pårørendes situasjon forut for, underveis og i etterkant av at velferdsteknologi er tatt i bruk (der hvor det har vært mulig) har typisk vært i form av en samtale rundt de måleindikatorene som kommunen har valgt å fokusere på - hyppigst forekommer opplevd trygghet, selvstendighet/mestring/frihet, aktivitetsnivå og livskvalitet, samt forventninger til å ta i bruk nye hjelpemidler. Pårørende er ofte intervjuet sammen med tjenestemottaker. Dermed er det forhåndsbestemt hvilke type effekter det skal rapporteres på, og hvorvidt de oppnår gevinst måles i økt eller redusert effekt. Nytteverdi for tjenestemottaker varierer etter teknologiområde, men vi ser at økt trygghet (redusert angst og stress), økt

selvstendighet/mestring, og økt innsikt/kunnskap om egen sykdom er gevinster som går igjen. I tillegg rapporterer flere om økt frihet og økt aktivitetsnivå med mobil trygghetsalarm, varslings- og lokaliseringsteknologi samt «helsesjekk» (avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer).

Pårørende

De fleste prosjektene som har kartlagt gevinster for pårørende rapporterer om økt trygghetsfølelse. Økt trygghetsfølelse er en gevinst i seg selv og kan samtidig være en indikasjon på redusert psykisk belastning. Dette er en viktig gevinst fordi en vet at mange pårørende blir utslitte – en faktor som gjerne

leder til tjenesteinnngang eller opptrapping av tjenester for bruker.

Videre oppgis det en rekke andre effekter som indikerer redusert belastning, som at pårørende opplever mindre stress, sover bedre om natten og har færre bekymringer. Samtidig fremheves pårørende som en viktig ressurs når velferdsteknologi tas i bruk og bidrar til å avlaste kommunens oppgaver. At pårørende ikke opplever økt belastning som en følge av dette er en viktig gevinst.

Ansatte

Ansatte kan være viktige informanter for å beskrive nytteverdi av teknologien både for en selv som tjenesteyter, for tjenesten som helhet og for tjenestemottakere som ikke kan svare for seg (kun i tilfeller hvor den ansatte kjenner vedkommende godt). Der gevinster for ansatte er kartlagt kan disse kategoriseres i: økt trivsel for den enkelte (opplever mindre stress, økt trygghet i oppgaveløsning, bedre samarbeid/samhold mellom kollegaer, økt motivasjon), bedre arbeidsprosesser (bedre arbeidsflyt, mer forutsigbarhet, mer oversiktlig, økt effektivitet) og økt faglig kvalitet/kunnskap (økt kunnskap om velferdsteknologi blant ansatte, økt innsikt i tjenesten og arbeidsprosessene). Det er samtidig verdt å merke seg at noen ansatte rapporterer om utrygghet og usikkerhet i endringsprosessene, og bekymring knyttet til endringer for tjenestemottaker. Økt kvalitet for ansatte kan måles indirekte gjennom sykefravær, men med forbehold: Dette forholdet er ikke entydig.

5.2.2 Spart tid

Kommunene rapporterer om at helse- og omsorgstjenestene har redusert tidsbruk på blant annet:

- Medisinhandling
- Hjemmebesøk
- Konflikthåndtering (med beboere)
- Nøkkelhåndtering
- Rapportskriving
- Arbeidslister
- Ruteplanlegging
- Kjøretid

I noen av utprøvingene rapporteres det samtidig at innføring av velferdsteknologi har ført til økt tidsbruk i form av flere utkjøringer for hjemmetjenesten eller oppringer til tjenestemottaker/pårørende (9;11). Årsaken til dette kan knyttes til bruker- og tjenestetilpasning i testfasen og utfordringer som teknologivikt.

Stort sett rapporterer kommunene om utfordringer som har blitt identifisert og løst i løpet av testperioden ved blant annet bedre opplæring av ansatte eller justeringer og utskiftninger av sensorer i henhold til brukers vaner. Kommunene har også hatt tett samarbeid med leverandørene for å forbedre produktene slik at de bedre møter bruker- og tjenestebehov.

5.2.3 Unngått kostnad

Noen påviste unngåtte kostnader i kommunene så langt har vært:

- Redusert antall hjemmebesøk (Elektronisk medisineringsstøtte) (9;12).
- Redusert avlastningsbehov for pårørende (GPS) (13).
- Redusert ekstra bemanning (GPS i bokollektiv med tilsyn) (13).

Det rapporteres om flere unngåtte kostnader som er vanskelig å dokumentere, men som med stor sannsynlighet har funnet sted:

- Utsatt tjenesteinngang/bo lengre hjemme (Mobil trygghetsalarm og GPS) (14-16).
- Utsatt behov for opptrapping av tjenester (GPS) (14;15;17).
- Unngåtte leteaksjoner (GPS).
- Unngått økt bemanning på natt (digitalt tilsyn natt) (16).
- Økt aktivitetsnivå, trolig bedre opprettholdelse av somatisk helse (flere)
- Flere pårørende har kunnet stå lengre i jobb/unngått redusert stilling (GPS) (9;17).
- Hjemmetjenesten unngår utkjøring når pårørende mottar varsel (mobil trygghetsalarm).

Utsatt tjenesteinngang og utsatt behov for opptrapping av tjenester er vanskelig å fastslå i både omfang og som direkte resultat av velferdsteknologi, men tre av utviklingskommunene har langt på vei kunnet fastslå nettopp dette resultatet som en gevinst av å ta varslings- og lokaliseringsteknologi i bruk (se mer under omtale av GPS).

I noen tilfeller hvor velferdsteknologi tas i bruk innføres en ny tjeneste uten at det erstatter en annen, slik eksempelvis «helsesjekk» hjemme eller sensorbasert natt-tilsyn gjør. Å legge til tjenester medfører økt ressursbruk for kommunen, men kan på lengre sikt bidra til mer stabil helse for tjenestemottaker slik at behovet for andre tjenester fra kommunen eller samfunnet for øvrig reduseres.

Hvorvidt tjenestemottaker selv skal finansiere anskaffelse av teknologien eller om kommunen tar kostnaden er en viktig avklaring før innføring

og skalering av velferdsteknologi. Dette er i liten grad gjort rede for eller tatt med i kostnadsvurderingene i denne rapporteringsrunden.

5.3 Erfaringer og gevinster per teknologiområde

5.3.1 Mobil trygghetsalarm

De fleste av utviklingskommunene prøver ut deler av «trygghetspakken», som består av ulike komponenter av trygghetsskapende teknologi, deriblant mobil trygghetsalarm. Mobil trygghetsalarm er en videreutvikling og utvidelse av dagens analoge trygghetsalarm. Mens tradisjonelle trygghetsalarmer har hatt begrenset bruk innenfor boligen med tilkobling til fastnettet, benytter mobile trygghetsalarmer digital kommunikasjon via bredbånds- og/eller mobilnettet. Mobil trygghetsalarm kan bruker ta med seg utendørs og fortsatt ha mulighet til å varsle ved behov for bistand. Mobil trygghetsalarm prøves ut av Bærum, Lister, Oslo, Sarpsborg og Skien kommuner. De fleste av brukere er hjemmeboende eldre, både med og uten bistand fra hjemmetjenesten.

Erfaringene så langt viser at man, ved riktig bruk av mobil trygghetsalarm, potensielt kan realisere gevinster som økt aktivitetsnivå, utsatt behov for høyere tjenestenivå og at bruker kan bo lengre hjemme. For bruker er økt trygghet til å bevege seg utendørs den viktigste gevinsten ved mobil trygghetsalarm. Dette har vist seg å ha positive effekter på livskvalitet og aktivitetsnivå. Bedre allmenn helsetilstand kan også være mulig gevinst.

Bærum har sett en positiv virkning på aktivitetsnivå, særlig de små hverdagslige

aktivitetene som å gå ut med søppel eller hente post (14). En ser at økt trygghet og større frihet er viktige gevinster også for *pårørende*, som knyttes til å kunne reise bort og føle seg trygg, eller å kunne ta med seg bruker på tur.

Samtidig er trygghet avhengig av sikkerhet knyttet til mobil dekning. Manglende dekningsgrad eller teknologisvikt har motsatt effekt og skaper utrygghet hos bruker og pårørende. Én ubehagelig opplevelse med teknologisvikt eller feilalarm kan lede til at bruker ikke lenger vil bruke den. Dette stiller strenge krav til teknologi og brukertilpasning:

«Så var det den gangen jeg stod i gangen og tok av meg yttertøyet, da pep det igjen. Hvis det skal være sånn, da vil jeg ikke ha det.»

KVINNE 93 ÅR, OM Å AKTIVERE TRYGGHETSALARMEN UFRIVILLIG (9).

Hele ni av ti brukere i Bærum oppgir at mobil trygghetsalarm gjør dem tryggere i hverdagen og åtte av ti oppgir en følelse av større frihet

Andre utfordringer med mobil trygghetsalarm har vært lav/dårlig lyd- og samtalekvalitet, uklart om alarmen er utløst og kort batterilevetid (14;18). Det rapporteres om god dialog med leverandørene underveis i utprøvingen, og at problemene langt på vei er utbedret.

I Skien og Bærum er det synliggjort at brukere kan opprettholde et funksjonsnivå som reduserer behovet for andre tjenester og utsetter tjenesteinngang (14;17). Her er det snakk om store unngåtte kostnader for kommunen, samtidig som bruker opplever frihet og mestring ved fortsatt å kunne bo hjemme.

I Sarpsborg rapporteres det at få av brukere har hatt høyere aktivitetsnivå og at forventningen til økt aktivitetsnivå med mobil trygghetsalarm bør justeres. Dette knyttes til at brukerne enten var relativt friske og aktive fra før og at teknologien dermed ikke utgjorde en annen forskjell enn at de følte seg tryggere på turene de allerede gikk, eller omvendt - at de som ikke var aktive hadde for dårlig helsetilstand til at trygghetsalarmen skulle utgjøre en forskjell (18).

Pårørende er en viktig ressurs for kommunen og reduserer behov for tilsyn. Der hvor varsel går direkte til pårørende når alarmen utløses, kan situasjonen ofte løses uten at hjemmetjenesten blir kontaktet. Et ektepar benytter den mobile trygghetsalarmen som kommunikasjonsmiddel, da kona trykker på knappen når hun trenger bistand av ektefelle heller enn å rope (varsel går da direkte til ektefelle):

«Ikke akkurat som nød, men det er når jeg er ute og hun er inne, og det er noe jeg skal hjelpe henne med da trykker hun på knappen for hjelp.» EKTEFELLE TIL BRUKER AV MOBIL TRYGGHETSALARM (19)

Erfaringer fra utviklingskommunene tilsier at det er viktig å legge vekt på motivasjon og opplæring for at brukerne skal kunne nyttiggjøre seg denne teknologien.

5.3.2 Varsling- og lokaliseringsteknologi (GPS)

Flere av utviklingskommunene har testet GPS-løsninger for lokalisering av personer. GPS-løsningene gjør det mulig å lokalisere bærer av GPS-enheten ved behov. Varsling- og lokaliseringsteknologi er prøvd ut av kommunene Larvik, Skien, Tjøme/Stokke, Oslo, Lister, Bergen, Stord, Bjugn, Bærum, Drammen,

Trondheim og Åfjord. Flertallet av disse har fått midler til utprøving fra Velferdsteknologi-programmet. Unntaket er Oslo kommune som har tatt i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi for tjenestemottakere i demensomsorgen som en del av prosjektet «Samspill»¹. Flere kommuner har vært med i det SINTEF-ledede prosjektet «Trygge spor», som har gjort en effektstudie basert på erfaringer fra 19 kommuner og utarbeidet en tjenestemodell for hvordan kommunene kan ta GPS i bruk for personer med demens (21). Sluttrapport for prosjektet vil foreligge i februar 2015 og gir en mer utfyllende beskrivelse av gevinster.

Kommunene har prøvd ut GPS i omsorgsbolig, sykehjem og hos hjemmeboende eldre. I tilfeller hvor bruker har en demenssykdom eller annen kognitiv svikt viser kommunenes erfaring at varslings- og lokaliseringsteknologi har stor nytteverdi både for bruker, pårørende og ansatte i tjenesten og kan bidra til utsatt tjenesteinngang eller utsatt behov for opptrapping av tjenester.

De hyppigst nevnte kvalitative gevinstene er økt trygghets- og frihetsfølelse både for tjenestemottaker, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten. For pårørende og ansatte knyttes trygghet til visshet om at bruker kan lokaliseres hvis vedkommende ikke finner veien tilbake. For flere pårørende har dette betydd at de kan stå lengre i jobb (17;20).

Pårørende i Drammen, Oslo og Skien har kunnet stå lengre i jobb

¹ Samspill er ikke en del av Velferdsteknologi-programmet. Det er finansiert av Regionale Forskningsfond Hovedstaden, Oslofjordfondet og Agder. Oslo, Drammen, Kristiansand og Skien er samarbeidskommuner i prosjektet (20).

Flere har ikke innsikt i egen sykdom og oppfatter ikke nødvendigvis nytteverdien med en GPS, men de aksepterer å ta den med fordi pårørende ønsker det (13). Det rapporteres at de fleste brukere har økt eller opprettholdt sitt vanlige aktivitetsnivå, så lenge somatisk helsetilstand har tillatt det.

**«Jeg gleder meg til å gå ut alene hver dag!»
BRUKER AV GPS, 81 ÅR (17)**

Etiske vurderinger og samtykkekompetanse er sentralt ved bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Erfaringen fra utviklingskommunene viser at bruker av både GPS-lokalisering og mobil trygghetsalarm stiller seg uforstående til overvåkningsproblematikken: At noen kan se hvor de er, oppleves som en trygghet og ikke som overvåkning (13;14). Resultatene viser at bruk av GPS kan gi større grad av frihet enn alternativet, som ofte har vært ufrivillig tilbakeholdelse i hjemmet eller i sykehjem. Bruk av GPS gir også færre konflikter mellom bruker og pårørende/helsepersonell og flere rapporterer at bruker i mange tilfeller har blitt roligere når de har fått tilbake friheten til å gå ut etter eget ønske (13).

Et bokollektiv i Larvik har redusert behov for ekstra bemanning etter at én beboer tok GPS i bruk. Unngått kostnad for kommunen er estimert til 120 000 kr for to mnd.

For tjenesten betyr dette spart tid og unngåtte kostnader: Et bokollektiv i Larvik har måttet leie inn ekstra bemanning som følge av uro og konflikthåndtering tilknyttet en beboer med demens. Dette var ikke lenger nødvendig etter at vedkommende tok i bruk GPS, og økonomisk

besparelse for kommunen er estimert til 120 000 kroner for 2 mnd. (13).

Flere kommuner har vist at behov for opptrapping av tjenester kan utsettes, og at brukere kan fortsette å bo hjemme (15;17;22). I Drammen ville tre beboere i omsorgsbolig fått vedtak om sykehjemsplass på skjermet enhet hvis de ikke hadde tatt i bruk GPS. I tillegg har seks hjemmeboende utsatt behov for institusjonsplass i til sammen 75 måneder. For kommunen utgjør dette en unngått kostnad på 6,2 millioner kroner² (15).

Drammen kommune har hatt en sannsynlig økonomisk gevinst på 6,2 mill. kroner ved at ni brukere har tatt GPS i bruk.

Erfaringer viser at personer med demenssykdom eller annen kognitiv svikt i enkelte tilfeller ikke finner veien hjem og det må settes i gang større leteaksjoner. Utviklingskommunene rapporterer at ingen slike leteaksjoner har vært nødvendig etter at de tok GPS-sporing i bruk. Brukere som har gått seg bort har blitt lokalisert og hentet hjem, gjerne i samarbeid med pårørende for at vedkommende skal bli møtt med et kjent ansikt. Her er det sannsynlig at varslings- og lokaliseringsteknologi har gitt færre leteaksjoner og bruk av samfunnsressurser.

Drammen kommune har erfaringer med at pårørende er en viktig ressurs for kommunen. Av totalt 51 GPS-brukere har 15 hjemmeboende kun hatt varsel til pårørende, slik at kommunen

ikke er koblet inn. Samspill-prosjektet i Oslo erfarer også hvordan pårørende er en uvurderlig ressurs når det gjelder å sikre at GPS-enheten er ladet, slått på og at bruker tar den seg på tur. Prosjektet i Oslo har erfart at personer med demens som bor hjemme sammen med pårørende er den brukergruppen hvor det er lettest å få til en vellykket bruk av GPS (20).

Erfaringen fra Trygge spor og Samspill viser at det er viktig å introdusere teknologien så tidlig som mulig i demensforløpet slik at bruker kan bli vant til teknologien og kan nyttiggjøre seg den over lengre tid (20;22). Her anbefales det å starte samarbeid med fastlegene som ofte har kontakt med bruker på et relativt tidlig stadium i sykdomsforløpet.

5.3.3 Digitalt tilsyn natt

Innbyggere med nedsatt syn, bevegelse og/eller balanse og som «vandrør» om natten, er særlig utsatt for fall. Digitalt tilsyn innebærer ulike sensorløsninger for å registrere og varsle brukers bevegelser utenfor «normalt aktivitetsmønster» på natt. Det kan være bevegelsessensorer som registrerer fravær fra seng, lyssensorer, fall- og fuktsensorer o.l. Digitalt tilsyn kan også, etter samtykke, omfatte bildeoverføring med eller uten lyd.

Digitalt tilsyn prøves ut i Østre Agder (kommunene Arendal, Grimstad, Risør og Tvedestrand), i Lister-regionen (kommunene Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal og Sirdal), i Værnes-regionen (Selbu kommune) og i Skien og Fredrikstad kommuner.

Brukere som har vedtak om tilsyn på natt får i dag et eller flere fysiske besøk av nattevakter fra hjemmetjenesten/sykepleien. Hvis bruker faller eller andre situasjoner oppstår like etter en

² Tre brukere i omsorgsbolig med utsatt behov for sykehjemsplass på skjermet enhet (57 000 kr pr. mnd.* 56 mnd. totalt) = 3,2 mill. kr. Seks hjemmeboende med utsatt behov for institusjonsplass. (minus vederlagsbetaling og 10 t. hjemmesykepleie pr. uke = 40 000 kr pr. mnd.* 75 mnd. totalt) = 3,0 mill. kr. [Drammen PP 27.mai]

tilsynsrunde kan det, i verste fall, gå flere timer før vedkommende blir funnet og får hjelp.

Flere kommunale enheter i Østre Agder har unngått økt bemanning på natt ved å ta i bruk digitalt natt-tilsyn

Østre Agder har utprøving av digitalt tilsyn i kommunal heldøgnsomsorg og i ti private hjem. Prosjektet er i en tidlig fase, men ved flere enheter har de observert unngått vekst i bemanning på natt. Dette har kommet frem i tilfeller hvor teknologien har sviktet, og enhetene har måttet tilkalle ekstra bemanning for å erstatte teknologien (16).

For ansatte er rutinemessig tilsyn erstattet med direkte varsler fra sensorteknologien til smarttelefon i form av en melding med lenke til hvilken sensor som har alarmert. De ansatte mener at så lenge det er nok folk på jobb til å håndtere alarmene, gir dette en mer målrettet tjeneste, med «riktig hjelp til riktig pasient til riktig tid»(16). Ved flere tilfeller har bruker blitt funnet raskere etter fall enn de ellers ville blitt ved vanlige tilsynsrunder. Under utføring av andre oppdrag, gir visshet om at teknologien «våker over» øvrige brukere trygghet for ansatte.

Brukere og pårørende har rapportert at de føler seg tryggere og sover bedre når de vet at systemet varsler ved behov, og brukere har uttrykt at det er fint å ikke bli forstyrret på natt. Ingen av brukerne føler seg overvåket, men noen pårørende veksler mellom å være lettet over at noen overvåker pasienten til å være skeptiske.

Gevinstrealisering for «digitalt tilsyn natt» er avhengig av at noen utfordringer løses:

Personalet ønsker å lettere kunne se om teknologien er påslått, og savner automatisk dokumentasjon av alarmer i kommunens fagsystem. Det er avgjørende at varsler og alarmer som sensorene utløser oppleves som hensiktsmessig for personalet, herav å redusere antall feilalarmer eller manglende alarmer som skaper usikkerhet rundt teknologien.

Værnes-regionen har hatt en mindre utprøving av sensorteknologi, men har også rapportert om mange «falske alarmer»³ og store utfordringer med mangelfull nett-dekning. Dette har gjort det vanskelig å opprettholde en stabil utprøving av sensorene (11).

5.3.4 Elektronisk medisineringsstøtte

Elektronisk medisineringsstøtte er elektroniske medisindispensere som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkt når medisinen skal tas. De registrerer om bruker tar medisinen ut av dispenseren (ofte må dispenseren snus på hodet), og sender varsel til helsepersonell via mobilnettet dersom medisinen ikke tas ut. Det finnes en rekke ulike løsninger som blant annet prøves ut i Bærum, Oslo og Sarpsborg kommuner. Utprøvingen omfatter både elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor pillene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre.

Til nå har kommunene rapportert om gode resultater, blant annet *reduisert antall hjemmebesøk, bedre helse gjennom riktigere medisineringsstøtte* samt et potensielt *mer aktivt liv* ved at bruker ikke blir bundet til hjemmet for medisineringsbesøk fra hjemmesykepleien (9;12).

³ Alarmer som utløses uten at bruker har behov for bistand. Årsaken har ofte vært teknologisvikt, utgåtte batteri, uheldig plassering av sensorer eller mangelfull brukertilpasning.

En gjennomgående gevinst for alle utprøvingene er at brukerne beskriver at det å vite at man får medisiner sine til riktig tid, uavhengig av forsinkelser i hjemmesykepleien, gir redusert stressnivå og økt trygghetsfølelse (9;12;18). Videre ser ansatte at presis medisintaking har positiv effekt i form av mer energi hos bruker (9) og gir mer forutsigbar oppfølging fra hjemmetjenesten (12).

Noen brukere blir mer aktive og går mer ut, andre har ikke endret aktivitetsnivå etter at de tok i bruk elektronisk medisindispenser. Flere er likevel glade for å slippe å innrette dagen etter besøkstider fra hjemmesykepleien.

«Nå kan jeg ta medisiner mine når jeg vil, er ikke avhengig av å vente på noen»

KVINNE 87 ÅR, OM Å HA ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE (9).

«Det er hyggelig å ha besøk av og til men jeg syntes ikke noe om å ha folk i huset flere ganger om dagen»

BRUKER AV ELEKTRONISK MEDISINERINGSSTØTTE, BÆRUM

Erfaringene er de samme med elektronisk medisindispenser som med annen velferdsteknologi; hvis teknologien ikke virker eller er godt innarbeidet hos bruker, har den motsatt effekt og vedkommende blir mer urolig (9). Tilstrekkelig forhåndsinformasjon til bruker og pårørende samt god brukertilpasning trekkes frem som viktig (12).

I fire bydeler i Oslo er antall hjemmebesøk redusert med 18 prosent for brukere av elektronisk medisineringsstøtte.

Størst økonomisk gevinst for kommunen er færre hjemmebesøk knyttet til medisin håndtering, redusert tidsbruk hos bruker (9) samt mindre administrativt arbeid som følge av færre avviksrapporter (12). For innbyggerne i de fire bydelene i Oslo som har tatt i bruk elektronisk medisineringsstøtte er antall besøk fra hjemmetjenesten redusert med 18 prosent, og gjennomsnittlig tid brukt hjemme hos hver enkelt er redusert med 22 prosent (9).

I Bærum gir elektronisk medisindispenser færre avvik knyttet til medisin håndtering og kommunen har spart administrasjonstid på avviksrapportering.

Gevinstrealiseringen er størst tilknyttet brukere som ikke har andre tjenester, hvor de daglige besøkene fra hjemmetjenesten kan fjernes og erstattes av et besøk for medisin påfyll hver 14.dag. De fleste brukere har dog andre tjenester og det rapporteres ofte at tid spart på medisin håndtering «spises opp» av andre oppgaver (18). For tjenesten som helhet kan bruk av elektronisk medisineringsstøtte gi fleksibilitet i planlegging av hjemmebesøk da færre besøk er låst til medisineringsstidspunkt.

Utprøvingene har avdekket at elektronisk medisineringsstøtte gir mest nytte for brukere som har fysiske svekkelser, stabil psyke og bare moderat kognitiv svikt. Brukere med kognitiv svikt eller demens kan lett glemme hva varslingen betyr og bli stresset. Det trekkes også frem at det må vurderes hvilken type medisindispenser som er best tilpasset brukers behov (12), og om motivasjon til å ta den i bruk er til stede – en avgjørende faktor for hvor stor effekt velferdsteknologi får, mener ansatte i Oslo kommune (9). Dette er viktige funn for fremtidig brukerrekruttering i andre kommuner.

5.3.5 Helsesjekk/avstandsoppfølging av personer med ulike kroniske sykdommer.

Helsesjekk via nettbrett er en mobil løsning for oppfølging av personer med kroniske sykdommer som selv måler egen helsetilstand via puls, O2-metning, temperatur, vekt og evt. lungevolum samt svarer på kliniske spørsmål om for eksempel form, pust og slim. Resultatene legges inn via nettbrett og kobles sammen med sentrale data om brukerens sykdom, kliniske tilstand og medikasjon. Er verdiene utenfor fastsatt «normale verdier» går et varsel til helsepersonell. Både bruker selv, pårørende og helsepersonell kan følge med på utviklingen av brukers helsetilstand.

«Helsesjekk» utprøves i Oslo og Sarpsborg kommuner med cirka 200 brukere innen utgangen av 2015. I begge utprøvningsprosjekt viser erfaringene så langt at brukere opplever *økt innsikt i og kontroll med egen sykdom*, knyttet til at de kan følge med på egne målinger. Det oppleves som en trygghet at andre følger med på målingene deres, og de føler de får tett oppfølging (9). Samtidig har de sett at brukere i Sarpsborg etter hvert ble mindre opptatt av at helsepersonell skulle besvare målingene; fokus var nå på at de kunne se egne helsedata selv.

I Sarpsborg er aktivitetsnivået til brukere påvirket i liten grad⁴ (18), men i Oslo har gode dagsmålinger motivert noen brukere til aktivitet i eller utenfor hjemmet. En har også sett at «helsesjekken» bidrar til å redusere angst og stress hos noen av respondentene (9;18).

⁴ Dette kan skyldes at fire av fem brukere fikk forverret helsetilstand under testperioden.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram iverksetter nå økt utprøving av helsepakker som avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Målet er 500-700 brukere innen utgangen av 2017. Dette vil etter hvert gi et godt kunnskapsgrunnlag om nytteverdien av denne formen for oppfølging og behandling av personer med ulike kroniske sykdommer.

5.3.6 Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Logistikk-løsninger for å optimalisere kjøreruter mellom to angitte destinasjoner er typisk brukt i tjenester som levering av post. Til bruk i helse- og omsorgstjenesten er kompleksiteten større, da løsningen også tar hensyn til brukerbehov og de ansattes kompetanse. Med bakgrunn i dette leveres en elektronisk arbeidsliste med logisk rekkefølge for brukerbesøk og korteste kjørerute i henhold til geografisk plassering.

Horten kommune anslår å spare 10-15 prosent av dagens tidsbruk i tjenesten, omregnet til en årlig innsparing på 10-15 mill. kroner.

Horten kommune har testet programmet Spider i hjemmebaserte tjenester. Her har det vært et mål å frigjøre tid brukt på kjøring slik at ansatte får mer tid til pasientrettede oppgaver (23). Foreløpige gevinster vises nettopp i form av færre kjørte kilometer, riktigere tidsbruk uten mer press på den enkelte medarbeider og redusert tid til planlegging og re-planlegging.⁵ Dette gir en totalt bedre ressursutnyttelse, og kommunen anslår å spare 10-15 prosent av

⁵ Et lignende prosjekt i Danmark har også oppnådd redusert transporttid i tjenesten, se prosjektrapporten hos Digitaliseringsstyrelsen (26).

dagens tidsbruk i tjenesten, omregnet til en årlig innsparing på 10-15 mill. kroner (24).

Så langt har logistikk-løsningen hatt utfordringer med å fange kompleksiteten i tjenesten, som pasientenes ulike og varierende behov, at ansatte går i turnus, mange jobber deltid, hvilken ansatt som går hos hvilken pasient og pasienters behov for spesialkompetanse (24).

Logistikk-løsningen registrerer hvilke ansatte som har vært hos hvilke tjenestemottakere tidligere og bidrar, så langt det er mulig, til å begrense «gjennomtrekk» ved å velge de samme ansatte til samme tjenestemottaker. De ansatte har med seg arbeidslisten på nettbrett i tjenestebilen under oppdrag. Ved å ta i bruk digitale arbeidslister, har de ansatte etterhvert spart mye tid i forhold til gammel praksis med papirutskrift og utallige manuelle endringer i etterkant.

Det er mulig å utstyre tjenestebilene med GPS som tillater automatisk lokalisering og tilkalling av nærmeste bil, i tilfeller hvor det oppstår behov for ekstra bistand. På denne måten kan arbeidslister og kjøreruter oppdateres automatisk ved forsinkelser eller endringer i oppdrag. Horten ønsker å se på muligheten for å koble dette på en kommunikasjonsplattform med tjenestemottaker/pårørende, slik at det blir gitt automatisk beskjed om endringer i besøk og angitt nytt tidsrom (24). Så langt er logistikk-løsningen testet i én sone av hjemmetjenesten, og to soner gjenstår før systemet settes i full drift. Hortens erfaringer så langt viser at denne løsningen har et potensiale for å oppnå store kommunaløkonomiske gevinster. Endelige resultater vil foreligge i 2016 sammen med erfaringer for overgang fra utprøving til drift

5.3.7 Elektronisk dørlås

Elektronisk dørlås (e-lås) er et nøkkelfritt låssystem som i velferdsteknologisk sammenheng installeres på ytterdør hos tjenestemottakere i hjemmetjenesten. Formålet er å effektivisere nøkkelhåndtering i tjenesten og bedre sikkerhet ved at nøkler ikke blir borte. I hjemmebaserte tjenester i Bærum kommune har hjemmesykepleien prøvd en variant som åpnes via en egen nøkkelapplikasjon på de ansattes smarttelefoner.

Prosjektet har vist godt resultat med gevinster i form av både unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet i tjenesten. Tidsmålinger har vist at elektronisk nøkkelsystem frigjør arbeidstid hos de ansatte i tjenesten sammenlignet med bruk av fysiske nøkler. De ansatte bruker ikke lenger tid på å få med seg riktige nøkler fra basen eller kjøretid på å hente/utveksle nøkler ved endring av oppdrag (25).

Nytte-kostanalysen viser at gevinstene ved innføring av elektronisk nøkkelsystem er større enn kostnadene. En direkte verdisetting av tiden i kroner viser at prosjektet over en fireårsperiode vil gi en netto nåverdi på 2,1 millioner kroner⁶ (25). Dette er med utgangspunkt i at den frigjorte tiden er utnyttet 100 prosent. Den reelle utnyttelsen av tid vil være lavere, men vippepunktet for at netto nåverdi ikke er positiv er 12 prosent – med andre ord; så lenge tjenesten utnytter 12 prosent eller mer av den frigjorte tiden vil

⁶ Utregnet fra målt frigitt tidsbruk på 1,08 årsverk, tilsvarende 621 608 kroner per år. Forutsetter antall låser er konstant over en fireårsperiode (50 låser), enhetskostnaden for demontering og installering av lås tilsvarer 300 kroner (beregnet ut fra total innstallingskostnad for 50 låser tilsvarende kr. 15000). Videre antas at 17 låser demonteres og reinstallerer hos nye brukere i gjennomsnitt per år (grunnet dødsfall, flytting og opphør av tjeneste, beregnet ut fra utskiftning av låser i perioden okt. 2014 t.o.m. feb. 2015).

innføring av elektronisk dørlåser være økonomisk lønnsomt.

Elektroniske dørlåser i hjemmebaserte tjenester i Bærum frigjør arbeidstid hos ansatte og gir en sikrere nøkkelhåndtering

De ansatte i tjenesten har en gjennomgående positiv opplevelse av det elektroniske nøkkelsystemet og er i høy grad enige i at dette er nyttig. De mener at de opplever mindre stress og bedre samarbeid i hverdagen. Elektroniske dørlåser kan også gi økt trygghet for tjenestemottaker og pårørende ved at medarbeidere ikke lenger kan miste fysiske nøkler og at tjenesten har god oversikt over hvem som har besøk når. Det siste knyttes til at systemet registrerer når og av hvem låsene åpnes.

6. REFERANSER

1. Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2225. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/120/Helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området-IS-2225.pdf>

2. Finansdepartementet. Revidert nasjonalbudsjett 2013. Meld. St. 2 (2012-2013). Tilgjengelig fra: http://www.statsbudsjettet.no/upload/Revidert_2013/dokumenter/pdf/rnb2013.pdf

3. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012-2013). Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

4. Helse- og omsorgskomiteen. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2015, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15). Innst. 11 S (2014–2015). Tilgjengelig fra:

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-011.pdf>

5. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2015–2016) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2016. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/9dca368594614ba79ac971b3608048ea/no/pdfs/prp201520160001hoddddpdfs.pdf>

6. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:11. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

7. Kommit. Gevinstkokebok for IKT-prosjekter i norske kommuner. Oslo: Kommunesektorens organisasjon; 2013. Tilgjengelig fra:

<http://ks.no/contentassets/af1d839033564d188081b64e8eec02a8/13224-ks-kommit-gevinstkokebok.pdf?id=12438>

8. Samveis: veikart for tjenesteinnovasjon [nettressurs]. Oslo: Kommunesektorens organisasjon [oppdatert 2015; lest 20. november 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/samveis>
9. Velferdsteknologi i Sentrum: innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo: en kartlegging av effekten. Oslo: Intro International og Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo. Rapport til Helsedirektoratet.
10. Følgeforskning Samveis – Nasjonalt program for velferdsteknologi: Status Stavanger kommune. Oppsummering av erfaringer og kunnskap fra pilotering av velferdsteknologi i kommunen (2014-2015). Oslo: SINTEF; oktober 2015. Rapport til Helsedirektoratet.
11. Nortug B, Aasan HM, Myren G. Implementering av velferdsteknologi: en kvalitativ studie: hvilken nytte og hvilke utfordringer erfarer ansatte i kommunal helsetjeneste? Levanger: Høgskolen i Nord-Trøndelag og Senter for omsorgsforskning, Midt Norge; 2015. Rapportserie nr. 1/2015. Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/326176/Rapport1_15_web.pdf
12. Svagård IS, Ausen D, Røhne M, Østensen E. Riktigere medisiner og mer selvstendighet? erfaringer med automatisk medisindispenser i Bærum kommune. Oslo: SINTEF IKT helse- og omsorgsteknologi; januar 2015. SINTEF rapport A26618. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a26618-rapport_riktigere-medisiner-og-mer-selvstendighet.pdf
13. Følgeforskning Samveis – nasjonalt program for velferdsteknologi, status Larvik kommune, oppsummering av erfaringer og kunnskap fra pilotering av velferdsteknologi i kommunen (2014-2015). Oslo og Larvik: SINTEF og Larvik kommune; oktober 2015.
14. Røhne M, Svagård IS, Ausen D, Fossberg AB, Husebø I, Øverli T. Bo lengre hjemme med mobil trygghetsalarm? erfaringer med mobil trygghetsalarm i Bærum kommune. Oslo: SINTEF IKT helse- og omsorgsteknologi; september 2015. SINTEF-rapport A27139. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/rapport-a27139-mobil-trygghetsalam.pdf>
15. Rapportering 2015, Drammen kommune, Nasjonalt program for velferdsteknologi [Som lagt frem i rapporteringsmøte med Helsedirektoratet 21.10.2015].
16. Hansen LIM, Leifson RMQ, Moe CE. Natt-tilsyn med teknologistøtte, «følge med»-forskning, foreløpige resultater, 1. okt. 2015. Kristiansand: Senter for ehelse og omsorgsteknologi, Universitetet i Agder; 2015. Rapport til Helsedirektoratet
17. Gottschal EJ, Heldal AL, Juvland L, Halvorsen B, Omland M, Ausen D, et al. Pilotering av trygghetsteknologi i Skien. Skien: SINTEF og Skien kommune; oktober 2015. Rapport til Helsedirektoratet.

18. Bjørkquist C. Erfaringer fra pilotering av velferdsteknologi i Sarpsborg kommune. Mobile trygghetsalarmer, digital medisindispenser og KOLS-monitorering. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold; april 2015.
19. Moe CE, Nilsen GS. Trygghetspakken i hjemmet: rapport fra «følge med forskning i Lister». Grimstad: Lister-regionen og Universitetet i Agder; februar 2015.
20. Øderud T, Grut L, Aketun S. Samspill – GPS I Oslo – Pilotering av Trygghetspakke 3: bruk av GPS for lokalisering av personer med demens. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn; september 2015. SINTEF-rapport A27121. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/publikasjon/Download/?pubid=SINTEF+A27121>
21. Følgforskning Samveis – nasjonalt program for velferdsteknologi: status Bærum kommune: oppsummering av erfaring og kunnskap fra pilotering av velferdsteknologi i kommunen (2013-2015). Oslo og Bærum: SINTEF og Bærum kommune; oktober 2015.
22. Ausen D, Svagård IS, Øderud T, Holbø K, Bøthun S. Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens: innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. Oslo: SINTEF; 2013. SINTEF-rapport A23878. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport_enkle-sider_lav-oppløsning.pdf
23. Logistikkprosjekt i Horten: elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten: prosjektdokumentasjon. Horten: Horten kommune; mai 2015.
24. Rapportering 2015, Horten kommune, Nasjonalt program for velferdsteknologi [Som lagt frem i rapporteringsmøte med Helsedirektoratet 22.10.2015].
25. Skretting KV. Elektronisk nøkkelsystem: en analyse av gevinster og kostnader. Bærum: Bærum kommune; februar 2015.
26. Rambøll. Business case for ABT-projekt om automatisk besøgsplanlægning. Rambøll; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.digst.dk/Digital-velfaerd/Initiativer-og-projekter/Projekter-under-Fonden-for-velfaerdsteknologi/Aeldre/Teknologi-optimerer-hjemmeplejens-planlaegning-af-besoeg>



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no



Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Publikasjonens tittel: Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger

Utgitt: 1/2017

Publikasjonsnummer: IS-2557

ISBN-nr. 978-82-8081-485-2

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Omsorgstjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfatter: Juni B. Melting

Illustrasjon: © Plattform / Johnér (illustrasjonsbilde)

Utgitt i samarbeid med:

 **Direktoratet for e-helse**



FORORD

Stortinget etablerte gjennom RNB 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) «Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknolog 2014-2020». Den nasjonale satsingen har som hovedmålsetning å møte kommunenes informasjons- og kunnskapsbehov for å tilrettelegge for bred bruk av velferdsteknologiske løsninger.

Det nasjonale programmet presenterer her den andre gevinstrapporten fra utprøvinger av trygghets- og mestrings teknologi som er foretatt av utviklingskommunene. Kommunene har høstet mange nye erfaringer i året som har gått og resultatene som fremkommer er entydige; velferdsteknologi gir betydelig gevinst. Resultatene gir grunnlag for anbefalinger om nye teknologiområder som du kan lese om i denne rapporten, i tillegg til flere erfaringer fra tidligere anbefalte løsninger.

Utviklingskommunene i det nasjonale programmet har lagt ned et imponerende arbeid: Fra det første tilskuddet ble gitt i 2013 og frem til i dag har kommunene tatt kvantesprang i prosjektstyring, tjenesteutvikling, evaluerings- og dokumentasjonsarbeid, bestillerkompetanse og generell kunnskap om velferdsteknologi. Disse kommunene besitter nå en verdifull kompetanse om muligheter og nytteverdi for sluttbruker, pårørende og tjenesten som helhet. Denne kunnskapen vil gjøre veien lettere for andre kommuner som vil i gang med velferdsteknologi, når stafettpinnen nå går videre.

Helsesektoren er i konstant endring - både behov og muligheter utvikler seg. Kommuner som ser muligheter i teknologien og legger om måten de leverer helse- og omsorgstjenester på står bedre rustet til å møte fremtidens utfordringer.

Oslo, januar 2017.



Kristin Mehre
Avdelingsdirektør, Avd. Omsorgstjenester
Helsedirektoratet

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
1. HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER	4
1.1 Tidligere anbefalinger	4
1.2 Nye anbefalinger	4
2. ERFARINGER/RESULTATER	7
2.1 Oppsummert	7
2.2 Gevinst per tjenesteområde	8
2.2.1 Elektronisk medisineringsstøtte	8
2.2.2 Varsling- og lokaliseringstjeneste (GPS)	10
2.2.3 Elektronisk dørlås	13
2.2.4 Digitalt tilsyn	15
2.2.5 Sykesignalanlegg/pasientvarsling i institusjonsbasert omsorg	17
2.2.6 Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester	19
2.2.7 Helsesjekk/avstandsoppfølging av personer med ulike kroniske sykdommer.	20
3. UTVIKLINGSKOMMUNER	21
3.1 Status	21
3.2 Tjenesteutvikling	23
3.3 Forutsetninger for å lykkes	24
3.4 Utfordringer ved skalering	26
4. GEVINST- OG EVALUERINGSARBEID	28
4.1 Hva er en gevinst?	28
4.2 Gevinstrealiseringsarbeid	29
4.3 Forskningsrapporter	31
5. REFERANSER	32

1. HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER

Denne rapporten gir anbefalinger til teknologiområder kommunene bør prioritere når velferdsteknologi skal integreres i helse- og omsorgstjenesten.

1.1 Tidligere anbefalinger

De første dokumenterte effektene av utprøvingene i utviklingskommunene¹ ble oppsummert høsten 2015 og utgitt i januar 2016, i rapporten [Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger](#) (Helsedirektoratet, 2016a). Der ble følgende teknologiområder anbefalt integrert i kommunenes ordinære helse- og omsorgs-tjenestetilbud:

- Varslings- og lokaliseringsteknologi
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Elektroniske dørlåser

Rapporten du nå holder i hånden er den andre rapporten i serien og inneholder nye og oppdaterte erfaringer fra utviklingskommunene, ett år senere. Resultatene styrker de tidligere anbefalte teknologiområdene. Les mer om disse under kapittel to: Erfaringer/resultater.

Digital trygghetsalarm anses nå som en standardtjeneste og omtales ikke særskilt i denne rapporten.

1.2 Nye anbefalinger

På bakgrunn av de nye erfaringene kan Helsedirektoratet nå også anbefale følgende teknologiområder integrert i kommunenes ordinære helse- og omsorgstjenester:

¹ Kommunene som mottar tilskudd fra Nasjonalt program for velferdsteknologi. Se liste under kapittel 3.

- Digitalt tilsyn
- Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Digitalt tilsyn

Kommunene anbefales å se på mulighetene for å innføre digitalt tilsyn som en del av sitt tjenestetilbud både i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. Digitalt tilsyn, eller *passiv* varslingsteknologi, innebærer en eller flere sensorer som utløser varsler til tjenesten ved for eksempel bevegelse, passering, fravær fra seng, fall og lignende. Digitalt tilsyn kan også innebære bruk av kamera etter avtale med bruker/pårørende, der det er hensiktsmessig for å gi en tilstrekkelig trygg tjeneste. Digitalt tilsyn synes særlig aktuelt som tilbud til personer med kognitiv svikt, for å begrense konsekvensene av uønsket «vandring» på natt, både i institusjonsbasert omsorg og hjemmebaserte tjenester. Kommunene har kunnet redusere antall fysiske tilsyn i hjemmebaserte tjenester på natt, slik at tjenestemottaker har fått mindre forstyrrelser og bedre søvnkvalitet. Som følge av redusert tidsbruk på utilsiktede tilsyn og transport har flere kommuner fått økt omsorgskapasitet ved at de gir tjenester til flere med samme bemanning. Flere kommuner har også sett positiv effekt i habiliteringstjenesten hos beboere som ønsker færre fysiske tilsyn.

Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem

Kommuner som skal oppgradere pasientvarslingssystem i sykehjem og omsorgsboliger anbefales å velge systemer som muliggjør passiv varsling fra beboerleiligheter og –rom ved behov. Tre kommuner i det nasjonale programmet har oppgradert ett eller flere sykehjem i sin kommune med nye pasientvarslingssystem/sykesignalanlegg. Her er beboerrommene utstyrt med digitalt tilsyn eller sensorteknologi (beskrevet over) som muliggjør passiv varsling, i tillegg til det tradisjonelle snortrekket, alarmknapp eller annen enhet som muliggjør aktiv varsling av pasienten selv. Noen steder har også muliggjort kommunikasjon mellom pasientrom og vaktrom/tjenestemobil. Dette er kombinert med smarthusteknologi som automatisk lystenning, røykdetektorer, oversvømmelsessensor og lignende, som gir økt trygghet for beboer. Dette gir også fleksibilitet og trygghet for de ansatte på vakt. Her får de varsler ved behov. Dette har ført til økt omsorgskapasitet og unngått oppbemanning på natt ved flere institusjoner. Den største gevinsten har vært en kraftig nedgang i antall fall med skade, da sensorene detekterer «vandring» på natt og personalet kan komme raskere til pasient og avverge fall.

Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Det anbefales at alle kommuner innfører logistikk-løsninger for å optimalisere og planlegge arbeidslister med kjøreruter i hjemmebaserte tjenester. Disse programmene er typisk brukt i tjenester som levering av post, men til bruk i helse- og omsorgstjenesten er kompleksiteten større; løsningen tar hensyn til brukerbehov, de ansattes kompetanse og ansvarsrolle tilknyttet tjenestemottaker. Basert på innlagt informasjon, leverer systemet elektroniske arbeidslister med

logisk rekkefølge for brukerbesøk og korteste kjørerute i henhold til geografisk plassering. Flere løsninger og integrering med kommunal pasientjournal er under utvikling. Horten kommune er til nå eneste kommune med et slikt system i ordinær tjenstedrift og har hatt tett samarbeid med leverandør for å tilpasse systemet til sin tjeneste. Målinger foretatt i september 2016 bekrefter de positive resultatene kommunen har sett i piloten: økt kontinuitet på hvilke ansatte som er hjemme hos hver enkelt tjenestemottaker, hyppigere besøk av primærkontakt og primærsykepleier samt ett helt årsverk som kan omdisponeres fra planlegging av arbeidslister til brukerrettet tjenestetid.

2. ERFARINGER/RESULTATER

Velferdsteknologi gir store gevinster når den brukes riktig. Nedenfor følger en oppsummering av utviklingskommunenes erfaringer og resultater, inndelt etter teknologiområdene som er tatt i bruk.

2.1 Oppsummert

«De viktigste gevinstene vi ser er utsatt behov og redusert antall besøk fra hjemmetjenester, utsatt behov for institusjonsplass, økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende, redusert belastning for tjenesten og mindre bruk av tvang» (Larvik kommune, 2016).

Dette sitatet er hentet fra Larvik kommune sin rapport til det nasjonale programmet i oktober 2016, men kunne vært hentet fra nesten hvilken som helst av de andre utviklingskommunenes rapporter. Budskapet er entydig: Velferdsteknologi gir store gevinster i form av spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte.

I likhet med den første gevinstrealiseringsrapporten gjøres det oppmerksom på at resultatene er avhengig av den enkelte kommunes tjeneste: Ulike kommuner vil ha ulikt potensial for innsparing, og gevinstene i én kommune vil ikke uten videre kunne overføres til en annen som tar samme teknologi i bruk. Dette har sammenheng med hvordan helse- og omsorgstjenesten er organisert, ressurser og demografi. Enhver kommune må identifisere sitt eget potensial til å levere bedre og mer effektive tjenester.

Og husk: det handler ikke om selve teknologien, men om tjenesten som helhet. For å lykkes med innføring av velferdsteknologi må kommunen lykkes i å endre måten tjenester leveres på. Velferdsteknologi må også sees i sammenheng med andre brukerrettede tiltak som *hverdagsmestring* og *hverdagsrehabilitering* der det er relevant (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det fremkommer at de kommunene som tilpasser teknologien til sin tjeneste har mulighet for å oppnå store gevinster med velferdsteknologi:

«Programmet [...] gir oss muligheter, ingen resultater. Det er hvordan vi bruker det og hvilke endringer vi makter å gjennomføre, som gir resultatene»,

Horten kommune (2016a) om innføring av logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester.

Les om hvordan vi definerer gevinster, om arbeidet i utviklingskommunene våre og underlaget for denne rapporten i kapittel 3 og 4.

2.2 Gevinst per tjenesteområde

2.2.1 Elektronisk medisineringsstøtte

Elektronisk medisineringsstøtte innebærer bruk av elektroniske medisindispensere som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkt når medisinen skal tas. De registrerer om bruker tar medisinen ut av dispenseren og sender varsel til helsepersonell via mobilnettet dersom medisinen ikke tas ut. Det finnes en rekke ulike løsninger som er prøvd ut i Bergen, Bærum, Larvik, Lindås, Lister-regionen, Oslo, Sarpsborg, Stord, Søndre Land, Tromsø, Værnes-regionen og Vestre Toten kommuner. Utprøvingene har omfattet både elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor tablettene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre.

Spart tid og unngåtte kostnader

Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen bydeler i Oslo kommune utgav tidligere i år resultater fra sitt prosjekt «Velferdsteknologi i sentrum» i samarbeid med sin forskningspartner. De kunne vise til store gevinster i redusert antall hjemmebesøk (35 %) og redusert tid per besøk (39 %) knyttet til bruk av elektronisk medisineringsstøtte (Intro International, 2016). Studien omfattet også tjenestemottakere som hadde hatt helsesjekk og mobil trygghetsalarm, som reduserte antall besøk ytterligere.

Resultatene fra de andre kommunene bekrefter at det er store potensielle gevinster med elektronisk medisineringsstøtte.

Bergen kommune har redusert antall hjemmebesøk med 38 % og total vedtakstid med 59 % per uke for 18 hjemmeboende etter de tok i bruk elektronisk medisineringsstøtte (Bergen kommune, 2016a).

Bærum kommune har beregnet at de har spart tid på medisinbehandling tilsvarende 2,3 årsverk i 2016². Frigjort tid har gitt økt kapasitet, ved at de kunne gi tjenester til flere med samme ressurser (Bærum kommune, 2016).

Dette til tross for at antall besøk gjerne øker i begynnelsen, fordi brukere trenger tett oppfølging for å bli trygge på teknologien. Når brukere har fått tilstrekkelig opplæring til å bli trygg

² Beregnet for 40 tjenestemottakere med elektronisk medisineringsstøtte.

reduseres antall besøk fra hjemmetjenesten. Ansatte har erfart at det tar ca. 2 uker å lære opp og trygge brukeren (Larvik kommune, 2016). Gevinstrealiseringen er størst tilknyttet brukere som ikke har andre tjenester, hvor de daglige besøkene fra hjemmetjenesten kan fjernes og erstattes av et besøk for medisinpåfyll hver 14.dag. Hos de som mottar andre tjenester er reduksjon i tid per besøk beregnet til 23 % i Bergen kommune (Bergen kommune, 2016a; Røhne, Ausen, Larsen & Solberg, 2016), men det rapporteres at dette er tid som fort «spises opp» av andre oppgaver under besøket (Bjørkquist, 2015).

Larvik kommune mener det er større potensiell gevinst å hente hos brukere som enda ikke har vedtak om hjemmebesøk, da de opplever at det kan være vanskelig å ta bort hjemmebesøk som allerede har blitt en vane (Larvik kommune, 2016). Dette understøttes av en undersøkelse i Bærum som viste at det var noe ulik oppfatning hos brukere – noen synes det er «herlig» at hjemmebaserte tjenester ikke kommer, andre savner besøk (Bærum kommune, 2016). Selv om noen savner hjemmebesøkene, er flertallet glade for at færre personer er innom hjemmet deres i løpet av en uke.

Målgruppen for denne tjenesten har i stor grad vært eldre hjemmeboende. Stord og Tromsø kommuner har tilbudt tjenesten til personer med utfordringer innen rus og psykiatri og sett god effekt. Avdeling psykisk helse er i Stord kommune en spesialavdeling under hjemmebaserte tjenester som har hatt store utfordringer knyttet til legemiddelhåndtering. Gjennom utprøving av elektronisk medisineringsstøtte har de opplevd å kunne redusere tilsynene til flere av disse brukerne fra daglig kontakt til ukentlig kontakt eller hver 14. dag. Tjenesten har sett en reduksjon i overmedisinering og positive effekter av dette, slik som reduksjon i antall fall og sjeldnere kontakt med lege/behandler (Stord kommune, 2016). Dette er knyttet til at brukerne har hatt medisindispenser som kun gir tilgang til riktig dose til riktig tid og ellers er låst.

Økt kvalitet på tjenesten

Tjenestemottakerne som mestrer å ta elektronisk medisineringsstøtte i bruk opplever en rekke positive effekter:

- Økt mestringsfølelse
- Økt aktivitetsnivå og innhold i hverdagen
- Økt verdighet
- Riktigere medisineringsstøtte til riktig tid

Økt mestring

Økt mestringsfølelse er knyttet til det å kunne håndtere medisineringsstøtte selv. Hele 89 % av tjenestemottakerne i Bergen er enige i at løsningene gir de økt selvstendighet og mestringsfølelse (Røhne et al., 2016).

Økt aktivitetsnivå

Gruppeintervju med ansatte i tjenesten fremhevet økt aktivitetsnivå og innhold i hverdagen ved at tjenestemottaker ikke lenger sitter hjemme og venter på medisin (Bærum kommune, 2016).

Økt verdighet

Flere kommuner rapporterer om økt verdighet for bruker. Bærum kommune (2016) trekker frem verdighet i at tjenestemottaker er påkledd og klare når tjenesten først kommer. Søndre land hadde en lignende brukerhistorie:

«Nå fungerer Pilly som vekkerklokke og bruker er ofte påkledd og hadde tatt medisinen når personalet kommer. Tjenesten har spart tilsyn for å vekke han om morgenen og bruker tiden de har fått frigitt til å veilede i personlig hygiene» (Søndre Land kommune, 2016).

Riktigere medisinerings

Riktigere medisinerings til riktig tid, gir økt kvalitet på tjenesten og positiv helseeffekt. Dette er ekstra viktig for noen diagnosegrupper, deriblant parkinsonpasienter. 0-punktsmålinger viser at faktisk medisineringsstidspunkt hos tjenestemottaker kan avvike mye fra planlagt tidspunkt. Det er vanlig at ansatte i tjenesten har mange oppdrag på samme tidspunkt, særlig om morgenen, i tillegg til at andre forsinkelser i tjenesten og hasteoppdrag gir variasjon i faktisk besøkstidspunkt. For tjenesten som helhet kan bruk av elektronisk medisineringsstøtte gi fleksibilitet i planlegging av hjemmebesøk da færre besøk er låst til et medisineringsstidspunkt. Kommunene rapporterer også at de, med færre avvik knyttet til medisinerings, bruke mindre tid på administrasjon.

«Kvaliteten blir bedre ved at det er færre avvik på tidspunkt for medisinerings hos brukerne», Ansatt, Larvik kommune (Ausen et al., 2016).

Noen kommuner har prøvd ut begge typer medisineringsstøtte og flere velger nå å satse på multidosedispensere når de bredder ut tjenesten. Ved multidosedispensere unngår tjenesten å bruke tid på å legge opp medisiner i kamrene slik de gjør med rondell-løsninger. Bergen kommune venter å spare langt mer på overføre flere tjenestemottakere på multidosedispensere. Kommunene bør vurdere hvilken løsning som er best egnet for den enkelte tjenestemottaker og dermed ha flere løsninger som en del av sitt tjenestetilbud.

2.2.2 Varsling- og lokaliseringstjeneste (GPS)

Flere av utviklingskommunene har testet GPS-løsninger for lokalisering av personer. GPS-løsningene gjør det mulig å lokalisere bærer av GPS-enheten ved behov. Varsling- og lokaliseringsteknologi er prøvd ut av kommunene Larvik, Skien, Oslo, Bergen, Stord, Bjugn,

Bærum, Drammen, Trondheim og Åfjord, Sarpsborg, Vestre Toten, Søndre Land, Lyngdal, Sirdal og Kvinesdal.

Flertallet av disse har fått midler til utprøving fra det nasjonale programmet. Unntaket er Oslo kommune som har tatt i bruk varslings- og lokaliseringsteknologi for tjenestemottakere i demensomsorgen som en del av prosjektet «Samspill»³. Flere kommuner har vært med i det SINTEF-ledede prosjektet «Trygge spor», som har gjort en effektstudie basert på erfaringer fra 19 kommuner og utarbeidet en tjenestemodell for hvordan kommunene kan ta GPS i bruk for personer med demens (Ausen, Svagård, Øderud, Holbø, & Bøthun, 2013). Les rapportene fra disse prosjektene for flere erfaringer med bruk av lokaliseringsteknologi i demensomsorgen.

I rehabiliteringstjenesten

I året som har gått har flere av kommunene tilbudt lokaliseringsteknologi som en del av rehabiliteringstjenesten. For brukere med en psykisk utviklingshemming kan en lokaliseringsenhet med aktivert virtuelt gjerde (Geofence), som varsler når bruker går inn og ut av et geografisk område, gi stor trygghet og frihet til å ferdes ute. Dette har igjen bidratt til økt aktivisering, som er et mål for mange i denne brukergruppen. Søndre Land rapporterer også om mindre utagering, færre konflikter med personalet og større mestring på andre områder. Enheter med toveis talefunksjon kan være nyttig, men ikke alle brukerne kan si hva alarmen gjelder, det må ofte brukes litt tid på å komme i en dialog. Det er utfordrende å finne teknologi som er driftssikker nok og som har god brukervennlighet (Søndre Land kommune, 2016).

Kvalitative gevinster

Det er fortsatt flest dokumenterte erfaringer fra bruk av lokaliseringsteknologi for personer med kognitiv svikt i omsorgsbolig, sykehjem og hos hjemmeboende eldre. Lokaliseringsteknologi i demensomsorgen er sjelden en permanent løsning da demens er en progredierende sykdom, men i et visst stadium fungerer den bra (Bærum kommune, 2016). Gjennomsnittlig brukstid har vært 8 måneder både i Bærum og i Larvik (Larvik kommune, 2016). De hyppigst nevnte kvalitative gevinstene er økt trygghets- og frihetsfølelse både for tjenestemottaker, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten.

«Vår erfaring er at de kvalitative gevinstene ved bruk av lokaliseringsteknologi er så store at dette er en teknologi kommunen ønsker å tilby personer med kognitiv svikt» (Bærum kommune, 2016).

For pårørende og ansatte knyttes trygghet til visshet om at bruker kan lokaliseres hvis vedkommende ikke finner veien tilbake. I Drammen kommune har 28 personer hatt lokaliseringstjenesten. De viktigste gevinstene har vært økt livskvalitet for bruker og for pårørende gjennom at bruker får en tryggere og mer aktiv hverdag, styrket sosial og mental stimulering og at bruker kan bo hjemme lenger (Drammen kommune, 2016).

³ Samspill er ikke en del av Velferdsteknologiprogrammet. Det er finansiert av Regionale Forskningsfond Hovedstaden, Oslofjordfondet og Agder. Oslo, Drammen, Kristiansand og Skien er samarbeidskommuner i prosjektet (Øderud, Grut & Aketun, 2015)

Frihet og fravær av tvang

«GPS bidrar til mindre bruk av tvang, som gir mer aktive brukere og økt livskvalitet». For nesten 70 % av brukerne i en undersøkelse i Larvik, bidrar GPS til at pårørende eller personale ikke behøver å avlede eller forhindre at person med demens eller kognitiv svikt går ut. 70 % mener også at det blir roligere og mindre konflikter dersom brukere kan gå ut når de ønsker (Ausen et al., 2016).

«En dag uten tur er en dårlig dag», tjenestemottaker, Larvik kommune (Ausen et al., 2016).

Bærum kommunes erfaring er at bruk av lokaliseringsteknologi er det minst inngripende tiltak for enkelte brukere. Brukere som ønsker det og trenger det får opprettholde sin autonomi og frihet (Bærum, 2016).

Bo lenger hjemme og utsatt ytterligere tjenester

Flertallet av kommunene som har pilotert lokaliseringsteknologi, om ikke alle, har opplevd at tjenestemottaker kan bo lengre hjemme eller utsette behov for andre tjenester. Skien anslår at 15-20 % av brukerne vil ha gevinst i form av utsatt behov for opptrapping av tjeneste eller institusjonsplass (Skien kommune, 2016).

Det er imidlertid utfordrende å dokumentere *hvor lenge* man kan utsette behovet med et sammensatt sykdomsbilde, og hvor lokaliseringsteknologi ofte er et tiltak i kombinasjon med andre tiltak som f.eks. hjemmetjenester og dagtilbud (Ausen et al., 2016). Foreløpige tall viser at brukere i Larvik har utsatt andre tjenester fra kommunen i ca. 3 mnd. (Larvik kommune, 2016). I Bærum har flere beboere med demens i institusjon kunnet bo lengre på åpen avdeling, hvor alternativet ville være skjermet avdeling (Bærum kommune, 2016). Både Bærum og Larvik rapporterer også om brukere som har kunnet flyttet hjem fra institusjon ved hjelp av lokaliseringsteknologi. Varighet på hjemflytting har variert fra noen uker til flere måneder; én person som bodde på skjermet avdeling for demens ved et sykehjem i Larvik kommune bodde fortsatt hjemme, 4 måneder etter han flyttet fra sykehjemmet.

Drammen har gjort et estimat basert på 11 innbyggere med kognitiv svikt som utløste leteaksjon før de fikk lokaliseringsteknologi. Disse ville normalt fått tildelt institusjonsplass. Ved å se hvor lenge disse har fortsatt å bo hjemme med lokaliseringsteknologi har kommunen estimert besparelse per person basert på døgnpris for sykehjemsplass (3196 kr) og fordelt på tilhørende år. I 2014 regner kommunen med å ha spart 2 109 360 kroner, det vil si 124 000 kroner per bruker. Forventet antall brukere i 2016 er 28, som gir en potensiell total besparelse på 3 474 240 kroner (Drammen kommune, 2016).

Unngåtte leteaksjoner

Kommunenes erfaring med å tilby lokaliseringsteknologi bekrefter funn fra tidligere rapporteringer til Nasjonalt program for velferdsteknologi og store utprøvinger som «Trygge Spor» og «Samspill»: Denne tjenesten avverger store leteaksjoner.

Det finnes ikke statistikk på antall årlige leteaksjoner etter personer med kognitiv svikt eller demens, men når nødetatene og frivilligheten rykker ut bruker samfunnet betydelige ressurser på dette. Antall unngåtte leteaksjoner i hver kommune kan heller ikke fastslås med sikkerhet, men Drammen kommune har gjort en beregning basert på personer som tidligere har utløst leteaksjoner og som nå har fått tjenesten. Tiden hentes inn ved at bruker kan lokaliseres raskt via GPS og man unngår store leteaksjoner, og Drammen kommune regner med å spare 548 timer (0,32 årsverk) på dette i 2016 (Drammen kommune, 2016).

2.2.3 Elektronisk dørlås

Elektronisk dørlås (e-lås) er et nøkkelfritt låssystem som i velferdsteknologisk sammenheng installeres på ytterdør hos innbyggere som mottar hjemmetjenester. Døren kan åpnes av en applikasjon i den ansattes tjenestemobil. Formålet er å effektivisere nøkkelhåndtering i tjenesten og bedre sikkerhet ved at nøkler ikke blir borte.

Etter Helsedirektoratets anbefaling om at elektroniske dørlåser bør tas inn i kommunens helse- og omsorgstjeneste (Helsedirektoratet, 2016a), innfører flere kommuner e-lås i sin tjeneste, blant annet i Fredrikstad, Farsund, Grimstad og Stord kommuner. Kommunene rapporterer gevinster i form av både unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet i tjenesten.

Spart tid og unngåtte kostnader

Tidsmålinger har vist at elektronisk nøkkelsystem frigjør arbeidstid hos de ansatte i tjenesten sammenlignet med bruk av fysiske nøkler. De ansatte bruker ikke lenger tid på å få med seg riktige nøkler fra basen eller kjøretid på å hente/utveksle nøkler ved endring av oppdrag (Skretting, 2016). Grimstad kommune har utført en undersøkelse i natttjenesten hvor de har beregnet at de ville kjørt gjennomsnittlig 62,5 km ekstra pr. natt ved utrykning på alarmer hvis de ikke hadde innført e-Lås (Grimstad kommune, 2016).

Fredrikstad har ikke satt i gang full utrulling av e-lås enda, men har gjort et gevinstestimat på bakgrunn av tidsmålinger ute i felten. Det er utregnet spart tid på henting og levering av nøkler ved alle vaktskifter, ut på morgen, lunsj og kveld, og bytting ved lunsj og endringer i arbeidslister (Fredrikstad kommune, 2016).

Besparelsen for 1.000 brukere med nøkkelhåndtering tilsvarer 8 sykepleiestillinger, eller 5,6 mill. kroner per år (Fredrikstad kommune, 2016).

De presiserer at det kan ta flere år å hente ut og omdisponere denne tiden. Usikkerhetsfaktorer er blant annet hvordan kommunen skal installere e-lås for personer som bor i leilighet og deler hovedinngangsdør med andre beboere.

Kost-nytteanalysen viser at gevinstene ved innføring av elektronisk nøkkelsystem er større enn kostnadene. En direkte verdisetting av tiden i kroner viser at prosjektet i Bærum over en fireårsperiode vil gi en netto nåverdi på 2,1 millioner kroner (Skretting, 2015). Dette er med utgangspunkt i at den frigjorte tiden er utnyttet 100 %. Den reelle utnyttelsen av tid vil være lavere, men vippepunktet for positiv netto nåverdi er 12 % – med andre ord: så lenge tjenesten utnytter 12 % eller mer av den frigjorte tiden vil innføring av elektronisk dørlåser være økonomisk lønnsomt.

Økt kvalitet for ansatte og tjenestemottaker

De ansatte i tjenesten i Bærum har en gjennomgående positiv opplevelse av det elektroniske nøkkelsystemet og er i høy grad enige i at dette er nyttig. De mener at de opplever mindre stress og bedre samarbeid i hverdagen (Bærum kommune, 2016).

Elektroniske dørlåser kan også gi økt trygghet for tjenestemottaker og pårørende ved at medarbeidere ikke lenger kan miste fysiske nøkler og at tjenesten har god oversikt over hvem som har besøk når (Bærum kommune, 2016).

Det siste knyttes til at systemet registrerer når og av hvem låsene åpnes. Fredrikstad trekker frem nytteverdien av å ha e-lås hos tjenestemottakere med trygghetsalarm:

«E-lås vil kunne sikre rask respons på alarm som reduserer negative konsekvenser av akutte hendelser for brukeren og sparer ressurser for kommunen.» (Fredrikstad kommune, 2016).

Det samme vil gjelde for innbyggere med digitalt tilsyn hvor sensorteknologi gir varsler til kommunens responsløsning. Store gevinster kan høstes i fremtiden om nødetatene kan koble seg på systemet for raskere tilgang til innbygger i nødstilfeller.

Vestre Toten og Søndre Land har vurdert e-lås, men har allerede et godt system for håndtering av nøkler med boks utenfor ytterdør hos tjenestemottaker og universalnøkkel i tjenesten og har bestemt seg for ikke å innføre e-lås med det første (Vekve, 2016). Det er viktig at hver kommune gjør slike vurderinger av gevinstpotensialet i sin tjeneste før de setter i gang; der hvor en allerede har et godt system for nøkkelhåndtering vil ikke e-lås har særlig stor effekt.

2.2.4 Digitalt tilsyn

I Første gevinstrapport ble dette temaet omtalt som *digitalt natt-tilsyn*; nå tilsier erfaringene at både type sensorer og bruksområdet er utvidet. Digitalt tilsyn omtales også som sensorteknologi eller passiv varsling, og kan bestå av ulike sensorer som sengematter/sensorlaken som registrerer fravær fra seng, bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse, døralarm som varsler ved passering og falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand med mer. Dette tilbudet inngår gjerne i såkalte trygghetspakker hvor varsler/alarmer/signaler går til tjenesten eller kommunens responstjeneste. Dette kan også kombineres med et kamera for bildeoverføring, slik at responstjenesten kan logge seg på ved avtalte tidspunkt eller det åpnes bildeoverføring ved utløst alarm som leder til nødvendig tiltak. Variantene er mange og teknologien i stadig utvikling. Smarthusteknologi, som automatisk lystenning og røykdetektorer, er også sensorteknologi, men prøves ikke ut i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Digitalt tilsyn eller ulike enkeltsensorer er prøvd ut i Listerregionen, Østre-Agder, Værnes-regionen, Vestre Toten, Søndre land, Bergen, Tromsø, Skien, Stord, Larvik og Lindås kommuner. Utprøvingene var i Første gevinstrealiseringsrapport (januar 2016) i en tidlig fase, men i året som har gått har mange av kommunene høstet gevinster av denne tjenesten. Det synes særlig aktuelt som tilbud til personer med kognitiv svikt for å hindre uønsket «vandring» på natt, både i institusjonsbasert omsorg og hjemmebaserte tjenester, men også for å redusere behovet for én-til-én bemanning i habiliteringstjenesten.

Mer målrettede besøk fra hjemmetjenesten

Digitalt tilsyn gjør det mulig å redusere tildelt tjenestetid. Tjenestene blir mer målrettede ved at tjenestemottakerne får besøk når de har utløst en alarm og har behov for hjelp, der de tidligere fikk besøk etter faste tilsyn (Farsund kommune, 2016). Bruk av digitalt tilsyn kan føre til at veksten i helse og omsorgstjenesten bremses ved at ressursene brukes mer effektivt (Risør kommune, 2016). Digitalt tilsyn som inkluderer kamera gir også færre «utrykninger» på feilalarmer ved at tjenesten kan logge seg på og «se» tilstanden. Dette gir potensielt store besparelser for kommunen og samtidig øker trygghet for både bruker og ansatte.

Økt kvalitet på tjenesten

For tjenestemottaker og pårørende betyr færre fysiske tilsyn at de slipper å bli vekket av at ansatte i tjenester låser seg inn. Dette gir bedre søvnkvalitet.

«[Bruker]..ble tidligere vekket av tjenesten ved tilsyn. Våknet og stod opp for å sjekke at døren var låst og at det ikke var noen i huset etter at tjenesten hadde dratt. Problemer med å sovne igjen.» (Vestre Toten kommune, 2016).

I hjemmebaserte tjenester er det vanskelig å komme tidsnok til å forhindre vandring og fall, men med varsler fra sensorene kan bruker få raskere bistand ved behov og flere har blitt funnet

tidligere enn de ellers ville gjort (Hansen & Moe, 2016). Dette gjør at både ansatte og pårørende føler seg tryggere:

«Meget avgjørende faktor for at pårørende opplever mindre stress/bekymring. Pårørende meget fornøyd med at bruker har sengesensor» - Om pårørende i Bergen kommune (Røhne et al., 2016).

Hjemmel eller samtykke

En stor andel av pasientene i målgruppen for digitalt tilsyn er ikke samtykkekompetente, og siden en stor andel av sensorteknologi med varsler regnes som *inngripende teknologi* må det derfor foreligge hjemmel i lov for å bruke det. For pasienter som ikke motsetter seg tiltaket, fattes vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a. Hvis pasienten motsetter seg tiltaket, må bruken av tiltaket derimot vurderes og besluttet etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Har personen diagnosen psykisk utviklingshemming er det i alle tilfeller helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 som gjelder for bruk av inngripende teknologi. I Lindås kommune svarer både ansatte, brukere og pårørende at slik teknologi [sensorer] er mindre inngripende enn om personellet hadde vært til stede fysisk (Berge, 2016).

Forskningspartner i Østre-Agder beskriver at enkelte pårørende har en klar ambivalens knyttet til bruken av teknologi: «En pårørende hevder at de ikke ville gitt samtykke til bruk av teknologien på dagtid. En annen gir uttrykk for at det (utstyret teknologien representerer) burde vært standard til alle. Når noen er skeptiske begrunnes det i at pasienten har behov for sosial kontakt eller at det burde vært bedre informert om tjenesten. Dette kan også forklares med at pårørende ikke kan forventes å ha full oversikt over tjenesten. Det altoverveiende inntrykket er likevel at det oppleves som positivt å få tilbud om digitalt tilsyn.» (Hansen og Moe, 2016).

Bo lengre hjemme

I Bergen kommune mener både bruker, pårørende og ansatt at teknologien bidrar til at bruker kan bo lengre hjemme med redusert tjenestetilbud (Bergen kommune, 2016b). Dette bekreftes med flere eksempler fra Lindås, Grimstad og flere av kommunene i Listerregionen (Lyngdal kommune, Hægebostad kommune, Flekkefjord kommune, 2016). Lindås og Grimstad rapporterer også at pasienter med installert teknologi hjemme kan komme tidligere hjem fra sykehusopphold, som gir innsparinger i færre liggedøgn på sykehus etter utskriving og færre korttidsopphold på sykehjem (Lindås kommune; Grimstad kommune, 2016).

Digitalt tilsyn i habiliteringstjenesten

Vedtak om digitalt tilsyn i habiliteringstjenesten må fattes etter kapittel 9 i helse- og omsorgstjenesteloven. Flere av kommunene som har prøvd ut digitalt tilsyn i habiliteringstjenesten mener dette gir mindre bruk av skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (Risør kommune, 2016; Farsund kommune, 2016).

Farsund, Grimstad, Risør, Tvedestrand og Meråker har alle sett god effekt av digitalt tilsyn og kan vise til unngått oppbemanning eller reduksjon i antall stillinger på natt i heldøgns bemannede omsorgsboliger for psykisk utviklingshemmet (Farsund-; Grimstad-; Risør-; Tvedestrand- og Meråker kommune, 2016).

Grimstad kommune har estimert at en mindre nattevakt tilsvarer 1,8 årsverk og en unngått kostnad på 1 370 000 kroner per år (Grimstad kommune, 2016). Selbu kommune har kunnet redusere 1:1-bemanning på dag for en bruker ved bruk av døralarm (Selbu kommune, 2016).

Samtidig har digitalt natt-tilsyn avdekket aktivitet og adferd hos enkeltbrukere som ikke tidligere var kjent for tjenesten. Dette har medført økt tilsyn på natt i et sted, men har gitt gevinst i form av økt kvalitet på tjenesten og trygghet for brukere (Risør kommune, 2016). For beboere som ønsker færre fysiske tilsyn eller nærvær av personal på dag, kan digitalt tilsyn være en løsning som muliggjør dette og samtidig sørger for trygghet for ansatte og pårørende.

2.2.5 Sykesignalanlegg/pasientvarsling i institusjonsbasert omsorg

Fredrikstad, Skien og Bærum har alle oppgradert en eller flere institusjoner i sin kommune med nye pasientvarslingssystem/sykesignalanlegg. Her er beboerrommene utstyrt med sensorteknologi/digitalt tilsyn for passiv varsling, og alarmknapp, snortrekk eller trygghetsalarm som muliggjør aktiv varsling av pasienten selv. Varslene går rett til mobil enhet hos de ansatte i tjenesten. Noen har også enheter for toveis talefunksjon slik at det kan kommuniseres mellom ansatte og beboer. Dette er kombinert med smarthusteknologi som automatisk lystenning, røykdetektorer, flomvarsel og lignende på rommene. Sykehjemmene det refereres til tilbyr også lokaliseringsteknologi, som etter behov og samtykke fra pasient eller pårørende kan brukes for å se hvor beboere befinner seg, eller som kan gi varsel til ansatte hvis beboer beveger seg utenfor forhåndsdefinerte områder.

Redusert medisiner og fall

I Skien rapporterer de ansatte at det nye varslingssystemet gir mer ro og samtidig stimulerer til økt fysisk aktivitet. En av effektene som de ansatte har sett er at medisinbruken er redusert med 40 % sammenlignet med nullpunkt per november 2015. Dette kan delvis skyldes at de fikk inn nye og «friskere» beboere i mai, men reduksjon var et faktum før den tid (Skien kommune, 2016). Redusert medisiner kan lede til færre fall, samtidig kan ansatte raskt bistå og avverge fall når sensorene varsler at pasient er oppe av seng på natt. Fallforebygging har potensielt store gevinster for beboer, kommunen og sykehus, da fall kan medføre alvorlige konsekvenser for den som faller og store kostnader for kommunen. Bærum kommune har regnet på sannsynlig unngåtte fall:

Antall fall med skade er redusert med 40 % på to steder hvor pasientvarslingen er implementert i Bærum (2016).

Dette tallet er regnet ut ifra registrering av fall en periode før og en periode etter at det nye pasientvarslingssystemet ble innført.

Fleksibilitet og trygghet for ansatte

Velferdsteknologi i sykehjemmet reduserer behov for tradisjonelle tilsynsrunder, hvor ansatte går innom alle rom til faste tider. Ansatte utfører tilsyn ut fra faktiske behov som oppstår (Fredrikstad kommune, 2016). Kommunen ser at det gir fleksibilitet og trygghet for de ansatte på vakt, ved at tilsyn blir presise og er behovsutløst.

Ved et bofellesskap for personer med demens i Skien er antall alarmer på natt redusert, til tross for mange feilalarmer. Tiltaket har vært å søke løsning på utfordringene tilpasset hver brukers behov når det detekteres at de ikke sover. Mindre stress for ansatte gjenspeiles i en betydelig nedgang i korttidsfraværet sammenlignet med samme periode i 2015 (redusert fra 2,7 % 1. tertial 2015 til 1,4 % for perioden 1. mai til aug. 2016⁴). Vikarbruken er også redusert (Skien kommune, 2016).

Unngåtte kostnader: redusert bemanning

Oppgradering til sensorbaserte sykesignalanlegg har ledet til økt omsorgskapasitet og unngått oppbemanning på natt i alle tre kommuner:

Bruk av velferdsteknologi gjør at Østsiden sykehjem i Fredrikstad har unngått oppbemanning tilsvarende to stillinger på natt og 0,5 stilling på dag (Fredrikstad kommune, 2016).

Stabekk bo- og behandlingssenter har unngått oppbemanning av 1 nattevakt (sykepleier) på natt, som tilsvarer 1,98 årsverk og en årlig besparelse på 1.7 mill.kr. (Bærum kommune, 2016b).

I Skien er bemanningen ved Lyngbakken redusert med 1 årsverk knyttet til endringer i tjenesten og bruk av nytt varslingssystem (Skien kommune, 2016).

Bekkestua omsorgsboliger i Bærum kommune har redusert antall vedtakstimer fra 2015 til 2016 med 400 timer. Basert på gjennomsnittlig timekostnad (inkludert lønn og sosiale kostnader) gir dette en potensiell årlig besparelse på unngått oppbemanning på cirka 300 000 kroner (Bærum kommune, 2016).

⁴ Korttidsfravær er regnet som egenmeldt fravær pluss sykemelding 1 til 16 dager. Sesongvariasjon kan påvirke tallene (Skien kommune, 2016).

2.2.6 Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester

Logistikk-løsninger for å optimalisere kjøreruter mellom to angitte destinasjoner er typisk brukt i tjenester som levering av post. Til bruk i helse- og omsorgstjenesten er kompleksiteten større, da løsningen også tar hensyn til brukerbehov, de ansattes kompetanse og ansvarsrolle knyttet til den enkelte. Med bakgrunn i dette leveres en elektronisk arbeidsliste med logisk rekkefølge for brukerbesøk og korteste kjørerute i henhold til geografisk plassering.

Horten kommune er fortsatt den eneste kommunen som har erfaring på dette området, og har nå hatt systemet i ordinær tjenstedrift siden juni 2016. SINTEF har fulgt kommunen tett som deres forskningspartner og beskriver arbeidet slik:

«Horten kommune har tatt et stort løft for kommune-Norge ved å drive fram dette pionerprosjektet. Det er banebrytende for forbedringer i oppfølgingen av den enkelte pasient og besparelser av unyttig tidsbruk.» (Grut, Fauske & Kraver, 2016).

Selv om det er tidlig å konkludere, bekrefter målinger foretatt i september 2016 de positive resultatene kommunen har sett i piloten.

«Vi ser så mange mulige gevinster at vi ikke har lov til å la være», tjenesteleder i Horten kommune om implementeringen av logistikk-løsningen (Grut et al., 2016).

Brukerrettet tid i hjemmetjenesten

«Tjenesten jobber kontinuerlig med forbedringer i driften. Brukerrettet tid følges opp månedlig, og øker for hver måned. Det betyr at vi har oppnådd resultater på hovedintensjonen med å sette i gang dette prosjektet, det spares tid på alle andre oppgaver enn tiden som brukes på å yte tjenester i hjemmene» (Horten kommune, 2016a). Kommunen har satt seg mål om 55 % av total tjenestetid i hjemmebaserte tjenester skal være pasientrettet tid, og ved siste måling var de allerede oppe i 54.3 % (Horten kommune, 2016b).

Tettere oppfølging av ansvarspersonene gir mulighet for å oppdage tidlig at tjenestemottakers behov har endret seg. Da kan det iverksettes tiltak for å forebygge funksjonsfall – som gir økt kvalitet på tjenesten og gevinst for tjenestemottaker:

«(Navn på ansatt) har hovedansvaret. Det er ca. 14 dager mellom hver gang hun kommer. Da har vi en ordentlig god prat. Hun passer på medisinene mine og all ting. Det setter jeg veldig stor pris på», tjenestemottaker i Horten kommune (Grut et al., 2016).

Spart tid på planlegging

Kommunen har spart ca. ett årsverk på planlegging (Grut et al., 2016). Kommunen ser bedre prosesser for planleggingsarbeidet, og planleggingsprosessen tar mindre tid. Det skyldes både at teknologien blir bedre i funksjonalitet, men også at planleggerne nå kjenner programmet og har tillit til at løsningen faktisk leverer det som er lovet (Horten kommune, 2016a). Siden planlegging for neste dag nå skjer på ettermiddagen dagen i forveien, tar kommunen ut tidsinnsparingen i at planleggerne, som før satt inne hele dagen, nå går ut på arbeidslister mellom kl.08.00 og 10.00, i den mest pressede tiden. Det er et mål at tid brukt på kjøring også skal reduseres, men kommunen har ikke valide grunnlagstall for dette enda.

Økt personkontinuitet

Bruk av logistikk-løsningen har ført til mindre «gjennomtrekk» av ansatte hjemme hos tjenestemottaker. Ansvarlig sykepleier og primærkontakt for den enkelte pasient er lagt inn i systemet, slik at disse blir prioritert av systemet så langt det går i utarbeidelsen av arbeidslister. Dette har ført til økt tilstedeværelse hos pasienten for begge disse ansvarspersonene. Målinger gjort 31. desember 2015 og 30. september 2016 viser at ansvarlig sykepleiers tilstedeværelse i hjemmet har økt fra 12,5 % til 17,3 %. Primærkontakt er inne på 48 % av oppdragene, en økning fra 18 % til tross for at målingen inkluderer sommerferie og mange ferievikarer (Horten kommune, 2016b).

Kommunen har hatt tett samarbeid med leverandør og bidratt til at løsningen er videreutviklet til å integrere med deres kommunale pasientjournal (CosDoc). Foreløpig er løsningen begrenset til denne, men med økt etterspørsel vil vi forhåpentligvis kunne se en utvikling som omfatter andre løsninger.

2.2.7 Helsesjekk/avstandsoppfølging av personer med ulike kroniske sykdommer.

Helsesjekk inngår nå i *Medisinsk avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer*, et eget nasjonalt prosjekt etablert som følge av budsjettavtalen for 2015 (jf. Innst. 11S (2014-2015) (Helse- og omsorgskomiteen, 2014)) mellom Regjeringen, Kristelig Folkeparti og Venstre. Fire av utviklingskommunene prøver ut en ny type oppfølging av personer med kroniske sykdommer. Dette prosjektet følges av et eget forskningsteam som vil komme med de første resultatene medio 2017.

3. UTVIKLINGSKOMMUNER

Fra 2013-2016 har 34 kommuner mottatt tilskudd via Nasjonalt program for velferdsteknologi til å prøve ut velferdsteknologi i sin helse- og omsorgstjeneste.

3.1 Status

Hovedmålet med dette nasjonale oppdraget er å utvikle tjenester som bidrar til at mennesker får økt trygghet til å bo lengre i eget hjem og mestre eget liv og helse. Tilskuddsmottakerne omtaler vi som «utviklingskommuner» da de utvikler nye måter å levere tjenester på og genererer kunnskap om hvordan velferdsteknologi fungerer i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I 2016 har disse vært:

Utviklingskommuner 2016	
• Bergen • Bærum • Drammen • Fredrikstad • Horten • Larvik • Lindås • Lister-regionen (Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal og Sirdal) • Oslo (Fire bydeler: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, St.Hanshaugen) • Sarpsborg	• Skien • Stavanger • Stord • Trondheim • Tromsø • Vestre Toten og Søndre Land • Værnes-regionen (Frosta, Meråker, Selbu, Stjørdal, Tydal) • Østre Agder (Risør, Grimstad, Arendal og Tvedestrand)

Teknologiområder

- Elektronisk medisineringsstøtte
- Varslings- og lokaliseringsteknologi
- Elektroniske dørlåser
- Digitalt tilsyn/sensorteknologi
- Pasientvarslingsanlegg/sykesignalanlegg i sykehjem/omsorgsboliger
- Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
- Helsepakker (inngår nå i oppdrag *Medisinsk avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer*)

Det nasjonale oppdraget omtalt i Statsbudsjettet for 2017, som lagt frem av oktober 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 154):

«Det er i 2016 gitt tilskudd til utprøving av velferdsteknologi i 31 utviklingskommuner som del av Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi. Erfaringene fra utviklingskommunene viser at det kan være store gevinster å hente med bruk av velferdsteknologi mht. tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og ressurser, så lenge velferdsteknologien brukes på riktig måte. 2016 vil være det siste utprøvingsåret, med overgang til drift for de 31 utviklingskommunene. Programmet vil i 2017 gå over i en spredningsfase, der det innenfor tilskuddsordningen gis midler til andre kommuner til å implementere velferdsteknologiske løsninger.»

2016 har vært siste år med tilskudd for utviklingskommunene og de teknologiområdene som har gitt positiv effekt videreføres som ordinære tilbud i tjenesten. I innovasjons- og utviklingsprosjekt kan overgang til drift være en kritisk fase. For noen kommuner vil overgangen være større enn for andre, da de har valgt ulike måter å implementere de nye tjenestene på. Noen har valgt å ta teknologiløsningene rett i drift og rigget organisering, tilpasset og videreutviklet tjenesten etterhvert som flere tjenestemottakere har kommet til. Andre har valgt å rigge og klargjøre tjenesten for et stort antall brukere før de har utplassert teknologi, som krever mye arbeid i forkant. Uavhengig av hvilken tilnærming kommunen har valgt, er det viktig at overgangen til ordinær drift er gjennomtenkt tidlig i prosjektet.

3.2 Tjenesteutvikling

Det er en krevende prosess å legge om tjenesten for å møte morgendagens utfordringer i helse- og omsorgssektoren. For å kunne skalere løsningene i drift har utviklingskommunene i 2016 arbeidet mye med anskaffelser av teknologiløsningene, organisering av mottak av varsler og implementering av gode rutiner for opplæring, oppfølging og tilpasning av teknologiløsningene. De har også jobbet mye med gevinstplanlegging, identifisering av gode måleindikatorer for velferdsteknologi, evaluering og dokumentasjon.

Generiske tjenesteforløp

Utviklingskommunene har på mange måter gått opp veien for nye kommuner som vil i gang med velferdsteknologi og laget verktøy og delt erfaringer som andre kommuner kan benytte seg av.

For å sikre en felles praksis og helhetlig innføring av velferdsteknologi har flere kommuner utarbeidet et **tjenesteforløp** for hvert av teknologiområdene (Ausen et al., 2016). Flere av disse har laget generiske modeller som andre kommuner kan benytte i planleggingen av egne tjenester: Trondheim kommune har, sammen med kommunene Bjugn, Bærum, Drammen, Åfjord og forskningspartner SINTEF, utviklet en [tjenestemodell for bruk av lokaliseringsteknologi](#) (Trondheim kommune, 2016). Bærum kommune har (sammen med SINTEF) laget en [modell for innføring av elektronisk medisineringsstøtte](#) (Medisindispenser, 2015). Flere andre modeller er under utarbeidelse for øvrige teknologiområder.

Anskaffelsesgrunnlag

Kommunene må gis mulighet til å anskaffe løsninger som møter fremtiden og har åpen integrasjon til andre applikasjoner, slik at de ikke sitter igjen med et utall løsninger som ikke kan integreres med hverandre. I første omgang er det utfordrende å utforme gode kravspesifikasjoner og være krevende bestillere. Derfor har flere kommuner gått til felles innovative anskaffelser i samarbeid med leverandørutviklingsprogrammet og utarbeidet felles **anskaffelsesgrunnlag** og **kravspesifikasjon** for velferdsteknologi. Dette er erfaringer kommunene gjerne deler med andre. Se [Rapport om innovativ anskaffelse av lokaliseringsteknologi](#) (Kommunene Bergen, Bjugn, Drammen, Larvik, Skien, Tromsø, Trondheim og Åfjord, 2016). Bærum kommune har anskaffet trygghetsteknologi og trygghetstjenester og Larvik kommune er i gang med et tilsvarende arbeid på elektronisk medisineringsstøtte, og deler sine erfaringer i en rapport som ferdigstilles i 2017 (gjelder Larvik). Værnes-regionen leder en innovativ anskaffelse av responstjeneste i samarbeid med Kongsbergregionen.

Responstjeneste

I en utprøvingstid er det gjerne få brukere per teknologi, som muliggjør at varsler fra trygghetsalarmer, sensorer og lokaliseringsteknologi kan gå direkte «i lommen» (tjenestemobil o.l.) hos ansatte. Når kommunen setter løsningene i drift og etter hvert kommer opp i et større antall hjemmeboende med velferdsteknologi må det være etablert et godt system for mottak av og respons på slike varsler. Flere kommuner bidro i en arbeidsgruppe om temaet og utarbeidet

en rapport som Helsedirektoratet bygget videre på i [Anbefalinger om etablering av responstjenester for trygghetsskapende teknologi](#) (Helsedirektoratet, 2016b).

Integrasjon i kommunal EPJ

Dokumentasjon av bruk av velferdsteknologi kan skape merarbeid for kommunens ansatte da dagens løsninger ofte mangler integrasjon med journalsystemene og krever manuell registrering. Utviklingskommunene samarbeider med leverandørmarkedet om tilrettelegging, slik at håndtering av varsler fra velferdsteknologi kan integreres i kommunal elektronisk pasientjournal (EPJ). Helsedirektoratet etterlyser flere gode samarbeid mellom kommuner og leverandørmarkedet for å løse behovet for integrasjon. I oktober 2016 gav Direktoratet for e-helse ut [Anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi](#) (Direktoratet for e-helse, 2016) hvor det fremheves at det må være tilrettelagt for effektiv informasjonsutveksling mellom responscenterløsning og kommunalt fagsystem/EPJ. Videre må leverandører av kommunale fagsystem/EPJ presentere hvordan denne informasjonsutvekslingen kan gjennomføres, og leverandører av responscenterløsning må tilpasse seg dette. Direktoratet for e-helse vil arbeide med en nasjonal tilnærming på dette som bør følges.

3.3 Forutsetninger for å lykkes

Endring i tankesett

Å lykkes med implementering av velferdsteknologi krever at noen forutsetninger er på plass. Den første forutsetningen er en **endring i tankesett om hva kommunale helse- og omsorgstjenester er og skal være**. Det har tradisjonelt vært praksis, og kanskje en forventning fra både innbyggere og tjenesten, at økt behov for bistand fra kommunen omsider vil lede til en plass på institusjon. Dette er kostbart og er ikke en bærekraftig praksis for helse- og omsorgssektoren. En holdningsundersøkelse fra noen år tilbake fant at tre av fire ønsket seg en omsorgsbolig, primært en selvstendig omsorgsbolig, dersom de ikke lenger klarte seg i sin vanlige bolig når de ble gamle. En av seks ønsket å flytte i bofellesskap, og bare en av ti ønsket seg sykehjemsplass (Brevik og Schmidt, som referert til Daatland, 2014). Helsedirektoratet ved Nasjonalt program for velferdsteknologi oppfordrer kommunene til å se på alternativ for at innbyggere kan bo lengst mulig i egne hjem, hvor teknologi inngår som en naturlig del av løsningen.

Lindås kommune har snudd sin praksis og ser gevinst i å satse på hjemmebasert omsorg, slik at brukerne får bistand etter behov og på riktig steg i omsorgstrappen. Andel institusjonsbasert omsorg er redusert fra 45 % i 2011 til 39 % i 2015. Andel av hjemmebasert omsorg har i samme tidsrom økt fra 49 % til 55 %⁵. Velferdsteknologi er en del av løsningen som muliggjør denne dreiningen og skaper trygghet for at pasienter kan sendes direkte hjem fra sykehus og unngå

⁵ I 2011 var andel av hjemmebasert omsorg lavere i Lindås enn i sammenlignbar KOSTRA-gruppe og identisk med gjennomsnittet i landets kommuner. I 2015 var andel hjemmebasert omsorg i Lindås høyere enn i sammenlignbar KOSTRA gruppe og for landsgjennomsnittet (Lindås kommune, 2016).

korttidsopphold på sykehjem. Fra 2014 til 2015 hadde kommunen en reduksjon i netto driftsutgifter for pleie- og omsorgstjenesten med cirka 14 millioner kroner (Bjørkheim et al., 2016).

Velg «riktig» bruker

En annen og viktig forutsetning for å lykkes med velferdsteknologi er å tilby **riktig løsning til sluttbrukers behov**. Gjør en kartlegging av behov og still spørsmål om teknologi kan være en del av løsningen. Etabler deretter gode rutiner for opplæring og oppfølging av nye tjenestemottakere, herunder tilpasning av teknologien til hver enkelt.

«Vi har endret fokus fra å tenke på hva slags løsninger vi kan implementere til å se på hva behovet er bak», prosjektleder i en utviklingskommune (Kistorp, Hagen & Almqvist, 2016).

Kommunen oppfordres til å ha en åpen tilnærming til tjenestemottakers evne til å ta i bruk teknologi. Flere kommuner har gitt tilbakemelding om sluttbrukere de ikke trodde ville mestre teknologien som har overrasket positivt; og motsatt, personer de vurderte til å ha forutsetningene som det ikke fungerte for. Tjenestemottakere som har et eget ønske om å ta i bruk teknologi for å bli mer selvstendig i eget liv er et godt utgangspunkt for å lykkes.

Å velge «riktig» bruker kan gi betydelige gevinster fra start og bidra til videre satsning på velferdsteknologi i kommunen. Start der hvor gevinsten er størst: hos tjenestemottakerne med potensial for å klare seg selv litt lengre med enkel bistand. Mange opplever økt livskvalitet knyttet til det å mestre medisinene sine selv eller får bedre søvnkvalitet når de ikke har fysiske tilsyn om natten. Videre ser vi store gevinster der hvor besøk kan erstattes i sin helhet av teknologi, eksempelvis hos tjenestemottakere som kun har besøk knyttet til medisinbehandling eller har tilsyn på natt, hvor besøk kan erstattes med elektronisk medisineringsstøtte eller digitalt tilsyn. I distriktskommuner med store avstander mellom tjenestemottakere og hjemmetjenestens base kan kommunen spare mye tid og utgifter til transport. Gode brukererfaringer letter videre implementeringsarbeid.

Forankring og opplæring

Utviklingskommunene har erfart at endringsprosessen og målsettingene må forankres i hele kommunen; både politisk, administrativt og faglig, fra kommuneledelsen til ansatte i tjenesten, og spesielt hos IT- og driftstjenesten for å lykkes. Der hvor alle involverte er innforstått med hvorfor en endrer tjenestene og har eierskap til prosessen, vil det være lettere å drive tjenesten fremover.

«Ansatte må få et eierforhold til at bruk av teknologi er en del av tjenesten og bli trygg på hvordan feilsituasjoner håndteres.» (Tromsø kommune, 2016).

God forankring starter med god informasjon og opplæring. Dette er en kontinuerlig prosess hvor **det må settes av tilstrekkelig tid og ressurser til opplæring og innarbeidelse av nye rutiner**.

Ansatte i tjenesten må ha eierskap til og være trygge på den nye tjenesten for at kommunen skal lykkes med å gi gode tjenester og realisere gevinster av den. En ser at der hvor ansatte er usikre på teknologiløsningen og feil oppstår, går de raskt tilbake til gamle rutiner. Hvorvidt det er en kultur for og vilje til endring blant ansatte, kan også være avgjørende for å lykkes. Der den type kultur ikke finnes må den skapes. Forskeren som har skrevet doktorgrad om Lindås-prosjektet har trukket frem *endringsvillighet* som en suksessfaktor i Lindås (Berge, 2016).

Bærum kommune beskriver betydningen av involvering og opplæring i implementering av nytt pasientvarslingssystem:

«For å få mest mulig effekt/gevinst ved implementering av pasientvarsling er det viktig å involvere de ansatte tidlig gjennom tjenestereiser. Arbeidsprosessen og endring i hvordan man jobber er faktorer som betyr mye for å kunne ta ut gevinster, og er samtidig den største utfordringen. Det er viktig å lage gode prosedyrer og lokale rutiner slik at de ansatte vet hva som forventes av de i forhold til å håndtere innkomne alarmer. Opplæring av superbrukere, samt videreformidling av kompetanse er avgjørende for at pasientvarslingen skal fungere optimalt» (Bærum kommune, 2016).

Larvik kommune beskriver forutsetningen for å lykkes med innføring av GPS:

«God kompetanse hos ansatte og god opplæring av brukere, god kartlegging av brukere og tilpasning av teknologiske hjelpemidler, gode rutiner, at teknologien er sikker og pålitelig, samt at det er internetttilgang og mobildekning i området» (Larvik kommune, 2016). Over halvparten av personalet opplever at det er krevende å bruke GPS, men legger samtidig til at det blir lettere når en har fått tilstrekkelig opplæring (Ausen et al., 2016).

3.4 Utfordringer ved skalering

For å kunne skalere opp antall brukere av velferdsteknologi med varsler for helsehjelp er det en forutsetning at det etableres en løsning for mottak og oppfølging av varslene, som nevnt under punkt 3.2. og *Responstjeneste*. Søndre Land kommune har hatt utfordringer med mobildekning hos tjenesten, når varslene har gått direkte «i lommen» hos ansatte: Hjemmesykepleien har områder i kommunen som ikke har nett-dekning, de vil med dette ikke kunne få alarm fra bruker før de kommer i sone med signal (Søndre Land kommune, 2016). Mobildekning kan være en utfordring motsatt også, der hvor bruker bor på et sted med dårlig dekning eller beveger seg inn i et område uten dekning hvor signal fra GPS-enhet forsvinner. Dette er utfordringer kommunen må vurdere før de implementerer trygghets- og mestringsteknologi i tjenesten. Utfordringen med pålitelig kommunikasjon er omtalt i den overnevnte rapporten *Nasjonale anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi* (Direktoratet for e-helse, 2016). Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet arbeider videre med denne problemstillingen i et nasjonalt perspektiv.

Slik markedet er i dag, tilbys mange ulike velferdsteknologiske løsninger med ulike grensesnitt. Ved skalering vil antallet teknologiområder øke og kommunen sitter kanskje allerede med et mylder av løsninger, hvor få eller ingen har integrasjon med journalsystemene. Dette er en kjempeutfordring for kommunen som trenger en effektiv og sikker måte å få tilrettelagt informasjonsflyt og datalagring i tjenesten på. Nasjonalt program for velferdsteknologi arbeider derfor med å realisere en digital plattform og infrastruktur, som ivaretar samspillet mellom mangfoldet av løsninger fra de mange leverandørene og en felles nasjonal IKT-infrastruktur. Denne infrastrukturen skal sikre lagring av data og interoperabilitet med helsetjenestes øvrige fagsystemer og skal sørge for at data fra utstyret hos bruker blir tilgjengelig for de ansatte som skal gi brukerne gode omsorgs- og helsetjenester.

Plattformens oppgave er å koble sammen utstyret hos bruker og eventuelle forsystemer knyttet til utstyret, med applikasjonene og journalsystemene. Utstyr med forsystemer og applikasjoner må fortsatt anskaffes lokalt av den enkelte kommune eller i et samarbeid med andre kommuner. Målet er å etablere en åpen plattform som skal gjøre det enklere å bytte ut og koble til nytt utstyr og nye applikasjoner fra et mangfold av leverandører.

Inntil en slik plattform er etablert, anskaffer kommunene selv det de trenger av utstyr og applikasjoner for å utvikle nye tjenester og dekke sine behov. Ved å følge de anbefalingene som er gitt i rapporten *Nasjonale anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi* (Direktoratet for e-helse, 2016), skal det som anskaffes nå gradvis kunne kobles til nasjonal plattform når den er etablert.

4. GEVINST- OG EVALUERINGSARBEID

Denne rapporten er en sammenstilling av gevinster og erfaringer fra utprøvinger av velferdsteknologi, dokumentert av utviklingskommunene og deres forskningspartnere.

4.1 Hva er en gevinst?

Helsedirektoratet legger følgende definisjon av begrepet *gevinst* til grunn, gjengitt etter KS' KommIT og som beskrevet i *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger* (Helsedirektoratet, 2016a):

«Gvinster er nyttevirksomheter, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gvinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinerte, men kan også oppstå som ikke-planlagte virkninger underveis og i etterkant av prosjekter.» (KommIT, 2013).

Kort sagt er gevinst den nytteverdien innovasjonen gir. Det nasjonale programmet deler gevinster inn i tre kategorier:

1. Økt kvalitet
2. Spart tid
3. Unngåtte kostnader

Økt kvalitet

Økt kvalitet er positive effekter som tjenestemottaker, pårørende og/eller ansatte opplever selv, eller økt kvalitet på tjenesten som leveres. Kvalitative effekter har primært blitt kartlagt ved hjelp av ulike typer intervjuer og spørreskjema, som med fordel kan kvantifiseres ved hjelp av måleverktøy for å gi en indikasjon på endring i mestringsnivå, livskvalitet og lignende.

Spart tid

Spart tid beskriver nettopp gevinsten av å innføre endringer som reduserer tidsbruk på å levere en tjeneste. Gevinsten av spart tid realiseres først når en tjeneste kan reduseres/fjernes helt eller at tiden benyttes til å gi tjenester til flere (økt omsorgskapasitet). Spart tid avdekkes med tidsmålinger av en arbeidsoppgave eller arbeidsprosess før og etter intervensjonen.

Unngåtte kostnader

Unngåtte kostnader er gevinster som oppstår ved at oppgaver reduseres eller nye tiltak ikke settes i verk fordi velferdsteknologi dekker behovet for oppfølging av tjenestemottaker og gir nødvendig trygghet og mestring for tjenestemottakeren. Unngåtte kostnader kan deles inn i påviste (oppnådde) unngåtte kostnader og sannsynlig (potensielle) unngåtte kostnader⁶. Typiske unngåtte kostnader er utsatt behov for opphold i sykehjem, unngått innleggelse i sykehus, unngått økt tjenestetilbud eller unngått innleie av ekstra personale. Unngåtte kostnader måles ved hjelp av økonomiske analyser hvor investerings- og driftskostnader for velferdsteknologiske produkter og løsninger trekkes inn.

Vil du lese mer om gevinster og gevinstrealisering er [Veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi](#) (omtalt under) eller [Velferdsteknologiens ABC](#) (Kommunesektorens organisasjon, 2016) fine dokumenter å starte med.

4.2 Gevinstrealiseringsarbeid

«Har ikke tidligere brukt metoder, har vært praksis. Nå er vi mer bevisst – skal vi lykkes må vi kjøre prosess.» - Prosjektleder utviklingskommune (Kistorp et al., 2016).

I 2016 har Nasjonalt program for velferdsteknologi ønsket en tydeligere struktur på gevinstplanlegging og gevinstrealiseringsarbeid i prosjektene som mottar tilskudd. KS og Helsedirektoratet m.fl. har laget en *metodik for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi* (Samveis 2016). Metodikken inneholder en rekke praktiske verktøy, blant annet et rammeverk for å identifisere, planlegge og følge opp gevinster i en omstillingsprosess, som utviklingskommunene ble oppfordret til å bruke. Kommunene har tidligere mottatt prosessveiledning i metodikken gjennom workshoper, foredrag og samlinger i regi av det nasjonale programmet. I 2016 utarbeidet derfor kommunene egne gevinstrealiseringsplaner som beskriver når og hvordan gevinster skal realiseres og følges opp etter overgangen fra prosjektorganisering til implementering i ordinær tjenestedrift.

Første oppfølging av plan og måling av gevinster ble rapportert inn i oktober/november 2016. Kommunene har i større grad enn tidligere estimert økonomiske effekter av innføringen av

⁶ Førstnevnte oppstår når en tjeneste er redusert eller fjernet, for eks. redusert antall hjemmebesøk. Sannsynlig unngåtte kostnader er kostnader som sannsynligvis ville oppstått hvis velferdsteknologien ikke ble tatt i bruk, men hvor direkte sammenheng er vanskelig å påvise, for eksempel utsatt behov for institusjonsplass.

velferdsteknologi. Disse rapportene med resultater og erfaringsbeskrivelser samt oppfølging i rapporteringsmøter med kommunene, utgjør sammen med rapporter fra kommunens forskningspartnere (beskrevet under punkt 4.3) dokumentasjonsgrunnlaget for denne rapporten.

Design for offentlige tjenester (DOT) ved Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO) har fra våren 2015 til høsten 2016 hatt en studie om hvilken effekt innføringen av metodikken for tjenesteinnovasjon har hatt i kommunene som har deltatt i det nasjonale programmet. Resultatene viser at 85 % av respondentene opplever at metodikken er *relevant*, eller *svært relevant*, for prosjekter generelt i sin kommune. Samtidig har kommunene gitt tilbakemelding om at verktøyene er for omfattende. Det er derfor satt i gang et arbeid med å forenkle dem.

Undersøkelsen viser videre at det skjedde en endring i personlig holdning som følge av å ha deltatt i workshops, brukerintervjuer og analyse om innføring av metodikken. Mange beskriver at de var skeptiske før, frustrerte underveis, men begeistret etterpå (Kistorp et al., 2016).

“I begynnelsen følte vi veldig at vi ble tvunget gjennom det, men i etterkant ser vi at det var verdt det.” - Prosjektleder utviklingskommune (Kistorp et al., 2016).

Denne endringsprosessen hos den enkelte reflekteres i hvordan ansatte og ledelsen i kommunene forholder seg til gevinster og evaluering av tiltak. Nå er behov, nytteverdi og effekt sentralt i planleggingen av innkjøp av teknologi. Det kommuniseres med utgangspunkt i beregninger for unngåtte kostnader, mulig spart tid eller parameter for økt kvalitet. Kommunene har brukt mye tid på å finne gode indikatorer for å måle effekt av velferdsteknologi;

«Den største utfordringen har vært å finne gode resultatindikatorer som er mulig å måle med de ressursene, og i de eksisterende systemene vi har i kommunen.» (Larvik kommune, 2016).

I oppfølging av gevinster må kommunen hele tiden evaluere eget arbeid. Arbeidet med gevinstrealisering i Horten kommune fikk tjenesteledere og planlegger til å reflektere over tjenesten som helhet og arbeidsoppgavene på nye måter (Grut et al., 2016). Det er også varierende erfaring med å evaluere tiltak i tjenestene og mange har ikke et system for dette:

«Tjenestene er gode på å sette i verk tiltak for å møte pasienters behov, men vi er ikke like gode på å evaluere tiltakene.» (Flekkefjord kommune, 2016).

«Arbeidet med gevinstrealisering har vært sentralt i denne utprøvingen. Det har vært en systematisk og nyttig gjennomgang av hvorfor vi gjør dette, hva vi ønsker å oppnå og hvordan vi kan sikre at vi oppnår gevinster om vi velger å implementere medisineringsstøtte i hele organisasjonen.» (Bergen kommune, 2016a).

Det nasjonale programmet ser at arbeid med gevinstrealisering sikrer gode prosesser rundt innføring av velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Flere kommuner mener at arbeid med gevinstrealisering bidrar til sterkere forankring hos ledere og ansatte i tjenesten.

Selv om det kan være vanskelig å hente ut gevinstene i kroner og øre, slik som Grimstad kommune beskriver under, er det en betydelig gevinst om kommunen greier å øke omsorgskapasiteten – gi tjenester til fler eller øke kvaliteten på tjenesten - uten å øke utgiftene. Dette må synliggjøres.

«[.]De fleste av gevinstene kan ikke hentes fra budsjettet, men fører til unngått økning i budsjettet på sikt. En rekke gevinster er også knyttet til spart tid som må omdisponeres til andre oppgaver.» (Grimstad kommune, 2016).

Kommunene gjør en fabelaktig innsats, og med gode system for oppfølging på plass, vil kommunen ha et godt grunnlag for kontinuerlig evaluering og videreutvikling av tjenestene i årene som kommer.

4.3 Forskningsrapporter

Helsedirektoratet har, siden de første tilskuddene ble gitt, stilt krav om følgeforskning for aktivitetene i regi av utviklingskommunene, og kommunene har selv valgt forskningspartner. Kravet om følge-forskning er knyttet til behovet for å dokumentere nytteverdi for bruker, pårørende, ansatte og tjenestene som helhet og har stort sett vært av kvalitativ karakter.

Eksterne forskningspartnere har fordel av å være uavhengig av kommunen eller tjenesten i intervju med brukere, pårørende og ansatte i tjenesten. Samtidig har forskerne i mange tilfeller heller «forsket med» enn «forsket på», i og med at de har blitt en viktig medspiller i prosjektet og gitt innspill underveis. Noen av forskningsrapportene er derfor et samarbeid mellom kommunen og forskningspartner.

Flere av samarbeidene mellom kommune og forskningspartner ble avsluttet i 2015 og det er derfor færre rene forskningsrapporter som er lagt til grunn for denne rapporten enn Første gevinstrapport. Til gjengjeld er det flere og mer omfattende skriftlige rapporteringer fra kommunene, og de har i større grad undersøkt effekter selv, ved å gjennomføre bruker-, pårørende- og ansatteundersøkelser. Dette har ikke vært i forskningsøyemed, men for å kunne følge opp tiltakene de har satt i drift.

5. REFERANSER

Ausen D, Svagård I, Øderud T, Sørensen E, Stanarevic M. Selvstendig, trygg og aktiv i Larvik kommune: erfaringer ved velferdsteknologiprojektet i Larvik kommune. SINTEF-rapport A27871. Larvik og Oslo: SINTEF teknologi og samfunn, SINTEF IKT og Larvik kommune; 2016.

Ausen D, Svagård I, Øderud T, Holbø K, Bøthun S. Trygge spor: GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens: innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. Oslo: SINTEF; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/project/velferdsteknologi/trygge-spor/trygge-spor-rapport_enklesider_lav-oppløsning.pdf

Berge, M. Doktorgradsstipendiat om velferdsteknologiske utprøvinger i Lindås kommune. [Presentasjon under *Erfaringskonferanse Lindåsprosjektet 2012-2016 - Framtidsretta, dynamisk og skreddarsydd omsorgs- og helsetenester*] 2. november 2016.

Bergen kommune. Gevinstrealiseringsplan for mestringsteknologi i Bergen kommune. Bergen: Bergen kommune; oktober 2016a.

Bergen kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghetsteknologi i Bergen kommune. Bergen: Bergen kommune; oktober 2016b.

Bjørkheim K, Bravelli H, Sætre T, Berge MS, Jacobsen FF, Øvsthus K. Lindåsprosjektet: omsorgsteknologi i kommunene: sluttrapport, 2016. Lindås og Bergen: Lindås kommune og Høgskolen i Bergen; november 2016.

Bjørkquist C. Erfaringer fra pilotering av velferdsteknologi i Sarpsborg kommune: mobile trygghetsalarmer, digital medisindispenser og KOLS-monitorering. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold; 2015.

Bærum kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Bærum kommune. Bærum: Bærum kommune; november 2016a.

Bærum kommune. Vedlegg 2a. Gevinstvurdering for pasientvarsling. Bærum kommune; november 2016b.

Daatland S O, red. Boliggjøring av eldreomsorgen? NOVA Rapport 16/2014. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2014.

Direktoratet for e-helse. Teknisk anbefaling velferdsteknologi: anbefalinger knyttet til teknisk krav for trygghetsskapende teknologi. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2016. IS-2534. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/publikasjoner/anbefalinger-om-tekniske-krav-til-trygghetsteknologi>

Drammen kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Drammen kommune. Drammen: Drammen kommune; oktober 2016.

Farsund kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Farsund kommune. Farsund: Farsund kommune; oktober 2016.

Flekkefjord kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi Flekkefjord kommune. Flekkefjord: Flekkefjord kommune; oktober 2016.

Fredrikstad kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Fredrikstad kommune – offentlig versjon. Fredrikstad: Fredrikstad kommune; oktober 2016.

Grimstad kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Grimstad kommune. Grimstad: Grimstad kommune; oktober 2016.

Grut L, Fauske AL, Kraver IJ. Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten: erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune. SINTEF-rapport A27853. Oslo og Horten: Sintef teknologi og samfunn og Horten kommune; 2016.

Hansen LIM, Moe CE. Natt-tilsyn med teknologistøtte – rapport fra «følge-med- forskning». Grimstad: Universitetet i Agder, Senter for eHelse og omsorgsteknologi; 2016.

Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020: regjeringen plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; mai 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2016–2017) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/pdfs/prp201620170001hoddddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 149 S (2012-2013): proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7e9bf3f3d9f4ba2880ed75f7a93d8aa/no/pdfs/prp201220130149000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgskomiteen. Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2015, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15). Innst. 11 S (2014–2015). Oslo: Helse- og omsorgskomiteen; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-011/>

Helsedirektoratet. Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger: nasjonalt velferdsteknologiprogram. IS-2416. Oslo: Helsedirektoratet; 2016a. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forste-gevinstrealiseringsrapport-nasjonalt-velferdsteknologiprogram>

Helsedirektoratet. Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier. Oslo: Helsedirektoratet; 2016b. IS-2552. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/Documents/Velferdsteknologi/Rapport%20Anbefalinger%20responstjenester.pdf>

Horten kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Horten kommune: kapittel 5 rapportering. Horten: Horten kommune; oktober 2016a.

Horten kommune. Verktøy for gevinstoppfølging. Som levert til Nasjonalt program for velferdsteknologi. Horten: Horten kommune; oktober 2016b.

Hægebostad kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Hægebostad kommune. Hægebostad: Hægebostad kommune; oktober 2016.

Intro International, Arkitekt- og designhøgskolen i Oslo. VIS: velferdsteknologi i sentrum: innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo: en kartlegging av effekten: revidert utgave av delleveranse 2 av 2. oktober 2016. Oslo: Intro International og Arkitekt- og designhøgskolen; 2016

Kistorp K M, Hagen L A, Almquist F. Veikart for tjenesteinnovasjon: følgeforskning på innføringen av metodikk for tjenesteinnovasjon i Nasjonalt velferdsteknologiprogram 2016. Oslo: Design for offentlige tjenester ved Arkitekt- og designhøgskolen; 2016.

KommIT. Gevinstkokebok for IKT-prosjekter i norske kommuner. Oslo: Kommunesektorens organisasjon; 2013. Tilgjengelig fra: <http://ks.no/contentassets/af1d839033564d188081b64e8eec02a8/13224-ks-kommit-gevinstkokebok.pdf?id=12438>

Kommunene Bergen, Bjugn, Drammen, Larvik, Skien, Tromsø, Trondheim og Åfjord. Innovativ offentlig anskaffelse av lokaliseringsteknologi. Trondheim: Trondheim kommune; 2016. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/Documents/Velferdsteknologi/Rapport%20lokaliseringssteknologi%20ferdig.pdf>

Kommunesektorens organisasjon. Velferdsteknologiens ABC. Oslo: KS og Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologiens-abc>

Larvik kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Larvik kommune. Larvik: Larvik kommune; oktober 2016.

Lindås kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Lindås kommune. Lindås: Lindås kommune; oktober 2016.

Lyngdal kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Lyngdal kommune. Lyngdal: Lyngdal kommune; oktober 2016.

Medisindispenser [nettdokument]. Oslo: KS [oppdatert 2015; lest 25. november 2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.samveis.no/landkart/tjenesteforlop-for-medisindispenser/>

Meråker kommune. Gevinstplan sept. 2016. [Som lagt frem i rapporteringsmøte med Nasjonalt program for velferdsteknologi, 10.11.2016].

Røhne M, Ausen D, Larsen IH, Solberg E. Trygghetspakker i Bergen: erfaringer fra pilotering av velferdsteknologi i Bergen kommune 2015-2016. Oslo og Bergen: SINTEF IKT og Bergen kommune; 2016.

Risør kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Risør kommune. Risør: Risør kommune; oktober 2016.

Samveis: veikart for tjenesteinnovasjon [nettressurs]. Oslo: KS [oppdatert 2015; lest 25. november 2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/samveis>

Sarpsborg kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Sarpsborg kommune. Sarpsborg: Sarpsborg kommune; oktober 2016.

Selbu kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Selbu kommune. Selbu: Selbu kommune; oktober 2016.

Skien kommune. Gevinstrapport for trygghets- og mestringsteknologi i Skien kommune. Skien: Skien kommune; september 2016.

Skretting K V. Elektronisk nøkkelsystem: en analyse av gevinster og kostnader. Bærum: Bærum kommune; 2015.

Stord kommune. Gevinstrealisering Pilly. Notat. Stord kommune; oktober 2016.

Søndre Land kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Søndre Land kommune. Søndre Land: Søndre Land kommune; oktober 2016.

Trondheim kommune. Velferdsteknologiprogrammet: tjenesteforløp for lokaliseringsteknologi (GPS) [nettartikkel]. Trondheim: Trondheim kommune [oppdatert 19. oktober 2016; lest 25. november 2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/gps/>

Tromsø kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Tromsø kommune. Tromsø: Tromsø kommune; oktober 2016.

Tvedestrand kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Tvedestrand kommune: rapportering kapittel 5. Tvedestrand: Tvedestrand kommune; oktober 2016.

Vekve I A. Prosjektleder for velferdsteknologi i Vestre Toten og Søndre Land [som lagt frem i rapporteringsmøte med Nasjonalt program for velferdsteknologi]. 1. november 2016.

Vestre Toten kommune. Gevinstrealiseringsplan for trygghets- og mestringsteknologi i Vestre Toten kommune. Toten: Vestre Toten kommune; oktober 2016.

Øderud T, Grut L, Aketun S. Samspill – GPS I Oslo – Pilotering av Trygghetspakke 3: bruk av GPS for lokalisering av personer med demens. SINTEF-rapport A27121. Oslo: SINTEF Teknologi og samfunn; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/publikasjon/Download/?pubid=SINTEF+A27121>



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Hordaland

R



REGION NORDHORDLAND

Nordhordlandsregionen - saman om velferdsteknologi

Søknad om tilskudd til Innføring av velferdsteknologiske løsninger - omsorgsplan 2020. Prosjektbeskrivelse mars 2017 .

Innledning:

Masfjorden kommune søker om tilskudd til innføring av velferdsteknologiske løsninger. Søknaden omfatter løsninger og implementering, herunder responsenter, i 10 kommuner, i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland. Masfjorden kommune er vertskommune for søknaden, og ivaretar all korrespondanse og koordinering i forhold til de andre kommunene som inngår i søknaden. Kommunen som inngår i denne søknaden har et samlet innbyggertall på omkring 48 500.

De 10 kommunene er enige om en felles strategi og arbeidsmetodikk for å få til implementering i de aktuelle kommunene, og bistå med erfaringsformidling til de andre kommunene i fylket. Nordhordlandsregionen vil på denne måten fremstå som en ressurs for de øvrige kommunene, sammen med ressurskommunene Stord og Bergen i det gjeldende nasjonale programmet.

Alle kommunene vil arbeide med organisatoriske utfordringer som forutsetning for å lykkes med de teknologiske løsningene, men innholdet i løsningene for de deltagende kommunene er ulike. Vertskommunen vil etablere et koordineringsorgan mellom de involverte kommunene som inngår i denne søknaden, og bistå med en samlet resultatrapportering. Erfaringene fra disse kommunene vil kunne ha nasjonal overføringsverdi. Utviklingssenteret står sentralt for tjenesteutvikling og innovasjon på tvers av kommunene, og vil bistå dette arbeidet gjennom eksisterende nettverk og samarbeidsrelasjoner.

Nordhordlandsregionen omfatter et stort geografisk område, med til dels spredt bebyggelse, store avstander og vanskelige kjøreforhold. Det er derfor store utfordringer med å implementere og drifte nye velferdsteknologiske løsninger. Det er og her vi ser at det ligger store gevinster.

Lindås kommune har allerede installert omfattende velferdsteknologiske løsninger hos over 250 brukere i eget hjem, og fått tjenestene etablert i vanlig drift. Disse erfaringene vil inngå som ressurs og

kompetansegrunnlag i forhold til satsingen i de andre kommunene. I dette prosjektet vil det ikke bli iverksatt noen prosjekter, hele satsingen gjelder implementering i ordinær drift.

Vi gir først en oversikt over de kommunene som inngår i denne søknaden, og de etterspurte nøkkeldata. Deretter gir vi en mer spesifikk beskrivelse av innholdet.

Kommune	Komm nr	Innb tall, avrundet	Hvilke aktiviteter	Forankring	Egne ressurser
Radøy	1260	5100	Innstallering av inntil 80 alarmer for hjemmeboende	I gjeldende budsjett og økonomiplan	Ja
Lindås	1263	15700	Innstallering av inntil 250 alarmer for hjemmeboende	I gjeldende budsjett og handlingsplaner	Ja
Meland	1221	8000	Innstallering av inntil 125 alarmer for hjemmeboende	I gjeldende budsjett, samt Mål og strategiplan 2016-2019	Ja
Fedje	1265	600	10 digitale trygghetslamer i drift	Forberedelse av politisk forankring	
Modalen	1252	370	6 digitale tryggleiksalarmer i drift	Forberedelse av politisk forankring	Ja
Masfjorden	1266	1700	30 digitale tryggleiksalarmer	Kommunedelplan helse, omsorg og sosial 2014 - 2026	Ja
Osterøy	1253	8000	Opplæring av ansatte. Omlegging til digitale trygghetsalarmer	Kommune delplan helse og sosial 2013 - 2022: Årsbudsjett 2017	Det er satt av noe ressurser i revidert invest budsjett 2017
Austrheim	1264	2800	I oppstartsfase	Investeringsmidler i budsjett 2017	ja
Vaksdal	1251	4100	I oppstartsfase	Kommunedelplan helse og omsorg, vedtatt 2016, økonomiplan og budsjett. Forskningsprosjekt «Lev Vel» der teknologi inngår	ja
Gulen	1411	2300	Planlegging av oppstart, omlegging digitale tryggleiksalarmer	I gjeldende budsjett og øk plan Politisk vedtatt helse og sosialplan	ja
Samlet		Ca. 48500			

Pågående arbeider:

Av de 10 kommunene som inngår i søknaden er det bare Lindås kommune som til nå har erfaring med bruk av velferdsteknologi. Vi gir en omtale av satsningen i denne kommunen;

Lindås kommunen har nå avsluttet et 3 – årig prosjekt med implementering av velferdsteknologiske løsninger . Prosjektet har fått forskningsmidler fra RFF, samhandlingsmidler fra Helsedirektoratet og kompetansemidler fra Husbanken. Prosjektet er etter inspirasjon fra lignende prosjekt i Skottland.

Prosjektet har gått ut på å installere nye alarmløsninger i 250 hjem., og med videre utbygging til 350 hjem i løpet av de kommende årene. Løsningene er basert på trådløst nett, automatisert varsling og etablering av ekstern vaktentral. Alarmene er ikke en pakkelsøning, men enhetene har ulike funksjoner og blir individuelt tilpasset.(temp, fall, bevegelse, lys, dører/vinduer) Det er foretatt individuelle vurderinger ut fra kartleggingskjema og samtykkedokumentasjon. Det er gjennom forskning vist til gode resultater både for bruker, pårørende og kommunen. Forskingen synliggjør at omsorgsteknologi gir økt mulighet for brukerne til å bo lenger hjemme, fordi de opplever økt trygghet og mestring av hverdagen. Pårørende føler seg tryggere ved bruk av omsorgsteknologi. De ansatte erfarer at arbeidssituasjonen er blitt bedre gjennom at tjenestene har fått økt kvalitet. I tillegg har kommunen fått redusert sine utgifter til helse- og omsorgstjenesten.

Prosjektet er administrativt forankret i kommunen, og er nå innarbeidet som del av løpende drift. Tildeling av omsorgsteknologiske løsninger i form av disse alarmene går frem av tjenestemenyen for Lindås kommune. Det er utarbeidet egen brosjyre for ordningen, og den ligger ute på nettsidene til kommunen.

Det har vært, og satses fortsatt, på brei kompetanseoppbygging og skolering av personalet. Dvs. at alle aktuelle ansatte har deltatt på kurs og opplæring. Nøkkelpersoner har tatt eller skal ta videreutdanning i omsorgsteknologi, og fått mer spesialisert opplæring. Dette for å kunne tilpasse installasjonene til bruker sine behov, kunne risikovurdere og kvalitetssikre, kunne følge opp etablerte installasjoner, samt å spre kunnskap.

De andre kommune som inngår i søknaden er pr i dag i startgropen av en satsing på velferdsteknologi. Disse kommunene har imidlertid deltatt i nettverksamlinger som Utviklingssenteret i Hordaland/ Sogn og Fjordane har hatt. I forhold til innbyggertall har de 9 andre kommunene til sammen et totalt innbyggertall på omtrent det dobbelte av det Lindås kommune har, ca 33 000 . Lindås kommune har et måltall på 350 installasjoner innen 2019. Vi legger til grunn at de andre kommunene ha skal samme utbyggingsnivå som Lindås, dvs at det i disse kommunene til sammen i løpet av prosjektperioden skal være installert velferdsteknologiske løsninger i inntil 700 hjem (700 brukere), d.v.s et totalt omfang på inntil 1050 brukere i hele regionen som omfattes av søknaden. Mange av kommunene er små, og er avhengig av samarbeid mellom dem for å få til hensiktsmessige løsninger

Politisk forankring.

Av hensyn til tidsfrister i søknadsprosessen, er det ikke mulig å få til en spesifikk politisk forankring av denne søknaden i alle 10 kommunene. Søknaden er derimot forankret på rådmannsnivå, for deretter å gjennomgå politisk behandling i de deltagende kommunene. Det har vært avholdt et rådmannsmøte i

Norhordlandsregionen 17.03.17 der dette tema var på dagsorden. Protokoll fra dette møtet er lagt ved søknaden. I tabellen overfor er det gitt en mer spesifikk status for forankringen i de ulike kommunene.

Samarbeid mellom kommunene

De 10 kommunene vil samarbeide i prosjektet, med vertskommunen som ansvarlig instans. Det vil bli opprettet en egen prosjektorganisasjon, der Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland vil ha en sentral plass. Lindås kommune med sin erfaring, vil naturlig fremstå som en ressurs for de andre kommunene. Det vil bli utarbeidet formelle samarbeidsavtaler mellom partene i søknaden, der plikter, økonomisk fordeling og ressursbruk vil bli regulert.

Rådmannsutvalget i Nordhordland vil stå sentralt i samarbeidet mellom de kommunene. Rollen til Rådmannsutvalget vil bli presisert nærmere ved utforming av samarbeidsavtaler.

Brukermedvirkning

I Lindåsprosjektet har brukerdeltagelse vært i varetatt både på individnivå og systemnivå. Ved denne satsingen i flere kommuner er det naturlig at vi benytter fylkesdekkende organisasjoner på systemnivå. Kommunene vil dra veksler på det gode samarbeidet som Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland har med sentrale organisasjoner som FFO, Handicapforbundet og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Lokalt i de enkelte kommunen vil samarbeidet være med eldreråd, kommunalt råd for funksjonshemmede, andre organisasjon og lag.

Samarbeidspartnere

Søknaden fremmes i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland. Utviklingssenteret vil bistå i gjennomføring av prosjektet og sikre samarbeid og kompetanseoppbygging. Utviklingssenteret vil starte opp et program med velferdsteknologiens ABC høsten 2017, og fortsette eksisterende nettverk for kommuner i Hordaland. Aktiviteter vil og samordnes med annen virksomhet i Commut/ Vestlandsløftet.

Gjennom utviklingssenteret vil det være lette koblinger til instanser som Høgskolen på Vestlandet, KS, NHO, kompetansemiljø som SINTEF og NTNU, og sentrale næringslivsorganisasjoner/ klynger som f.eks Norwegian Smart Care Cluster.

Høgskolen på Vestlandet, v/ Senter for omsorgsforskning vest. har vært en sentral samarbeidspartner i Lindåsprosjektet, har ivaretatt følgeforskning i det nasjonale programmet, og er nå inne med forskning i forhold til etablering og drift av nytt responscenter. Samarbeidet med høgskolen vil videreføres i dette prosjektet.

Utviklingssenteret har og flere internasjonale forbindelser og partnere som kan være til nytte videre i prosjektet. Gjennom Lindås kommune sin deltagelse i det nordiske prosjektet Connect vil det og tilflytte kompetanse til de deltagende kommunene.

Utviklingssentrene på Vestlandet har et formalisert samarbeid seg imellom på flere felt, herunder velferdsteknologi, og vil dra veksler på denne kunnskapen og nettverkene i det videre arbeidet.

Kompetanseoppbygging

I prosjektperioden vil vi legge opp til en felles opplæringsplan og kompetanseoppbyggingsplan for de kommunene som inngår i søknaden. Det vil bli felles satsinger, og personell med egnet kompetanse vil bli benyttet på tvers av kommunene. Det kan være aktuelt med både hospitering i Lindås kommune, men og at personell i Lindås kommunen kan yte direkte tjenester i samarbeidende kommuner. De administrative og faglige konsekvensene vil bli deltatt i de kompetanseplanene som utarbeides.

Oppbygging av kompetanse vil foregå både til ansatte og publikum/brukere/pårørende generelt. Det vil bli benyttet både velferdsteknologiens ABC og erfaringer fra kommuner som har gjennomført spesielle tiltak og informasjonskampanjer mot publikum.

Typer teknologi

Det er primært trygghetskapende teknologi en vil satse på i denne perioden, jfr det nasjonale programmet til nå. En vil bygge på eksisterende erfaringer fra andre kommuner og piloter som er gjennomført, og med dokumenterte resultater. Anbefalinger om bruk av standarder er viktige elementer i et slikt prosjekt med så mange ulike kommuner, og med til dels ulike valg av løsninger.

Det vil være svært interessant å følge erfaringene fra andre prosjekter (avstandsoppfølging, kronikere, akutt syke hjemmeboende) , og de anbefalingene som vil komme senere. Særlig i forhold til utfordringer med kommunikasjon og store avstander. Dette vil kunne taes inn i en senere fase i dette prosjektet.

Tjenesteinnovasjon

Alle kommunene tenker her bruk av velferdsteknologi som element i en tjenesteutvikling. Det vil i planer for anskaffelse, implementering, integrering mot pasientjournalssystem m.v. bli tatt hensyn til at velferdsteknologiske løsninger skal inngå som ledd i en fremtidig tjenesteutvikling. Kommunene er innforstått med at tjenesteytingen vil bli endret, med større vekt på fleksibilitet, endrete kommunikasjonsformer mellom bruker, pårørende og ansatte, større informasjonsflyt på tvers av tjenestene, raskere respons på henvendelser og bedre tilgjengelighet. Elektronisk meldingsutveksling vil og bli utvidet til flere områder enn i dag. Trolig vil nye responsentre bli tillagt funksjoner som vi i dag ikke har tatt i bruk.

Det å sette inn tiltak for å kunne hjemme bo lenger med sykdom/ funksjonshemming, har dels sammenheng med implementering av velferdsteknologi, men og med tiltak innen boligtilpasning, samfunnsplanlegging generelt, universell utforming og øvrige tekniske hjelpemidler. Det vil i etablering av kompetanseplaner bli søkt samarbeid med andre instanser, som Husbanken og NAV – i realiteten en videreføring av de ressursene som inngår i eksisterende nettverk for velferdsteknologi i Hordaland.

Gevinster

Vi vil i prosjektet basere oss på de effekter som er dokumentert gjennom nasjonale rapporter om gevinstrealisering. Vi vil måle egne oppnådde gevinster, men regner med det vil bli lagt opp til nye,

systematiske felles resultatrapporteringer og metoder for gevinstrealisering gjennom det nye nasjonale programmet.

Fremdriftsplan

Vi legger opp til slik fremdriftsplan;

Aktivitet	Tidsrom	Innhald	Anm
Søknadsutforming	Mars 17	Sikre forankring	
Svar på søknad	Mai 17	Gjennomgå premisser og vilkår i tilsagnsbrev	
Felles møter og avklaringer	Mai/juni 17	Kommunikasjon mot nasjonale myndigheter	
Felles oppstartsmøte for Hordhordland	Aug 17	Forberede samarbeidsavtaler og gjennomføring av opplæringsprogrammer	
Work shop for deltaljering av prosjektaktiviteter	Sept - nov 17	Tematisere prosjektet, oppdatere fremdriftsplaner	2 dagers opplegg med alle berørte parter
Anskaffelser	Des 17 – jan 18	Innkjøp av utstyr	Evt samarbeid med fleire kommuner
Milepel for anskaffelse av velferdstekn i alle kommuner	Innen utgangen av 1. kvartal 18	Alle kommuner skal ha kommet i gang med installasjoner	
Fleire aktiviteter for implementering og tjenesteinnovasjon må detaljeres, samt aktiviteter for spredning til andre kommuner	2018/2019	Sikre gjennomføring av plangrunnlag og aktiviteter gjennom styringsgruppe og prosjektgruppe.	
Oppnådd mål om installasjoner i 1050 hjem i regionen	Utgangen av 2019	Slutt milepel for måloppnåelse av dette programmet	

Budsjett

Det søkes om tilskudd på 2,2 mill kr årlig til gjennomføring av prosjektet. Midlene er tenkt til prosjektleder, prosjektmedarbeidere på deltid, kompetanseoppbyggende tiltak, nødvendig møtevirksomhet og til samarbeidende instanser. Investeringer skal dekkes av de enkelte kommunene.

Det settes opp slikt budsjett for bruk av tilskudd første året;

Aktivitet	Sum
Lønnsutgifter til prosjektleder og prosjektmedarbeidere	1,6 mill
Reiser, møter	0.2 mill
Kompetanseoppbygging	0,2 mill
Kjøp av tjenester	0.2 mill
Totalt	2,2 mill

Kommunene vil yte egenandeler på minst same nivå som det omsøkte beløpet, iform av frigjøring av medarbeidere, møtevirksomhet, deltagelse i kompetanseutviklingsprogrammer, gjennomføring, kartlegging av brukere, samordning av tjenestetibud, spredningsarbeid m.v.

Organisering

Masfjorden kommune vil være vertskommune for prosjektet og koordinere aktiviteten mellom de ulike kommunene. Prosjektleder og prosjektmedarbeidere vil yte tjenester til alle kommuner etter nærmere spesifiserte avtaler.

Organisering av tjenestene vil bli samordnet med annen planlegging og utvikling av tjenester i regionen, eksempelvis organisering av legevaktstjenesten, responsentre, øyeblikkelig hjelp sengeplasser, interkommunale ordninger innen barnevern m.v

Det vil bli opprettet egen styringsgruppe og prosjektgruppe. Rådmannsutvalget i Nordhordland vil få en sentral plass i styringen av prosjektet.

Spredning til andre kommuner

Kommunene som nå søker om denne tilskuddsordningen, er klar over pliktene som ligger om spredning til andre kommuner i nedslagsfeltet. Det tenker vi skal realiseres gjennom eksisterende nettverk og samarbeidsrelasjoner i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland. Gjennom disse nettverkene vil vi spre den kompetanse som blir opparbeidet. Utviklingssenteret arbeider pr.t med samordning og effektivisering av nettverk innen flere områder som f.eks Vestlandsløftet, pasientsikkerhetsprogrammet og demensens ABC.

Vi er og klar over at prosjektet forplikter deltagelse i et nytt nasjonalt prosjekt og er innforstått med de aktivitetene som dette krever.

Mellomlagring

For å sikre at du ikke mister innhold du har skrevet inn i feltene, må du bruke lagreknappen nederst til høyre på sidene.

Skjema er utfyllt av

Fornamn	HELGA IRENE
Etternamn	ELLINGSEN
Fødselsdato	03.10.1969

Informasjon om søker

- Førehandsutfyllt informasjon er henta frå Einingsregisteret og kan ikkje endrast.
- Prosjektet tyder her både fleire prosjekt, tiltak eller aktivitetar som det blir søkt om tilskot til.
- Dersom flere virksomheter eller organisasjoner samarbeider skal dere forklare hvem dere samarbeider med og hva samarbeidet består av.
- Tilskot som Helsedirektoratet innvilgar, blir alltid utbetalt til den verksemda som har ansvaret.
- Ein søknad må alltid ha éin mottakar som har ansvaret, sjølv om fleire samarbeider om prosjektet.

Organisasjonsnummer	945627913
Må være basert på en juridisk enhet.	
Organisasjonsnamn	MASFJORDEN KOMMUNE
Adresse	Austfjordvegen 2724
Postnr./-stad	5981 MASFJORDNES
Organisasjonsform	KOMM
Kommunennummer	1266 MASFJORDEN
Berre for kommunar.	
Virksomhetens/organisasjonens e-postadresse	post@masfjorden.kommune.no
Webadresse	www.masfjorden.kommune.no
Kontonummer	32014854958
Merknad på utbetaling av tilskot	
Oppgi kva for merknad de ønsker på innbetalinga dersom de får innvilga tilskot.	
	Velferdsteknologi

Kopiadresse

Vi sender alltid brev til hovudadressa som er henta frå Einingsregisteret.
Dersom de ønsker, sender vi kopi av alle breva til den adressa de oppgir her.

☐ Vi ønsker kopi av brev til anna adresse

Kontaktperson

Oppgi minst éin person Helsedirektoratet kan kontakte dersom vi har spørsmål om søknaden.

Fornamn	Helga Irene
Etternamn	Ellingsen
Telefonnummer	+ 47 90504949
Landkode og telefonnummer	
E-postadresse	helga.ellingsen@masfjorden.kommune.no

Moder-, syster- eller dotterorganisasjonar

- ☐ Vi har ingen moder-, syster- eller dotterorganisasjonar
- ☐ Vi har moder-, syster- eller dotterorganisasjon(ar)
 - Legg ved fullstendig organisasjonsoversikt
- ☒ Vi er statleg, fylkeskommunalt eller kommunalt forvaltingsorgan
 - Organisasjonsoversikt treng ikkje å leggjast ved

Samarbeidspartnarar i prosjektet

☒ Prosjektet skal utførast i samarbeid med andre verksemder

Skriv inn informasjon om alle andre verksemder eller organisasjonar de samarbeider med om prosjektet/tiltaket.

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Gulen kommune	1411

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Modalen kommune	1252

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Vaksdal kommune	1251

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Osterøy kommune	1253

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Lindås kommune	1263

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Meland kommune	1221

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Radøy kommune	1260

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Austrheim kommune	1264

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Fedje kommune	1265

Organisasjonsnamn	Kommunenummer (berre for kommunar)
Utviklingsenteret for sykehjem og hjemmeteneste i Hordaland	

Kva består samarbeidet av?

Dei 10 kommunane vil samarbeide i prosjektet, med vertskommunen som ansvarlig instans. Samarbeide vil omhandle kartlegging av felles behov og utfordringar i alle kommunane, for å kunne implmentere velferdsteknologiske løysningar innan 2019.
For å sikre samarbeid og inkludering av alle kommunane i prosjektet, vil ein etablere både

styringsgruppe og arbeidsgruppe. I tillegg vil det bli formalisert ein samarbeidsavtale med alle involverte partar. Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmeteneste vil inngå som part i søknaden, avtalen ligg som vedlegg til søknaden.

Tilskotsordning

Kunngjeringane under Tilskot på www.helsedirektoratet.no inneheld nødvendig informasjon for å kunne søkje om tilskot.

Søknaden kan de utdjupe i eit eller fleire vedlegg, dersom kunngjeringa krev opplysningar ut over skjemaet.

Tema for tilskotsordninga

Påverkar tilgjengelege val i lista med tilskotsordningar under.

- Alle tilskuddsordninger -

Tilskotsordning

Omsorgsplan 2020 – Innføring av velferdsteknologiske løsninger

Året de søker om å få tilskot

2017

- ☒ Nytt prosjekt
☐ Vidareføring av prosjekt som har fått tilskot av Helsedirektoratet

Helsedirektoratet sin referanse

Saksnummer merket "vår referanse" i siste brev dere mottok under ordningen.

Opplysninger om tilskudd/offentlig støtte

Er det søkt om tilskudd/støtte til prosjektet fra andre tilskuddsordninger i Helsedirektoratet?

Navn på tilskuddsordningene

Har virksomheten mottatt annet tilskudd/offentlig støtte de tre siste årene?

Er det søkt om annet tilskudd/offentlig støtte som dere venter på svar om innvilgelse?

Oppgi hvilket år, beløp, til hvilket formål og fra hvem dere har mottatt tilskudd/støtten fra de siste tre årene. Dersom noe er gitt som bagatellmessig støtte skal det opplyses om det. Oppgi samme informasjon for søknader dere venter på svar om innvilgelse.

Vertskommunen sine søknader,

2016 -2018: innvilga 300 000 til interkommunalt prosjekt innan psykisk helse, fylkesmannen i Hordaland

2017 - søkt om kr 400 000 til Psykolog i kommunehelsetenesta

2017 - søkt om kr 890 000 skjønnsmidlar frå fylkesmannen i Hordaland, i interkommunalt samarbeid gjeldande innføring av velferdsteknologi.

2017 - innvilga 732 600 til dagtilbod heimebuande demente

Prosjektskildring

Skildre prosjektet, tiltaket eller aktiviteten de søker om tilskot til, og måla med dette. Helsedirektoratet legg særleg vekt på måloppnåing i prosjekta ved vurdering av søknadene.

Tittel for prosjektet

Skriv inn ein tittel som er beskrivande for prosjektet - maks 100 teikn.

Nordhordland Region - saman om velferdsteknologi

Kort skildring

Skriv ei kort skildring av prosjektet/tiltaket - maks 300 teikn.

Nordhordlandsregionen går saman i satsinga på velferdsteknologi og søker om å bli tatt i eit nytt nasjonalt program. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetenester i Hordaland deltar som part.

Bakgrunn for prosjektet

Forklar kvifor prosjektet er nødvendig, og skildre den eventuelle historikken til prosjektet i korte trekk.

I Nordhordland Region har Lindås kommune komme langt med å implementere tryggleiksskapande teknologi som del av helse og omsorgstenestene. Vaksdal kommune har og komme godt igong, mens dei andre 8 kommunane i regionen er i startfasen. Målet med prosjektet er at regionen saman skal løfte alle kommunane slik at velferdsteknologi blir ein del av dei heilskapelege helse og omsorgstenestene i heile regionen. Gjennom samarbeid kan ein utveksle kompetanse og erfaring frå andre, og utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetenester. Lindås kommune vil i dette samarbeidet vere ein viktig ressurs.

Region Nordhordland er organisert i eit felles regionråd, og har lang erfaring med samarbeid på mange ulike områder, som felles legevakt, IKT Nordhordland, felles rådmannsutval, felles kommunalsjefsgruppe, mange felles fagutval. Det er og utarbeida ein interkommunal plan for samarbeid om helse og omsorgstenster. Velferdsteknologiprogrammet vil vere eit nytt og viktig felles prosjekt i regionen.

Målene for året dere søker om tilskudd

Kva vil de oppnå dersom de får innvilga tilskot?

Mål 1

Velferdsteknologi skal vere del av dei heilskapelege helse og omsorgstenestene i alle kommunane innan 2019.

Mål 2

Innføre velferdsteknologiske løysningar i inntill 1050 heimar i regionen i løpet av 2019

Mål 3

Bidra til spreining av erfaring med implementering av velferdsteknologi i Hordaland.

Mål 4

Bidra til innovasjon og tenesteutvikling i regionen

Metodar, kunnskap eller erfaring

Forklar kva for teoriar/faglege metodar de nyttar i prosjektet eller kva for kunnskap/erfaring de byggjer på.

I prosjektet skal ein nyttegjere seg av erfaring som Lindås kommune har fått gjennom "slutført Lindås -prosjekt". I prosjektet vil ein bygge vidare på det veikartet som er beskrevet i Samveis og dei føringane som ligg til grunn for utrulling av velferdsteknologiens ABC. Vil og vidareføre det gode samarbeidet ein har med Høgskulen på Vestlandet.

Tiltaks- og framdriftsplan for året de søker tilskot for
Set inn dei viktigaste tiltaka for å nå måla for prosjektet.

Tiltak 1

Månad

Tiltak

Mars

Utforme søknad, sikre forankring.

Tiltak 2

Månad

Tiltak

Mai

Svar på søknad - gjennomgå premisser og vilkår i tilsagnsbrev.

Tiltak 3

Månad

Tiltak

Juni

Felles møter og avklaring - kommunikasjon mot nasjonale myndigheiter

Tiltak 4

Månad

Tiltak

August

Oppstartsmøte. Samarbeidsavtalar, gjennomføring av opplæringsprogrammer

Tiltak 5

Månad

Tiltak

September

Work shop for deltaljering av prosjektaktiviteter.

Tiltak 6

Månad

Tiltak

Desember

Anskaffelser, innkjøp av utstyr

Tiltak 7

Månad

Tiltak

Mars

2018 - Milepel for anskaffing av velferdsteknologi i alle kommunane

Tiltak 8

Månad

Tiltak

Mars

2018/ 2019 Fleire aktivitetar for implementering og teneste innovasjon

Tiltak 9

Månad

Tiltak

Desember

2019 - Oppnådd mål om instalasjonar i inntil 1050 heimar.

Risikofaktorar

Kva for faktorar gjer det usikkert om de skal nå måla, sjølv om de får tilskot frå Helsedirektoratet?

Risikofaktor 1

Mange kommunar som skal samarbeide, utfordring viss ikkje alle er med å bidreg i prosjektet.
Motstand mot endring.

Risikofaktor 2

Viss ein ikkje klarer å rekruttere prosjektleiar og prosjektmedarbeidar

Risikofaktor 3

Viss ein ikkje klarer å prioritere utviklingsarbeid i ein travel kvardag, kan det føre til at ein ikkje når mål.

Risikofaktor 4

Viss kommunane utviklar seg i ulik retning, det at ein prioriterar ulikt, vel ulike satsingar, ikkje blir samde om felles framdrift undervegs.

Risikofaktor 5

Mange ulike fag må samarbeide, det kan føre til uforutsette utfordringar.

Kontrolltiltak

Forklar dei interne og eksterne kontrolltiltaka hos dykk som skal sikre korrekt rapportering og at måla blir nådde. Forklar om dei allereie blir gjennomførde eller er planlagde.

Interne kontrollaktivitetar, internrevisjon, autorisert/ikkje-autorisert revisor, andre offentlege tilsyn, Riksrevisjonen, evaluering og systematisk kvalitetssikra dokumentasjon er eksempel på kontrolltiltak som kan auke tryggleiken for at måla blir nådde.

Kommunen følgjer vedtekne retningslingjer for handtering av prosjekt, økonomi og budsjett. I tillegg vil det komme eigne rapporteringar gjennom dette prosjektet.

Merknader til søknaden

Rådmannsutvalet for Nordhordland Region gav tilslutning til dette prosjektet i rådmannsmøte den 17.03.17 - protokoll ligg som vedlegg. Reknar med at dette er tilstrekkelig dokumentasjon for å vise at alle partar er med.

Budsjett**Inntekter**

Skriv alle beløp i heile kroner.

Søknadsbeløp	2 200 000
--------------	-----------

Utgifter

- Oppgi budsjett for søknadsbeløpet på følgjande kategoriar.
- Helsedirektoratet gir ikke tilskudd til alle typer utgifter under alle ordninger - se kunngjøringen.
- Dersom de får tilskot, må de kunne rapportere på desse utgiftskategoriane i tillegg til å sende inn relevante regnskapsrapportar som følgjer dykkar inndeling av rekneskapen.

Oppgi alle beløp i heile kroner.

Lønsutgifter med sosiale utgifter	1 600 000
Reiseutgifter, arrangement, møte og konferansar	200 000
Konsulenttenester	0
Trykking, publikasjonar, kunngjeringar, utsending og distribusjonskostnader	0
Investeringar, inventar og utstyr	200 000
Kontroller i kunngjeringa om det blir gitt tilskot til dette.	
Driftsutgifter, forbruksmateriell og kontortenester inkludert lokale og energi	0
Andre utgifter - Spesifiser	Beløp
Kompetansehevande tiltak	200 000
Sum utgifter	2 200 000

Netto

Netto blir rekna ut etter det de har oppgitt under inntekter og utgifter. Inntekter og utgifter må vere like store i budsjettet.

Søknadsbeløp inkludert ubrukt tilskot	2 200 000
Sum utgifter	2 200 000
Netto	0

Andre inntekter

Når Helsedirektoratet skal handsame søknaden dykkar om tilskot, treng vi informasjon om andre inntektskjelder i prosjektet. Oppgi forventa inntekter (budsjettal) frå alle aktuelle kjelder.

Inntekter frå andre kjelder/statlege tilskot

Gjer greie for kva for andre inntektskjelder/statlege tilskot de har eller har søkt om til prosjektet. Skriv kven som bidreg med finansiering, forklaring av finansiering og beløp.

Det er søkt om to prosjekt frå Nordhordland regionen til fylkemannen i Hordaland på skjønnsmidlar som omhandlar velferdsteknologi.

Lindås kommune, har saman med Radøy og Meland søkt om eit prosjekt

Masfjorden, Gulen, Modalen, Fedje, Austreheim og Osterøy har søkt om eit prosjekt.

Vaksdal er ikkje med i desse søknadane.

Eigenfinansiering

Gjer greie for kor stor eigenfinansiering, stillingsressurs eller frivillig innsats de har fått innvilga eller har søk om til prosjektet frå eiga verksemd.

Kommunane vil yte eigenandelar på minst same nivå som det omsøkte beløpet, i form av frigjering

av medarbeidarar, møteverksemd, deltaking i kompetanseutviklingsprogrammer, gjennomføring, kartlegging av brukarar, samordning av tenestetilbod, spredningsarbeid m.v.

Sjekkliste for vedlegg

De kan utdjupe søknaden i eit eller fleire vedlegg, dersom kunngjeringa krev opplysningar ut over skjemaet. Klikk fanen "Oversikt - Skjema og vedlegg" oppe til venstre for å laste opp elektroniske vedlegg.

Fullstendig organisasjonsoversikt

☐

Elektronisk

☐

Post

Tilleggsinformasjon til søknad

☒

Elektronisk

☐

Post

Dokument som ikkje kan leggjast ved, skal sendast i posten til:

Helsedirektoratet

PB 7000 St. Olavs plass

0130 Oslo

Noreg

Merk sendinga med kvitteringsnummeret du får opplyst ved innsending av søknaden.

Godkjenning

- Søknaden skal vere godkjend på førehand av styreleiar eller den som har prokura.
- For kommunar og fylkeskommunar skal søknaden vere forhåndsgodkjent av rådmannen eller den rådmannen har delegert myndigheten til.

Den som er ført opp som godkjennar skal:

- Kjenne til vilkåra og krava i kunngjeringa
- Godkjenne at opplysningane i søknaden er korrekte og eit godt grunnlag for å vurdere å gje tilskot frå staten

Godkjennar

Fornamn

Svein Helge

Etternamn

Hofslundsengen

Tittel/rolle godkjennar

Rådmann



Jeg ønsker at vedtaket sendes elektronisk til virksomhetens e-postadresse som er oppgitt på side 1 i skjemaet.

Merk at epostadresse på side 1 må fylles ut for at du skal kunne velge elektronisk vedtak.



Sakspapir

Saksbehandler	Arkiv	ArkivsakID
Signe Råheim		17/580

Saksnr	Utvalg	Type	Dato
119/17	Formannskapet	PS	19.10.2017
	Kommunestyret	PS	

Festeavgift gravplass

Vedlegg:
Innstilling festeavgift

Saksutgreiing:

Bakgrunn

Forslag frå Fedje kyrkjelege fellesråd.

Fedje kyrkjelege fellesråd ønskjer å auke festeavgiftene på gravene i Fedje kommune. Dette gjeld festeavgift for graver, feste av dobbeltgrav og avgifter for utanbygdstenester ved gravplass og gravferd i Fedje kommune. Fedje kommune ligg under alle andre kommuner. Fellesrådet har brukt dei nye prisane i Masfjorden og Austrheim som grunnlag for dei auka prisene.

Vurdering

Fedje kommune finn at det er teneleg å ha festeprisar som er lik dei i nabokommunane.

Folkehelse
Miljø
Økonomi

Konklusjon

Forslag til vedtak:

Fedje kommune sluttar seg til innstillinga frå Fedje kyrkjelege fellesråd.



DEN NORSKE KYRKJA

Fedjekyrkja

sak F 10/17 Festeavgifter for graver i Fedje kommune.

Innstilling frå Fedje kyrkjelege fellesråd med 7 stemmer for og 0 mot :

Fredningstida for graver i Fedje kommune er 20 år. Etter denne tida kan grava festrast i 8 bolkar, kvar på 5 år, slik at samla freding og festetid vert 60 år. Ved skriftleg søknad kan grava festast frå 60 år fram til grava er 99 år.

Festeavgift:

1. periode: Bolkar på 5 år (frå 20-40 år) kr. 300,- pr. år
2. periode: Bolkar på 5 år (frå 40-60) kr. 400,- pr. år
3. periode: Bolkar på 5 år (frå 60-99) kr. 600,- pr. år

Barne og urnegraver får halv festeavgift.

Feste av dobbeltgrav:

Ved opning av ny dobbeltgrav kr. 2000,-

Avgifter for Utanbygds tenester ved gravplass og gravferd i Fedje:

Utanbygds seremoni med kistegrav	kr. 9.000,-
Utanbygds seremoni med urnegrav	kr. 6.000,-