

Samarbeidsprosjekt innen velferdsteknologi

Lillehammer kommune - Øyer kommune - Eidsiva Vekst AS



SAMMENDRAG AV **EVALUERINGSRAPPORT**

1.0 INNLEDNING

Evalueringsrapporten dokumenterer resultatene fra samarbeidsprosjektet innen velferdsteknologi mellom Lillehammer kommune, Øyer kommune og Eidsiva Vekst AS. Prosjektet hadde oppstart i mars 2014 og varte frem til 1. Juni 2015.

Hovedhensikten med prosjektet har vært å oppnå en læringseffekt som har signifikant verdi for den videre prosess med planlegging, anskaffelse og implementering av velferdsteknologi i kommunene.

Prosjektet var organisert med en styringsgruppe og en prosjektgruppe.

Styringsgruppens sammensetning:

Jan Tor Meren, Eidsiva Vekst AS (leder av styringsgruppen)
Elisabeth Krokeide, Eidsiva Vekst AS
Lillian Svensli, Lillehammer kommune
Eirik Haagensen, Lillehammer kommune

Deltakere i prosjektgruppen:

Lillian Svensli, Lillehammer kommune
Hanne Marie Kveen, Lillehammer kommune (2014)
Per-Rune Regstad, Øyer kommune
Harald Sande, Øyer kommune (januar-april 2015)
Christian Hoff, Øyer kommune (mars-juni 2015)
Ivar Grothe, Eidsiva Vekst AS (prosjektleder i 2015)
Stine Kvamme, Eidsiva Vekst AS (prosjektleder i 2014)

I tillegg har mange ansatte og brukere gitt gode bidrag i diskusjoner og vært sentrale i gjennomføring av pilotene. Prosjektgruppen ønsker å takke dem for verdifulle bidrag og utvist tålmodighet.

Prosjektet har lagt følgende definisjon av begrepet velferdsteknologi til grunn (NOU 2011:11) :

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

2.0 SAMMENDRAG

Prosjektet hadde som målsetting og identifisere, utvikle og pilotere velferdsteknologiske løsninger med utgangspunkt i kartlagte behov i de to kommunene. Bakgrunnen for prosjektet var å sette kommunene i stand til å møte utfordringer i fremtiden med tanke på demografisk utvikling og behov for bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og ressurser.

Hovedhensikten med prosjektet var å oppnå en læringseffekt som har signifikant verdi for den videre prosess med planlegging, anskaffelse og implementering av velferdsteknologiske løsninger i kommunene.

Sammendraget oppsummeres i disse 7 hovedpunktene:

1. Behovsanalysene
2. Erfaringer fra testpilotene
3. Nytteverdiene
4. Kostnadene
5. Risiko-og sårbarhetsanalysene
6. Veien videre
7. Viktige forutsetninger

2.1 Behovsanalysene (1)

Prosjektet valgte tidlig i arbeidet å legge vekt på at all bruk av velferdsteknologi skulle baseres på kartlagte behov.

2.1.1 Kartlegging forut for prosjektet

Med oppstart i 2013 ble det gjennomført en kartlegging i Lillehammer kommune av tre områder :

1. Natttjenesten

Kartleggingen viste at Lillehammer kommunes samla ressurser på natt ble utnyttet på en lite hensiktsmessig måte mellom kl 0100 og kl 0700. Den viste bl.a. i underkant av 40% utnyttelsesgrad av ressursene.

Ut fra denne kartleggingen ble det klart at for å sikre kvalitet i tjenesten på natt, måtte prosjektet se på alternative måter å drive tilsyn på. Kartleggingen avdekket svakheter ved planlagte tilsyn. Ansatte hadde ingen oversikt over hva som skjedde hos pasientene i tiden mellom tilsyn, og dersom det oppsto uro eller akutt sykdom i avdelinger var det vanskelig for nattevakter ved andre avdelinger å bistå.

2. Hjemmetjenesten

Ansatte i hjemmetjenesten brukte tid på å svare på trygghetsalarmer selv om de var opptatt med andre pasienter. Mye ressurser gikk også med på håndtering av trygghetsalarmene. Kartleggingen avdekket behov for å se på andre alternative måter å løse denne oppgaven på.

3. Ansattes behov ved institusjoner

Her avdekket kartleggingen et stort behov for en bedre og mer hensiktsmessig ivaretagelse av ansattes sikkerhet i tjenesten. Flere bo- og servicesentre har en nattevakt som skal ivareta pasienter både i bokollektiv og i tilknyttede leiligheter, noe som medfører perioder i løpet av natten der pasienter i bokollektivene blir uten tilsyn. Kartleggingen avdekket tydelig behov for forbedring av alarmsystemer for ansatte. Enkelte avdelinger har utagerende pasienter og ansatte har liten mulighet til å tilkalle bistand.

Ut fra denne kartleggingen ble det utarbeidet et forslag til løsning ved å etablere en "Helsevakt". (Se kapittel 3) Dette er tatt med her som et eksempel på hvordan et velferdsteknologisk responscenter kan gi synergieffekter og bidra til ressursbesparelser og bedret tjenestekvalitet.

2.1.2 Behovsanalyse for kommunene i 5-års perspektiv

Prosjektet valgte å se nærmere på fremtidsperspektivet og analysere konkrete behov 5 år frem i tid for hver av kommunene.

Oppsummering:

Lillehammer Kommune:

	I bruk nå	Reelle behov i dag	Om 5 år
Trygghetspakker	386	440	540
Multidosedispenser	0	100	200
Alarmsystem institusjon	220 plasser	250 plasser	280 plasser
Elektroniske låser	0	660	750

Øyer kommune:

	I bruk nå	Reelle behov i dag	Om 5 år
Trygghetspakker	123	130	250
Multidosedispenser	0	5	30
Alarmsystem institusjon	45	66 plasser	66 plasser
Elektroniske låser	0	140	299

Tallene som viser behovet om 5 år er anslagsvise men gir en indikasjon på forventet behovsutvikling de nærmeste årene.

2.1.3 Valg av testpiloter

På bakgrunn av kartleggingen ble det besluttet å kjøre 3 piloter :

Multidosedispenser (delprosjekt 1)

Medisinering ble valgt som pilotområde for å bidra til økt mestring for hjemmeboende og mer rasjonell utnyttelse av ressursene. For å oppnå best mulig læringseffekt ønsket vi å teste en nyutviklet løsning basert på multidose som ikke var prøvd i Norge før. Evondos multidosedispenser ble valgt.

Alarmsystem for ansatte og pasienter ved institusjon (delprosjekt 2)

Det ble tidlig klart at sikkerhet og trygghet for ansatte og pasienter var viktig å vurdere inn som et pilotområde. Her er konsekvensene store dersom tiltak ikke settes inn, og tradisjonelt har tiltakene vært å øke bemanningen. Innen dette området finnes det flere ulike teknologiske løsninger som kunne vært interessant å se nærmere på, men etter en nøye vurdering ble EI-Pas valgt. Dette systemet er fleksibelt og dekker både ansattes behov for sikkerhet i tillegg til at det kan legges til rette for økt frihet og sikkerhet for pasienter.

Digitalt tilsyn (delprosjekt 3)

Det var tydelig etter kartleggingen at vi måtte finne alternativer til dagens nattevaktløsning. Utgangspunktet var at vi burde unngå unødvendige tilsyn og sikre minst mulig inngripen i pasienters privatliv. Etter en gjennomgang med ulike leverandører ble Telenor Objects valgt som leverandør. Vi ville gjennomføre en pilot hvor kamera kun skulle benyttes til å verifisere aktiv alarm fra en trygghetsalarm, eller passiv alarm fra en sensor, f eks en dør- eller sengesensor.

2.2 Erfaringer fra testpilotene (2)

2.2.1 Multidosedispenser (delprosjekt 1)

Multidosedispenseren ble utplassert hos utvalgte brukere i Lillehammer og Øyer. Totalt 19 brukere har testet dispenseren, 14 i Lillehammer og 5 i Øyer . I Lillehammer er alle hjemmeboende mens i Øyer er 4 beboere tilknyttet en helse- og omsorgsinstitusjon og 1 er hjemmeboende. I og med at dispenseren ikke var prøvd i Norge før, fikk vi tidlig et problem med forskjellig layout på multidoseposene. Dette ble imidlertid raskt utbedret av leverandør. Vi gjennomførte 4 dager med opplæring for ansatte i Lillehammer og 2 i Øyer. I utgangspunktet var det planlagt 2 opplæringsdager i Lillehammer, men på grunn av tilbakemeldinger fra ansatte, gjennomførte vi ytterligere 2. I dette pilotområdet utdannet vi superbrukere i hver kommune som fikk ansvar for administrasjon av dispensere. I tillegg valgte

leverandøren å ansette en person i Lillehammer som kunne bistå begge kommunene dersom det var behov.

Evalueringen av dette pilotområdet er positiv, både fra brukere og ansatte. Enkelte brukere valgte å levere tilbake dispenseren før endt pilotperiode. Det var ulike årsaker til dette, men det understreker enda tydeligere at velferdsteknologiske løsninger ikke er for alle, men for mange kan de bidra til mestring og mer selvstendighet i hverdagen. Andre brukere var så fornøyd at de ønsket å beholde dispenseren også etter at perioden var over. Evalueringen viser at vi må ha større fokus på opplæring av ansatte i bruk av nye teknologiske verktøy. Delprosjekt 1 har vist at multidosedispenser kan gi både tidsbesparelser for de ansatte og økt tjenestekvalitet for brukeren. Se kapittel 4 for evaluering av pilotområdet medisinerings.

2.2.2 System for ansatte og pasienter ved institusjon (delprosjekt 2)

Pilotområdet som omhandler trygghet og sikkerhet for ansatte og pasienter er pr dags dato ikke operativt i de to avdelingene det er installert,- henholdsvis Gartnerhagen bo- og service senter og Avd A ved Lillehammer Helsehus. Dette skyldes tekniske utfordringer av ulik art. Test og evaluering vil bli gjennomført i kommende 6 måneders-periode. Se nærmere redegjørelse i kapittel 5.

2.2.3 Digitalt tilsyn (delprosjekt 3)

Løsningen for digitalt nattilsyn viste seg å være noe "umoden" og vi avdekket funksjonelle svakheter som leverandøren ikke kunne utbedre. Kamera ble derfor utelukket i piloten. Vi valgte i stedet å teste systemet uten kamera ved Horsters Minde bo- og servicesenter i Lillehammer som hadde utfordring med vandring på natt og usikkerhet hos en beboer som hadde behov for kontakt med personalet. Vi installerte trygghetsalarm tilknyttet en dørsensor hos den ene beboere. Ansatte får alarm på mobiltelefon dersom beboeren går ut av leiligheten innen et definert tidsrom på natten. Evalueringen viser at dette fungerer etter hensikten. Ansatte rekker å forhindre at beboeren går ut i gaten på natten, uten å sette inn flere ressurser. Antall tilsyn om natten kunne reduseres fra 8 til 1.

Vi installerte en ordinær trygghetsalarm med toveis kommunikasjonsmulighet hos beboer som hadde behov for å kontakte personalet. Også denne har fungert etter hensikten og tilbakemeldingene fra ansatte og bruker er gode.

I Øyer var det behov for et system som varslet fall og fukt inne på badet hos en beboer ved Bakketun. Her installerte vi en trygghetsalarm tilknyttet en fallalarm og en fuktsensor. I dette tilfellet har systemet ikke fungert etter hensikten. Fallsensoren har flere falske alarmer. I tillegg til dårlig mobildekning inne i bygningen, går alarmen ofte til feil vakttelefon.

For dårlige forberedelser, test og opplæring er nok hovedårsaken til den dårlige erfaringen i Øyer. Se kapittel 6 for evaluering av pilotområdet digitalt tilsyn.

Alt i alt vurderes dette å være enkle løsninger med stor nytteverdi men det er en forutsetning at opplæring og implementering gjøres grundig nok.

2.3 Nytteverdierne (3)

For alle tre pilotområdene ser vi at teknologien kan bidra til forbedret brukeropplevd tjenestekvalitet. Dvs. bedre opplevd kvalitet både for pasient, pårørende og ansatte. Dette er den viktigste driveren som motiverer for innføring av velferdsteknologi.

For pasientene kan teknologien vi har pilotert bidra til:

- Mestring og selvstendighet
- Trygghet
- Frihet

For ansatte kan innføring av denne teknologien bidra til:

- Økt trygghet og sikkerhet
- Mindre stress
- Mer tid til de som trenger det mest
- Mindre overtid
- Mindre bruk av vikarer
- Redusert sykefravær

Til sammen gir dette noen viktige verdier:

1. Bedre livskvalitet for brukere
2. Bedre trygghet for pårørende
3. Behovet for "avansement" i omsorgstrappa" reduseres/utsettes
4. Frigjort tid og dermed potensial for mer rasjonell utnyttelse av ressurser og kompetanse
5. Bedre arbeidssituasjon for de ansatte

Tidsbesparelser gir potensial for mer rasjonell anvendelse av ressurser og kompetanse, - som forventes å bli en knapphetsfaktor. Det er vanskelig å konkludere hvor stort dette potensialet er. Eksempelvis kan vi anslå ut fra behovskartleggingen at multidosedispenser kan gi et tidsbesparelser-potensial i størrelsesorden 10 årsværk til sammen for de to kommunene om 5 år.

Kommune	Øyer	Lillehammer	Totalt
Antall dispensere om 5 år	30	200	230
Tidsbesparelse i dagsverk	378	2520	2898
Tidsbesparelse i årsverk	1,35	9	10,35

Tallene er anslagsvise men gir likevel en tydelig indikasjon på et potensial og at muligheten til god anvendelse av frigjort tid bør vurderes nærmere i implementeringsfasen. Ref kap 8.

Denne gevinsten kan benyttes til å sette helse-og omsorgstjenesten i stand til å møte paradigmeskiftet samt å utnytte kompetanseressurser mer hensiktsmessig knyttet opp mot tanken om hverdagsrehabilitering.

2.4 Kostnadene (4)

Vi har beregnet hva det vil koste å implementere velferdsteknologi i henhold til behovsanalysen i 5-års perspektiv (ref pkt 2.1.2) og ut fra de enhetsprisene vi har erfart fra leverandørene i prosjektet.

Tabellen gir oversikt over kostnadene pr måned forutsatt tjenestekjøp og at utstyret er inkludert i månedsprisen. For institusjon er systemanskaffelse vist som investering.

Alle tall er i 1000 kr

Kommune	Trygghets- alarm	Medisin- dispenser	Alarm institusjon	Nøkelfrie låser	Totalt
Lillehammer	135*	270	7000 (inv) 84	90	579
Øyer	63*	41	1650 (inv) 20	36	160
Sum	198*	311	8650 (inv) 104	126	739

*Alarmmottakstjenesten er ikke inkludert.

5-års perspektiv:

- en investering på ca 8,65 mill kr til sammen for kommunene for alarmsystemer til institusjonene
- månedlig kostnad til sammen for kommunene på størrelsesorden 0,74 mill kr

Underlag for beregningene fremgår i pkt 8.2.

2.5 Risiko- og sårbarhetsanalysene (5)

Før pilotene ble iverksatt ble risiko- og sårbarhetsanalyser gjennomført og rutiner for å hindre ulike situasjoner ble utarbeidet. Vi signerte også databehandleravtaler med samtlige leverandører som også sikret personvernet ved bruk av eventuelle underleverandører. Alle pasienter/brukere som har samtykkekompetanse, har signert skjema om samtykke.

For å kunne benytte kamera i kombinasjon med sensorikk ble det sendt melding til Datatilsynet. Det er ikke nødvendig med konsesjon i situasjoner som har hjemmel i Pasientrettighetsloven.

Risikoanalyse knyttet til bruk av kamera ble gjennomført både av kommunen og Ikomm. Analysene konkluderte imidlertid ulikt,- kommunen mente risikoen ut fra en helhetsvurdering var akseptabel mens Ikomm mente det motsatte. Dette var medvirkende til at prosjektet valgte å utelate kamera fra piloteringen.

Ut fra dette har prosjektet innledet dialog med Datatilsynet for å klargjøre forutsetningene for å kunne anvende kamera slik intensjonen var.

For å kunne ivareta sitt ansvar på dette viktige området på en god måte mener prosjektet at kommunene bør inneha god egenkompetanse på gjennomføring av risiko-og sårbarhetsanalyser.

2.6 Veien videre (6)

Oppsummert anbefaler prosjektet følgende hovedprosesser/aktiviteter for den videre implementering av velferdsteknologi i kommunene :



På kort sikt anbefales å:

- Videreføre pilotprosjektet i 6 måneder for å
 - Fullføre test og evaluering av elpas ved Helsehuset og Gartnerhagen
 - Evaluere og teste trygghetspakker fra flere leverandører (digitalt tilsyn, sensorikk og kamera)
- Videreføre bruk av den installerte trygghetsalarmløsningen ved Horsters Minde
- Starte implementering av multidosedispenser som tjeneste
- Vurdere nærmere hvordan integrasjonen mot Gerica bør gjøres.
- Tilrettelegge midlertidig løsning for mottak av trygghetsalarmer.
 - Kommunene arbeider med en felles framdriftsplan for å få til en midlertidig avtale med Midt-Hedmark Brann og Redning. Denne er under utarbeidelse og er i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.
- Utrede løsning for fremtidig velferdsteknologisk responscenter

For øvrig blir det viktig å følge aktivitetene som går i regi av Helsedirektoratet og utviklingskommunene.

2.7 Viktige forutsetninger (7)

Alle tre delprosjektene har lært oss at god opplæring er en forutsetning for å lykkes og at dette punktet ofte blir undervurdert i forkant. Opplæringen må forberedes godt, dokumentasjon må være ferdig på forhånd, leverandørenes ansvar tydelig avtalt og teknisk system testet og klart for driftssetting, - før opplæringen.

Samtidig må hele implementeringsprosessen planlegges godt og ha fokus på:

- God medvirkning og forankring hos ledelse, ansatte , tillitsvalgte, brukere og pårørende.
- Nye arbeidsprosesser og organisering av de nye tjenestene
- Kartlagte behov

Det blir også viktig å ha en god modell for teknisk support og tjenestedrift med tydelig ansvarsdefinisjon i forhold til leverandørene. Dette er særlig viktig i en fase hvor teknologien til dels er umoden og under utvikling og hvor leverandørene fortsatt er i læringsfase.