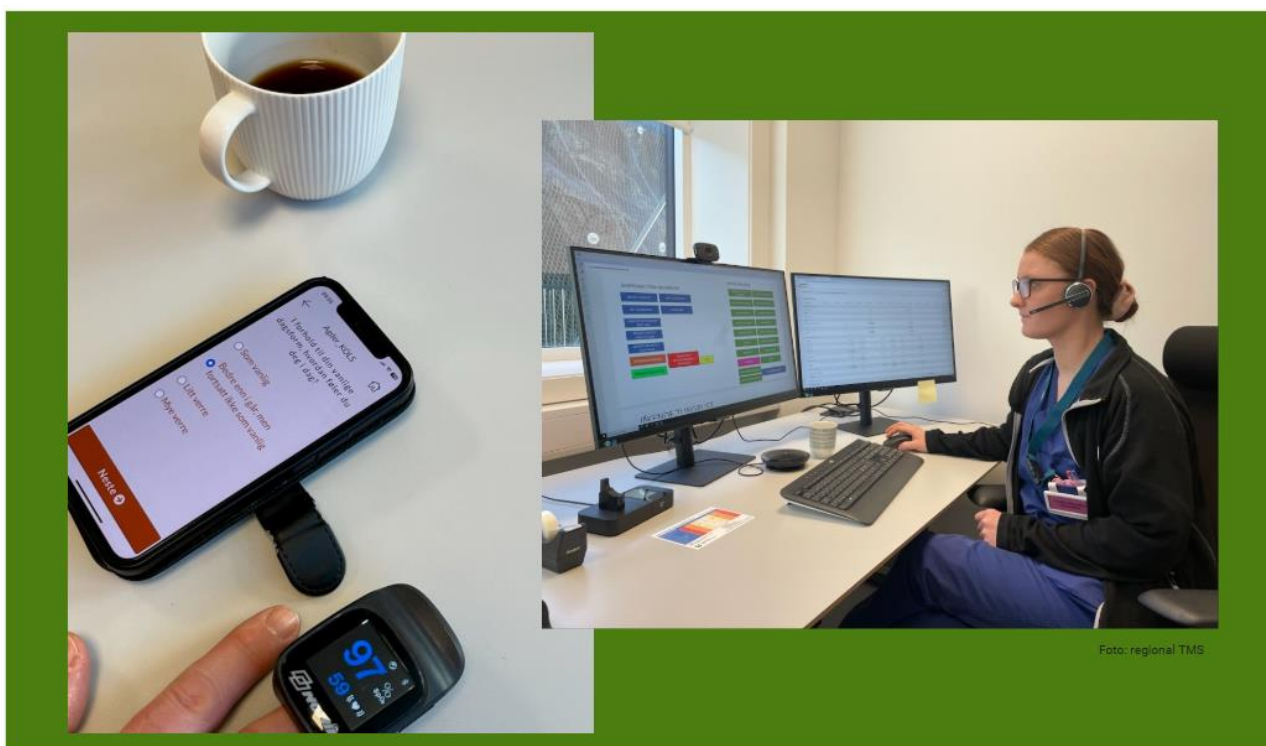


# Sluttrapport spredning digital hjemmeoppfølging på Agder 2022-2024



Utarbeidet av prosjektet spredning digital hjemmeoppfølging Agder  
v/Prosjektleder Christine Widding Kaspersen, delprosjektleder Camilla Gabrielsen og delprosjektleder  
Audun Solstad, med innspill fra prosjektgruppen.

14 februar 2025



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	2
Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Historikk og organisering.....	5
2 Mål med tiltaket.....	6
2.1 Mål med digital hjemmeoppfølging og målgruppe i vårt prosjekt.....	6
2.2 Forventede effekter for pasienter og helsetjenesten .....	8
2.3 Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging .....	8
3 Måloppnåelse og gevinster .....	10
3.1 I hvilken grad er målene oppnådd i vårt prosjekt? .....	10
3.2 Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?.....	10
3.3 Hvilke gevinster har prosjektet gitt? .....	11
3.4 Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet.....	13
4 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt.....	14
4.1 Tjenesteforløp fra regional telemedisinsk sentral .....	14
4.2 Tjenesteforløp brukt i eksisterende tjenester.....	15
4.3 Tjenesteforløp med samhandling mellom kommuner og sykehus.....	16
4.4 Erfaringer med bruk av egenbehandlingsplan .....	17
4.5 Leverandør og teknologi.....	18
4.5.1 Felles logistikk av utstyr innen digital hjemmeoppfølging .....	18
4.6 Samarbeid.....	18
4.6.1 Erfaring og samarbeid med fastleger.....	19
4.6.2 Samarbeid mellom sykehus og kommune .....	20
4.6.3 Samarbeid andre prosjekt.....	20
5 Prosessveiledning.....	23
6 Læringspunkter og erfaringer .....	23
7 Oppsummering og veien videre .....	25
7.1 Takksigelser.....	27
8 Vedlegg.....	28



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

## Sammendrag

Agder har bidratt til forskning og utvikling på området digital hjemmeoppfølging (DHO), igjennom flere prosjekt. Denne rapporten er en oppsummering av det arbeidet som er gjort i prosjektet spredning av digital hjemmeoppfølging fra august 2022 til desember 2024, med grunnlag i arbeid og erfaringer fra tidligere prosjekt. Rapporten beskriver det prosjektet har bidratt til, både regionalt og nasjonalt. I tillegg gjør rapporten rede for arbeidet som er gjort for å sikre en smidig overgang til drift og for i størst mulig grad, sørge for en bærekraftig organisering av digital hjemmeoppfølging på Agder.

*"De ringer og så kommer vi i fellesskap frem til en løsning når for eksempel oksygenopptak er lavt, og hører hvordan det går med meg."*

Det er stort potensiale i å videreutvikle tjenestetilbud som treffer pasientens behov og som er bedre rustet til å møte økningen på etterspørsel av helse og omsorgstjenester uten økte ressurser. Mot en bærekraftig organisering av digital hjemmeoppfølging vil det være behov for å se på prioriteringer for kostnadseffektivt tjenestetilbud og hvordan ulike digitale helsetjenester kan bidra til smartere måter for helsearbeidere å jobbe på. Prosjektet har bidratt til enkelte strukturer for dette arbeidet i regionen, men det er behov for arbeid nasjonalt for å sikre gode felles løsninger og rammer for at arbeidet kan sikre utfordringene vi alle står i.

Gjennom prosjektperioden var mye arbeid knyttet til organisering av tjenesten med et spesielt fokus på «pasienten i sentrum». For å evaluere prosjektets resultatmål har brukerevalueringer blitt gjennomgått og spørreundersøkelse sendt ut. Pasientenes

*"Jeg er enkemann, bor alene og har så og si ikke nettverk. Veldig bra å vite at noen 'vet om' meg og min situasjon."*

selvrapporterte gevinster fra 6 måneders evalueringer viser opplevelse av økt trygghet, økt innsikt i egen helse/sykdom og raskere tiltak ved forverring. Pasientene rapporterer at det er positivt å kunne møte helsetjenesten digitalt og opplever en

tettere oppfølging, i tillegg til at de oppsøker fastlege tidligere ved symptomer.

Det ble utarbeidet en nasjonal spørreundersøkelse som ble sendt ut og samlet inn regionalt. Denne undersøkelsen støtter evalueringen pasientene rapporterer i evalueringene. Av de som svarte på undersøkelsen viste det at hos 84 % hadde DHO økt deres opplevelse av trygghet og stor andel var fornøyd (34%) eller svært fornøyd (50%) med DHO totalt sett. I tillegg viste spørreundersøkelsen at DHO hadde hatt noe påvirkning på bruk av andre helsetjenester; 48 % hadde hatt færre besøk til fastlegen, 20 % hadde hatt færre sykehusinnleggelses og 14 % hadde hatt færre besøk av hjemmetjenesten.



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



## 1 Innledning

Det er i overkant av 300 000 innbyggere i Agder og regionen består av 25 kommuner som samarbeider i 4 regionråd både politisk og administrativt, i tillegg har de fire kommuneregionene (region Lister, region Setesdal, region Kristiansand og region Østre Agder) etablerte helseledernetverk. I regionen er det ett helseforetak (Sørlandet sykehus HF) med 3 lokasjoner (Flekkefjord, Kristiansand og Arendal).

Regionen har et tett samarbeid om felles prosjekter, og spesielt pasientforløp som går på tvers av forvaltningsnivåene. Videre samarbeider sykehuset og kommunene i Agder i Helsefelleskap med mål om at:

*«Kommunene på Agder og SSHF er pådrivere for en framtidsrettet og bærekraftig helsetjeneste på Agder. Vi utvikler i fellesskap helsetjenestene til beste for befolkningen på Agder ved å prioritere de samlede ressursene best mulig<sup>1</sup>»*

Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi (RKG)<sup>2</sup> ble etablert i 2016 av Rådmannsgruppen (nå Kommunedirektørutvalget), hvor et av målene er at kommunene i regionen skal være ledende innen bruk/implementering av velferdsteknologi i Norge. Fra 2020 ble programmet «E-helse Agder 2030» etablert med felles regional styringsgruppe. Representasjonen er RKG e-helse og sentrale representanter fra SSHF. Program E-helse Agder 2030 har vært styrende organ for flere satsninger og prosjekter i regionen, inkludert spredning DHO Agder.

Våren 2021 ble Digi Agder<sup>3</sup> etablert som et nettverkssamarbeid mellom alle kommunene i Agder og Agder fylkeskommune, og inngår i den regionale samhandlingsstrukturen. Digi Agder skal jobbe med innføring av digitale fellesløsninger, videreutvikle digitale løsninger som allerede er i bruk, være et idemottak og samle erfaringer. Gjennom samarbeid kan kommunene ta i bruk nye digitale løsninger raskere, slik at alle som bor i Agder får lik tilgang til digitale kommunale tjenester. Målet med Digi Agder er å løfte kommunene og sammen finne gode løsninger for innbyggerne i hele Agder. Prosjektet har hatt samarbeid med Digi Agder for erfaringsdeling, kompetanseheving og koordinert arbeid knyttet til KS sentralt sine satsningsområder.

Ved utarbeidelse av denne rapporten foregår det et arbeid og restrukturering om hvordan regional struktur for samarbeid om e-helse i Agder skal se ut for best mulig koordinering og styring. Dette vil være et viktig arbeid for å sikre god støtte for driftsorganisering og videre utvikling av DHO, samt annen helseteknologi i regionen.

<sup>1</sup> [revidert-strategi--helsefelleskapet-agder-vedtatt-02.juni-2023--oppdatert-med-bilde-nov.-2024.pdf](#)

<sup>2</sup> [eHelse Agder – Regional koordineringsgruppe for e-helse og velferdsteknologi i Agder](#)

<sup>3</sup> [Digi Agder](#)



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



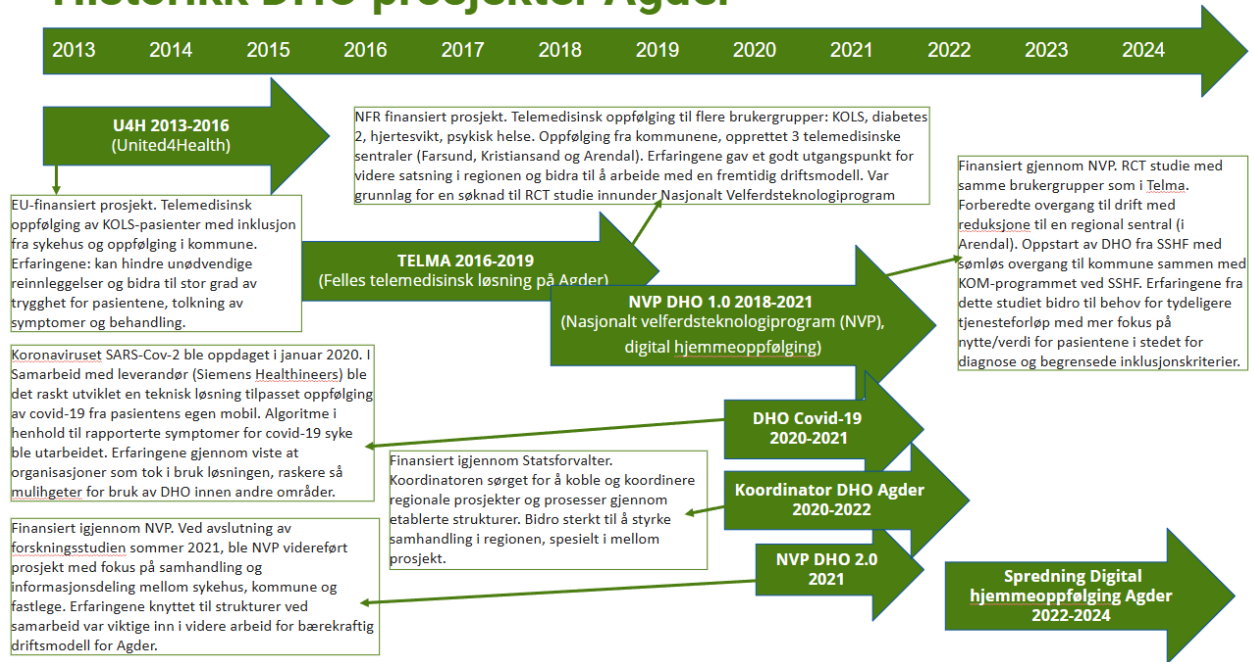
Grimstad  
kommune



## 1.1 Historikk og organisering

Kommunene i Agder, Sørlandets sykehus helseforetak (SSHF), fastleger, Universitetet i Agder (UiA) og ulike bedriftspartnere har samarbeidet om prosjekter innen trykthetsteknologi og digital hjemmeoppfølging siden 2013. Arbeidet som er gjort i regionen innen DHO har hatt stor betydning for retning og valg i videre driftsorganisering i dette prosjektet (se figur 1 for oppsummering). Mer informasjon om flere av disse prosjektene ligger på ehelseagder.no<sup>4</sup>

### Historikk DHO prosjekter Agder



Figur 1; Historikk

I hele prosjektperioden var programstyret e-helse 2030 styringsorganet for prosjektet og det ble igjennom denne strukturen, sikret forankring ut i regionen, samarbeid med andre regionale prosjekt og samhandling med sykehus. Sykehuset var representert i styringsgruppen på ledelsesnivå og det var i tillegg en frikjøpt ressurs nærmere tjenestene inn i prosjektet.

<sup>4</sup> [Prosjekter – eHelse Agder](#)



## Organisering

### Styingsgruppe:

Programstyret e-helse 2030, representanter fra alle 4 regioner, helseledere fra de 3 største kommunene og SSHF, med IKT miljø og KS som observatører

### Prosjekteier:

Brede Skaalerud, direktør helse og mestring, Kristiansand Kommune

### Prosjektleder:

Christine Widding Kaspersen, helse og mestring, Kristiansand Kommune

### Samarbeidspartnere:

Kristiansand kommune, Farsund kommune, Arendal kommune, Grimstad kommune, Sørlandet Sykehus Helseforetak

### Prosjektgruppe:

**Delprosjektleder regional TMS og region Østre Agder:** Audun Solstad, Arendal kommune

**Delprosjektleder DHO ute i tjenesten og region Lister:** Camilla Gabrielsen, Farsund kommune

**Prosjektmedarbeider DHO psykisk helse:** Torunn Helen Eidså, USHT, Kristiansand kommune

**Prosjektmedarbeider Fastlege:** Camilla Berg-Utby, Sør Arena Legesenter, Kristiansand

**Prosjektmedarbeider SSHF:** Kirsti Askedal, SSHF Kristiansand

### Samarbeid andre prosjekt i prosjektperioden:

Innovasjonspartnerskapet Agder v/ Marit Svindland

EU-prosjektet CRANE v/ Ingrid Kjørstad

Innføringsprosjektet 2.0 v/ Christine W. Kaspersen og Marianne Holmesland

TransCare v/ Camilla Gabrielsen

IKT senior Agder v/Ingunn Meyer Norschau

## Mål og målgruppe

### Prosjektets hovedmål:

Skape en bærekraftig utvikling og organisering av digital hjemmeoppfølging som bidrar til god fysisk og psykisk helse, samt mestring av egen sykdom hos flere aktuelle pasient- og brukergrupper på Agder.

### Målgruppe:

Flere aktuelle pasient- og brukergrupper som kan tenkes å ha nytte av digital hjemmeoppfølging som en forebyggende tjeneste eller som erstatning til annen tjeneste.

Figur 2; Faktaboks om prosjektet

## 2 Mål med tiltaket

Hovedmålet for prosjektet var å støtte opp om Helsedirektoratets målsetting:

*Bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse for personer som benytter digital hjemmeoppfølging, samt økt bærekraft for helse- og omsorgstjenesten.*

Agder har kommet et stykke på vei innen e-helse og samhandlingen mellom kommune, sykehus og fastlege, men identifiserte ved starten av dette prosjektet, flere problemstillinger som styrket behovet for ytterligere innovative prosesser og utarbeidelse av felles løsninger. Blant annet utarbeidelse og implementering av helhetlig tjenestemodell, hvor aktørene involveres og de innovative tjenesteforløpene innføres, slik at det gir gevinster.

Agder ønsket å se videre på DHO som en del av flere digitale verktøy for å gi innbyggere i Agder en mer behovstilpasset digital helseoppfølging. Arbeidet ville ses i sammenheng ved bruk av helhetlig tjenestemodell for å arbeide strukturert mot økt bærekraft for helse- og omsorgstjenesten for å møte de demografiske endringene.

### 2.1 Mål med digital hjemmeoppfølging og målgruppe i vårt prosjekt

#### Prosjektets hovedmål:

*Skape en bærekraftig utvikling og organisering av digital hjemmeoppfølging som bidrar til god fysisk og psykisk helse, samt mestring av egen sykdom hos flere aktuelle pasient- og brukergrupper på Agder.*

Prosjektet har tatt utgangspunkt i erfaringene gjort i tidligere prosjekt på Agder, for å



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



styrke implementering. Agder har bidratt til erfaringsdeling på tvers av kommuner, regioner, nasjonalt og internasjonalt for å sikre at vi identifiserer det som er felles for drift av DHO.

### Resultatmål

Resultatmål for spredning av DHO i utlysningen var et etablert tilbud om DHO i et samarbeid mellom kommuner, deres fastleger og helseforetak i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024. Dette har prosjektet i Agder bidratt til å realisere med de strukturene og rammene for organisering som nå er i drift.

Resultatmål for prosjektet var i tråd med resultatmål i utlysningen og var utarbeidet i starten av prosjektet:

- Etablere et tilbud om DHO på Agder i samarbeid med kommuner, fastleger og helseforetak, som skal sees i sammenheng med annen velferdsteknologi og digital helseoppfølging.
- Spredning av tilbud og erfaringer som er gjort på Agder innen feltet, for å sørge for at alle 25 kommunene, samt sykehus etablerer et tilbud som er tilpasset deres pasientgrupper.
- Videreutvikle pasientforløp på bakgrunn av behov hos de aktuelle pasientgruppene.
- Videreutvikle nåværende betalingsmodell og driftsmodell for overgang til drift i 2025.
- Definere synergier i tjenesteforløp på tvers av de ulike forvaltningsnivåene, som er definert i helhetlig tjenestemodell
- Videreutvikle tjenesteforløp for samhandling der DHO er initiert av spesialisthelsetjenesten, samt vurdere praksisen omkring bruk av takst i forbindelse med digital oppfølging.
- Sørge for gode samhandlingsløsninger for bruk av digital oppfølging (velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), Kjernejournal og Helsenorge.no og nhn.no.).
- Evaluere organisering og gevinster knyttet til samhandling mellom samarbeidsaktører, samt pasientopplevelser.

### Målgruppe

*Flere aktuelle pasient- og brukergrupper som kan tenkes å ha nytte av digital hjemmeoppfølging som en forebyggende tjeneste eller som erstatning til annen tjeneste.*

På bakgrunn av erfaringene fra tidligere prosjekt var det viktig at spredning av DHO ikke ble begrenset til diagnosegruppe/målgruppe. Derfor valgte prosjektet i større grad å



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



fokusere på nytte av digital oppfølging og en mer persontilpasset oppfølging. I prosjektperioden har vi hatt to modeller for oppfølging; en modell med oppfølging fra regional telemedisinsk sentral og en med oppfølging direkte fra tjenesten.

Fra telemedisinsk sentral har det vært oppfølging av kronikergrupper med KOLS, diabetes 2, hjertesvikt og kreft. Disse har fått oppfølging for en eller en kombinasjon av flere av disse diagnosene. Oppfølging direkte fra tjenesten har ikke vært like diagnose spesifikk, men i tillegg til kronikergrupper har det vært oppfølging innen psykisk helse, epilepsi og habilitering m.fl.

## 2.2 Forventede effekter for pasienter og helsetjenesten

Prosjektet hadde forventning om at videre arbeid med strukturelle og organisatoriske rammer for ulik digital helseoppfølging (inkludert DHO), kunne bidra til en mer behovstilpasset oppfølging. Dette igjen kunne bidra til økt mestring og selvstendighet for pasienter, tidlig oppdagelse av tegn til forverring, redusert behov for legebesøk og innleggelse i sykehus og dermed lavere samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

For pasienten kunne dette føre til bedre brukeropplevelse, helse, erstatning eller utsettelse av andre tjenester, samt opplevelse av sømløs og tettere oppfølging. For pårørende kunne det bidra til økt trygghet for at deres nærmeste får en bedre oppfølging og i noen tilfeller bidra til å avlaste pårørende.

For helsepersonell kunne prosjektet føre til en effektivisering av helsetjenesten som igjen kunne dekke behovet til flere pasienter ved bruk av færre ressurser. Det var også forventet at prosjektet kunne bidra til økt kunnskapsgrunnlag for beslutninger og tiltak ved innlevering av digitale måleparametre I prosjektet var det i tillegg en forventning om at man ved å innføre en digital tjeneste som erstattet eller utsatte fysisk tjeneste, også kunne oppnå effekter knyttet til redusert tidsbruk, kjøretid og klimaavtrykk.

I Agder er vi kjent for å ha et godt interkommunalt samarbeid, samt samarbeid mellom kommuner og sykehus. Prosjektet hadde en forventning om at en felles teknisk løsning mellom forvaltningsnivå og regional organisering av tjenesten, kunne skape større implementeringskraft, samarbeid og utvikling av DHO.

## 2.3 Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Det var ingen forskning knyttet til det regionale prosjektet og ingen samtykker knyttet til datainnsamling. Det var derfor en forventning om at kommunene selv skulle arbeide med gevinster knyttet til egne tjenesteforløp med støtte fra prosjektet. I tillegg ble evalueringsskjema sendt til pasienter i den tekniske løsningen. Det ble planlagt for workshop knyttet til gevinster som ble gjennomført høsten 2023, med påmelding for



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



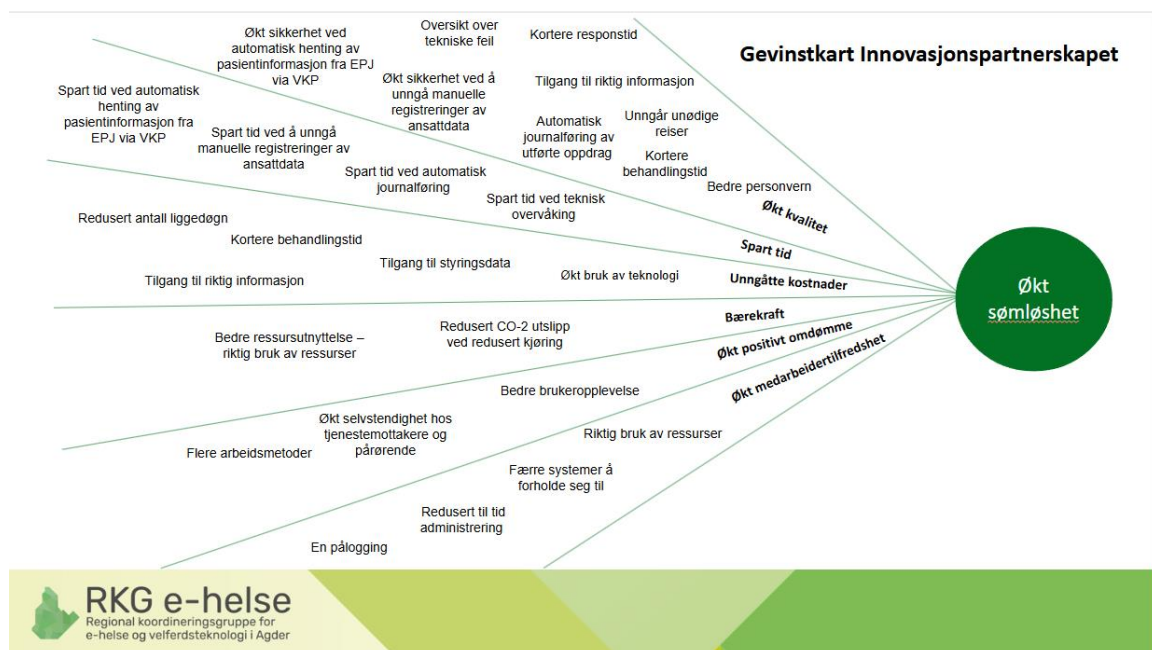
Grimstad  
kommune





alle 25 kommuner. Det ble også lagt til rette for at kommunene kunne ha egne møter med prosjektet knyttet til gevinstarbeid. I workshop og møter ble det tydelig at kommunene selv hadde behov for å vurdere aktuelle gevinster knyttet til de tjenesteområdene hvor de ønsket å ta i bruk DHO. Aktuell data og resultater skulle brukes i videreutvikling og kvalitetssikring av tjenesten i egen kommune. Prosjektet delte informasjon om forslag til metode og måleparametre til samarbeidskommuner for innhenting av data i egen kommune, med mulighet for deling av resultater regionalt.

Prosjektet deltok inn i Innovasjonspartnerskapets arbeid knyttet til gevinster, med gevinstansvarlige fra alle Agderkommunene og SSHF, som bidro til utarbeidelse av en gevinstsol (figur 3). Dette har gitt kommunene et godt utgangspunkt for å kunne velge gevinster de ønsker å måle på innen innføringen av helseteknologi i egen kommune.



Figur 3; Gevinstsol Innovasjonspartnerskapet Agder

Fra helsedirektoratet ble det utarbeidet en felles undersøkelse som ble distribuert ut i eget område for mulighet for å hente ut lokale data. Agder sendte dette ut i den digitale løsningen til alle pasientene og fikk hentet inn regionale tall. Disse er beskrevet under gevinster.

### 3 Måloppnåelse og gevinster

I 2024 ble målene spisset noe for i større grad å kunne sikre en overgang fra prosjekt til drift i 2025. I tillegg til hovedmålet ville prosjektet:

- Etablere og forankre driftsmodell for Agder som sikrer at DHO sees i sammenheng med annen velferdsteknologi og digital oppfølging, i samarbeid med kommune, sykehus og fastleger
- Sikre plan for teknisk løsning som ivaretar behovene i Agder for både oppfølging og samhandling

#### 3.1 I hvilken grad er målene oppnådd i vårt prosjekt?

Prosjektet har i stor grad oppnådd hovedmålet om å skape en bærekraftig utvikling og organisering av digital hjemmeoppfølging som bidrar til god fysisk og psykisk helse, samt mestring av egen sykdom hos flere aktuelle pasient- og brukergrupper på Agder. Driftsmodellen (vedlegg 1) som nå er tatt i bruk med samarbeidsavtale (vedlegg 2) mellom vertskommune Arendal og Agderkommuner, gir muligheter for videre regionalt samarbeid om DHO. Denne driftsmodellen er etablert, men det må kontinuerlig arbeides med forankring og informasjon regionalt, for å sikre at alle kommunene i regionen kan ta i bruk DHO ut ifra behov i egen kommune. Som vedlegg til samarbeidsavtalen er det rammet inn roller og ansvar i helhetlig tjenestemodell (vedlegg 3). Denne er gjennomgått med KS nettverksressurser i regionen for å sikre koordinering i forhold til nasjonale innføringsløp.

Det var også et mål om å sikre teknisk løsning som ivaretar behovet for oppfølging og samhandling. Kommunene i Agder signerte i 2024 en avtale med Tellu for helseteknologi, som også inkluderer plattform for digital hjemmeoppfølging. Prosjektet har lagt til rette for enkel oppstart og bruk av Tellu sin DHO løsning. I tillegg har prosjektet arbeidet for rammer for god overgang fra Siemens Healthineers til Tellu når eksisterende pasienter skal bytte teknisk løsning. SSHF har egen rammeavtale knyttet til teknisk løsning for DHO, men har vært med i hele prosessen for å sikre innspill og koordinering. Selv om vi ikke har samme teknisk løsning mellom forvaltningsnivå, er det viktig å sikre videre samarbeid i regionale strukturer på e-helsefeltet og Helsefellesskapet for økt fokus på datadeling og sømløse overganger.

#### 3.2 Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?

Det har ikke vært gevinstoppfølging knyttet til driftsstruktur og organisering, denne vil gjennomgå en evaluering i driftsfasen.

Når det gjelder nytte/gevinst ved bruk av DHO regionalt, har vi gjennomgått 6 måneders evaluering som er sendt ut til pasientene. Disse har bidratt til å vurdere nytten av oppfølgingen og om det er behov for endring av tjenesten i drift.



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



Lindesnes kommune har i samarbeid med prosjektet og IKT miljø utarbeidet et godt utkast til gevinstplaner. Data uttrekk for gevinstarbeid har vist seg å være omfattende og svært ressurskrevende, men det er et samarbeid med leverandør for å se på muligheter med uttrekk av virksomhetsdata. Dette kan bidra til enklere uttrekk for å se på gevinster på å ta i bruk helseteknologi ute i tjenesten og hvordan det kan erstatte/utsette andre tjenester. Dette arbeidet var ennå pågående ved prosjektslutt.

*"Føler større trygghet fordi jeg får respons på målinger og spørsmål jeg sender inn til digital helseoppfølging"*

På et nasjonalt nivå ble det utarbeidet en undersøkelse som ble distribuert ut til alle prosjekt for lokal innsamling. Svarene er hentet inn for Agder og videresendt til Helsedirektoratet, men svarene fra Agder har prosjektet selv vurdert og fulgt opp.

### 3.3 Hvilke gevinster har prosjektet gitt?

Agder har flere tjenesteforløp i drift, det har derfor vært viktig å se på nytte/gevinst for den enkelte pasient. Det gjennomføres rutinemessig evaluering hver 6 måned og

brukerne mottar evalueringsskjema (figur 4) sendt fra TMS i den tekniske løsningen.

Resultater fra evalueringene viser at pasientene opplever god nytte av tjenesten og at de føler stor grad av trygghet med tett oppfølging av helsepersonell.

Helsepersonell opplever ukjentlig at det er behov for intervensjon og iverksetter tiltak for å unngå eskalering av forverring. Evalueringen er standardisert for alle grupper uavhengig av diagnose. Samlet sett

viser de egenrapporterte data fra pasientene disse gevinstene:

- Økt opplevelse av trygghet
- Opplevelse av å bli ivaretatt
- Økt forståelse og innsikt i egen helse/sykdom
- Raskere tiltak ved forverring
- Unngår innleggelser
- Opplever tettere oppfølging
- Møte hjemmetjenesten digitalt
- Ikke avhengig av å vente på hjemmetjenesten
- Trenger ikke fastlegen like mye til enkelte diagnoser, bruker bare digitale oppfølgere

EVALUERINGSSAMTALE VED DIGITAL HELSEOPPFØLGING
I hvilken grad behersker pasienten det tekniske utstyret:
Endringer i behov for kommunale tjenester:
Er egenbehandlingsplan utarbeidet og er det behov for endringer:
Gjennomsnitt målinger:
Har det vært forverring av din sykdom siste 3 måneder som har resultat:
Hvilke tiltak ble iverksatt ved forverring og hadde disse effekt:
Har det vært behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten eller KAD:
Siste kontroll hos fastlegen eller spesialisthelsetjenesten:
Endringer i frekvens for innsendinger av målinger:
Opplever pasienten nytte/hensikt av tjenesten:

Figur 4; Spørsmål ved 6 mnd evaluering



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune

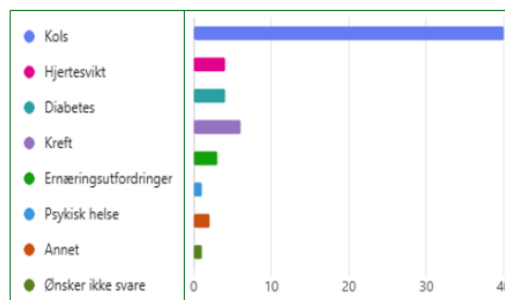


Grimstad  
kommune



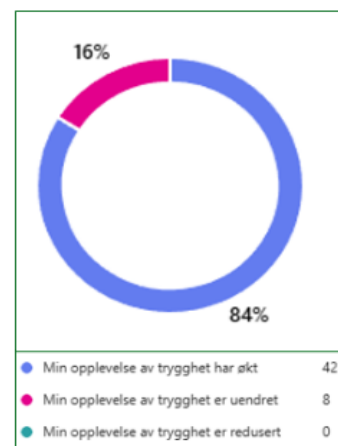
- Oppsøker fastlege tidligere ved symptomer

Undersøkelsen fra Helsedirektoratet ble sendt ut i Agder 29 november 2024 med svarfrist 18 desember 2024. I perioden kom det inn 50 svar (sendt ut til 63 pasienter) og utvalget i undersøkelsen bestod av 27 menn og 23 kvinner, alle over 50 år (36 % 50-69 år og 65 % var 70-79 år). De hadde ulike diagnoser, men det var flest pasienter med oppfølging for KOLS (figur 5). Alle i utvalget hadde hatt oppfølgingen i mer enn 6 måneder og 36 % hadde hatt oppfølgingen i mer enn 3 år.



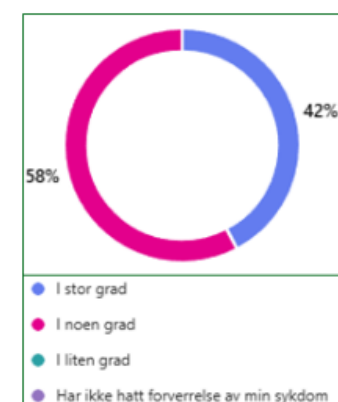
Figur 5; Oppfølgingsdiagnose

På spørsmål knyttet til oppfølgingen svarte 84 % av utvalget at DHO hadde økt deres opplevelse av trygghet (figur 6). I forhold til om DHO hadde påvirket deres fysiske helse, viste undersøkelsen at den var i stor grad uendret (68 %), men 24 % mente at den fysiske helsen var blitt bedre. Ved spørsmål om DHO hadde hatt påvirkning på livskvalitet var det 50 % som svarte at den var uendret, 48 % at den var bedret og 2 % mente den var redusert. I forhold til om DHO hadde endret evnen til å ta vare på egen helse svarte 58% at denne evnen hadde økt, mens 42 % mente den var uendret. På spørsmål om DHO sin påvirkning på deres bruk av andre helsetjenester svarte 48 % at de hadde hatt færre besøk til fastlegen, 20 % hadde hatt færre sykehusinnleggelses og 14 % hadde hatt færre besøk av hjemmetjenesten.



Figur 6; Opplevelse av trygghet

På spørsmål om bruk av egenbehandlingsplan (EBP) var det 52 % som hadde EBP og av disse var det 23 % som brukte denne daglig og alle mente at planen var nyttig hjelpemiddel (figur 7). Videre spørsmål knyttet til opplevelsen og tilfredsheten med oppfølgingen var kun 16 % verken fornøyd eller misfornøyd, 84 % var enten fornøyd eller svært fornøyd med DHO totalt sett. Utvalget var i hovedsak fornøyd med oppfølgingen fra helsepersonell (64 % svært fornøyd), men det var 6 % som var misfornøyd. Det var lagt opp til kommentarer eller forslag til forbedring og det kom inn 10 svar. De fleste var veldig fornøyde, men det kom inn ønske om døgnbemanning og at oppfølgingen følte litt fraværende når den ble på avstand. Enkelte av tilbakemeldingene er lagt inn som sitater i rapporten og for utfyllende svar fra



Figur 7; EBP, nyttig hjelpemiddel?



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune

undersøkelsen, se vedlegg 4.

### 3.4 Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet

Prosjektet har hatt leveranser knyttet til resultatmålene som har ført til et tilbud om DHO i Agder med samarbeid som legger til rette for videre arbeid mellom forvaltningsnivå. Valg av teknisk løsning for DHO som også leverer velferdsteknologi i regionen, gir Agderkommunene muligheter for å i større grad se på synergier og sammenhenger mellom helseteknologi.

Det har vært en ambisjon i prosjektet om at alle 25 kommunene i regionen skulle etablere et tilbud, men grunnet avklaringer knyttet til leverandør, har det ikke vært like stor spredning som ønsket. Likevel har prosjektet lagt rammer og driftsstrukturer for at dette målet kan oppnås i drift, som kan sikre erfaringsdeling, kompetanseoverføring og samhandling om DHO i Agder. Med denne strukturen for samhandling, samt at Agderkommunene har samme teknisk løsning for DHO, har prosjektet bidratt til at innbyggerne i hele Agder (og helseforetakets nedslagsfelt), kan få mulighet for bruk av DHO der det er hensiktsmessig. Det har i prosjektet blitt utarbeidet, i samarbeid med sykehuset, en rutine og avtale (vedlegg 5) om felles logistikk av utstyr mellom kommune og behandlingshjelpemidler (BHM) ved SSHF, som er i drift fra 2025.

Tjenesteforløp som har vært utviklet i tidligere prosjekt, har blitt revidert og nye pasientforløp er testet ut ifra tjeneste- og brukerbehov. I prosjektperioden tok sykehuset i bruk en ny teknisk løsning for DHO (Checkware), som førte til at oppfølgingen knyttet til forløp mellom forvaltningsnivå i samme løsning ble avsluttet. Likevel har det vært samhandling omkring erfaring og synergier ved oppfølgingsforløp, samt betydningen av å ha ulike løsninger. Det er et stort behov for å arbeide videre med enkle integrasjoner (Grad 1) mellom løsninger for å kunne bidra til sømløse overganger mellom forvaltningsnivå.

Den tekniske løsningen for DHO som har vært benyttet i prosjektperioden, har hatt integrasjon via VKP til journalsystemet Geric. Grunnet flere forsinkelser nasjonalt knyttet til VKP og ingen utviklingsmidler lokalt, har det ikke vært mulig å teste ut integrasjoner til andre journalsystem. Den nye leverandøren legger til rette for datadeling via VKP, men dette er ikke på plass ved prosjektslutt.

Det er i Agder opprettet en digital delingsarena i Teams for e-helse og helseteknologi. Kontaktpersoner fra alle kommuner har tilgang til teamet og det kommer jevnlig informasjon fra regionale prosjekter, KS nettverkskoordinatorer og regional TMS. Prosjektet opprettet en egen kanal, for å sikre en struktur for ivaretagelse av kompetanse, erfaringsdeling og tjenesteutvikling i drift. I kanalen er det lagt ut



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



skrivebeskyttet informasjon om oppfølging, tjenesteforløp, gevinster og teknologi m.m, som kan lastes ned på lokale arbeidsrom for revidering og bruk i egen kommune. Dette kan bidra til at aktørene kan etablere et tilbud tilpasset deres tjenester og pasientgrupper. Prosjektet har utarbeidet et innføringsløp (vedlegg 6) for nye kommuner for enklere oppstart etter prosjektslutt.

## 4 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt

Gjennom samarbeid med teknologileverandør, SSHF og flere andre prosjekt/initiativ regionalt, nasjonalt og internasjonalt, har prosjektet lagt grunnlaget for en modell for DHO i regionen.

På vei mot en bærekraftig tjeneste for DHO på Agder har det vært vesentlig å arbeide med flere tjenesteforløp; DHO ute i tjenesten, fra regional telemedisinsk sentral og fra sykehus med overgang til kommune/fastlege. Prosjektet har arbeidet med disse satsningsområdene med mål om å se på videre organisering og strukturer for samhandling, sømløse tjenester og gode pasientforløp for pasienter som mottar DHO uavhengig av forvaltningsnivå. Arbeidet i regionen har bidratt til generelle kriterier for bruk av DHO (figur 8) og erfaringer ved bruk av egenbehandlingsplan.

### Felles kriterier for digital hjemmeoppfølging:

- Ha en viss grad av digital kompetanse og er samtykkekompetent
- Må ha tilgang til nett (4G/5G dekning eller tilgang til WiFi)
- Ønskelig at de kan bruke egen mobil/nettbrett
- Må ha BankID
- Må være motivert for oppfølging digitalt



*Basert på de erfaringene fra de ulike prosjektene i Agder, er det viktig at man ser en potensiell nytteverdi/gevinst for både pasienten og helsetjenesten ved tildeling av tjenesten!*

Figur 8; Kriterier for mottak av DHO

### 4.1 Tjenesteforløp fra regional telemedisinsk sentral

Regional telemedisinsk sentral (TMS) er samlokalisert med kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) på Østre Agder Helsehus i Arendal kommune. TMS og Arendal kommune har samarbeidsavtale med øvrige kommuner på Agder. De følger per i dag opp pasienter fra 11 ulike kommuner i Agder. Dette er hovedsakelig pasienter med KOLS, hjertesvikt, diabetes 2 og kreftpasienter. De jobber kontinuerlig med å videreutvikle tjenesten (figur 9) i forhold til andre diagnoser og ser også på hvordan digital helseoppfølging kan erstatte/utsette andre tjenester.



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE

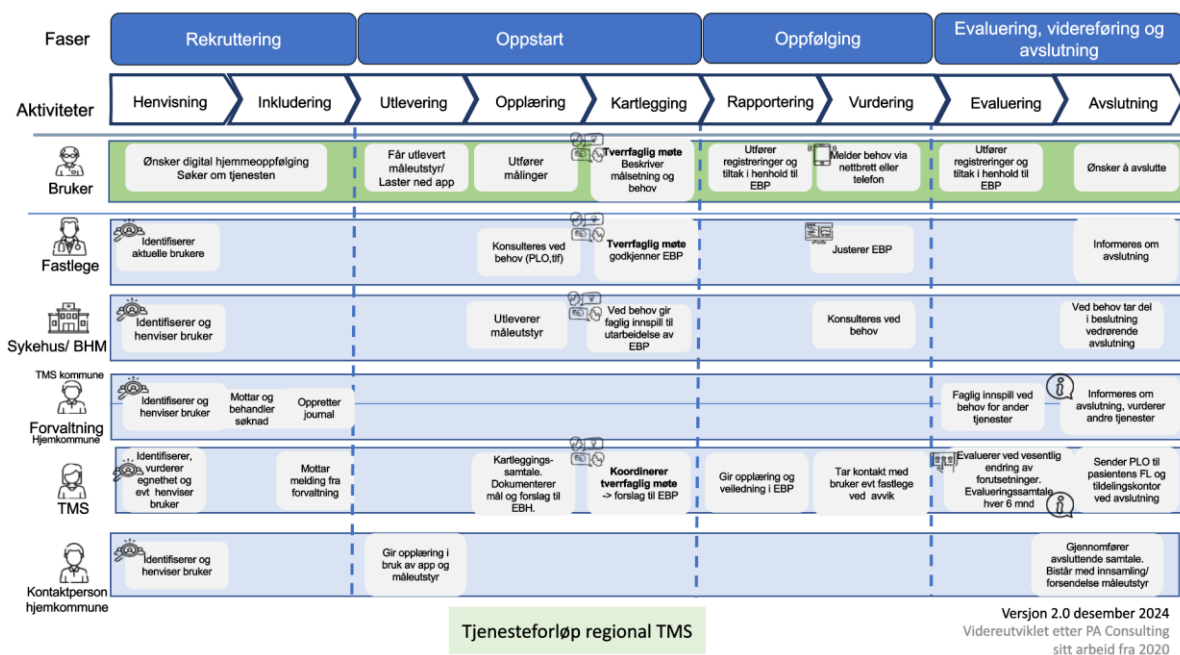


Farsund kommune



Grimstad  
kommune





Figur 9; Tjenesteforløp regional TMS

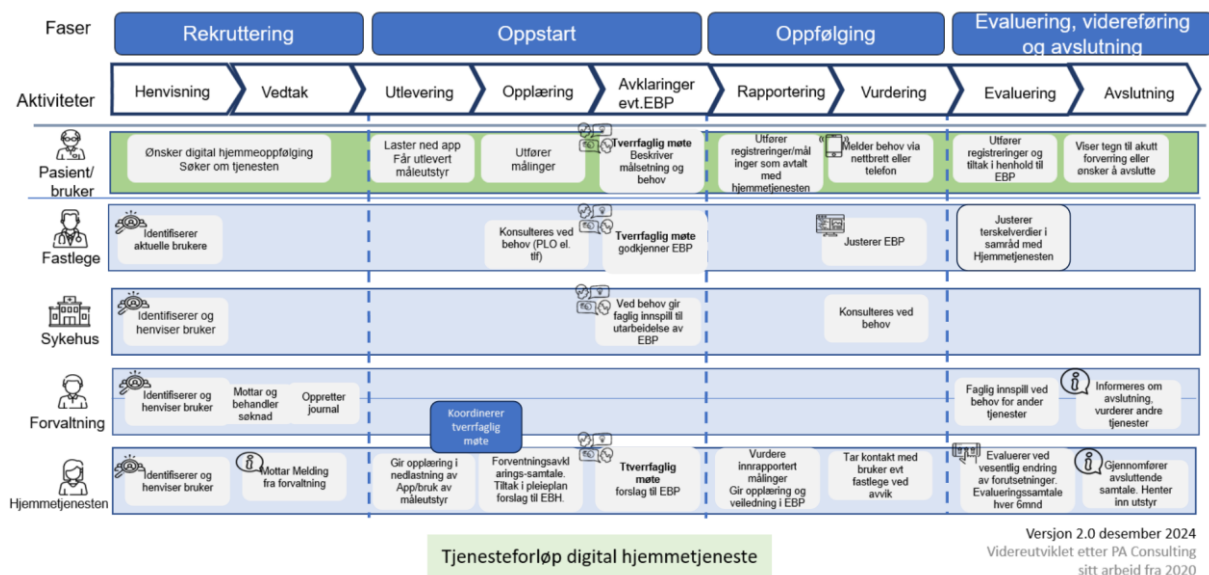
Sentralen er bemannet hverdager kl 08-15 med dedikerte og erfarne sykepleiere. Disse jobber også i klinikken på KØH, noe som gir synergier, nyttig erfaring og god kvalitet på oppfølgingen. Sykepleierne har som hovedoppgave å følge opp målinger og ta aksjon ved symptomer på forverring av tilstand. Det er tett samarbeid med forvaltning, ressurspersoner og fastleger i alle samarbeidskommuner.

Det er lagt ned et betydelig arbeid med tanke på å etablere en bærekraftig betalings- og driftsmodell for sentralen. Det er dessuten gjennomført informasjonsmøter om telemedisinsk tilbud til alle kommuner på Agder. Det er ønskelig å utvikle oppfølgingsforløp fra sentralen til flere pasientgrupper, samt sikre organisering for oppdatering av skjema og tjenesteforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastleger.

#### 4.2 Tjenesteforløp brukt i eksisterende tjenester

Som en videreutvikling i organiseringen av DHO på Agder, startet vi i 2021 satsingen DHO som en del av hjemmetjenesten og/eller oppfølgingstjenesten. Dette innebærer både somatisk sykdom, psykiske helseutfordringer, innenfor feltet habilitering og fysioterapitjenesten. Dette med mål om en bærekraftig tjeneste og videreutvikling av bruksområdet til DHO til andre pasientgrupper og erstatte/kombinere allerede eksisterende tjenester med digital oppfølging. Farsund kommune med helsenettverket Lister og prosjekteier Kristiansand kommune samarbeider om dette tjenesteforløpet (figur 10) og ser dette som et hensiktsmessig og effektivt tjenesteforløp. Noen

kommuner er allerede i gang med DHO i ordinær tjeneste. Videre arbeid med dette forløpet over i drift, vil være avgjørende for spredning til andre Agderkommuner.



Figur 10; Tjenesteforløp digital hjemmetjeneste

Bruk av DHO i eksisterende tjenester innebærer at oppfølger kan ta i bruk ulike digitale verktøy og løsninger i oppfølgingen og erstatter fysisk oppfølging. Ved manglende digital kompetanse, har prosjektet erfart at det kan i enkelte tilfeller vært aktuelt å ta i bruk enklere teknologi som f.eks KOMP-skjerm. Videoløsningen til norsk helsenett (join.nhn.no) har vært brukt ved behov for samhandling mellom aktører eller der det kun er behov for videokommunikasjon mellom helsetjenesten og pasient.

Dette satsningsområdet er svært viktig i arbeidet om å utsette eller erstatte andre tjenester i kommunen som en del av en bærekraftig utvikling og vil være vesentlig å videreutvikle i drift.

### 4.3 Tjenesteforløp med samhandling mellom kommuner og sykehus

Det har i deler av prosjektperioden vært et aktivt tjenesteforløp (figur 11) der sykehuset i Arendal har initiert og fulgt opp pasienter med KOLS med overgang til kommune/regional TMS ved behov. Forløpet har vært sømløst grunnet samme teknisk løsning ved sykehus og kommune. Fra januar 2024 byttet sykehuset leverandør og dette tjenesteforløpet ble avsluttet, men samarbeidet om felles pasienter har pågått i hele prosjektperioden. Det har vært faste møtepunkter mellom regional TMS og KOLS koordinator for å sikre samhandling og koordinering av aktuelle pasienter.



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



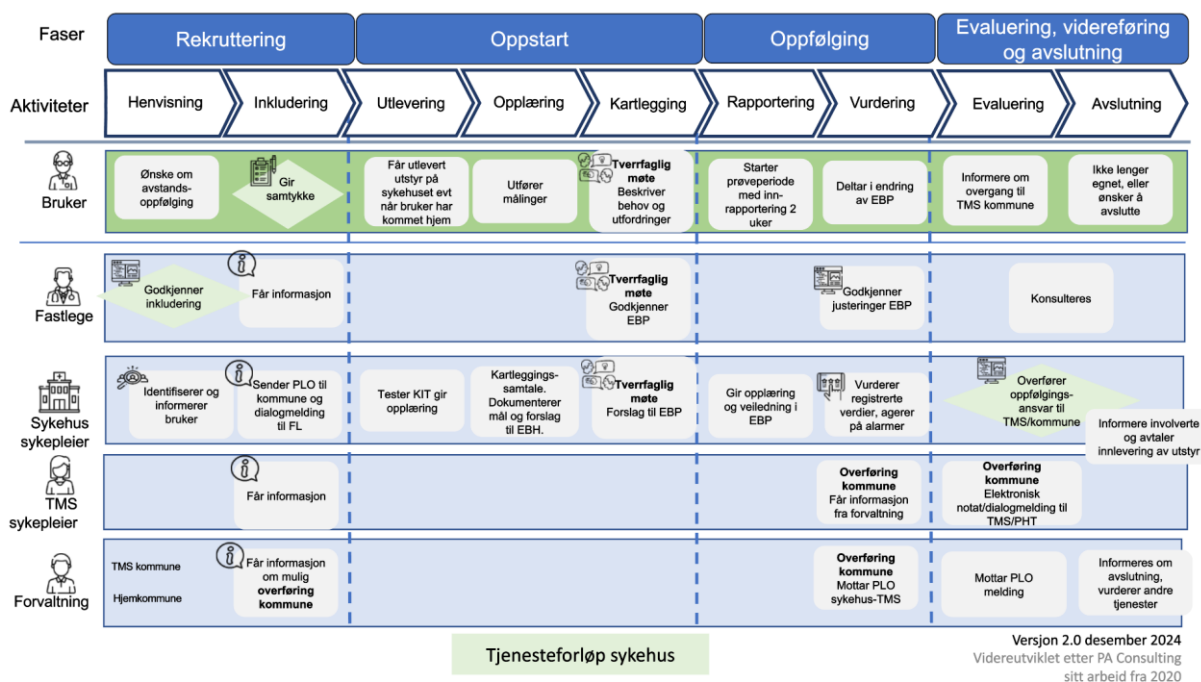
Farsund kommune



Grimstad  
kommune







Figur 11; Tjenesteforløp sykehus

Alle parter ser dette som et hensiktsmessig og effektivt tjenesteforløp for denne målgruppen. Det er dannet et godt samarbeid mellom aktørene som det er viktig at det jobbes videre med. Det er derfor vesentlig at det i driftsfase fortsetter samhandling om enkle integrasjoner for å sikre datadeling mellom forvaltningsnivå.

#### 4.4 Erfaringer med bruk av egenbehandlingsplan

Prosjektets erfaring viser at det tar tid å utarbeide egenbehandlingsplaner. I løpet av de siste 5-6 årene har mange pasienter fått slike planer, ofte i forbindelse med rekonvalesentopphold eller kontroller/innleggelse hos spesialisthelsetjenesten. Mange fastleger vegrer seg imidlertid for å utarbeide slike planer av ulike årsaker. Prosjektet har erfart at det er enklere å få fastlegene til å bidra inn i arbeidet med egenbehandlingsplan når de mottar et utkast fra helsepersonell som kan arbeides videre med eller godkjennes.

Når en plan først er laget, er det viktig at den følges opp, og at man sikrer at pasienten har nødvendige medisiner hjemme. Planen må også evalueres og revideres i samarbeid med fastlege eller spesialist. Når planen fungerer, enten i papirform eller digitalt, har den stor betydning for pasienten. Vi har høstet mange positive erfaringer med slike planer og ser at de er avgjørende for tidlig intervensjon ved forverring av pasientens tilstand. Mange pasienter er usikre på når de kan ta i bruk egenbehandlingsplanen (for eksempel hvor dårlige de må være) og trenger støtte fra helsepersonell (DHO-oppfølger) for å føle seg trygge på oppstart.



Kristiansand kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad kommune



## 4.5 Leverandør og teknologi

Prosjekteier Kristiansand kommune har hatt avtale med Siemens i hele prosjektperioden. Innovasjonspartnerskapet Agder arbeidet fra 2021, om en felles løsning for velferdsteknologi og DHO på Agder. November 2024 ble det klart at Agderkommunene skulle ta i bruk DHO løsningen til Tellu. Ved prosjektslutt hadde Farsund kommune tatt i bruk DHO løsningen og prosjektet har bidratt til å tilrettelegge for oppstart av dette arbeidet i Agderkommunene.

### 4.5.1 Felles logistikk av utstyr innen digital hjemmeoppfølging

I 2021 ble det identifisert et behov for logistikk av enkelt medisinsk utstyr i de tilfellene pasientene ville bruke egen mobile flate til oppfølging. Leverandør kunne ikke tilby utlevering av kun medisinsk utstyr, det kunne kun bestilles komplett utstyrs- KIT med nettbrett og aktuelt måleapparat.

I desember 2021 og videre i 2022 ble det påbegynt arbeid med avtale om felles logistikk av medisinsk utstyr

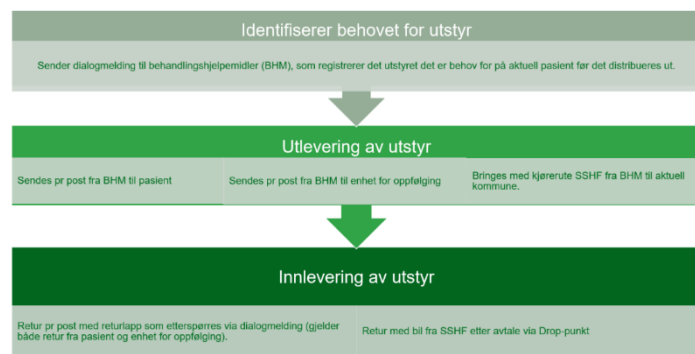
(pulsoksymeter og blodtrykksapparat) på Agder mellom kommuner og behandlingshjelpemidler (BHM) SSHF. I 2024 var det gjennomgang av rutinen med en revidering og fra 2025 er det lagt til rette for at alle kommunene i Agder kan benytte denne rutinen/avtalen med SSHF.

Kommunene kontakter BHM for signering av avtale og gjennomgang av rutine. Når kommunen har behov for utstyr, sendes bestilling via dialogmelding til SSHF og sendes ut med allerede eksisterende ruter/drop-punkt i kommunene på Agder eller andre steder etter avtale (figur 12).

Hvis kommunene ønsker å kjøpe eget utstyr er det lagt til rette for dette med leverandør av DHO løsningen med egen bestillingsside for utstyr.

## 4.6 Samarbeid

Agderkommunene har samarbeidet om e-helsefeltet mellom forvaltningsnivå i mange år både gjennom Helsefelleskapet og RKG e-helse strukturene. I regionen har det i tillegg til regionalt samarbeid med mange aktører om utvikling og organisering av DHO, vært et stort samarbeid med andre kommune, regioner og prosjekt både nasjonalt og internasjonalt.



Figur 12; Forløp rutine medisinsk utstyr BHM



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



#### 4.6.1 Erfaring og samarbeid med fastleger

Når vi i Agder først startet opp med DHO var mange fastleger skeptiske, men over tid har vi sett en økende involvering fra deres side. Det har vært en modningsprosess hvor tillit har blitt bygget opp gradvis. Etter hvert som fastlegene har sett de positive effektene av DHO og bruk av egenbehandlingsplaner, har de blitt mer engasjerte og villige til å delta aktivt i prosessen. Dette økte samarbeidet har ført til bedre oppfølging og støtte for pasientene, noe som igjen har forbedret deres helse og trygghet.

I dag rådfører digitale oppfølgere seg med pasientens fastlege ved behov for medisinskfaglige avklaringer og justering av medisiner, egenbehandlingsplaner og alarmgrenser for respons. Meldingsutveksling foregår ved bruk av PLO-meldinger og de blir orientert om endringer, målinger og evalueringer. Erfaringsmessig bidrar fastlegene lite ift rekruttering av pasienter til DHO, men er hovedsakelig positive til oppfølgingen.

I prosjektperioden har vi frikjøpt en fastlege i 20 % for arbeid med synergier mellom digital hjemmeoppfølging og fastlegens oppfølginger digitalt. Fastlegen i prosjektet har selv hatt flere digitale oppfølginger av sine pasienter for både sårbehandling, medisinske målinger og livsstilsendringer (se figur 13).

#### Fastlegens digitale oppfølging

- Bruker Webmed som journalsystem og bruker e-konsultasjon til flere kontaktpunkter:
  - Sender inn målinger: vekt, bl.sukker, BT, SaO2 (bruker har kjøpt inn eget utstyr)
  - Bilder av sår for veiledning
  - Videosamtaler
  - Takst Zae for e-konsultasjon (Zaef ved kveidstid) + 2dd (spesialisttakst) og 101 ved oppfølging ift overvekt, røyking eller diabetes
- E-konsultasjon blir vurdert og svart ut raskt – som regel samme dag (i ukedager).
- Har nylig tatt i bruk ECG 24/7 med utstyr levert fra legesenteret
- Har sett behov for bruk og evt kjøp av nhn.no slik at fastleger kan initiere møter med helsetjenesten for økt tverrfaglig samarbeid – vurderes i samarbeid med Kristiansand kommune
- Har kronikerpasient i annen kommune som fastlege ønsket oppfølging fra TMS, fikk vedtak på dette i egen kommune. Nytte: Tettere oppfølging av pasient og mindre behov for fastlegen.

For mer informasjon, kontakt:  
Camilla Berg-Ulby v/ Ser Arena Legesenter  
camillbe@hotmail.com

	Digital veiledning - fastlege 2024					
	Overvekt - digitale målinger hjemme	Røykeslutt - digitale målinger hjemme	e-konsultasjon av sår inkl. bilder	Video samtale, pasient & pårørende	Blodtrykk & metning digitale målinger hjemme	Totalt
Fastlege i DHO prosjektet	25	9	14	6	20	74

Figur 13; Digital oppfølging fra fastlege

I tillegg arbeidet fastlege store deler av 2024 med å sette opp et emnekurs som en del av en hel kursuke (figur 14), i samarbeid med legeföreningen i øst og vest Agder. Dessverre var det store utfordringer knyttet til få påmeldinger og det kunne derfor ikke gjennomføres. Utfordringer knyttet til deltakelse viste seg i denne tiden å være en nasjonal utfordring. Det planlegges for å sette opp samme kurs våren 2025.



Figur 14; kursuken 2024

En av de største utfordringene for å kunne øke samarbeidet med fastlegene har vært at

kommuner og sykehus har ulike DHO løsninger og det er ingen integrasjon med fastlegens EPJ. Dette hemmer videre arbeid og bruk av tjenesten fra fastlegekontoret. Videre arbeid må se på mulighet for enklere integrasjon for å kunne dele data som kan bidra til økt beslutnings- og/eller vurderingsgrunnlag når pasienten er hos fastlegen.

#### 4.6.2 Samarbeid mellom sykehus og kommune

I prosjektperioden har vi hatt samarbeid på flere nivåer mellom sykehus og kommune. Det har vært ledelse fra SSHF inn i styringsgruppen, i tillegg til frikjøpt ressurs i 20 % inn i prosjektgruppen. Det ble brukt mye tid i samarbeidet knyttet til Innovasjonspartnerskapet og det har vært nyttig og hatt sykehuset tett på prosessene knyttet til teknisk løsning. Det har vært et godt samarbeid mellom KOLS koordinator ved sykehuset i Arendal, både i forhold til sømløse overganger mellom forvaltningsnivå og ved koordinering av aktuelle pasienter. Selv om sykehus og kommune i løpet av prosjektperioden fikk ulik teknisk løsning og måtte avslutte tjenesteforløpet med sømløs overgang, har det likevel vært jevnlig møter for koordinering og samhandling.

Sykehuset har arbeidet videre med flere satsningsområder knyttet til DHO og hjemmesykehus som prosjektet har vært orientert om for erfaringsdeling. I figur 15 viser et utklipp av tall fra en periode i 2024. Vi har jevnlig gjennomgått antall digitale oppfølginger SSHF har hatt, for å kunne sikre samhandling knyttet til synergier og erfaringer mellom tjenesteforløp.

Antall DHO v/SSHF august-november	
SSHF - ortopedi	355
SSHF - ØNH	363
SSHF - telesår	55
SSHF - HIV	0
SSHF - prematur	7
SSHF - epilepsi	102
SSHF- pakkeforløp hjem kreft	19
SSHF- Vaginalt fremfall	19
<b>Totalt antall SSHF</b>	<b>920</b>

Figur 15; DHO/hjemmesykehus fra SSHF (aug-nov 2024)

#### 4.6.3 Samarbeid andre prosjekt

##### MILA – mitt liv, mitt ansvar

Prosjektet har samarbeidet og hatt erfaringsdeling med MILA prosjektet<sup>5</sup> igjennom flere år om både tjenesteforløp, tjenestepriismodell, helhetlig tjenestemodell, leverandørutvikling, driftsstrukturer m.m. Dette samarbeidet har bidratt til større utvikling og organiseringen av DHO, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

##### Innovasjonspartnerskapet

Innovasjonspartnerskap<sup>6</sup> velferdsteknologi Agder<sup>7</sup> hadde som mål å anskaffe og utvikle en sømløs løsning for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, som kunne benyttes av både kommuner, sykehus og fastleger. Etter markedsdialog og konkurranse skulle leverandøren (Tellu AS) i samarbeid med Agder, utvikle integrerte løsninger som

<sup>5</sup> [Digital hjemmeoppfølging](#)

<sup>6</sup> [Kristiansand Kommune og Tellu løser floke i velferdsteknologien - Innovative anskaffelser](#)

<sup>7</sup> [Prosjektside – eHelse Agder](#)



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



ville ivareta pasientens behov, samt forenklet arbeidshverdagen for helsepersonell. I prosjektperioden har vi i DHO prosjektet deltatt i samarbeid om pasientforløp, utvikling av løsning, pilotering og testing av løsning for telesår, diabetes, psykisk helse og KOLS.

### CRANE

CRANE<sup>8</sup> står for Comprehensive Treatment of Chronic Patients in Rural Areas og er en førkommersiell anskaffelse med støtte fra EUs Horizon 2020. Prosjektet er et samarbeid mellom Norge, Sverige og Spania, hvor Agder representerer Norge. Crane vil skape nye løsninger for behandling og oppfølging av hjemmeboende pasienter i distriktene. Ambisjonen er å tilrettelegge for at 80% av pasienter med kronisk sykdom i stor grad kan håndtere egen helse selv.

CRANE ser etter en teknologidrevet alt-i-ett tjeneste med et grensesnitt som kan snakke med europeisk helsevesen. Man ønsker å bygge bro mellom ulike datakilder og tilgjengeliggjøre dem på en slik måte at innbyggeren myndiggjøres og får kontroll over egen helse.

Regional TMS har vært invitert inn i prosjektgruppemøter og det er planlagt en pilotering fra sentrale der aktuelle DHO-kandidater blir rekruttert for testing av løsninger fra tilbydere i Crane prosjektet. Det har vist seg at prosjektet har hatt en vridning mot å teste ut datadeling og ikke direkte pasientoppfølging som sådan. Man har likevel tenkt å teste ut funksjonaliteten i appen som tilbyderne kommer med, på et par brukere som vi følger med DHO. Arbeidet er ikke startet opp ved utarbeidelse av denne rapporten.

### IKT seniorer Agder

Spredningsprosjektet DHO har hatt et nært og godt samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester<sup>9</sup> (USHT) Agder, KS nettverk Agder, fylkesbiblioteket i Agder og seniornett under hele prosjektperioden. USHT og IKT seniorer Agder<sup>10</sup> har arrangert visningsdager for velferdsteknologi i bibliotekene i Agder, der målet har vært å spre informasjon om velferdsteknologi og informasjon om hvordan bo trygt hjemme for seniorer. Arrangementene har vært arrangert i samarbeid med den enkelte kommune hvor det har vært tilrettelagt for at kultursektor, frivillighet og helse- og omsorgssektor har kunnet samarbeide om arrangementet. Regional TMS har bidratt med innlegg og stand på inspirasjonsdager for kommunenes innbyggere over 60 år, om velferdsteknologi for seniorer.

### iHAC – integrated healthcare and care

---

<sup>8</sup> [CRANE - Innovative anskaffelser](#)

<sup>9</sup> [Startside](#)

<sup>10</sup> [IKT Seniorer Agder](#)



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



Agder har gjennom flere prosjekt samarbeidet med Nordens velferdssenter<sup>11</sup>. I dette prosjektet har vi samarbeidet med iHAC<sup>12</sup> og i samarbeidet fikk vi mulighet til å dra på inspirasjonstur til valgt destinasjon og dro i oktober 2023 til Eksote/South Karelia i Finland med stort utbytte av erfaringen. Samarbeidet bidro med prosessledelse knyttet til gevinstarbeid og fikk bistand til å gjennomføre to workshops om gevinstrealisering knyttet til DHO for Agder kommunene som ble gjennomført høsten 2023. I tillegg har prosjektet bidratt til flere inspirasjonsbesøk til Agder fra flere Nordiske land og Baltikum.

### Digital KOLS rehabilitering/trening

Regional TMS har, høsten 2024, i samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder, Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus deltatt i prosjektet "digitale lærings- og mestringskurs for KOLS/ lunge pasienter". Bakgrunn for prosjektet er at både rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunale lærings- og mestringskurs for personer med kols, i hovedsak benyttes av pasienter fra sentrale strøk. Lang reisevei til behandlingstilbud kan være krevende for personer med kols- og lungesykdommer, og det er vanskelig for distriktskommuner å tilby diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud.

Prosjektet har bidratt inn i piloteringen og TMS rekruttert inn brukere for å teste ut et digitalt opptreningskurs for små kommuner i distriktene på Agder. Deretter ønsket man å høste erfaringer om digitale treningsopplegg kunne erstatte fysiske samlinger. Appen som brukes i DHO-oppfølgingen ble brukt for å sende ut treningsopplegg, samt refleksjonsspørsmål om utbytte. Deltakerne kvitterte ut trening og refleksjonsspørsmål/pasientopplæring etter hver gjennomføring. Erfaringer fra prosjektet viser at deltakerne trengte betydelig støtte fra DHO-oppfølgere for å finne frem til filmsnuttene og treningsopplegg, til tross for at de kjente den tekniske løsningen fra tidligere. Videre viste erfaringer i prosjektet at det er stor variasjon mtp motivasjon for å gjennomføre slik trening på egen hånd.

### TransCare

Farsund kommune ønsker å etablere en digital korttidsavdeling med forsterket utskrivelse og har fått midler gjennom EU-Horizon Research and Innovation Programme. Prosjektets hovedmål er å digitalisere helseomsorg, og fremme regionale samarbeidsstrukturer. Vi har samarbeidet om pasientforløp i overgangen mellom sykehus og kommune, samt overgang til ny DHO løsning. TransCare<sup>13</sup> prosjektet vil benytte blant annet skjema og oppfølgingsplaner utviklet i vårt prosjekt. Arbeidet i

<sup>11</sup> [Nordisk samarbeid på velferdsområdet | NVC](#)

<sup>12</sup> [Integrated health and care – Integrated healthcare and care through distance spanning solutions](#)

<sup>13</sup> [TransCare | Transitional care](#)



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



regionen innen DHO har så langt vist seg å ha stor overføringsverdi til prosjekt som TransCare.

## 5 Prosessveiledning

Innomed v/PWC har bistått prosjektet med utarbeidelse av tjenestepriismodell knyttet til driftsstruktur fra regional TMS. Dette arbeidet har bidratt til en dynamisk prismodell for å sikre oppfølging, kompetanseheving, erfaringsdeling og samhandling mellom kommunene som bruker DHO. Samarbeidsavtalen som er utarbeidet med prismodell etter arbeidet i samarbeid med Innomed, gir rom for samhandling uavhengig om kommunene bruker DHO fra regional TMS eller fra tjeneste i egen kommune.

Prosjektet har i tillegg samarbeidet med Innomed i videre utvikling og arbeid knyttet til oppfølging av gevinster. Excelskjemaet som er utarbeidet har vi fått revidert til mer spisset bruk for Agder, men det ble ferdig i desember. Prosjektet har derfor ikke fått testet det ut i stor grad før prosjektet ble avsluttet. Det vurderes videre arbeid i Farsund kommune og ved regional TMS med gevinstarket som er utarbeidet.

Prosjektet har hatt stor nytte av veiledningen fra Innomed knyttet til tjenestepriismodellen. I forhold til gevinstarket, kom dette litt for sent i gang til å kunne dra nytte av dette arbeidet. Det var likevel fint at Innomed arbeidet med lokale behov inn i skjemaet og satte av noe tid til våre forespørsler.

I forhold til aktiviteter fra Helsedirektoratet har kvartalsvis rapportering gitt en god ramme for fremdrift mot mål. Det har vært fint med både prosjektledersamlinger og fellessamlinger for erfaringsdeling og diskusjoner. Likevel har ikke Agderprosjektet hatt like stor nytte av disse samlingene, da mange av de andre prosjektene har vært i ulike milepæler. Dette har ført til at Agderprosjektet i større grad har bidratt til erfaringsdeling på samlingene og derfor opplevd at vi ikke har fått like mye bistand inn i de prosessene/milepælene vi har vært i under samlingene.

## 6 Læringspunkter og erfaringer

Agderkommunene har hatt mange pasienter (ca 800) innom digital hjemmeoppfølging siden 2013 med ulikt behov for oppfølging og SSHF har i tillegg fulgt opp flere pasientgrupper på samme løsning. Agderkommunene har fått gjennom de ulike prosjektene har ført til endringer i algoritmer, tjenesteforløp, organisering og pasientgrupper, i tillegg til kompetanseheving innen oppfølging på avstand.

En suksessfaktor er at alle aktører, på tvers av forvaltningsnivå i regionen, anvender samme teknologiske leverandør. Slik sikrer man sømløse overganger for brukerne som



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



blir rekruttert eksempelvis hos spesialisthelsetjenesten og videreføres til kommunehelsetjenesten. Prosjektet har erfart at dette ikke er like enkelt når det er ulike behov hos brukergruppene og helsetjenestene. Det er derfor viktig at det arbeides videre nasjonalt med standarder og pasientens måldata, samt at det stilles krav til leverandørene om muligheter for enkle integrasjoner mellom løsninger uten for store kostnader.

Vi har igjennom flere prosjekt hatt forsknings- og utviklingsavtaler som har sikret god fremdrift innen teknologiutvikling. Prosjektene har hatt et svært godt samarbeid med leverandør og har over flere år bidratt til utvikling av teknisk løsning og utarbeidelse av applikasjon for bruk for egen mobile flate. Det er avgjørende at teknisk løsning er brukervennlig. Videre er det viktig at brukergrensesnitt er optimalt, eksempelvis at bokstaver er store nok og kontraster er tydelige nok. Det bør også nevnes at det er viktig med mulighet for teknisk support fra leverandør er lett tilgjengelig.

I nåværende prosjekt har det vært hyppige digitale møter med leverandøren for å sikre at dialog og samarbeid ble gjennomført på en god måte mot overgang til drift. Prosjektet har vært åpne i dialogen knyttet til mulig bytte av teknisk løsning som har bidratt til en god plan for overgang til ny løsning i 2025.

Prosjektet har vært påkoblet flere nasjonale satsninger; digital egenbehandlingsplan, helhetlig tjenestemodell og tjenestepriismodell. Vi hadde også kontakt med arbeidsgruppen knyttet til pasientens måldata for DHO og utarbeidet en oversikt over behov/erfaringer (figur 16) med måldata mellom forvaltningsnivå. Det nasjonale arbeidet har blitt utsatt flere ganger og prosjektet har derfor ikke fått bistått inn i dette arbeidet som ønsket.

DHO ressurspersoner i samarbeidskommuner har vist seg i prosjektet å være svært viktige for å sikre en sømløs og helhetlig tjeneste ut i regionen. Disse er også viktige ressurser med hensyn til stedlig bistand ved tekniske utfordringer knyttet til teknologi og utstyr.

Arbeidet vi har gjort på Agder over flere år har blitt brukt til erfaringsdeling og hatt god overføringsverdi til andre regioner som har hatt ønske om å ta i bruk ulike løsninger for digital helseoppfølging. Igjennom årene har prosjektet fremmet arbeidet fra Agder-regionen i regionale, nasjonale og internasjonale samlings- og erfaringsarenaer.

Utarbeidet juni 2024

Erfaringer knyttet til samhandling mellom forvaltningsnivå

	TeleSAR	KOLS	Covid-19	Psykisk helse	Fastlege
Aktuelle mlleparametre	TIMES Spørreskjema Målinger av sår Bilder	Vitalia Daglig spørreskjema EJGD NEWS 2	Vitalia Daglig spørreskjema NEWS 2	Daglige spørreskjema PHQ 9 GAD 7 FIT	Vitalia NEWS 2 CPAP HLR status Bilder
System	Nlin.no	OTH – kun kommune (SSHF følger ikke opp i sngre)	OTH – ble brukt av SSHF og kommune – ikke aktivt nå	OTH – kommune Checkware- SSHF	Eget system
Hvordan deles det i dag?	PLOIdialog meldinger	PLOIdialog meldinger	PLOIdialog meldinger og historisk data i OTH	PLOIdialog meldinger	PLOIdialog meldinger
Gevinster ved pasientens måldata	<ul style="list-style-type: none"> <li>Semles overgang med tilgjengelig historiske data</li> <li>Tettere oppfølging av pasient</li> <li>Pasienten unngår repetisjon av sin helsesituasjon</li> <li>Gevinst for ulike nivåer (helsepersonell, pasienter, leger mfl)</li> <li>Kompetanseoverføring</li> </ul>				
Initiativ i oppstart eller som kan være aktuelt å se nærmere på:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innløpende møter med hjertepoliklinikk og medisinsk poliklinikk (Årendal) i samarbeid med seksjon for innovasjon og utvikling SSHF – Vitalia (DHO, ECG 24/7), daglig spørreskjema</li> <li>Informerte onkologisk avdeling SSA – samarbeid om eksisterende og nye pasienter (vitalia, ESAS, daglig spørreskjema)</li> <li>Samarbeid om langvarig antibiotikabehandling – KAD pumper (Ipermessykehusforløp SSHF-kommune) - mulig behov for å dele blodprovesvar?</li> <li>I oppstart av nytt Helsehusakuttbrygg SSR – store behov for dele mlleparametre - aktuelt å koble innstapgruppen på her</li> </ul>				

Figur 16; Erfaringer data mellom forvaltningsnivå



Prosjektet har presentert erfaringer på blant annet Arendalsuka, EHIN, Helseteknologikonferansen, SOVA, fagdag Helse- og omsorgsdepartementet og Nordens velferdssenter m.fl, samt mindre arenaer. Tidligere prosjekt og spredningsprosjektet har utarbeidet ulike medier for kommunikasjon til bruk for erfarings- og informasjonsdeling (se vedlegg 7).

Den største utfordringen vi har hatt i dette prosjektet er at det parallelt har vært en prosess i Agder knyttet til felles anskaffelse av teknisk løsning. Denne prosessen har skapt usikkerhet hos kommuner knyttet til bruk av teknisk løsning og pris. Samlet sett har dette ført til stans i rekruttering av pasienter, kommuner som har vært avventende i forhold til oppstart, forsinket prosess i forhold til driftsstruktur og redusert samhandling mellom forvaltningsnivå grunnet ulike tekniske løsninger.

Prosjektet har også erfart utfordringer ved oppstart i nye kommuner når kommunene står i andre organisatoriske endringer (eks nedbemanning, ny organisering m.m). Slike større endringer har prosjektet sett kan føre til redusert mulighet for å lykkes med implementering av tjenesten i egen kommune. I tillegg ser prosjektet det er vesentlig for å lykkes at det jobbes med gevinstarbeid i hele implementeringsprosessen i egen kommune.

## 7 Oppsummering og veien videre

I løpet av høsten 2024 fikk prosjektet god hjelp av Innomed, PWC og økonomisk rådgiver i Østre Agder for å se på ny drift- og prismodell. Her har man utarbeidet et estimat for kostnader forbundet med videre drift og funnet en modell som er akseptabel for samarbeidskommunene. Som vedlegg til samarbeidsavtalen er ansvar og oppgaver lagt inn i helhetlig tjenestemodell, slik at samarbeidende kommuner forstår både lokalt og regionalt ansvar. For å bidra til en smidig overgang til drift, har det vært nyttig med jevnlig møter med DHO-kontakter i Agderkommunene for å sikre god informasjon og forankring.

I starten av 2025 ble det opprettet et Helseteknologisekretariat som skal sikre regional avtaleforvaltning og leverandørdialog, samt samhandling regionalt om helseteknologi. Prosjektet har opprettet rammer for samarbeid mellom regional TMS og sekretariatet for å sikre samhandling og koordinering i drift. Videre arbeid ift samarbeid, erfaringsdeling og oppfølging er lagt over i driftsoppgaver fra regional TMS.



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



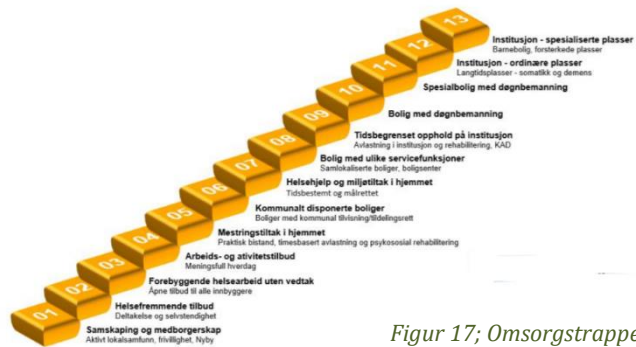
Farsund kommune



Grimstad  
kommune



I prosjektet var det ønske om å synliggjøre kostnader ved å integrere digitale tjenester på laveste nivå av omsorgstrappen (figur 17). Ved å vurdere digitale helsetjenester for å dekke behov i tidlig fase, kunne det bidra til økt mestring, samt øke sannsynligheten for å utsette/erstatte andre kostbare tjenester. Østre Agder har samarbeidet med Agenda Kaupang<sup>14</sup> og andre kommuner om en ressurskalkulator som tar utgangspunkt i omsorgstrappen. Den viser hvor mye ressurser man trenger i de ulike stegene knyttet til tjenester som blir gitt. Prosjektet hadde møter med sekretariat i Østre Agder samarbeidet<sup>15</sup> for å vurdere DHO inn som en del av tjenesten tidlig i omsorgstrappen og hvordan dette kan påvirke ressursbruk. Dette arbeidet startet opp sent i prosjektperioden og kun testet skjemaet ved bruk av en reell brukercase. Likevel viste foreløpige beregninger at innføring av DHO tidlig i omsorgstrappen kan bidra til personellbesparelser, men det var ikke tid i prosjektet til å arbeide videre med analyse og testing. Prosjektet anbefaler kommuner og andre prosjekt å vurdere videre arbeid med gevinstoppfølging ved bruk av ressurskalkulator når helseteknologi skal innføres.



Figur 17; Omsorgstrappen

I Agder har det vist seg å være et behov for å organisere tjenesten på ulike måter. Enkelte kommuner ser fordelen med å rigge tjenesten sentralt, spesielt for forebyggende tjenester. Andre kommuner opplever det mest hensiktsmessig å følge opp egne pasienter i drift, for å i større grad erstatte/supplere behov for andre tjenester. Driftsmodellen for DHO i Agder vil være i stadig endring grunnet teknologiutvikling og endret behov i tjenestene, samt utvikling av nasjonale løsninger og føringer.

*"Det er trygt å vite at helsetjenesten er bare et tastetrykk unna(telefonkontakt)"*

Selv om Agder har lang erfaring med samarbeid om DHO prosjekter på tvers av forvaltningsnivåer, er det identifisert flere utfordringer som må arbeides videre med. Det er utfordringer knyttet til ulike finansieringsmodeller, strukturer og forvaltningsrutiner, samt ulike krav til løsninger og tjenester. Etter prosjektslutt vil det fortsatt være behov for et arbeid knyttet til å vurdere hensiktsmessige modeller på tvers av forvaltningsnivå for å skape en sømløs tjeneste for pasientene. Dette er spesielt viktig når aktørene bruker ulike tekniske løsninger. Agder har igjennom flere prosjekt sett viktigheten av å enten ha samme løsning eller gode integrasjoner mellom løsninger, for å

<sup>14</sup> [Agenda Kaupang | Rådgiver ledelse, organisasjon, styring, digitalisering |](#)

<sup>15</sup> [Østre Agder-samarbeidet](#)



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



kunne sikre samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåer på en sikker og effektiv måte.

## 7.1 Takksigelser

Prosjektet ønsker å takke alle samarbeidspartnere gjennom et tiår. Dette inkluderer flere ressurser i ulike prosjekt, fastleger, sykehus og tjenesteområdene, samt flere brukerrepresentanter og organisasjoner. Takk til Kristiansand kommune for prosjekteierskap og til Helsedirektoratet som gjennom flere år har bidratt til et godt samarbeid, koordinering og ledelse. Prosjektet vil også takke Farsund kommune, Arendal kommune, Grimstad kommune, Sørlandet sykehus HF og Siemens Healthineers for et mangeårig samarbeid om utvikling og organisering av DHO. Tusen takk til Agderkommunene for samarbeid gjennom RKG e-helse, styringsgruppen som har bidratt til forankring og støtte fra øverste ledelsesnivå og helt ut i tjenesteområdene. Det er på grunn av et samlet Agder på tvers av forvaltningsnivå, vi nå kan sikre overgang til drift!



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

## 8 Vedlegg

### Vedlegg 1; Driftsmodell

#### Rammer for drift og årsverk lagt til grunn for samarbeidsavtalen

##### 0,2 årsverk til::

- Samarbeidsavtaler
  - Inkluderer avtaler mellom vertskommune og samarbeidskommuner (ikke leverandøravtale)
- Erfaringsdeling
  - Informasjonsmøter DHO nettverk
    - Oppfølging av pasienter
    - I bruk av teknisk løsning
  - Orientering via Samarbeidsutvalget Agder
  - [Webinar](#)
- Samhandling mellom andre regionale aktører
  - Helseteknologisekretariat
  - Responssenter
  - KS nettverksressurser
  - Sykehus

##### 0,5 årsverk:

Beregnet ut ifra tidsbruk knyttet til oppfølging av pasienter fra sentralen og innebærer:

- Kommunikasjon med forvaltning/hjemkommunen
- Tilgangsstyring for hjemkommunen ved behov for lesetilgang
- Til pasient:
  - Opplæring
  - Påkobling
  - Oppfølging
  - Evaluering

Utarbeidet på bakgrunn av tidsbruk og avtaler pr 1. desember 2024

Alle mulighetsrom gjennomgikk en SWOT-analyse. Under er analysen for den valgte driftsmodellen.

Hvorfor signere avtalen og betale årspris + innbyggerpris når ikke man bruker oppfølgingen fra sentralen?

- Erfaringsdeling
- Støtte til oppfølgingsforløp
- Støtte i bruk av teknisk løsning
- Samhandling regionalt perspektiv
- DHO nettverk

#### SWOT mulighetsrom driftsmodell 2

##### STYRKER:

- Sikrer god fremdrift og kontinuitet DHO Agder
- Bevarer kompetanse
- God fordeling av utgifter basert på erfaringer fra modell fra responscenter
- Mindre kommuner har mindre risiko
- Agder=Eierskap

##### MULIGHETER:

- Skalering og videreutvikling av DHO
- Påvirke nasjonale "føringer og anbefalinger"
- Muligheter for bruk i egen tjeneste
- Mengdetrening på skjema og tilgangsstyring
- Beholder Agder mentalitet/mindre sårbar hvis flere kommuner deltar
- Bygge egen kommunal kompetanse DHO
- Ved samme løsning som VFT - økt mulighet for samarbeid med Responssenteret ift synergier mellom DHO og VFT

##### AVKLARINGSBEHOV:

##### SVAKHETER:

- Store kommuner har noe større risiko grunnet høyere innbyggertall – svakhet om DHO ikke blir unyttet på en god måte

##### TRUSLER:

- Kommuner vil ikke betale
- Liten ressurs i forhold til potensielle arbeidsoppgaver

##### Forslag driftsmodell 2

- Alle kommuner i Agder som bruker DHO betaler årspris (60%) og innbyggerpris (40%) for support, erfaringsdeling m.m.(0,2 årsverk)
- Kommunene som benytter TMS betaler i tillegg til det ovenfor, også for faktisk bruk oppfølgingskost (0,5 årsverk)



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



## Vedlegg 2; Samarbeidsavtale

Det ligger fullstendig samarbeidsavtale under dokumenter på [ehelseagder.no](http://ehelseagder.no)



### Avtale om interkommunalt samarbeid om digital hjemmeoppfølging ved regional telemedisinsk sentral (TMS)

#### ✓ Avtalen er mellom

Arendal kommune (vertskommune) og .....kommune (samarbeidskommune)

Avtalen omfatter (huk av for det som passer, kan velge begge deler)

- bruk av digital hjemmeoppfølging i kommunal helsetjeneste hvor kommunen selv følger opp pasienter, men benytter regional TMS til support og erfaringsdeling.
- digital hjemmeoppfølging av pasienter fra regional TMS som er lokalisert i Arendal. Pasienter kan overføres fra digital hjemmeoppfølging i regi av sykehuset til TMS. Hjemkommunen vurderer og tilbyr/tildeler tjenesten.

#### Hva er digital hjemmoppfølging (DHO)

Pasientene følges opp med selvrapportering av medisinske målinger og/eller spørreskjema. I tillegg tilbys det verktøy for læring og mestring og video- eller telefonkonsultasjon med helsepersonell for å gi bedre sykdomsmestring. Dette kan medvirke til å avdekke og behandle en forverring av sykdommen. Dette kan skape en bedre og tryggere livssituasjon for pasienten og redusere behov for personellintensive tjenester fra kommuner og sykehus.

Det kan være behov for samarbeid i regionen for erfaringsdeling knyttet til gevinstkartlegging m.m og det anbefales at gevinstansvarlig for velferdsteknologi i kommunen kobles på arbeidet. For erfarings- og informasjonsdeling er det lagt ut eksempler/ maler (tjenesteforløp, DPIA m.m) i teamet Nettverksdeling på Agder i kanalen digital hjemmeoppfølging. DHO kontakt i hver kommune har tilgang til teamet (ved behov for tilgang kontakt: [silje.skeie.stray@grimstad.kommune.no](mailto:silje.skeie.stray@grimstad.kommune.no) ).

#### Formål

- Etablere en helhetlig og bærekraftig tjeneste for DHO på Agder som innebærer felles teknisk løsning og samhandling mellom aktører, samt kostnadseffektiv drift og bruk av helsetjenester.
- Bidra til videreutvikling av bruksområder for DHO.
- Sørge for kompetanse – og erfaringsdeling gjennom nettverk og strukturer i regionen (DHO-kontakter, samarbeid med Helseteknologisekretariat [m.fi](http://m.fi))

#### Praktisk gjennomføring

Det er utarbeidet DPIA knyttet til løsningen fra andre kommuner, det må gjøres vurdering i den enkelte kommune om behovet for arbeid knyttet til dette (se eksempler i Nettverksdeling Agder) før teknisk løsning skal benyttes. Det anbefales at kommunene vurderer ROS analyser knyttet til de lokale forløp som tas i bruk.

#### Teknisk løsning og utstyr

Hjemkommunen står selv for avtaler med leverandør eller BHM for innkjøp og utlån av teknisk utstyr og måleutstyr, der det er behov.

Teknisk løsning som brukes, leveres av Tellu og kommunene selv må ta avrop på bruk av DHO i SSA-L avtalen. Bestilling gjøres i dette skjemaet; <https://info.tellu.no/bestillingskjema-dho>



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



## Vedlegg 3; Ansvar og oppgaver til samarbeidsavtale i helhetlig tjenestemodell

Det ligger fullstendig helhetlig tjenestemodell under dokumenter på [ehelseagder.no](http://ehelseagder.no) (vedlegg 1 til samarbeidsavtale; Oppgaver og ansvar, Helhetlig tjenestemodell DHO Agder)

Til modellen

### Tjenesteeier

**Skriv inn ansvarlig her:**

- Kommunen og sykehus har selv ansvar for de lokale oppgavene
- Helseteknologisekretariat vil ha ansvar avtaleforvaltning
- Regional telemedisinsk sentral (TMS) vil ha oversikt over kontaktpersoner i samarbeidskommunene, samt ha ansvar knyttet til oppfølging, support m.m (se samarbeidsavtale for utfyllende informasjon)

**Viktige avklaringer og spørsmål**  
*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

- Kommunen/sykehus må utarbeide sin egen helhetlig tjenestemodell (eller supplere i en kopi av denne) for **identifisere hvem som er ansvarlige lokalt.**
- Identifisere kontaktperson i hver kommune/sykehus** for å sikre samarbeid mellom regionale aktører
- Samarbeidskommunene må opprette og sikre kommunal kontaktperson for digital hjemmeoppfølging, samt formidle evt. endringer til TMS kommune.
- TMS skal kunne henvende seg til kontaktpersonene ved behov

Tilbake til modellen

### Henvisse, kartlegge og tildele

**Ansvarlig for oppgave**  
*Skriv inn ansvarlig for oppgave lokalt her:*

**Flere helseaktører kan henvisse til tjenesten, men det er hjemkommunen som tilbyr/tildeler tjenesten!**

- Viktig med samarbeid med kontaktpersoner/ tjenesteutvender/ saksbehandlere om identifisering av aktuelle brukere

**Ved oppfølging fra regional TMS:**

- Brukers hjemkommune kartlegger og tildeler tjenesten.
- Om sykehuset, fastlege eller andre aktører skal henvisse, beskrives behov og kommunen tildeler passende tjeneste (Vedtatt ved rettighetspasient).
- Regional TMS konsulteres ved behov.
- Hjemkommune har samarbeidsavtale med reg TMS og pasienten får oppfølging i eget hjem (ikke innlagt).
- Brukers hjemkommune sender PLO melding til TMS og oppretter dialog med TMS
- TMS mottar E-melding fra samarbeidskommune og oppretter bruker i fagsystemet.
- Det foretas utveksling av relevant og nødvendig informasjon og avtaler med hjemkommune

**Ved oppfølging ute i tjenesten:**

- Brukers hjemkommune kartlegger og tildeler tjenesten.
- Om sykehuset, fastlege eller andre aktører skal henvisse, beskrives behov og kommunen tildeler passende tjeneste (Vedtatt ved rettighetspasient).
- Hjemkommune har samarbeidsavtale og databehandleravtale om oppfølging ute i tjenesten.
- Bruker har et behov som kommunen kan dekke helt eller delvis ved å tilby DHO.

**Ved oppfølging fra sykehus:**

- Tildeles når det er behov for oppfølging fra sykehus for å mestre egen sykdom og forhindre forverring og innleggelse.
- Oppfølgingsansvarlig ved sykehuset kartlegger, tildeler tjenester, samt gir oppfølging
- Sykehuset oppretter dialog/samarbeid med den aktuelle kommunen om pasienten skal overføres mellom forvaltningsnivå.

**Viktige avklaringer og spørsmål**  
*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

- Avklare roller, ansvar og informasjon er viktig å gjøre lokalt!
- Sikre gode tildelingsrutiner i hver kommune
- Tildeling skjer fra hjemkommunen**, også ved delt oppfølgingsansvar mellom sykehus og kommune
- Fastlege er medisinsk faglig ansvarlig** og ved behov skal det opprettes dialog for å orientere om tilbudet til bruker

**For kommuner som fatter vedtak på digital hjemmeoppfølging:**

- Forvaltning tildeler tjenesten, fatter vedtak og oppretter nødvendige tjenester i kommunen og informerer hjemmetjenesten i egen kommune om evt. forandringer i brukers tjenester.
- Tar en IPLOS vurdering i forkant av vedtak.
- Ved behov sendes PLO-melding til fastlege for å informere om tilbudet/tjenesten som er vedtatt
- Brukers hjemkommune sørger for faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon i kommunenes journalsystem.
- PLO- melding skal inneholde informasjon om andre tjenester og navn på fastlege



## Vedlegg 4; Resultater brukerundersøkelse Agder

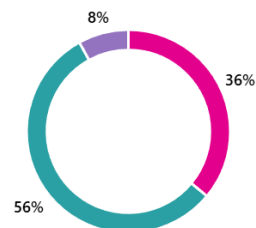
### 1. Kjønn

● Mann	27
● Kvinne	23
● Annet	0
● Ønsker ikke oppgi	0



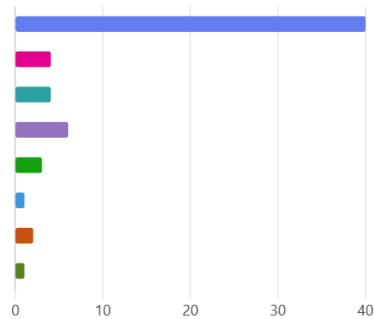
### 2. Hva er din alder

● Under 50 år	0
● 50-69 år	18
● 70-79 år	28
● Over 80 år	4



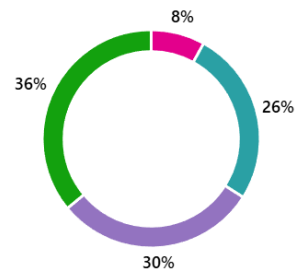
### 3. Hvorfor har du digital hjemmeoppfølging (oppgi én eller flere svar)?

● Kols	40
● Hjertesvikt	4
● Diabetes	4
● Kreft	6
● Ernæringsutfordringer	3
● Psykisk helse	1
● Annet	2
● Ønsker ikke svare	1



### 4. Hvor lenge har du hatt digital hjemmeoppfølging?

● Mindre enn 6 måneder	0
● 6-12 måneder	4
● 1-2 år	13
● 2-3 år	15
● Over 3 år	18



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune

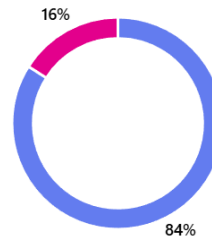


SØRLANDET SYKEHUS



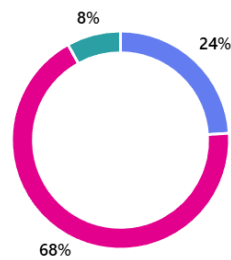
5. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

- Min opplevelse av trygghet har økt 42
- Min opplevelse av trygghet er uendret 8
- Min opplevelse av trygghet er redusert 0



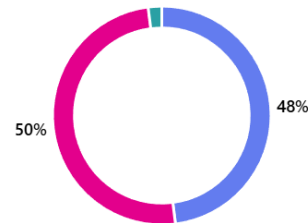
6. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din fysiske helse?

- Min fysiske helse er bedre 12
- Min fysiske helse er uendret 34
- Min fysiske helse er redusert 4



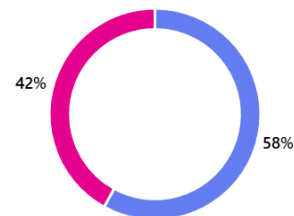
7. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din livskvalitet?

- Min livskvalitet er bedre 24
- Min livskvalitet er uendret 25
- Min livskvalitet er redusert 1



8. Har digital hjemmeoppfølging endret din evne til å ta vare på egen helse?

- Min evne til å ta vare på egen helse har økt 29
- Min evne til å ta vare på egen helse er uendret 21
- Min evne til å ta vare på egen helse er redusert 0



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune

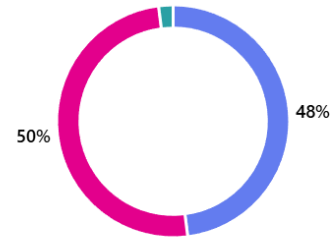


SØRLANDET SYKEHUS



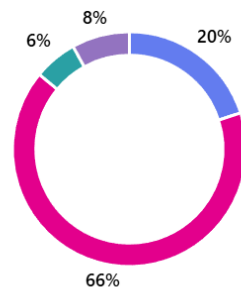
9. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du går til fastlegen?

● Jeg har hatt færre besøk til fastlegen	24
● Har ikke hatt innvirkning på antall fastlegebesøk	25
● Jeg har hatt flere besøk til fastlegen	1



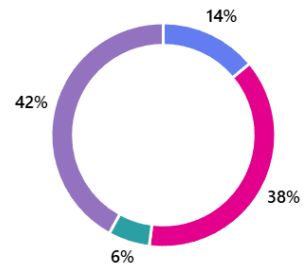
10. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?

● Jeg har hatt færre sykehusinnleggelseser	10
● Har ikke påvirket antall sykehusinnleggelseser	33
● Jeg har hatt flere sykehusinnleggelseser	3
● Ikke aktuelt / har ikke vært innlagt tidligere	4



11. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmesykepleie/hjemmetjenester?

● Jeg har færre besøk	7
● Det er ingen endring	19
● Jeg har flere besøk	3
● Ikke aktuelt / har ikke hatt hjemmesykepleie tidligere	21



12. Har du egenbehandlingsplan?

● Ja	26
● Nei	24



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune

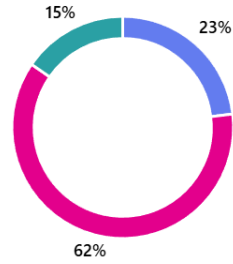


Grimstad  
kommune



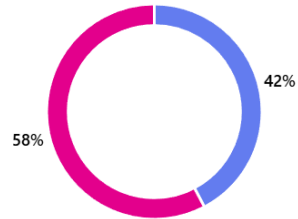
13. Hvor ofte benytter du egenbehandlingsplanen din?

- Daglig 6
- Av og til 16
- Sjelden 4
- Aldri 0



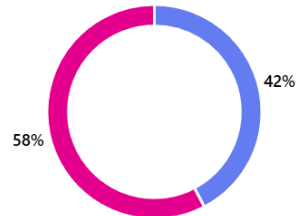
14. Opplever du at innholdet i egenbehandlingsplanen er tilpasset dine behov?

- I stor grad 11
- I noen grad 15
- I liten grad 0



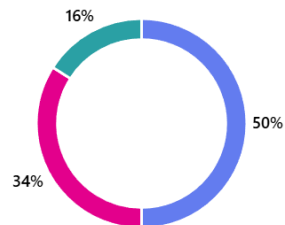
15. Opplever du at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel når du har en forverrelse av din sykdom?

- I stor grad 11
- I noen grad 15
- I liten grad 0
- Har ikke hatt forverrelse av min sykdom 0



16. Hvordan har du totalt sett opplevd digital hjemmeoppfølging?

- Svært fornøyd 25
- Fornøyd 17
- Verken fornøyd eller misfornøyd 8
- Misfornøyd 0
- Svært misfornøyd 0



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



17. Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får (fra helsepersonellet i digital hjemmeoppfølging)?



Andre kommentarer eller forslag til forbedring?

1. *Føler større trygghet fordi jeg får respons på målinger og spørsmål jeg sender inn til digital helseoppfølging*
2. *De ringer og så kommer vi i fellesskap frem til en løsning når for eksempel oksygenopptak er lavt, og hører hvordan det går med meg.*
3. *Det er trygt å vite at helsetjenesten er bare et tastetrykk unna (telefonkontakt)*
4. *Kan alltid ta kontakt, og de ringer tilbake*
5. *Det er bra å kunne følge med på blodtrykk og puls. Det har vært spesielt nyttig å kunne diskutere med kontoret hvordan vi skal tolke målingene. Kontakten med kontoret er ivaretatt av undertegnede som også har svart på disse spørsmålene.*
6. *Dårlig oppfølging og sjeldent jeg har blitt kontaktet.*
7. *Jeg er enkemann, bor alene og har så og si ikke nettverk. Veldig bra å vite at noen 'vet om' meg og min situasjon.*
8. *Føler det er ingen personlig kontakt i det hele tatt, og synes mer kontakt hadde vært bedre*
9. *Oppfølging søn og helligdager mangler for dårlig*
10. *I fond the service very impersonal.*



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

## Vedlegg 5; Rutine og avtale for logistikk av medisinsk utstyr fra BHM

Det ligger fullstendig rutine under dokumenter på [ehelseagder.no](http://ehelseagder.no)



### Rutine om forvaltning og logistikk av medisinsk utstyr mellom SSHF og kommuner i Agder

#### 1 Bakgrunn

Rutine for logistikk av utstyr fra behandlingshjelpemidler (BHM) for bruk innen digital hjemmeoppfølging (DHO).

##### 1.1 Forkortelser/begrep

- Enhet for behandlingshjelpemidler SSHF (BHM) er en enhet under medisinsk teknologisk seksjon. Primær oppgave er drift, forvaltning og logistikk av medisinsk utstyr og forbruksmateriell til pasienter i Agder. Forutsetning er at behandling er startet opp i spesialisthelsetjeneste og at det foregår i hjemmet. Ca. 18 000 pasienter
- Medisinsk utstyr: Utstyr som brukes til behandling av pasienter og dermed må håndteres iht. myndighetskrav. I gjeldende avtale er det blodtrykksapparat med mansjett og pulsoksymeter
- SSHF: Sørlandet sykehus helseforetak
- Enhet for oppfølging: Et samlebegrep for personell som følger opp pasient/utstyr i kommunene
- FVD-system. FVD står for forvaltning, vedlikehold og drift. FVD-systemet som brukes av BHM er Medusa.
- DHO: Digital hjemmeoppfølging

##### 1.2 Avgrensninger

- Avtalen omfatter utstyr som eies av SSHF og leies ut til kommuner i Agder
- Lisenser fra teknologileverandør omfattes ikke av avtalen

#### 2 Anskaffelse

##### 2.1 Innkjøp

Enhet for behandlingshjelpemidler SSHF (BHM) anskaffer aktuelt medisinsk utstyr.

#### 3 Myndighetskrav iht. medisinsk utstyr

Det stilles særegne krav til medisinsk utstyr, og dermed også medisinsk utstyr som benyttes i hjemmebehandling. Utstyret må tilfredsstillere kravene som følger av lov om medisinsk utstyr, herunder [håndteringsforskriften](#). Håndtering omfatter anskaffelse, opplæring, plassering/tilkobling, bruk, vedlikehold/repasjoner, oppbevaring/lagring, kassasjon av medisinsk utstyr og meldeplikt.



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune

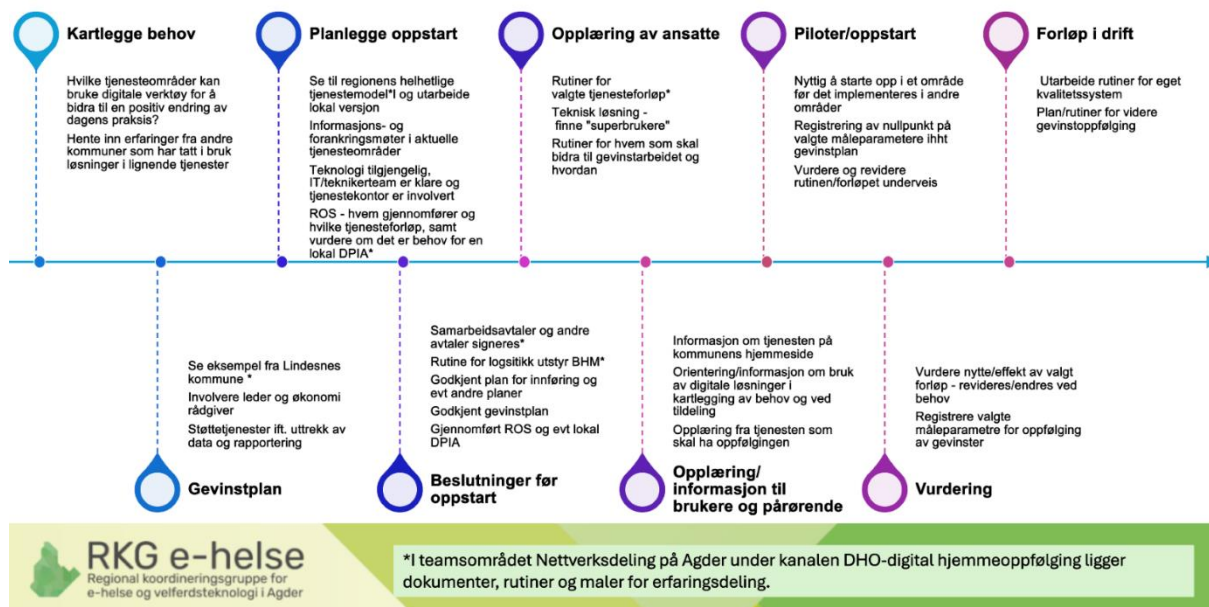


Grimstad  
kommune



## Vedlegg 6; Innføringsløp nye kommuner

### Innføringsløp DHO



## Vedlegg 7; Kommunikasjon og medier

United4Health – [prosjektinfo](#), oppdatert 2021

[Telma](#) - film 2019

[PA consulting](#) - film – EHIN 2020

[NRK Distriktsnyheter østlandet](#): Kongsvinger m oppfølging fra Farsund kommune – 2020

[VOPD/iHAC](#) - film- 2021

[Presentasjon Norwegian centre for e-health](#) - film, 2021

[Covid 19 Farsund](#) - film – SOVA 2021

[NRK Dagsrevyen](#) - film 2024

[Informasjon](#) om tjenesten i Arendal kommune

[Brosjyre](#) regional TMS

Sluttrapporter og dokumenter fra tidligere prosjekter på [ehelseagder.no](#)



Kristiansand  
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad  
kommune



## Avtale om interkommunalt samarbeid om digital hjemmeoppfølging ved regional telemedisinsk sentral (TMS)

### Avtalen er mellom

Arendal kommune (vertskommune) og .....kommune (samarbeidskommune)

Avtalen omfatter (huk av for det som passer, kan velge begge deler)

bruk av digital hjemmeoppfølging i kommunal helsetjeneste hvor kommunen selv følger opp pasienter, men benytter regional TMS til support og erfaringsdeling.

digital hjemmeoppfølging av pasienter fra regional TMS som er lokalisert i Arendal. Pasienter kan overføres fra digital hjemmeoppfølging i regi av sykehuset til TMS. Hjemkommunen vurderer og tilbyr/tildeler tjenesten.

### Hva er digital hjemmoppfølging (DHO)

Pasientene følges opp med selvrapporing av medisinske målinger og/eller spørreskjema. I tillegg tilbys det verktøy for læring og mestring og video- eller telefonkonsultasjon med helsepersonell for å gi bedre sykdomsmestring. Dette kan medvirke til å avdekke og behandle en forverring av sykdommen. Dette kan skape en bedre og tryggere livssituasjon for pasienten og redusere behov for personellintensive tjenester fra kommuner og sykehus.

Det kan være behov for samarbeid i regionen for erfaringsdeling knyttet til gevinstkartlegging m.m og det anbefales at gevinstansvarlig for velferdsteknologi i kommunen kobles på arbeidet. For erfarings- og informasjonsdeling er det lagt ut eksempler/ maler (tjenesteforløp, DPIA m.m) i teamet Nettverksdeling på Agder i kanalen digital hjemmeoppfølging. DHO kontakt i hver kommune har tilgang til teamet (ved behov for tilgang kontakt: [silje.skeie.stray@grimstad.kommune.no](mailto:silje.skeie.stray@grimstad.kommune.no) ).

### Formål

- Etablere en helhetlig og bærekraftig tjeneste for DHO på Agder som innebærer felles teknisk løsning og samhandling mellom aktører, samt kostnadseffektiv drift og bruk av helsetjenester.
- Bidra til videreutvikling av bruksområder for DHO.
- Sørge for kompetanse – og erfaringsdeling gjennom nettverk og strukturer i regionen (DHO-kontakter, samarbeid med Helseteknologisekretariat m.fl)

### Praktisk gjennomføring

Det er utarbeidet DPIA knyttet til løsningen fra andre kommuner, det må gjøres vurdering i den enkelte kommune om behovet for arbeid knyttet til dette (se eksempler i Nettverksdeling Agder) før teknisk løsning skal benyttes. Det anbefales at kommunene vurderer ROS analyser knyttet til de lokale forløp som tas i bruk.

### Teknisk løsning og utstyr

Hjemkommunen står selv for avtaler med leverandør eller BHM for innkjøp og utlån av teknisk utstyr og måleutstyr, der det er behov.

Teknisk løsning som brukes, leveres av Tellu og kommunene selv må ta avrop på bruk av DHO i SSA-L avtalen. Bestilling gjøres i dette skjemaet; <https://info.tellu.no/bestillingsskjema-dho>

Ved behov for medisinskteknisk utstyr (eks. Blodtrykksmåler og oksygenmetningsmåler m.m) kan dette kjøpes av leverandør eller leies fra behandlingshjelpemidler (BHM) ved Sørlandet sykehus.

Kontakt leverandør eller BHM for avtale/rutine knyttet til utstyr:

Tellu: Forespørsel om bestilling sendes til: [bestilling@tellu.no](mailto:bestilling@tellu.no) eller bestilles direkte fra nettbutikk: <https://shop.tellu.no/>

Ved spørsmål knyttet til avrop på avtalen og/eller utstyr fra Tellu, kontakt [synne.gumpen@tellu.no](mailto:synne.gumpen@tellu.no)

BHM: Forespørsel om utstyr og avtale, kontakt enhetsleder behandlingshjelpemidler SSHF; Kamilla Albrigtsen, [kamilla.albrigtsen@sshf.no](mailto:kamilla.albrigtsen@sshf.no)

Fakturering for løsning og utstyr avtales direkte med leverandør eller BHM.

#### Ansvars- og oppgavefordeling

Fastlegen er medisinsk faglig ansvarlig for pasienter som bor hjemme og dette gjelder også pasienter som følges opp med digital hjemmeoppfølging fra en oppfølgingstjeneste.

Rutiner, ansvar og oppgaver knyttet til digital hjemmeoppfølging er beskrevet i helhetlig tjenestemodell (HTM) for DHO. Flere av oppgavene på regionalt nivå (avtale, support, teknisk løsning) gjøres av telemedisinsk sentral og/eller Helseteknologisekretariat (dette er under etablering). Enkelte oppgaver bør jobbes med lokalt for å sikre forankring og oppgavedeling i egen kommune. Se detaljer for ansvars- og oppgavefordeling i HTM (vedlegg 1).

## Økonomi

Samarbeidskommunen betaler årskostnad og årlig innbyggerpris for support, kompetanseoverføring, erfaringsdeling og DHO-nettverk. De kommunene som bruker regional TMS til oppfølging av pasienter, betaler i tillegg en oppfølgingskost.

#### **Totalt utgjør faste kostnader:**

Årspris: 11 745,-

Innbyggerpris: 0,41 øre pr innbygger pr år

Oppfølgingskost: 7 248,- pr pasient pr år (604,- pr mnd)

Faktura sendes til samarbeidskommunen hvert halvår.

Det arbeides med en overgang fra eksisterende leverandør (Siemens Healthineers) og ny leverandør (Tellu). Alle skal være over på ny løsning fra 01.04.25. I perioden 01.01.25-31.03.25 vil kommunene som har benyttet regional TMS for oppfølging i 2024, få faktura for teknologikost ihht til samarbeidsavtale fra 2023-2024. Kost i denne perioden vil være 530,- pr pasient pr mnd og faktura for denne perioden vil sendes fra regional TMS i april 2025.

#### **Ekskludert i denne avtalen:**

- Kostnader tilknyttet teknologi og utstyr fra leverandør ligger i avtalen med Tellu og faktura kommer fra leverandør.
- Kostnader knyttet til utstyr fra behandlingshjelpemidler SSHF Kristiansand (BHM) og faktura kommer 1 gang pr år fra SSHF.

#### Kostnadsjusteringer

Dersom det i avtaleperioden inntreffer endrede leveranse- eller lønnsbetingelser som medfører kostnadsøkninger i samarbeidsavtalen, så samtykker samarbeidskommunen til en økning av kostnadene med inntil 5% av dagens kostnadsnivå per pasient. Enkeltvis økning eller en samlet økning av kostnadsnivået over 5 % av dagens kostnadsnivå per pasient krever ny tilleggsavtale mellom partene.

## Kvalitetssikring

Hver enkelt kommune har et kvalitets- og internkontrollsystem som løpende dokumenterer faglig forsvarlighet.

## Klagesaker

Evt klagesaker behandles i kommunen som har fattet vedtak etter gjeldende lovverk.

## Lovhjemmel

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (Helse- og omsorgstjenesteloven) av 2011-06-24-30, kapittel 3<sup>1</sup> og Lov om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) av 199-07-02-63<sup>2</sup>. Partene kan ikke ved denne avtalen innskrenke ansvar eller plikter som partene er tillagt etter lov og forskrifter.

## Taushetsplikt

Fritak fra regler om taushetsplikt ved utveksling av pasientopplysninger mellom ansatte i pasientens hjemkommune, SSHF og ansatte ved aktuell oppfølgingstjeneste er hjemlet under Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven) av 1999-07-02-64, Kapittel 5 § 25 og §26<sup>3</sup>.

## Avtalens varighet

Denne avtalens varighet er 31.12.2026 med mulighet for automatisk forlengelse med 3 måneder av gangen og inntil senest 31.12.2027.

Hvis det oppstår vesentlige endringer i grunnlaget for avtalen, kan avtalen kreves reforhandlet med 3 måneders varsel.

## Oppsigelse

Oppsigelse av avtalen må skje skriftlig og med 3 måneders varsel. Ved opphør av pasientoppfølging fra sentralen, vil årspris og innbyggerpris fortsette frem til oppsigelse foreligger sentralen.

## Kontaktperson

Kontaktperson for avtalen er regional telemedisinsk sentral ved Janice Marcussen, [janice.marcussen@arendal.kommune.no](mailto:janice.marcussen@arendal.kommune.no) eller Audun Solstad, [audun.solstad@arendal.kommune.no](mailto:audun.solstad@arendal.kommune.no)

Signatur vertskommune:

Arendal kommune

Navn \_\_\_\_\_

(Elektronisk signatur)

Signatur samarbeids kommune:

\_\_\_\_\_ kommune

Navn \_\_\_\_\_

(Elektronisk signatur)

**Vedlegg 1:** Ansvars- og oppgavefordeling beskrevet i helhetlig tjenestemodell for DHO

<sup>1</sup> [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester - Lovdata](#)

<sup>2</sup> [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

<sup>3</sup> [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett - Lovdata](#)





# NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM

---

## Helhetlig tjenestemodell for Digital hjemmeoppfølging Agder

Agder, versjon 1.0  
Januar 2025

Revidert fra versjon fra KS pr mai 2024

# INNHold

## 1 INTRODUKSJON TIL HELHETLIG TJENESTEMODELL

Hva er helhetlig tjenestemodell og hvorfor er den viktig?

## 2 OPPGAVER FOR Å GI TEKNOLOGI TIL BRUKER, IVARETA RESPONS, UTRYKNING OG EVALUERING

Henvise, kartlegge og tildele

Gjøre tilpasninger og installere

Ivareta respons og utrykning

Evaluerer og videreføre, endre eller avslutte tjeneste

## 3 LØPENDE KOMMUNALE OPPGAVER

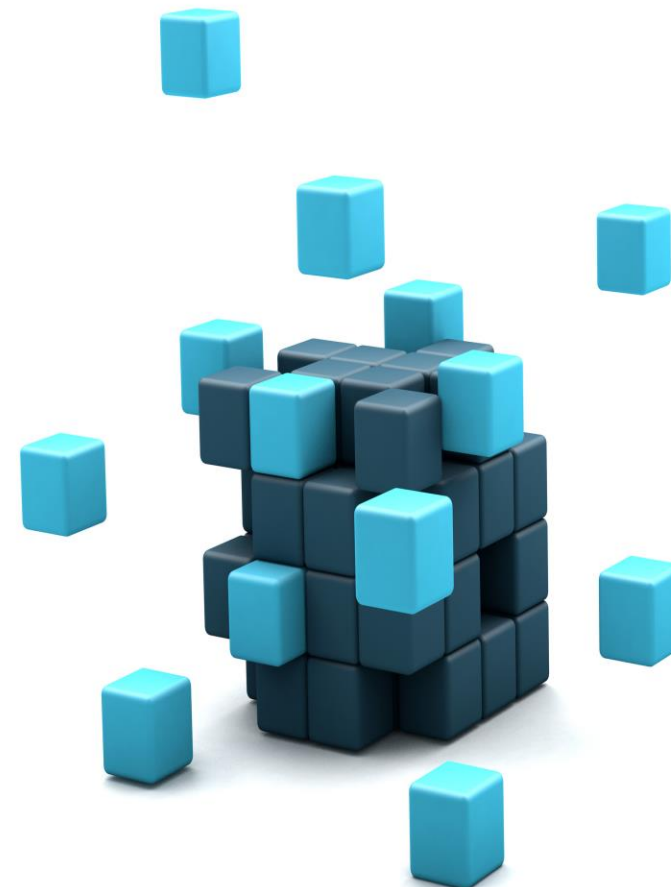
Vedlikehold og videreutvikle tjenesten

Support, lager og utstyr

IT-drift

Oppgraderinger og vedlikehold av løsninger

Anskaffelser og avtaleforvaltning



# 01

## Introduksjon til helhetlig tjenestemodell



## HVA ER HELHETLIG TJENESTEMODELL?

Tjenester med velferdsteknologi (VFT) er sektorovergrepene og innebærer et tett samarbeid mellom sektorer innad i kommunen.

Helhetlig tjenestemodell er et verktøy i arbeidet med å implementere velferdsteknologi i din kommune og sikre varig drift.

Modellen gir oversikt over en rekke oppgaver og ansvarsområder som må ivaretas dersom velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestene til innbyggerne i kommunen.

Helhetlig tjenestemodell viser oppgavene som må til for at bruker skal få egnet velferdsteknologi, som en del av et tjenesteforløp. I tillegg viser modellen alle de andre løpende oppgavene som må ivaretas for at velferdsteknologien skal fungere og understøtte tjenesteforløpet.

Modellen er utviklet av kommuner sammen med KS i nasjonalt velferdsteknologiprogram. Modellen har blitt oppdatert, og dette er siste versjon.



# HVORFOR ER HELHETLIG TJENESTEMODELL VIKTIG?

Helhetlig tjenestemodell er viktig fordi den viser de mange, ulike oppgavene som må ivaretas dersom velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestene i din kommune.

Det er lett å tenke at velferdsteknologi bare handler om å «dele ut» teknologi, men det er komplekst arbeid og viktig samspill som må til dersom man skal lykkes. Det er mange oppgaver som må løses bak «sceneteppe» og under «scenegulvet» dersom det skal fungere for bruker, pårørende og tjenestene i kommunen.

Nøkkelen for å lykkes er samarbeid. Roller, ansvar og oppgaver må være tydelig fordelt, organisert og det må etterleves. En person kan ikke løse alle oppgavene i modellen – dette er et lagarbeid.



## Tjenesteeier

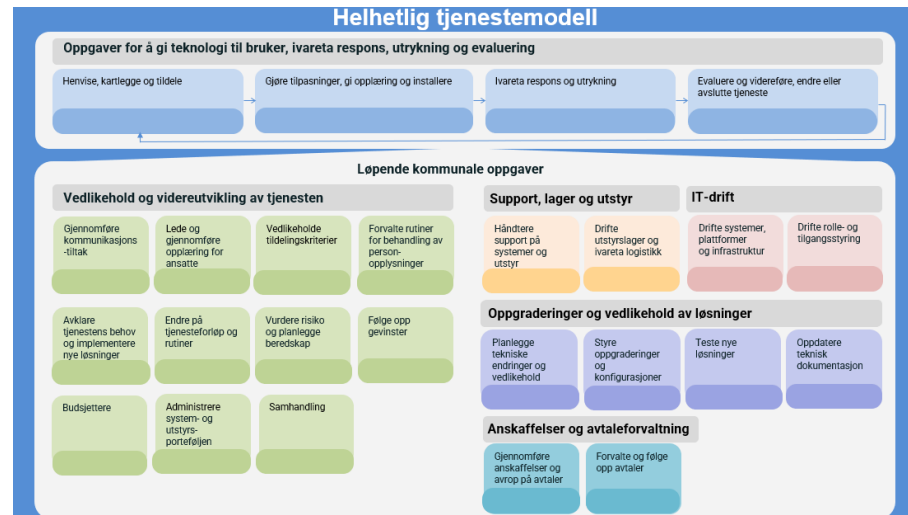
### Skriv inn ansvarlig her:

- Kommunen og sykehus har selv ansvar for de lokale oppgavene
- Helseteknologisekretariat vil ha ansvar avtaleforvaltning
- Regional telemedisinsk sentral (TMS) vil ha oversikt over kontaktpersoner i samarbeidskommunene, samt ha ansvar knyttet til oppfølging, support m.m (se samarbeidsavtale for utfyllende informasjon)

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

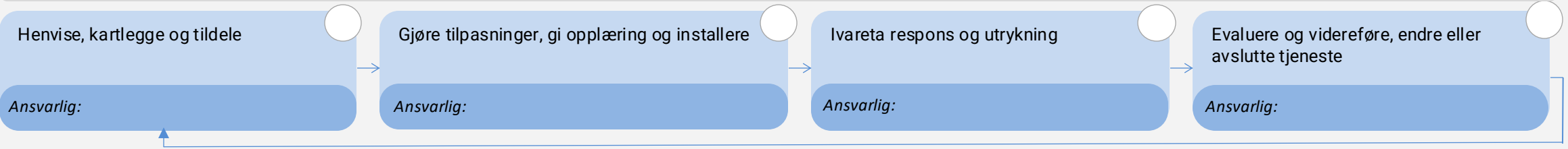
- Kommunen/sykehus må utarbeide sin egen helhetlig tjenestemodell (eller supplere i en kopi av denne) for **identifisere hvem som er ansvarlige lokalt.**
- **Identifisere kontaktperson i hver kommune/sykehus** for å sikre samarbeid mellom regionale aktører
- Samarbeidskommunene må opprette og sikre kommunal kontaktperson for digital hjemmeoppfølging, samt formidle evt. endringer til TMS kommune.
- TMS skal kunne henvende seg til kontaktpersonene ved behov



# Ansvar for de ulike oppgavene og statusoversikt



## Oppgaver for å gi teknologi til bruker, ivareta respons, utrykning og evaluering

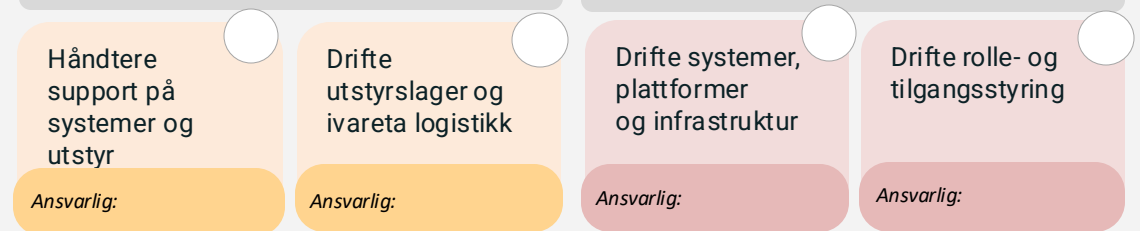


## Løpende kommunale oppgaver

### Vedlikehold og videreutvikling av tjenesten

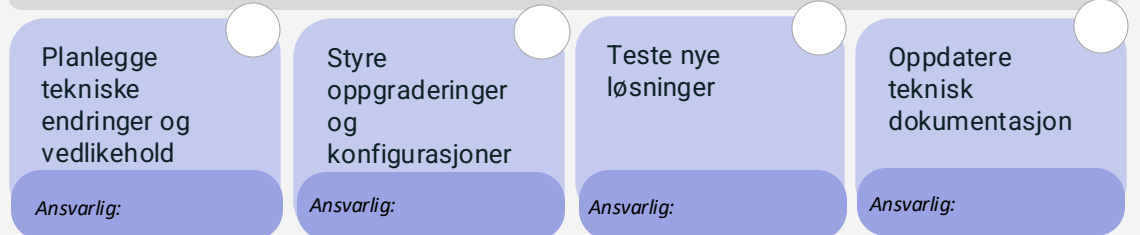


### Support, lager og utstyr

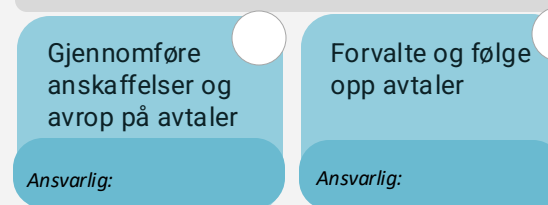


### IT-drift

### Oppgraderinger og vedlikehold av løsninger



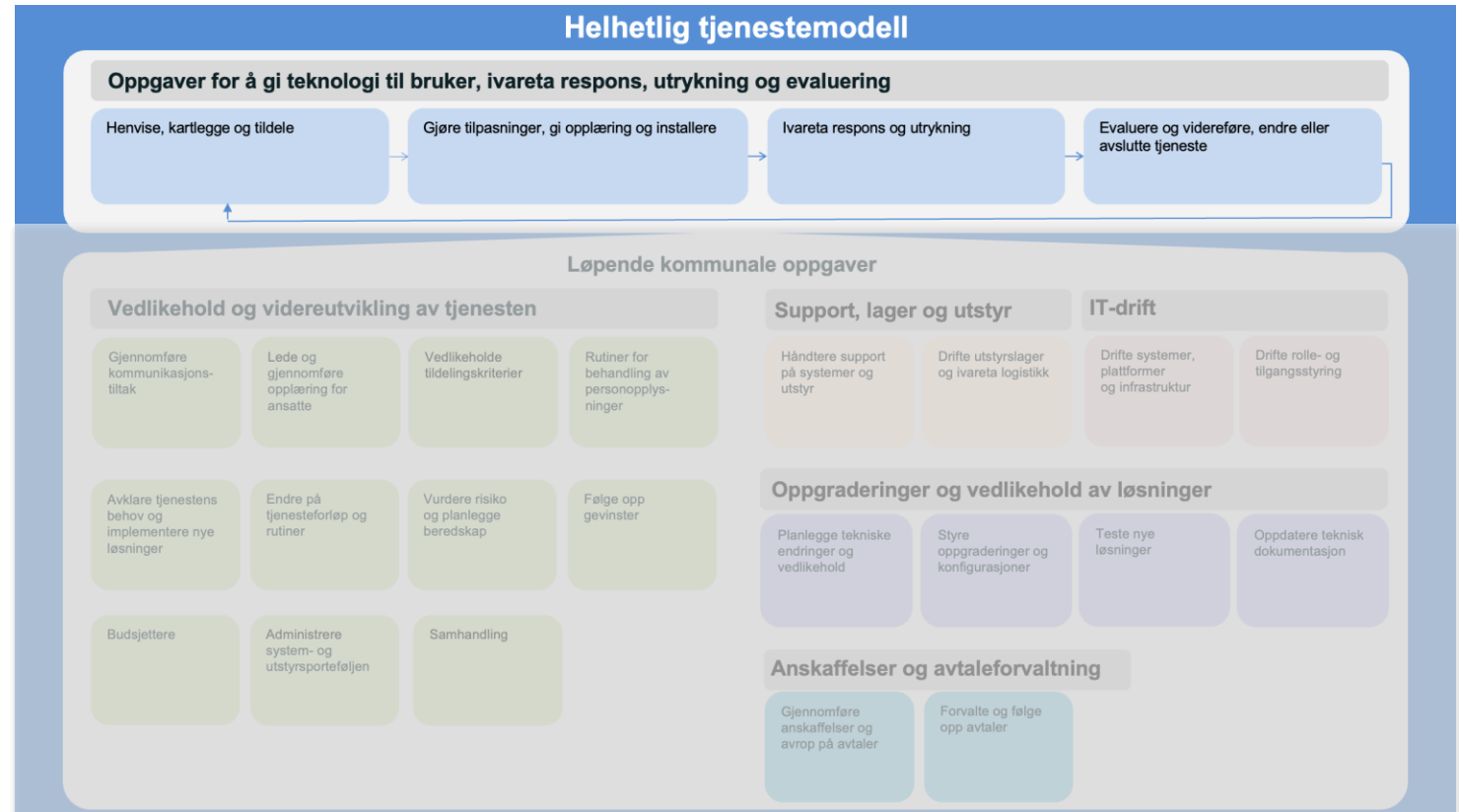
### Anskaffelser og avtaleforvaltning





# 02

## Oppgaver for å gi teknologi til bruker, ivareta respons, utrykning og evaluering



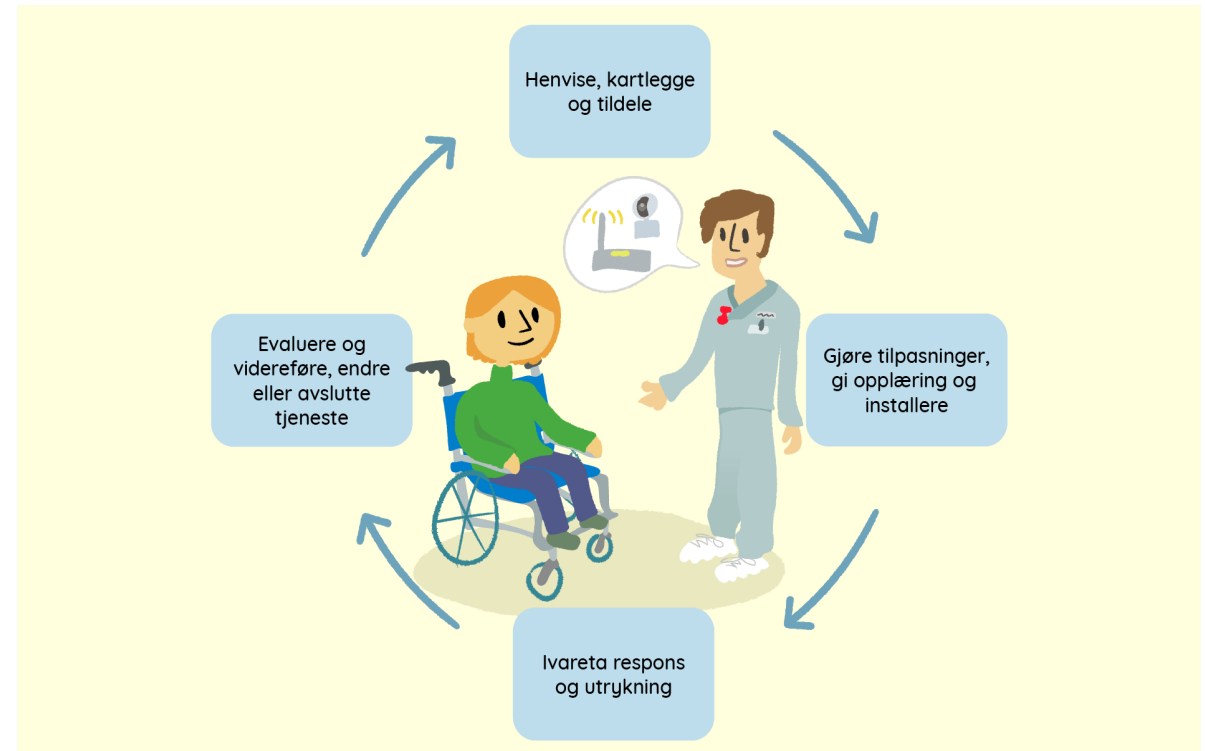
# Oppgaver for å gi teknologi til bruker, ivareta respons, uttrykning og evaluering

1 Henwise, kartlegge og tildele

2 Gjøre tilpasninger, gi opplæring og installere

3 Ivareta respons og uttrykning

4 Evaluere og videreføre, endre eller avslutte tjeneste



# 1 HENVISE, KARTLEGGE OG TILDELE

## MÅL

- Kommunen har etablerte rutiner for å kunne identifisere, kartlegge og tilby velferdsteknologi som en del av sine tjenester

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Motta henvisning eller forespørsel fra bruker, pårørende eller tjenesten, og registrere bruker i fagsystem.
- Gjennomfør kartleggingsbesøk med bruker og ev. pårørende i henhold til kartleggingsrutinene.
- Ta inn spørsmål om velferdsteknologi i eksisterende maler som brukes i kartlegging for vurdering av tjenester i kommunen
- Gjør en vurdering av gevinster for brukeren og kommunen basert på kartleggingen, og vurder om velferdsteknologi vil løse hele eller deler av brukerbehovet.
- Tildel tjeneste og dokumenter i journalsystem.
- Oppdater tiltaksplanen.
- Gjennomfør nullpunktmåling på brukerens forbruk av tjenester før igangsetting av tjenesten.
- Bestill utstyr og installasjon.



- [Helsedirektoratet: Veileder for saksbehandling](#)
- [Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker \(forvaltningsloven\) – Lovdata](#)
- [Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd \(offentleglova\)](#)
- [KS: Velferdsteknologiens ABC: Emne B – Fra brukerbehov til ny løsning](#)

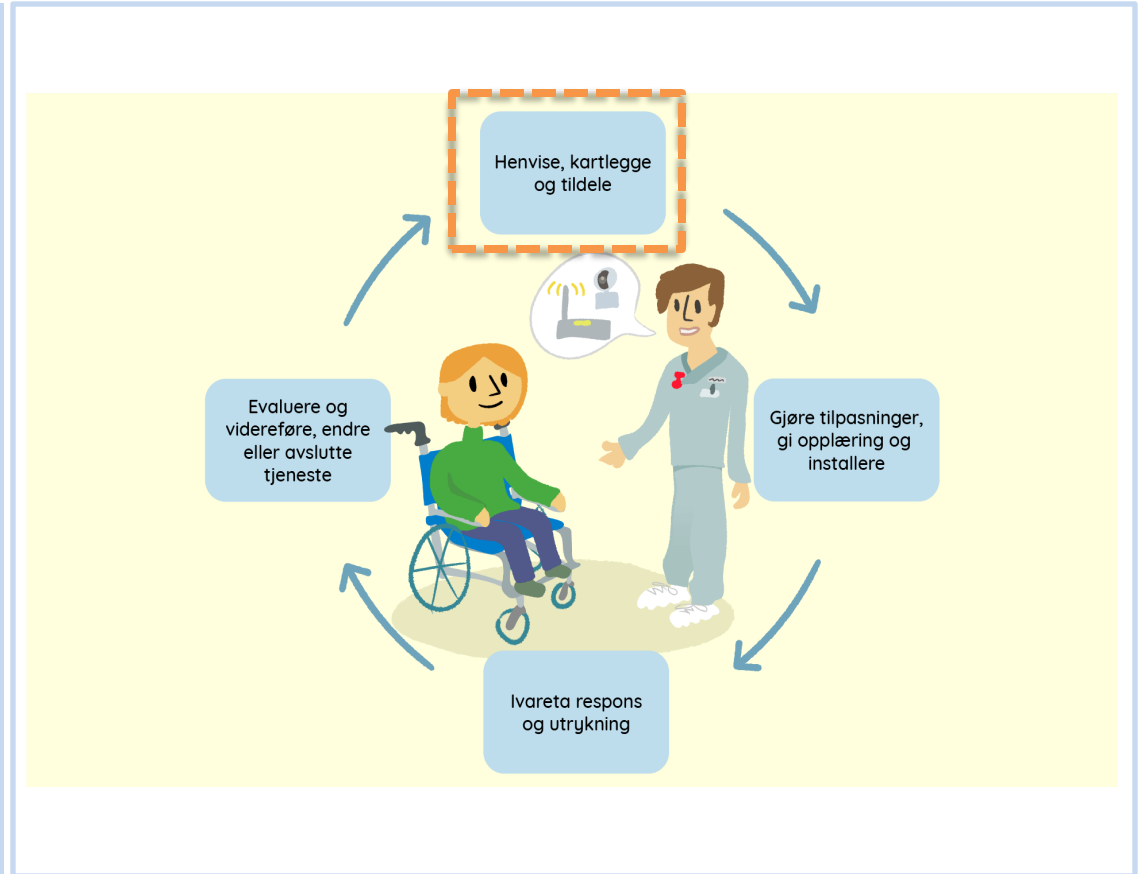
## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Hvilken målsetning har kommunen for velferdsteknologi og hva bør dokumenteres for å kunne følge utviklingen og over tid?
- Legg til rette for tverrfaglig samarbeid. Dette gjør det enklere å skape et helhetlig bilde av brukernes behov.
- Ha ett felles søknadsskjema for kommunale helse- og omsorgstjenester («én vei inn»). Ikke la velferdsteknologi bli noe man etterspør i tillegg til andre tjenester.
- Utarbeid tydelige tildelingskriterier. Sett gjerne mål om at tjenester med velferdsteknologi skal tildeles på link linje med kompenserende tjenester og forbyggende.
- Saksbehandlerne må ha god kjennskap til hvordan de ulike velferdsteknologiene kan skape nytteverdi for brukerne. Pass på at saksbehandlere og de som vurderer behov får god opplæring, har gode maler og kjenner godt til velferdsteknologi og nytten det kan gi.
- Flere kommuner har etablert tverrfaglige kartleggingsteam, og gjennomfører andregangskartlegging ved behov.
- God kommunikasjon mellom saksbehandler, tjenesten, brukeren og ev. pårørende er nødvendig for å treffe behovene og kan redusere «plunder og heft» senere.



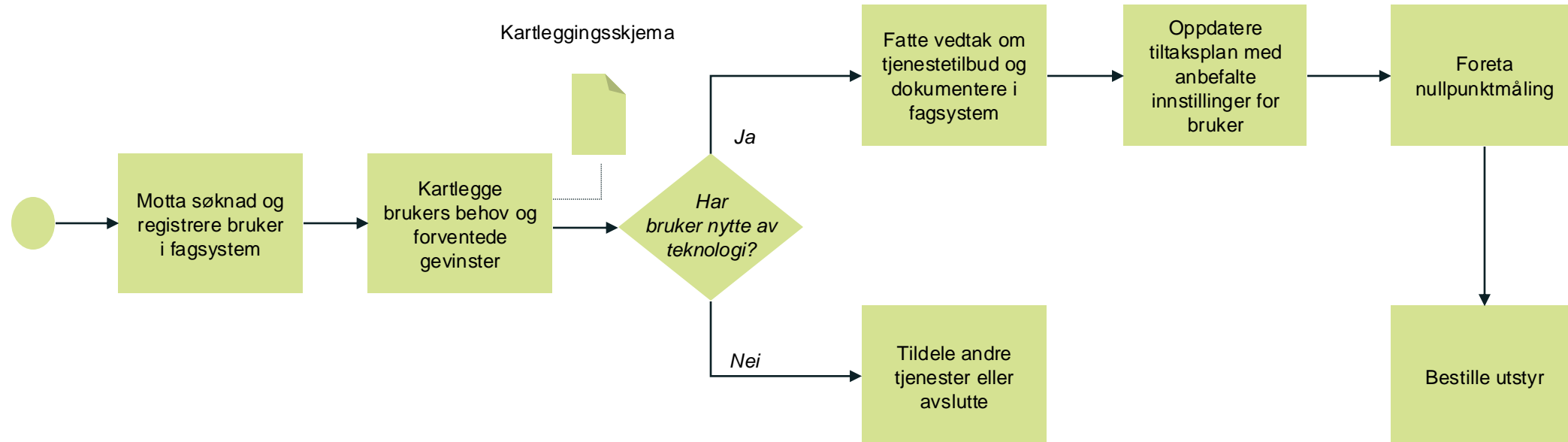
## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Henvise, kartlegge og tildele*

- En tilgjengelig oversikt over teknologi kommunen tilbyr og hvilke teknologi innbygger kan skaffe selv
- Utarbeidet tildelingskriterier for de ulike velferdsteknologiske løsningene
- Oppdatert søknadsskjema til å omfatte velferdsteknologi
- Gjennomført opplæring i velferdsteknologi for ansatte i forvaltning/tildeling
- Tydelig kommunisert hvor og hvordan innbyggere skal melde sine behov.
- Etablert samarbeid mellom tildelende og utførende enhet.
- Tilpasset fagsystem/EPJ for dokumentering av velferdsteknologi til styring og rapportering





## Eksempel på flytskjema for prosessen *Henvide, kartlegge og tildele*



## Henviser, kartlegge og tildele

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig for oppgave lokalt her:*

### Flere helseaktører kan henviser til tjenesten, men det er hjemkommunen som tilbyr/tildeler tjenesten!

- Viktig med samarbeid med kontaktpersoner/ tjenesteutøvende/ saksbehandlere om identifisering av aktuelle brukere

### Ved oppfølging fra regional TMS:

- Brukers hjemkommune kartlegger og tildeler tjenesten.
- Om sykehuset, fastlege eller andre aktører skal henviser, beskrives behov og kommunen tildeler passende tjeneste (Vedtak ved rettighetspasient).
- Regional TMS konsulteres ved behov.
- Hjemkommune har samarbeidsavtale med reg TMS og pasienten får oppfølging i eget hjem (ikke innlagt).
- Brukers hjemkommune sender PLO melding til TMS og oppretter dialog med TMS
- TMS mottar E-melding fra samarbeidskommune og oppretter bruker i fagsystemet.
- Det foretas utveksling av relevant og nødvendig informasjon og avtaler med hjemkommune

### Ved oppfølging ute i tjenesten:

- Brukers hjemkommune kartlegger og tildeler tjenesten.
- Om sykehuset, fastlege eller andre aktører skal henviser, beskrives behov og kommunen tildeler passende tjeneste (Vedtak ved rettighetspasient).
- Hjemkommune har samarbeidsavtale og databehandleravtale om oppfølging ute i tjenesten.
- Bruker har et behov som kommunen kan dekke helt eller delvis ved å tilby DHO.

### Ved oppfølging fra sykehus:

- Tildeles når det er behov for oppfølging fra sykehus for å mestre egen sykdom og forhindre forverring og innleggelser.
- Oppfølgingsansvarlig ved sykehuset kartlegger, tildeler tjenester, samt gir oppfølging
- Sykehuset oppretter dialog/samarbeid med den aktuelle kommunen om pasienten skal overføres mellom forvaltningsnivå.

### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

- *Avklare roller, ansvar og informasjon er viktig å gjøre lokalt!*
- *Sikre gode tildelingsrutiner i hver kommune*
- **Tildeling skjer fra hjemkommunen**, også ved delt oppfølgingsansvar mellom sykehus og kommune
- **Fastlege er medisinskfaglig ansvarlig** og ved behov skal det opprettes dialog for å orientere om tilbudet til bruker

### For kommuner som fatter vedtak på digital hjemmeoppfølging:

- *Forvaltning tildeler tjenesten, fatter vedtak og oppretter nødvendige tjenester i kommunen og informerer hjemmetjenesten i egen kommune om evt. forandringer i brukerens tjenester.*
- *Tar en IPLOS vurdering i forkant av vedtak.*
- *Ved behov sendes PLO-melding til fastlege for å informere om tilbudet/tjenesten som er vedtatt*
- *Brukers hjemkommune sørger for faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon i kommunenes journalsystem.*
- *PLO- melding skal inneholde informasjon om andre tjenester og navn på fastlege*

## 2

## GJØRE TILPASNINGER, GI OPPLÆRING OG INSTALLERE



## MÅL

- Utstyr og applikasjoner blir installert og tatt i bruk på en sikker og hensiktsmessig måte, og teknologien er tilpasset til brukers behov
- Det blir gitt god opplæring og veiledning til bruker og pårørende

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Avklar hvem som skal gjøre tilpasninger av utstyr og teknologi, installasjon hos bruker og opplæring av bruker og pårørende. Dette kan variere avhengig av type teknologi.
- Registrer bruker i administrasjonsverktøy og informer installatør. Ha faste rutiner for hvem som installerer hos bruker. Dette kan variere avhengig av teknologi og bruk av leverandører.
- Pass på at den som gjør tilpasning og installasjon får informasjon om bakgrunnen for at teknologien er tildelt.
- Konfigurer og installer utstyr. Dokumenter hvis det blir gjort spesielle brukertilpasninger under installering. Det er viktig for videre oppfølging og support på utstyr.
- Gi bruker og pårørende grundig opplæring i bruk av utstyret. La brukeren få tid til å bli kjent med utstyret og teste det. Pass på at brukerveiledning er tilgjengelig for bruker eller pårørende.



- [KS: Velferdsteknologiens ABC: Emne D - Organisering og drift av velferdsteknologi i tjenesten](#)
- [Direktoratet for eHelse: Tekniske anbefalinger ved bruk av velferdsteknologi](#)

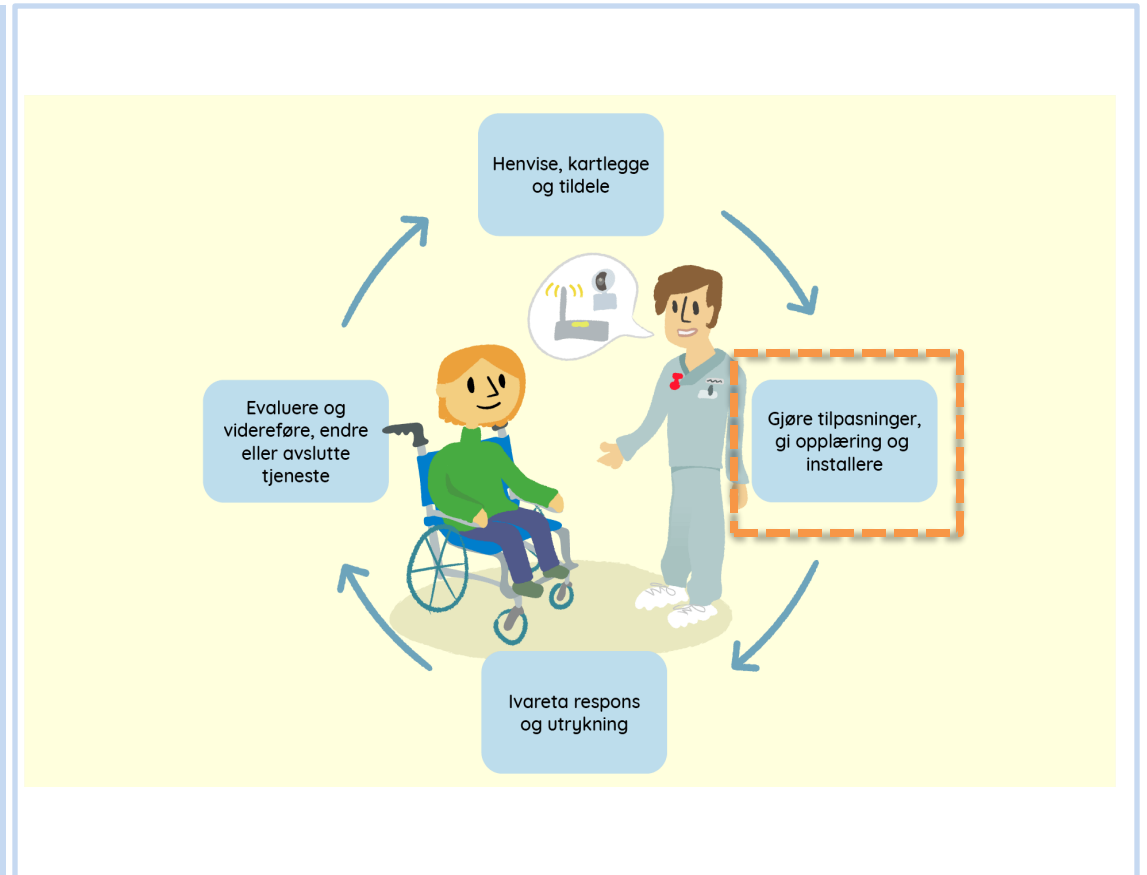
## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Ofte er mange aktører involvert i denne oppgaven. Det krever godt samarbeid, informasjonsdeling og god dokumentasjon.
- Det er viktig å dokumentere endringer og tilpasninger som avviker fra standardoppsettet for utstyret. Slik vil det være enklere å løse problemer som oppstår i etterkant, eksempelvis knyttet til varsler.
- Utarbeid et enkelt hjelpeskjema for installasjon og dokumentasjon av tilpasninger. Dokumenter f.eks. klokkeslett for oppvåkning ved bruk av sengesensor, daglige spiserutiner for medisinerings med mer.
- Utarbeid brukerveiledning for konfigurering, tilpasninger og installasjon. Pass på at dette både er oppdatert og lett tilgjengelig.
- Flere leverandører har gode bruker- og installasjonsveiledninger, programmeringsmanualer. Spør leverandør om dette og pass på å få det med i avtalen.
- Ofte er det behov for tett oppfølging i starten og flere opplæringsrunder med bruker. Vurder ut fra den enkelte brukers behov.
- Ansatte som er i dialog med bruker bør selv ha testet ut, og være trygg på utstyret. Vurder gjerne om pårørende også bør få opplæring og veiledning.
- Dersom det er avtale med pårørende om oppfølging av teknologi må dette også dokumenteres.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Gjøre tilpasninger, gi opplæring og installere*

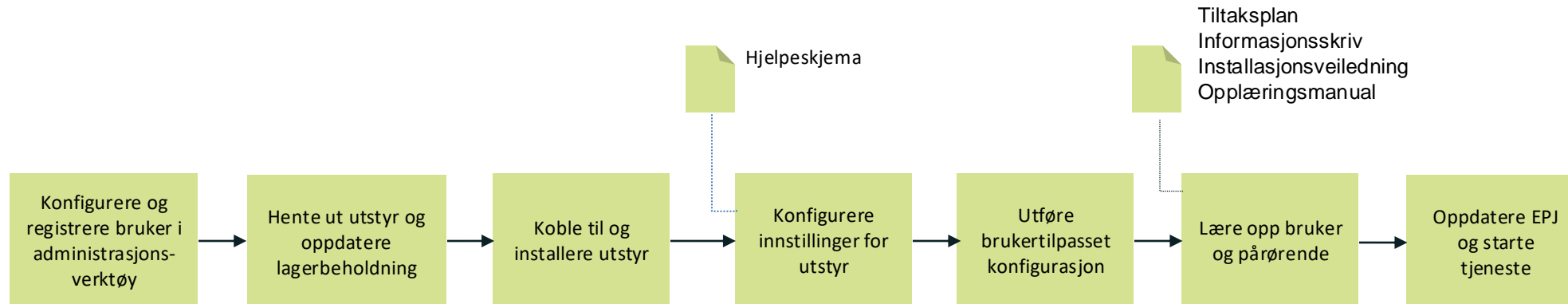
- Definert hvem som har ansvaret for å gjøre tilpasninger av nytt utstyr
- Avklart hvem som skal installere nytt utstyr hos tjenestemottaker
- Dokumentert endringer i konfigurasjoner
- Utarbeidet hjelpeskjema for konfigurasjon
- Kartlagt eksisterende veilednings- / opplæringsmateriale
- Avklart hvem som har ansvar for opplæring av bruker/pårørende og hvordan det skal gjøres
- Tiltaksplaner i fagsystem holdes oppdatert i henhold til konfigurasjoner







## Eksempel på flytskjema for prosessen *Gjøre tilpasninger, gi opplæring og installere*



## Gjøre tilpasninger, gi opplæring og installere

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave lokalt her:

### Ved oppfølging fra Regional TMS:

#### Hjemkommunens ansvar:

- Kartlegger behov for utstyr.
- Kontaktperson(er) utleverer utstyr og gir opplæring, samt informerer om oppfølgingen
- Gjør avtaler med bruker om utlevering og med TMS for testoppringing ved utlevering
- Kontaktperson ser til at utstyr blir sjekket før utlevering, og at det blir levert ut til bruker

#### TMS ansvar:

- Legge inn tjeneste for brukeren i elektronisk pasientjournal (EPJ)
- Har ansvar for tilgangsstyring og skjemabygging i teknisk løsning, bidrar med support ved behov til samarbeidskommuner
- Gir opplæring av personell/kontaktperson ift. opplæring i teknisk løsning og i oppsett av utstyr i brukerens hjem
- Informerer/oppdaterer kontaktperson i samarbeidskommuner om rutiner og prosedyrer, samt eventuelle endringer underveis for digital hjemmeoppfølging.
- Innkaller til jevnlig statusmøter.
- Kan gi opplæring til bruker på avstand ved behov

### Ved oppfølging ute i tjenesten:

- Brukers hjemkommune kartlegger behov for utstyr.
- Hjemkommunen utleverer utstyr og gir opplæring, samt informerer om oppfølgingen
- Legger inn tjeneste for brukeren i EPJ
- Kontaktperson ser til at utstyr blir sjekket før utlevering og at det blir levert ut til bruker
- Kontaktperson kan henvende seg til TMS for støtte og support ved behov

### Ved oppfølging fra sykehus:

- Oppfølgingsansvarlig utleverer utstyr og gir opplæring

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- Identifisere kontaktperson for utlevering av utstyr og gi opplæring
- Teknologien er i stadig utvikling noe som kan prege denne oppgaven og ansvarsfordelingen.

## 3

## IVARETA RESPONS OG UTRYKNING



## MÅL

- En tjeneste som tar imot, vurderer, dokumenterer og responderer forsvarlig på varsler fra teknologiske løsninger er avklart
- Brukerne får nødvendig bistand og hjelp når situasjonen tilsier det, enten det er helsehjelp, praktisk bistand eller teknisk support

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Respons og utrykning på varsler kan håndteres på ulike måter. Det vil også være avhengig av typen teknologi. Hvem som gjør hva og hvordan, er viktige avklaringer.
- Vurder kritikaliteten og omfanget på innkomne varsler ved hjelp av prioriteringskriterier. En del løsninger gir mulighet til å definere regler for varsling og ruting av hendelser på bruker- og tjenestenivå.
- Beslutt hvordan det skal handles på varselet. Kan varselet avklares på telefon, må tjenesten rykke ut, kan utrykning avvete til neste besøk eller skal nødetat tilkalles? Hvem som gjør disse vurderingene vil kunne være avhengig av type teknologi og kommunens organisering av en responstjeneste.
- Pass på at løsningene er innstilt slik at varsler og meldinger rutes til riktig mottaker til alle døgnets tider.
- Den som tar i mot varsler må ha tilgang til oppdatert informasjon om tjenestemottaker, enten via tilgang til EPJ eller via informasjonsoverføring. De bør også ha oversikt over oppdaterte arbeidslister.
- Pass på at varsler blir dokumentert i hendelseslogger (helst automatisk) og at eventuell helsehjelp blir dokumentert i EPJ.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Håndtering av respons og utrykning vil være avhengig av hvordan kommunen velger å organisere en responstjenesten. Se vedlagte lenker til rapport og anbefaling om vurderinger og krav til organisering av responstjenester.
- En egen dedikert responstjeneste kan være kostbar. Vurder derfor hvordan en slik tjeneste kan avlaste andre tjenester ved å overta oppgaver. Tenk også på samarbeid på tvers av kommuner og mulighet for samlokalisering og felles responstjenesten. Hent erfaringer fra andre kommuner. Tenk på skalering og hvordan tjenesten vil fungere med økt volum.
- Utløste varsler og alarmer kan rutes direkte til utrykningstjeneste (f.eks. hjemmetjenesten, omsorgsbolig), eller via responscenter med operatører som avklarer eller ruter alarmer. Ruting av signaler må velges ut fra brukerbehov.
- Sørg for å holde brukeropplysninger oppdaterte, og hold rutine for å dokumentere hendelser. Responstjenesten bør ha god kunnskap om tjenestene og full tilgang til journalsystem.
- Det kan være tilfeller hvor varsler fra velferdsteknologi kan gå til pårørende. I slike tilfeller må det være tydelig hva som er kommunens ansvar (eksempelvis teknisk support), og hva som skjer når pårørende ikke responderer.

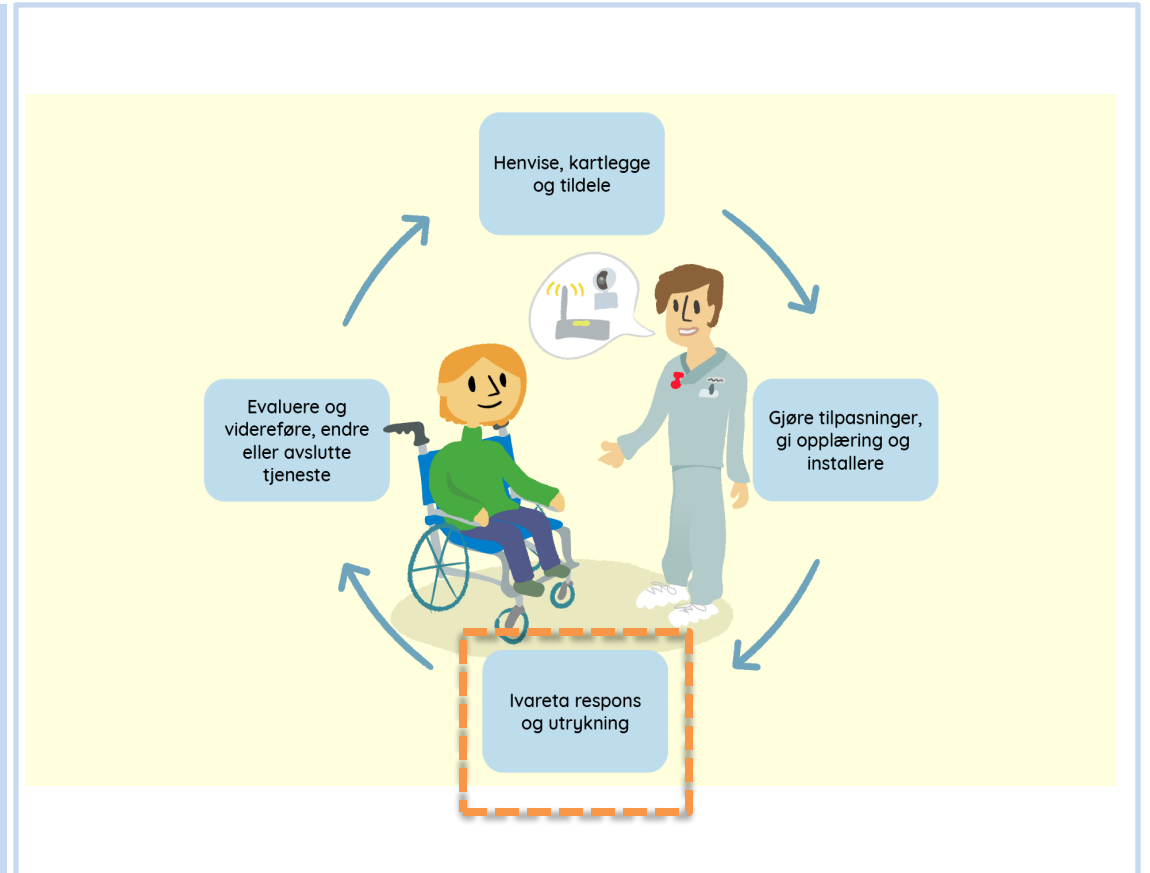


- [Værnes respons: Interkommunalt samarbeid om mottak og vurdering av varsler](#)
- [Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)



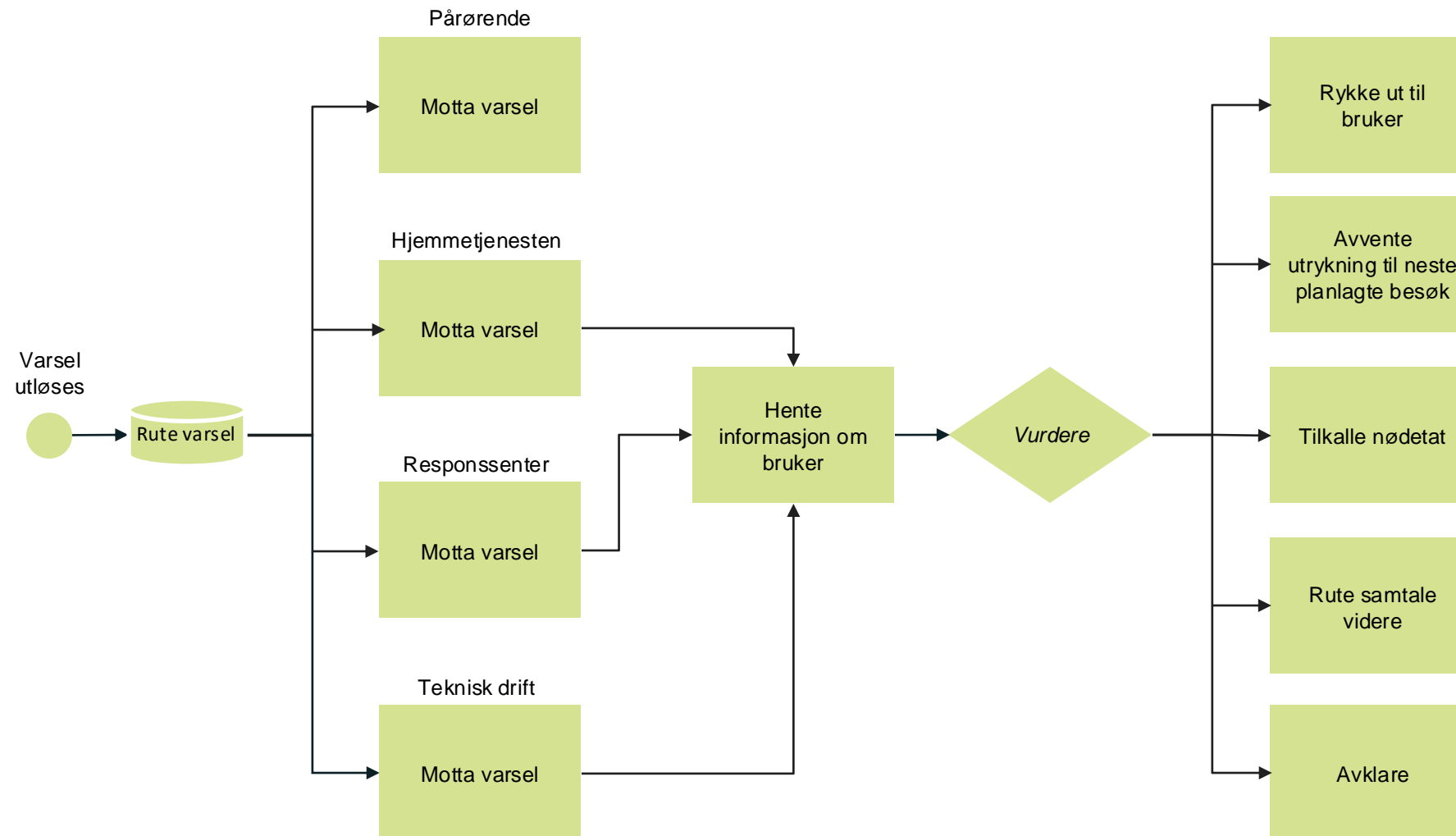
## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Ivareta respons og utrykning*

- Omfang og kritikalitet for responstjenester er vurdert
- Responstjeneste er avklart og etablert
- System for ruting av signaler er opprettet
- Hendelseslogg er etablert
- Definert ansvar for håndtering av ulike typer varsler/alarmer og utrykning
- Responstjenesten har tilgang til oppdatert informasjon om brukerne
- Rutiner for dokumentering av helsehjelp i forbindelse med respons er utarbeidet
- Rutine for oppfølging dersom teknologien eller systemene feiler er etablert og kjent
- Avklart roller for avtaleoppfølging av responstjeneste dersom denne tjenesten kjøpes eksternt





## Eksempel på flytskjema for prosessen *Ivareta respons og utrykning*



## Ivareta for respons og uttrykning

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave lokalt her:

#### Ved oppfølging fra Regional TMS:

- TMS er oppfølgingsansvarlig, som veileder, gir nødvendig opplæring og kartlegger brukers behov.
- Følger oppfølgingsrutiner og prosedyrer, samt benytter oppfølgingsverktøy. IPLOS tas ved oppstart der dette er aktuelt.
- Setter i gang tiltak ved behov og ved forverring oppfordres bruker til å kontakte fastlege eller legevakt. TMS bistår til å opprette kontakten på brukers vegne ved behov (gjelder kun i TMS åpningstid). For avklaringer eks. medisinerer, kan dette gjøres med en tlf kontakt eller PLO-melding til fastlege.
- Ved oppstart, underveis og etter endt digital hjemmeoppfølging, rapporterer TMS via PLO-melding til brukers fastlege og hjemkommune (hver 3. mnd, eller etter avtale med samarbeidskommune og/ eller fastlege).
- Ved endringer i funksjonsnivå tas en ny IPLOS
- Avklare med hjemkommunen om hva som skal gjøres hvis TMS ikke får tak i bruker (eks ift utrykning dersom bruker ikke mottar hjemmesykepleie)

#### Ved oppfølging ute i tjenesten:

- Tjenesten er oppfølgingsansvarlig, som veileder, gir nødvendig opplæring og kartlegger brukers behov.
- Følger oppfølgingsrutiner og prosedyrer, samt benytter oppfølgingsverktøy. IPLOS tas ved oppstart der dette er aktuelt.
- Setter i gang tiltak ved behov og ved forverring oppfordres bruker til å kontakte fastlege eller legevakt.
- Det foretas utveksling av relevant og nødvendig informasjon og avtaler med bruker om hva som skal gjøres hvis oppfølgingstjenesten ikke får tak i bruker.

#### Ved oppfølging fra sykehus:

Oppfølgingsansvarlig

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- *Algoritmer og skjema utviklet for aktuelle diagnosegrupper med referanseområder satt av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommune og fastlege. Ved endring i faglige retningslinjer eller medisinerer vil det være behov for gjennomgang i samarbeid med aktuell spesialistkompetanse*
- *Algoritmer og skjema kan individualiseres ved behov av oppfølger eller administrator*
- *Ansvarlig for oppfølging av bruker, innhenter nødvendig medisinsk informasjon fra fastlege og avklarer individuell grense for alarmkoding i samarbeid med fastlegen ved behov.*
- *Medisinsk vurdering gjøres i konsultasjon med fastlege*
- *Fastlege har dialog med TMS om tilbudet til bruker og sender nødvendig informasjon til TMS.*

**Man må i hvert enkelt tilfelle vurdere om aktuell pasient er egnet for egenbehandlingsplan:**

- *Fastlegen er medisinsk ansvarlig for egenbehandlingsplanen. Dersom planen er startet ved sykehus eller annen institusjon – så er den medisinsk ansvarlig inntil fastlegen overtar*
- *Fastlege og oppfølgingsansvarlig deltar i utarbeidelsen av egenbehandlingsplan i samarbeid med bruker, der det er aktuelt.*

## 4

# EVALUERE OG VIDEREFØRE, ENDRE ELLER AVSLUTTE TJENESTE

## MÅL



- Høy kvalitet på tjenesten gjennom kontinuerlig evaluering og tilpasninger
- Etablerte rutiner slik at velferdsteknologiske tjenester blir evaluert, og at det blir gjennomført korrigerende tiltak dersom behovet endres
- Utstyr som brukere ikke har behov for eller ikke kan nyttiggjøre seg blir gjort tilgjengelig for andre brukere

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Brukerens behov kan endre seg over tid. Utfør jevnlig evaluering av brukerbehov i samråd med helsepersonell og pårørende som er tett på brukeren. Sett faste tidsintervaller for evaluering og bruk evalueringsskjema.
- Avklar hvem som skal gjennomføre evalueringene og hvordan hele tjenesten og de ulike aktørene som bidrar skal kunne lære av innsikten fra evalueringene. Evalueringer er en viktig kilde til læring og kontinuerlig forbedring av tjenesten.
- Evaluer om bruker har forventet nytte av teknologien eller behov for endring eller tilpasning av tjenesten eller utstyr.
- Ta en beslutning på om tjenesten skal videreføres, endres eller avsluttes. Ved videreføring eller endringer, oppdater vedtak i fagsystemet.
- Ved avslutning av tjenesten for den aktuelle brukeren: innhent og nullstill utstyret, avslutt vedtak i fagsystemet. Ikke avslutt vedtak før utstyr er hentet inn. Pass på at all brukerdata slettes.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Avklar hvilken informasjon som skal hentes inn og hvem som skal være med på evaluering av tjenesten til en bruker. I enkelte kommuner er superbrukere eller tverrfaglig team ansvarlige for evaluering. I andre kommuner er ikke ansvaret lagt til en spesifikk rolle, men hjemmetjenesten har ansvaret for at det gjennomføres etter fast tidsintervall.
- Dersom det er andre som evaluerer enn de som tildeler eller kartlegger behov, tenk godt gjennom hvordan dere skal sikre læring fra evalueringen tilbake til disse.
- Involver de som kjenner brukeren best (ansatte i tjenesten, pårørende) og diskuter om det kan gjøres tilpasninger i tjenesten eller oppsett av utstyr, plassering av teknologi eller endringer i daglige rutiner.
- Vurder om dere skal benytte samme kartleggings skjema ved evaluering som ved førstegangskartlegging.
- Ha gode rutiner for eventuell avslutning av tjenesten. Husk på at vedtak ikke må avsluttes før utstyr er hentet inn. Slik unngås svinn eller at abonnement på utstyr påløper unødige lenge.
- Ledere har et viktig ansvar for å følge opp utvikling på tildeling av velferdsteknologi og effekter det gir for både brukerne og tjenesten.

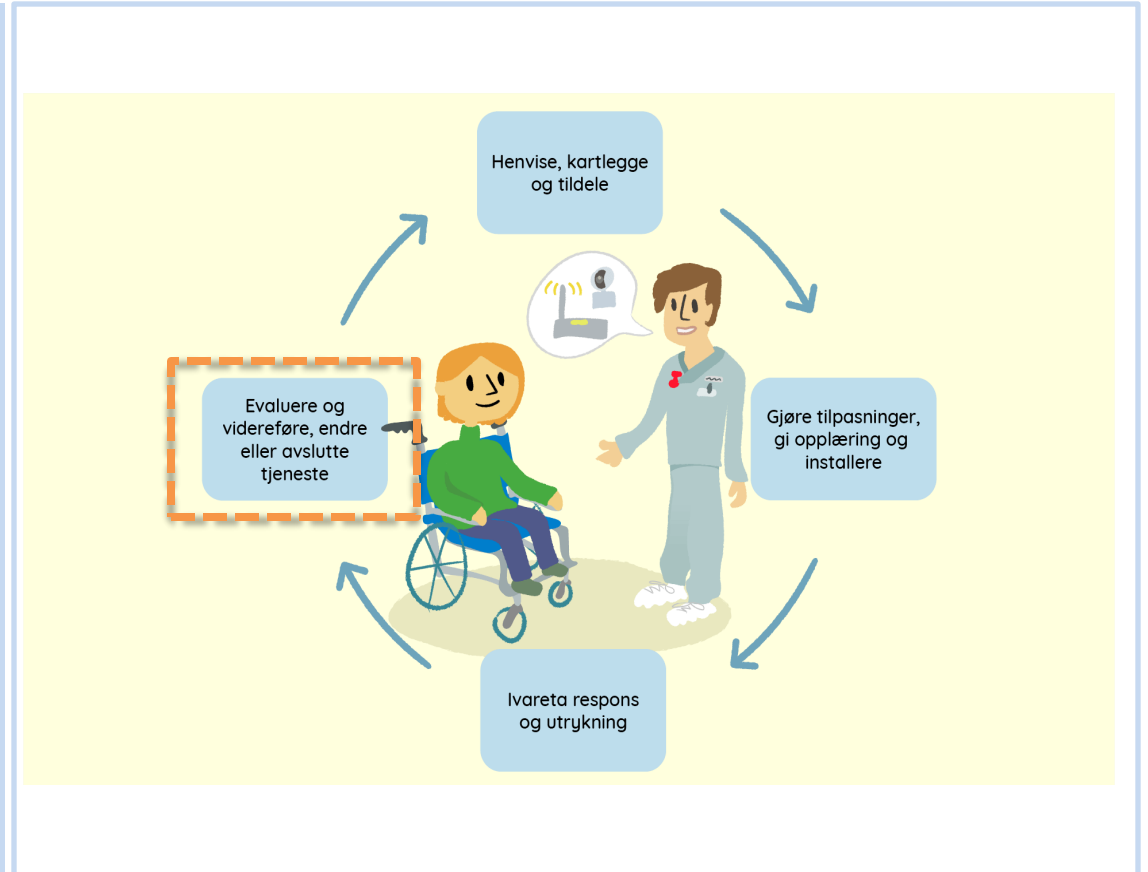


- [Modum kommune: Prosedyre for helsefaglig oppfølging av brukere med medisin-dispenser](#)
- [Bodø kommune: Rutine for bestilling og avbestilling av medisindispenser](#)
- [Trondheim kommune: Sjekkliste for evaluering av tiltak med varslings- og lokaliseringsteknologi](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Evaluere og videreføre, endre eller avslutte tjeneste*

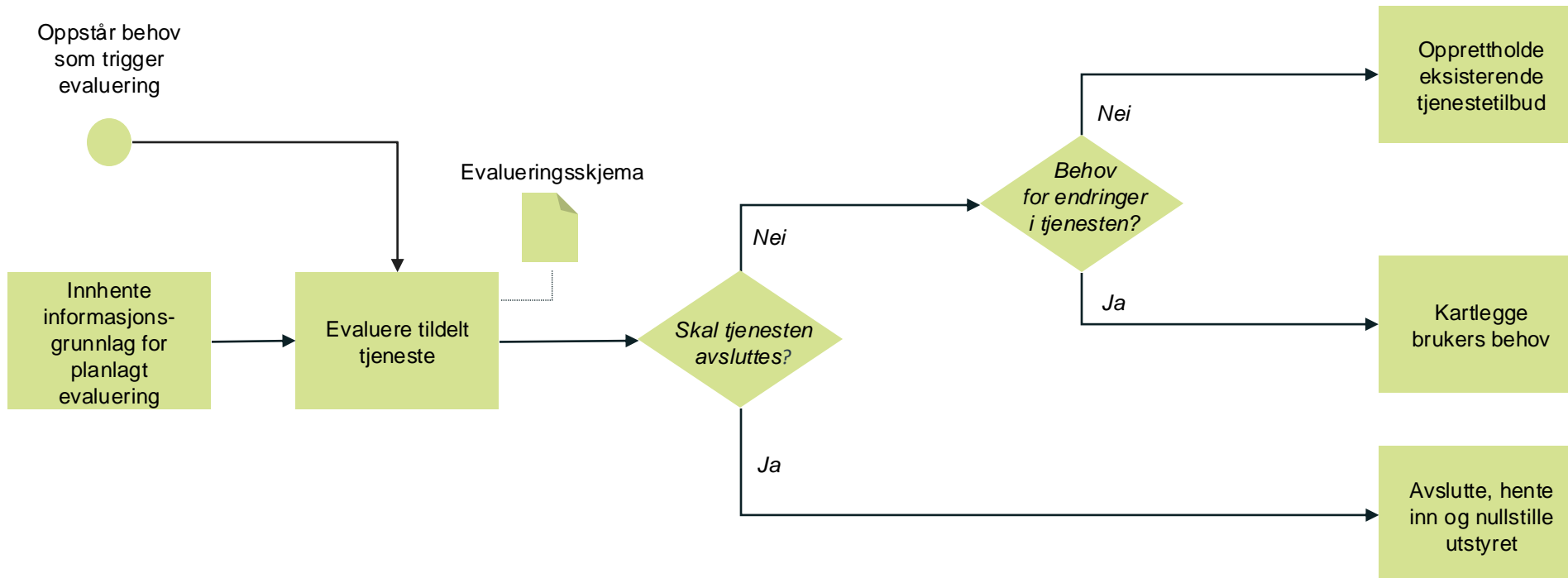
- Etablert rutiner for jevnlig evaluering av brukere som mottar velferdsteknologitjenester
- Tatt i bruk verktøy/maler for evaluering (evalueringskjema, brukerundersøkelser, gevinstoppfølging, etc.)
- Avklart hvem som utfører evalueringer
- Avklart hvordan man skal sikre læring fra evalueringene til resten av tjenesten og sentrale interessenter
- Avklart hvem som håndterer endringer og dokumentasjon av ev. endringer i tjenesten til bruker og ev. til leverandør
- Etablert rutiner for å hente inn utstyr etter avsluttet tjeneste, sletting av data og informasjon til de som er involvert
- Avslutning eller tilpasning av tjeneste registreres i fagsystem



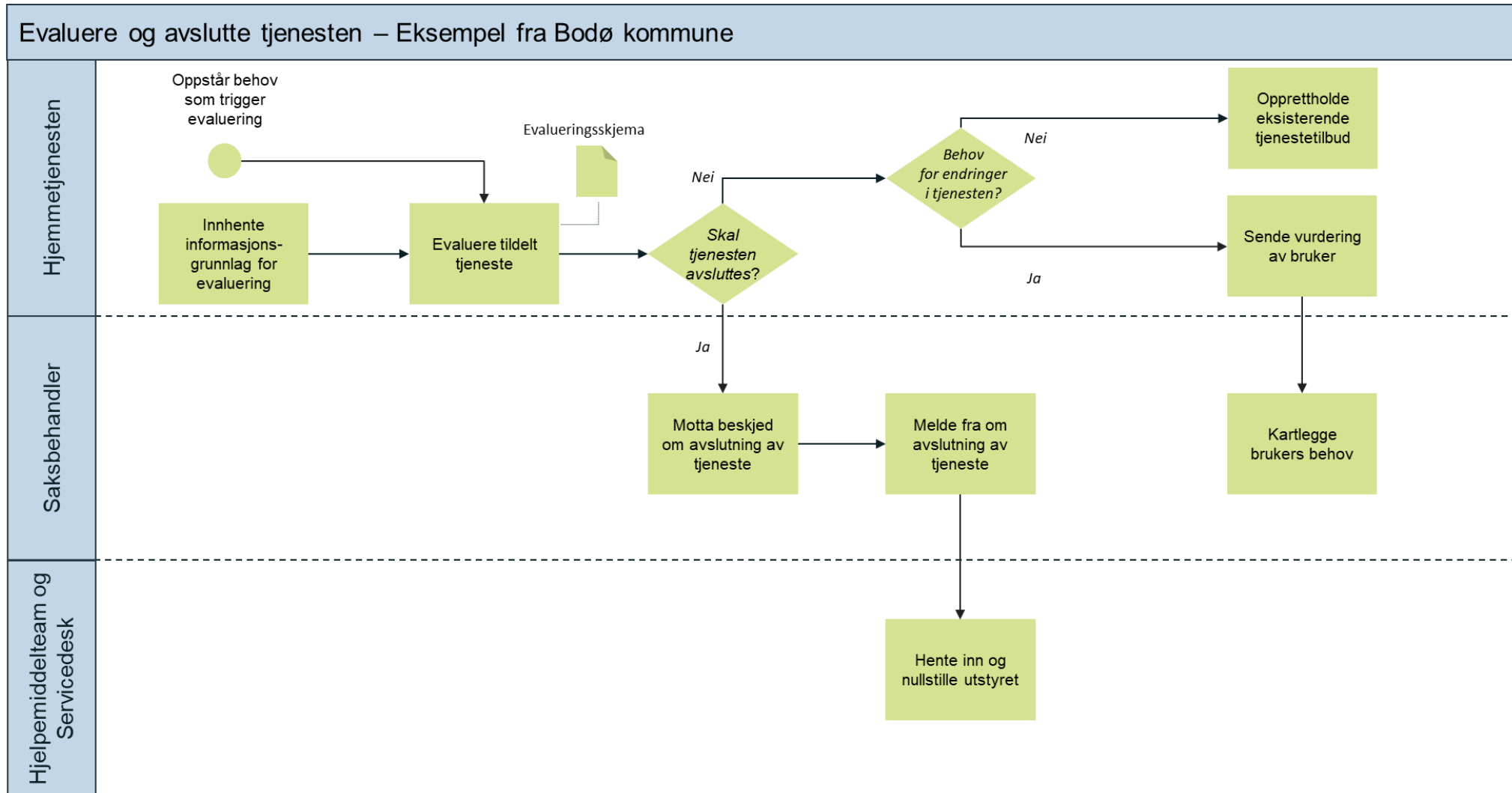




## Eksempel på flytskjema for prosessen *Evaluere og videreføre, endre eller avslutte tjeneste*



# Eksempel på flytskjema for prosessen *Evaluere og videreføre, endre eller avslutte tjeneste*



## Evaluere og videreføre, endre eller avslutte tjeneste

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave lokalt her:

#### Ved oppfølging fra Regional TMS:

- Oppfølgingsansvarlig evaluerer fortløpende. Hjemkommunen får evalueringsnotat hver 3-6 mnd. Kan avslutte tjenesten ved opphør av behov, oppnådd målsetting, pasienten ikke lenger er egnet eller ikke har et ønske om tjenesten.
- Evaluering hver 6. mnd. Denne sendes samarbeidskommune for vurdering av forlengelse eller avslutning av tilbudet.
- Ved avslutning av tjenesten melder TMS samarbeidskommunens kontaktperson for å bistå med tilbakelevering av utstyr
- Ved avslutning av tjenesten melder TMS samarbeidskommunens forvaltningskontor via PLO-melding
- TMS avslutter tjenesten i TMS kommunens journal.
- TMS avslutter pasienten i den tekniske plattformen

#### Ved oppfølging ute i tjenesten:

- Oppfølgingsansvarlig evaluerer fortløpende. Kommunen kan avslutte tjenesten ved opphør av behov, oppnådd målsetting, pasienten ikke lenger er egnet eller ikke har et ønske om tjenesten.
- Jevnlig evaluering av tjenestebehovet.
- Ved avslutning av tjenesten bistår oppfølgingstjenesten med tilbakelevering av utstyr
- Oppfølgingstjenesten avslutter tjenesten i kommunens journal.
- Oppfølgingstjenesten avslutter pasienten i den tekniske plattformen.

**Ved oppfølging fra sykehus:** Oppfølgingsansvarlig evaluerer etter 2-4 uker. Oppfølgingen avsluttes eller ved fortsatt behov melder sykehuset hjemkommunen som vurderer sømløs overgang til digital hjemmeoppfølging til kommunen eller andre tiltak.

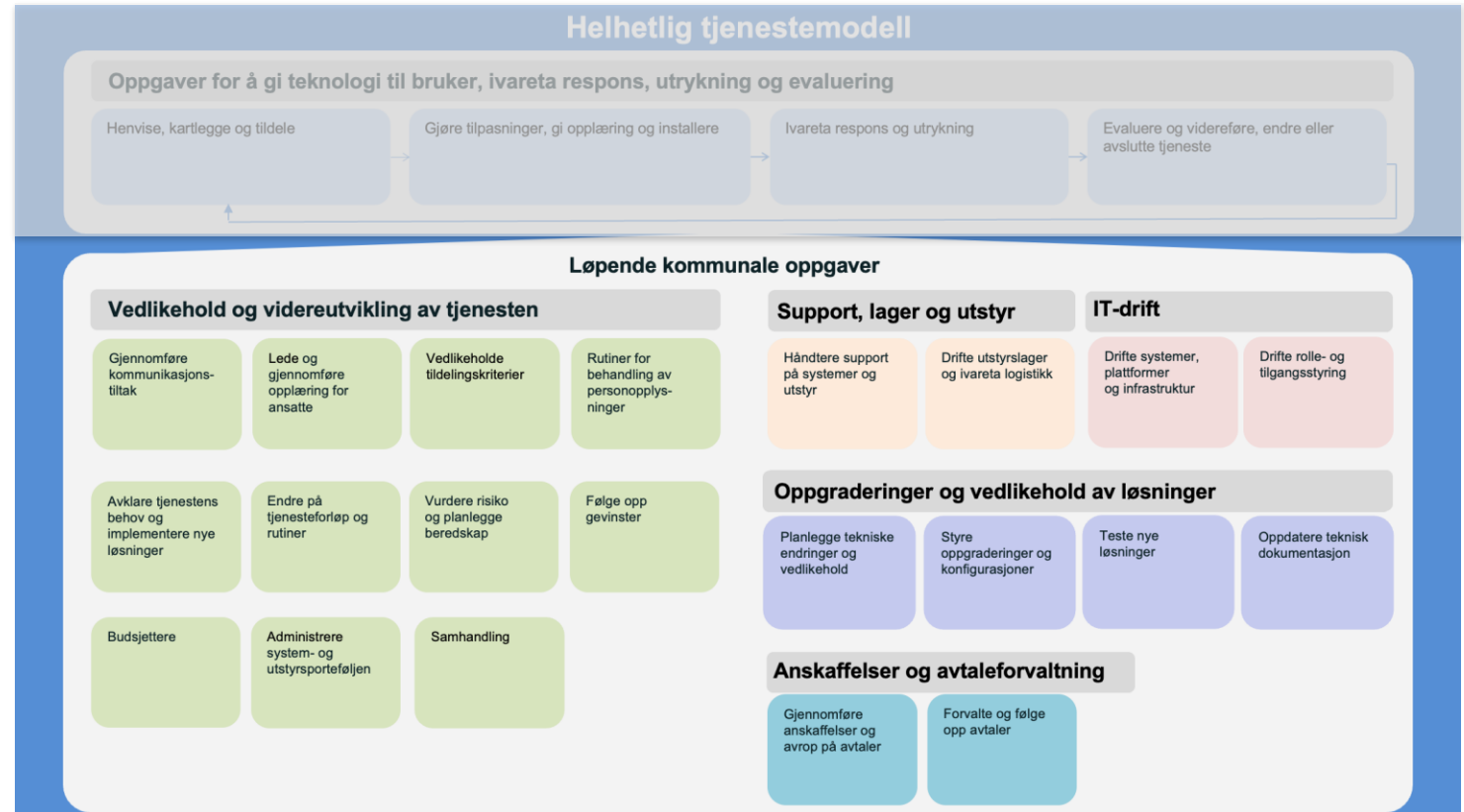
### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- *Behov for videre arbeid med overgang mellom forvaltningsnivå i drift.*
- *Kontaktperson sender utstyr til oppgitt adresse, med inkludert returlapp*

# 03

## Løpende kommunale oppgaver



# Vedlikehold og videreutvikling av tjenesten

- 1 Gjennomføre kommunikasjonstiltak
- 2 Lede og gjennomføre opplæring
- 3 Vedlikeholde tildelingskriterier
- 4 Rutiner for behandling av personopplysninger
- 5 Avklare tjenestens behov og implementere nye løsninger
- 6 Endre på tjenesteforløp og rutiner
- 7 Vurdere risiko og planlegge beredskap
- 8 Følge opp gevinster
- 9 Budsjettere
- 10 Administrere system- og utstyrsporteføljen
- 11 Samhandling



## 1

# GJENNOMFØRE KOMMUNIKASJONSTILTAK

## MÅL

- Alle som er involvert i og berøres av tjenester med velferdsteknologiske får relevant informasjon om tjenesten og kan gi informasjon tilbake
- Målgrupper blir inkludert i diskusjon om endringer i tjenesten
- Kommunikasjon mellom sektorer og til ledere, medarbeidere og tjenestemottakere er godt forankret

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Ha en oppdatert oversikt over gjeldende organisering og hvem som berøres av tjenester med velferdsteknologi. Tenk bredt og tversektorielt når dere lager oversikten. Målgrupper kan f.eks. være skole og oppvekst, brann og teknisk, politikere, fastleger, leverandører, brukerorganisasjoner og frivilligheten.
- Lag gjerne en interessentanalyse for å strukturere målgruppene og deres behov for involvering og løpende informasjon.
- Planlegg hvordan løpende kommunikasjon til alle interessentene skal gjøres. Vær tydelig på målgruppe, budskap og hvilken kanaler (møter, nettside, internett, sosial medier, rutiner, nyhetsbrev, sosiale medier, etc.) som skal brukes. En kommunikasjonsplan som beskriver og oppsummerer dette er fordelaktig.
- Pass på at alle interessenter faktisk blir oppdatert om endringer i tjenesten. Dette kan være nye versjoner, tilbud om opplæring, endringer, tilbakemeldinger fra brukerne, med mer.
- Husk å informere innbyggerne om kommunens velferdsteknologitilbud og hva de ev. kan skaffe seg selv.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Involver kommunikasjonsansvarlig i kommunen i planlegging, utforming og gjennomføring av tiltakene.
- Husk å vedlikeholde alle kommunikasjonskanaler som tas i bruk. Sosiale medier og nettsteder blir fort utdatert. Tydeliggjør hvem som har ansvaret for dette.
- Ta kontakt med andre kommuner som har innført liknende teknologier, og gjenbruk eksisterende videoer, informasjonsmaterieell som er offentlig tilgjengelig fra kvalitetssikrede kilder.
- Fordel gjerne ansvaret for kommunikasjonstiltak på flere: Eksempelvis kan superbrukere, driftsteknikere, brukerorganisasjoner, fagsentre og samarbeidsfora bidra i ulike kanaler. Avklar hva de trenger for å kunne følge opp og utføre kommunikasjonsoppgavene
- Tenk over og undersøk hvordan dere best når ut med informasjon til ansatte i tjenesten – ikke alle har anledning til å sjekke e-post jevnlig.



- [Ressursbank Velferdsteknologi på KS' nettsider](#)
- [Filmer om velferdsteknologi](#)
- [Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund: Eksempel på kommunikasjonsstrategi](#)
- [Mal for interessentkartlegging i forankringsverktøy på KS sine nettsider – sett inn lenke til forankringsverktøy på ks.no](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Gjennomføre kommunikasjonstiltak*

- Utarbeidet oversikt over målgrupper og behov (interessentanalyse)
- Utarbeidet plan for løpende kommunikasjon til de ulike målgruppene (kommunikasjonsplan)
- Fordelt ansvar for ulike kommunikasjonstiltak og ev. kommunikasjonskanaler
- Etablert kontakt med interesse- og brukerorganisasjoner, eldreråd, pensjonistforeninger, frivillighetssentraler og undersøkt relevante kommunikasjonskanaler og –linjer til disse
- Undersøkt mulighetene for erfaringsdeling og samarbeid med andre kommuner
- Planer, verktøy og oversikter er etablert og holdes løpende oppdatert av utvalgte personer



## Gjennomføre kommunikasjonstiltak

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her: \_\_\_\_\_

#### Regional TMS:

- Informasjonsmøter i kommuner sammen med kontaktperson
- Orienterer kontaktpersoner og oppfølgere om endringer i oppfølgingsrutiner eller ved oppdateringer i teknisk løsning

#### Hver enkelt kommune:

- Kontaktperson har ansvar og informerer om tilbudet i egen kommune

#### Sykehus:

- Oppfølgingsansvarlig har ansvar for å informere internt

#### Helseteknologisekretariat:

- Sikre informasjon til samarbeidsaktører knyttet til avtaleforvaltning

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- *Regional TMS har ansvar for nettverk for kontaktpersoner og nettverk for digitale oppfølgere (en i hver kommune, samt samarbeidspartner sykehus).*
- *Kontaktperson i hver kommune ivaretar orientering og informasjon mellom regionale samarbeidspartnere og hjemkommunen.*
- *Helseteknologisekretariatet vil bli en naturlig samarbeidspartner når dette er etablert*



## 2

## LEDE OG GJENNOMFØRE OPPLÆRING

## MÅL

- Ansatte er trygge på bruk av velferdsteknologi gjennom tilgang til relevant opplæring og trening
- Felles forståelse for behovet for bruk av velferdsteknologi

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Opplæring er avgjørende for god bruk av velferdsteknologi. Ettersom velferdsteknologi er sektorovergripende er det flere tjenesteområder som vil ha behov for opplæring
- Få oversikt over målgruppene og deres behov for opplæring. Hvem bidrar i tjenester med velferdsteknologi i kommunen og hva har de behov for å lære og trene på?
- Fokuser på kompetanseheving på tvers av IT, teknisk og helse og omsorg. Det er viktig med en felles forståelse for problemene som skal håndteres, og tjenestene som skal leveres. Alle må forstå de ulike brukerbehovene.
- Lag deretter en plan for opplæring med målgruppene, læringsmål og kanaler for opplæring og muligheten for trening. Trening og testing er viktig for læring.
- Gjennomfør opplæring for målgruppene. Det kommer stadig nye folk inn i tjenesten, og utstyr og systemer endrer seg. Avklar derfor hvordan løpende opplæring skal gjennomføres. Hvordan sikrer dere at nyansatte og vikarer også får opplæring og trening?
- Sørg for å holde opplæringsmateriell oppdatert på tvers av kanaler. Ved oppgraderinger av utstyr og systemer, er det viktig å gjenspeile ny funksjonalitet i opplæringsmateriellet, både for helsepersonell, brukere og pårørende.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Samarbeid gjerne om opplæring med andre (f.eks. USHT, andre kommuner, nettverk, frivillighet og leverandører). Hvem kan bidra med hva og hva trenger målgruppene i din kommune?
- Undersøk hva som finnes av opplæringsarenaer, åpne verktøy og ressurser (nettsider, e-læring, velferdsteknologiens ABC, KS læring, kvikk-guider, etc.).
- Pass på å ha et tilbud om kontinuerlig opplæring, for derved også å nå ut til nyansatte, deltidsansatte, nattevakter og ferievikarer. Se til at opplæringsmateriell, prosedyrer og rutinebeskrivelser er lett tilgjengelig for alle.
- Bruk eksisterende møter og fora for enkel tilgjengelighet. Eksempel: personalmøter, allmøter, ledermøter eller andre faste møter. Bruk av digital opplæring kan også være nyttig og mer fleksibelt (e-læring, VR, spill etc.).
- Dedikerte ressurspersoner på avdelingene/sonene i tjenesten kan tildeles et ansvar med å gjennomføre opplæring og oppdatere rutiner og materiell. Pass på at disse får avsatt tid og et tydelig mandat til å forvalte og gjennomføre opplæringen.
- Etabler jevnlig møter for ressurspersonene for å sikre et nettverk for deling av erfaringer og kompetanseheving. Å reflektere over felles praksis er viktig.
- Læring av ny praksis og atferd tar tid. Planlegg derfor for aktivitet som gjentas over en periode. Gi rom for trening og praksis, et enkeltstående kurs er ikke alltid nok dersom endring i oppgaver og arbeidsprosesser er stor.



- [Velferdsteknologiens ABC – nasjonalt opplæringsmateriell](#)
- [Kvikk-guider](#)
- [Eksempel fra Oslo kommune](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Lede og gjennomføre opplæring*

- Utarbeidet oversikt over målgrupper og behov (interessentanalyse)
- Utarbeidet plan for løpende kommunikasjon til de ulike målgruppene (kommunikasjonsplan)
- Fordelt ansvar for ulike kommunikasjonstiltak og ev. kommunikasjonskanaler
- Etablert kontakt med interesse- og brukerorganisasjoner, eldreråd, pensjonistforeninger, frivillighetssentraler og undersøkt relevante kommunikasjonskanaler og –linjer til disse
- Undersøkt mulighetene for erfaringsdeling og samarbeid med andre kommuner
- Planer, verktøy og oversikter er etablert og holdes løpende oppdatert av utvalgte personer



## Lede og gjennomføre opplæring

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her:

#### Regional TMS:

- Leder og gjennomfører opplæring til klinikere og samarbeidskommuner

#### Hver enkelt kommune:

- Kontaktperson har tilgang til opplæringsmateriell og et nettverk som kan brukes i opplæring

#### Sykehuset:

- Oppfølgingsansvarlig har ansvar for opplæring internt

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- *Regional TMS har ansvar for de som skal bruke regional TMS.*
- *Ute i tjenesten har kontaktpersoner fått tilgang til opplæringsmateriell (onboardingspakke) og fått tilbud om opplæring. De kan i tillegg bruke kontaktnettverket som er etablert.*

## 3

## VEDLIKEHOLDE OG UTVIKLE TILDELINGSKRITERIER

## MÅL

- Tildelingskriterier holdes oppdatert etter hvert som nye tjenester og ny teknologi tas i bruk
- Det gjøres en helhetlig og likeverdig vurdering ved beslutning om tjenester med velferdsteknologi

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Definer tydelige kriterier for tildeling og hvordan behovet for velferdsteknologi skal avdekkes og vurderes.
- Lag sjekkliste med tildelingskriterier for hver enkelt teknologi som kommunen tilbyr. Relevant innhold i sjekklisten kan være:
  - En beskrivelse av tjenestene som tilbys og nytteverdien deres (gevinster)
  - formålet med tjenestene
  - aktuelle målgrupper for tjenestene
  - relevante vurderingskriterier og ev. ekskluderingskriterier (hvem passer det ikke for og ev. når passer det ikke)
  - om det kan kreves egenbetaling
- Pass på at vurdering av nytteverdi er en del av rutinen ved tildeling
- Oppdater tildelingskriteriene:
  - ved innføring av nye teknologier
  - etter faste evalueringer av erfaringer med bruk av teknologien

• [Helsedirektoratet: Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven](#)

• [Pasient og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og 4-6a](#) og [Helse og omsorgstjenestelovens §§ 3-2 og 3-3](#)

• Skien kommune: Tildelingskriterier for [Medisineringsstøtte](#), [Digitalt tilsyn](#), [Lokaliseringsteknologi](#), [Trygghetsalarm](#)

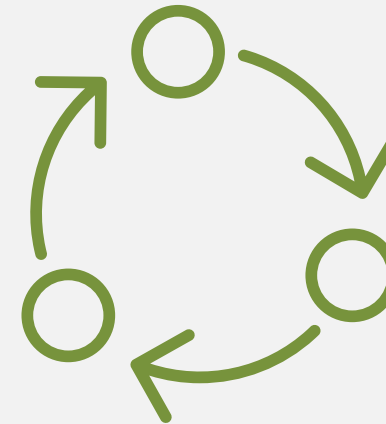
## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Lag gjerne et felles rammeverk som beskriver hvordan tildelingsprosessen skal foregå overordnet, viktige tildelingskriterier og hvordan vedtaks skal dokumenteres slik at ledere får oversikt og kan følge utviklingen, og det rapporteringen til Kommunalt pasientregister (KPR) går lettere.
- Tildelingskriterier og kartleggingsskjema bør kunne brukes sammen og være mulig å endre eller oppdatere.
- Pass på at kriteriene fanger opp både nye og eksisterende brukere. Vær proaktive og tenk forebyggende når dere identifiserer nye brukere. Eksempelvis kan GPS og digitalt tilsyn settes inn som forebyggende tiltak.
- Sørg for å ha tydelige kommunikasjons- og informasjonskanaler internt på tildelingskontoret og ut til tjenestene og innbyggerne.
  - Hvordan kobles henvendelse om et behov opp mot riktig tjeneste? Hvordan skal dere sørge for samstemthet i tildelte tjenester til brukere som mottar flere kommunale tjenester (eks. brukere med sammensatte behov)?
- Etabler noen faste møtepunkter i løpet av året der tildeling/forvaltning sammen med tjenestene kan samles for å diskutere erfaringer med velferdsteknologi og utviklingstrekk i kommunene. Det er viktig at utførende og tildelende enheter treffes og diskuterer sammen. Dette gir et grunnlag for læring og et utgangspunkt for utvikling og justering av både rutiner og de konkrete tildelingskriteriene.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Vedlikeholde tildelingskriterier*

- Utarbeidet tildelingskriterier med gode beskrivelser for hvert teknologiområde
- Avklart rolle- ansvarfordeling mellom tildelende og utøvende enhet
- Tildelingsprosessen er godt beskrevet
- Utarbeidet kartleggingskjema og rutiner for tildeling av tjenester og dokumentasjon
- Arenaer for læring mellom de ulike enhetene for samhandling er etablert
- En rutine for årlig eller halvårlig evaluering av tildelingskriterier, der ledere også deltar, er definert og planlagt
- Tildelingskriterier for velferdsteknologi er en del av overordnede kriterier for tildeling av tjenester



## Vedlikeholde og utvikle tildelingskriterier

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her:

#### Regional TMS:

- Eksempler på tildelingspraksis er en del av onboardingspakken som TMS endrer ved behov når det er regionale rammer som endres

#### Hver enkelt kommune:

- Saksbehandlere følger lovverk, retningslinjer og den enkelte kommunes føringer for forvaltning av tjenester i kommunen. Ved bruk av regional TMS kan hjemkommune ta kontrakt for vurdering av egnethet.

#### Sykehus:

- Foretaksledelsen v/ fagdirektør og klinikk avgjør kriterier ihht pasientens behov for DHO ved sykehuset.

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

#### Felles kriterier for digital hjemmeoppfølging:

- 3G/ 4G dekning eller tilgang til WiFi
- Nyttiggjøre seg av og mestre enkel teknologi (evt pårørende/verge som kan bistå)
- Samtykkekompetent
- Kartlagt behov for oppfølging, behandling eller opplæring
- Bank-ID

# 4 FORVALTE RUTINER FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

## MÅL

- Oppdaterte og korrekte opplysninger om brukerne er tilgjengelig til rett tid og sted.
- Opplysninger behandles og brukes på en forsvarlig måte.
- Hindre at personopplysninger og sensitiv informasjon kommer på avveie

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Kartlegg hvilke helse- og personopplysninger som behandles i løsninger for velferdsteknologi. Kategoriser de ulike opplysningene ut fra type og hvor sensitive de er. Kartlegg videre hvordan opplysningene registreres og lagres.
- Pass på at protokoll over behandling av personopplysninger er oppdatert og at dere har rutine for å oppdatere denne.
- Inngå databehandleravtale om håndtering av personopplysninger med leverandør av utstyr, med responscenter og eventuelle andre behandlere.
- Vurder risiko for, og konsekvenser av, uønskede hendelser i forbindelse med bruk av velferdsteknologi og behandling av helse- og personopplysninger
- Gjennomfør DPIA både ved innføring av ny teknologi, og ved større endringer i løsninger eller bruk av disse, dersom det er snakk om sensitiv personinformasjon, særlig utsatte grupper, systematisk monitorering eller annen inngripende bruk av teknologi. Se lenke til maler for både ROS og DPIA på neste side.
- Etabler rutiner for avvikshåndtering og hendelseslogger for uønskede hendelser, eksempelvis driftsstans og (forsøk på) uautorisert bruk. Sørg for å ha rutiner for personvernkonsekvensvurderinger (DPIA), for å rydde opp når en tjeneste avsluttes, som sletting av personopplysninger som ligger lagret i utstyr og tilbakestilling av brukernært utstyr.
- Informer brukere om hvordan personopplysninger behandles – dette kan gjøres som erklæring på nettsted, brosjyre, plakat eller annen hensiktsmessig måte.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Involver ressurser med riktig kompetanse på tvers av sektorer i kommunene i dette arbeidet. Det kan eksempelvis være personvernombud, juristkompetanse og IT-sikkerhetsansvarlig.
- Se hvilke vurderinger som er gjort for andre, tilsvarende teknologianvendelser. Problemstillingene og avveiningene er ofte de samme
- Ha oversikt over den behandling av personopplysninger det vil være i forbindelse med bruken av velferdsteknologi: Se Normens faktaark 13 om protokoll (finnes også i kvikk-guide) og veileder i informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av velferdsteknologi i kommuner.
- Selv om kommunen inngår i et samarbeid, er den enkelte kommune ansvarlig for at personvern hensynene ivaretas.
- Involver leverandør i arbeidet med innebygd personvern, og sørg for å stille krav ved nye anskaffelser (se eksempler på innebygd personvern).



- [Normen: Faktaark 13 Protokoll over behandlinger av helse- og personopplysninger i virksomheten](#)
- [Veileder i informasjonssikkerhet og personvern ved bruk av teknologi i kommuner \(velferdsteknologi\) - ehelse](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Forvalte rutiner for behandling av personopplysninger*

- Det foreligger oversikt over hvilke personopplysninger som behandles i løsningene for velferdsteknologi
- Protokoll for behandling av personopplysninger er oppdatert
- Rutiner for å håndtere avvik foreligger
- Rutiner og tiltak for innebygd personvern (eks. tilgangsstyring) er etablert
- Behov for DPIA er vurdert og ev. gjennomført
- Databehandleravtaler er inngått
- Personvernombud og IT er involvert i arbeidet med velferdsteknologi.
- Undersøkt vurderinger og problemstillinger for tilsvarende teknologianvendelser i kommunen





 **EKSEMPEL: Relevante maler, mer informasjon og støtte**

[Kvikk-guide til behandling av helse- og personopplysninger](#)



**KVIKK-GUIDE TIL BEHANDLING AV HELSE- OG PERSONOPPLYSNINGER VED BRUK AV VELFERDSTEKNOLOGI**

Nasjonalt velferdsteknologiprogram



- [Datatilsynet: Mal for protokoll over behandlingsaktiviteter \(behandlingsansvarlig\)](#)

B	C	D	E	F	G
Funksjonsområde Hvilket overordnet funksjons- eller virksomhetsområde faller behandlingen under?	Hva gjelder behandlingen Virksomhetsområde, overordnet behandlingsaktivitet	Formål med behandlingen	Kategorier av registrerte	Kategorier av personopplysning	Hvor kommer personopplysningene fra? (Kilde)



## EKSEMPEL: Innbygd personvern

### Innledning

- Innbygd personvern om å sikre at løsningen oppfyller personvernprinsippene og ivaretar de registrertes rettigheter.
- Her følger noen eksempler på tiltak for å sikre innebygd personvern i forbindelse med velferdsteknologi:

Personvernprinsipp	Hensikt	Eksempler på innebygd personvern
<b>Lovlig, rettferdig og gjennomsiktig</b>	Behandlingen skal ha et rettslig grunnlag, være forståelig for den registrerte og ikke foregå på skjulte måter.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funksjonalitet for innsyn i egne data</li> <li>• Logger som viser hvem som har tatt del av opplysningene</li> </ul>
<b>Formålsbegrensning</b>	Personopplysningene skal kun brukes til det de var samlet inn for.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rolle- og tilgangsstyring slik at personopplysninger kun er tilgjengelige for de som har et tjenstlig behov</li> </ul>
<b>Dataminimering</b>	Mengden innsamlede personopplysninger skal begrenses til det som er nødvendig.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedtrekksmeny fremfor fritekstfelt for å begrense hvilke opplysninger som registreres</li> </ul>
<b>Riktighet</b>	Personopplysninger skal være korrekte og holdes oppdatert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulighet for å slette feilaktige opplysninger</li> <li>• Automatisk oppdatering av opplysninger (eksempelvis EPJ eller Folkeregisteret)</li> </ul>
<b>Lagringsbegrensning</b>	Personopplysninger skal slettes eller anonymiseres når de ikke lenger er nødvendige.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatisk sletting av data etter en gitt tid</li> </ul>
<b>Integritet og konfidensialitet</b>	Personopplysninger skal beskyttes mot utilsiktet eller ulovlig tap, ødeleggelse eller endring.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kryptering ved overføring av data (for eksempel via internett)</li> <li>• Anonymisering i forbindelse med rapporter, feillogger og support</li> </ul>
<b>Ansvarlighet</b>	Virksomheten skal dokumentere at man har gjort tiltak for å ivareta personvernet til den registrerte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan for håndtering av hendelser og avvik</li> </ul>

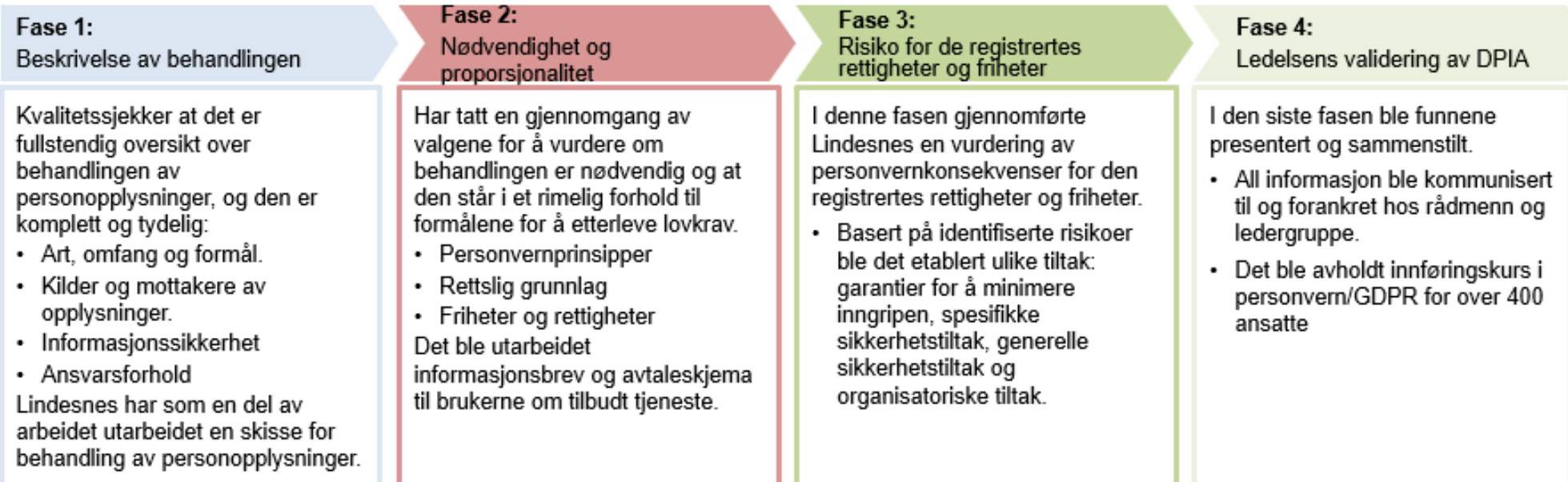


## EKSEMPEL: DPIA for digitalt tilsyn i Lindesnes kommune



### I arbeidet med personvernkonsekvensutredningen har Lindesnes tatt utgangspunkt i Datatilsynet sin gjentakende prosess bestående av 4 faser

DPIA kan være en tidkrevende prosess ved førstegangs gjennomføring, men de har erfart at det går mye raskere når man får mer erfaring og involverer de rette personene.



#### Involverte personer i prosessen

- Velferdsteknologikoordinator
- Personvernombud
- Databehandler
- Ansvarlig for informasjonssikkerhet
- Brukerrepresentant
- Uavhengige eksperter (fra IKT el.)

#### Lindesnes sine erfaringer med prosessen

- ✓ Ting tar tid!
- ✓ Det er hensiktsmessig å gjennomføre ROS og DPIA samtidig.
- ✓ Prosessarbeid er vanskelig i starten.
- ✓ Viktig med en god sammensetning i arbeidsgruppen.
- ✓ Nyttig å ha med representant fra brukergruppen.
- ✓ Personvernombudet er en veldig god ressurs som burde involveres.
- ✓ Malene for DPIA er omfattende.

## Forvalte rutiner for behandling av personopplysninger

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her:

### Ved oppfølging fra Regional TMS: Regional TMS

- Har egen Data Protection Impact Assessment (DPIA) og risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) ROS knyttet til oppfølgingen fra TMS.
- Revidering gjennomføres i samarbeid med IKT miljø, personvernombud og Helseteknologisekretariat
- Har eksempler på DPIA og ROS knyttet til enkelte forløp for erfaringsdeling

### Hver enkelt kommune:

- Vurderer selv behovet for DPIA knyttet til teknisk løsning
- Har ansvar for gode rutiner for behandlingen, spesielt ansvar knyttet til ROS av de ulike rutiner/forløp

### Sykehuset:

- Følger sine interne rutiner for dette.

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

*TMS v/Arendal kommune har avtale med leverandør og har egen DPIA og ROS knyttet til forløpet fra sentralen. Kommunene som kun bruker sentralen må vurdere om det er behov for en egen DPIA av den tekniske løsningen når de ikke selv skal bruke løsningen.*

*Ved oppfølging i egen tjeneste må kommunene selv vurdere behovet for og gjennomføre DPIA og ROS knyttet til sine forløp*

# 5 AVKLARE TJENESTENS BEHOV OG IMPLEMENTERE NYE LØSNINGER

## MÅL

- Det er etablert rutiner for å fange opp behov for endringer, og at identifisert behov kan resultere i nye løsninger
- En organisasjon som kan ta beslutninger om videreutvikling av eksisterende løsninger eller anskaffelse og implementering av nye

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Utarbeid en strategi for videre implementering og utvikling av velferdsteknologi i deres kommune – hvordan ser veikartet ut? Hvordan vil behovene være fremover?
- Strategien bør inkludere mål, mulige veivalg knyttet til samarbeid, satsingsområder sett opp mot framskrivninger behov, lokale forhold og teknisk infrastruktur. Øverste leder for helse må være tett involvert i dette arbeidet og strategien bør forankres på tvers av sektorene og på politisk og administrativt nivå.
- Etabler en struktur som sikrer noen faste møtepunkter mellom tjenestene og ledere for å diskutere utvikling, nye behov og ambisjoner om implementering av nye løsninger. Det er viktig at tjenestene bredt har eierskap til arbeidet og forståelse for behovet.
- Avklar brukerbehov, tjenestens behov, krav til personvern og informasjonssikkerhet i nye tjenester og løsninger, behov knyttet til teknologi og drift, samt kompetansebehov.
- Vurder tidlig om nye tjenester setter krav til nyanskaffelse, eller om utstyr og programvare kan avropes under eksisterende avtaler.
- Planlegg nye implementeringer godt. Tidfest aktiviteter og ressursbehov i en detaljert plan. Gjennomfør ROS-analyse og inkluder denne som del av planen.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Hvis mulig bruk digitale feedback-muligheter i eksisterende løsninger for å få tilbakemeldinger fra brukerne. Dette kan være nyttig i dialog om videreutvikling av løsninger og nye behov.
- Engasjer brukerne i avklaringer rundt behov og design av nye tjenester.
- Tilrettelegg slik at ansatte i tjenestene vet hvor de kan komme med innspill på avdekte behov og forbedringer av tjenestene. Vær nysgjerrig og etterspør forbedringer og utvikling.
- Lær om erfaringer med nye løsninger fra andre kommuner.
- Opprett gjerne referansegrupper. Ta i bruk elderråd, interesseorganisasjoner, brukerpanel og liknende som kan hjelpe kommunen med å identifisere utfordringer.
- Inviter gjerne leverandørene dere har kontrakt med på dialog om behov, la de presentere nye løsninger, erfaringer fra andre kommuner og utviklingstrekk fremover.
- I tillegg til god brukerinvolvering, er det viktig med god lederforankring og dialog i dette arbeidet. Diskusjoner om nye løsninger og implementering krever både ressurser og prioritering i kommunen. Det er også et viktig strategisk arbeid, og derfor bør ledere være involvert og drivene i dette arbeidet og diskusjonene.



- [Fremtidsverktøyet 2040: prognoser og framskrivninger for kommuner](#)
- [Veikart for tjenesteinnovasjon](#)
- [Kvikk-guide til velferdsteknologi](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Avklare tjenestens behov og implementere nye løsninger*

- Det er utarbeidet en strategi for utvikling, retning og implementering av velferdsteknologi i kommunene fremover. Ledelsen er involvert og har eierskap til det strategiske arbeidet
- Det er etablert en rutine som sikrer at behov og tilbakemeldinger fra tjenestemottakere, pårørende og tjenesteytere kartlegges og fanges opp mer systematisk
- Behov for anskaffelse av teknologi er avklart
- Eventuell implementeringsplan med aktiviteter, roller, tidslinje og ressursbehov er utarbeidet
- IT har blitt involvert i valg av ev. løsninger og diskusjon rundt IT-føringer og krav i din kommune som er viktig for løsningene som skal implementeres og skaleres fremover
- Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) er gjennomført på teknologiene som skal implementeres



## Avklare tjenestens behov og implementere nye løsninger

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her: \_\_\_\_\_

#### Regional TMS:

- Vurdere behov i egen kommune og for kommuner som benytter sentralen

#### Hver enkelt kommune:

- Vurdere behovet i egen kommune og samarbeide med regional koordinator ved behov fra regionen

#### Helseteknologisekretariat:

- Har overordnet ansvar for avtaleforvaltning og er en samarbeidsaktør ved behov for endring/bruk av eksisterende verktøykasse for helseteknologi tilgjengelig på Agder.

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- *Leverandør sender ut informasjon ved oppdatering av løsning. Oppdatering av løsning er tema på møte med digitale oppfølgere hver andre uke som regional TMS har ansvar for.*
- *Helseteknologisekretariat vil ha oversikt over pågående innføringsløp av helseteknologier i regionen. Bør samhandle med sekretariatet når det vurderes innføring av ny teknologi.*

## 6

## ENDRE PÅ TJENESTEFORLØP OG RUTINER

## MÅL

- Kontinuerlig kvalitetsforbedring av tjenestene, der velferdsteknologi er en integrert del
- Endringsbehov fanges opp systematisk, prioriteres og gjennomføres
- Velferdsteknologi vurderes før kompenserende tjenester ved kartlegging og tildeling.

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Dokumenter endringer i rutiner og prosesser i tjenesteforløpene. Ved innføring av nye teknologier eller andre behov for endringer, vil nye rutiner og prosesser måtte beskrives i kommunens kvalitetssystem. Ha klare rutiner for dokumentasjon i kvalitetssystemet (f.eks. kan det lages en kvalitetshåndbok).
- Forsøk å systematisk samle behov for endring, eksempelvis:
  - Endring i brukernes behov
  - Innspill fra brukerorganisasjoner
  - Innspill fra ledere og medarbeidere
  - Lovendringer eller andre eksterne krav
  - Ny teknologi eller ny funksjonalitet
  - Avvik og uønskede hendelser
  - Endring i økonomiske rammebetingelser
  - Resultater fra gevinstoppfølging og brukerundersøkelser
- Diskuter og prioriter behovene for endringene og forbedringstiltak sammen med relevante ressurspersoner fra tjenestene og ledelsen. Gjennomfør deretter de prioriterte tiltakene.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Pass på at ledere, ansatte og brukere er involvert når forbedringstiltak utarbeides og presenteres for å sikre både forankring og forståelse for endringene.
- Ha en endringsliste som kontinuerlig oppdateres. Se forslag til forbedringer i sammenheng og på tvers av tjenester og brukerbehov.
- Noen ganger er det nyttig å tenke helt nytt for å skape bedre tjenester. Undersøk hva andre har gjort. Hent ideer, innspill og inspirasjon fra andre sektorer, kommuner og virksomheter.
- Ha kontroll på hvem som berøres av endringer i rutiner og prosesser, og beskriv tydelig roller og ansvar. Hva skal eksempelvis sykepleier gjennomføre? Hvilke oppgaver kan gjøres av helsefagarbeidere? Hva er lederoppgaver? Hva kan gjennomføres av ansatte/ressurspersoner? Hvordan bruker vi kompetansen riktig på de ulike oppgavene – finnes det kanskje bedre måter vi kan gjøre det på?
- Ved gjennomføring av endringer og justeringer på tjenesteforløp og rutiner, forsøk å vurder omfanget endringen vil innebære for de ulike aktørene. Dersom omfanget er stort, blir det viktig med god involvering, tydelig kommunikasjon, opplæring, trening og god endringsledelse.
- Lag gjerne sjekklister eller oppfølgingsmålinger for å undersøke at endringer blir gjennomført og etterlevd – det er litt å «skli tilbake» til gamle vaner og måter å jobbe på. Det tar tid å endre atferd, og all endring innebærer endring i atferd.



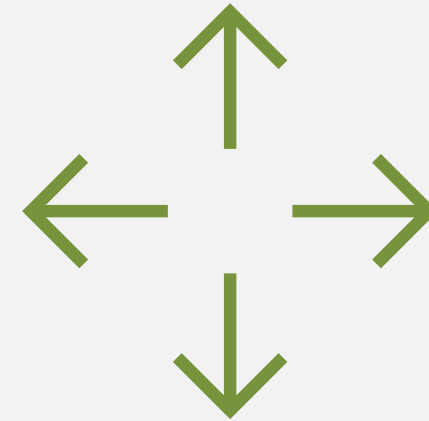
- [Veikart for tjenesteinnovasjon](#)
- [Kvikk-guide til velferdsteknologi](#)





## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Endre på tjenesteforløp og rutiner*

- Etablert rutiner for å fange opp behov for forbedringer og endringer
- Gevinstoppfølging benyttes aktivt for å sikre kvalitet og måloppnåelse
- Satt av tid og ressurser til forbedringsarbeid.
- Ledere, ansatte og brukere involveres i arbeidet for å sikre forankring
- Ved endringer gjøres nødvendige tilpasninger og konfigurasjoner i teknologiene
- Sjekkliste eller oppfølgingsmålinger brukes til å sikre at endringer faktisk blir gjort
- Etablert rutiner for dokumentasjon i kvalitetssystem



## Endre på tjenesteforløp og rutiner

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her:

#### Regional TMS

- Reviderer forløp ved behov
- Bidra til erfaringsdeling gjennom nettverk for kontaktpersoner.

#### Hver enkelt kommune:

- Utarbeide og revidere egne forløp
- Samarbeide med regional TMS for erfaringsdeling

#### Sykehus:

- Samarbeide med kommunene om det finnes aktuelle tjenesteforløp og rutiner som kan deles.
- Oppfølgingsansvarlig, avd. ledelsen på enkelte fagområder har ansvar.

#### Både sykehus og kommune:

- Samarbeid om forløp på tvers/ mellom forvaltningsnivå

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- *Regional TMS vurderer dette gjennom nettverk for kontaktpersoner. Hver enkel aktør kan gjøre endringer i eget forløp ved behov.*
- *Tjenesten vil være i stadig utvikling og det er viktig at alle aktører til enhver tid er klar over sitt ansvar for å ivareta pasienten.*
- *Kommunene kan kontakte TMS og/eller Helseteknologisekretariat for erfaringsdeling.*

*(TMS/Helseteknologisekretariat oppfordres til å vurdere å samarbeide med KS e-helsegruppen Agder med tema om dette på webinar/samlinger)*

## 7

## VURDERE RISIKO OG PLANLEGGE BEREDSKAP

## MÅL

- Tjenestene er forberedt på å håndtere uønskede hendelser, og har en beredskapsplan som er basert på risiko- og sårbarhetsvurdering
- Beredskapsplan og ROS-analyser holdes oppdatert

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Undersøk hvilke sentrale føringer, overordnede ROS-analyser og beredskapsplaner kommunen har. Her finnes det ofte definert sannsynlighets- og konsekvenskriterier som kan benyttes ved risikovurdering av velferdsteknologi.
- Analyser de mulige farer og uønskede hendelser som kan knyttes til de aktuelle teknologiene, og dokumenter i risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS).
- Hold ROS-analyser og beredskapsplaner oppdaterte. Gjennomgå eksisterende og utfør nye ROS-analyser og oppdater beredskapsplan ved etablering av nye tilbud og ved vesentlige endringer i tjenesten. Vurder ved større endringer i tjenesten om det også er nødvendig å gjennomføre en ny personvernkonsekvensvurdering (DPIA).
- Tilpass eksisterende risikovurdering og tiltak hvis nødvendig. Beskriv mulige farer og hendelser, med tilhørende konsekvens og sannsynlighet. Dersom risiko er høy må risikoreduserende tiltak gjennomføres.
- Lag en handlingsplan for de tiltak som skal gjennomføres, når de skal gjennomføres, og hvem som er ansvarlig.
- Etabler beredskapsrutiner som kan tre i kraft dersom de tekniske løsningene for tjenestene ikke fungerer.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Etabler arbeidsgruppe som kan gjennomføre ROS-analyser og forvalte beredskapsplaner for tjenestene. Involver leder for berørte tjenester, kvalitetsansvarlig, IT-ansvarlig, og andre relevante representanter for ansatte som bruker teknologien daglig. Deltakerne bør være representative, men ikke for mange (4-6 er ofte passe).
- Gjennomfør gjerne arbeidet i samarbeid med andre kommuner i regionen der det er hensiktsmessig. Eksempelvis ved å utarbeide felles overordnede ROS-analyser og vurdere hvordan dere kan utnytte ressurser på tvers av kommunene.
- Bruk enkle skjema når dere gjennomfører ROS-analyser. Bruk gjerne malen som KS har laget for velferdsteknologi.
- Ikke forvent nye funn. ROS-analyse er som regel bare en systematisering av allerede kjent informasjon.
- Det er viktig å sørge for at ordninger rundt beredskap tilfredsstiller krav til oppetid, rettetid og kritikalitet. Er de riktige ressursene tilgjengelig 24/7? Hvis ikke, hvordan kan disse skaffes til veie? Hvem har ansvaret for hva dersom uforutsette hendelser skulle oppstå?



- [Normen: Faktaark 07 - Risikovurdering](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: Vurdere risiko og planlegge beredskap

- Undersøkt sentrale føringer, planer og overordnede analyser i kommunen
- Utarbeidet ROS-analyse for velferdsteknologiske løsninger.
- Utarbeidet beredskapsplan i kommunen.
- Utarbeidet rutiner for å oppdatere ROS og beredskapsplaner årlig og ved vesentlige endringer i tjenesten.
- Laget handlingsplan for risikoreduserende tiltak (hvilke tiltak, når skal de gjennomføres og hvem er ansvarlig)
- Gjort handlingsplan og beredskapsplan kjent for alle som jobber med velferdsteknologi.



## Vurdere risiko og planlegge beredskap

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her:

### Regional TMS:

- Vurderer risiko og planlegger beredskap for de pasientene de har ansvar for og gjøre avtale med samarbeidskommune.
- Sørge for god informasjon til pasient ved oppstart om at det ikke er en akutt-tjeneste
- Utarbeide gode rutiner på hva tjenesten og pasienten selv må gjøre ved uforutsette hendelser

### Hver enkelt kommune:

- Vurderer risiko og planlegger beredskap for de pasientene de har ansvar for.
- Sørge for god informasjon til pasient ved oppstart om at det ikke er en akutt-tjeneste
- Utarbeide gode rutiner på hva tjenesten og pasienten selv må gjøre ved uforutsette hendelser

### Sykehus:

- Vurderer risiko og planlegger beredskap for de pasientene de har ansvar for.
- Sørge for god informasjon til pasient ved oppstart om at det ikke er en akutt-tjeneste
- Utarbeide gode rutiner på hva tjenesten og pasienten selv må gjøre ved uforutsette hendelser

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

*Hver enkelt aktør har ansvar for å sørge for gode rutiner og ROS analyser i alle ledd*

## 8

# FØLGE OPP GEVINSTER

## MÅL

- Linjeorganisasjonen er ansvarlig for gevinstrealiseringsprosessen og har dedikerte roller og ansvar for å følge opp gevinstarbeidet
- Nytteeffekter fra tjenester med velferdsteknologi dokumenteres og følges opp

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Fordel roller og ansvar for estimering, måling og rapportering av gevinster, fra måleansvarlig, gevinstansvarlig og gevinsteier.
- Pass på at dere har nullpunktsmålinger som sier noe om kvalitet, kostnad og kapasitet på tjenester uten velferdsteknologi.
- Sørg for at gevinster følges opp på både brukernivå og tjenestenivå.
- Bruk rapporter og tilsvarende funksjonalitet i fagsystem som datagrunnlag for å følge opp gevinster. Samarbeid med systemforvalter om ev. tilpasninger og lær av andre kommuner og sektorer hvordan de systematisk følger med på gevinster.
- Følg opp at realiserte gevinster omsettes som avtalt i gevinstrealiseringsplanen som gevinsteier har forpliktet seg til.
- Juster tjenesten ved behov. Bruk resultatene fra gevinstoppfølgingen som beslutningsunderlag for justeringene.
- Følg opp generelle indikatorer i tjenesten for å påvise langsiktige gevinster for hele organisasjonen, enten disse handler om effektivitet, økt kapasitet eller om bedre tjenestekvalitet og brukertilfredshet. Ledelsen har ansvar for gevinstoppfølging og uttak av gevinster.
- Se oppnådde gevinster i sammenheng med virksomhetens drift og prosjekter, og vurder om virksomhetens overordnede målsetninger er oppnådd

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Start med gevinstarbeidet på områder eller hos brukere der potensialet for gevinster er størst. Involver lederne i arbeidet slik at de bygger eierskap og kan ta rollene som gevinstansvarlig og –eier.
- Dokumenter gjerne kvalitetseffekter gjennom brukerhistorier fra både sluttbrukere og ansatte i tjenestene. Bruk disse for å motivere ansatte og kommunisere med brukere, innbyggere, politisk og administrativ ledelse.
- Involver gjerne personer med økonomi- og metodekompetansen for hjelp til å estimere og sammenligne kostnader, og etablere gode måleindikatorer.
- Unngå å måle og følge opp for mange ting.
- Undersøk muligheter i fagsystemene (eller tilpasningen av systemene) til å generere rapporter med data som kan vise utvikling på resultatindikatorer. Mer automatiserte rapporter og uttrekk fra fagsystemer kan gjøre oppfølgingen av gevinster enklere og det blir. Pass på datakvaliteten og gode rutiner for registrering.
- Ha et langsiktig perspektiv på gevinstarbeidet. Først når kompetansen har økt, flere teknologier og et volum på teknologien er implementert og nye rutiner starter å komme på plass vil dere se resultater av arbeidet.



- [KS: Mal for gevinstkartlegging, gevinstplanlegging og gevinstoppfølging](#)
- [Nasjonalt velferdsteknologi-program: Gevinstrealiseringsrapport](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Følge opp gevinster*

- Kommunens utfordringsbilde og behov er kartlagt
- Ønskede gevinster og nytteeffekter kommunen ønsker å oppnå er definert
- Kost-nytte-analyse for ønskede gevinster er gjennomført
- Gevinstplan med roller og ansvar er utarbeidet og rutine for å følge den opp er på plass
- Vurdering av muligheter for automatiske rapporter fra fagsystemer er undersøkt og ev. etablert.
- Gjennomført nullpunkts- og oppfølgingsmålinger.
- Rutine for måling og dokumentasjon av gevinster er på plass
- Løpende resultater fra gevinstarbeidet brukes til forankring og deling med organisasjon for å bygge motivasjon og interesse. Feiring av gevinster (kort og lang sikt) er viktig



## Følge opp gevinster

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her: \_\_\_\_\_

### Regional TMS:

- Følger opp gevinster internt i kommunen og sørger for å gjennomføre brukerundersøkelser for å evaluere arbeidet.
- Bidra til erfaringsdeling knyttet til gevinster, vurdere samarbeid med KS e-helsegrupe Agder for å delta på webinarer/samlinger

### Hver enkelt kommune:

- Ansvar for gevinstarbeid for sine innbyggere
- Rapporter ønskes delt med regionen, kontakt TMS for erfaringsdeling

### Sykehus:

- Ansvar for gevinstarbeid for sine pasienter
- Rapporter ønskes delt med regionen, kontakt TMS for erfaringsdeling

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- *Hver enkelt aktør har et ansvar å følge gevinster for sine pasienter*
- *Hver enkelt aktør har ansvar for å bidra til erfaringsdeling*



## 9

## BUDSJETTERE

## MÅL

- Det settes av midler for arbeid med pilotering, implementering og drift av velferdsteknologi som en del av tjenestene
- Etablert en modell for finansiering av velferdsteknologiske løsninger som tar høyde for endringer i kapasitet (høyere volum og ny teknologi)

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Velferdsteknologi koster penger, både i implementeringsfase og i drift. Husk å budsjettere for den samlede ressursbruken i tjenestemodellen, inkludert både interne og eksterne ressurser.
- Sikre budsjettering av nødvendig oppskalering i kommunens tekniske infrastruktur, basissystemer, datalagringsfasiliteter etc., på grunn av økt tjenestevolum.
- Ha kontroll på hva som er investeringer og hva som er driftskostnader. Vær oppmerksom på at en del betalingsmodeller fra leverandørene går i retning av tjenester og at utstyr leies – noe som vil innebære større kostnader på driftsbudsjettet og noe mindre via investering.
- Avklar behov for innkjøp av utstyr til eksisterende tjenester, oppgraderinger av programvare og ev. behov for investeringer i infrastruktur. Ta hensyn til forventet levetid på utstyr i budsjettene.
- Avklar løpende behov for nye tjenester som krever nytt utstyr og nyanskaffelser. Husk å estimere totalkostnad for nye tjenester inkludert ressursbehov under prosjektfasen, opplæringskostnader, kostnader til utstyr, lager, logistikk, programvarelisenser, økte IT-driftskostnader med mer.
- Forankre budsjettbehov på tvers av sektorer. Vær tidlig ute i budsjettprosessen. Tjenesteleder har et ansvar her og inn i budsjettprosesser.
- Ta høyde for kapasitet til å øke antallet teknologier/lisenser hvis nye eller økt omsorgsbehov oppstår.

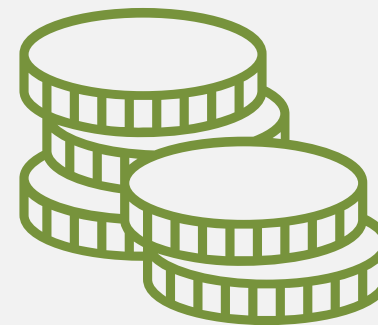
## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Bruk dokumentasjon fra målte gevinster for å synliggjøre nytteeffekten av drifts- og investeringskostnader. Dette er viktig særlig ved nye teknologier hvor man ikke har kostnadsbildet fra tidligere år, og lite datagrunnlag for å fremskrive framtidige behov, og nytteeffekter.
- Avklar hvilken tjeneste som skal betale for det enkelte utstyr, oppgradering, programvare, oppgradering av infrastruktur, etc. Det bør være tydelig hvem som har ansvaret for kostnadene.
- Vurder om det er hensiktsmessig å budsjettere samlet eller på tvers av tjenester/interkommunale samarbeid, eller enkeltvis for hver tjeneste.
- Se hva som er gjort innen andre områder for å sikre finansiering ved overgang til drift, eksempelvis finansiering av hjelpemidler og utstyr til utlån, digitale læremidler, etc.
- Budsjettering av kostnader på den enkelte tjenesten kan gi tjenesten bedre oversikt over besparelser, kostnader og kostnadsdrivere, som for eksempel leiekostnader fra utstyr som ikke er i bruk.
- Felles budsjett og deling av utstyr på tvers av tjenester/kommuner kan være gunstig hvis kommunen har få brukere med behov for velferdsteknologi, eller brukere som er spredt over flere tjenesteområder.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Budsjettere*

- Etablert målsetning for velferdsteknologi i kommunen
- Satsning på velferdsteknologi er forankret i kommunebudsjettet
- Modell for finansiering av teknologi ved overgang til drift og ev. oppskalering av velferdsteknologi er på plass
- Kostander og samlede utgifter for for leie/kjøp/drift av teknologi(er) er avklart
- Vurdering av om velferdsteknologi bør ha separat investerings- og driftsbudsjett er gjort
- Undersøke økonomiske fordeler ved å kjøpe og/eller dele på utstyr sammen med andre kommuner
- Tydelige retningslinjer for egenandeler et etablert og kommunisert til innbyggere og til de som er i dialog med innbyggerne



## Budsjettere

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig for oppgave her: \_\_\_\_\_

- Hver enkelt aktør har ansvar for å budsjettere for tjenesten.

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

## 10

## ADMINISTRERE SYSTEM- OG UTSTYRSPORTEFØLJEN

## MÅL

- Virksomheten har oversikt over og kontroll på velferdsteknologiske løsninger som er tatt i bruk, herunder plattformer, programvare og utstyr
- Utstyr som ikke er tatt i bruk kan gjøres tilgjengelig for andre eller returneres/termineres slik at det ikke løper unødvendige kostnader

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Når velferdsteknologi skaleres opp og system- og utstyrsporteføljene vokser med nye teknologier, flere leverandører og driftsaktører, vil det stilles større krav til ansvarlig forvaltning.
- Avklar prosess og ansvarlig for leverandørhåndtering for system- og utstyrsporteføljen. Skal systemer og utstyr ha samme ansvarlig? Dersom ikke, hvordan skal de ulike ansvarlige samarbeide om håndtering av helheten i porteføljen? Hvem gjør hva er en viktig avklaring her.
- Kartlegg utstyr og velferdsteknologiske løsninger som er i bruk i kommunen i dag. Sjekk med sektorer utenom helse og omsorg, eksempelvis teknologi som brukes i habilitering, skole og oppvekst og via NAV.
- Sørg for å ha god og oppdatert oversikt over systemer, utstyr, programvare og komponenter i porteføljen. Hensikten er å lettere avdekke behov for vedlikehold, oppgradering og utskifting, og sikre en god håndtering av systemer og utstyr i drift.
- Gjør «helsesjekker» av dokumentasjon og driftssikkerhet: identifiser forbedringer og svakheter knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, tilgangsstyringer og systemoppdateringer.
- Gjennomgå systemporteføljen og avdekk om hele eller deler av systemer som ikke lenger er i bruk, eventuelt årsaken til dette og beslutning om videreføring eller avslutning.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Ved mangel på gode rutiner og oversikt kan i verste fall utstyr eller systemer med feil og mangler bli tatt i bruk og få konsekvens for driftssikkerheten.
  - For eksempel: utdaterte systemer og utstyr som mangler viktige oppdateringer i programvare. Dette krever tett samarbeid med IT-enheten og utstyrslager. Det er også dyrt å betale for utstyr som ikke blir benyttet og står på lager.
  - Det kan også være utstyr som har behov for strøm, lading eller skifte av fysiske batterier. Hvordan holde oversikt over dette, hvilke rutiner har man og hvem er det hensiktsmessig at løser oppgavene ved eksempelvis bytte av batterier?
- Vurder implementering av felles system for oversikt og kontroll på utstyr, løsninger og systemer, uavhengig av leverandør og type teknologi (også kalt Asset Management). Ha dialog med andre deler av kommunen for å avdekke felles behov og hvor samarbeid om oversikter kan være effektivt.
- Noen leverandører tilbyr funksjonalitet for å forenkle administrering og kontroll på utstyr og teknologi, eksempelvis bruke av strekkoder og RFID. Ta dette med i vurderingen ved nye anskaffelser når kravspesifikasjoner utarbeides.
- Forvalt system- og utstyrsportefølje med et helhetlig perspektiv, blant annet med tanke på mulig integrasjoner, synergier og gjennomgående sikkerhetshensyn.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Administrere system- og utstyrsporteføljen*

- Opprettet oversikt over hvilke systemer, utstyr, programvare og komponenter som er i kommunens portefølje.
- Etablert rutiner og fordelt ansvar for å holde oversikten oppdatert.
- Kontinuerlig evaluering av porteføljen slik at unødvendige kostnader ikke påløper.
- Jevnlig dialog og samarbeid leverandør.
- Kartlagt muligheten for tverrfaglig samarbeid for å oppnå bedre ressursutnyttelse og lavere kostnader.



## Administrere system- og utstyrsporteføljen

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:

- Leverandør står for deler av utstyrsporteføljen - administreres gjennom Helseteknologisekretariat
- Kommuner kan ha rutine for utlevering og administrering av utstyr fra behandlingshjelpemidler (BHM) fra SSHF – da har BHM ansvar for utstyrsporteføljen

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- Ved utstyr kjøpt fra leverandør er det egne rutiner
- Ved utstyr til leie fra BHM er det rutiner ihht til avtale med SSHF og BHM

## 11

## SAMHANDLING

## MÅL

- Det er avklart hvilke aktører det er viktig å ha en løpende samhandling og strategisk dialog med
- Dialogen og samhandlingen gjennomføres løpende

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Alle oppgavene og oppgaveområdene i helhetlig tjenestemodell innebærer samhandling, men noen tjenester med velferdsteknologi kan ha behov for en mer systematisk og strategisk samhandling. Det kan eksempelvis være med aktører som kanskje er utenfor kommunen (f.eks. spesialisthelsetjenesten) eller det kan være sektorer som ikke tidligere har vært så involvert med i helse- og velferdsteknologiområdet.
- Ta derfor utgangspunkt i teknologiene og interessentanalysen som er utarbeidet i deres kommune. Avklar om det er noen aktører som er viktig at dere har en mer løpende og strategisk dialog med der dere kan drøfte behov, endringer, erfaringer, dilemmaer etc.?
- Hvem tar ansvar for denne dialogen? Hvordan og hvor ofte skal den gjennomføres og hva kan være viktige fokusområder å diskutere i starten. Her må man tilpasse innholdet og fokusområder litt etter hvert basert på behov som både kommunens tjenester har og den andre samarbeidsparten.
- Noen sentrale aktører hvor det er behov for en overordnet strategisk samhandling:
  - Oppvekstsektoren
  - NAV og hjelpmiddelområdet
  - Fastleger
  - Spesialisthelsetjenesten
  - Frivillige organisasjoner (dersom de bidrar eller kan bidra)

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Dette er en ny oppgave i helhetlig tjenestemodell. Den har blitt inkludert fordi en del velferdsteknologi integreres i tjenester og brukes på en slik måte at det krever mer tverrfaglig samarbeid eller dialog på tvers av virksomheter og områder dersom det skal fungere.
- *Digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi til barn, unge og voksne med varige nedsatt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse* er eksempler på områder der det er behov for en slik samhandling.
- Interessentanalysen er et godt utgangspunkt for å tilnærme seg denne oppgaven. Her kan du få oversikt over hvem det er behov for å ha en god og løpende dialog med, som ikke bare handler om enkelte oppgaver, men det for at tjenesten skal fungere og oppleves som mer sammenhengende for innbygger.
- Det er viktig å avklare *hvem* som skal holde i denne samhandlingsoppgaven.
- Etablere noen faste møteplasser med de aktuelle interessentene og et utkast til relevanteområder for diskusjon, erfaringsutveksling og læring.
- Lag deretter en som sikrer at innsikten fra dialogen deles videre med de aktuelle oppgaveområdene og deres hovedansvarlige og ledelsen i kommunen.
- Vedkommende som gjennomfører dialogen, må også ha god oversikt over oppgavene og innhente innspill fra tjenestene på hva som bør tas opp i dialogen for å bedre samhandlingen og tjenestene.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Samhandling*

- Det er gjort en vurdering av hvilke interesser det er viktig med en strategisk og mer fast dialog med
- Det er avklart hvem som tar ansvaret for å gjennomføre dialogen og hvordan erfaringer og innspill fra dialogen skal videreformidles tilbake til kommunen og de aktuelle målgruppene
- En struktur for å holde oversikt over status på oppgaveområdene og samle innspill eller spørsmål fra tjenestene, som må tas opp i samhandlingsmøter, er etablert
- Dialogen gjennomføres løpende og etter avtalt frekvens





## Samhandling

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:

### Samarbeidsutvalget Agder:

- Samarbeid med alle kommunene på overordnet nivå

### Helseteknologisekretariat:

- Har ansvar for avtaleforvaltning
- Skal bidra til samhandling knyttet til leverandørdialog og innføring av helseteknologi

### Regional TMS:

- Samhandler mellom sykehus og tilknyttede kommuner

### Hver enkelt kommune:

- Samhandler med TMS, SSHF og andre kommuner når det er hensiktsmessig

### Sykehus:

- Samarbeid ut mot kommunene i ulike fora, inviterer kommune inn i aktuelle samarbeidsarenaer

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

*Hver enkelt aktør har ansvar for å bidra til regional samhandling*

# Support, lager og utstyr

1 Håndtere support på systemer og utstyr

2 Drifte utstyrlager og ivareta logistikk



## 1

# HÅNDBERE SUPPORT PÅ SYSTEMER OG UTSTYR



## MÅL

- Tydelig rolle- og ansvarfordeling for brukerstøtte, teknisk support og dialog med leverandør
- Etablerte rutiner for hvordan feilsituasjoner skal meldes, registreres og følges opp

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Avklar hvor ansvaret for teknisk support og brukerstøtte skal ligge. Vurder spesielt ansvarsfordeling mellom helse og omsorg, IT og eiendom.
- Vurder hvilken rolle leverandør skal ha. Avklar ansvar og oppgaver i samspill med leverandør, og i henhold til inngått supportavtale og krav der. Vurder behov for en eventuell tilpasning eller utvidelse av supportavtalen ved behov.
- Avklar hvem som skal ha dialog med leverandør, melde feil og avvik og hvem som følger opp eventuell feilretting.
- Lag rutiner for håndtering av tekniske varsler og feilmeldinger. Sett opp kriterier for hvem som skal håndtere hvilke type tekniske varsler ut ifra kritikalitet og omfang.
- Etabler rutiner for registrering av feil og avvik.
- Gjør det tydelig for brukere, pårørende og ansatte i tjenesten hvor de skal henvende seg ved behov for support. Pass på at dette kommuniseres jevnlig og at det er en del av opplæringen som gis.
- Test regelmessig at utstyr fungerer slik det skal. Involver teknikere, helsepersonell og eventuelt IT, leverandør og bruker.
- Sørg for å følge opp feilsituasjoner. Evaluer hva som er årsaken til feil (f.eks. funksjonell, teknisk eller konfigurasjon?) og iverksett tiltak basert på evaluering.
- Meld avvik ved alvorlige hendelser.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Mange parter kan være involvert i support: Superbrukere, teknikere, bygg/eiendom, brann, IT, helsepersonell, samarbeidskommuner og leverandører.
- Vær tydelig på *hvem* som skal kontaktes om hva, og hvordan. Gjør rutinene kjent for alle involverte ansatte slik at de vet hvilke type varsler som håndteres av hvem.
  - Eksempel: Hvem skal kontaktes ved feil på smarttelefon? Hvem skal kontaktes ved feil på medisindispenser?
- Gjør kontaktinformasjon til support enkelt tilgjengelig for alle berørte: Det må være enkelt for helsepersonell på jobb å ta kontakt med support. Gjør tjenesten klar over ev. ekstrakostnader som påløper ved ekstern support på kveldstid og helg.
- Vurder om det er hensiktsmessig for å ha felles system for oppfølging og support i kommunen eller i samarbeid med andre kommuner, for eksempel en servicedesk eller lignende.
- Pass på at krav til support fra leverandøren er nøye beskrevet som krav ved nyanskaffelser. God support er kritisk for at tjenesten skal fungere godt.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Håndtere support på systemer og utstyr*

- Avklart rolle og ansvar for teknisk support og brukerstøtte
- Etablert supportrutiner i samarbeid med leverandør, inkludert supportavtale
- Bruker, pårørende og ansatte vet hvor de skal henvende seg for support og brukerstøtte
- Etablert rutiner for feilmelding og avvik
- Utarbeidet rutiner for oppfølging av feilsituasjoner og tiltak basert på evaluering av feil og avvik

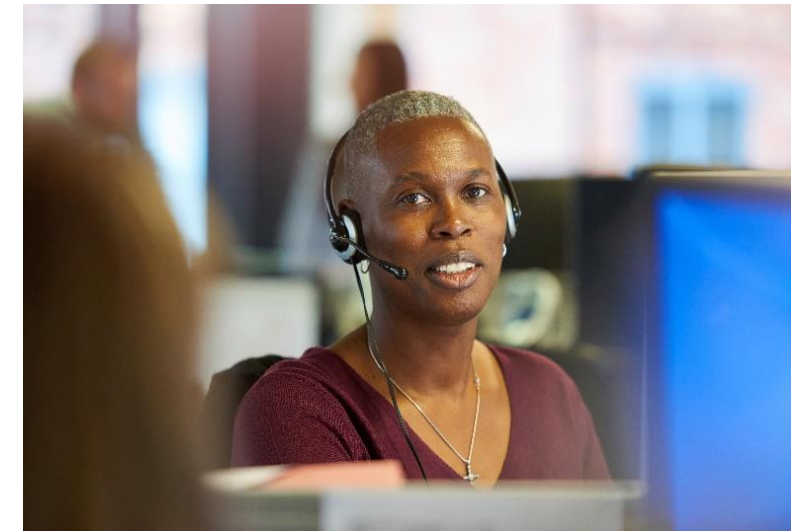




## EKSEMPEL: Værnesregionen

### Håndtering av support, systemer og utstyr

- IT-avdeling håndterer feil på smarttelefon, programvare og annen systemsupport.
- Tre ansatte på Værnes respons håndterer varsler og support på utstyr og tekniske varsler i samarbeid med ansatte i teknikertjenesten.
- Noen teknologier er per i dag ikke integrert med responscenter. Feilmelding direkte til vakttelefon for hjemmebasert omsorg som har egne prosedyrer for håndtering.
- Avhengig av kritikalitet og omfang avventes det utrykning til neste planlagte besøk, eller superbruker i den enkelte kommune får telefon, også på kveldstid.
- Ved unormalt høyt antall varsler hos en av samarbeidskommunene eller andre uregelmessigheter kontakter Værnes respons kommunen for å informere om dette, og eventuelt avklare situasjonen.



## Håndtere support på systemer og utstyr

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:*

#### Leverandør:

- står for support på eget utstyr til regional TMS og digitale oppfølgere ved behov.

#### Behandlingshjelpemidler:

- Ved bruk av utstyr fra BHM, står de for support ut mot brukere

#### Regional TMS og hver enkelt kommune:

- Regional TMS og digitale oppfølgere kan gi enkel support på utstyr ut mot brukere.

#### Sykehus:

- Sykehuset har avtaler internt

### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

## 2

## DRIFTE UTSTYRSLAGER OG IVARETA LOGISTIKK



### MÅL

- Velferdsteknologisk utstyr er tilgjengelig for tjenesten når behov oppstår.
- En bærekraftig og hensiktsmessig drift av lagerholdning og logistikkoppgaver.

### OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Vurder hvordan lager av utstyr og teknologi skal ordnes ut fra kommunens behov. For eksempel:
  - Eget lager i kommunen
  - Lager organisert av leverandør
  - Interkommunalt samarbeid om felles lager
  - Lager for velferdsteknologi samorganiseres med kommunens hjelpemiddellager.
- Vurder også om det er behov for lokale lager ute i tjenestene (eksempelvis på sykehjem eller i hjemmetjeneste)
- Definer ansvar for lagerbehold og logistikk ut fra valgt organisering – om det skal ligge ute i tjenesten hos, IT/Teknisk eller hos en dedikert logistikkressurs med felles ansvar for teknologi og hjelpemidler?
- Lag tydelige rutiner for vedlikehold av utstyr, registrering av data om utstyr i egnet system, avvikshåndtering og retur.
- Definer logistikkrutiner for utkjøring og installasjon.
- Ha dialog med leverandør for å avklare hvilke oppgaver og ansvar som ev. skal ligge hos leverandøren

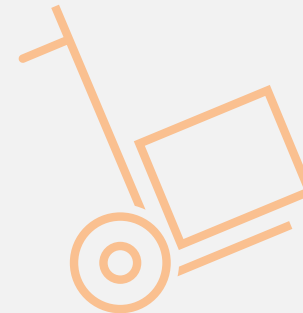
### TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Fordeling av ansvar bør vurderes ut fra tjenesteområdene som tar i bruk teknologien, hvordan lager og logistikk er organisert og hvor lagerbeholdningen er plassert
- Undersøk om andre sektorer innad i kommunen som også har logistikk- og lagerbehov. Kan en samordning være effektivt?
- Inngå gjerne samarbeid med andre kommuner om felles lager, logistikk og vedlikehold – ta kontakt med andre kommuner for å få erfaringer og innspill.
- Vurder å ta i bruk logistikkstyringssystem for oversikt over lagerbeholdning og hva som er installert hvor. Sjekk med andre sektorer i kommunen om hvordan det er løst – vurder eventuelt å anskaffe en løsning som kan brukes på tvers av ulike tjenester.
- Vurder modeller for leasing versus kjøp opp mot behovene i din kommune på kort og lang sikt. Leasing vil kunne gi mindre behov for store utstyrslager.
- Vurder også hvilke krav som skal stilles ved nye anskaffelser, eksempelvis
  - Krav nyttet funksjonalitet for logistikk, lagerføring og vedlikehold.
  - Om leverandør skal stå for lokalt lager, og at kommunen først betaler når utstyr og teknologi tas i bruk.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Drifte utstyrlager og ivareta logistikk*

- Utarbeidet oversikt over all tilgjengelig velferdsteknologi i kommunen.
- Vurdert hvordan lager og logistikk best skal håndteres i din kommune.
- Løsning for lager imøtekommer kommunens behov.
- Definert rutiner for vedlikehold, avvikshåndtering, retur, logistikk og installasjon.
- Avklart hvilke ansvarsoppgaver som skal ligge hos leverandør.
- Roller, ansvar og rutiner er gjort kjent for alle involverte.





## Drifte utstyrslager og ivareta logistikk

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:*

#### Leverandør:

- står for utstyrslager og logistikk på eget utstyr

#### Behandlingshjelpemidler:

- Ved bruk av utstyr fra BHM, står de for utstyrslager og logistikk

#### Regional TMS og hver enkelt kommune:

- Regional TMS og digitale oppfølgere kan bistå med å få utstyr til og fra bruker

#### Sykehus:

- Sykehuset har avtaler internt

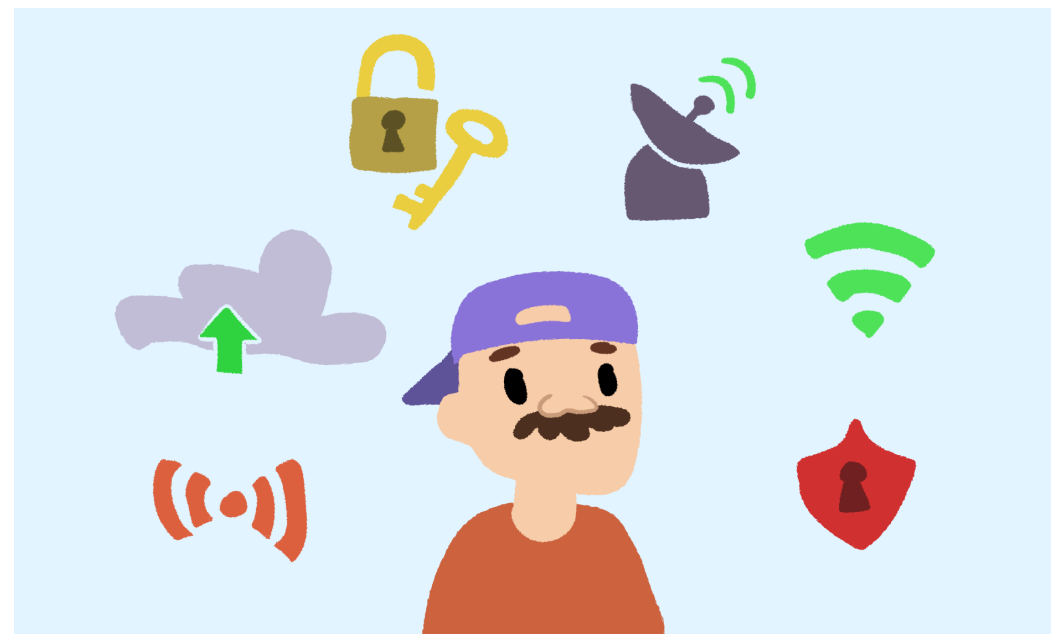
### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

# IT-drift

1 Drifte systemer, plattformer og infrastruktur

2 Drifte rolle- og tilgangsstyring



# 1 DRIFTE SYSTEMER, PLATTFORMER OG INFRASTRUKTUR

## MÅL

- Tilstrekkelig driftssikkerhet for velferdsteknologi.
- Oversikt over installerte systemer og løsninger, og prosesser for å oppdage uregelmessigheter tidlig

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Definer hvordan samarbeidet mellom helse- og omsorg, IT og ev. leverandør skal foregå. Avklar hvem som har ansvar for hva ved installasjoner og drift.
- Avklar hvem som følger opp leverandører av velferdsteknologi, infrastruktur og ev. IT-tjenester. Sørg for tydelig rolle- og ansvarsfordeling for oppgaver som skal utføres:
  - Vedlikehold av systemdokumentasjon.
  - Gjennomføring og oppdatering av risikovurderinger og ROS-analyser.
  - Kartlegging av infrastruktur i forbindelse med nybygg.
- **Plattform og systemer:** Hold oversikt over installerte systemer og programvare gjennom administrasjonssystem. Ha gode rutiner for teknisk fjernovervåking og feildiagnostisering for å være i stand til å oppdage uregelmessigheter tidlig. Gjennomfør feilrettinger og vedlikehold. Hold tett dialog med leverandør, særlig i hvis leverandøren tar seg av store deler av nevnte oppgaver. Ivareta ansvaret for å informere om, og vedlikeholde back-up løsninger. Hvis responscenterløsning eller andre sentrale driftsløsninger slutter å fungere, vil det kunne ha store konsekvenser.
- **Teknisk infrastruktur:** Sørg for at det er vurdert risiko og sårbarheter ved teknisk infrastruktur. Informer om reserveløsning slik at ansatte og ledere i tjenesten er forberedt ved langvarig nedetid/ustabilitet. Vurder regelmessig om infrastrukturen skalerer for videre utvikling i tjenestevolum (flere brukere og/eller flere teknologier).

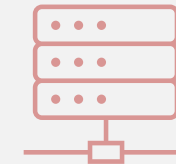
## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Se velferdsteknologi opp mot IT-plan og f.eks. strategi for sky versus lokal lagring med tanke på fremtidig skalering.
- Vurder behov knyttet til innendørs .mobildekning – det er ofte mer utfordrende å sørge for mobilt nettverk enn trådløst nettverk i bygninger. Tenk på at det kan være aktuelt å satse på teknologier som støtter både mobilt og trådløst nett.
- Ha gode rutiner for å avdekke hvilke varsler om feil på utstyr/infrastruktur som er kritiske og bør håndteres raskt. Eksempler på sårbarheter ved infrastruktur kan være dårlig dekningsforhold eller ustabilitet på nettverk/mobilnett, strømbrudd, kabelbrudd, brann, vannskader eller andre systemfeil.
- Overvåk kvaliteten på trådløse forbindelser fra system og plattform til aktive enheter. Det bør foreligge testprosedyrer som verifiserer at utstyret er riktig konfigurert og at forbindelsen til eksempelvis responscenterløsning fungerer feilfritt.
- Informer bruker og pårørende ved nedetid og forsinkelser hvis hendelsen har konsekvenser for brukerens trygghet og helse, eller det er andre grunner til at bruker burde informeres.
- Etter at infrastruktur er på plass: Sikre at brannmurer er på plass, samtidig som man får nødvendige åpninger i denne.
- Sikre at avtaler med leverandør(er) har beskrevet tilstrekkelig høyt tjenestenivå (SLA), og at leverandørene blir ansvarliggjort ved eventuelle brudd på det avtalt tjenestenivået



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: Drifte systemer, plattformer og infrastruktur

- ROS-analyse er utarbeidet:
  - For teknisk infrastruktur.
  - For velferdsteknologiske plattformer og systemer.
  - For trådløst -og mobilt nett.
- Kartlagt infrastrukturbehov og utarbeidet strategi for utbedring.
- Utarbeidet beredskapsrutiner.
- Rolle og ansvar mellom de ulike aktørene (IT, tjenestene og leverandør) er fordelt og godt kjent
- Etablert rutiner og definert ansvar for oppfølging av leverandører
- Etablert rutiner og mekanismer for informasjonssikkerhet i løsninger og infrastruktur (brannmur, innbygd personvern og kryptering av data).
- Definert kontaktpersoner for døgkontinuerlig teknisk support for kritiske tjenester.



## Drifte systemer, plattformer og infrastruktur

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:*

- Hver enkelt aktør driver interne systemer, plattform og infrastruktur.
- Leverandør har ansvar knyttet til teknisk løsning

**Helseteknologisekretariatet har ansvar for leverandørdialog ved behov**

### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

## 2

## DRIFTE ROLLE- OG TILGANGSSTYRING



### MÅL

- Helse- og personopplysninger er kun tilgjengelig etter tjenstlig behov. Brukere av løsninger og systemer autentiseres på en sikker måte.
- Ha et system der tilganger tildeles, administreres, kontrolleres og fjernes gjennom etablerte rutiner.

### OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Etabler en oversikt over de ulike systemene som er i bruk og hvem som skal ha tilgang og utvidet tilgang. Behov for tilgang vurderes ut fra faglig rolle og tilhørighet i tjenesten (enhet og/eller geografisk område)
- Hvem skal ha ansvar for å administrere tilgangsstyringen for hvert enkelt system (tildele, oppdatere og fjerne tilganger)? Klargjør hvilket ansvar som skal ligge i ansvarlig tjeneste (enhetsleder) og hva IT gjør.
- Utarbeid prosedyre for tilgangsstyring som inneholder disse elementene: Hvordan nye og eksisterende ansatte skal legges til i systemet, hvordan tilganger skal avsluttes? Hvordan er rutinene for å bestilling av rutiner?
- Ha klare beskrivelser av ansattes roller og hva slags tilgang som trengs for at eksempelvis tekniker kan gjennomføre jobben sin. Dette gjelder både for overordnet tilgang til systemer og for autorisasjon for tilgang til funksjoner i systemene.
- Sørg for å ha et autorisasjonsregister med oppdatert oversikt over ansatte, brukere og pårørende med aktiv tilgang til systemene.
- Foreta jevnlig kontroll av tilgangslister. F.eks. årlig revisjon av alle tilganger. Involver gjerne personvernombud i denne revisjonen mht. personvern.
- Pass på at oppgaver, roller og ansvar er samkjørt med forvaltning av tilganger til EPJ/fagsystem og andre systemer/løsninger.

### TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Kommunens tilgangsstyring bør være rollebasert for å forenkle. Dette gjør at ansatte får tilgang til nødvendig informasjon avhengig av rollen som skal betjenes. Det bidrar også til at helse- og personopplysninger behandles på en forsvarlig måte, med lovlig grunnlag.
- Det er forskjell på om man har en plattform med interoperabilitet, eller separate systemer/enheter som krever rolle- og tilgangsstyring. Flere kommuner har valgt å innføre enhetlig tilgangsstyring på tvers av løsninger, eksempelvis rollebasert tilgangsstyring gjennom integrasjon mot Active Directory (AD).
- Å koble rolle- og tilgangsstyring til andre administrative oppgaver i forbindelse med at ansatte begynner og slutter erfares som en god løsning av mange.
- Etterspør AD-integrasjon fra leverandør. Kommuner som har tilgangene styrt gjennom AD opplever at dette i større grad går av seg selv.
- Still gode krav til løsninger for tilgangsstyring ved gjennomføring av anskaffelse
- Det kan være lurt å involvere personvernombudet i arbeidet med roller og tilganger for å sikre at relevante problemstillinger blir ivaretatt.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Drifte rolle- og tilgangsstyring*

- Oversikt over systemer med tilgangsstyring er laget
- Fastsatt hvem som er ansvarlig for å drifte systemene (og gi, endre eller oppheve tilganger).
- Laget prosedyre for tilgangsstyring.
- Laget autorisasjonsregister.
- Spesifisert ansattes roller i systemene.
- Etablert rutiner for revisjon av tilganger.



## Drifte rolle- og tilgangsstyring

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:*

### Ved oppfølging fra regional TMS:

- Har oversikt over tilgangsstyring internt.
- Har egen administratortilgang

### Oppfølging ute i kommunen:

- Må ha en oversikt over hvem som har tilgang i systemet.
- Enkelte kommuner har en egen administratortilgang.
- TMS kan kontaktes ved behov.

### Sykehus:

- Ansvar for tilgangsstyring internt

### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*



# Oppgraderinger og vedlikehold av tekniske løsninger

1

Planlegge tekniske endringer og vedlikehold

2

Styre oppgraderinger og konfigurasjoner

3

Teste nye løsninger

4

Oppdatere teknisk dokumentasjon



## 1

# PLANLEGGJE TEKNISKE ENDRINGER OG VEDLIKEHOLD



## MÅL

- Vedlikeholde oppgraderinger og andre endringer av velferdsteknologiske løsninger blir gjennomført på en måte som gir minst mulig belastning for tjenesten og brukerne.
- Relevant informasjon går ut til de som er berørt av endringene

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Definere systemansvar for velferdsteknologiske løsninger.
- Avklar med leverandør hva som kreves av kommunen når det gjelder maskinvare, infrastruktur og ressurser, ved endringer og vedlikeholde. Stille krav til leverandør slik at informasjon om endringer og vedlikehold kommer i god tid. Planlagt vedlikehold må avtales slik at det gir minst mulig belastning for tjenesten.
- Peke ut hvem som har et koordinerende ansvar. Informasjon som hentes inn fra leverandør må kommuniseres ut igjen til både ansatte og brukere.
- Utarbeid tydelige rutiner og gjerne sjekklister for planlegging og gjennomføring av tekniske endringer:
  - Vurdere tidspunkt for oppdatering: både tid på døgnet og dag i uka.
  - Sørge for at riktig personell er tilstede ved endringer i tilfelle det er behov for feilretting.
  - Velge kanaler for kommunikasjon om endringer til de som blir påvirket
  - Etablere rutiner for risikovurdering ved oppgraderinger: hvordan påvirkes sluttbrukere og tjenestemottakere?
- Ved endringer og vedlikeholdsarbeid må det gjøres nødvendige oppdateringer i dokumentasjon:
  - Risikovurderinger og ROS-analyser, teknisk dokumentasjon, beredskapsplaner, brukerveiledninger og maler, siste versjoner av dokumentasjon fra leverandør og vurdere ny DPIA ved store endringer

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Kommunikasjon og samhandling er viktig her. Gjennomfør derfor gjerne noen regelmessige samarbeidsmøter. Det kan gi bedre forutsigbarhet og felles planlegging.
- Avklar hvem som skal melde om eksempelvis nedetid til berørte tjenester ved vesentlige oppgraderinger, og hvordan kritiske brukere skal håndteres dersom tjenestetilbudet blir påvirket.
- Forankre og informer IT-avdelingen om konsekvenser for brukere på sykehjem ved lang nedetid på for eksempel WiFi.
- Oppgraderinger, hendelser eller endringer som krever dette må kommuniseres tydelig til ansatte i tjenesten i forkant slik at de har tid til å sette inn alternative tiltak, informere brukere og ev. pårørende.
- IT-avdelingen må forstå konsekvenser for utøvende tjeneste ved nedetid.
- Det kommer stadig nye oppdateringer fra leverandør i skyen. Gjør vurderinger på hva som er hensiktsmessig å kommunisere ut til sluttbruker og ikke.
- Ved endringer i grafisk grensesnitt er det viktig med tydelig kommunikasjon ut til sluttbruker. Dette kan ofte skape forvirring og mange spørsmål.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Planlegge tekniske endringer og vedlikehold*

- Definert roller og ansvar for nødvendige oppgaver i forbindelse med endringer og vedlikehold.
- Utarbeidet sjekkliste som sikrer at alt blir ivaretatt.
- Etablert rutiner for å diskutere krav fra kommunen ved endringer fra eksempelvis leverandør
- Fastsatt rutiner for informasjonsdeling fra leverandør og ut til berørte parter.
- Etablert rutiner ved nedetid på systemer.
- Etablert rutiner for å oppdatere alt av teknisk dokumentasjon i etterkant av endringer.
- Etablert regelmessige samarbeidsmøter mellom parter som planlegger vedlikehold/ending og tjenesten



## Planlegge tekniske endringer og vedlikehold

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:*

### Leverandør:

- planlegger tekniske endringer og vedlikehold og informerer aktører per mail i forkant.

### Regional TMS og digitale oppfølgere i egen kommune:

- informerer pasienter om evt endringer

### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

## 2

## STYRE OPPGRADERINGER OG KONFIGURASJONER



## MÅL

- Gjennomføre oppgradering av systemer og utstyr i tråd med behovene ute i tjenesten

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Ha løpende dialog med leverandør angående endringer i konfigurasjon, programvareoppdateringer, nye versjoner og eventuelle planlagte omstart av systemer eller plattform.
- Foreta bevisste vurderinger på om det er behov for implementering av nye versjoner og konfigurasjoner. Sørg for at dere har oversikt over hva som er oppdatert, og innholdet i oppdateringene. Deretter vurder behovet for implementering.
- Se behovene som avdekkes ute i tjenestene i sammenheng med muligheter fra ny versjoner
- Sil ut og kommuniser den viktigste informasjonen ut til berørte ansatte.
- Vær nøye i planleggingen slik at nødvendige tiltak kan bli iverksatt. Eksempelvis kan det være behov for ekstra bemanning ved nedetid
- Husk at nye versjoner og endringer i systemoppsett ofte gjør det nødvendig å gjennomføre ny personvernkonsekvensvurdering (DPIA). Endret løsningsarkitektur, bytte av komponenter og større endringer i tjenesten kan også gjøre det nødvendig med ny ROS-analyse for tjenesten

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Etabler god oversikt over løsninger i porteføljen, slik at det ikke betales for lisenser og oppgradering på løsninger som ikke lenger er i bruk.
- Planlegg frem i tid for å ha forutsigbarhet. Eksempelvis kan planlagte oppgraderinger og konfigurasjoner dokumenteres i et årshjul eller på en tidslinje.
- Gjør ansatte i tjenesten klar over hvilke konfigurasjoner som kan gjøres internt av teknikere/IT. Eksempelvis ved endring i livssituasjon for brukere kan tilpasninger av teknologi være et viktig virkemiddel for å unngå falske/tekniske alarmer.
- Husk at endringer i software kan føre til behov for oppdatering av hardware og firmware.
- Unngå at konfigurasjoner og oppdateringer gjøres rett før helg. Følgefeil er dumt at oppdages med lite teknisk personell tilgjengelig.
- Konfigurasjoner må ses i sammenheng med behovene ute i tjenesten. Teknisk/IT bør etterstrebe å være ute å snakke med ansatte og brukere i tjenesten for å forstå behovet.
- Tenk gjennom hvordan oppgraderinger kommuniseres til ansatte og prioriter slik at det som er relevant blir kommunisert godt. Mange har lite tid å lese mail – er det andre kanaler som kan benyttes (i tillegg).

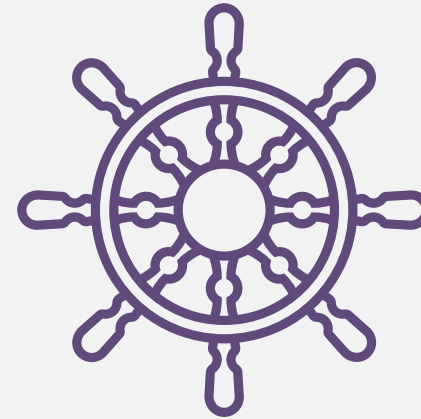


- [KS: Eksempler på tidslinjer og årshjul](#)



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Styre oppgraderinger og konfigurasjoner*

- Fastsatt struktur for vurdering av relevante oppgraderinger.
- Utarbeidet oversikt over planlagte oppgraderinger og konfigurasjoner.
- Etablert rutiner for leverandørdialog knyttet til oppgraderinger og konfigurasjoner.
- Nødvendig informasjon sendes ut til berørte ansatte og brukere.
- Behovet for ROS og DPIA vurderes i etterkant av oppgraderinger.
- Etablert rutiner for å sikre at driftssikkerheten blir ivaretatt



## Styre oppgraderinger og konfigurasjoner

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:* \_\_\_\_\_

### Leverandør:

- sender ut informasjon ved oppdatering av løsning til aktører i forkant av oppgradering.

### Regional TMS og digitale oppfølgere i kommunene:

- informerer pasienter

### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

## 3

## TESTE NYE LØSNINGER



## MÅL

- Nye løsninger som tas i bruk oppfyller virksomhetens forventninger og krav og at de fungerer som tiltenkt for brukeren

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Definer *hvem* som skal ha ansvaret for å gjennomføre testing av ny teknologi og funksjonalitet. Involver ressurser med ulik bakgrunn (helse, IT/Teknisk, systemforvaltere).
- Sørg for at all dokumentasjon blir levert fra leverandør innen avtalt frist (løsningsbeskrivelser, funksjonelle krav, testscript osv.).
- Utarbeid rutine og ansvar for hvem som skal følge opp leverandør vedrørende utbedringer og feilrettinger.
- Definer tidshorisonten for testing før det settes i produksjon. Konsekvenser ved feil kan bli mye større i virkeligheten enn i et testmiljø. Opprett gjerne et testmiljø.
- Test at all funksjonalitet som har blitt forespeilet faktisk er der. Påse at gamle funksjoner fremdeles fungerer i tillegg til de nye. Gjennomfør også test av ytelse og stabilitet. Ny løsning må fungere som forventet i drift.
- Vurder omfang av test basert på hvor omfattende endringene er.
- Vurder om ny løsning stiller nye krav til infrastruktur, personvern og informasjonssikkerhet.
- Etterstrebe at testing foregår i reelle settinger. Testing foretas helst av personer som skal bruke teknologien i daglig drift.
- Dokumenter resultatene fra testen. Uavhengig om løsningen er i skyen eller lokalt («on-prem»).

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Involver ressurser med ulike bakgrunn i testingen; sluttbrukere, systemadministratorer og driftspersonell. Den som har ansvaret for avtaleoppfølging med leverandør(ene) bør også involveres i dette arbeidet.
- Ved testing av ny teknologi før implementering av f.eks. sykesignalanlegg eller teknologi med større kompleksitet, bør kommunen samarbeide tett med leverandør slik at det skapes en forståelse for hvordan teknologien skal fungere i praksis i tjenestene.
- De som skal være med på testingen må i forkant ha gjort seg godt kjent med hva som skal testes.
- Enkel praktisk testing kan bidra til å bygge god kjennskap til hvordan teknologien fungerer i praksis. Sørg derfor for å dokumentere godt under testingen, og bruk disse erfaringene i utarbeidelsen av for eksempel informasjonsskriv, hjelpeskjema ved installering, brukermanualer og i opplæring av ansatte og brukere.
- Omfanget av testen må tilpasses til hvor omfattende endringene er. Ikke bruk unødvendig mye tid og ressurser dersom det er en liten endring.
- Å teste stabiliteten kan være vanskelig innenfor et kort tidsintervall. Følg dette opp i ettertid.
- Det er mange ting som kan være vanskelig å finne ut av i testsituasjon før driftssetting. Derfor er det lurt med evalueringer i drift.





## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Teste nye løsninger*

- Definert hvem som skal være med i testing av nye løsninger.
- Etablert rutiner og ansvar for å følge opp leverandør, både i forkant og etterkant av testing.
- Utarbeidet kriterier for testing av stabilitet og funksjonalitet.
- Utarbeidet script og andre rutiner for gjennomføring av selve testingen.
- Krav til informasjonssikkerhet ivaretas.
- Etablert rutiner for dokumentere resultater fra testingen.
- Resultater blir kommunisert til interessenter.



- [Anskaffelser.no: Test og godkjenning av leveranse](#)
- [Normens faktaark 43: Testing og testdata](#)
- [Kvikkguide til anskaffelser av velferdsteknologi \(side 14\)](#)



## Teste nye løsninger

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:

### Leverandør:

- har eget testrutine for nye funksjoner i løsningen og avtaler test med Helseteknologisekretariatet eller den enkelte kommune etter avtale

### Helseteknologisekretariat:

- Vil ha ansvar for å vurdere behov for nye løsninger i samarbeid med alle aktører
- Innføring av helseteknologi skje i et samarbeid for å sikre gode innføringsløp ihht bestilling 1 modell\*

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

\* Bestilling 1 kommune innebærer at kommunen i samarbeid med Helseteknologisekretariat/ Innføringsprosjekt 2.0 utarbeider og/eller utfører:

Teknisk testing, utarbeidelse av tjenesteforløp, rutiner, gevinstplan, informasjonsskriv, ROS- analyse, DPIA og brukerveiledninger, samt bistår med å identifisere oppgavedeling ut fra Helhetlig tjenestemodell og bistår med utarbeidelse av innføringsmodell for kommunene

## 4

## OPPDATERE TEKNISK DOKUMENTASJON



## MÅL

- Nyeste tekniske dokumentasjon er tilgjengelig ved behov.
- Oppdaterte versjoner finnes i kommunens kvalitetssystem.

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Etabler rutiner for gjennomgang av teknisk dokumentasjon ved nye versjoner.
- Ha en ansvarlig som sørger for at dokumenter er oppdatert og i henhold til standarder.
- Teknisk dokumentasjon bør omfatte:
  - Krav til strømforsyning, nettverk og annen infrastruktur
  - Skisse over informasjons- og applikasjonsarkitektur
  - Brukermanualer
  - Tjenestenivåavtale (SLA – (Service Level agreement))
  - Dokumentasjon av integrasjoner og APIer
- Hold alle dokumenter er samlet på ett sted slik at det er enklere å holde kontroll på ulike versjoner. Marker dokumenter med versjonsnummer og dato. Etterstreb å gjøre all teknisk dokumentasjon heldigital, og på den måten unngå utdaterte versjoner på ulike steder.
- Jevnlig dialog med leverandør for å sikre et dere har siste versjoner av tekniske spesifikasjoner.
- Dokumenter fra anskaffelsen (kravspesifikasjoner, løsningsbeskrivelser og teknisk dokumentasjon) må gjøres tilgjengelig og brukes aktivt for å sikre funksjonalitet og følge opp avtalen med leverandør.
- Se teknisk dokumentasjon i sammenheng med beredskapsplaner, opplæringsplaner og andre relevante dokumenter.

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Hvis leverandør har ansvar for å vedlikeholde deler av den tekniske dokumentasjonen: Etterspør oppdatert teknisk dokumentasjon og eventuelt veiledningsmateriale fra leverandør. Spesielt ved vesentlige endringer i funksjonalitet og bruksmåte på eksisterende system og enheter, eller ved nyanskaffelser.
- Teknisk dokumentasjon og ROS-analyser fra leverandør er viktig for å utarbeide gode analyser og dokumenter internt.
- Husk at enkelte typer teknologi oppdaterer seg hele tiden. Eksempelvis en monteringsanvisning kan være utdatert allerede i løpet av et år.
- Husk å ta vare på all underliggende dokumentasjon når ROS-analyser gjennomføres. Dette er viktig ved oppdatering slik at man vet hva som ligger til grunn for vurderinger som er gjort tidligere. Det kan spare mye tid.
- Få med all dokumentasjon fra prosjekt over i drift.
- Sørg for at dokumentasjonen er lett tilgjengelig og ikke blir personavhengig.
- Ved å ha alt liggende i et «mastersystem» og dele alt derfra slipper man å ha utdaterte versjoner som «flyter rundt».



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Oppdatere teknisk dokumentasjon*

- Definert roller og ansvar for oppdatering av dokumentasjon
- Fastsatt rutiner for at dokumentasjon blir oppdatert og vedlikeholdt.
- Siste versjoner av dokumenter er tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem.
- Rutiner, veiledningsmateriale, opplæringsmateriale osv. er tilpasset oppdatert teknisk dokumentasjon



## Oppdatere teknisk dokumentasjon

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:

### Leverandør:

- står for teknisk informasjon.

### Helseteknologisekretariat

- Sikrer leverandørdialog og avtaleforvaltning knyttet til teknisk dokumentasjon

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

# Anskaffelser og avtaleforvaltning

1

Gjennomføre anskaffelser og avrop på avtaler

2

Forvalte og følge opp avtaler



## 1

# GJENNOMFØRE ANSKAFFELSER OG AVROP PÅ AVTALER



## MÅL

- Gjennomføre nyanskaffelser ved behov
- Gjennomføre avrop på eksisterende kontrakter ved behov

## OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Ha oversikt over sentrale føringer kommunen har for anskaffelser, eksempelvis overordnet anskaffelsesstrategi og etiske retningslinjer.
- Undersøk gjerne erfaringer andre kommuner har hatt med anskaffelser av velferdsteknologi.
- Planlegg anskaffelsen – etabler et tverrfaglig anskaffelsesteam og velg en anskaffelsesstrategi og -prosedyre. Vurder om felles anskaffelse med andre kommuner kan være fordelaktig.
- Utarbeid konkurransegrunnlag og avklar ev. avropsmetode
  - Bruk gjerne [Kvikk-guide for anskaffelser av velferdsteknologi](#) som støtte.
- Gjennomfør selve anskaffelsen i henhold til valgt prosedyre.
- Utarbeid plan for implementering. Sikre at alle parter har forstått frister, roller og ansvar og at implementeringsplanen er realistisk sett på mot tjenestens behov for testing, både opplæring og kapasitet i tjenesten til gjennomføring.
- Definer forvaltningsansvar for avtalen med tydelig rolle- og ansvarsfordeling og rutiner for oppfølging og evaluering av leveransene og valgt leverandør.
- Planlegg og gjennomfør avrop – ha jevnlig dialog med leverandør om planlagte avrop for å sikre at utstyr og teknologi kan leveres.
- Ha etablere rutiner og en godt kjent struktur for å melde fra om avvik

## TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Involver IT underveis i hele anskaffelsen. IT er sentral kravstiller til arkitektur, standarder og infrastruktur.
- Vær tydelig på hvilket ansvar kommunen skal ta for telefoni, nettverk og strøm, og hva som er leverandørens ansvar. Dette bør nedfelles tydelig i kontrakt.
- Involver implementeringsansvarlig fra tjenesten i anskaffelsesteamet. Dette er den personen i kommunen som skal være prosjektleder under implementeringen. Uten implementeringsansvarlig tilstede underveis i anskaffelsen, vil mye informasjon og læring gå tapt.
- Still krav til godkjenningskriterier/akseptansetest i kontrakten.
- Ved godkjenningsprøver er det viktig å teste at det er sammenheng mellom behov, krav og testen som gjennomføres. Sett av nok ressurser og sikre at alt praktisk for godkjenningsprøven er på plass før oppstart. Sikre at løsningen fyller kravene før implementering kan starte. Å implementere løsninger som ikke testet tilstrekkelig kan skape unødvendig støy og frustrasjon i tjenesten og hos brukere.
- Husk overleveringsprotokoll med informasjon om hva som er anskaffet og signert, utestående aktiviteter, detaljer om forvaltningsansvar- og rutiner og gevinstrealiseringsplan.



## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Gjennomføre anskaffelser og avrop på avtaler*

- Etablert tverrfaglig anskaffelsesteam
- Innbygger- og tjenestebehov er avklart
- Det er laget plan med tydelige roller og ansvar for implementering
- Forvaltningsansvaret er definert
- Prosedyrer for avrop eller ny anskaffelse er fulgt
- Kontrakten har en eier i linjen
- Det er gjennomført akseptansetest
- Det er etablert rutiner for samarbeid og løpende dialog med leverandøren.



- [Stavanger kommune: Eksempel på innovasjonspartnerskap](#)
- [Trondheim kommune: Eksempel på anskaffelse med forhandling](#)
- [Kristiansand kommune: Eksempel på fellesanskaffelse](#)
- [Prosjektside – eHelse Agder](#)
- [Lindås kommune: Eksempel på felles innovativ anskaffelse \(video\)](#)





## Gjennomføre anskaffelser og avrop på avtaler

### Ansvarlig for oppgave

Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:

### Helseteknologisekretariat:

- Ansvar for avtaler på regionalt nivå i samarbeid med OFA og andre aktuelle aktører

### Hver enkelt kommune:

- Ansvar for egne avtaler mot leverandør/underleverandør om aktuelle tekniske løsninger

### Sykehuset:

- har egne anskaffelser og avrop

### Viktige avklaringer og spørsmål

Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

## 2 FORVALTE OG FØLGE OPP AVTALER



### MÅL

- Etablere tydelig eierskap, organisering og prosess for avtaleforvaltning
- Gjennomføre oppfølging, styring, avviks- og endringshåndtering av kontrakt

### OPPGAVER SOM MÅ GJØRES:

- Avklar roller og ansvar for avtaleforvaltning ut fra kompetanse, samarbeidsparter og kompleksitet i anskaffelsen. Store og komplekse anskaffelser krever ofte mer kompetanse og flere ansvarsroller.
- Definer en avtaleeier med budsjettansvar som kan godkjenne opsjoner og endringsordre.
- Avklar hvem som eier avtalen og hvem som har ansvar for den daglige oppfølgingen, inkludert support og dialog med enhetene i kommunen.
- Ved anskaffelser gjennom interkommunale samarbeid bør det etableres en samarbeidsavtale for hvordan avtalen skal forvaltes.
- Avklar hvem som skal ha myndighet til å gjennomføre bestillinger.
- Etabler rutiner for faste møter med leverandør:
  - Ta opp utviklingsplaner, fremdrift, avvik og punkter til forbedring.
  - Involver relevante personer i disse møtene – personell fra både helse, IT og teknisk.
- Gi leverandørene forståelse av kommunens behov for løsninger. En forutsetning for dette er godt kartleggingsarbeid.
- Bruk innsikten fra kartleggingsarbeidet til å gjennomføre nye avrop.
- Bli kjent med nye teknologier og funksjonaliteter fra leverandør, og se dette i sammenheng med kommunens behov

### TIPS TIL ORGANISERING OG GJENNOMFØRING

- Involver personer med anskaffelsesfaglig kompetanse i kommunen.
- Dersom kommunen din har lite erfaringer med anskaffelser, hente gjerne erfaringer fra andre kommuner og vurder ev. samarbeid.
- Tydelig avklaring over hvem som gjør hvilke oppgaver er viktig. Hvem skal stille på kundemøter med leverandør? Hvem sikrer at forvaltningsrutinene oppdateres? Hvem skal innhente og oppsummere erfaringer fra brukerne og tjenesten, og formidle dette tilbake til leverandør?
- Pass på at det utarbeides formaliserte statusrapporter og referater fra møter med leverandør.
- Pass på at kontrakten evalueres i henhold til avtalte måleparametere. Avdekk om kontraktens formål er oppfylt, avtalte resultater er nådd, kostnadsutvikling, kvalitet på produktene og om produktene leveres til avtalt tid.
- Dersom anskaffelser gjøres sammen med andre kommuner, bør årlig oppfølgingsmøter kommunene imellom legges inn i avtalen mellom kommunene.
- Se mer generell informasjon om kontraktsoppfølging her: [Anskaffelser.no](https://anskaffelser.no) – [Kontraktsoppfølging](#)

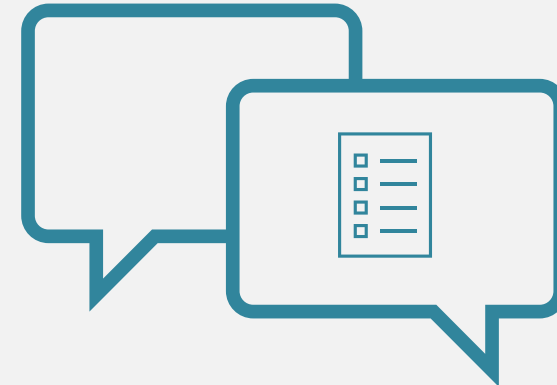


## SJEKKLISTE FOR OPPGAVEN: *Forvalte og følge opp avtaler*

- Eierskap, organisering og prosess for avtaleforvaltning følges opp.
- Etablert faste møtepunkter internt og med leverandør.
- Etablert rutiner for å melde avvik knyttet til det som inngår i avtalen.
- Kontrakten evalueres i henhold til avtalte måleparametere.
- Det jobbes med evaluering og videreutvikling av forvaltningsrutiner for avtaler og kontrakter.
- Definert rutiner for gjennomføring av nye avrop.



- [Anskaffelser.no: Kontraktsoppfølging](#)
- [Kvikkguide til anskaffelser](#)



## Forvalte og følge opp avtaler

### Ansvarlig for oppgave

*Skriv inn ansvarlig DHO kontakt/tekniker:*

### Helseteknologisekretariat:

- Ansvar for overordnet oppfølging og forvaltning av avtaler på regionalt nivå

### Hver enkelt kommune:

- Ansvar for egne avtaler mot leverandør/underleverandør om aktuelle tekniske løsninger

### Sykehuset:

- forvalter og følger opp egen avtale

### Viktige avklaringer og spørsmål

*Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:*

# Rutine om forvaltning og logistikk av medisinsk utstyr mellom SSHF og kommuner i Agder

## 1 Bakgrunn

Rutine for logistikk av utstyr fra behandlingshjelpemidler (BHM) for bruk innen digital hjemmeoppfølging (DHO).

### 1.1 Forkortelser/begrep

- Enhet for behandlingshjelpemidler SSHF (BHM) er en enhet under medisinsk teknologisk seksjon. Primær oppgave er drift, forvaltning og logistikk av medisinsk utstyr og forbruksmateriell til pasienter i Agder. Forutsetning er at behandling er startet opp i spesialisthelsetjeneste og at det foregår i hjemmet. Ca. 18 000 pasienter
- Medisinsk utstyr: Utstyr som brukes til behandling av pasienter og dermed må håndteres iht. myndighetskrav. I gjeldende avtale er det blodtrykksapparat med mansjett og pulsoksymeter
- SSHF: Sørlandet sykehus helseforetak
- Enhet for oppfølging: Et samlebegrep for personell som følger opp pasient/utstyr i kommunene
- FVD-system. FVD står for forvaltning, vedlikehold og drift. FVD-systemet som brukes av BHM er Medusa.
- DHO: Digital hjemmeoppfølging

### 1.2 Avgrensninger

- Avtalen omfatter utstyr som eies av SSHF og leies ut til kommuner i Agder
- Lisenser fra teknologileverandør omfattes ikke av avtalen

## 2 Anskaffelse

### 2.1 Innkjøp

Enhet for behandlingshjelpemidler SSHF (BHM) anskaffer aktuelt medisinsk utstyr.

## 3 Myndighetskrav iht. medisinsk utstyr

Det stilles særegne krav til medisinsk utstyr, og dermed også medisinsk utstyr som benyttes i hjemmebehandling. Utstyret må tilfredsstillere kravene som følger av lov om medisinsk utstyr, herunder håndteringsforskriften. Håndtering omfatter anskaffelse, opplæring, plassering/tilkobling, bruk, vedlikehold/reparasjoner, oppbevaring/lagring, kassasjon av medisinsk utstyr og meldeplikt.

Vedlikehold av medisinsk utstyr skal være planlagt, systematisert og basert på utstyrets anvisninger og en vurdering av risiko, slik at utstyret til enhver tid er sikkert og kan brukes uten fare.

Utført vedlikehold, endringer og reparasjoner av medisinsk utstyr skal dokumenteres. Forskrift om elektroforetak mv. regulerer hvilke faglige kvalifikasjoner som er nødvendige for å kunne foreta reparasjoner, endringer og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr og annet elektrisk utstyr.

### 3.1 Mottakskontroll

BHM registrerer anskaffet utstyr i Medusa og tildeler apparatet unikt utstyrnummer. Utstyret merkes med SSHF-nr (koblet til serienummer) slik at det kan spores. Utstyr kontrolleres og funksjonstestes før utlån.

### 3.2 Planlagt vedlikehold

Produsentens anbefaling i forhold til periodisk vedlikehold vektlegges og eventuelle avvik fra dette blir dokumentert etter gjeldende SSHF prosedyre. Varsel om planlagt vedlikehold eller periodisk kontroll vil etableres i FDV-system. Verken blodtryksapparat eller pulsoksymeter har iht. produsent krav om periodisk vedlikehold. Likevel anses det som viktig at eier at utstyret sikrer at utstyr virker som tiltenkt. Intervall for periodisk vedlikehold settes derfor til 3 år.

### 3.3 Utlån

Enhet for oppfølging sender dialogmelding til «Sørlandet sykehus HF – Behandlingshjelpemidler, Dialog» for å rekvirere utstyr til hjemmeoppfølging. Det oppgis i dialogmelding om utstyr skal sendes via post, bringes til dropp-punkt (sett inn avtalt dropp-punkt i dialogmelding) eller hentes på BHM. Utstyr registreres som utlånt på pasient i Medusa.

### 3.4 Retur og resirkulering

Ved avsluttet behandling tar enhet for oppfølging kontakt med BHM for å avtale tilbakeleveringsmetode: Via egne transportruter, post eller direkte levering. Savnet utstyr meldes til BHM. Ved kjent smitte hos pasient skal opplysning om aktuell smitte følge utstyret. Utstyret pakkes og merkes forsvarlig i forhold til dette.

Ved behov for påfyll av utstyr sender enhet for oppfølging bestilling på e-post [hme@sshf.no](mailto:hme@sshf.no) eller tar kontakt på tlf. 38 07 30 10

### 3.5 Reparasjoner

Ved feil eller mistanke om feil tas det kontakt med BHM. BHM håndterer eventuelle garantisaker mot leverandør. Ved reparasjoner utover garantitiden vurderes dette i hvert enkelt tilfelle opp mot kassasjon.

### 3.6 Kassasjon

Utstyr som skal tas «ut av bruk for kassasjon», sendes til BHM. BHM kasserer utstyr iht. gjeldende miljøkrav og dokumenterer kassasjon i FDV-systemet. Utstyr som har hatt status savnet i 12 mnd. kasseres.

### 3.7 Rapportering

BHM kan på forespørsel rapportere på aktivitet knyttet til utstyrspark og tilbudte tjenester.

## 4 Rådgiving

### 4.1 Teknisk support

Teknisk support mot pasient ivaretas av enhet for oppfølging. BHM kan ved behov bidra med teknisk support til kommunen, samt bistå enhet for oppfølging med veiledning vedrørende enkelthendelser.

### 4.2 Veiledning ved avvik

Hendelser som har ført/kunne ført til skade på pasient eller personell der medisinsk utstyr har vært involvert, skal meldes Direktoratet for Medisinske Produkter (DMP) som er tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr. Virksomheten som er ansvarlig for behandlingen, melder saken til BHM som er registrert som eier av utstyret. BHM melder skade tilknyttet utstyr til DMP via kvalitetsportalen til SSHF.

## 5 Økonomi

Pris på tjenester knyttet til håndtering av medisinsk utstyr gjenspeiler reelle kostnader.

### 5.1 Beregningsgrunnlag:

#### 5.1.1 Generell administrasjon

- Registrere pasient i FDV-system
- Håndtere kommunikasjon rundt pasient og utstyr
- Bestille utstyr fra leverandør
- Håndtere transport tur/retur av utstyr

#### 5.1.2 Mottakskontroll:

- For alle apparater: Registrere i FVD-system-
- BT-apparat må sjekkes mot trykktestutstyr.
- SpO2-meter sjekkes på egen finger

#### 5.1.3 Resirkulering (retur utstyr, vaske, kontrollerer og utlevere):

- Håndtere retur av utstyr
- Vaske og desinfisere utstyr.
- Kvalitetskontroll av utstyr.
- Pakke utstyr som nytt.

#### 5.1.4 Kassasjon

Ta ut utstyr av FDV-system, ta vekk sporing og sørge for korrekt avfallshåndtering iht. myndighetskrav.

#### 5.1.5 Kostnader innkjøp/tjenester

<b>Innkjøp pulsoksymeter:</b>	3465
<b>Innkjøp blodtrykksapparat:</b>	1029
<b>Innkjøp mansjett/batteri resirkulert:</b>	340
<b>Rengjøring/desinfeksjon resirkulert:</b>	30
<b>Timepris:</b>	600
<b>Porto:</b>	39

Modellen tar utgangspunkt i snittpris for nytt/resirkulert utstyr. Forutsetter levetid for utstyr på 5 år og beregnet tid til 0,5 time pr. utstyr. Dette gir en årlig kostnad på kr 1100 pr. utstyr (både blodtrykk og pulsoksymeter med blåtann tilkobling).

Dersom kommunene har behov for å erstatte kun ett type utstyr er årlig kostnad på kr 800 for pulsoksymeter og kr 300,- for blodtrykksapparat.

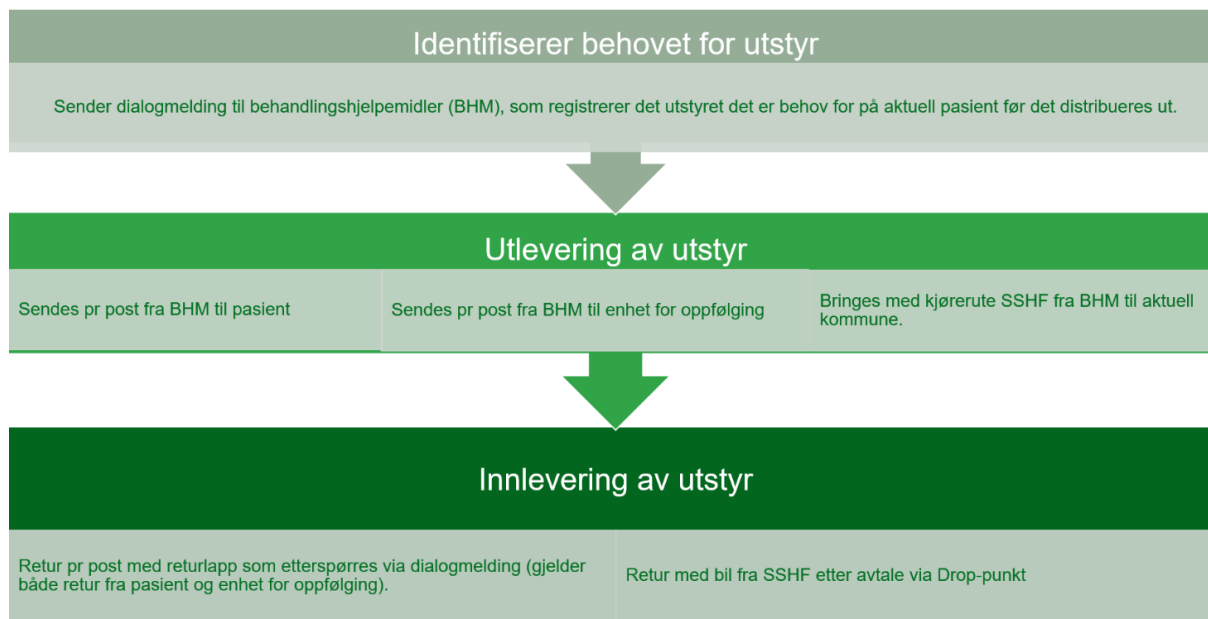
Ved behov for tilleggsutstyr (eksempel; digital vekt), må dette avtales særskilt med BHM.

Ved prisendring i markedet, kan vi i denne avtalen ha en prisøkning inntil 3-5% uten en ny avtale. Dette avtales spesifikt i den enkelte samarbeidsavtale.

### 5.1.6 Fakturering

Kommuner mottar årlig faktura fra SSHF for utlånte enheter, som faktureres innen oktober. Dette avtales ytterligere i egen samarbeidsavtale som må signeres av begge parter. Samarbeidsavtale ligger som vedlegg 1.

## 6 Arbeidsflyt rutine



Rutiner for kommunikasjon mellom SSHF og kommuner i vedlegg 2, 3 og 4.

## 7 Vedlegg

### 7.1 Vedlegg 1; Samarbeidsavtale SSHF og samarbeidskommune

**Samarbeidsavtale om utleie av medisinsk utstyr for bruk til digital hjemmeoppfølging i kommuner i Agder.**



## Avtalen er mellom

Sørlandet sykehus HF og .....kommune (samarbeidskommune)

Samarbeidsavtalen omhandler bruk av "rutine om forvaltning og logistikk av medisinsk utstyr mellom SSHF og kommuner i Agder".

## Praktisk gjennomføring

Medisinsk teknisk utstyr (f.eks. blodtrykksmåler og oksygenmetningsmåler mm.) kan leies fra behandlingshjelpemidler (BHM) ved Sørlandet sykehus. Ta kontakt med enhetsleder behandlingshjelpemidler SSHF; Kamilla Albrigtsen, [kamilla.albrigtsen@sshf.no](mailto:kamilla.albrigtsen@sshf.no) ev. fellespost [hme@sshf.no](mailto:hme@sshf.no) eller telefon 38 07 30 10.

## Økonomi

Pris på tjenester knyttet til håndtering av medisinsk utstyr gjenspeiler reelle kostnader, herunder pasientadministrasjon, mottakskontroll, resirkulering og funksjonstesting av medisinsk utstyr. Årlig kostnad pr. sammensatt utstyr (blodtrykkapparat og pulsoksymeter med blåtann tilkobling) er på 1100 kr. Ved behov for å erstatte kun ett type utstyr er årlig kostnad på kr 800,- for pulsoksymeter og kr 300,- for blodtrykksapparat.

Ved behov for tilleggsutstyr (eksempel; digital vekt), må dette avtales særskilt med BHM.

## Kostnadsjusteringer

Dersom det i avtaleperioden inntreffer endrede leveranse- eller lønnsbetingelser som medfører kostnadsøkninger i samarbeidsavtalen, samtykker samarbeidskommunen til en økning av kostnadene med inntil 5% av dagens kostnadsnivå per utstyr.

Kommuner mottar årlig faktura fra SSHF for utlånte enheter, som faktureres innen oktober.

## Avtalens varighet

Avtalens varighet er 31.12.2026 med mulighet for automatisk forlengelse med 3 måneder av gangen og inntil senest 31.12.2027. Hvis det oppstår vesentlige endringer i grunnlaget for avtalen, kan avtalen kreves reforhandlet med 3 måneders varsel.

## Oppsigelse

Oppsigelse av avtalen må skje skriftlig og med 3 måneders varsel.

Signatur SSHF:  
\_\_\_\_\_ kommune

Signatur samarbeids kommune:

Navn \_\_\_\_\_  
(Elektronisk signatur)

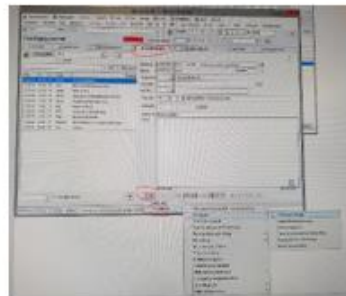
Navn \_\_\_\_\_  
(Elektronisk signatur)

## 7.2 Vedlegg 2; rutiner e-melding fra CosDoc

Hvordan sende e-melding til enhet for behandlingshjelpemidler SSHF fra journalsystemet CosDoc

	<b>CosDoc - Hvordan sende e-melding til enhet for behandlingshjelpemidler SSHF i.f.t utstyr</b>	08.09.2022 Revisjon: 1.0 Side: 1 av 2
---	---	---

- Gå i fane 4 i innbyggerenes/ pasientens journal.
- Sett musepeker nede på knappen det står E-meld.på og høyreklikk.
- Velg «Ny melding» og type melding («Forespørsel Helseopplysninger» er testet mot avdelingen Behandlingshjelpemidler SSHF og det fungerer).



- Legg inn hvilken tjeneste du sender e-melding fra- eks. sykepleiertjenesten.
- Trykk «SØK» lengst til høyre hvor det skal legges inn mottaker



Det er 2 ulike måter å søke opp mottaker:

### Søke opp mottaker uten å ha kode for mottaker:

- Endre til NHN i adressebokfeltet til høyre.
- Legg inn navn på den du skal søke opp i feltet bak «Fulltekst» «Behandlingshjelpemidler».
- Trykk «søk» og marker rett mottaker om ikke det er Behandlingshjelpemidler SSHF som kommer opp markert øverst.
- Trykk kopier for at du vil ha den mottakeren du har fått opp i søket.
- Trykk «Lagre»





## CosDoc - Hvordan sende e-melding til enhet for behandlingshjelpemidler SSHF i.f.t utstyr

08.09.2022  
Revisjon: 1.0  
Side: 2 av 2

### Søke opp mottaker med kode

- Skriv kode 53UA000000 (6 nuller til slutt) i feltet kode oppe til venstre

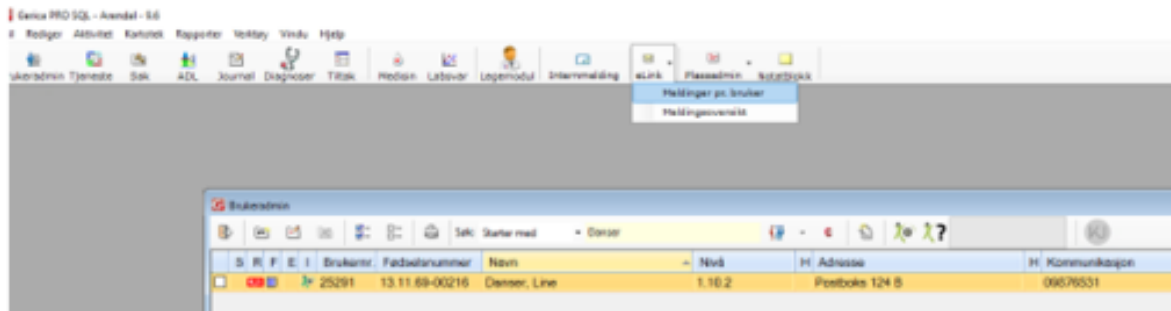
- Du kommer da inn i bildet nedenfor og kan skrive selve e-meldingen om hva henvendelsen gjelder og trykke send når du er ferdig
- Anbefalt tekst i dialogmelding/e-melding:  
*Ønsker pulsoksymeter til digital hjemmeoppfølging i XX kommune etter avtale.*

### 7.3 Vedlegg 3; rutiner e-melding fra Gerica

Hvordan sende e-melding til enhet for behandlingshjelpemidler SSHF fra journalsystemet Gerica

#### E-meldinger i Gerica - sende melding til Behandlingshjelpemidler (Forespørsel)

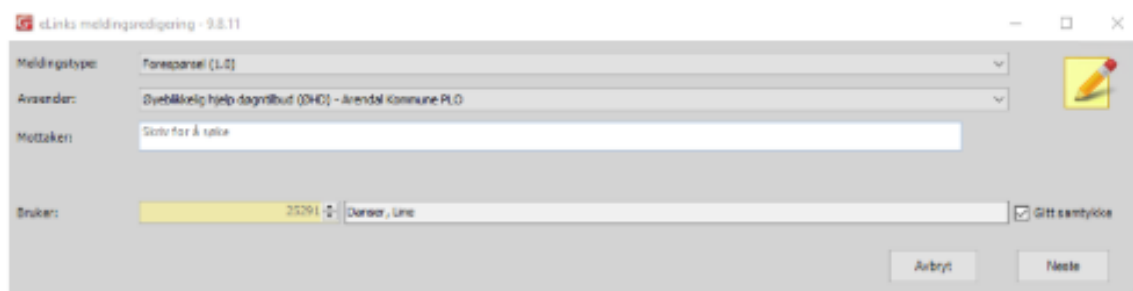
>Start med å markere aktuell bruker i brukerlista og trykk på «eLink» og «Meldinger pr. bruker»



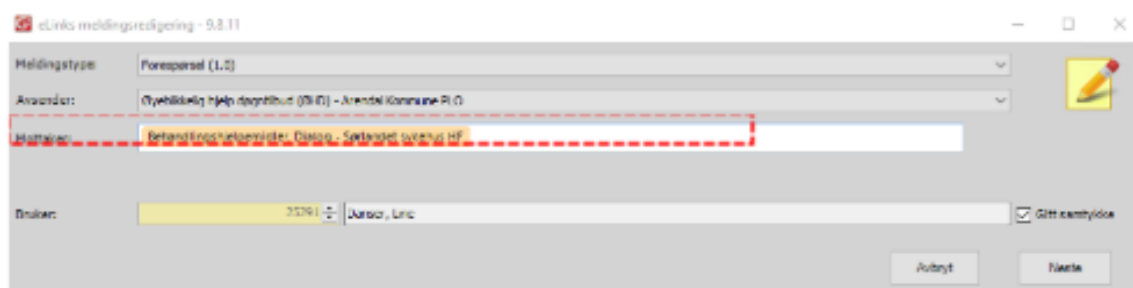
>Trykk på «Ny melding»



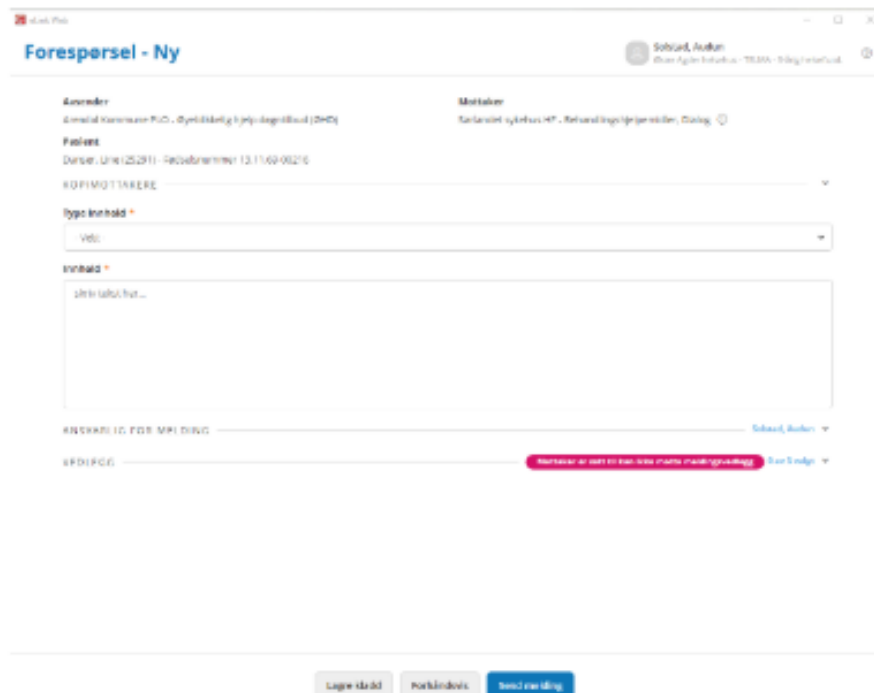
>Velg meldingstypen «Forespørsel (1.0)» og trykk på «Neste»



>I mottaker-feltet søker du opp Behandlingshjelpemidler og trykk på «Neste»



>Du får nå opp meldingstypen i «eLink Web» som er det nye brukergrensnettet:



**Forespørsel - Ny**

**Avsender**  
Klinisk Kjemisk PUC - Øyeblikkelig hjelp/dagtilbud (ØHD)

**Mottaker**  
Sørlandet sykehus HF - Behandlingsoperasjon, Døgn

**Pasient**  
Dansen, Line (2011) - Pasientnummer: 13.11.69.00216

KOPIMOTTAKERE

**Type innhold \***  
Ved

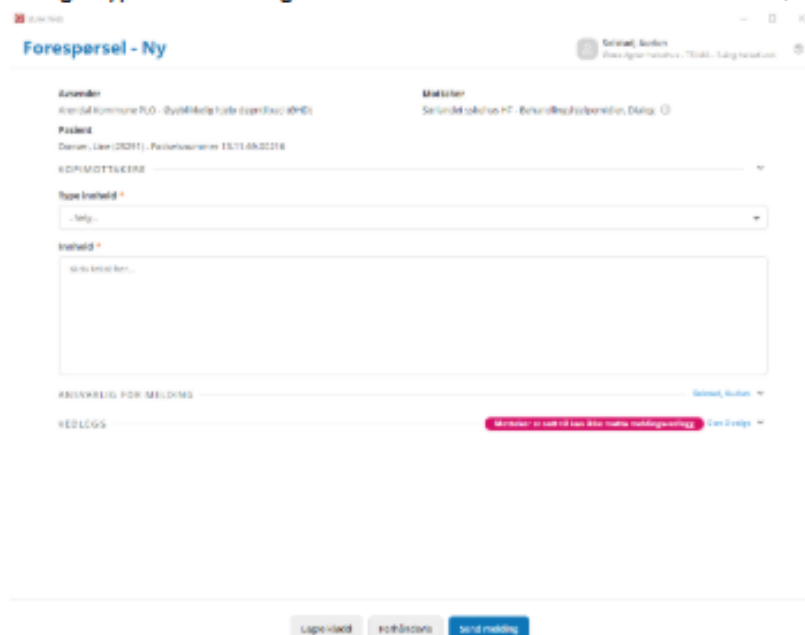
**Innhold \***  
Jeg er syk/har...

ANSVARLIG FOR MELDING Sjefest, Audun

VEDLEGG Nærkontakt av søtt tilfall kan være smitteoverføring [Lær å velge](#)

Lagre kladd Forhåndsvis **Send melding**

>Velg «Type innhold»: og «annen henvendelse». Skriv inn teksten du ønsker i Innholdsboksen:



**Forespørsel - Ny**

**Avsender**  
Klinisk Kjemisk PUC - Øyeblikkelig hjelp/dagtilbud (ØHD)

**Mottaker**  
Sørlandet sykehus HF - Behandlingsoperasjon, Døgn

**Pasient**  
Dansen, Line (2011) - Pasientnummer: 13.11.69.00216

KOPIMOTTAKERE

**Type innhold \***  
Annen henvendelse

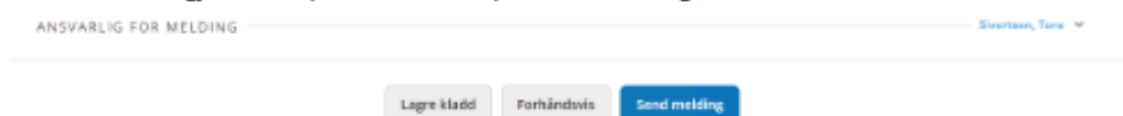
**Innhold \***

ANSVARLIG FOR MELDING Sjefest, Audun

VEDLEGG Nærkontakt av søtt tilfall kan være smitteoverføring [Lær å velge](#)

Lagre kladd Forhåndsvis **Send melding**

Når du har sett gjennom trykker du til slutt på «Send melding»



ANSVARLIG FOR MELDING Sjefest, Audun


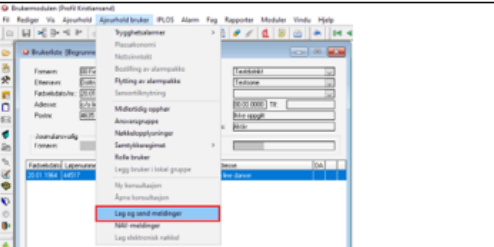
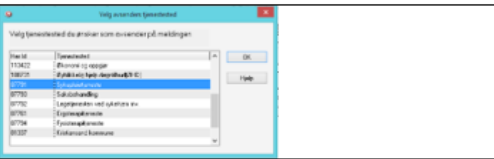
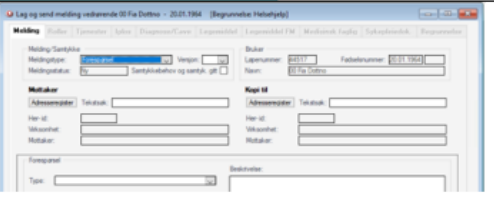
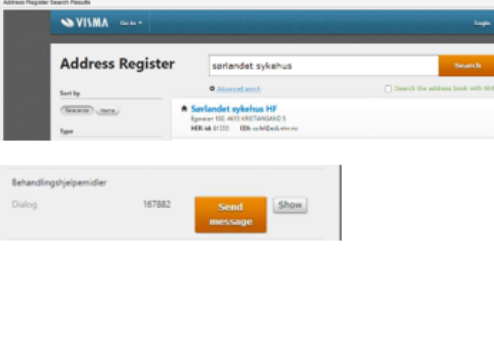
VEDLEGG Nærkontakt av søtt tilfall kan være smitteoverføring [Lær å velge](#)

Lagre kladd Forhåndsvis **Send melding**

## 7.4 Vedlegg 4; rutiner e-melding fra Visma Profil

Hvordan sende e-melding til enhet for behandlingshjelpemidler SSHF fra journalsystemet Visma Profil

Hvordan sende elektronisk melding fra journalsystemet Profil til Enhet for behandlingshjelpemidler SSHF:

<p>Søk opp bruker slik at den er markert Klikk på ikonet <b>Lag og send meldinger</b></p>  <p>Eller <b>Ajourhold bruker &gt; Lag og send meldinger</b></p>	
<p>Velg tjenestested (oftest <b>Saksbehandling</b>) Klikk <b>OK</b></p>	
<p><b>Meldingstype:</b> Velg: <b>Forespørsel</b></p>	
<p><b>Velge mottaker:</b> Klikk på knappen <b>Adresseregister</b></p> <p>Skriv inn i søkefeltet: <b>Sørlandet sykehus</b></p> <p>Klikk på <b>Sørlandet sykehus</b> Velg <b>Behandlingshjelpemidler</b> &gt; Klikk på <b>Velg/Send message</b> (orange knapp)</p>	

Fyll ut feltene:  
**Type:** Velg fra nedtrekksmeny  
**Rolle til bruker/Profesjon**  
**Beskrivelse:** Skriv inn det som er aktuelt. Husk å skrive ditt navn, arbeidssted og telefonnummer til arbeidsstedet. (se høyre side)  
Sjekk hvordan meldingen ser ut ved å trykke **Vis melding**. Velg så **Skjul melding** for evt. å rette/tilføye noe.  
**Lagre** og **Send melding** når meldingen er som den skal.

