Helsedirektoratet

Omsorg 2022 – årsrapport: Velferdsteknologi i omsorgstjenesten

Først publisert: 14.09.2023
Sist faglig oppdatert: 14.09.2023

Innhold

1. Forord 3
2. Sammendrag 4
3. Framtidens bærekraftsutfordringer og teknologi som del av løsningen 5
4. Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Digi-Hjem 6
5. Statistikk for bruk av velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten 10
6. Statistikk for flytting av spesialisthelsetjenester hjem 33
7. Effekter for primærhelsetjenesten og brukerne 42
8. Veien videre – oppsummering av innspill og noen sentrale tiltak 47
9. Vedlegg 50

Forord

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2023 er Helsedirektoratet gitt følgende oppdrag:

"Helsedirektoratet skal årlig levere en statusrapport for kommunenes omsorgstjeneste innen 1. juli. Rapporten skal beskrive utviklingstrekk og peke på utfordringer og trender fremover. Hdir skal gi en kort overordnet kvalitativ og kvantitativ analyse av den generelle utviklingen i sektoren og på faglig grunnlag velge ut noen områder det det er behov for en særlig vurdering/ omtale. Rapporten suppleres innen 1.08.23, dersom fremleggelse av kvalitetsindikatorene i juni eller endelige KPR/KOSTRA tall etter Hdirs vurdering skulle tilsi et behov for det."

I dialog med departementet ble det besluttet at årets statusrapport skal omhandle velferdsteknologi i omsorgstjenestene. Valg av tema er redegjort for i innledningskapitlet.

Årsrapport for omsorgstjenesten startet som en rapportering for tiltakene i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020. Etter planperioden var det ønskelig å fortsette med en samlet rapportering for omsorgstjenestene. For 2021 var det naturlig å oppsummere foreløpige erfaringer fra pandemien. Videre valg av tema og omfang av rapporten vil vurderes fra år til år.

Ved å avgrense til velferdsteknologi, gir vi ikke noen helhetlig status for omsorgs-tjenestene. Det vises til særskilte rapporteringer fra satsinger som Leve hele livet, Kompetanseløft 2025, Demensplan 2025 og øvrig rapportering.

Utfordringene i helse- og omsorgstjenesten knytter seg til den demografiske utviklingen med økning i både antall og andel eldre i befolkningen. NOU Tid for handling (NOU 2023:4) gir en bred omtale av utfordringsbildet og løfter frem velferdsteknologi som et av virkemidlene for å imøtekomme utfordringene fremover. Dette er også utgangspunktet for denne temarapporten.

Kapittel 1 omtaler fremtidens bærekraftsutfordringer og om hvordan teknologi kan ses som del av løsningen. Kapittel 2 gir en status for arbeidet i Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Digi-Hjem. I kapittel 3 og 4 presenteres statistikk for aktivitetsutviklingen for velferdsteknologi basert på data fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR). Dette gir et samlet bilde av utviklingen ut fra tilgjengelige data fra både kommunenivå og spesialisthelsetjeneste. Deretter analyserer vi mulige effekter av aktivitetsutviklingen for tjenestemottakere og tjenestene (kapittel 5). Til sist gis noen tanker om veien videre i arbeidet med velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med forslag til tiltak for videre arbeid i kapittel 6. Analysen i kapittel 5 og 6 legger til grunn aktivitetsdataene, erfaringer fra tiltak og satsinger samt pågående samarbeid med eksterne aktører. For å få konkrete innspill til arbeidet, ble flere aktører invitert til et webinar den 14. april 2023. Presentasjon av deltakerne og en oppsummering av innspillene i webinaret er presentert i kapittel 6.

Sammendrag

Status for innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i helse- og omsorgstjenestene viser overordnet disse trekkene:

- Implementering av velferdsteknologi i kommunene har vært i rask vekst de senere årene. Totalt antall implementerte teknologier er fremdeles relativt lavt. Unntaket er digitale trygghetsalarmer, som har vært i bruk lenge.
- Andelen kommuner som ikke har registrert noen velferdsteknologier (bortsett fra digital trygghetsalarm) reduseres for hvert år som går. Det er i de minste kommunene at denne andelen er høyest. Dette kan være bekymringsfullt, da flere av disse mindre kommunene antageligvis i særlig grad vil rammes av helsepersonellmangel i nær framtid, samtidig som de "går glipp av" de tidsbesparende effektene av velferdsteknologi.
- Andelen e-konsultasjoner hos fastlege var i 2022 litt lavere enn toppåret 2021, men har likevel stabilisert seg på et langt høyere nivå enn før pandemien.
- Oversikten fra NPR knyttet til "flytting av spesialisthelsetjenester hjem ved hjelp av teknologi", som er et av målene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), viser også en forsiktig, gradvis økning i bruk av teknologi. Det gis en analyse av mulige effekter av denne flyttingen av tjenester både for kommuner og brukere, basert på en tilsvarende utredning i fjor. Omfanget er fremdeles for lite til at man ser store effekter, både av negativ og positiv art.

Rapporten videreformidler innspill fra tjenestene om hva som bør gjøres for å få enda raskere implementering av teknologi i tjenestene, og hva som kan gjøres for å følge bedre med på kvantitet og kvalitet ved denne utviklingen. Den peker på viktigheten av å jobbe med å motvirke digitalt utenforskap og øke den digitale helsekompetansen blant befolkningen. I tillegg fremhever den sentrale virkemidler videre, med den kommende helseteknologiordningen i spissen.

Rapporten viser at det særlig for kommunene har vært en rask økning når det gjelder å ta i bruk (velferds-)teknologi i tjenestene. Den viser også at det over tid er en viss økning i bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og hos fastlegene, og at tilbakegangen i bruk av e-konsultasjoner hos fastlegene etter pandemiens slutt ikke har vært så stor.

Særlig utviklingen i kommunene kan være en indikasjon på at tiltakene som er iverksatt på området, med Nasjonalt velferdsteknologiprogram i spissen, har bidratt til en økt digitalisering av tjenesten. Det er likevel lang vei igjen å gå for at bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenestene fullt ut når et nivå som kan bidra til å avhjelpe bærekrafts-utfordringene vi står ovenfor. Det vil derfor være nødvendig å følge tett med på utviklingen videre, særlig når vi går inn i en periode med et nytt tiltaksapparat – med helseteknologi-ordningen i spissen.

Helsedirektoratet vil jobbe for å kunne følge enda bedre med på implementeringstakt og utløste gevinster av teknologi i helse- og omsorgstjenestene framover. Det jobbes med nye kodeverdier for teknologi i kommunene/KPR og det jobbes med å innhente pasien-trapporterte utfallsmål som vil kunne berede grunnen fo å følge med på effekten og gevinstene ved bruk av helseteknologi. Det jobbes også, sammen med direktoratet for e-helse og NHN, med å legge til rette for datafangst direkte fra velferdsteknologisk utstyr (bl.a. gjennom velferdsteknologisk knutepunkt). Dette kan gi ny informasjon som må analyseres i framtidige følge med-rapporter på området.

1

Framtidens bærekraftsutfordringer og teknologi som del av løsningen

Norge har, i likhet med mange andre postindustrielle land, en befolkning der andelen eldre er økende. Dette har bakgrunn i en ønsket utvikling der ulike helse- og velferdstiltak gjør at flere overlever alvorlig sykdom og innbyggerne lever lengre. Kombinasjonen av økt gjennomsnittlig levealder og fallende fødselstall, gjør imidlertid at det blir færre arbeidstakere i tiårene framover, bl.a. til å jobbe i helse- og omsorgstjenestene i Norge. Det siste og tyngste tilskuddet til vår kunnskapsbase på dette området kom med framleggelsen av "NOU 2023: 4. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste" i februar 2023. Rapporten viser at det er behov for umiddelbare tiltak for å imøtekomme mangelen på helsepersonell som de norske helse- og omsorgstjenestene allerede har begynt å merke, særlig utenfor de største byene. Ett av kapitlene med tiltak på området har tittelen "Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene". Her står det blant annet følgende: "Det er både dårlige og gode erfaringer med integrering av ny teknologi og digitale løsninger i tjenestene. Det er imidlertid klart at teknologiske løsninger brukt på riktig måte kan øke produktiviteten og redusere personellbehovet."

Et annet bærekraftsperspektiv der (velferds-)teknologi handler om helse- og omsorgs-tjenestenes klimaavtrykk. Bruk av teknologiske løsninger i helse- og omsorgs-tjenestene har et potensiale til å redusere karbon-/klimaavtrykket, primært ved å redusere behovet for reising for tjenesteytere og -mottakere. Helsedirektoratet sitter i styringsgruppen til et prosjekt i regi av Nordisk ministerråd ved navn iHAC - integrated Healthcare and Care through distance spanning solutions.

Ett av underprosjektene undersøker om den positive klimaeffekten ved forskjellige former for digital "avstandsoppfølging" kan dokumenteres. Prosjektet heter "iHAC – Climate impact from distance spanning solutions in healthcare and care", og tar utgangspunkt i konkret bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i de nordiske landene (herunder bruk av elektronisk medisineringsstøtte i Agder i Norge). Rapporten blir ferdigstilt i tredje tertial i 2023, og vil bli et viktig bidrag til hvordan vi beregner gevinster for bærekraft i digitaliseringsprosjekter.

På bakgrunn av de mulige positive effektene av bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenestene, har Norge gjennom flere år hatt flere større prosjekter på feltet for å fremme økt implementering. Først og fremst Nasjonalt velferdsteknologiprogram, men også flere prosjekter under Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Dette redegjøres nærmere for i de neste kapitlene i denne rapporten.

2

Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Digi-Hjem

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

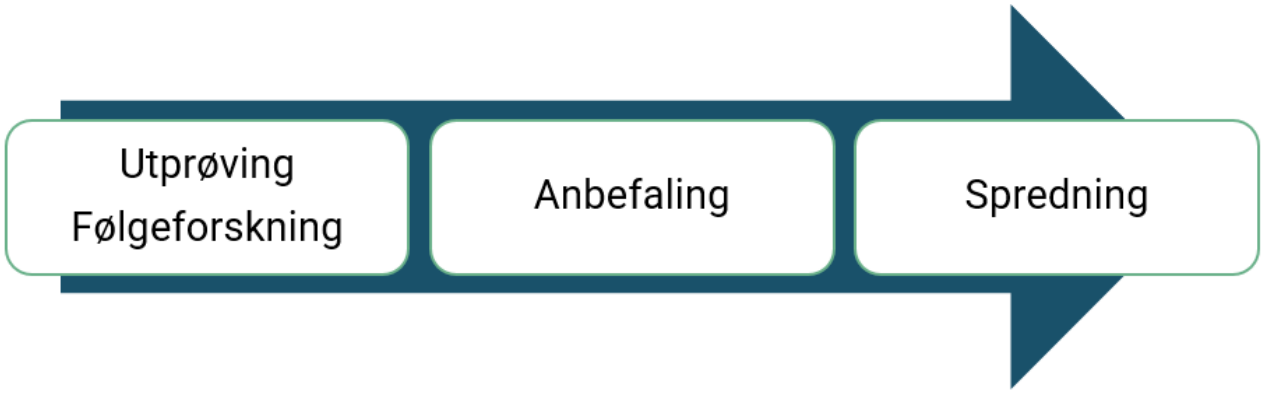
Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet har sitt utspring i Meld. St. 29 Morgendagens omsorg (2012-2013). Hovedmålet som da ble satt for programmet var at velferdsteknologi skulle bli en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene. I tillegg stod det at:

Programmet skal medvirke til at det utvikles og innføres velferdsteknologiske løsninger som styrker brukernes selvstendighet, egenmestring og sosiale deltakelse, og skaper større trygghet for brukere og pårørende. I tråd med samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal programmet fremme forebyggende arbeid, tidlig innsats og rehabilitering, og legge til rette for nye arbeids- og samarbeidsformer mellom kommuner, brukere, pårørende, nærmiljøet, frivillige, spesialisthelsetjenesten og næringslivet. Økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene skal bidra til å:

- forbedre brukernes mulighet til å mestre egen hverdag
- øke brukernes og pårørendes trygghet, og avlaste pårørende for bekymring
- øke brukernes og pårørendes deltakelse i brukernettverk og mulighet til å holde løpende kontakt med hverandre og med hjelpeapparatet."

Helsedirektoratet har ledet Nasjonalt velferdsteknologiprogram fra 2014 til i dag, i nært samarbeid med KS og Direktoratet for e-helse. Det har vært en rekke andre viktige samarbeidspartnere og premissleverandører i dette arbeidet, som f.eks. statsforvalterne, helseforetakene, det private leverandørmarkedet, pasient- og brukerorganisasjonene, Norsk helsenett, profesjonsorganisasjonene og ikke minst de ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Metodikken som overordnet sett har vært fulgt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, kan overordnet oppsummeres i denne figuren:



I løpet av programmets virketid har det tilkommet nye områder som har vært gjenstand for en systematisk utprøvning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det har blitt utført følgeforskning og øvrig forskning på oppnådde gevinster og virkninger av utprøvningen. Dersom det har vært grunnlag for det, har det så blitt gitt en nasjonalt normerende anbefaling om å ta den aktuelle velferdsteknologien og tilhørende arbeidsformen i bruk, f.eks. Nasjonalt faglig råd for velferdsteknologi til barn og unge[1] og Nasjonalt råd for digital

hjemmeoppfølging[2]. Dernest har det blitt satt i gang implementerings- og spredningsaktiviteter for å øke utbredelsen av tiltaket.

Velferdsteknologiprogrammet har hatt flere underprosjekter. Det første sprednings-prosjektet dreide seg om trygghets- og mestringsteknologier. Eksempler på slike teknologier er digitale trygghetsalarmer, elektronisk medisineringsstøtte, digitalt tilsyn og lokaliseringsteknologier. Som ledd i dette arbeidet ble det også lagt til rette for registrering av disse teknologiene i IPLOS og etter hvert KPR (Kommunalt Pasient- og Brukerregister). Registeret har gitt oss mulighet til å følge med på utviklingen i spredning av velferdsteknologitjenester. Det er også flere spredningsprosjekter i gang, herunder velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte og tidlig erververde funksjonsnedsettelser og digital hjemmeoppfølging. Det arbeides nå med å legge til rette for registrering også av digital hjemmeoppfølging i KPR.

Fokus for alle prosjektene i velferdsteknologiprogrammet har vært på tjenesteutvikling. Gevinster utløses ikke ved anskaffelse av teknologi i seg selv, en må endre måten en jobber på for å få reell tjenesteutvikling og tjenesteinnovasjon. Av virkemidlene i programmet har det i tillegg til tilskuddsmidler også vært sterkt fokus på prosessveiledning, veikart for tjenesteinnovasjon og samarbeid i nettverk, jf. Kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging[3]. I arbeidet med digital hjemmeoppfølging har det i tillegg blitt satset på samarbeid i helsefellesskap, for å fremme samhandling og helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåer.

Definisjon på velferdsteknologi

Velferdsteknologi er 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.

Denne definisjonen stammer fra Norges offentlige utredninger (NOU - snl.no), Innovasjon i omsorg[4], og blir lagt til grunn for arbeidet i forvaltningsorganer på ulike nivåer og av utdannings- og forskningsinstitusjoner.

Definisjon på digital hjemmeoppfølging

Følgende definisjon ble lagt til grunn for utprøvningen av digital hjemmeoppfølging, i regi av Nasjonalt velferdsteknologi-program:

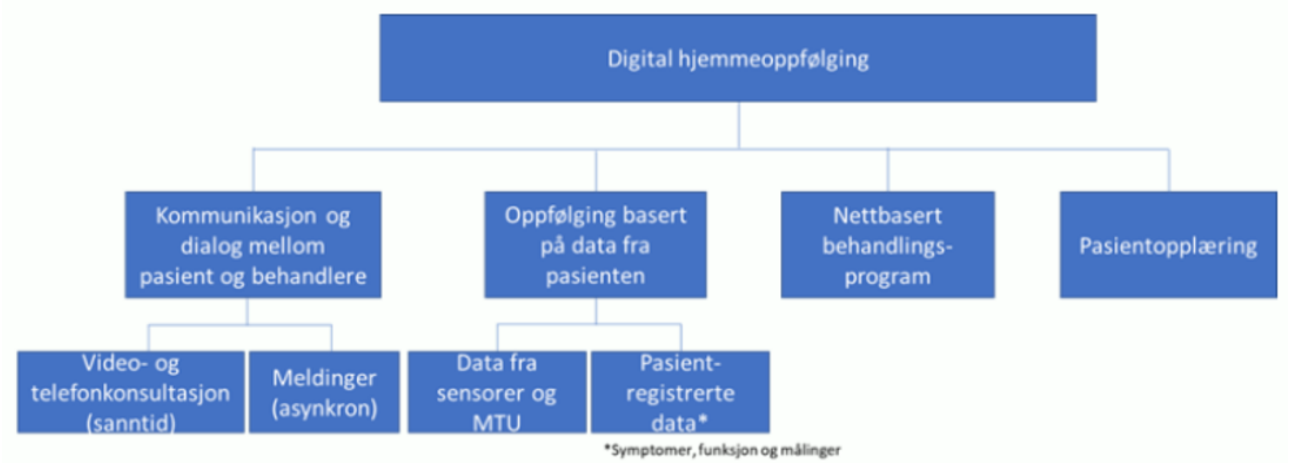
Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell.

I 2021 ble det i oppdragsdokumentet til RHF-ene gitt følgende oppdrag:

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. En rapport om arbeidet skal leveres innen 15. oktober 2021.

I omtalt rapport ble følgende definisjon foreslått:

Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt.



Figuren over visualiserer hva digital hjemmeoppfølging betyr i praksis. Forslaget til definisjon har til hensikt å romme en bredde av ulike former for digital oppfølging og samhandling mellom pasienten og helsetjenesten. Figuren bør oppdateres etter hvert som denne type tjenester utvikles videre.

I det tidligere omtalte arbeidet med å få digital hjemmeoppfølging inn i KPR vil det også jobbes med å finne en praktisk kodedefinisjon for denne tjenesten. Denne vil kunne være mer konkret og avgrenset enn de overordnede definisjonene ovenfor.

I veilederen til registrering i KPR finnes definisjonene som ligger til grunn for de variablene som allerede er på plass for KPR-registrering av velferdsteknologi i kommunene: Rapportering av velferdsteknologi - Helsedirektoratet

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 – fokus på å flytte tjenester hjem ved hjelp av teknologi – Digi-Hjem

Å flytte tjenester hjem til pasienten ved hjelp av teknologi er et av målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Dette utdypes på følgende måte i planen:

"Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. For sårbare pasientgrupper flyttes det medisinske utstyret dit pasienten er – ikke omvendt. Pasientene opplever økt grad av mestring, et mer tilpasset tilbud og at sykdomsutvikling fanges opp tidligere. Både pasienter og helsepersonell unngår unødvendige reiser. Direktoratene gir nødvendig veiledning om regulering, digitale forutsetninger og om faglige retningslinjer. Finansieringsordningene legger til rette for utvikling og innføring av nye arbeidsformer og ny teknologi."

I forbindelse med denne målsettingen fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet: "Helsedirektoratet skal i sin rolle som fagmyndighet bidra til en kunnskapsbasert utvikling av tjenestene, og bidra til at kommuner, herunder fastlegetjenesten, og helseforetak kan fatte sine beslutninger basert på oppdatert kunnskap om konsekvenser for alle berørte aktører for kvalitet og samlet bærekraft av å flytte tjenester hjem."

For å løse dette oppdraget har Helsedirektoratet etablert prosjektet "Digi-Hjem". Som for Nasjonalt velferdsteknologiprogram, består Digi-Hjem av flere underprosjekter. Det er lagt vekt på råd og veiledning til tjenestene, tilrettelegging for bruk av video, digital behandlings- og egenbehandlingsplan, metodevurderinger, statistikk og indikatorer, tilrettelegging for datadeling og ikke minst vurdering av konsekvenser av å flytte spesialisthelsetjenester hjem ved hjelp av teknologi[5].

Arbeidet med Digi-Hjem er et nært samarbeid mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, Statens Legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, NHN, KS og representanter fra sektoren (særlig de regionale helseforetakene). Det er en felles styringsgruppe for Digi-Hjem og Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har vært etablering av 19 helsefellesskap som samarbeidsarena mellom foretak og kommunene i foretakets opptaksområde. Gjennom helsefellesskapene er det mål om bedre samhandling mellom nivåene og utvikling av tjenester og pasientforløp til særlig fire prioriterte pasientgrupper som ofte har behov for tjenester fra både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester: skrøpelige eldre, pasienter med flere kroniske lidelser, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rus samt barn og unge. I planen står det:

"I helsefellesskapenes arbeid med å planlegge og utvikle tjenester bør bruk av teknologi være en integrert del av pasientforløpene. Det bør være et mål å unngå at pasientene må håndtere flere typer utstyr og rapportere på omtrent det samme til kommunal helse- og omsorgstjeneste og til spesialisthelsetjenesten. I stedet bør helsefellesskapene jobbe for å utnytte mulighetene digitaliseringen gir for å dele og samle informasjonen."

Spredning av digital hjemmeoppfølging er en del av Nasjonalt velferdsteknologi-program. Prosjektet digital hjemmeoppfølging har gått over fra utprøving til spredningsfase, som skal baseres på evaluerings- og erfaringsrapport fra den nasjonale utprøvingen og nasjonale faglige råd. 18 av de 19 helsefellesskapene er med i spredningsprosjektet. For å kunne motta tilskudd til et spredningsprosjekt må det være samarbeid mellom kommuner, herunder fastleger og helseforetak, koordinert gjennom samarbeidsavtaler innenfor helsefellesskap.

Fotnoter

[1] Velferdsteknologi til barn og unge med nedsatt funksjonsevne - Helsedirektoratet

[2] Digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet

[3] KS leder nettverket og samarbeider tett med de utvalgte nettverkskoordinatorene. Formålet er å sikre at kompetanse om implementering, tjenesteinnovasjon, endringsledelse og gevinstrealisering opprettholdes og videreutvikles i kommunal sektor, og at denne kompetansen og erfaringer deles på tvers av landet. kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

[4] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

[5] Kartleggingsoppdrag Flytte tjenester hjem - Rapport - endelig versjon.pdf (helsedirektoratet.no)

3

Statistikk for bruk av velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Innledning

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder informasjon om personer som har søkt om eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune. Det gjelder ulike tjenester til hjemmeboende, bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål, ulike tjenester i institusjon og velferdsteknologitjenester.

I 2022 mottok om lag 390 000 personer en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester. Antall tjenestemottakere har økt fra 364 500 i 2018. Om lag 328 245 personer mottok tjenester i hjemmet og nær 111 000 personer mottok tjenester i institusjon. Antall registrerte mottakere av en eller flere velferdsteknologitjenester har økt fra 99 616 personer i 2018 til 125 286 personer i 2022.

Rapportering av trygghetsalarm startet allerede i 2006. I 2016 startet innrapportering fra kommunene om bruk av lokaliseringsteknologi. Fra 2019 ble også elektronisk medisineringsstøtte og digitalt tilsyn rapportert til KPR. Antall mottakere av velferdsteknologi har økt for alle typer, med unntak for 2019. På grunn av kommunesammenslåing mangler rapportering fra 13 kommuner for 2019 og flere kommuner rapporterte for få mottakere av velferdsteknologi på grunn av en omlegging i fagsystemet. Dette påvirket datakvaliteten.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvem som mottar de ulike velferds-teknologi-tjenester ut fra kjønn og aldersgrupper og hvordan utbredelsen av de ulike teknologier er i kommuner etter innbyggertall. Dette er noen variabler som kan belyse variasjoner i utbredelse av tjenestene, men det gir ikke tilstrekkelig kunnskap for å forstå ulikheter i tjenestetilbudet. Mange forhold vil innvirke på hvilke velferdsteknologitjenester som tas i bruk, som befolkningens alderssammensetning, bosettingsmønster, kompetanse blant personell, kommuneøkonomi og annet.

All statistikk er fra Helsedirektoratets Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Befolkningstall er fra SSB. Definisjonene av de fire velferdsteknologiske tjenestene som rapporteres til KPR, er gitt i veilederen Rapportering av velferdsteknologi - Helsedirektoratet.

Kommunene er inndelt i 8 grupper etter antall innbyggere. Det er tatt hensyn til kommunesammenslåingen for hvert enkelt år.

Gruppe 1: 0 - 1999

Gruppe 2: 2000 - 4999

Gruppe 3: 5000 -19999

Gruppe 4: 20 000 – 49 999

Gruppe 5: 50 000 – 99 999

Gruppe 6: 100 000 – 199 999 (Bærum, Kristiansand, Stavanger, Drammen)

Gruppe 7: 200 000 – 500 000 (Trondheim og Bergen)

Gruppe 8: Oslo

Bruk av velferdsteknologi i kommuner etter innbyggertall

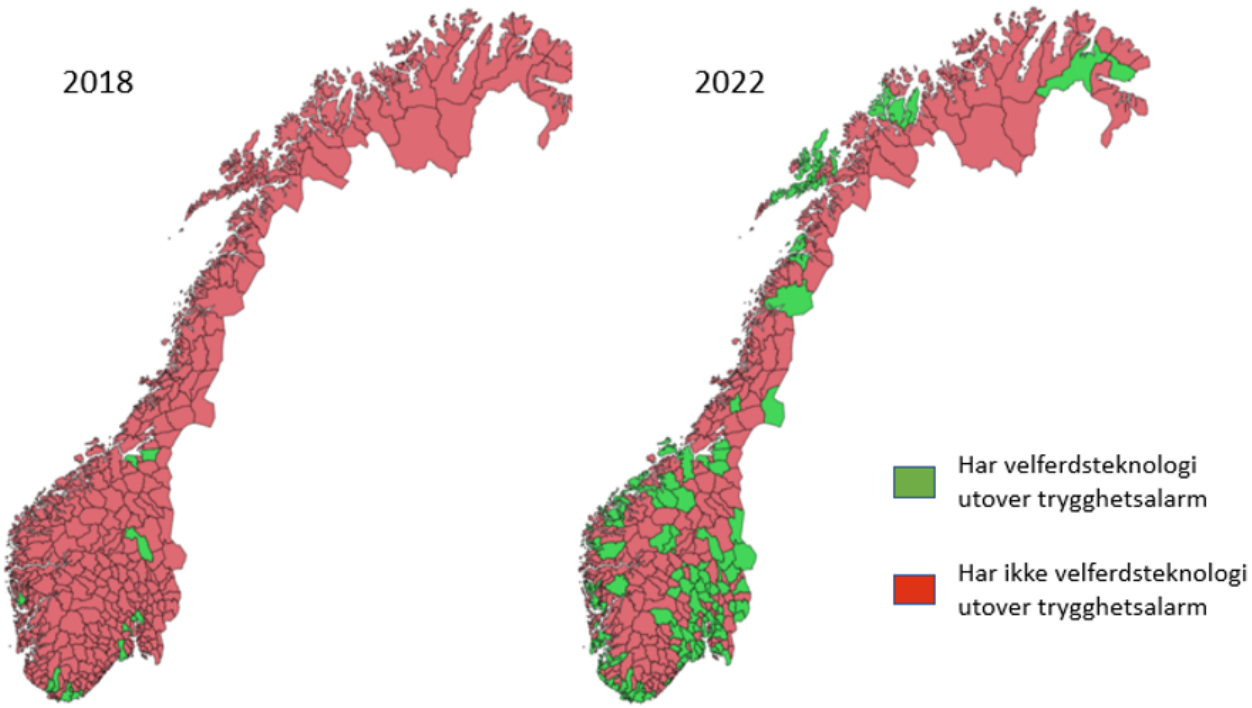
I 2022 var det 90 kommuner uten rapportering av tjenestene lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte eller digitalt tilsyn. I 2021 var det 117 kommuner og i 2020 var det 145 kommuner som kun rapporterte tjenestemottakere av trygghets-alarm. Kommuner som kun tilbyr trygghetsalarm, er alle i gruppe 1-4 med færre enn 50 000 innbyggere.[6]

Tabell 1 viser at det har vært en økning fra 2018 til 2022 i alle kommunegrupper som rapporterer at de tilbyr flere velferds-teknologiske tjenester. Alle kommuner med 100 000 innbyggere og mer (gruppe 6-8) rapporterer tjenestemottakere av flere velferdsteknologiske tjenester fra 2018 og kommuner med over 50 000 innbyggere rapporterer tilsvarende fra 2021. I kommuner med færre enn 2 000 innbyggere rapporterer 53 prosent kun for tjenesten trygghetsalarm i 2022. Også i denne kommunegruppen har det vært en betydelig økning i antall kommuner som tilbyr flere tjenester fra 2018 til 2022. Utbredelse av flere tjenestetyper er proporsjonal med økende kommune-størrelse, men økningen har stagnert noe siste år i kommunegruppe 4 (20 000 – 49 990 innbyggere).

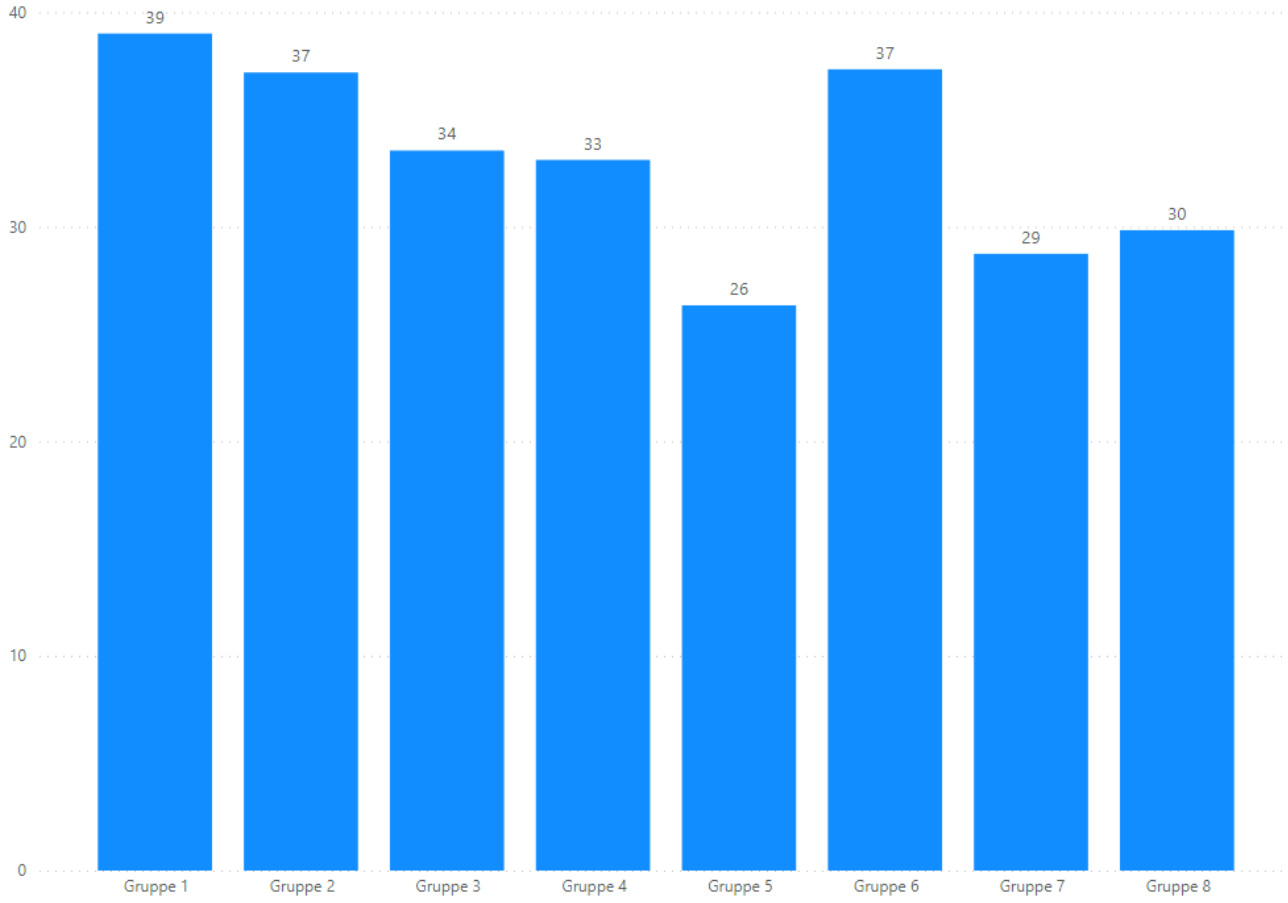
Tabell 1 Andel kommuner uten rapportering av velferdsteknologi unntatt trygghetsalarm. Per kommunegruppe. 2018-2022. Prosent

Kommunegruppe	2018	2019	2020	2021	2022
Gruppe 1	94,4	85,6	75,3	63,5	53,1
Gruppe 2	88,2	66,3	39,2	35,7	23,7
Gruppe 3	80,3	51,4	27,5	15,7	10,2
Gruppe 4	75,9	40,0	16,7	12,9	12,5
Gruppe 5	50,0	42,9	20,0	0,0	0,0
Gruppe 6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gruppe 7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oslo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Kartene under gir en oversikt over kommuner som kun har rapportert tjeneste-mottakere med trygghetsalarm (rødt) og kommuner som har rapportert flere velferdsteknologiske tjenestetyper (grønt) i 2018 og i 2022.



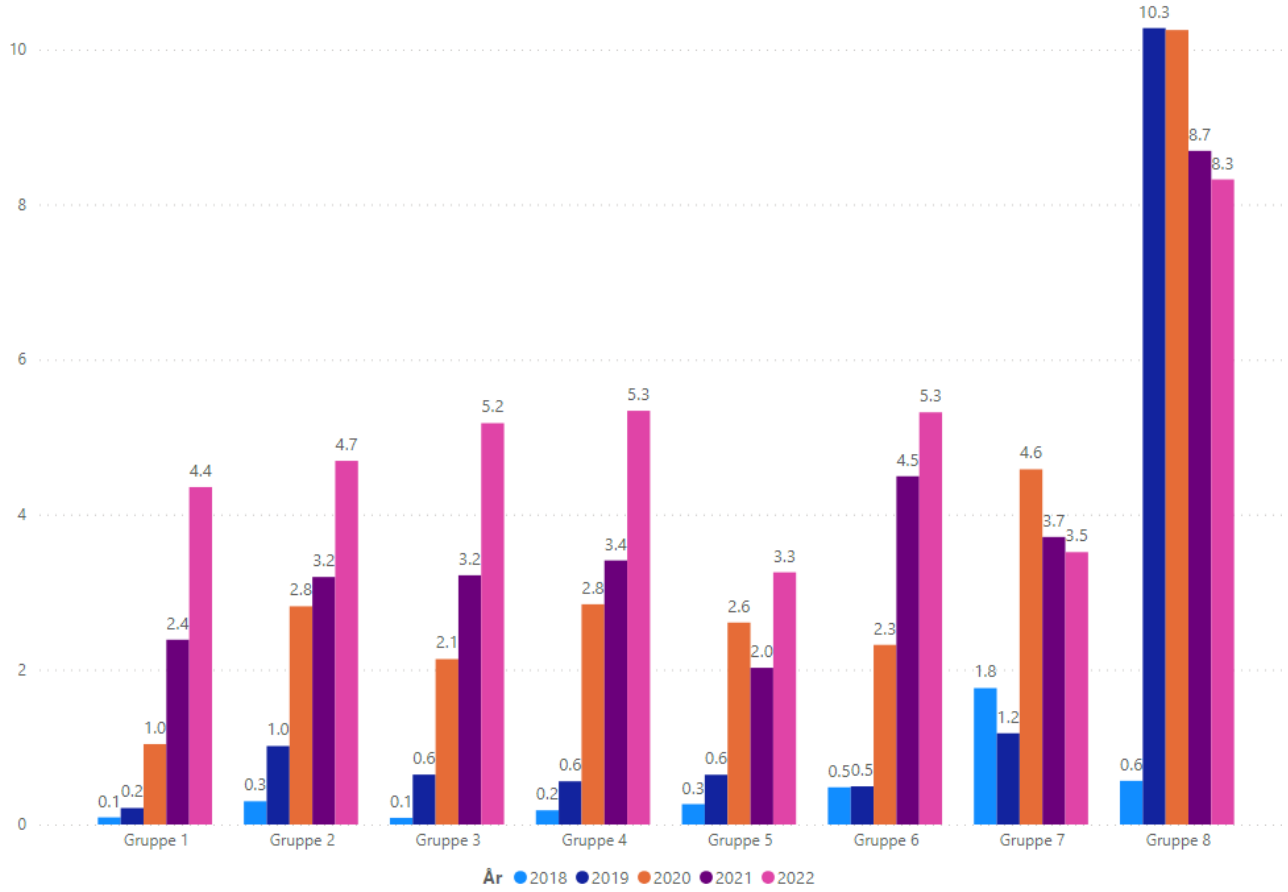
Selv om det er færre små kommunene som tilbyr flere velferdsteknologiske tjenester, så er antall tjenestemottakere per 1000 innbyggere relativt høyt i de samme kommuner. Figur 1 viser antall tjenestemottakere per 1 000 innbyggere for antall mottakere av en eller flere av de fire velferdsteknologitjenestene etter kommunegrupper. I gruppe 1 er det 39 mottakere per 1 000 innbyggere. I kommuner med 50 000 og opp til 100 0000 innbyggere (gruppe 5) er det 26 tjenestemottakere per 1 000 innbyggere, som er laveste blant kommunegruppene i 2022. Gruppe 6 har 37 tjenestemottakere per 1 000 innbyggere og Oslo har 30 per 1 000 innbyggere.



Figur 1 Utvikling i bruk av fire velferdsteknologitjenester. Mottakere per 1 000 innbyggere per kommunegruppe. 2022.

Av de nær 100 000 mottakere av velferdsteknologi i 2018, var i alt 98 808 brukere av trygghetsalarm. I 2022 var det 116 345 personer som mottok trygghetsalarm av i alt 125 286 registrerte tjenestemottakere av velferdsteknologi. Denne tjenesten har størst utbredelse i hele perioden, men de andre tjenestene øker mer etter oppstart for rapportering. Da trygghetsalarm har en dominerende plass i kommunenes tilbud av velferdsteknologiske tjenester, har vi sett på hvordan de øvrige tre tjenestene fordeler seg etter kommunestørrelse.

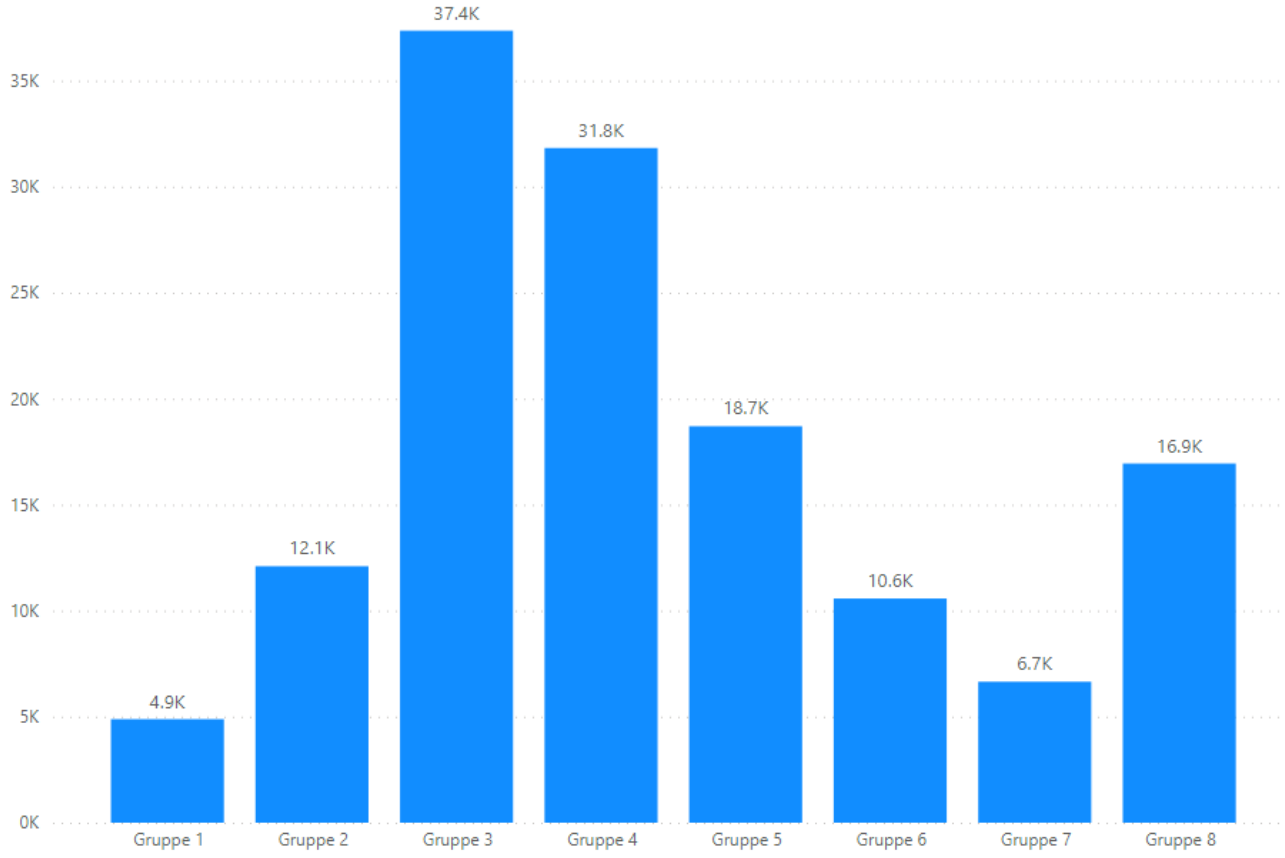
Figur 2 viser antall per 1 000 innbyggere som mottar en eller flere av de tre tjenestene unntatt trygghetsalarm innen hver kommunegruppe. Når trygghetsalarm ikke tas med er raten for tjenestemottakere størst i Oslo med 8,3 tjenestemottakere per 1 000 innbyggere i 2022 Det har imidlertid vært en nedgang i antall tjenestemottakere per 1 000 innbyggere fra 10,3 i 2019.[7] Også i kommunegruppe 7 har det vært en nedgang i raten fra 4,6 tjenestemottakere per 1 000 innbyggere i 2020 til 3,6 i 2022. Øvrige kommunegrupper har hatt en økning i rate per 1 000 innbyggere i perioden. Kommuner med mellom 50 000 og 100 000 innbyggere har lavest rate med 3,3 tjenestemottakere per 1 000 innbyggere i 2022.



Figur 2 Mottakere per 1 000 innbyggere av velferdsteknologitjenester unntatt trygghetsalarm. Per kommunegruppe. 2018-2022.

Bruk av de ulike velferdsteknologitjenester etter kommunegrupper i 2022

Figur 3 viser det totale antall tjenestemottakere for hver kommunegruppe. Gruppe 3 og 4 har registrert flest med henholdsvis 37 400 og 31 800 mottakere av en eller flere velferdsteknologitjenester. Oslo har nær 17 000 tjenestemottakere mens de store byene i gruppe 7 har 6 700 tjenestemottakere. Kommuner i gruppe 1 med under 2 000 innbyggere har 500 tjenestemottakere.

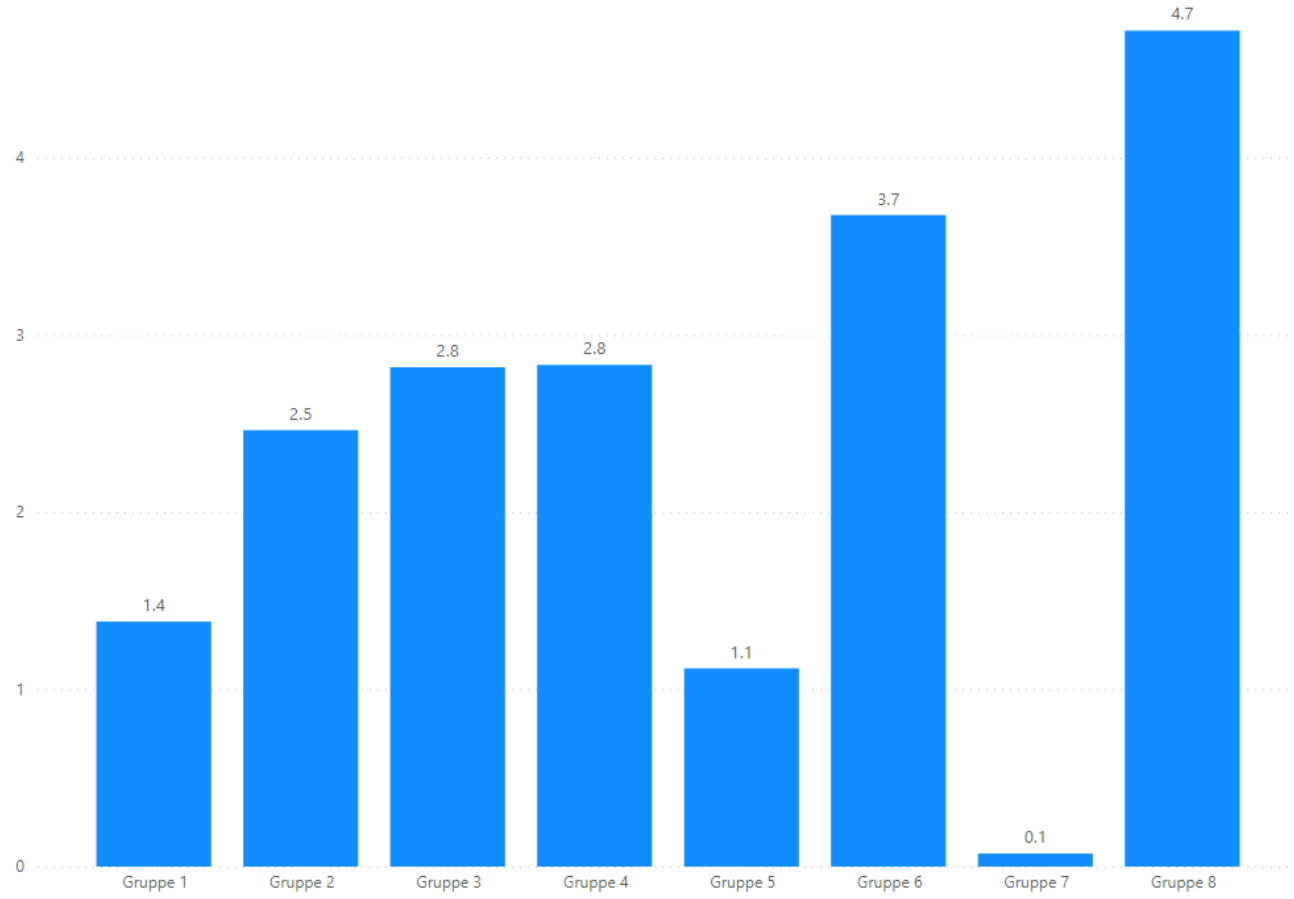


Figur 3 Antall mottakere av velferdsteknologitjenester inkludert trygghetsalarm. Per kommunegruppe. 2022.

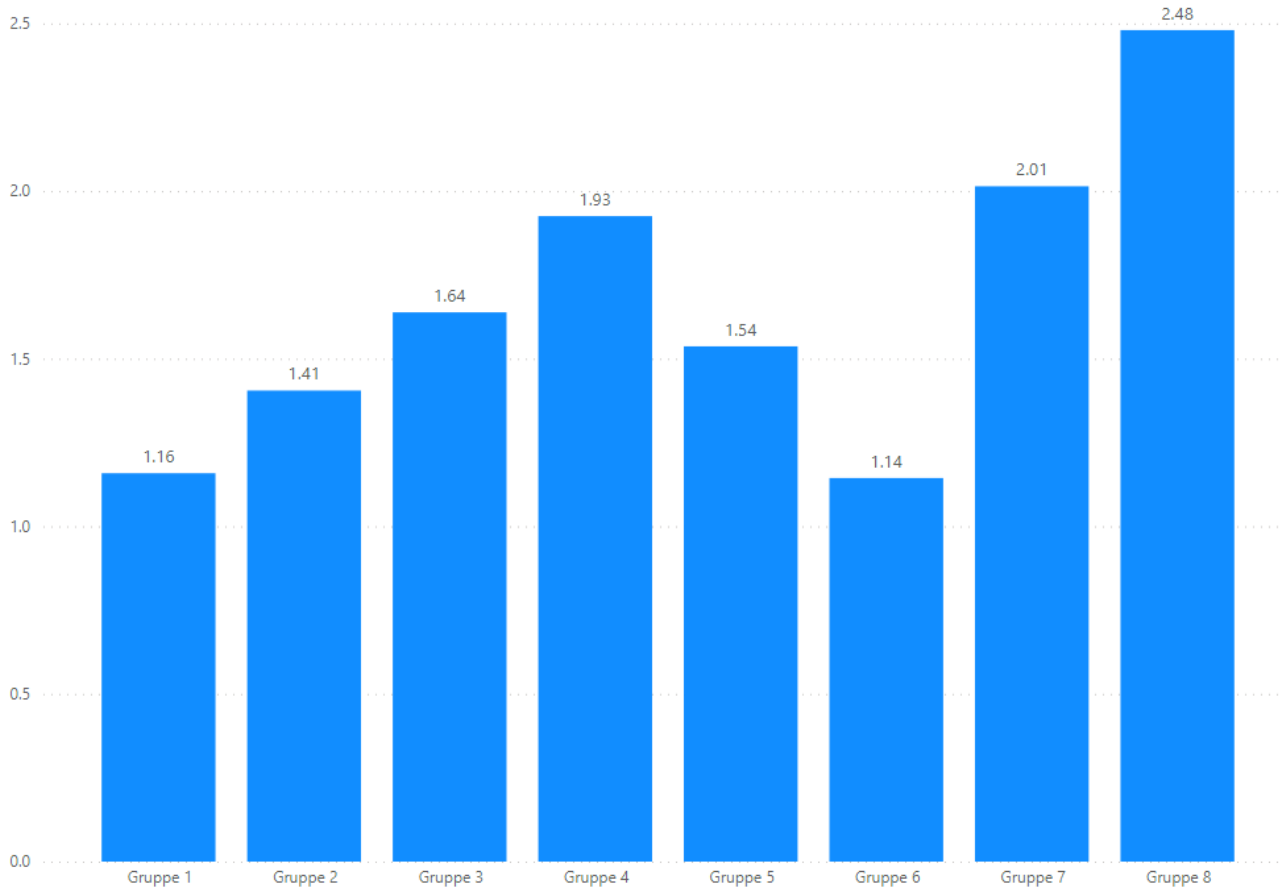
For å gjøre omfanget av tjenestene mer sammenlignbare mellom kommunegruppene har vi sett på antall brukere per 1 000 innbyggere. Vi var også interessert i om det er noen forskjeller i hvilke av de fire tjenestene som blir tatt i bruk i de ulike kommunegrupper. Følgende figurer viser rate per 1 000 innbyggere for hver enkelt velferdsteknologitjeneste etter kommunegrupper.

Digitalt tilsyn omfatter sensorteknologi eller passiv varsling som sengematter/ sensorlaken som registrerer fravær fra seng, bevegelsessensorer i rom som detekterer bevegelse, døralarm som varsler ved passering eller falldetektorer som registrerer brå bevegelser etterfulgt av stillstand m.m.

Oslo har høyest rate per 1 000 innbyggere for digitalt tilsyn og elektronisk medisineringsstøtte med nær 5 tjenestemottakere per 1 000 innbyggere. Raten per 1 000 innbyggere øker fra kommuner i gruppe 1 med 1,4 til gruppe 4 med en rate på 2,8. I kommunegruppe 7 er det rapportert kun 0,1 mottakere per 1 000 innbyggere for digitalt tilsyn.

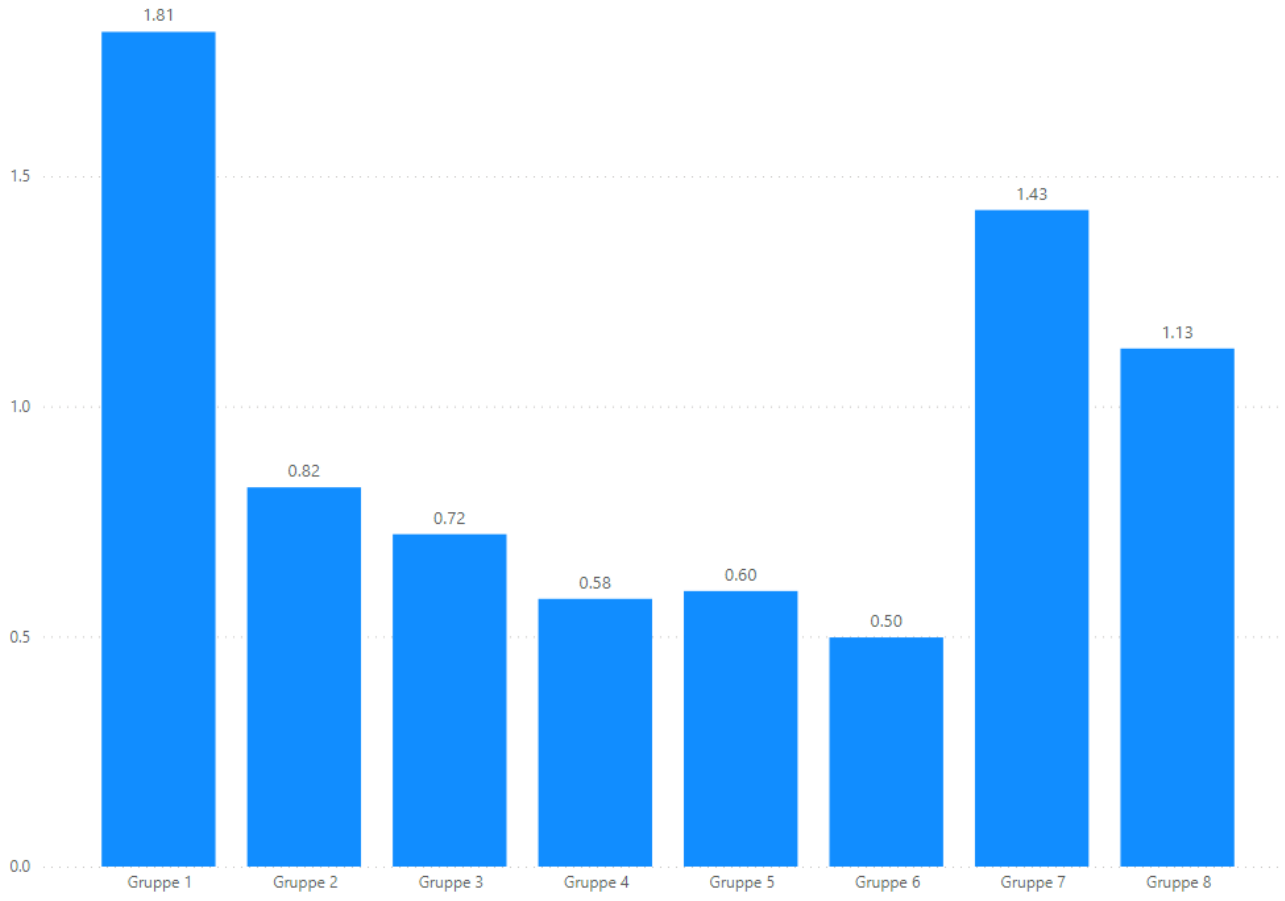


Figur 4 Mottakere av Digitalt tilsyn per 1 000 innbyggere. Per kommunegruppe. 2022.



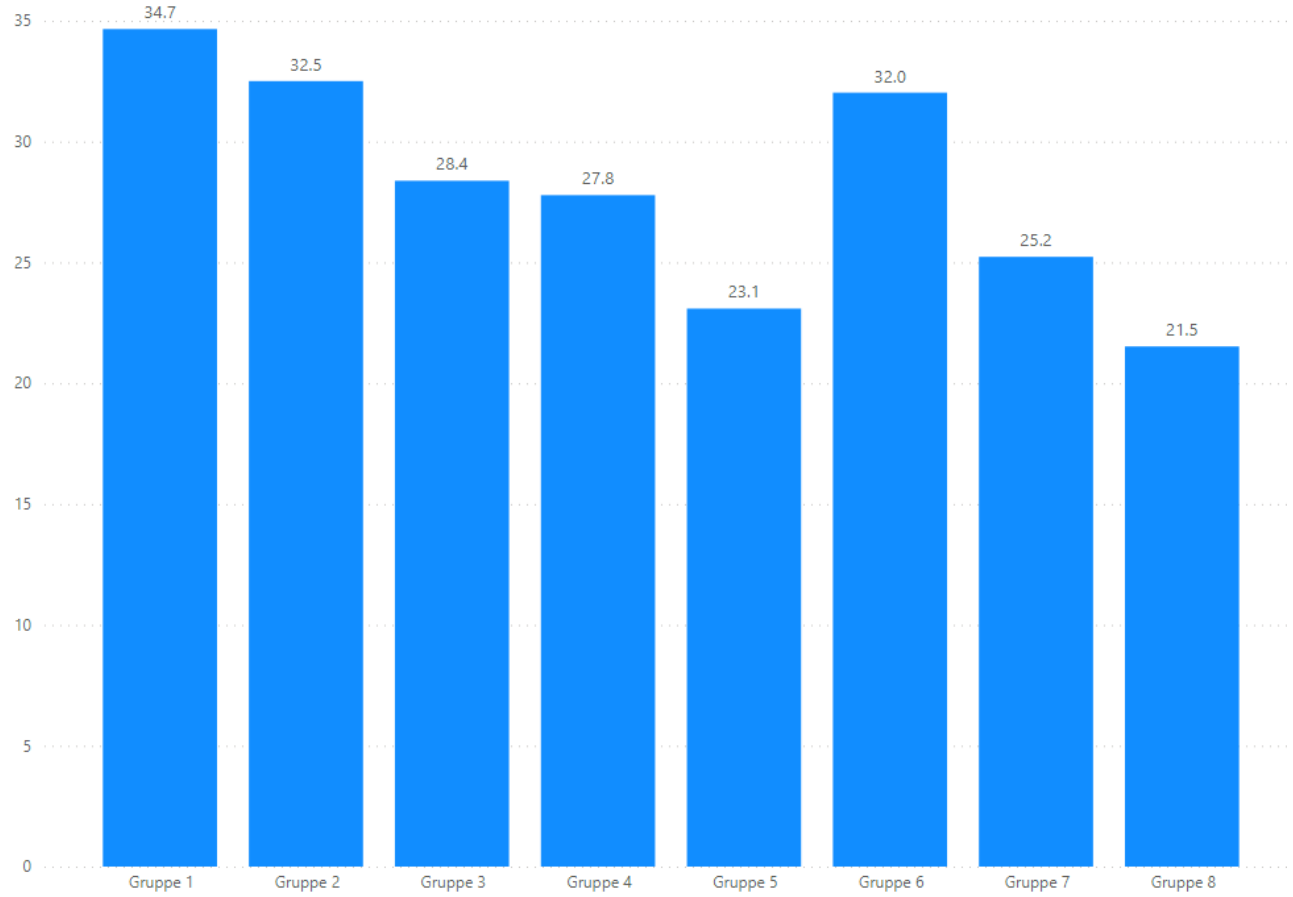
Figur 5 Mottakere av Elektronisk medisineringsstøtte per 1 000 innbyggere. Per kommunegruppe 2022.

For lokaliseringsteknologi er det høyest rate per 1 000 innbyggere i kommunegruppe 1 med 1,81 per 1 000 innbyggere. Kommuner i gruppe 2 til 6 har en langt lavere rate der gruppe 6 er lavest med 0,50 per 1 000 innbyggere. Antall tjenestemottakere er henholdsvis 1,43 og 1,13 per 1 000 innbyggere i kommunegruppe 7 og 8.



Figur 6 Mottakere av Lokaliseringsteknologi per 1 000 innbyggere. Per kommunegruppe. 2022

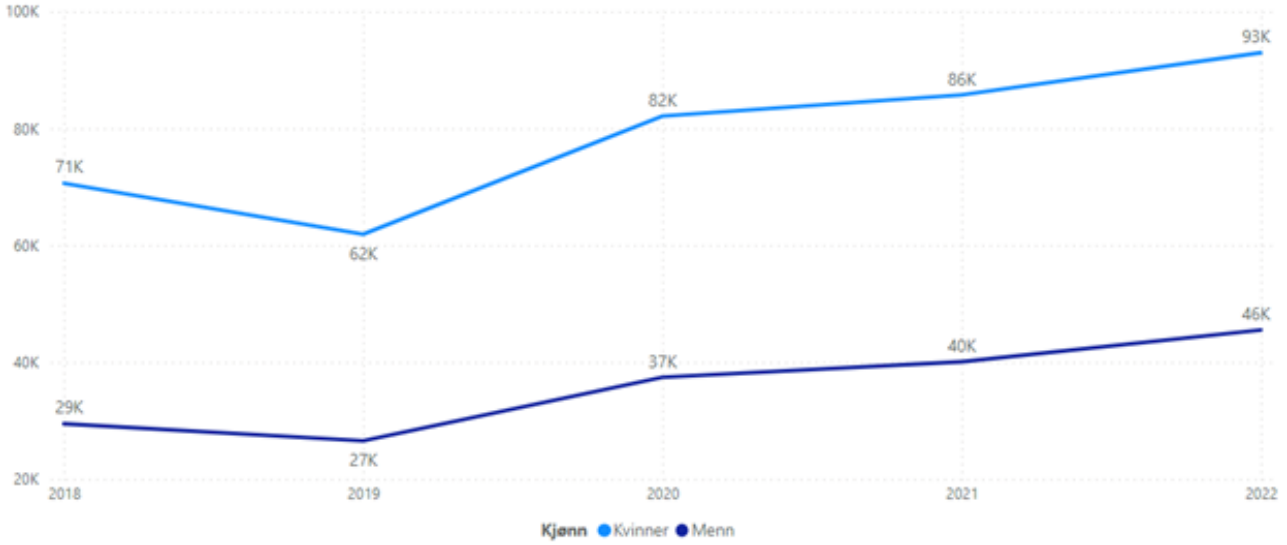
Trygghetsalarm har flest tjenestemottakere per 1 000 innbyggere i alle kommunegrupper. Kommuner med færre enn 2 000 innbyggere har en rate på nær 35, mens Oslo har lavest rate med 21,5 tjenestemottakere pr 1 000 innbyggere.



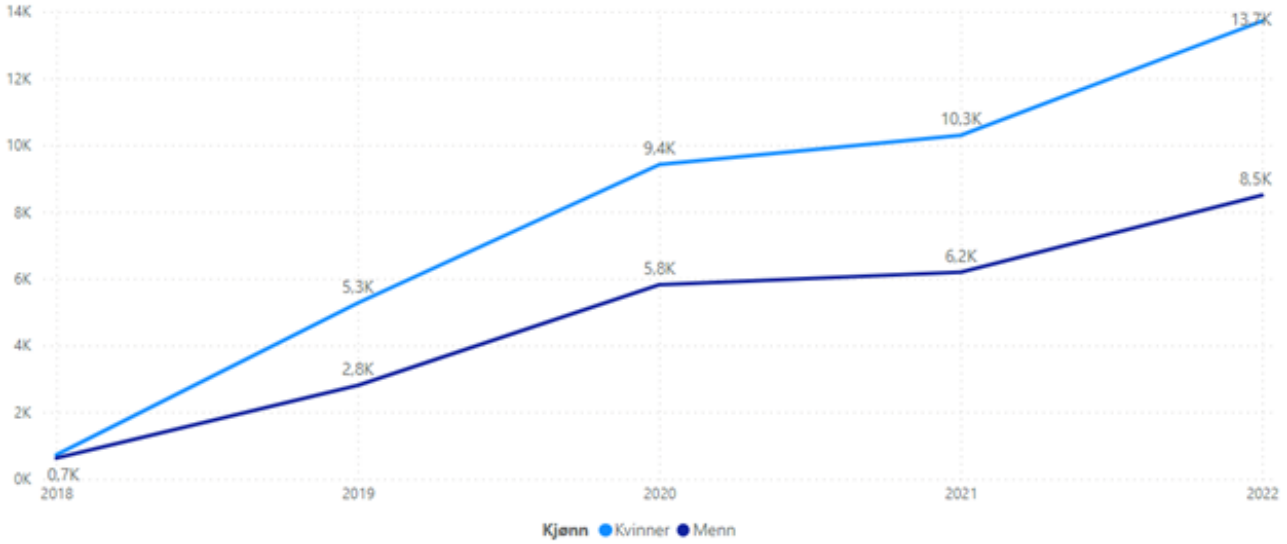
Figur 7 Mottakere av Trygghetsalarm per 1 000 innbyggere. Per kommunegruppe. 2022

Mottakere av ulike velferdsteknologistjenester etter kjønn

Antall mottakere av velferdsteknologiske tjenester har økt både for kvinner og menn fra 2018 til 2022, og i hele perioden er det flere kvinner enn menn som mottar en eller flere velferdsteknologitjenester. Figur 8 viser det totale antall mottakere av alle typer velferds-teknologi fra 2018 til 2022. Figur 9 viser økning av antall mottakere av velferdsteknologitjenester når trygghetsalarm ikke er tatt med.

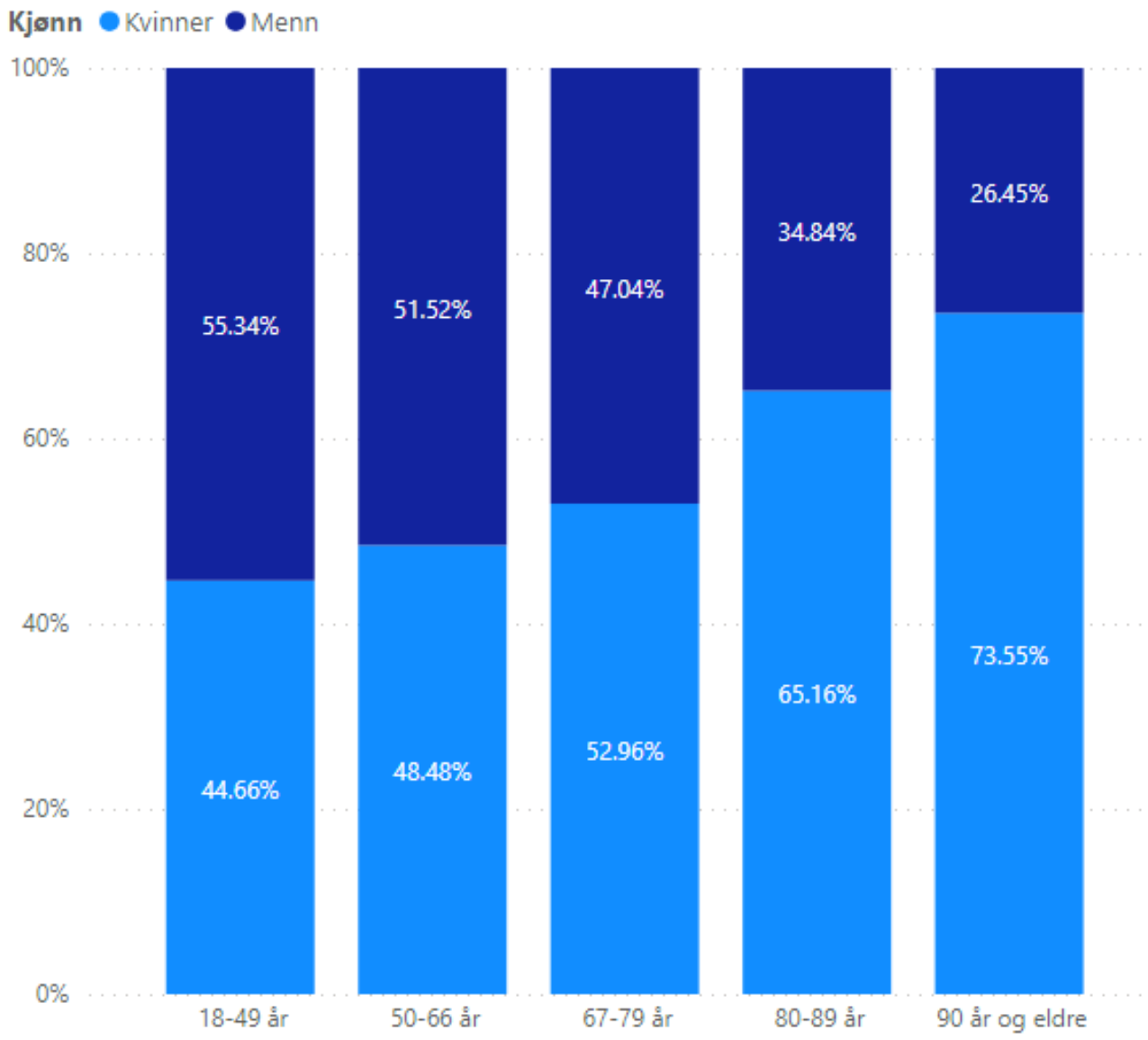


Figur 8 Antall mottakere av velferdsteknologitjenester inkludert trygghetsalarm. Etter kjønn. 2018-2022.



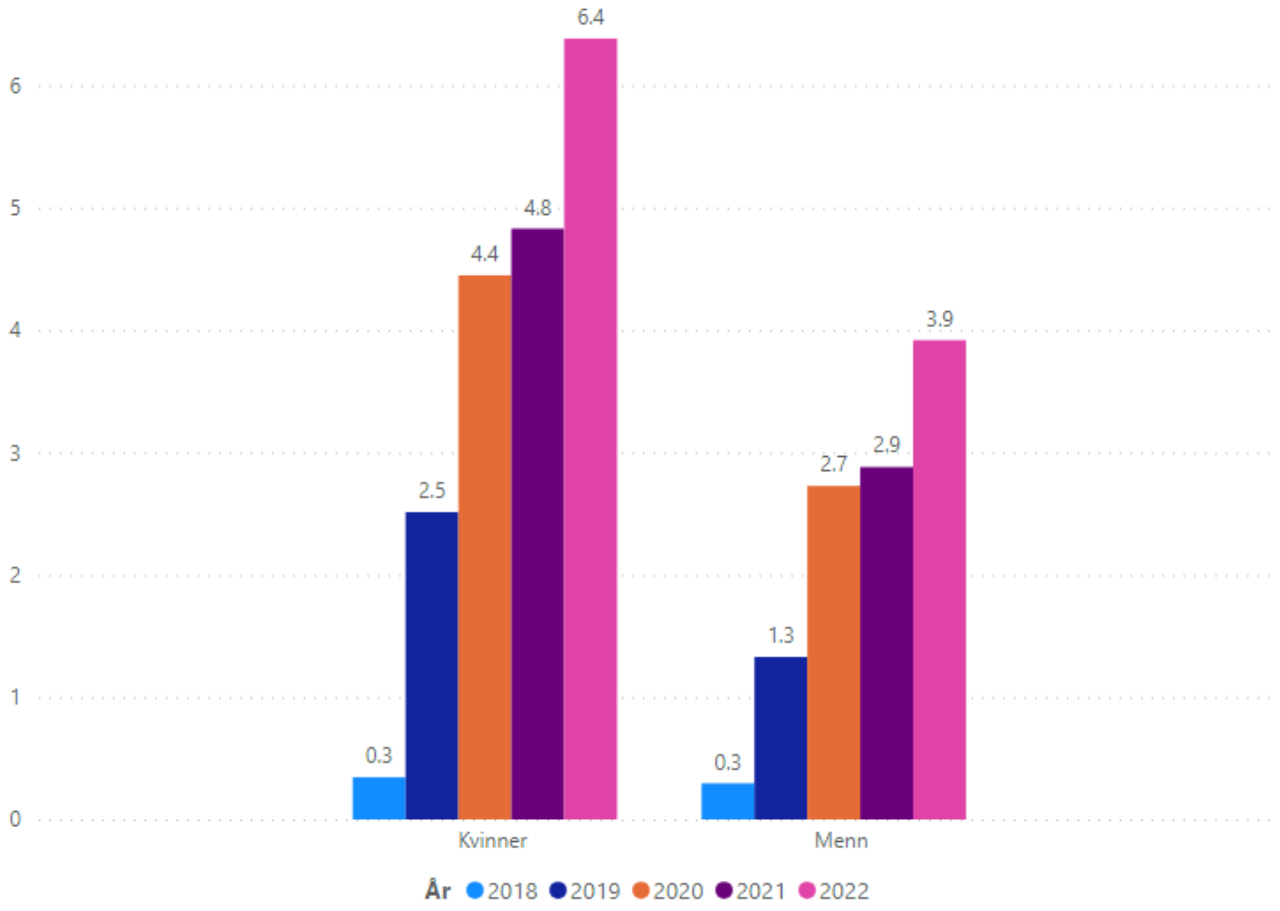
Figur 9 Antall mottakere av velferdsteknologitjenester unntatt trygghetsalarm. Etter kjønn. 2018 - 2022.

Figur 10 viser kjønnsfordelingen innen hver aldersgruppe for tjenestene unntatt trygghetsalarm i 2022. For personer som mottar en eller flere av de tre tjenestene lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte eller digitalt tilsyn, er 55 prosent menn i aldersgruppen 18–49 år og om lag 51 prosent menn i aldersgruppen 50–66 år. I de eldre aldersgruppene er det flere kvinner enn menn som er tjenestemottakere og andelen øker med økende alder. Andelen kvinner blant tjenestemottakere i alderen 90 år og eldre er 73 prosent.



Figur 10 Andel av personer som mottar velferdsteknologitjenester unntatt trygghetsalarm. Etter kjønn per aldersgrupper. 2022

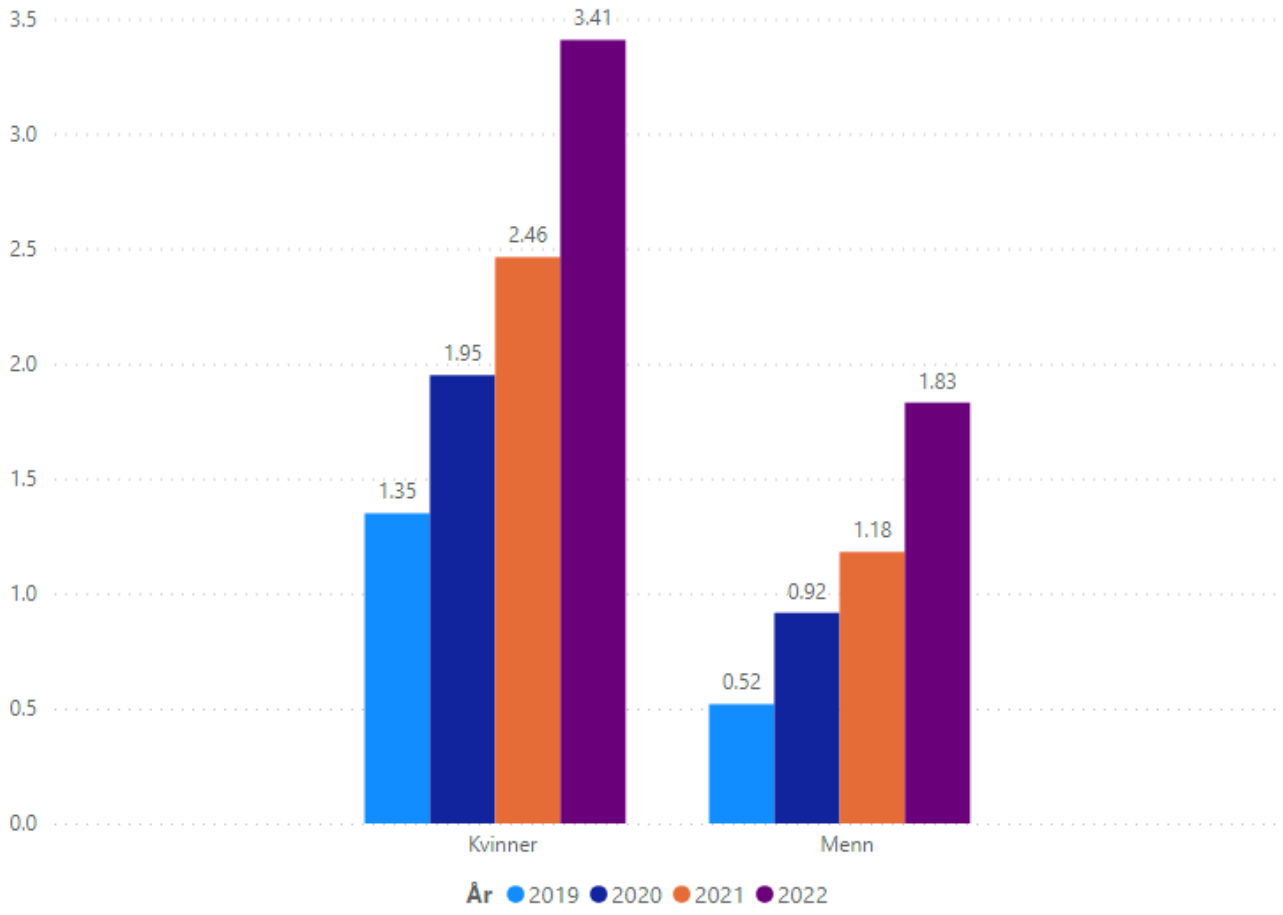
Figur 11 viser tjenestemottakere per 1 000 innbyggere etter kjønn. I 2018 var det like mange tjenestemottakere per 1 000 menn som det var for tjenestemottakere per 1 000 kvinner. Fra 2019 har raten per 1000 kvinner vært høyere enn raten for menn. I 2022 var det 6,4 tjenestemottakere per 1 000 kvinner, mens tilsvarende for menn var 3,9 per 1 000 innbyggere.



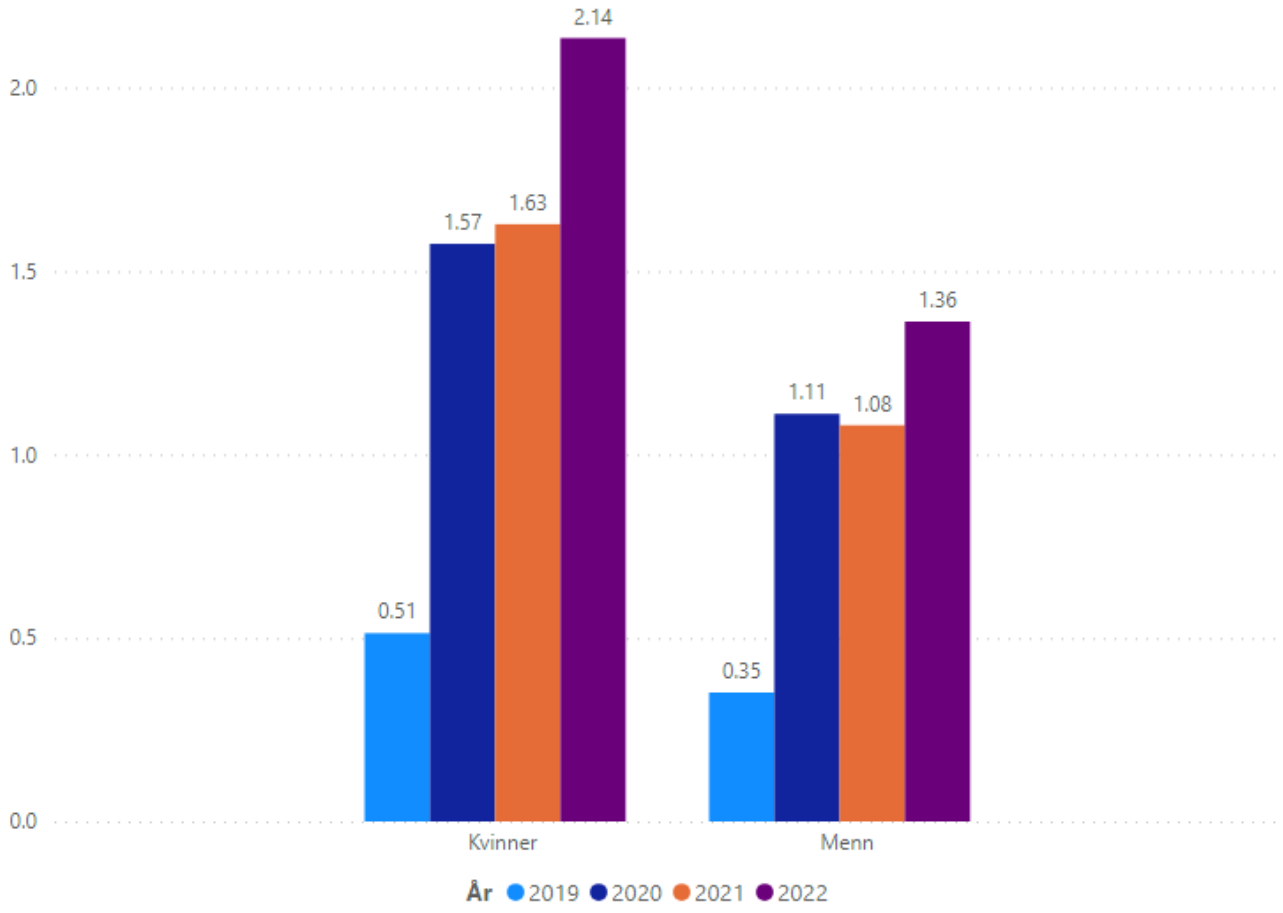
Figur 11 Mottakere per 1 000 innbyggere av velferdsteknologitjenester unntatt trygghetsalarm. Etter kjønn. 2018-2022 [8]

Mer enn dobbelt så mange kvinner enn menn mottar trygghetsalarm i årene 2019 til 2022. For 2022 var 7 900 kvinner og 3 700 menn registrert som mottakere av trygghetsalarm. Sett i forhold til antall innbyggere etter kjønn var det 37 tjenestemottakere per 1 000 kvinner og tilsvarende 17 per 1000 menn.

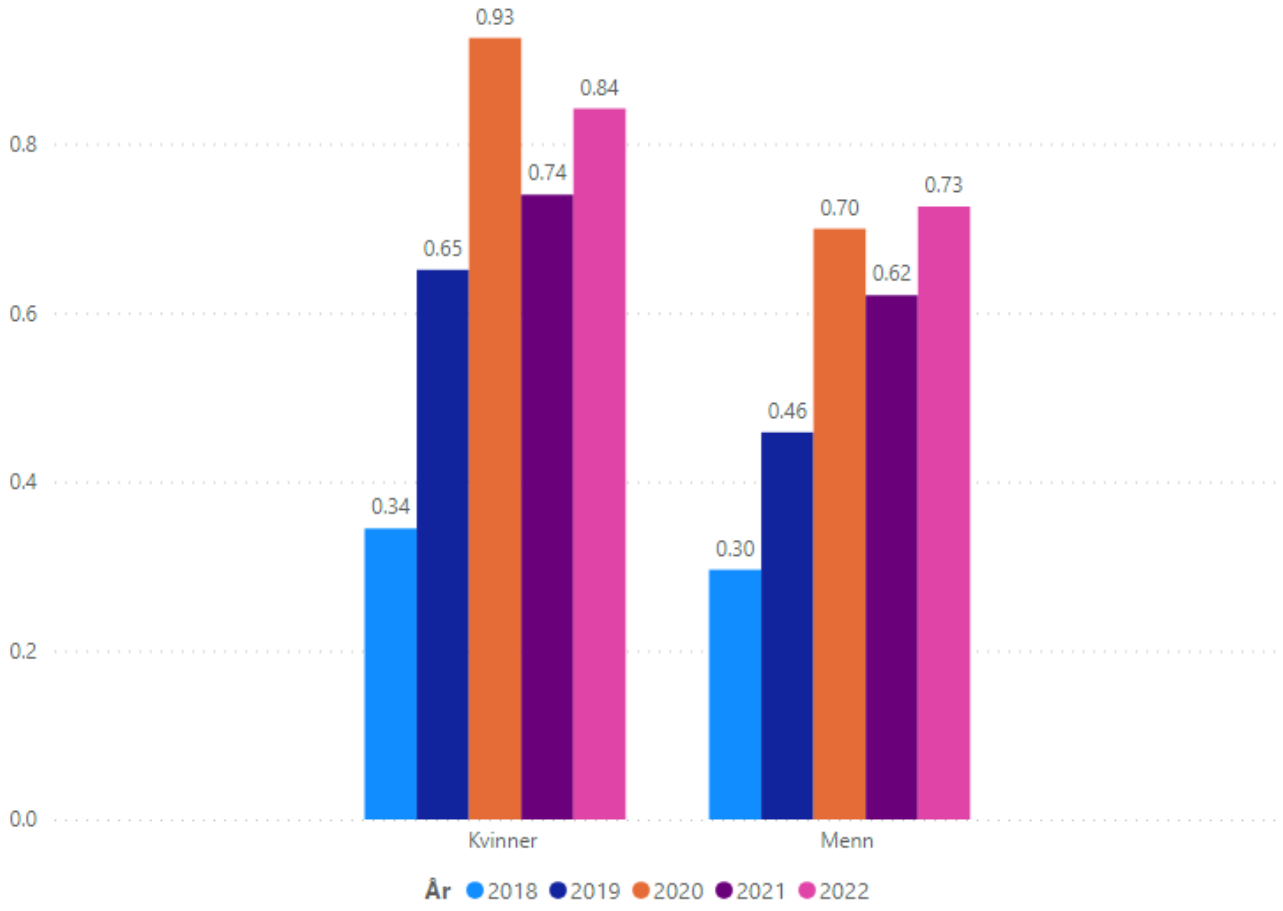
Forskjellene mellom kvinner og menn har sammenheng med kjønnsfordelingen i de ulike aldersgrupper i befolkningen og blant tjenestemottakerne generelt. Forskjellene må derfor ses i forhold til forskjellene i populasjonen som vi antar langt på vei forklarer variasjonene. Kvinner har en høyere forventet levealder og flere år som aleneboere. Vi ser likevel at raten per 1 000 kvinnelige innbyggere er gjennomgående høyere enn for menn for alle typer velferdsteknologiske tjenester. Forskjellen er størst for mottakere av trygghetsalarm, men også for digitalt tilsyn og digital medisineringsstøtte. Forskjellen er minst for lokaliseringsteknologi. Figur 12 – 15 viser antall tjeneste-mottakere målt per 1 000 innbyggere etter kjønn i perioden 2018/2019 til 2022.



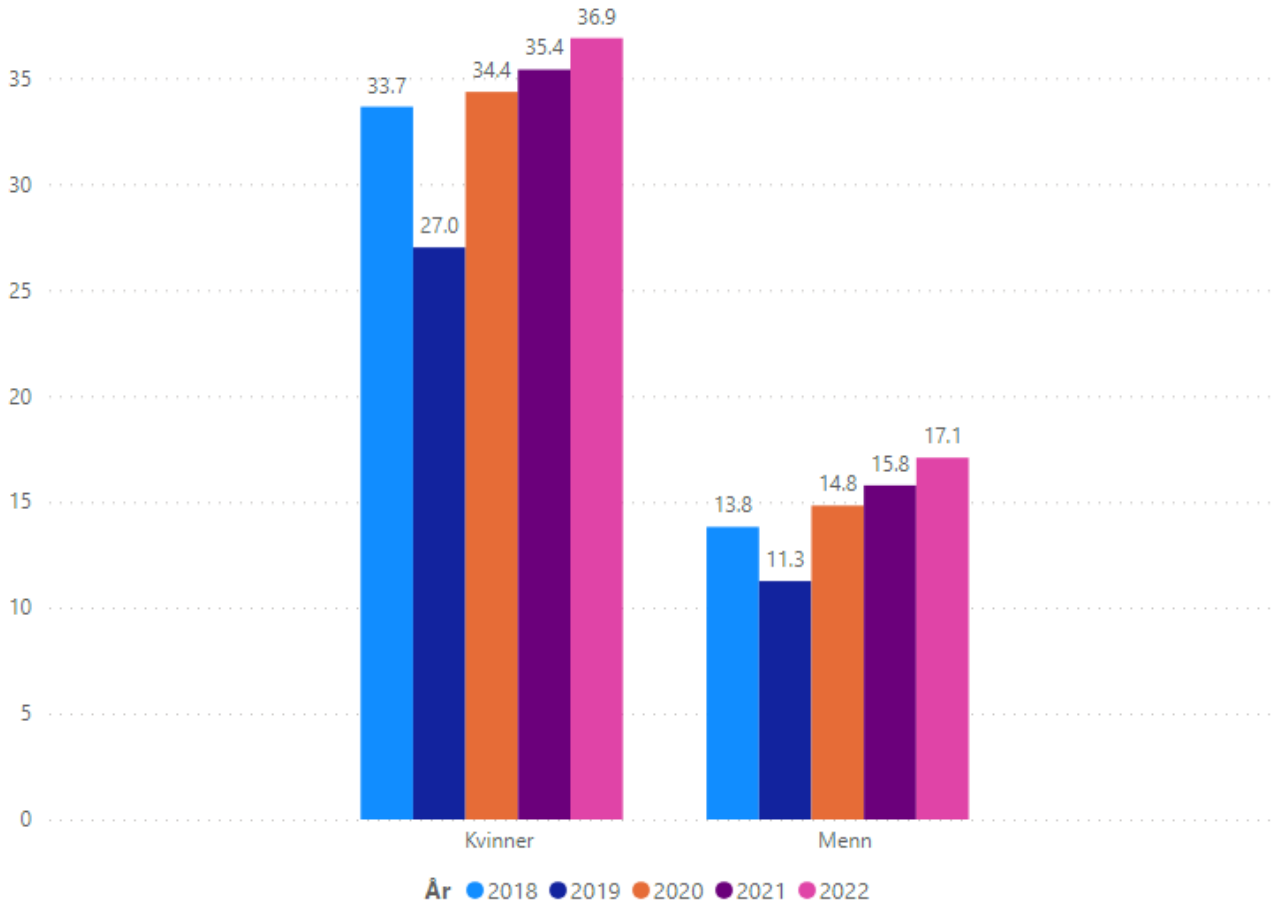
Figur 12 Mottakere av Digitalt tilsyn per 1 000 innbyggere. Etter kjønn. 2019-2022.



Figur 13 Mottakere av Elektronisk medisineringsstøtte per 1 000 innbyggere. Etter kjønn. 2019-2022.



Figur 14 Mottakere av Lokaliseringsteknologi per 1 000 innbyggere. Etter kjønn. 2018-2022.

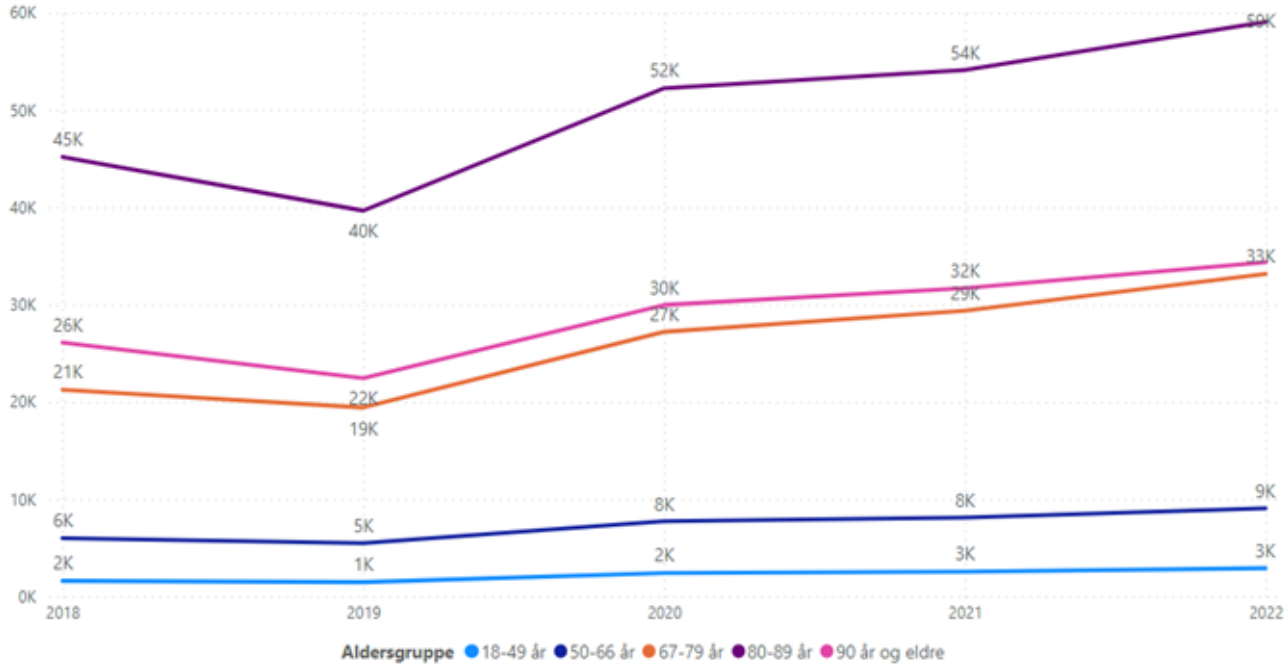


Figur 15 Mottakere av Trygghetsalarm per 1 000 innbyggere. Etter kjønn. 2018-2022.

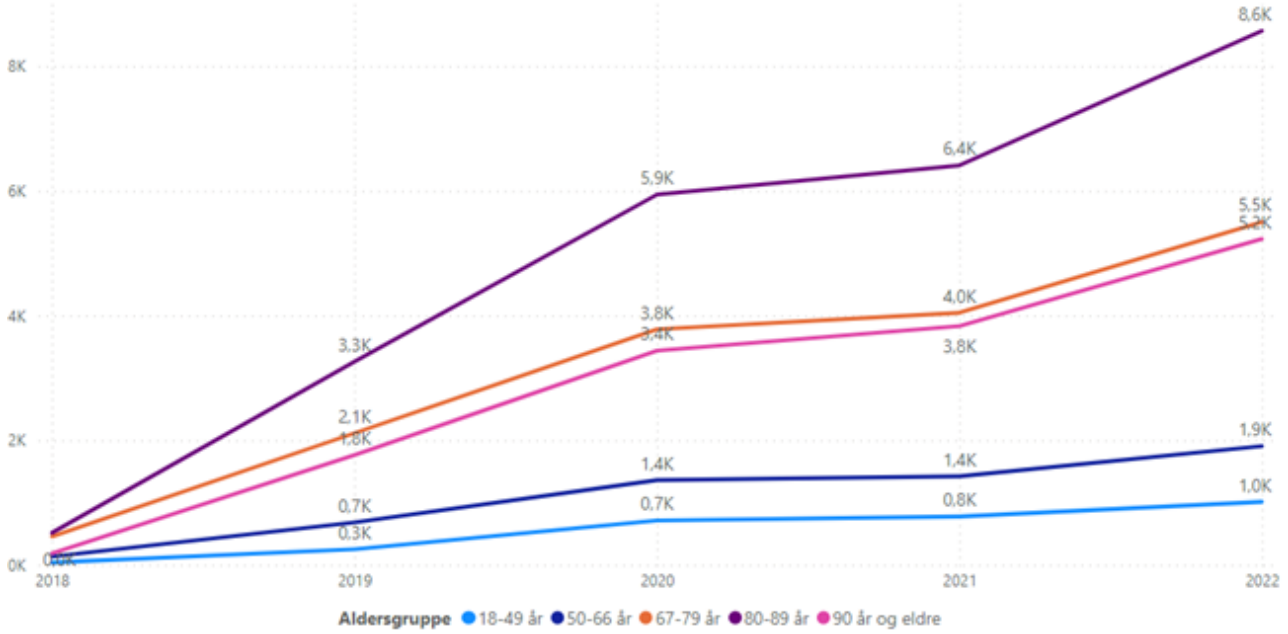
Mottakere av velferdsteknologitjenester fordelt på aldersgrupper

For alle typer velferdsteknologiske tjenester er antall brukere økende med økende alder, men med unntak for aldersgruppen 80- 89 år som har flere brukere enn for de som er 90 år og eldre. I 2019 viser tallene for 2019 en nedgang i antall mottakere av velferdsteknologitjenester. Nedgangen er forklart med mangelfull innrapportering grunnet kommune-sammenslåing. 2019 var første år for innrapportering av elektronisk medisinerings-støtte og digitalt tilsyn.

I 2022 var det 3 000 mottakere under 49 år og i alt 50 000 i aldersgruppen 80 til 89 år. Et tilsvarende bilde gjelder når vi unntar trygghetsalarm. Det er en særlig stor vekst i antall mottakere fra 2021 til 2022. Det er svært få tjenestemottakere under 18 år, og de er derfor utelatt her.



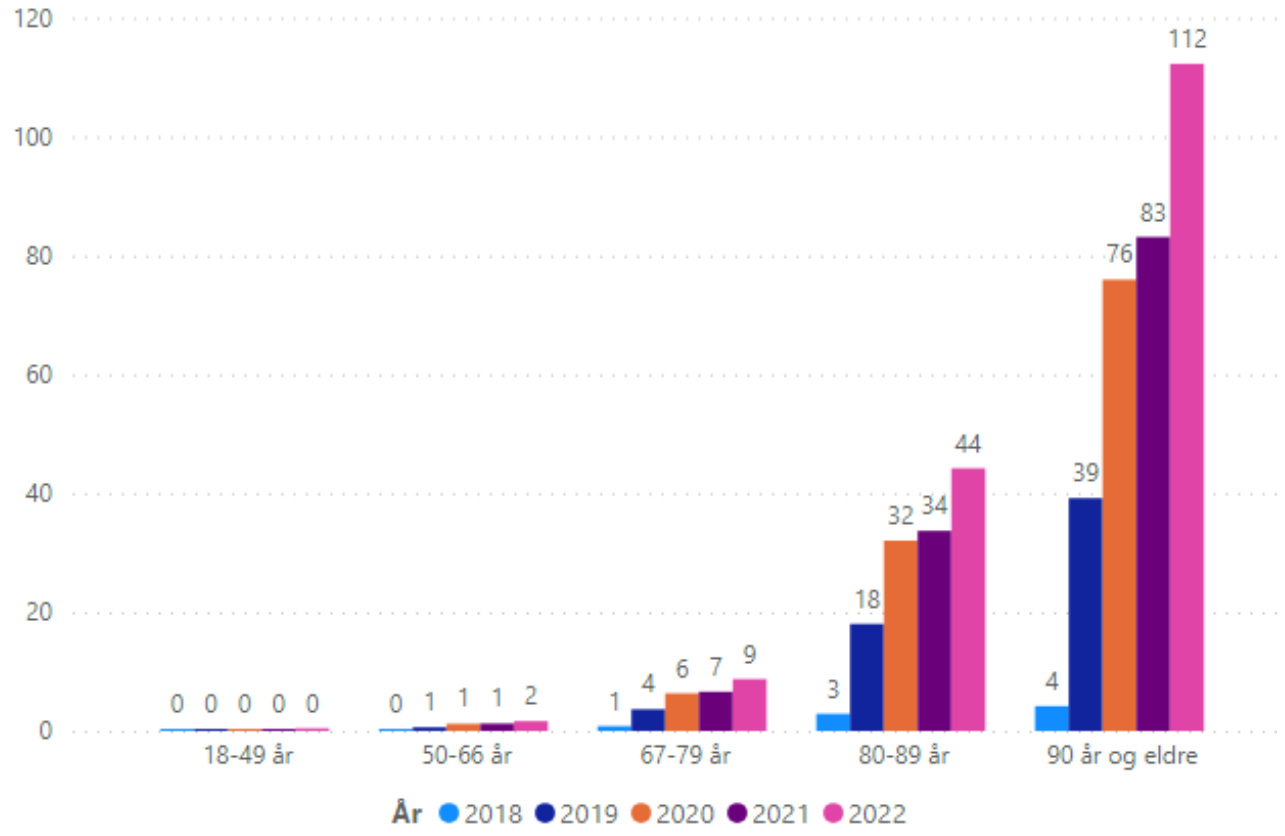
Figur 16 Antall mottakere av velferdsteknologitjenester inkludert trygghetsalarm. Etter aldersgrupper. 2018-2022.



Figur 17 Antall mottakere av velferdsteknologitjenester unntatt trygghetsalarm. Etter aldersgrupper. 2018-2022.

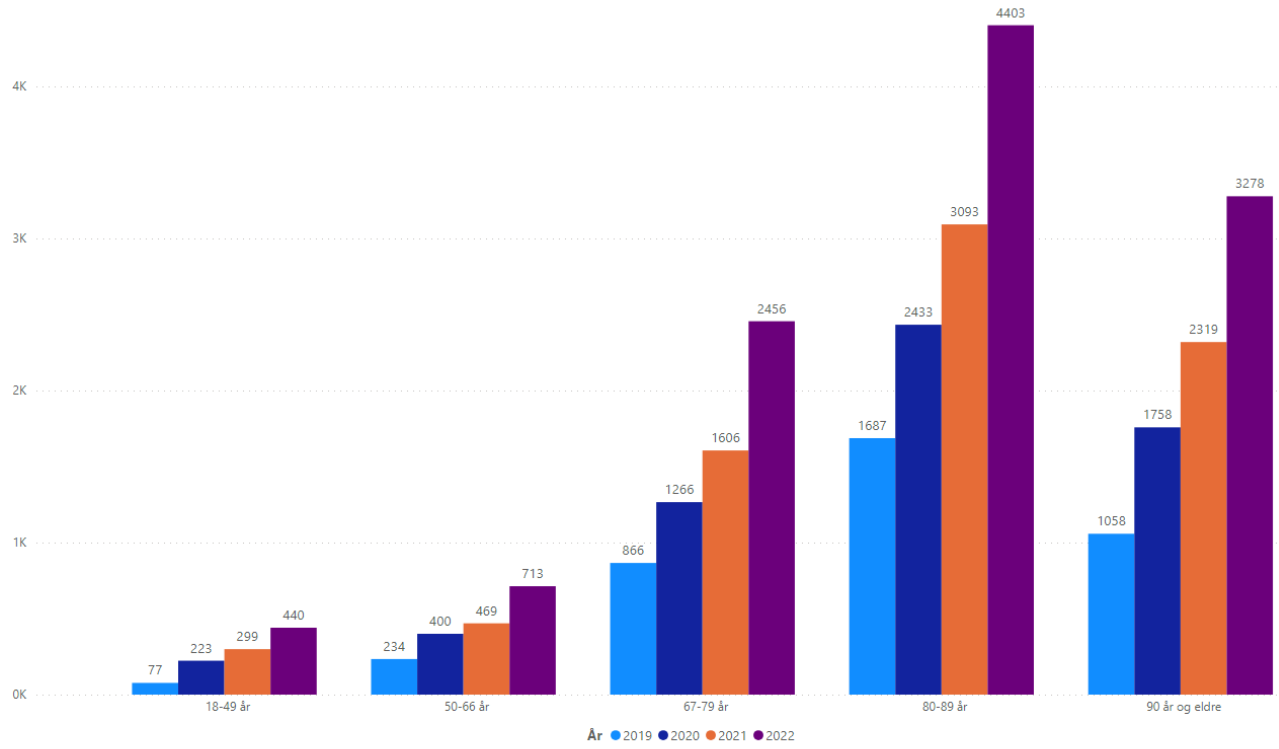
Figur 18 viser hvor mange som mottar velferdsteknologi unntatt trygghetsalarm ut fra andel innen hver aldersgruppe. Antall tjenestemottakere per 1 000 innbyggere øker betydelig med økende alder og i alle aldersgrupper er det en økning i antall tjenestemottakere per 1 000 innbyggere i perioden 2018 til 2022.

I 2022 er det 2 mottakere per 1 000 innbyggere i alderen 50-66 år, og i aldersgruppen 80-89 år er det 44 tjenestemottakere per 1 000 innbyggere. Blant personer som er 90 år og eldre er det 112 personer per 1 000 innbyggere som mottar en eller flere velferdsteknologi-tjenester unntatt trygghetsalarm. Det er relativt få tjenestemottakere i de yngre aldersgruppene i forhold til innbyggertall.

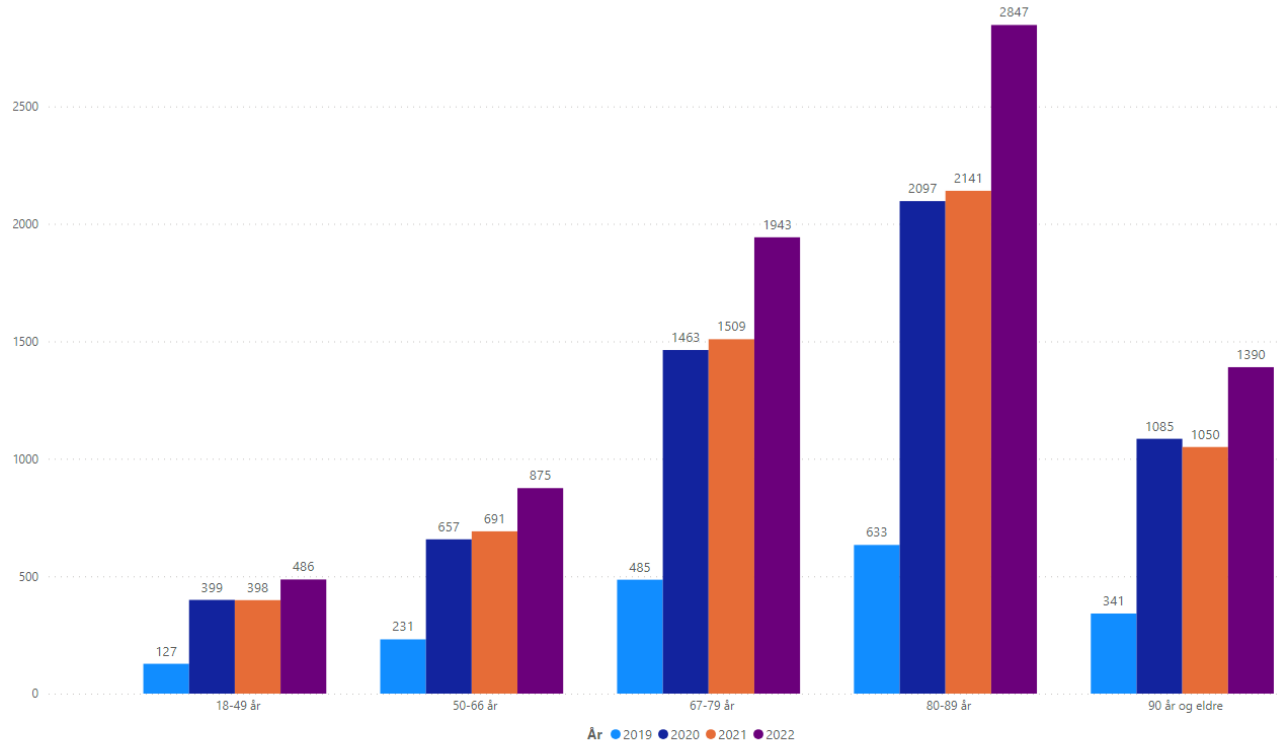


Figur 18 Mottakere per 1 000 innbyggere av velferdsteknologitjenester unntatt trygghetsalarm. Etter aldersgruppe. 2018-2022.

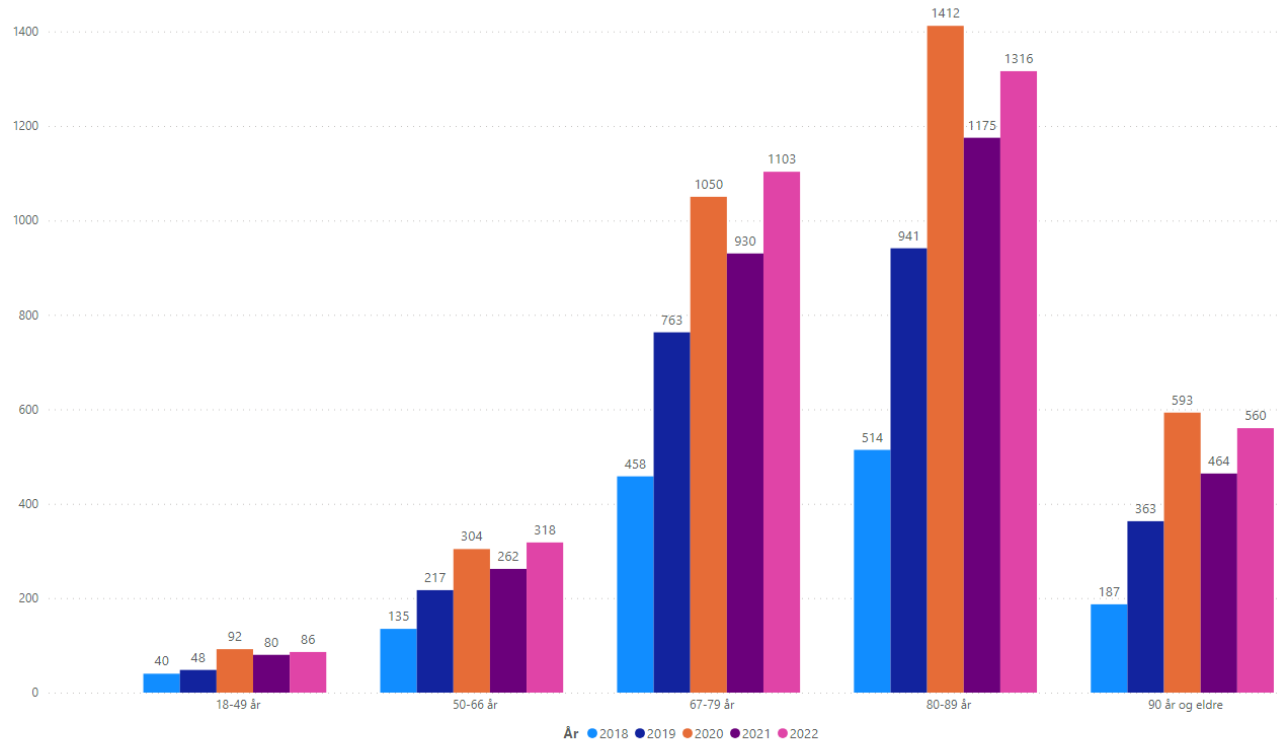
Figurene 19 -22 viser utviklingen i antall tjenestemottakere etter aldersgrupper for hver enkelt av de fire velferdsteknologiene.



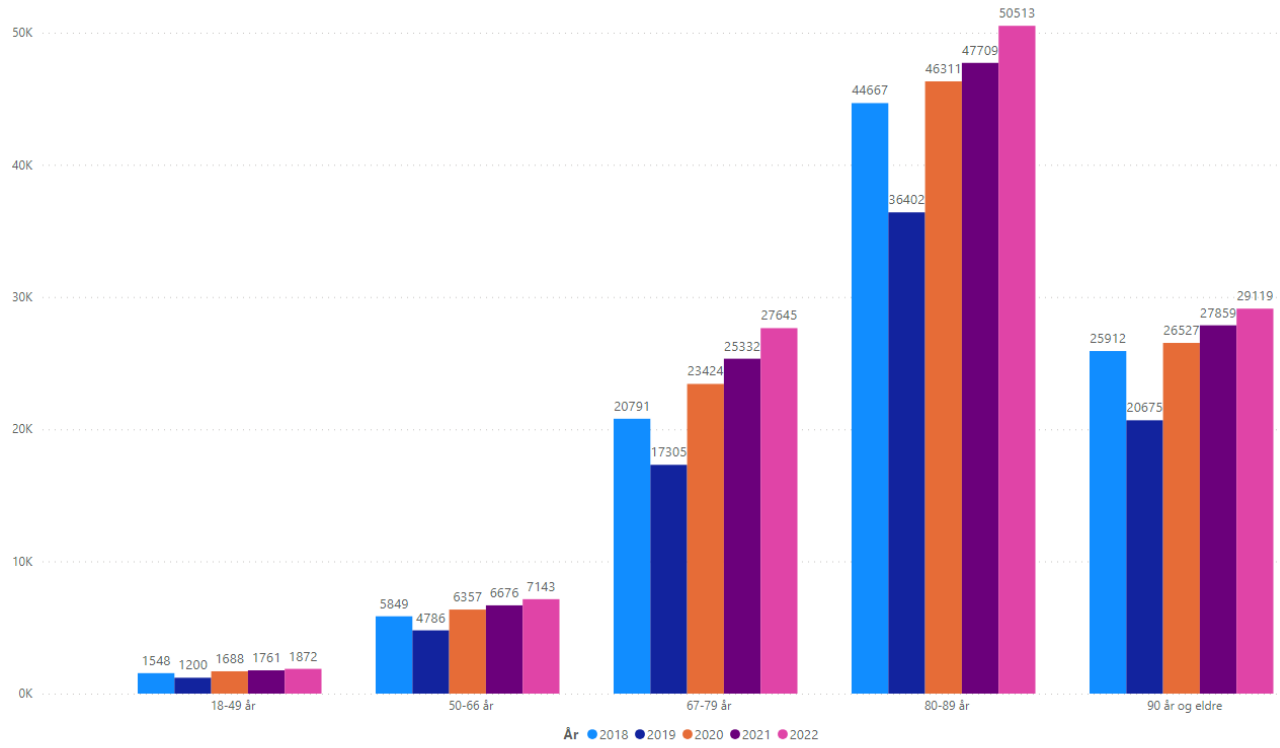
Figur 19 Antall mottakere av Digitalt tilsyn. Etter aldersgruppe. 2019-2022



Figur 20 Antall mottakere av Elektronisk medisineringsstøtte. Etter aldersgruppe. 2019-2022.



Figur 21 Antall mottakere av Lokaliseringsteknologi. Etter aldersgruppe. 2018-2022.



Figur 22 Antall mottakere av Trygghetsalarm. Etter aldersgruppe. 2018-2022.

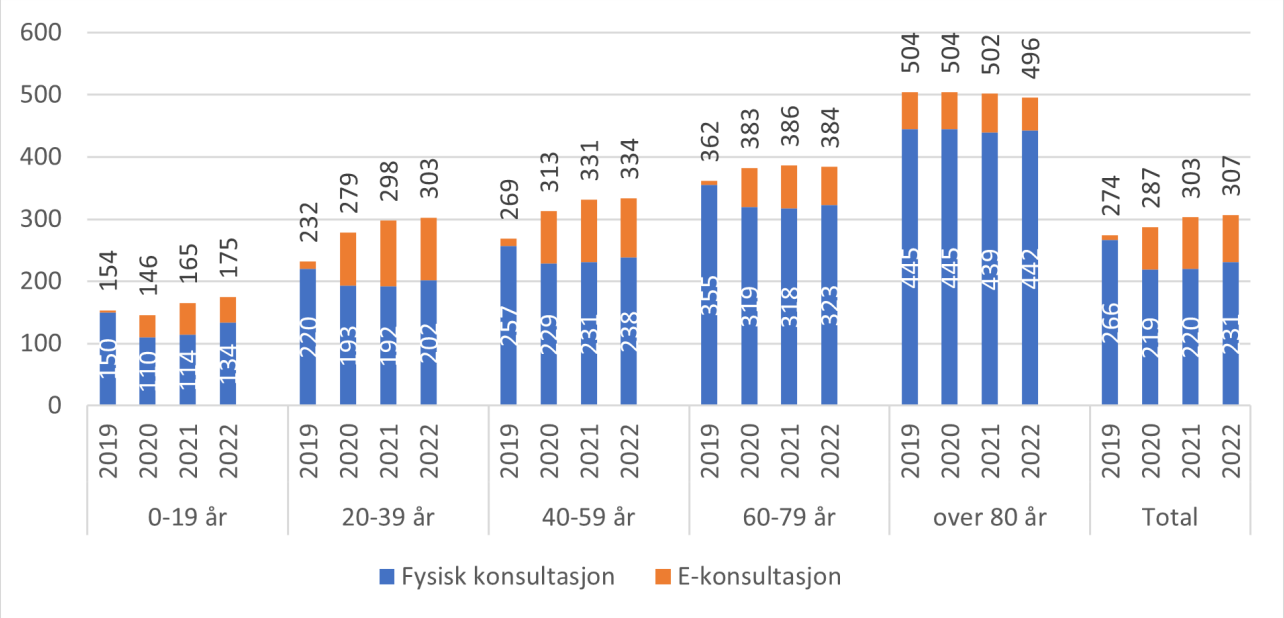
e-konsultasjoner hos fastlege

Årsrapport for handlingsplan for allmennlegetjenesten[9] viser at antall konsultasjoner samlet for fastlege og legevakt økte med 16 prosent fra 2017 til 2022, en økning som skyldes en sterk økning i e-konsultasjoner. Fysiske konsultasjoner har i samme periode gått ned med 10 prosent. I 2022 var 25 prosent av alle konsultasjoner en e-konsultasjon. Dette var noe lavere enn i 2021 med 27 prosent. Til sammenligning var andelen 1 prosent i 2017 og 3 prosent i 2019.

Den kraftige økningen i e-konsultasjoner de siste årene kan i stor grad forklares av koronapandemien, som forsterket en allerede pågående dreining til mer elektronisk kontakt med fastlegen. Noe reduksjon i andelen e-konsultasjoner kan indikere en stabilisering, men på et langt høyere nivå enn før pandemien. Det er verdt å merke seg at fra mars 2020 inkluderer e-konsultasjonstaksten telefonkonsultasjoner i tillegg til tekstlig e-konsultasjon og videokonsultasjon.

Bruken av konsultasjoner øker med økende alder. Alle aldersgrupper har en økning i bruken av fysiske konsultasjoner per innbygger for perioden 2019 til 2022. Andel e-konsultasjoner med fastlegen er fortsatt høy, men det er en liten nedgang i bruken av e-konsultasjoner i samtlige aldersgrupper fra 2021 til 2022.

Aldersgruppen 20-39 år har høyest bruk av e-konsultasjoner per innbygger i 2022 (101 per 100 innbygger). Lavest bruk finner man i aldersgruppen 0-19 år (41 e-konsultasjoner per 100 innbyggere).



Figur 23 Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjoner) hos fastlege per 100 innbygger for aldersgrupper og nasjonalt, 2019-2022*.

Årsrapporten for handlingsplan for allmennlegetjenesten viser også til forskjeller i konsultasjoner etter kommunestørrelse. Befolkningen i kommuner med 10 000- 49 000 innbyggere har høyest konsultasjonsrate per 100 innbyggere. For alle aldersgrupper er det en økning i raten for e-konsultasjonsraten med økene kommunestørrelse.[10]

Fotnoter

[6] Vi antar her at kommuner som ikke har registrerte brukere av flere teknologitjenester heller ikke tilbyr andre tjenestetyper enn trygghetsalarm.

[7] Antall mottakere av velferdsteknologi som er rapportert i 2019 er lavere som følge av at 13 kommuner ikke har klart å rapportere på grunn av kommunesammenslåing. De fleste kommunene med fagsystemet Gerica har rapportert for få mottakere av velferdsteknologi på grunn av en omlegging i fagsystemet.

[8] Antall mottakere av velferdsteknologi som er rapportert i 2019 er lavere som følge av at 13 kommuner ikke har klart å rapportere på grunn av kommunesammenslåing. De fleste kommunene med fagsystemet Gerica har rapportert for få mottakere av velferdsteknologi på grunn av en omlegging i fagsystemet.

[9] Helsedirektoratet, handlingsplan for allmennlegetjenesten. Årsrapport 2022 (kap.9.2)

[10] Helsedirektoratet. Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Årsrapport 2022, (figur 9.4)

4

Statistikk for flytting av spesialisthelsetjenester hjem

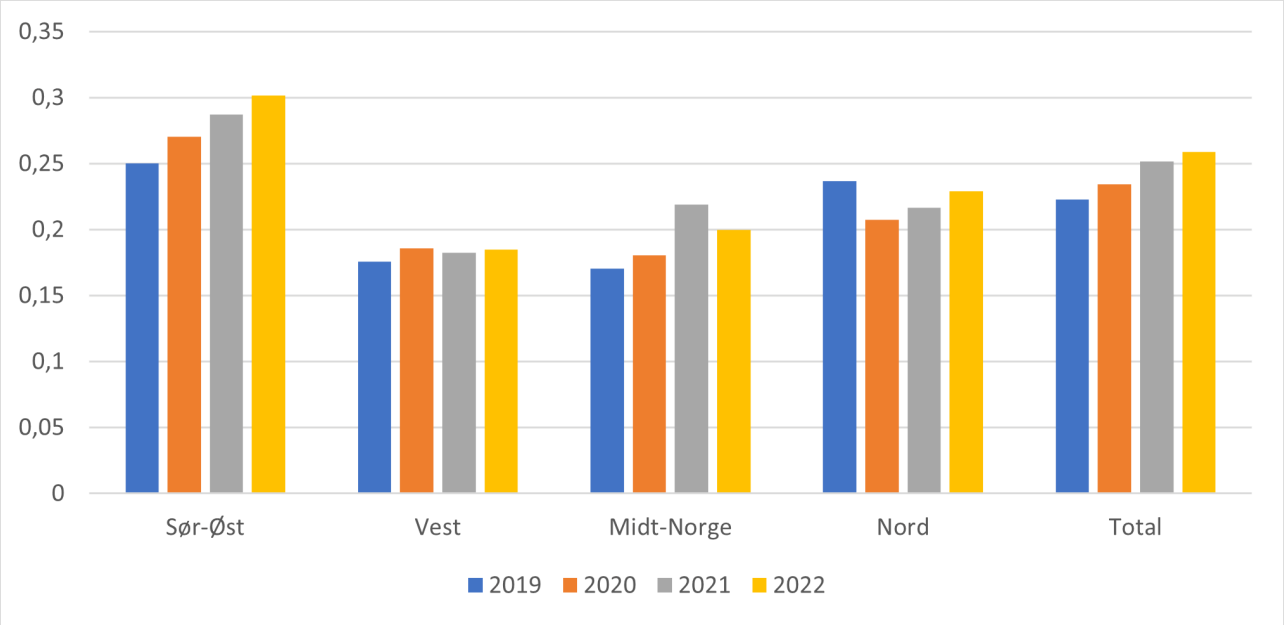
Flytte spesialisthelsetjenester hjem

Viktige fokus for Samhandlingsreformen har vært større grad av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og at pasienter i større grad skal motta behandling på kommunenivå. Helsedirektoratet ønsker å følge med på hvordan bruk av teknologi bidrar i denne utviklingen. En gjennomgang av omfang og status ble presentert i Helsedirektoratets rapport "Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primær-helsetjeneste" fra 2022[11] Rapporten presenterer data fra Norsk pasient-register (NPR) for tjenestene hjemmesykehus og ulike former for digital hjemmeoppfølging. Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlings-tilbud skjer ved bruk av digital dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler. Tre typer digital hjemmeoppfølging blir omtalt: oppfølging basert på data fra pasienten, kommunikasjon mellom pasient og behandler og nettbasert behandling. I dette kapitlet viser vi utviklingen i disse tjenestene fra 2019 -2022, med oppdaterte tall for noen av figurene som omtales i rapporten fra 2022. For en mer grundig omtale av bruk og effekter av tjenestene vises til rapporten fra 2022.

Hjemmesykehus

Hjemmesykehus er spesialiserte tjenestetilbud for behandling og oppfølging som vanligvis skjer i sykehus, men der tilstanden tilsier at det er forsvarlig at behandling og oppfølging skjer i hjemmet.

Et område der hjemmesykehus blir benyttet er ved dialysebehandling. Samlet var det 2 495 pasienter som fikk dialysebehandling i 2022, hvorav 720 fikk hjemmedialyse. Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten har satt som mål at minst 30 prosent av dialyse-pasientene skal få hjemmedialyse[12] Figur 24 viser at andelen behandlingsperioder gitt med hjemmedialyse har økt fra 22 prosent i 2019 til 26 prosent 2022 for hele landet. Helse Sør-Øst nådde målet om 30 prosent i 2022 og har rapportert en jevn vekst fra 25 prosent i 2019. Samlet sett ser det ut til at andelen er svakt økende i alle helse-regioner, med unntak av Helse Vest som ligger lavest med 18 prosent.



Figur 24 Andel hjemmedialyse av alle dialysepasienter etter helseregion. 2019-2022.

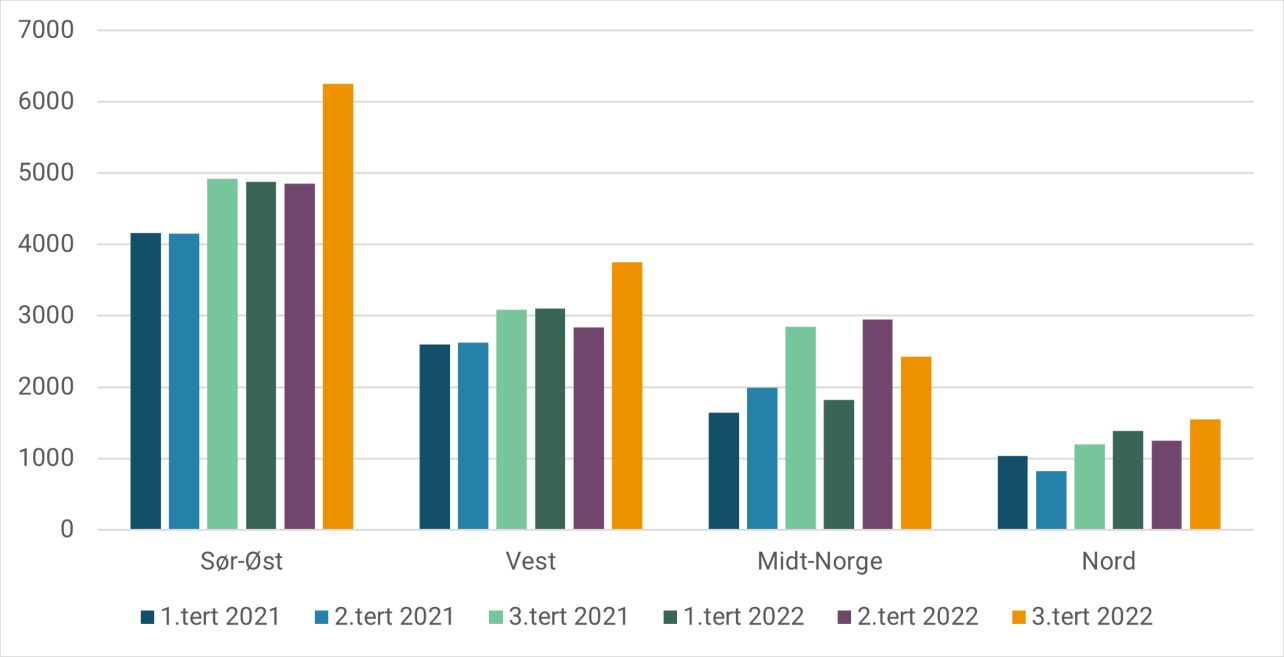
Digital hjemmeoppfølging: oppfølging basert på data fra pasienten[13]

Digital hjemmeoppfølging (DHO) er basert på data fra pasienten (måledata/sensorer eller pasientregistrerte opplysninger/symptomregistreringer). DHO omfatter ulike pasienter med diagnoser som kreft, kols, hjertesykdommer, diabetes, psykisk sykdom og covid-19. Vi skiller mellom oppfølging av pasienter som rapporteres via medisinsk utstyr og oppfølging av pasienter via pasientrapporterte data (PRO).

Telemedisinsk oppfølging av pasienter via medisinsk utstyr

Figur 25 viser antall pasienter per tertial som får telemedisinsk oppfølging for søvnapné (med CPAP/BiPAP), telemedisinsk oppfølging og monitorering med pacemaker og ICD samt fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging for andre tilstander. Fjernmonitorering innebærer automatisk overføring av helsedata fra pasient til sykehus. Elektronisk asynkron kommunikasjon er behandling eller oppfølging der pasienten fyller ut informasjon (eller svarer på spørsmål) og sender det til behandler som kommuniserer tilbake.

Pasienter med søvnapné som bruker CAP utgjorde i alt 8 000 pasienter i 3.kvartal 2022, mens om lag 4 000 pasienter med pacemaker og ICD fikk telemedisinsk oppfølging i 3. tertial 2022. Figur 25 viser at det har vært noe økning i alle helseregioner i fra 1.tertial i 2021 til 3.tertial i 2022. I 3. tertial 2022 ble 6 250 pasienter fulgt opp ved bruk av telemedisin i Helse Sør-Øst, en økning fra nær 5 000 i 3.kvartal 2021. I samme periode økte antall pasienter som fikk telemedisinsk oppfølging via medisinsk utstyr fra om lag 1 200 til om lag 1 500 i Helse Nord.

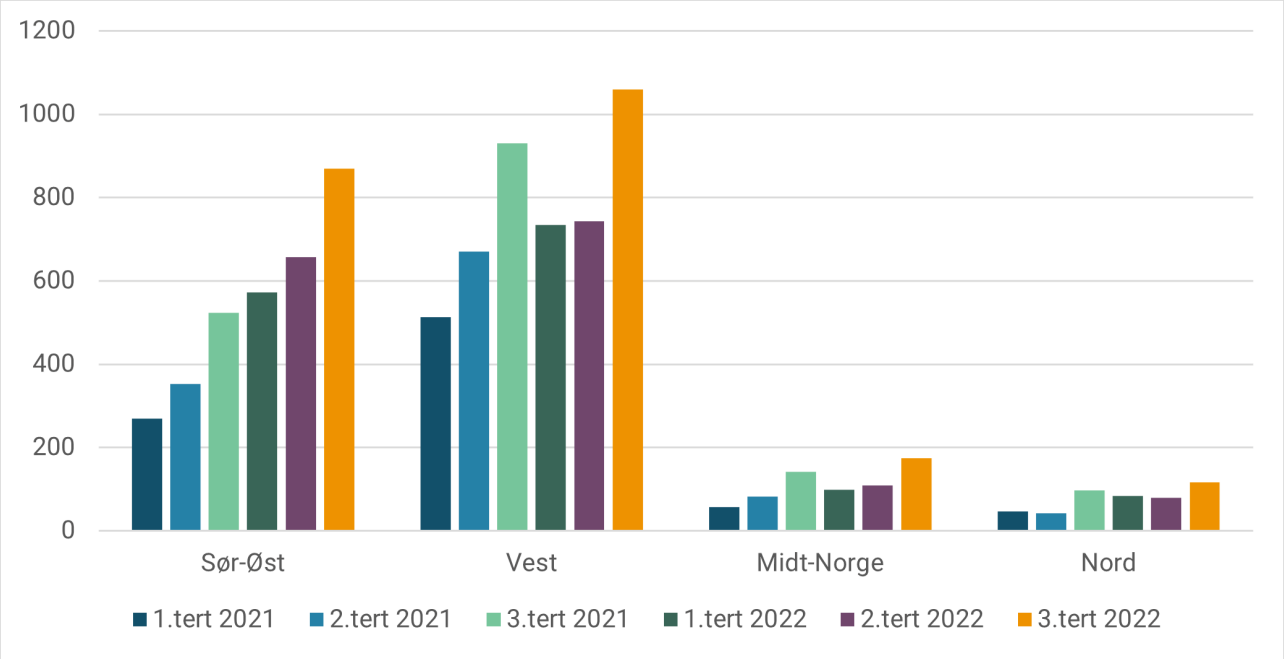


Figur 25 Aktivitet for telemedisinsk oppfølging av pasienter via medisinsk utstyr per tertial etter helseregion. 2021-202

Oppfølging av pasienter via pasientrapporterte data (PRO) i somatikk

Det har vært en økning i antall pasienter som er registrert med aktivitet for digital hjemmeoppfølging basert på pasientrapporterte data (PRO) fra 2021 til 2022 og aktiviteten økte i alle helseregioner. Figur 26 viser antall behandlingsperioder per tertial. Utbredelsen av tilbudet er størst i Helse Vest med 1 060 behandlingsperioder. I Helse Nord ble 117 pasienter fulgt opp via PRO 3.kvartal i 2022.

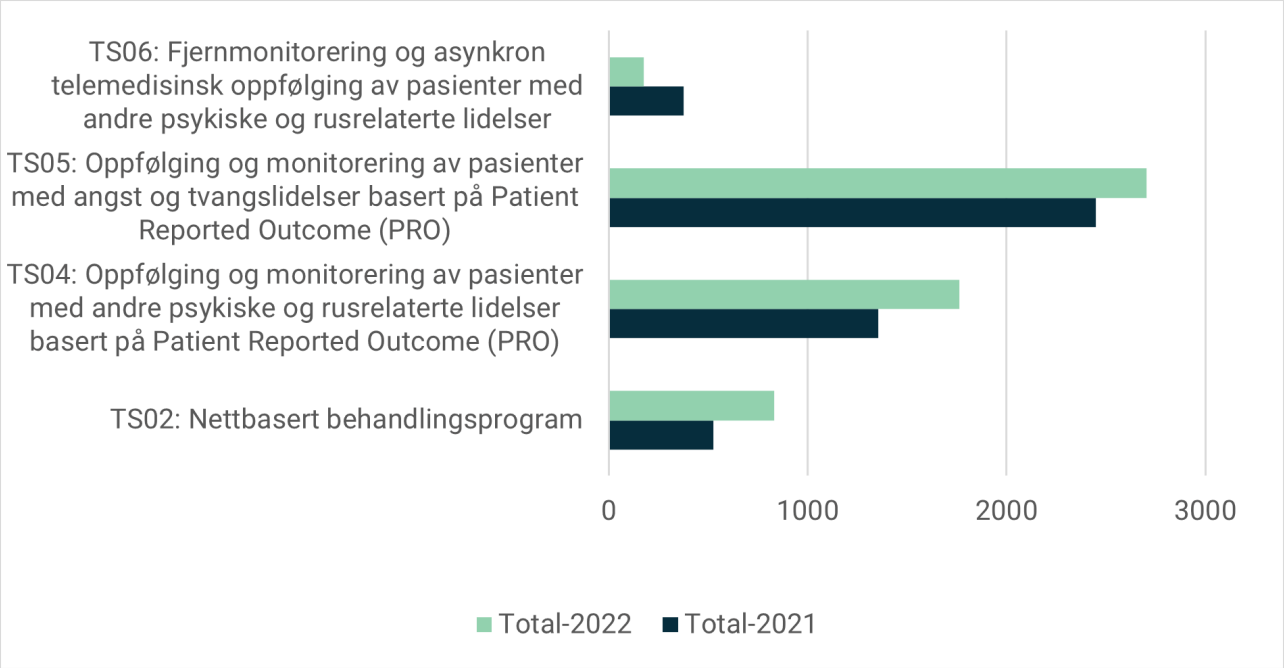
I alt er det registrert oppfølging av 2 200 pasienter via PRO i somatikken i 3. tertial 2022. Det er registrert 430 pasienter med epilepsi og 450 revmatologiske lidelser som får oppfølging via PRO. Samlekategorien for andre typer somatiske tilstander utgjorde drøyt 1 500 pasienter for alle helseregioner i 3. tertial 2022.



Figur 26 Aktivitet for oppfølging av pasienter via pasientrapporterte data (PRO) i somatikk. Antall behandlingsperioder per tertial etter helseregion. 2021-2022.

Telemedisinsk oppfølging av pasienter i Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Figur 27 viser antall pasienter i noen diagnosegrupper innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som gis telemedisinsk oppfølging. I 2022 ble over 2 700 pasienter med angst og tvangslidelser (TS05) fulgt opp med telemedisin, en økning fra 2 450 i 2021. Nettbasert behandlingsprogram (TS02) økte i antall registrerte behandlingsprogram fra 527 pasienter i 2021 til 833 pasienter i 2022. Dette er en økning på 58 prosent og bruk av telemedisinsk oppfølging for pasienter innen PHV er under utbredelse. Nettbasert behandlings-program er i hovedsak knyttet til eMeistring som er en internett-behandling med de samme elementer som ordinær kognitiv adferdsterapi med behandling i poliklinikk og gis til pasienter med depresjon, panikklidelse eller sosial angst (se omtale i rapport 2022[14]). Fjernmonitorering og asynkron telemedisinsk oppfølging av pasienter med andre psykiske og rusrelaterte lidelser viser også en økning fra 2021 til 2022 (fra 176 til 375 pasienter).



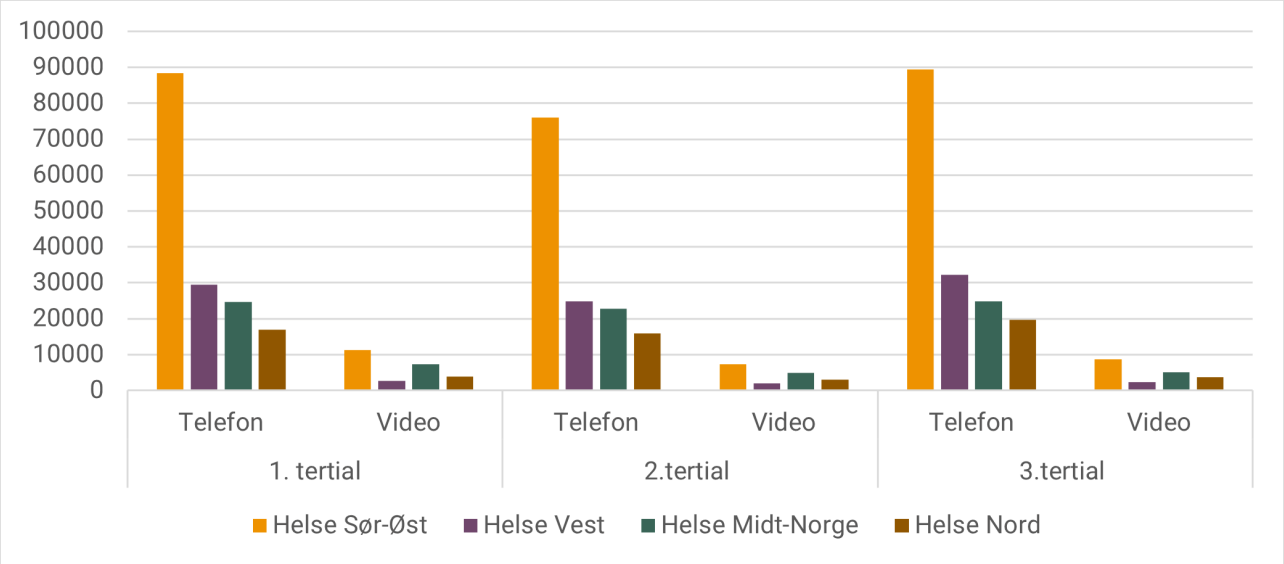
Figur 27 Telemedisinsk oppfølging av pasienter i PHV/TSB 2021 og 2022

Video- og telefonkonsultasjon mellom pasient og behandler

Dette avsnittet omhandler digital hjemmeoppfølging i form av konsultasjoner på video eller telefon mellom pasient og behandler. Tallene viser kun omfanget av de ulike kontaktformene. Vi vet lite om hvilke konsekvenser bruk av video eller telefon fremfor fysiske møter har for pasienten og for andre behov for oppfølging fra kommunehelsetjenesten.

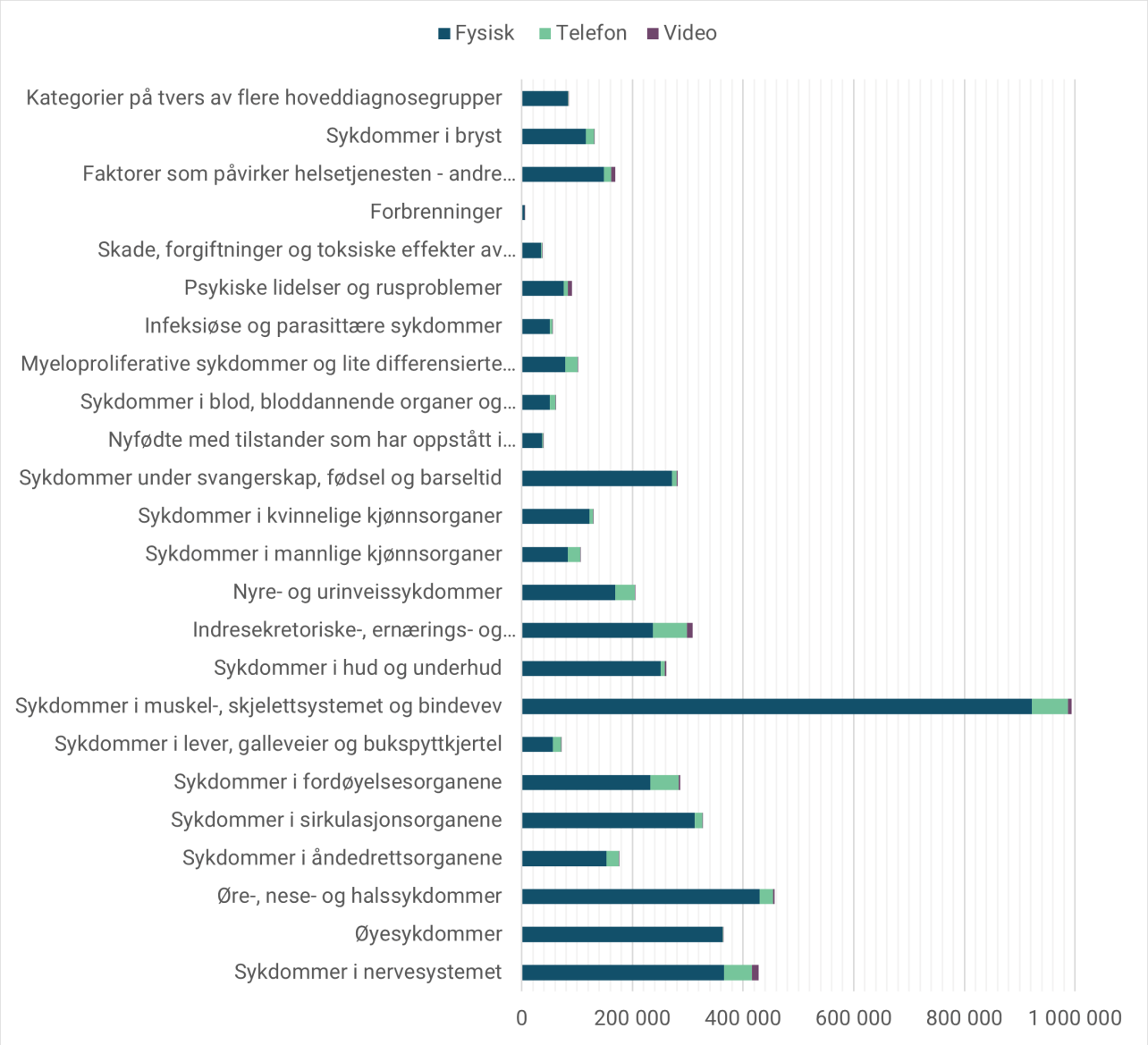
Telefon- og videokonsultasjoner for somatisk sektor

Det er ingen markant økning i noen av helseregionene i bruk av telefon- og videokonsultasjoner fra 2021 til 2022. Figur 28 viser det totale antall telefon- og videokonsultasjoner med pasienter som ble rapportert fra helseforetakene i 2022.



Figur 28 Omfanget av telefon- og videokonsultasjoner for somatisk sektor per RHF per tertial. 2022

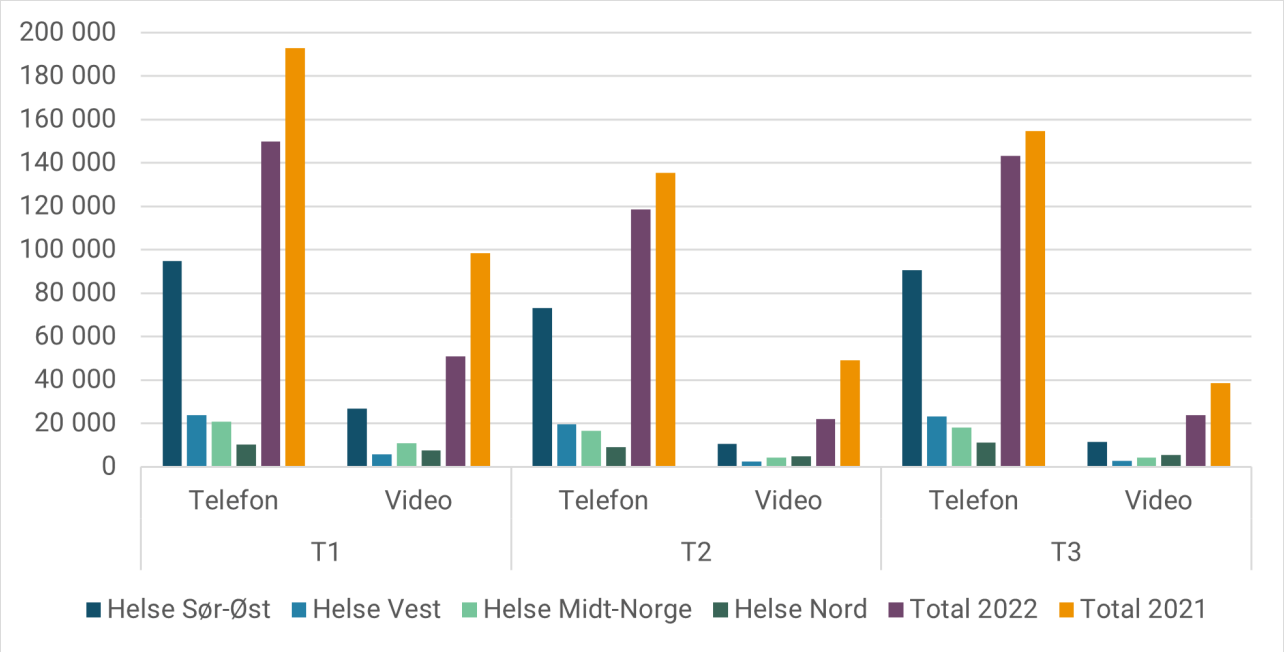
Fysiske konsultasjoner er dominerende for pasienter i alle hoveddiagnosegrupper. Figur 29 viser hvordan de ulike typer konsultasjoner fordeler seg innen hver av diagnosegruppene i 2022.



Figur 29 Kategorisering av typer av polikliniske konsultasjoner målt i antall per hoveddiagnose¬gruppe. 2022

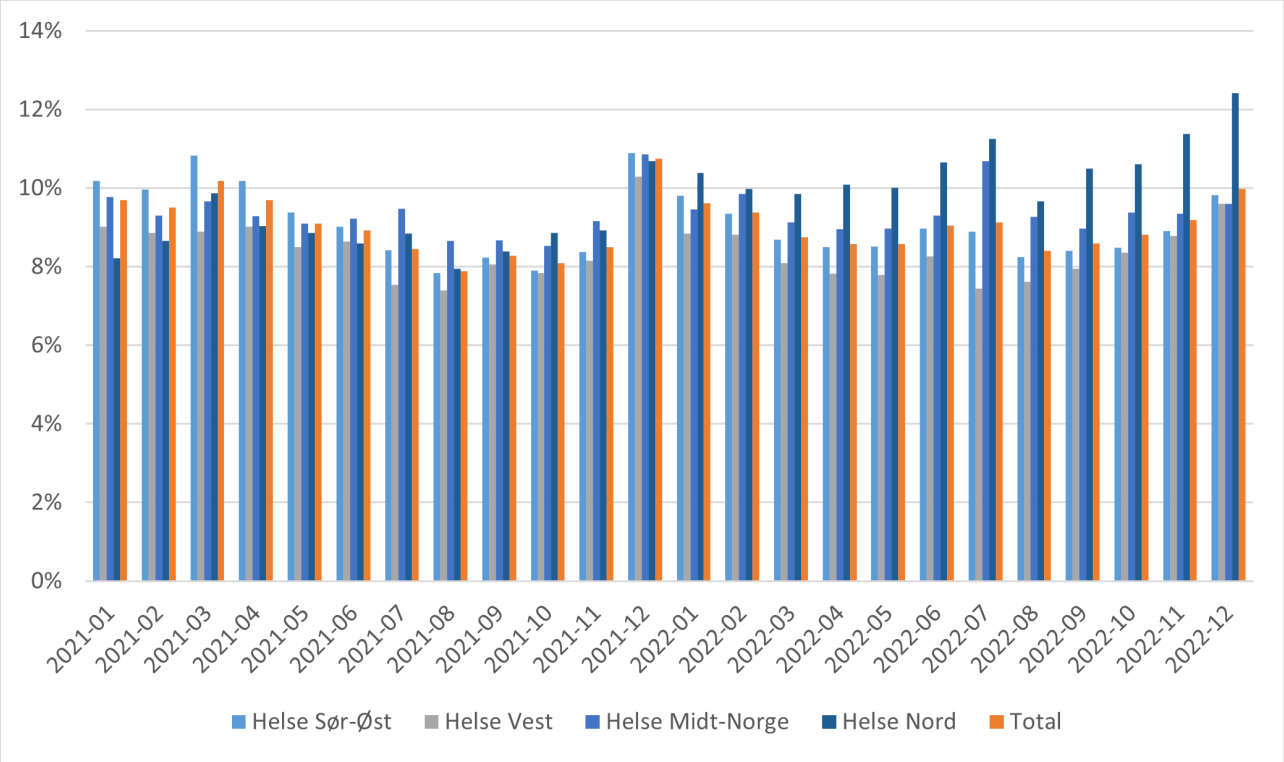
Omfanget av telefon- og videokonsultasjoner per RHF for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Bruk av telefon og videokonsultasjoner har et større omfang innen PHV og TSB enn i somatikken. Figur 30 viser antall konsultasjoner ved bruk av henholdsvis telefon og video. Telefon blir oftere brukt enn video også innen PHV og TSB. Samlet er det en nedgang for begge typer konsultasjoner fra 2021 til 2022.



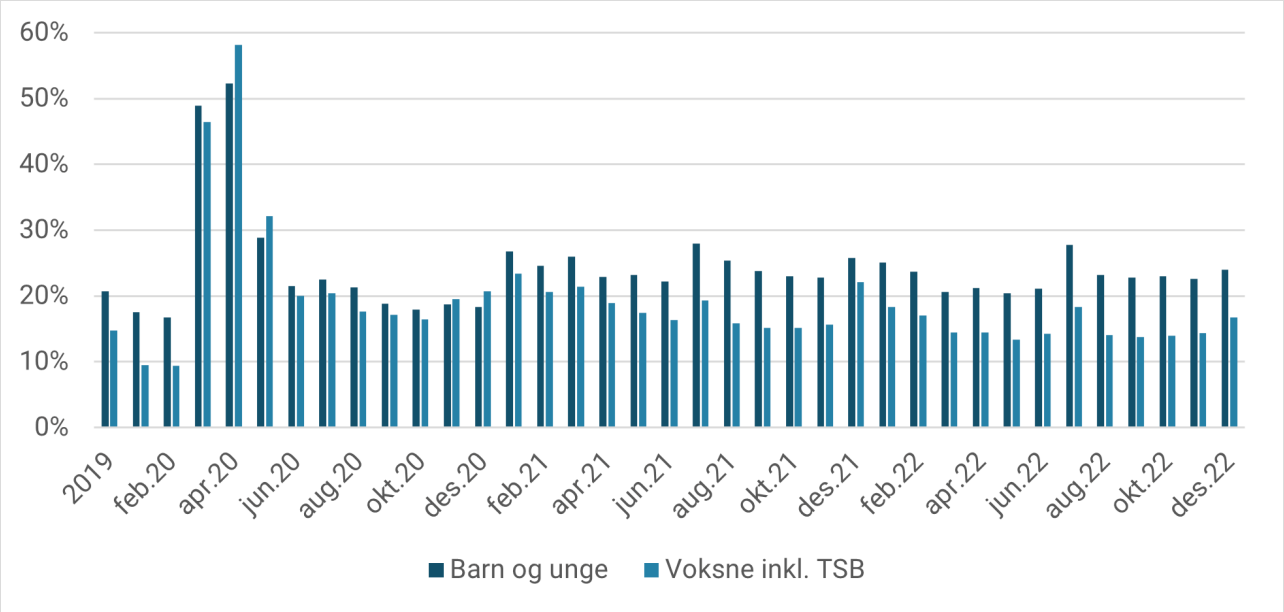
Figur 30 Antall telefon- og videokonsultasjoner for psykisk helsevern og tverrspesialisert rusbehandling per RHF per tertial 2022. Total for landet 2021 og 2022.

Vi har tidligere sett at andelen telefonkonsultasjoner økte kraftig under nedstengningen av sykehus i forbindelse med koronapandemien i mars, april og dels mai i 2020. Aktiviteten stabiliserte seg siden på et høyere nivå enn før covid-utbruddet. Figur 31 viser andel telefonkonsultasjoner i somatikken per måned i tiden 2021 – 2022.



Figur 31 Andel telefonkonsultasjoner somatikk per måned per helseregion. 2021- 2022

Tilsvarende utvikling skjedde også for telefonkonsultasjoner innen PHV og TSB med en kraftig økning fra mars til mai 2020 under nedstengningen. Figur 32 viser utvikling i aktivitet per måned, og vi ser at aktiviteten stabiliserte seg i ettertid på et høyere nivå enn før covid-utbruddet. En større andel av konsultasjonene for barn og unge gjøres per telefon sammenlignet med for voksne. I 2022 ble i alt 23 prosent av alle polikliniske konsultasjoner for barn og unge gjennomført ved bruk av telefon, mens denne andelen var 15 for voksne. I 2021 var andelen konsultasjoner per telefon 24 prosent for barn og unge og 18 prosent for voksne.



Figur 32 Andel telefonkonsultasjoner i PHV/TSB fordelt på barn og unge og voksne. 2019 og per måned i perioden 2020 - 2022

Fotnoter

[11] Helsedirektoratet. Rapport 15.september 2022. Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenester

[12] Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Vedtak i møte 17/3-2016.

[13] Data er hentet fra rapportering til NPR for definerte grupper i Innsatsstyrt finansiering og brukes både til styring og finansiering. Kategoriene eller Særtjenestegruppene (STG) rapporteres for pasienter som følges opp med digital hjemmeoppfølging og rapporteres tertialvis.

[14]Flytting av spesialisthelsetjenester hjem. Effekter for pasienter og primærhelsetjenester

5

Effekter for primærhelsetjenesten og brukerne

Hensikten med flere av digitaliseringstiltakene i helse- og omsorgstjenestene er å bedre kvaliteten i tjenestene, med særlig fokus på dimensjonen ressursutnyttelse. Som det framgår av "NOU 2023: 4. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste", kan arbeidsbesparende teknologi være en del av løsningen på bærekraftsutfordringene vi står ovenfor. Effekten kan gjelde både for brukere og pasienter som mottar tjenester ved hjelp av teknologi, men også for de som skal motta mer "tradisjonelle" helse- og omsorgtjenester. Etter hvert som personellmangelen blir mer uttalt, kan teknologiske løsninger frigjøre tid også til de "ikke-digitale" helse- og omsorgstjenester.

Effekter av å flytte spesialisthelsetjenester hjem

Helsedirektoratet leverte i 2022 et kartleggingsoppdrag[15] knyttet til effekter av å flytte spesialisthelsetjenester hjem ved hjelp av teknologi. I oppdraget ble det konkludert med at omfanget av denne forflytningen fremdeles er for lavt til å si noe sikkert om effektene.

Selv om det har vært noe økning i den type tjenester som ble sett på i kartleggings-oppdraget (jfr kapittel 4), så er det rimelig å anta at analyse av effektene fremdeles er omtrent likelydende som sist. Erfaringer oppsummert i rapporten fra 2022 inngår derfor i det følgende. Først for helse- og omsorgstjenestene i kommunene, så for brukerne/pasientene.

Effekter for primærhelsetjenesten

Hjemmesykehus

Type effekter	Funn i kartleggingen
Positive	Positivt for kommunen å bli involvert i opplæring og forberedelser slik at de kan bistå pasienten ved behov. Det samarbeides godt mellom helsepersonell fra sykehus og kommune
Negative	Involvering som regel ikke medregnet i tiden som er avsatt for kommunens helsepersonell til hjemmebesøk. Dette kan medføre stress og forsinkelser.
Kompetanse	Kompetanseoverføring begge veier
Ressurser	Forutsetter samarbeid og god planlegging på operativt nivå, samt fleksibel bruk av ressurser i kommunen. Med mange flere pasienter innlagt i hjemme sykehus kan det også få betydning for kommunens ressursbehov. Griper inn i kommunenes rammefinansiering.
Ansvarsfordeling	Reguleres av sørge for-ansvaret (overordnet nivå). Det er naturlig at spørsmålet er omhandlet i samarbeidsavtalen mellom kommunen og HF/RHF.

Digital hjemmeoppfølging basert på data fra pasienten

Type effekter	Funn i kartleggingen
Positive	Verdifullt at pasienten har en egenbehandlingsplan (EBP) med grenseverdier når overføring skjer fra sykehuset. Det er ressursbesparende og gjør det lettere å vurdere behov og iverksette videre oppfølging.

Negative	Ekstraarbeid når pasientdata og EBP må legges inn manuelt i DHO løsningen.
Kompetanse	Samarbeid mellom helsepersonell har bygget tillit mellom ansatte i ulike deler av tjenesten. (NVP)
Ressursbruk	Foreløpig ikke tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag i forskning til å kunne si sikkert om digital hjemmeoppfølging har noen effekt på ressursbruk i primærhelsetjenesten sammenlignet med vanlig praksis. (FHI[16])

Video og telefonkonsultasjon

Type effekter	Funn i kartleggingen
Positive	Digital samkonsultasjon for voksenpsykiatriske tjenester styrker samarbeidet mellom kommunene i regionen og spesialisthelsetjenesten gjennom dialog. Kan bidra til kvalitet i vurdering. Bruk av digital samkonsultasjon i voksenpsykiatriske tjenester i Sogndal kommune (FHI rapport 2023)[17] Digital samhandling er et enkelt, billig og effektivt steg mot bedre informasjonsutveksling i helsetjenesten.
Negative	Fastlegene er bekymret for hvordan bruk av video skal integreres, og at økt tilgjengelighet skaper mer påtrykk og belastning på å levere.
Kompetanse	I en studie av telemedisinsk behandling av trykksår rapporterte hjemmesykepleien om økt samhandling, kompetanseheving, økt trygghet og økt forutsigbarhet i pasientoppfølgingen

Nettbasert behandling

Type effekter	Funn i kartleggingen
Positive	Erfaringen med eMeistring i Helse Stavanger er at opptaksområdet dekker mange kommuner og eMeistring kan på den måten være et bidrag til kommunens oppfølging av personer med, moderate og alvorlige helseplager, også i kommuner som har begrenset kapasitet/ tjenester og/eller dekker store områder.

Effekter for brukerne

Hjemmesykehus

Type effekter	Funn i kartleggingen
Positive	Øker trolig overlevelsesevne (Folkehelseinstituttet[18]) Erfaringene med hjemmesykehus for barn viser at det er like trygt å behandle hjemme som på sykehus. Hjemmebehandling medvirker til redusert stressnivå, redusert psykisk belastning og økt livskvalitet hos foreldre og barn (rapport). Ved hjemmedialyse kan pasientene spare mye tid på reising. Kan gi større frihet til å bestemme når dialysen gjennomføres og kan tilpasses pasientens hverdag (kvalitetsindikator). En fersk studie viser at pårørende spilte en viktig rolle i hjemmesykehus, selv om deres oppgaver, involvering og innsats varierte på tvers av ulike faser under hjemmesykehus -behandling. Studiefunnene bidrar til en større forståelse av den dynamiske karakteren til omsorgspersonens opplevelser under hjemmesykehus –behandling.[19]
Negative	Noen utfordringer erfart med hjemmeoppfølging er at det griper inn i hjemmets kvaliteter og relasjoner i nærmiljøet. Kan kreve tilstedeværelse 24/7 for pårørende. Pårørende har allerede en høy belastning og dette kan ha konsekvenser for at pårørende kan selv bli syke og falle ut av arbeidslivet.

	kvinnehelseutvalget viser til at det ofte er kvinner som bærer den tyngste pårørendeoppgaven. Det vil derfor også være kvinner som blir syke og ikke klarer å stå i jobb.

Video og telefon

Type effekter	**Funn i kartleggingen**
Positive Gir mange fordeler for pasientene	Gir rask og rett hjelp på rett nivå. Bidrar til å gi innbyggerne i Sogn bedre helsetilbud og å bringe spesialisthelsetjenesten nærmere der pasientene bor. Sparer pasienten for mange slitsomme reiser til sykehuset. Informantene erfarte også at deltakerne ofte var godt forberedt til samarbeidsmøter på video. De fikk diskutert og løst problemstillinger hurtigere enn i et fysisk møte. Flere hadde mulighet til å koble seg på samarbeidsmøter, som fastlegen, hjemmetjenesten eller spesialisten fra sykehuset, når de slapp å bruke tid på å reise for å delta på møtet. Indikerer at det er generelle fordeler med å bruke videokonsultasjon når omstendighetene ikke tillater ansikt-til-ansikt konsultasjoner (psykisk helsevern). Ved telemedisinsk behandling av trykksår føler pasientene at de medvirker i større grad enn når de er innlagt på sykehus. De opplever stor verdi av å kunne være hjemme hos sine nærmeste og slippe den belastende reiseveien til og fra sykehuset for poliklinisk oppfølging. De føler seg like trygge på at de får riktig behandling og sårene gror like godt hjemme som på sykehus. En studie om bruk av videokonsultasjon ved en revmatologisk poliklinikk finner at pasientene følte seg like godt ivaretatt av behandler i videokonsultasjonen som ved fysisk oppmøte. Kan gi tettere oppfølging av innbyggere som pga. immobilitet, geografisk avstand eller av andre årsaker har vansker med å møte opp fysisk.
Negative	Erfaring er også at videomøter er intense og krevende, og at de derfor ikke burde vare lenger enn en time. Manglende sikkerhet for de mest sårbare tjenestemottakerne og noen temaer som ble vurdert som uegnet for videokonsultasjon.

Digital hjemmeoppfølging basert på data fra pasienten

Type effekter	**Funn i kartleggingen**
Positive	Kunnskap om digital hjemmeoppfølging viser at • det bidrar til å bremse en forverring i helsetilstanden for personer med kronisk sykdom, • øker forståelse for og mestring av egen sykdom, • og øker trygghet og helsemessig tilfredshet blant dem som mottar tjenesten[20] (Helsedirektoratet, 2022a). Forskning viser at • pasienten gis rask tilgang til medisinsk ekspertise uavhengig av distanse og behandlingssted ved telemedisinsk oppfølging av hjemmedialyse.[21]

Nettbasert behandling

Type effekter	**Funn i kartleggingen (metodevurdert)**
	Studier på internett-terapi[22], har vist at brukere som får nett-terapi stort sett er like fornøyde som ved fysisk oppmøte.

Positive	Fordeler med asynkron digital kontakt med pasienter: • Jobbe med behandlingen når det passer for seg • Slipper reisevei til behandlingen Pårørende kan også lettere inkluderes og informeres om behandlingen hvis pasienten ønsker det. • kan bidra til økt innsikt og forståelse for pasientens utfordringer.

Det har så langt vært utfordrende å dokumentere effekt av å flytte tjenester hjem ved hjelp av teknologi. Et viktig spørsmål er om vi oppnår økt bærekraft ved å fortsette utvikling og implementering av ordningene, uten å risikere store og udekkede kostnader for kommunene. Helsedirektoratet følger nøye med på utviklingen.

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra HOD tilpasset minimetodevurdering til også å omfatte kommuner. Dette er et sentralt bidrag i følge med på dette feltet videre. Den nasjonale databasen vil være nyttig for kommunene for å søke kunnskap om effekter ved bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenestene.

Effekter ved bruk av velferdsteknologiske tjenester i kommunene

I tillegg må vi vurdere følge nøye med på effektene av å innføre velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging for kommunene og på tvers av tjenestenivåer. Gevinster for økt kvalitet og sparte ressurser ble sist omtalt i gevinstrapporten fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram[23]. Det er mange gevinster her som man kan anta vil øke proporsjonalt med økt implementering, men det er viktig å vurdere effektivitet i forhold til kvalitet ved implementering. Noen tiltak vil gi økt kvalitet og økt ressursutnyttelse, mens andre ikke vil det. Samme tjeneste kan gi økt trygghet og mestring for noen, mens andre vil oppleve større nytte og bedre kvalitet ved at personell kommer hjem. Dette kan være vanskelige avveininger når det er mangel på ressurser og store krav til effektivitet. Bruk av teknologi må vurderes ut fra hver enkelt persons nytte og behov på samme måte som for andre tjenester.

Det er også viktig å følge med på den samfunnsøkonomiske nytten av velferdsteknologien/digitaliseringen, kanskje særlig i de tilfeller der man ikke ser umiddelbar effekt på hver enkelt aktørs budsjett.

Fotnoter

[15] Kartleggingsoppdrag Flytte tjenester hjem - Rapport - endelig versjon.pdf (helsedirektoratet.no)

[16] FHI 2022. Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten: en systematisk oversikt

[17] FHI rapport 2023. Bruk av digital samkonsultasjon i voksenpsykiatriske tjenester i Sogndal kommune Minimetodevurdering for kommuner.

[18] Folkehelseinstituttet. (2017). Hjemmesykehus trolig et godt alternativ. Cochrane: Kort oppsummert. Oslo

[19] Karlsen et.al., BMC Health Services Research. 2023. Family caregiver involvement and role in hospital at home for adults: the patients' and family caregivers' perspective a Norwegian qualitative study

20] Helsedirektoratet. Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021. Digital hjemmeoppfølging-sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021

[21] Nygård, H. T. (2021). Effect of telemedicine for patients with chronic kidney disease who perform dialysis at home: a systematic review. Tromsø: The Arctic University of Norway.

[22] Titov N., D. B., Nielssen O., Staples L., Hadjistavropoulos H., Nugent M., Adlam K., Nordgreen T., et.al. (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. PubMed

[23] Gevinstrealiseringsrapport - en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, 2021.pdf (helsedirektoratet.no)

6

Veien videre – oppsummering av innspill og noen sentrale tiltak

Webinar

Som ledd i innsiktsarbeidet med denne rapporten ble det avholdt et webinar med bidrag fra forskjellige sentrale aktører innen feltet velferdsteknologi og helse-tjenesteutvikling.

Aktørene som var representert var:

- Nasjonalforeningen for folkehelse
- Fagforbundet
- Helse Vest RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Norsk sykepleierforbund
- Pensjonistforbundet
- NHO/Dignio

Spørsmålene som ble stilt til aktørene som grunnlag for deres innspill til den nasjonale satsningen på spredning av velferdsteknologi og følge med-arbeidet knyttet til denne spredningen var:

- Hva er de viktigste utfordringer knyttet til bruk og spredning av velferdsteknologi i omsorgstjenestene?
- Hva mangler av tilgjengelige data for å gi oss bedre kunnskap om utbredelse av helse- og omsorgstjenester gitt ved hjelp av velferdsteknologi?
- Hvordan kan velferdsteknologi bidra til å ivareta kvalitet i tjenestene, og hvordan kan vi i framtiden måle denne kvaliteten?
- Hvordan kan teknologitjenester bidra til en mer effektiv bruk av personell?

Alle innspill gjengis ikke i sin helhet her, men tas med i det videre arbeidet. Her følger noen av hovedpunktene i innleggene og tilbakemeldingene på webinaret:

Blant barrierene mot å ta i bruk (velferds-)teknologi i tjenestene ble følgende trukket fram:

- For lite kompetanse blant helsepersonell i riktig bruk av velferdsteknologi
- Manglende digital helsekompetanse hos mange brukere kan utgjøre risiko for pasientsikkerhet og inklusjon
- Manglende økonomiske incentiver, særlig i kommunene, til å stimulere økt bruk av teknologi
- Anskaffelsesregelverket og markedet fortoner seg om uoversiktlig for umodne kommuner.
- Manglende infrastruktur for deling av data til/fra teknologisk utstyr
- Registerdata mangler en del elementer som kunne ha vært nyttig for å vurdere gevinster av teknologi

Når det gjelder hva som mangler av data om utbredelse og effekt av teknologi i helse- og omsorgstjenestene ble blant annet følgende trukket fram:

- Flere teknologier/tiltak burde framkomme i registerdata (f.eks. digital hjemmeoppfølging i kommunene)
- Det mangler data om effekt av bruk av teknologi – på brukeres helsetilstand, brukeres tilfredshet med tjenestene og brukernes funksjonsnivå

- Det mangler automatisk genererte data fra teknologien
- Det mangler god oversikt over tidsbruk i helse- og omsorgstjenestene

Når det gjelder hvordan teknologi kan bidra til å ivareta kvalitet i helse- og omsorgstjenestene og mer effektiv bruk av helsepersonell, så kom blant annet følgende fram:

- Det er et stort effektiviseringspotensial i bruk av teknologi. Det betinger imidlertid at sentrale barrierer ryddes av veien.
- Viktig at man satser på riktig teknologi for å utløse gevinster som spart tid. Ikke all teknologi har et tidsbesparende potensiale.
- Viktig å få "større data" for å gi en riktig evaluering av effekt av bruk av teknologi. Man må ikke konkludere for raskt, basert på for små data. Det tar tid og det må investeres i utstyr for å realisere gevinster.
- Viktig å satse på økt digital helsekompetanse i særlig den eldre befolkningen.
- Det må gjøres mer forskning på kvantitative gevinster av velferdsteknologi.

Den kommende helseteknologiordningen

Regjeringen varslet i Hurdalsplattformen at de vil lansere en helseteknologiordning. Denne ordningen er tenkt å stimulere kommunene til anskaffelse og implementering av journalsystemer og velferdsteknologi.

På oppdrag fra regjeringen lagde Direktoratet for e-helse i fjor en løypemelding[24] med forslag til innretning av helseteknologiordningen, i samarbeid med Helsedirektoratet og KS.

Vi ser at kommunene i økende grad tilbyr velferdsteknologitjenester, jfr kapittel 3. Det er viktig å rigge arbeidet med helseteknologiordningen slik at den gode utviklingen i digitalisering og innføring av velferdsteknologi kan fortsette. For å realisere gevinstene av anskaffelse av velferdsteknologi, er det avgjørende at man fortsetter å ha søkelyset på tjenesteutvikling for å kunne tilby velferdsteknologi på lik linje med øvrige tjenester. Erfaringer fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram har vist at kjerneelementer som prosessveiledning og nettverksarbeid er sentrale i å utløse gevinster ved innføring av velferdsteknologi.

Digital hjemmeoppfølging

Ved oppstart i september 2022 er det etablert spredningsprosjekt i 17 av 19 helse-fellesskap, fordelt på 15 samarbeidsprosjekt der både kommuner, helseforetak og fastleger samarbeider om å etablere DHO. Det er jobbet opp mot statsforvalter og kommuner og helseforetak for å få med de to siste ved utlysning av tilskudd for 2023. Prosjektene er forespeilet deltakelse ut 2024 forutsatt at det bevilges midler over statsbudsjettet. Prosjektene har jobbet i tråd med milepæl 1; avklare behov, forankring, innsiktsarbeid i forhold til behov hos ulike aktører og brukere, avklare målgruppe og felles målsetting, samt å lage en plan for hvilke gevinster de forventer av arbeidet.

Prosjektene omfatter fra 2 til alle kommuner innen helsefellesskapet. Prosjektene rapporterer at forankringsarbeidet og innsiktsarbeidet har tatt mer tid enn forventet, mye på grunn av at man må jobbe i mange kommuner og i flere avdelinger på sykehus. Det er likevel stort ønske om å delta, da deltakerne opplever at man må tenke nytt og ta i bruk digitale verktøy i arbeidet. Prosjektene har bidratt til aktivitet og samarbeid i Helsefellesskapene og noen av koordinatorene er med i de lokale arbeidsgruppene. Fellessamling og prosjektledersamlinger er sett som svær nyttig for å kunne dele erfaringer og få økt forståelse av hva man skal i gang med i de enkelte prosjekt. Pr 31.12.22 er det rapportert at 915 pasienter følges med digital hjemmeoppfølging i de deltakende kommuner. Dette fordeler seg på mange ulike pasientgrupper og problemstillinger.

Videre arbeid

Velferdsteknologiske tjenester og digital hjemmeoppfølging må utvikles videre for å bidra til bærekraftige tjenester fremover.

Ensidig søkelys på effektivitet kan komme i konflikt med kvalitetskravene og virke mot sin hensikt dersom brukeren ikke har nytte av tjenesten. For å sikre best mulig nytte av så vel hjemmesykehus som velferdsteknologi er det derfor viktig at både tjenestemottakere, pårørende og ansatte har kompetanse og får nytte av å ta de ulike tjenestene i bruk. Dette kan best sikres gjennom brukermedvirkning. Når alle sentrale aktører involveres i utvikling og implementering av teknologiske tjenester er mulighetene større for å oppnå både økt effektivitet og kvalitet i tjenesten.

Den raske økningen av bruk av teknologi; særlig i kommunene, kan være en indikasjon på at tiltakene som er iverksatt på området, med Nasjonalt velferdsteknologiprogram i spissen, har bidratt til en økt digitalisering av tjenesten. Det er likevel lang vei igjen å gå for at bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenestene fullt ut når et nivå som kan bidra til å avhjelpe bærekrafts-utfordringene vi står ovenfor.

Det er også stor variasjon mellom kommunene når det gjelder implementeringstakt. Det at små kommuner later til å ha kommet kortere kan være et bekymringsfullt uttrykk for uønsket variasjon. Vi har også indikasjoner på at noen av de nordligste kommunene, der både avstander og bærekraftsutfordringer antageligvis er enda større, har kommet kort når det gjelder å ta i bruk velferdsteknologi.

Rapportering fra kommunene til KPR er viktig for å følge med på utbredelse av de ulike tjenestene i kommunene. Hvilke tjenester som kommunene tar i bruk, må derfor fanges opp, samtidig som vi sikrer gode definisjoner og operasjonalisering av de ulike tjenester. Helsedirektoratet vil jobbe for å kunne følge enda bedre med på implementeringstakt og utløste gevinster av teknologi i helse- og omsorgstjenestene framover. Det jobbes med nye kodeverdier for teknologi i kommunene/KPR og det jobbes med å innhente pasien-trapporterte utfallsmål som vil kunne berede grunnen for å følge med på effekten og gevinstene ved bruk av helseteknologi. Sammen med direktoratet for e-helse og NHN jobbes det med å legge til rette for datafangst direkte fra velferdsteknologisk utstyr (bl.a. gjennom velferdsteknologisk knutepunkt). Dette kan gi ny informasjon som må analyseres i framtidige følge med-rapporter på området. Et annet sentralt moment i videre arbeid med KPR er å få inn digital hjemmeoppfølging, i henhold til definisjonen omtalt i denne rapportens kapittel 2. Da kan vi i framtiden også følge med på kommunenes implementering av denne arbeidsformen som del av tjenestetilbudet. Foreløpig har vi kun oversikt over dette feltet i kommunene gjennom prosjekt-rapportering.

Fotnoter

[24] Første løypemelding for Helseteknologiordningen - regjeringen.no

Vedlegg

Vedlegg 1: Invitasjon til webinar. Velferdsteknologi i omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet skal på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet levere en årlig statusrapport for kommunenes omsorgstjeneste. Rapporten skal beskrive utviklingstrekk og peke på utfordringer og trender fremover. Hdir skal gi en kort overordnet kvalitativ og kvantitativ analyse av den generelle utviklingen i sektoren og på faglig grunnlag velge ut noen områder det det er behov for en særlig vurdering/omtale. Tema for årets rapport er bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene.

For å få et godt kunnskapsgrunnlag ønsker vi innspill fra interesseorganisasjoner og sektoren om hvilke utfordringer og trender dere ser knyttet til bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene. Deres innspill kan bidra til et helhetlig bilde av situasjonen. Helsedirektoratet vil i tillegg bruke erfaringer og kunnskap fra relevante prosjekt, evalueringer og forskning i en samlet statusrapport.

Sentrale spørsmål vi ønsker belyst er:

- Hva er de viktigste utfordringer knyttet til bruk og spredning av velferdsteknologi i omsorgstjenestene?
- Hva mangler av tilgjengelige data for å gi oss bedre kunnskap om utbredelse av helse- og omsorgstjenester gitt ved hjelp av velferdsteknologi?
- Hvordan kan velferdsteknologi bidra til å ivareta kvalitet i tjenestene, og hvordan kan vi i framtiden måle denne kvaliteten?
- Hvordan kan teknologitjenester bidra til en mer effektiv bruk av personell?

Innspill kan være overordnet eller på mer spesifikke tema. Hver organisasjon inviteres til et muntlig innspill på 10 minutter. Det settes av tid til spørsmål og diskusjon. Vi ber om at innspillet leveres skriftlig, som et kort notat eller i punkter. Bidragene vil brukes i en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet som skal leveres innen 1.juli 2023.