

Velferds- teknologi





VELFERDSTEKNOLOGI

LFH — Bransjeorganisasjonen for helse- og velferdsteknologi

LFH er bransjeorganisasjonen for leverandører av medisinskteknisk utstyr, medisinsk forbruksmateriell, hjelpemidler til personer med funksjonsnedsettelse, og øvrig velferdsteknologi, i Norge. Produktene benyttes daglig, blant annet i diagnostisering, forebygging, rehabilitering og behandling. LFH organiserer i dag rundt 110 leverandører som omsetter for omtrent ni milliarder kroner i året.

LFH standpunkt — Velferdsteknologi

LFH standpunkt — Velferdsteknologi er den andre publikasjon i rekken «LFH standpunkt». Gjennom publikasjonene ønsker LFH å samle leverandørene om et standpunkt innenfor et viktig tema, og synliggjøre leverandørenes verdibidrag og markedsutfordringer overfor helsesektoren. Ved å jobbe systematisk med å øke graden av kunnskapsdeling mellom industrien og helsevesenet, ønsker LFH å bidra til at løsninger i helsesektoren realiseres på en samfunnsøkonomisk god måte.

Innhold

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 4 |
| Innledning | 5 |
| Hva er velferdsteknologi? | 6 |
| Samfunnsøkonomisk nytte av velferdsteknologi | 7 |
| Flere kan bo lenger i eget hjem..... | 7 |
| Økt deltakelse i arbeidslivet..... | 7 |
| Frigjort tid til pleie og omsorg..... | 7 |
| Brukertilpasning vs. standardisering | 8 |
| Brukertilpasning..... | 8 |
| Standardisering..... | 8 |
| Sentraliserte innkjøp av velferdsteknologi..... | 9 |
| Uklar ansvarsfordeling for velferdsteknologi | 10 |
| Helse- og omsorgsdepartementet..... | 10 |
| Kommunal- og moderniseringsdepartementet..... | 10 |
| Arbeids- og sosialdepartementet..... | 10 |
| Konsekvenser av uklar ansvarsfordeling for velferdsteknologi | 11 |
| Hemmer brukerrettet innovasjon..... | 11 |
| Reduserer faktiske investeringer..... | 11 |
| Fremtidens velferdsteknologi | 12 |
| Større grad av brukertilpasning..... | 12 |
| Behov for standardisering..... | 12 |
| Klar ansvarsfordeling..... | 13 |
| Nasjonalt program for velferdsteknologi og HelseOmsorg21..... | 13 |
| Leverandører av velferdsteknologi..... | 13 |
| Medlemmer i LFH | 14 |
| Kilder | 15 |



Sammendrag

Velferdsteknologi kan frigjøre antall «varme hender» og bidra til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene, og er dermed en sentral del av løsningen på morgendagens helseutfordringer.

I utviklingen av velferdsteknologi må man fokusere på brukertilpasning og kvalitet. Det krever at leverandørene har nær kontakt med brukerne for å tilfredsstille brukerens unike behov. Myndighetene har samtidig et ansvar for å utvikle en standardløsning innenfor IKT-systemet i helsesektoren. Alle relevante aktører, inkludert leverandørene av velferdsteknologi, bør inkluderes i denne prosessen. Standardene må være basert på en åpen og helhetlig infrastruktur som er tilpasset internasjonale løsninger.

Hensynet til grad av brukertilpasning og standardisering av velferdsteknologi må tas i betraktning i videre strategiarbeid for innkjøp av velferdsteknologi i offentlig sektor. Det må defineres tydelige ansvarsområder i forbindelse med velferdsteknologi slik at ikke innovasjon og faktiske investeringer lider under ukoordinerte beslutningstakere.

For å møte morgendagens utfordringer må det store endringer til i helsesektoren. Det blir da nødvendig med en tydelig ledelse, aktører som er endringsvillige og brukere som kan tilpasse seg de nye endringene. Man er avhengig av konstruktiv kunnskapsdeling og utdanning for å oppnå hensiktsmessig og effektfull bruk av velferdsteknologi.

Det er LFHs oppfatning at:

- Utviklingen i helsesektoren i Norge ikke er bærekraftig på grunn av stadig flere eldre, økende behov for helsepersonell og redusert andel yrkesaktive
- For å hente ut gevinster av velferdsteknologien må det gjennomføres organisatoriske endringer
- Vi trenger mer velferdsteknologi i primærhelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen
- Opplæring og kunnskapsdeling er viktig for at velferdsteknologien skal bli tatt i bruk på en riktig måte
- Det må legges en klar og tydelig plan for innovasjon og faktisk investering i velferdsteknologi
- Personer med funksjonsnedsettelser kan ved hjelp av velferdsteknologi, som rullestoler, synstekniske hjelpemidler og høreapparat, klare seg bedre i sin hverdag.
- Velferdsteknologi også kan frigjøre tid til pleie og omsorg

For å sikre gode velferdsteknologiske løsninger er det viktig med:

1. Aktiv satsing på innovasjon
2. Faktiske investeringer i velferdsteknologi
3. God balanse av hensyn til brukertilpasning og standardisering
4. Klar ansvarsfordeling mellom aktørene i helsesektoren



Innledning

Etterspørselen etter helsetjenester kommer til å øke dramatisk i fremtiden grunnet eldrebølgen, flere personer med kroniske lidelser og økte forventninger om god helse. Det vil samtidig komme til å være knapphet på helsepersonell. I 2010 var det 4 arbeidende personer per pensjonist i Norge, i 2050 predikeres forholdet å være redusert til 1,7 (OECD, 2011). Andelen skattebetalere forventes dermed å reduseres kraftig, noe som forverrer den store ressursutfordringen helsesektoren står overfor. I Europa øker faktisk de offentlige helseutgiftene raskere enn den økonomiske veksten forøvrig (MedTech Europe, 2013).

Utviklingen i helsesektoren er med andre ord ikke bærekraftig. Vi må fordele ressursene på en ny måte og begynne å tenke annerledes. Her vil bruk av velferdsteknologi kunne spille en viktig rolle.

Velferdsteknologi muliggjør ønsket mange har om å bo lengst mulig i eget hjem, og har dermed en desentraliserende funksjon på helsetjenesten. En desentralisert helsetjeneste kjennetegnes ved at pasientene mottar helsetjenester i eget hjem istedenfor på sentraliserte sykehus. I en desentralisert helsetjeneste vil samordning og koordinering mellom de ulike aktørene i helsesektoren være svært viktig for å sikre innovasjon og faktisk investering i velferdsteknologi. Etter erfaring fra flere store pilotprosjekter sies det at den største utfordringen i velferdsteknologiske prosjekter ikke er teknologien, men strukturen rundt – altså hvem som gjør hva og hvordan (E-senior, 2013).

For å hente ut gevinster av velferdsteknologi må det organisatoriske endringer til, viser erfaringer fra Danmark. Helsesektoren må bidra med effektive systemer som implementerer velferdsteknologi på en hensiktsmessig måte.

Ansatte og brukere må samtidig få tilstrekkelig kompetanse og veiledning for å kunne gjøre velferdsteknologi til et virkefullt verktøy i helsesektoren. Norske kommuner som er i gang med å innføre velferdsteknologi erfarer at behovskartlegging sammen med bruker, og tett dialog med leverandører, er viktig for å finne rett teknologi til rett person (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Samhandlingsreformen har som mål å legge til rette for et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009). I en rapport utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund påpekes det at man trenger mer velferdsteknologi i primærhelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen (Norsk sykepleierforbund, 2013).

Velferdsteknologi er altså en del av løsningen på utfordringer i morgendagens omsorg. LFH ønsker gjennom denne rapporten å påpeke bransjens standpunkt innenfor fremtidige utfordringer og muligheter vedrørende velferdsteknologi. Men først, hva er egentlig velferdsteknologi?



Hva er velferdsteknologi?

Velferdsteknologi er et anerkjent begrep i Skandinavia, og beskrives gjerne som tekniske løsninger som inngår som en del av velferdstjenestene i samfunnet (Nordens Välfärdssenter, 2010).

Mer konkret kan velferdsteknologi defineres som *brukerrettet teknologi som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet og sikkerhet, samt å muliggjøre økt selvhjulpenhet, medbestemmelse og livskvalitet.* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)

I Stortingsmeldingen 2011:11 «Innovasjon i omsorg» deler Hagen-utvalget velferdsteknologi opp i fire hovedkategorier. De fire hovedkategoriene er:

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi (alarmsystemer)
2. Kompensasjons- og velværeteknologi (forflytningshjelpemidler, sansetaphjelpemidler og omgivelseskontroll)
3. Teknologi for sosial kontakt (videokommunikasjon og robotteknologi)
4. Teknologi for behandling og pleie (hjemmebehandling og hjemmeanalyser)

Helsedirektoratet har sett det som mer hensiktsmessig å dele begrepet velferdsteknologi opp i to undergrupper:

1. Omsorgsteknologi
2. Personlig helseteknologi

Omsorgsteknologi har som formål å skape ønsket mestring av eget liv og helse, samt trygghet til å kunne bo lengre hjemme i egen bolig. Personlig helseteknologi er teknologi som gjennom ulik grad av monitorering av livsviktige funksjoner, gir økt egenmestring, trygghet og livskvalitet knyttet til eget sykdomsbilde. Personlig helseteknologi er særlig aktuelt for personer med kronisk sykdom/lidelse (Helsedirektoratet, 2014).

Mye av velferdsteknologien faller inn under samlebetegnelsen e-helse¹. Ulike typer velferdsteknologi koblet opp i et IKT-system muliggjør hjemmebehandling og hjemmeanalyser uten at tjenesteutøver fysisk er tilstede. Pasientbehandling som foregår uten at tjenesteutøver fysisk er tilstede defineres gjerne som telemedisin (Helsedirektoratet, 2012). Etter hvert vil man kunne forvente tilgang til gode, elektroniske tjenester hele døgnet, på lik linje med nettbanks, nettbutikker og andre elektroniske tjenester.

¹ E-Helse er en samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT i helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I helsevesenet brukes IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) for å kommunisere og informere pasienter og andre helseaktører elektronisk.



Samfunnsøkonomisk nytte av velferdsteknologi

Velferdsteknologi gir ikke bare økt livskvalitet til bruker, men også store nytteeffekter til samfunnet. Det vil dermed være viktig å se kostnadene ved å investere i velferdsteknologi opp mot den avkastningen velferdsteknologien gir til samfunnet forøvrig.

Flere kan bo lenger i eget hjem

Velferdsteknologi legger til rette for at de som ønsker å bo lengst mulig i eget hjem, skal få mulighet til det. Det finnes ulike typer velferdsteknologi som monitorerer hjemmet til bruker. Faller bruker i eget hjem sender en alarm signal til helsepersonell som rykker ut ved behov. Monitorering muliggjør dermed at en person med for eksempel dårlig balanse skal kunne bo lengst mulig hjemme og samtidig kunne føle seg trygg.

Telemedisin legger til rette for at personer med kroniske lidelser kan ta mer ansvar for egen helse, og leve et så naturlig liv som mulig. Pasienter som for eksempel sliter med kols, diabetes eller hjertefeil kan få tilgang til velferdsteknologi som muliggjør å ta egne målinger i hjemmet, istedenfor å dra til en klinikk. Målingene sendes over til eksternt helsepersonell som rykker ut ved behov. Telemedisin vil altså kunne spare personer med kroniske lidelser for mye tid, samtidig som man kan unngå unødvendige sykehusinnleggelseser.

I Helsedepartementet i England har de gjennomført verdens største randomiserte undersøkelse på effekten av velferdsteknologi, med vekt på telemedisin og monitorering. Ved innføring av telemedisin og monitorering hos pasienter som sliter med diabetes, kols eller hjertefeil reduseres antall dødsfall med 45 prosent, akutte innleggelseser med 20 prosent og antall liggedøgn på sykehus med 14 prosent (BMJ, 2012).

Økt deltakelse i arbeidslivet

Personer med funksjonsnedsettelseser kan ved hjelp av velferdsteknologi, som rullestoler, synstekniske hjelpemidler og høreapparat, klare seg bedre i sin hverdag. Økt mestringsfølelse og grad av selvstendighet er faktorer som er med på å øke livskvaliteten til bruker. Velferdsteknologi tilrettelegger samtidig for at personer med funksjonsnedsettelseser kan delta aktivt i arbeidslivet.

I en tysk rapport kommer det frem at Tyskland har spart 22 milliarder fra 2002 til 2008 ved å investere i velferdsteknologi. Mye av gevinsten kom nettopp fra personer med funksjonsnedsettelseser som nå kunne delta aktivt i arbeidslivet, og dermed bidra til å øke verdiskapningen i landet (MedTech Europe, 2012).

Frigjort tid til pleie og omsorg

Familie og helsepersonell kan strekke til litt lenger i sin bistand ved hjelp av velferdsteknologi. Takheiser og annen type velferdsteknologi muliggjør behandling av personer med svært svekket funksjonsevne, og sparer ryggen til de som hjelper til, noe som kan redusere sykefraværet hos hjelperne. Velferdsteknologi kan også frigjøre tid til pleie og omsorg for pårørende og helsepersonell.

I Danmark har Rambøll Management regnet ut at tre kjente velferdsteknologier² kan redusere etterspørselen etter helsepersonell i 2020 med seks prosent (Rambøll Management, 2007).

² De tre kjente velferdsteknologiene er IKT-systemer, videokonsultasjon i forbindelse med sårbehandling og blodtryksmålere og andre måleinstrumenter for personer i risikogruppen for slagtilfeller.

Brukertilpasning vs. standardisering

For at bruker skal få økt livskvalitet er det nødvendig at velferdsteknologien er tilpasset brukers behov, samtidig som velferdsteknologien fungerer som en integrert del av helsesektoren. Det er dermed viktig å balansere brukertilpasning og standardisering i utviklingen av velferdsteknologi.



Brukertilpasning

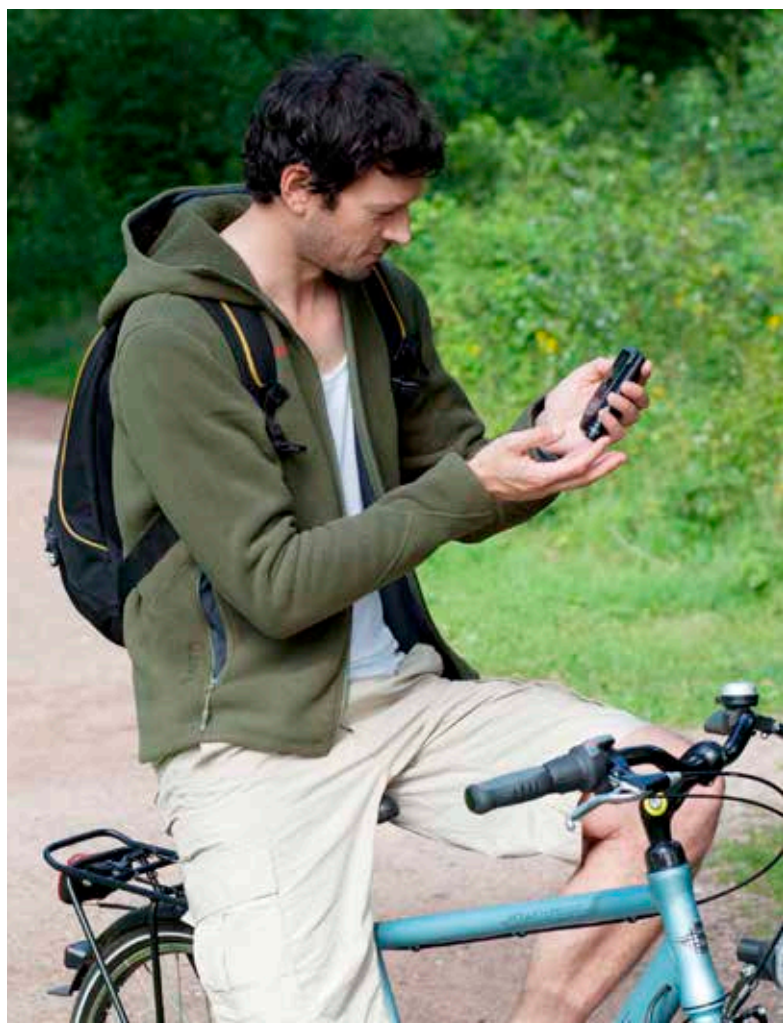
Brukertilpasset velferdsteknologi er velferdsteknologi som er tilpasset den enkelte brukers unike behov. En rullestolbruker er avhengig av en rullestol tilpasset sine fysiske mål og behov. En svaksynt person er avhengig av at det synstekniske hjelpemidlet er tilpasset sin synsstyrke, samtidig som en person med dårlig hørsel må få tilpasset høreapparatet både til øret og hørselen. Det er også viktig å tilrettelegge for god opplæring. Er ikke velferdsteknologien brukertilpasset og tilstrekkelig opplæring gitt kan man risikere at teknologien ikke blir brukt i det hele tatt.

Erfaringer fra de norske kommunene som er i gang med å innføre velferdsteknologi viser at behovskartlegging sammen med brukeren, og tett dialog med både leverandører, fysio- og ergoterapeuter, er avgjørende for å lykkes med implementeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Brukertilpasning er ressurskrevende, men disse erfaringene viser imidlertid at behovskartlegging er nyttig og viktig å prioritere.

Standardisering

For at velferdsteknologi skal fungere som en integrert del av helsesektoren, kreves det imidlertid at velferdsteknologien er utstyrt med standarder slik at det kan kobles på en helhetlig elektronisk infrastruktur. Standardene må være åpne løsninger, slik at det blir relativt enkelt for leverandørene å implementere disse standardløsningene.

Helsesektoren og leverandører av IKT må jobbe godt sammen med leverandørene av velferdsteknologi for å utvikle åpne standarder. Samtidig vil det være elementært at man tar utgangspunkt i internasjonale standarder, da det blir distribuert flere internasjonale produkter på det norske markedet.





Sentraliserte innkjøp av velferdsteknologi

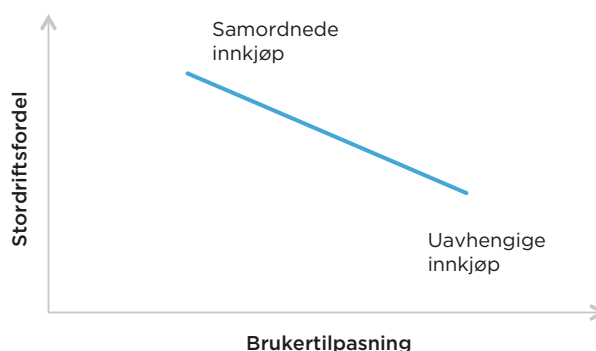
Gitte budsjettammer og en nærmest ubegrenset etterspørsel etter helsetjenester leder ofte helse-sektorens oppmerksomhet mot umiddelbare kostnadsbesparelser. Ønsket om umiddelbare kostnadsbesparelser presser etatene til å fokusere på pris fremfor kvalitet ved innkjøp og forbruk istedenfor investeringer. Det som oppleves som knappe budsjetter kan med andre ord lede til en kortsiktig beslutningshorisont som trekker i retning av en overdreven grad av sentralisering og standardisering av innkjøp for å oppnå stordriftsfordeler som for eksempel lavere administrasjonskostnader (von der Fehr, 2007).

Det er imidlertid viktig at etatene handler etter en langsiktig beslutningshorisont da de hovedsakelig er leverandørenes eneste kunde. Sentralisering av innkjøp kan på sikt undergrave leverandørenes evne til å betjene helsesektoren på en hensiktsmessig måte. Grunnen til det er at sentralisering av innkjøp leder til økt kjøpermakt hos etatene og mulighet til å presse prisene. Hvis helsesektoren prioriterer lave priser ved innkjøp av velferdsteknologi, vil leverandørenes innsats rettes mot å redusere kostnadene, snarere enn å forbedre kvaliteten og å utvikle nye innovative løsninger. Det vil igjen føre til at forskning og utvikling dreies mot å fremstille billige standardprodukter istedenfor å øke kvaliteten (Pammolli, 2005).

Lavere marginer hos leverandørene vil etter hvert medføre en konsentrasjon på selgersiden³, høyere etableringsbarrierer og dermed økt selgermakt. Økt selgermakt presser prisene opp igjen, men nå på standardisert velferdsteknologi (von der Fehr, 2007). De kortsiktige gevinstene ved sentralisering av innkjøpene kan med andre ord medføre tap på lenger sikt.

En annen utfordring med sentraliserte innkjøp er at det blir større avstand til bruker, og velferdsteknologien standardiseres slik at hensynet til brukertilpasning svekkes. For at bruker skal få økt livskvalitet ved bruk av velferdsteknologi blir det viktig at myndighetene ikke fristes til kun å kutte kostnader ved å sentralisere innkjøp, men klarer å balansere hensynet til både brukertilpasning og standardisering på en fornuftig måte.

Figur 1: Grad av brukertilpasning og stordriftsfordeler bestemmes av type innkjøpsstrategi (von der Fehr, 2007)



³ Det vil særlig være de mindre og mer spesialiserte leverandører som forsvinner som følge av sentralisering (von der Fehr, 2007).

Uklar ansvarsfordeling for velferdsteknologi

Hvert år forvalter regjeringen statens inntekter gjennom statsbudsjettet. Tilskuddene i helsesektoren fordeles utover Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. Departementene har videre et ansvar for å forvalte de tilskuddene som er gitt gjennom statsbudsjettet til sine tilhørende etater.

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for å fordele tilskudd til helseforetakene, som igjen har ansvaret for å investere i velferdsteknologi som benyttes i telemedisin og hjemmebehandling. For informasjon om hvilken type velferdsteknologi helseforetakene finansierer se www.behandlingshjelpemidler.no.

Helfo (Helseøkonomiforvaltningen) er også underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og er ansvarlig for å dekke medisinsk forbruksmateriell, ernæring og annen type velferdsteknologi gjennom blåreseptordningen. Privatpersoner kan for eksempel få dekket hjemmebehandlingskostnader forbundet med diabetes og sårbehandling gjennom blå resept. For oversikt over hva Helfo dekker av investeringer til hjemmebehandling se www.helfo.no.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har ansvaret for å fordele tilskudd til kommunene som igjen har ansvaret for å investere i velferdsteknologi på sykehjem og i hjemmetjenesten. Velferdsteknologi som dekkes av kommunen er ment å være en integrert del av tjenesten, som for eksempel takheiser, løftere og senger på sykehjem⁴. I hjemmesykepleien er imidlertid

⁴ Kommunene har også ansvar for hjelpemidler som skal dekke midlertidige behov, det vil si behov av en varighet på under to år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

det meste av velferdsteknologi finansiert gjennom NAV og Helfo.

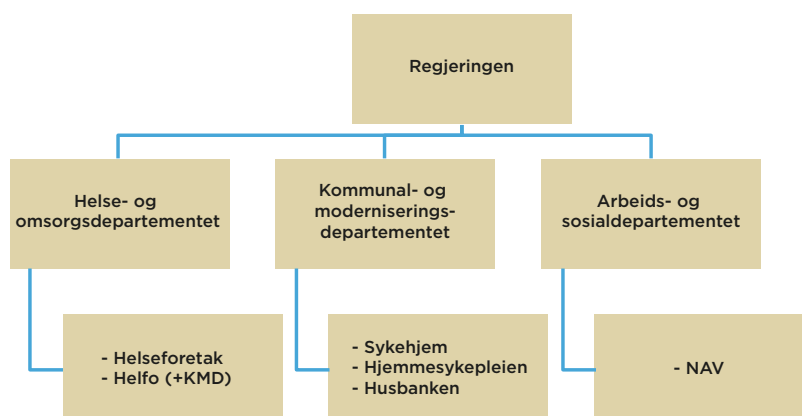
Husbanken ligger under Kommunal- og moderniseringsdepartementet og har en indirekte rolle innenfor velferdsteknologi. Husbanken skal tilrettelegge for velferdsteknologi i boliger, uten å gjøre faktiske investeringer.

Arbeids- og sosialdepartementet

NAV formidler velferdsteknologi etter folketrygdloven⁵, og får sine tilskudd fra Arbeids- og sosialdepartementet. NAV gir stønad i form av velferdsteknologi til enkeltbrukere med funksjonsnedsettelse for å tilrettelegge deres arbeids- og dagligliv. Det er en forutsetning at personer som gis stønad har en vesentlig og varig nedsatt funksjonsevne (2-3 år) (Helsedirektoratet, 2012). Velferdsteknologi som er finansiert av NAV er blant annet rullestoler, heiser og omgivelseskontroll til private hjem. For oversikt over velferdsteknologi NAV dekker til privat forbruk, se www.nav.no/Helse/Hjelpemidler.

⁵ Folketrygdloven er et nasjonalt, sosialt forsikringsystem som ble innført 1. januar 1967. Mesteparten av folketrygden administreres av NAV. Alle personer som er bosatt i Norge er pliktig medlem av folketrygden. Lovens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall. Folketrygdloven skal også bidra til hjelp til selvhjelp (Lovdata, 2014).

Figur 2: Kartlegging av ansvarsområder for offentlig investering i velferdsteknologi





Konsekvenser av uklar ansvarsfordeling for velferdsteknologi

Delt ansvarsfordeling for velferdsteknologi i helsesektoren kan føre til at innovasjon og faktiske investeringer lider under ukoordinerte beslutningstakere. Ukoordinerte beslutningstakere er problematisk for leverandørene fordi det blir uklart hvem som faktisk er kunden. Leverandørene gjør seg attraktive i markedet ved å satse på innovasjon. Fokuserer leverandørene på feil kunde eller feil behov vil innovasjonen allokere feil, og faktiske investeringer i velferdsteknologien uteblir. Bruker får da ikke tilgang til den velferdsteknologien som han/hun har krav på.

Hemmer brukerrettet innovasjon

Myndighetene satser på innovasjon i helsesektoren, og uttaler i «Morgendagens omsorg» at det er først og fremst i kommunene innovasjonsarbeidet må foregå⁶. Kommunenes innovasjonsarbeid gjennomføres ofte i pilotprosjekter i samarbeid med flere aktører. Leverandørene deltar i slike pilotprosjekter og er med på å utvikle produkter som kan løse kommunens utfordringer. Det er over 400 kommuner i Norge, og det er dermed meget viktig at disse pilotprosjektene koordineres, slik at ikke hver kommune skal finne opp kruttet på nytt. Samtidig er leverandørene avhengig av at det satses på velferdsteknologien i etterkant, gjennom at vellykkede piloter faktisk blir kommersialisert.

I Hagen-utvalgets rapport, «Innovasjon i omsorg», står det at «NAVs hjelpemiddelsentraler er i dag den viktigste institusjonen for kompetanse, anskaffelse, formidling og tilpasning av hjelpemidler og velferdsteknologi». NAV inkluderes imidlertid alt for sjelden i kommunens pilotprosjekter. Det kan være en utfordring da det i etterkant av pilotprosjektene kan være NAV som må gå til anskaffelse av de produktene som har blitt utviklet. For å skape innovasjon i omsorg er det viktig at alle aktørene i helsesektoren inkluderes og drar i samme retning.

⁶ KS (Kommunenes Sentralforbund) har blant annet laget et innovasjonskart til hjelp for kommuner som ønsker å satse på innovasjon og velferdsteknologi.

Reduserer faktiske investeringer

Leverandørene av høreapparat står i dag ovenfor en stor utfordring fordi det ikke er en god nok dialog i helsesektoren mellom de som finansierer høreapparater (NAV) og de som foreskriver dem (hørselssentraler og private avtalespesialister). Brukere av høreapparat skal få muligheten til å prøve høreapparat før NAV investerer i dem, og dermed må det opprettes et utprøvlingslager som leverandørene finansierer. Høreapparatene skal ligge på lageret i en måned i henhold til anbudsutlysning, men grunnet begrenset kommunikasjon mellom NAV og hørselssentralene og avtalespesialistene ligger høreapparatene på lager i over syv måneder. Dette binder kapitalen til leverandørene (180 millioner i 2013), og kan på lengre sikt føre til at det blir færre leverandører og et dårligere produktutvalg for bruker.

Helseforetakenes investeringsperspektiv innenfor velferdsteknologi kan også lide under en noe diffus ansvarsfordeling. Det kan være mest attraktivt å behandle pasienter på sykehus fremfor i eget hjem, til tross for dokumentert positiv effekt av hjemmebehandling. Forskere som har sett på effekten av telemedisin konkluderer med at den største barrieren for å ta i bruk velferdsteknologi er mangelen på passende refusjonsordninger som dekker kostnadene (MedTech Europe, 2012).



Fremtidens velferdsteknologi

I fremtidens velferdsteknologi står brukers livskvalitet i sentrum. All velferdsteknologi er brukertilpasset med mulighet for å koble seg på et standardisert IKT-system i helsevesenet. Helsesektoren har en forent definisjon av velferdsteknologi og jobber sammen med leverandørene opp mot et felles mål om å øke livskvaliteten til bruker. Det er tydelige ansvarsområder slik at brukerrettet innovasjon og faktisk investering skjer.

Større grad av brukertilpassing

Fremtidens velferdsteknologi er brukertilpasset, samtidig som den fokuserer på de områdene hvor skoen trykker mest. Demens er et økende problem blant eldre, samtidig som kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte- karsykdommer og kreft har begynt å etablere seg som store folkesykdommer. Det er dermed viktig at det satses på utvikling av velferdsteknologi innenfor disse sykdomsområdene.

Opplæring og kunnskapsdeling er viktig for at velferdsteknologien skal bli tatt i bruk på riktig måte. Både brukere, pårørende og helsepersonell må få god opplæring i hvordan de skal håndtere hjelpemidlene. Det er leverandørene som kjenner produktene best, og vet hvordan man skal benytte dem for å få ut mest mulig nytte, og det er dermed naturlig at det er leverandørene av velferdsteknologien som tar ansvar for opplæringen og videre oppfølging.

For at leverandørene skal kunne utvikle brukerrettet velferdsteknologi og posisjonerer seg riktig i markedet, vil det samtidig være viktig at myndighetene disponerer god bransjestatistikk. Statistikk kan gjøre det lettere å ta de riktige valgene i en uoversiktlig situasjon. Helsesektoren bør bli flinkere til å ta frem slik dokumentasjon, lese den riktig og bruke den videre i utviklingsarbeid.

Behov for standardisering

Hensyn til velferdsteknologi må ivaretas ved standardisering, og leverandørene bør inkluderes i utforming av videre standardisering. Det er viktig at IKT-systemene er åpne og tilpasset internasjonale standarder, slik at leverandører kan både eksportere og importere velferdsteknologi.

Mye av kommunikasjonen i helsesektoren vil foregå elektronisk i fremtiden, dermed er det viktig å sikre god internettdækning. Man kan ikke risikere at brukere

som kommuniserer med helsepersonell via ulike IKT-systemer plutselig ikke har god nok dekning. Det kan stå mellom liv og død. I fremtiden kan vi også se for oss at pasientjournalene ligger lagret i sky-tjenester. Mye sensitiv informasjon kommer til å være lagret elektronisk i fremtiden, dermed må man sikre at det foreligger definerte lover og forskrifter for personvern⁷.

Klar ansvarsfordeling

Det må legges en klar og tydelig plan for innovasjon og fremtidig finansiering av velferdsteknologi. Det er behov for et tydelig skille på hvilken type velferdsteknologi som finansieres av NAV (gjennom folketrygden), av kommunene, av helseforetakene og av Helfo.

I fremtiden er pilotprosjektene koordinert på et nasjonalt nivå. Kommunene har en tydelig rolle og tør å satse på langsiktige planer hvor velferdsteknologi inngår⁸. Alle de relevante aktørene er inkludert i pilotprosjektene og leverandørene kan dermed drive med brukerrettet innovasjon som kan kommersialiseres, og kanskje også være konkurransedyktig overfor utlandet.

Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal kommunene være pliktige til å tilby øyeblikkelig hjelp og døgnopphold til dem som har behov for det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–2011). Det tas sikte på at lovbestemmelsen skal tre i kraft fra 2016. Her vil det være ekstra viktig med god planlegging da ansvarsrollene vil kunne bli enda mer utydelig enn utgangspunktet, og det vil samtidig være viktig å inkludere leverandørene av velferdsteknologi på et tidlig tidspunkt.

Nasjonalt program for velferdsteknologi og HelseOmsorg21

I Norge er det utviklet et nasjonalt program for velferdsteknologi som har som mål at velferdsteknologi skal bli implementert i hele helsesektoren innen år 2020. Nasjonalt program for velferdsteknologi skal koordinere større pilotprosjekter i kommunene og vil ha et stort ressursbehov. Myndighetene i Danmark skal investere tre milliarder kroner i utviklingen av velferdsteknologi fra 2009 frem til 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Nasjonalt program for velferdsteknologi vil ha en viktig rolle fremover.

HelseOmsorg21 er en nasjonal strategiprosess for forskning og innovasjon i helsesektoren. Strategien skal legges frem sommeren 2014, og er et viktig

arbeid i prosessen med å sette velferdsteknologi inn i et enhetlig perspektiv. Strategien HelseOmsorg 21 vil være et viktig grunnlag for den helse- og sykehusplan som helseminister Bent Høie har bebudet at skal komme i løpet av 2015. I Danmark har de opprettet en felles innovasjonsenhet mellom tre departementer (Helsedirektoratet, 2012).

Leverandører av velferdsteknologi

Leverandører av velferdsteknologi må forberede seg på å konkurrere i et marked med høyere forventninger til brukertilpasning og kvalitet, hvis ikke kan de bli utkonkurrert av andre leverandører som dokumenterer at velferdsteknologien deres skaper verdi (PwC, 2013).

I Europa øker helsesektoren etterspørselen etter dokumentasjon på at leverandørens produkter er kostnadseffektive. De etterspør ikke bare klinisk dokumentasjon men også produktenes helseøkonomiske effekt (The Boston Consulting Group, 2013). For at helsesektoren skal tørre å satse stort på brukertilpasset velferdsteknologi, må leverandørene legge frem dokumentasjon på at det er verdt investeringen.

Leverandørene av velferdsteknologi har mye å tjene på ved å handle unisont. Internasjonale og nasjonale bransjeorganisasjoner som LFH kan spille en viktig rolle i dette arbeidet.

Denne rollen består ikke bare i å fremme bransjens verdibidrag, men også å sikre at behovet for endringer er akseptert. I tillegg kan bransjeorganisasjoner fremme retningslinjer som tilrettelegger for en endringskultur i helsesektoren, og skape dialog og samarbeid mellom viktige aktører.

⁷ Mer om informasjonssikkerhet i Norge kan lese på www.normen.no.

⁸ KS (Kommunesektorens Sentralorganisasjon) har en viktig rolle i dette arbeidet.



Medlemmer i LFH

| | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| 3M Norge AS | Gewa AS | Olympus Norge AS |
| Abbott Norge AS | GN ReSound AS | OneMed AS |
| Adaptor AS | Handicare AS | OrtoMedic AS |
| AGA AS | Handy Tech Norge AS | Oticon AS |
| Agfa Healthcare Norway AS | Hellanor AS | Otsuka Pharma Scandinavia |
| Alere AS | HemoCue Norge NUF | Paul Hartmann AS |
| Andreas Ruuds Eftf. AS | Heraeus Medical AB | Permobil AS |
| Attends AS | Hjelpemiddelspesialisten AS | Philips Norge AS |
| Bard Norway AS | Implantscan AS | Phonak AS |
| B. Braun Medical AS | Infiniti Medical | Picomed AS |
| Baxter AS | Invacare AS | ProVista AS |
| Bayer AS | Johnson & Johnson AB | Puls AS |
| Biomet Norge AS | Karl Storz Endoskopi Norge AS | Rep Tek AS |
| BoJo AS | Krabat AS | Roche Diagnostics Norge AS |
| Boston Scientific Norge AS | KvinTo AS | SCA Hygiene Products AS |
| BSN Medical AB | Link Norway AS | Scandinavian Customized Prosthesis AS |
| CareFusion Norway AS | Made for Movement | Scan-Med. as Norway |
| Codan Norge AS | Maske Gruppen AS | Siemens Healthcare |
| Coloplast Norge AS | Mebi AS | Smith & Nephew AS |
| ConvaTec Norway AS | Meda AS | Snøgg AS |
| Cook Norge AS | Mediq Norge AS | St. Jude Medical Norway AS |
| Comfort Audio AS | Medical Equipment Norway AS | Starkey Norway AS |
| Covidien Norge AS | Mediplast Innova AS | Stryker Norge |
| Cypromed AS | Medisan AS | Sunrise Medical AS |
| Dansac & Hollister Norge | Medistim Norge AS | Svas Svalland AS |
| Dentsply IH AS | Medtronic Norge AS | Synthes AS |
| Diacor AS | Medus AS | SynSupport Nordic Eye |
| Dir. Mehn-Andersen AS | Miele Professional AS | Tagarno Norge AS |
| Dignio AS | Modul Nordic AS | Tempur Norge AS |
| Dräger Medical Norge AS | Mölnlycke Health Care AS | Thune Produkter AS |
| Edwards Lifesciences Nordic AB | Namsos Audiosenter AS | ThyssenKrupp Encasa AS |
| Endomed AS | Nestlé Health Science | Unitronic AS |
| Ferno Norden AS | Nor-Dax AS | Vingmed AS |
| Fresenius Kabi Norge AS | NorEngros Medi Partner AS | WTW AS |
| Gambro Norge NUF | Normeca AS | Zimmer Norway AS |
| GE Healthcare Norge AS | Nutricia Norge AS | |



Kilder

- BMJ. (2012). *Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial.*
- E-senior. (2013). *Kunnskapsinnhenting for eSenior – Suksesskriterier ved implementering av velferdsteknologi.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010–2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld. St. 29: Morgendagens omsorg.*
- Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi – fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013–2030.*
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i omsorgstjenestene (ppp).*
- Lovdata. (2014). <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>.
- MedTech Europe. (2012). *Contract for a Healthy Future – The role of Europe’s medical technology industry in steering healthcare systems onto a sustainable path.*
- MedTech Europe. (2013). *Medical Technology – Contributing to Europe’s Health, Innovation and Economy.*
- Nordens Välfärdssenter. (2010). *Fokus på velferds-teknologi.*
- Norsk sykepleierforbund. (2013). *Samhandlingsreformen – hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?*
- OECD. (2011). *Society at a Glance 2011: OECD Social Indicators.*
- Pammolli, F. M. (2005). *Medical devices competitiveness and impact on public health expenditure.*
- PwC. (2013). *Medtech companies prepare for an innovation makeover.*
- Rambøll Management. (2007). *Omsorgsteknologi kan give mere tid til pleje i ældresektoeren.*
- The Boston Consulting Group. (2013). *Boiling Point – The Need to Transform the Medtech Model in Europe.*
- von der Fehr, P. N.-H. (2007). *Sentralisering av innkjøp i helse-sektoeren – en prinsipiell økonomisk analyse med særlig vekt på virkninger for leverandører av medisinsk utstyr.*



**Bransjeorganisasjonen for
helse- og velferdsteknologi**

FORSKNINGSPARKEN
Gaustadalléen 21
NO-0349 Oslo
Telefon +47 23 16 89 20
Mail: info@lfh.no
www.lfh.no

2014