



Oslo

Kommunerevisjonen

2021

Innføring av velferds- teknologi i hjemmetjenesten

Rapport 15

Helsetaten
Bydel Grorud
Bydel Ullern

Siste publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

Kommunerevisjonens rapporter 2020

Rapport 1/2020	Omsorgsbygg Oslo KFs oppfølging av byggeprosjekter
Rapport 2/2020	To byråders oppfølging av brudd på arbeidstidsbestemmelsene
Rapport 3/2020	Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen 2019
Rapport 4/2020	Saksbehandling og koordinering av gravearbeider
Rapport 5/2020	Overordnet styringsdialog om opplæring
Rapport 6/2020	Anskaffelser – kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier
Rapport 7/2020	Forebygging av frafall fra videregående opplæring
Rapport 8/2020	Barneverntjenestens bruk av tolketjenester - Bydel Grorud og Bydel Søndre Nordstrand
Rapport 9/2020	Tilsyn og brannforebyggende arbeid?
Rapport 10/2020	Eierskapskontroll – eiendommer organisert som aksjeselskaper
Rapport 11/2020	Beredskap og håndtering av koronautbruddet - erfaringsoppsummering barnevern, skole og sykehjem
Rapport 12/2020	Oppfølging av personer med ruslidelser – Bydel Alna og Bydel Nordstrand?
Rapport 13/2020	Startlån og tilskudd til egen bolig
Rapport 14/2020	Eierskapskontroll av styrevalgprosesser
Rapport 15/2020	Barn i sårbare livssituasjoner – barnevern og skoler
Rapport 16/2020	Beredskap og håndtering av koronautbruddet Erfaringsoppsummering smittevernberedskap og samferdsel
Rapport 17/2000	Beredskap og håndtering av koronautbruddet - Oppsummering av Kommunerevisjonens undersøkelser

Kommunerevisjonens rapporter 2021

Rapport 1/2021	Informasjonssikkerhet i Vann- og avløpsetaten
Rapport 2/2021	Forebygging og oppfølging av mobbing og vold – Slemdal skole og Veitvet skole
Rapport 3/2021	Kommunens støtteverktøy for krisehåndtering
Rapport 4/2021	Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen 2020
Rapport 5/2021	Eierskapskontroll av Oslo Konserthus AS
Rapport 6/2021	Kostnadskontroll i tidligfase i investeringsprosjekter
Rapport 7/2021	Kvalitet i spesialskole og spesialgruppe – Haukåsen skole og Rødtvet skole
Rapport 8/2021	Bruk av rammeavtaler – Eiendoms- og byfornyelsesetaten og Undervisningsbygg Oslo KF
Rapport 9/2021	Koordinering for barn og unge med stort hjelpebehov
Rapport 10/2021	Utbyggingsavtaler
Rapport 11/2021	Korona del 2
Rapport 12/2021	Eierskapskontroll av VEAS og datterselskaper
Rapport 13/2021	Tildeling og oppfølging av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
Rapport 14/2021	Behandling av spørsmål om byråders habilitet. Byrådsavdeling for byutvikling og Byrådsavdeling for kultur, idrett og frivillighet

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonen *Innføring av velferdsteknologi*. Rapporten inneholder også et rent beskrivende kapittel som blant annet viser utbredelsen av velferdsteknologiske løsninger i Oslo kommune.

Forvaltningsrevisjonen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 21. januar 2021 (sak 6), og tilhører området virksomhetsstyring, digitalisering og informasjonssikkerhet, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll 2020–2024* av 21. oktober 2020 (sak 283).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Forvaltningsrevisjon er definert slik i kommuneloven § 23-3:

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført av Roar Andreas Kristensen, Stig Eliassen og Thea Schjødt, sistnevnte som prosjektleder etter oppstartsfasen.

Vi vil takke Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

15. november 2021

Lars Normann Mikkelsen
avdelingsdirektør

Thea Schjødt
revisjonsrådgiver

Innhold

Hovedbudskap.....	5
Sammendrag	5
1. Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Formål og problemstillinger	9
1.3 Avgrensninger	10
1.4 Revisjonskriterier	10
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring	10
1.6 Rapportens oppbygging.....	11
2. Velferdsteknologi i Oslo kommune	12
3. Identifisere og planlegge realisering av nytte	16
3.1 Revisjonskriterier	16
3.2 Faktabeskrivelse	16
3.3 Kommunerevisjonens vurderinger	18
4. Gjennomføre realisering av nytte	20
4.1 Revisjonskriterium	20
4.2 Faktabeskrivelse	20
4.3 Kommunerevisjonens vurderinger	23
5. Dokumentere realisering av nytte	25
5.1 Revisjonskriterier	25
5.2 Faktabeskrivelse	25
5.3 Kommunerevisjonens vurderinger	26
6. Behandling av personopplysninger og håndtering av samtykke	28
6.1 Revisjonskriterier	28
6.2 Faktabeskrivelse	28
6.3 Kommunerevisjonens vurderinger	31
7. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger	32
7.1 Konklusjoner	32
7.2 Anbefalinger	33
8. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse	35
8.1 Byråd for helse, eldre og innbyggertjenester	35
8.2 Helseetaten	36
8.3 Bydel Grorud	37
8.4 Bydel Ullern	38
Referanser	40
Tabelloversikt	42
Vedlegg 1 Revisjonskriterier	43
Vedlegg 2 Metode	53
Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester	58

Vedlegg 4 Uttalelse fra Helseetaten.....	60
Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Grorud.....	62
Vedlegg 6 Uttalelse fra Bydel Ullern	65

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt om innføring av velferdsteknologi i Bydel Grorud og Bydel Ullern gjennomføres på en slik måte at forventet nytte for kommunen og brukerne kan oppnås.

Forvaltningsrevisjonen viser at det var svakheter i bydelenes arbeid med å sikre at kommunen oppnår forventet nytte ved bruk av velferdsteknologi. De knyttet seg til planlegging av gevinstrealisering når teknologien var satt i drift, dokumentasjon av brukermedvirkning og oppfølging og dokumentasjon av nytte av teknologien. Videre kunne utfordringer knyttet til forsinket lukking av varsler om avvik på medisindispensere redusere nytten av teknologien.

Helseetatens verktøy som skulle hjelpe bydelene med å følge opp og dokumentere nytte, fungerte ikke etter hensikten. Helseetaten hadde på de undersøkte områdene ivarettatt hensyn til personvern og informasjonssikkerhet. Undersøkelsen viser enkelte mangler i bydelenes arbeid på dette området, særlig knyttet til det å sikre at alle tilganger var i tråd med tjenstlig behov.

Sammendrag

Velferdsteknologi er et felles begrep for tekniske produkter som bidrar til økt selvstendighet og mestring av eget liv, sykdom og helse. Velferdsteknologi er en tjeneste som blant annet tilbys brukere av hjemmetjenester, som det kan søkes om og fattes vedtak om etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er en forventet økning av både nye og yngre brukergrupper, og av antall eldre med mer sammensatte hjelpebehov og komplekse helseutfordringer. Velferdsteknologi refereres i mange sammenhenger til som en del av løsningen for å møte de demografiske utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor, ved at det kan redusere eller utsette behovet for hjemmetjenester.

Det er derfor viktig at kommunen har gode prosesser for å sikre at innføring av teknologien gir forventet nytte for både kommunen og brukerne. Det er imidlertid risiko for at tjenesteytende virksomheter og brukerne ikke er klare til å absorbere alle endringene som følger av å ta i bruk slik teknologi, herunder å sikre at brukerne behersker teknologien.

Kommunerevisjonen har undersøkt innføringen av velferdsteknologi i Bydel Grorud og Bydel Ullern. Helseetaten er også omfattet av forvaltningsrevisjonen.

Forvaltningsrevisjonen har hatt følgende hovedproblemstilling:

- I hvilken grad legges det til rette for at innføring av velferdsteknologi gir forventet nytte for kommunen og brukerne?

Revisjonskriteriene er målestokken som legges til grunn for Kommunerevisjonen vurderinger. Revisjonskriteriene har tatt utgangspunkt i kommunens krav til gjennomføring av investeringsprosjekter, virksomhetsstyring og IKT-sikkerhet samt teori om beste praksis slik den fremkommer i Direktoratet for økonomistyrings veileder i gevinstrealisering.

Rapporten inneholder også et rent beskrivende kapittel som blant annet viser utbredelsen av velferdsteknologiske løsninger i Oslo kommune. Elektroniske medisindispensere, trygghetsalarmer og GPS-lokaliseringsteknologi er velferdsteknologi som tilbys i alle bydelene i Oslo kommune. Digitalt tilsyn og digital hjemmeoppfølging var tatt i bruk i noen bydeler.

Forvaltningsrevisjonen bygger på dokumentgjennomgang, gjennomgang av et utvalg brukermapper og intervjuer med ansatte i Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern. Videre har Kommunerevisjonen intervjuet noen brukere, og representanter for brukergrupper og tillitsvalgte.

Hovedtyngden av datainnsamlingen foregikk i juni og august 2021. Undersøkelsen omfatter perioden 2017–2021. I det følgende presenteres sentrale vurderinger i rapporten.

Sentrale vurderinger

Identifisering og planlegging av nytte av velferdsteknologi

Bydel Grorud hadde utarbeidet planer for nytte av elektroniske medisindispensere som gjaldt for 2017 og 2018. Bydelen manglet gevinstrealiseringsplaner for påfølgende år, og hadde ikke gevinstrealiseringsplaner for GPS og digital trygghetsalarm.

Bydel Ullern hadde en overordnet gevinstrealiseringsplan for de ulike velferdsteknologiske tjenestene som gjaldt for årene 2017 til 2019, men ikke for årene 2020 til 2021. Det fremkom ikke av planen hvem som var gevinstansvarlig.

Manglende eller mangelfull gevinstrealiseringsplan gir risiko for at potensiell nytte uteblir, blant annet fordi nødvendige tiltak ikke blir iverksatt eller kommer i gang senere enn de ellers ville gjort. Det vil normalt være først i driftsperioden når teknologien er tatt i bruk at nytte oppnås. Planlegging for gevinstrealisering bør derfor også omfatte driftsperioden.

Helseetaten forsøkte å tilrettelegge for bruk av maler for å støtte bydelene i arbeidet med gevinstrealiseringsplaner.

Gjennomføring og dokumentering av oppnådd nytte av velferdsteknologi

Begge bydelene, og Helseetaten, ga opplæring til ansatte som skulle håndtere velferdsteknologi. Begge bydelene hadde en prøveperiode der de fulgte med på om brukeren mestret og var fornøyd med den velferdsteknologiske løsningen vedkommende hadde fått. Bydelene hadde ikke systematisert tilbakemeldinger fra brukere eller gjennomført brukerundersøkelser knyttet til velferdsteknologi. Det gir risiko for at bydelene ikke har oversikt over hvorvidt brukermedvirkningen er tilstrekkelig, og i hvilken grad teknologien er til nytte for brukeren.

I begge bydeler var det utfordringer knyttet til at varsler om feil på dispenser ikke ble lukket innen rimelig tid. Varsler som ikke er dokumentert lukket kan gi usikkerhet om bruker har tatt medisin, og kan være tidkrevende å følge opp. Dersom bruker ikke har fått nødvendig medisin til rett tid, kan det forverre brukerens helsesituasjon og i verste fall være livstruende. Dokumentasjon er viktig for at bydelen skal kunne forsikre seg om at avvik blir håndtert slik de skal. Mange avvik, uavhengig av om de lukkes fort eller ikke, kan i seg selv skape motvilje mot teknologien hos både brukere og ansatte. Samlet sett

kan de nevnte konsekvensene av manglende lukking av avvik, eller mangelfull dokumentasjon av at avvik er lukket, redusere nytten av medisindispenserne.

Det var svakheter i oppfølging og dokumentasjon av i hvilken grad bruken av velferdsteknologi ga forventet nytte i Bydel Grorud og i noen grad i Bydel Ullern. De reviderte hadde ikke hensiktsmessig metodikk for å innhente kunnskap om og dokumentere oppnådd nytte, eller avdekke eventuelle avvik mellom oppnådd og forventet nytte. Dette ga risiko for at virksomhetene ikke fikk godt grunnlag for å undersøke årsakene til eventuelle avvik eller gjort nødvendige justeringer i tiltakene underveis for å oppnå forventet nytte. Helseetatens verktøy som skulle hjelpe bydelene med å følge opp og dokumentere nytte, fungerte ikke etter hensikten.

Behandling av personopplysninger

Helseetaten hadde kartlagt og verdivurdert informasjon knyttet til de velferdsteknologiske løsningene som er undersøkt. Bydel Grorud og Bydel Ullern hadde ikke kartlagt og verdivurdert informasjonen som ble benyttet i systemene for velferdsteknologi.

Helseetaten hadde foretatt risikovurderinger knyttet til de velferdsteknologiske løsningene som er undersøkt. Bydel Grorud hadde foretatt risikovurderinger for sin bruk av velferdsteknologi for én av løsningene. Bydel Ullern hadde gjort dette for to av løsningene. Etter Kommunerevisjonens vurdering har Bydel Grorud og Bydel Ullern et selvstendig ansvar for å sørge for kartlegginger av personopplysninger, verdivurderinger og risikovurderinger for sin bruk av systemene. Disse kan gjerne bygge på de analysene Helseetaten har gjort. Manglende risikovurdering av bydelenes bruk av velferdsteknologi kan gi risiko for bydelene ikke i tilstrekkelig grad iverksetter nødvendige sikkerhetstiltak.

Bydel Grorud og Bydel Ullern hadde skriftlige rutiner for styring av tilganger til de velferdsteknologiske systemene. Bydelenes praksis knyttet til autorisering og tildeling av tilganger var likevel ikke tilfredsstillende. I Bydel Ullern var det mangelfull arbeidsdeling, og i begge bydeler var det manglende rutiner for kontroll av tilganger og av bruken av privilegerte tilganger. Dette medførte risiko for personopplysninger på avveie og for at tilganger ikke var i tråd med tjenstlig behov.

Helseetaten hadde inngått databehandleravtaler med leverandørene av velferdsteknologi slik regelverket tilsier.

Etter Kommunerevisjonens vurdering hadde ikke bydelene en god nok praksis med å informere brukerne om behandlingen av personopplysninger i systemene. Bydelene syntes å ha et korrekt behandlingsgrunnlag for de undersøkte velferdsteknologiske løsningene.

Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler at Helseetaten vurderer tiltak som kan gi bedre kunnskap om hvilken nytte kommunen oppnår gjennom bruk av velferdsteknologi.

Kommunerevisjonen anbefaler at Bydel Grorud og Bydel Ullern iverksetter tiltak for å sikre at

-
- det utarbeides planer for hvordan bydelen skal oppnå forventet nytte av velferdsteknologi
 - bydelen får kunnskap om i hvilken grad velferdsteknologien som bydelen benytter gir planlagt nytte
 - varsler om avvik på velferdsteknologiløsningene følges opp, og at oppfølgingen dokumenteres
 - det gjennomføres risikovurderinger av bydelens bruk av alle de velferdsteknologiske løsningene
 - bydelen implementerer prosesser for tilgangsstyring som sikrer at tilganger er i tråd med tjenstlig behov
 - brukere, og eventuelt pårørende, får tilstrekkelig informasjon om behandling av personopplysninger i de velferdsteknologiske løsningene

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester følger opp iverksettelsen av nødvendige tiltak.

Uttalelser til rapporten

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern.

I uttalelsene blir det varslet tiltak som Kommunerevisjonen vurderer som relevante for anbefalingene gitt i rapporten. Det er redegjort nærmere for uttalelsene og Kommunerevisjonens vurdering av disse i kapittel 8, og uttalelsene ligger i sin helhet som vedlegg 3 – 6.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Byrådet har som mål at flere skal bo trygt i eget hjem og leve selvstendige liv, og styrking av hjemmetjenesten med trygghetsskapende velferdsteknologi skal bidra i den sammenheng. Velferdsteknologi er et felles begrep for tekniske produkter som bidrar til økt selvstendighet og mestring av eget liv, sykdom og helse. Velferdsteknologi er en tjeneste som blant annet tilbys brukere av hjemmetjenester, som det kan søkes om og fattes vedtak om etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Per i dag tilbys velferdsteknologi som elektroniske medisindispensere, trygghetsalarmer og GPS-lokaliserings teknologi i Oslo kommune. Digitalt tilsyn og digital hjemmeoppfølging er tatt i bruk i noen bydeler. I tillegg er det flere bydeler som har testet ulike typer teknologi, for eksempel elektroniske dørlåser eller sosial teknologi.

Bruk av velferdsteknologi innen helse- og omsorgstjenester kan gi mer trygghet for både brukere, ansatte og pårørende. Det kan gi økt mestring og selvstendighet, og tilrettelegge for et høyere aktivitetsnivå for dem som bruker teknologien. For kommunen kan det også være kvantitative gevinster i form av spart tid og reduserte kostnader. Reduserte kostnader kan komme som følge av redusert behov for tjenester, dersom det reduserte hjelpebehovet muliggjør redusert bemanning eller mer effektiv bruk av ansatte. Reduserte kostnader kan også komme i form av utsatt behov for opphold i sykehjem for brukeren. I 2020 utgjorde brutto driftsutgifter til helse og omsorg i Oslo kommune 16,77 mrd. kr¹.

Det forventes en økning i antall mottakere av hjemmetjenester fremover, og at velferdsteknologiske innretninger øker i takt med den. Det er risiko for at tjenesteytende virksomheter og brukerne ikke er klare til å absorbere alle endringene som følger av å ta i bruk slik teknologi, herunder å sikre at brukerne behersker teknologien. Det er derfor viktig at kommunen har gode prosesser for å sikre at innføring av teknologien gir forventet nytte for både kommunen og brukerne.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å gi kontrollutvalget og bystyret informasjon om innføring av velferdsteknologi i kommunen gjennomføres på en slik måte at forventet nytte for kommunen og brukerne kan oppnås. Hensikten har også vært at undersøkelsen kan gi informasjon av betydning for kommunens forbedrings- og utviklingsarbeid når det gjelder planlegging, implementering og bruk av velferdsteknologi.

Kommunerevisjonen har undersøkt innføringen av velferdsteknologi i Bydel Grorud og Bydel Ullern. Helseetaten er også omfattet av forvaltningsrevisjonen.

Problemstillingen har vært:

- I hvilken grad legges det til rette for at innføring av velferdsteknologi gir forventet nytte for kommunen og brukerne?

¹ Statistisk sentralbyrå, KOSTRA, tabell 12362, FGK9 Helse og omsorg, brutto driftsutgifter 2020.

Vi har svart på problemstillingen ved å undersøke følgende:

- om beslutningsgrunnlaget for valg av løsningene inneholder brukerbehovsanalyser, beskrivelser av forventet nytte og beskrivelser av hvilke tiltak som må iverksettes for å oppnå forventet nytte
- om nødvendige tiltak for å oppnå nytte er iverksatt, som for eksempel tilstrekkelig opplæring av ansatte og brukere, og brukermedvirkning ved valg av tiltak
- om det er dokumentert i hvilken grad implementeringen gir forventet nytte, og om det er gjort vurderinger av mulige årsaker til at nytten eventuelt ikke er oppnådd
- behandling av personopplysninger og håndtering av samtykke

Rapporten inneholder også et rent beskrivende kapittel som blant annet viser utbredelsen av velferdsteknologiske løsninger i Oslo kommune.

1.3 Avgrensninger

Undersøkelsen har vært avgrenset til innføring av velferdsteknologi i hjemmetjenesten, og inkluderte dermed ikke velferdsteknologi i sykehjem eller omsorgsboliger.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene for denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i kommunens krav til gjennomføring av investeringsprosjekter, virksomhetsstyring og IKT-sikkerhet samt teori om beste praksis slik den fremkommer i Direktoratet for økonomistyrings veileder i gevinstrealisering.

Kildene fra kommunen har vært blant annet:

- *Instruks for IKT sikkerhet i Oslo kommune*
- *Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune*
- *Krav og veiledning til konseptvalgutredning i Oslo kommune*
- *Krav og veiledning til utforming av styringsdokument*
- *Prinsipper for investeringsprosesser i Oslo kommune og Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter*
- *Økonomireglementet*

Vi presenterer revisjonskriteriene løpende i kapittel 3–6 og gir en mer utfyllende beskrivelse i vedlegg 1.

1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Forvaltningsrevisjonen bygger på dokumentgjennomgang og intervjuer med ledere og ansatte i Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern. Tillitsvalgte i Bydel Grorud er også intervjuet. Vi har hatt møter med rådet for personer med nedsatt funksjonsevne i Bydel Grorud og med eldrerådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i Bydel Ullern. Vi har også hatt møte med pasient- og brukerombudet i Oslo og Viken. Videre har vi gått gjennom et utvalg brukermapper og snakket med en bruker av velferdsteknologi i hver av de to bydelene.

Sentrale dokumenter har blant annet vært prosjektenes styringsdokumenter, gevinstrealiseringsplaner, referater fra styringsgrupper, statusrapportering, risiko- og sårbarhetsanalyser, og rutiner knyttet til de enkelte teknologiene.

Hovedtyngden av datainnsamlingen foregikk i juni og august 2021. Undersøkellesperioden har vært fra 2017 til september 2021.

For mer utfyllende beskrivelse av de ulike elementene i metoden, se vedlegg 2.

1.6 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 har vi gitt en kort presentasjon av velferdsteknologien som er i bruk i Oslo kommune og som er inkludert i undersøkelsen. I kapittel 3–5 ser vi hvordan de reviderte arbeider med å legge til rette for å oppnå nytte. Kapittel 6 handler om personvern. I kapittel 7 presenteres Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger.

I kapittel 8 har vi oppsummert og kommentert vesentlige momenter i uttalelsene fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern. Uttalelsene i sin helhet ligger i vedlegg.

2. Velferdsteknologi i Oslo kommune

Byrådet uttalte i bystyremelding 1/2014 *Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo* at Oslo skal være i front av utviklingen av velferdsteknologi i Norge. Det er et mål for kommunen at alle skal kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker og det finnes mulighet for det. Videre er det et mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av pleie- og omsorgstilbudet i kommunen.

Mellom 2013 og 2016 hadde de fire sentrumsbydelene Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen et samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus om utprøving av velferdsteknologi gjennom prosjektet Velferdsteknologi i sentrum (VIS). Prosjektet var en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP).

I 2016 besluttet Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester å nedsette et spredningsprosjekt for velferdsteknologi i Oslo kommune, der de fire VIS-bydelene skulle dele sine erfaringer med de elleve andre bydelene for å øke takten på innføringen av velferdsteknologi i kommunen. I første omgang var det elektroniske medisindispensere som skulle spres gjennom prosjektet.

Spredningsprosjektet var virksomt fra 2017 og ble avsluttet i desember 2019. Elektroniske medisindispensere gikk da over i vanlig drift. Spredningsprosjektet ble etterfulgt av Velferdsteknologi i Oslo-modellen (VIO-modellen). Dette er en samarbeidsmodell for velferdsteknologiprodukter, med nettverk, innføringsprosjekter og topplederråd. Ansvar for innføringen av velferdsteknologiprodukter og nødvendig tilhørende organisasjonsutvikling/tjenestetilpasning ligger hos virksomhetene, i egen driftsorganisasjon.

Velferdsteknologi som tilbys i alle bydelene høsten 2021 er elektroniske medisindispensere, trygghetsalarmer (stasjonær i trygghetspakke 1 og bærbar i trygghetspakke 2) og GPS-lokaliseringsteknologi (trygghetspakke 3). Alle innbyggere i Oslo over 75 år har rett til å få en trygghetsalarm til bruk inne når de selv ønsker det/søker om det, uten krav om behovskartlegging.

En elektronisk medisindispenser plasseres hjemme hos bruker og etterfylles, oftest annenhver uke, med multidoseruller av foreskrevne legemidler. Den varsler brukeren med lyd når det er tid for å ta medisin. Brukeren trykker da på en knapp på maskinen, og en pose med medisin kommer ut. Til dispensereren hører et fjernpleiesystem, et administrasjonssystem for oppfølging av legemiddeluttaket og overvåking av dispenserens funksjon. Systemet sørger for å sende varsel til hjemmetjenesten dersom medisinen blir glemt, eller dersom det oppstår andre feil.

I tillegg er digitalt tilsyn en tjeneste som er innført i noen bydeler, og som skal innføres i alle bydeler på sikt. Når det gjelder de to bydelene i denne forvaltningsrevisjonen, hadde Ullern på undersøkelsestidspunktet tilbud om digitalt tilsyn, mens Grorud ikke hadde det. Digitalt tilsyn er sensorer i hjemmet som erstatter eventuelle fysiske besøk i forbindelse med tilsyn, og det kan også brukes som et fallforebyggende tiltak. Digitalt tilsyn utføres ved hjelp av et kamera der bildet som vises i utgangspunktet er anonymisert. Detaljert bilde kan aktiveres ved behov. Sensorer sørger for automatisk varslings i valgte situasjoner, for eksempel ved fall, dersom personen går ut av leiligheten, eller ikke kommer tilbake fra toalettet.

Digital hjemmeoppfølging er også en tjeneste som er under utprøving i noen bydeler. Digital hjemmeoppfølging innebærer at bruker selv utfører målinger for eksempel av blodtrykk, puls, blodsukker m.m. Disse målingene blir sendt til bydelen, hvor et oppfølgingssenter følger dem opp.

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

Teknologi som kan komme til å bli introdusert i årene som kommer er, ifølge Helseetatens langtidsplan for velferdsteknologi, forebyggende tjenester som for eksempel madrasser som vender tjenestebruker for å unngå liggesår. Det kan også være enkle hjelpemidler som kan varsle ved hjelp av sensorer, for eksempel om dehydrering. Det kan også bli mer bruk av kameraløsninger, blant annet i kommunikasjon. Helseetaten jobber med videreutvikling og utvidelse av responscenter for trygghetsteknologi, og ser blant annet på muligheten for å inkludere flere av teknologiene i responscenteret.

Tabell 1 viser status for antall trygghetspakker, medisindispensere, medisinsk avstandsoppfølging for kronisk syke hjemmeboende og digitalt tilsyn i september 2021.

Tabell 1 Trygghetsalarmer og velferdsteknologi i Oslo kommune 30.9.2021

Bydel	Personer registrert i EPJ med trygghetspakke 1 eller 2	Personer med trygghetspakke 3 (GPS)	Personer registrert med medisindispenser	Personer registrert med digital hjemmeoppfølging	Personer registrert med digitalt tilsyn
Gamle Oslo	380	27	47	59	15
Grünerløkka	466	34	93	63	4
Sagene	492	18	57	64	0
St. Hanshaugen	395	15	92	70	39
Frogner	896	44	47	0	0
Ullern	737	68	46	0	19
Vestre Aker	845	28	80	0	0
Nordre Aker	842	49	36	0	3
Bjerke	569	44	33	0	11
Grorud	549	35	23	0	0
Stovner	623	37	52	0	0
Alna	792	29	84	0	3
Østensjø	1284	48	72	0	0
Nordstrand	921	31	74	0	0
Søndre Nordstrand	355	6	19	0	0
Totalt	10 146	513	855	256	94

Note: Data fra Helseetaten. Tallene for trygghetspakkene er hentet fra Geric. Tallene for elektroniske medisindispensere, digitalt tilsyn og digital hjemmeoppfølging er hentet fra de ulike administrasjons- og responsløsningene. EPJ er forkortelse for elektronisk pasientjournal

Som det fremgår av tabellen over, var det til dels betydelig variasjon mellom bydelene når det gjaldt antall personer som hadde de ulike tjenestene. Trygghetspakke 1 og 2 var mest utbredt. Bydel Østensjø hadde flest personer med trygghetspakke 1 og 2, og Bydel Søndre Nordstrand hadde færrest trygghetspakker av både type 1, 2 og 3. Bydel Ullern hadde flest personer med trygghetspakke 3 (GPS). Bydel Grorud og Bydel Søndre Nordstrand var de to bydelene som hadde færrest medisindispensere, mens Bydel Grünerløkka hadde flest. De som var registrert med tjenesten digital hjemmeoppfølging, bodde i de fire sentrumsbydelene. Sju av femten bydeler hadde personer registrert med digitalt tilsyn.

Status Bydel Grorud – Innføring av velferdsteknologi

Bydel Grorud hadde trygghetspakker med digitale trygghetsalarmer og GPS-lokaliseringsteknologi i drift og i tråd med måltall for utbredelse. Medido elektronisk medisindispenser ble innført i 2017. Evondos elektronisk medisindispenser ble innført høsten 2019 for å nå ut til flere brukere og var på undersøkelsestidspunktet i bruk på én av de tre avdelingene i hjemmetjenesten. Bydelen hadde ikke nådd måltallet om 40 elektroniske medisindispensere i drift. I september 2021 var antallet 23 dispensere, som var omtrent på nivå med de foregående månedene. I tillegg hadde Grorudhuset i bydelen et prosjekt for å forebygge ensomhet og isolasjon blant eldre gjennom digitale løsninger. Bydelen hadde ikke innført digitalt tilsyn.

Status Bydel Ullern – Innføring av velferdsteknologi

Bydel Ullern har hatt tilbud om trygghetspakke med GPS siden 2016, etter gjennomføringen av et prosjekt om teknologien i samarbeid med Helseetaten og Sintef. Bydelen hadde et måltall om 50 GPS-brukere. Medisindispensere ble tatt i bruk i bydelen i 2017, og bydelen hadde i 2021 tilbud om tre ulike typer dispenser: Medido, Evondos og Pilly. I september 2021 var det 46 dispensere i aktiv bruk i bydelen. Måltallet var 60.

Digitalt tilsyn har blitt testet i bydelen siden 2018, og Bydel Ullern ble i november 2020 med i pilot for ny avtale tilknyttet digitalt tilsyn. Digitalt tilsyn var et tilbud i demensboliger og Omsorg+ samt i ordinære hjem. Det var 19 brukere med digitalt tilsyn i bydelen i september 2021.

3. Identifisere og planlegge realisering av nytte

I dette kapittelet ser vi på Helseetatens bruk av brukerbehovsanalyser i anskaffelser av velferdsteknologi. Videre vurderer vi Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullerns arbeid med å identifisere og planlegge realisering av nytte.

3.1 Revisjonskriterier

- Helseetaten bør gjennomføre brukerbehovsanalyse før anskaffelse av ny velferdsteknologi.
- Helseetaten og bydelene bør beskrive forventet nytte av velferdsteknologi, og bydelene bør beskrive hvilke tiltak som må iverksettes for å oppnå forventet nytte. Dette bør de gjøre ved å utarbeide en gevinstrealiseringsplan eller annet som dekker følgende:
 - oversikt over gevinster som skal realiseres
 - størrelsen på gevinstene
 - resultatindikatorer for de ulike gevinstene som gjør det mulig å si noe om i hvilken grad gevinstene er blitt realisert
 - når gevinstene forventes å bli realisert
 - usikkerhetsfaktorer som påvirker gevinstenes størrelse, og eventuelle tiltak for at gevinstene skal bli størst mulig.
 - hvem som er ansvarlig for at gevinstene blir realisert

3.2 Faktabeskrivelse

Helseetaten

Brukerbehovsanalyse

Helseetaten opplyste at den benyttet tjenstedesignere for å kartlegge brukerbehov i forkant av anskaffelser av velferdsteknologi. Tjenstedesignerne snakket med ansatte og pårørende eller brukere i bydelene. Under koronapandemien hadde brukergruppen for velferdsteknologi vært mindre tilgjengelig.

Helseetaten har oppgitt at den utarbeidet en innsiktsrapport før anskaffelsen av digitalt tilsyn i 2018. Innsikt fra intervjuer og workshops ble i konkurransegrunnlaget uttrykt gjennom en representasjon av brukergrupper for teknologien. Leverandørene ble bedt om å eksemplifisere tilbudet gjennom å benytte disse representasjonene i besvarelsene sine. Helseetaten gjennomførte et møte om behov med etater og bydeler i planleggingsfasen av anskaffelsen.

Før anskaffelsen av GPS i 2018 ble det ikke gjennomført egen brukerbehovsanalyse, men Helseetaten la til grunn erfaringer fra utprøving av teknologien i Oslos bydeler gjennom 3,5 år i prosjektet Samspill. Erfaringer fra prosjektet var dokumentert i rapport fra Sintef, som blant annet bygget på intervjuer og spørreundersøkelser med pårørende og informasjon fra brukere selv.

Trygghetsalarmer har vært et tilbud i mange år. Mens de analoge trygghetsalarmene brukte det analoge fasttelefonnettet, bruker digitale trygghetsalarmer IP/mobilnett. Helsedirektoratet anbefalte at alle kommuner gikk over fra analoge til full-digitale trygghetsalarmer innen utgangen av 2018, i god tid før utfasingen av det analoge

telefonnettet. Det forelå ikke en egen brukerbehovsanalyse i forkant av anskaffelsen av digitale trygghetsalarmer. For brukere ville analog og digital trygghetsalarm fremstå relativt lik: en knapp å trykke på for å tilkalle hjelp.

Før anskaffelsen av elektroniske medisindispensere i 2019, ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte om deres erfaringer med eksisterende medisindispensere. Brukere ble ikke spurt. Ansatte ble spurt om hvilke tilbakemeldinger de hadde fått fra brukere.

Gevinstrealiseringsplan

Velferdsteknologien som har blitt innført i Oslo kommune, er i tråd med nasjonale anbefalinger fra Helsedirektoratet. Nasjonalt velferdsteknologiprogram har sammenstilt gevinster og erfaringer fra utprøvinger av velferdsteknologi i kommuner. Helseetaten oppga at den hadde lagt til grunn Helsedirektoratets anbefalinger ved anskaffelser, men hadde for eksempel ikke kommet i mål med digitale låser eller et logistikksystem for hjemmetjenesten, som var blant Helsedirektoratets anbefalinger.

Helseetaten opplyste at den var i startfasen med å lage gode prosesser for å vurdere gevinstene før etaten gikk i gang med anskaffelse og innføring av velferdsteknologi. Helseetaten påpekte at det manglet en tydelig forventning fra Oslo kommune om hvordan etaten og bydelene skal jobbe med gevinster. Digitalt tilsyn var den eneste anskaffelsen på området der Helseetaten hadde gjort en egen analyse av gevinster før anskaffelsen. Gevinstrealiseringsplanen for digitalt tilsyn inneholdt overordnede beskrivelser av forventede gevinster, men ikke tiltak for å oppnå disse. For de andre teknologiene som var anskaffet på et tidligere tidspunkt, hadde Helseetaten forsøkt å vurdere gevinster etter at teknologien var anskaffet.

For elektroniske medisindispensere hadde Helseetaten utarbeidet en mal for å gjøre nullpunktsmålinger som bydelene kunne bruke. Å utføre en nullpunktsmåling vil si å måle tilstanden før innføring av et tiltak. I dette tilfellet registrerte man blant annet antallet hjemmebesøk, før innføringen av elektronisk medisindispenser. Hensikten er at man senere skal kunne sammenlikne antallet hjemmebesøk og de andre indikatorene før og etter innføring av medisindispenseren, slik at man kan finne ut hva effekten av dispensereren har vært. Denne malen hadde senere blitt oppdatert fra den første, enkle versjonen.

Bydel Grorud

Bydel Grorud hadde utarbeidet et styringsdokument for innføring av medisindispensere i 2017 med enkelte kost- og nyttevurderinger. Det var skissert metode for beregning av innsparinger ved redusert besøk for medisinerer, og angitt foreløpig kartlegging av antall aktuelle brukere. Dokumentet inneholdt en oversikt over prosjektets usikkerheter, som inkluderte trusler med konsekvens at ønskede gevinster ikke kan realiseres. Det fremkom at det var uklart hvordan gevinster skulle måles når det gjaldt trygghet og mestring hos brukere og ev. trygghet hos pårørende.

Bydelen hadde i 2018 utarbeidet en gevinstrealiseringsplan for medisindispensere, basert på mal fra *Veikart for tjenesteinnovasjon* utviklet av KS. Her var det identifisert ti gevinster. Flere av disse var lokalt tilpasset, for eksempel «Nedgang i legemiddelavvik på parameterne på avd. nord i hjemmetjenesten». Noen identifiserte gevinster fremsto mer som tiltak enn gevinster, for eksempel «Kartlegging av brukere som kun har utlevering av

MDD». Resultatindikator var angitt for fem av gevinstene. Tiltak for å oppnå gevinstene og tidspunkt for realisering av gevinster var fylt inn for to av ti gevinster. Disse to var knyttet til kvantitative gevinster. Bydel Grorud hadde identifisert gevinstansvarlig og gevinsteiere i hjemmetjenesten.

Seksjonsleder for hjemmetjenesten fortalte at bydelen ikke hadde utarbeidet nye gevinstrealiseringsplaner etter 2017/18. Det forelå ikke gevinstrealiseringsplaner for GPS eller digitale trygghetsalarmer.

Bydel Ullern

Bydel Ullern hadde utarbeidet en handlingsplan med tilhørende gevinstrealiseringsplan for innføring av velferdsteknologi som gjaldt for perioden 2017 til 2019. Plan var ikke utarbeidet for 2020 og 2021. Handlingsplanen omfattet en rekke teknologier som bydelen ønsket å innføre, herunder elektronisk medisindispenser, utskifting av analoge trygghetsalarmer med digitale, og digitalt tilsyn. I planen fremgikk det også at bydelen, gjennom en kartlegging av behov blant brukere, hadde utvidet tilbudet om GPS til å gjelde også andre brukere, og ikke bare personer med demens. Flere teknologier som ikke er innført per høsten 2021 var også omfattet av planen, herunder eLås og digital hjemmeoppfølging.

Handlingsplanen inneholdt oversikt over gevinster som skulle realiseres. Det var angitt både kvalitative og kvantitative (prissatte) gevinster for den enkelte teknologien. For elektronisk medisindispenser var den beregnede innsparingen basert på en antakelse om at antallet besøk for brukere av medisindispenserne ville kunne halveres. Det var presisert at de prissatte gevinstene var antatte mulige effekter, og at det ikke hadde vært tid til å gjennomføre tidsmålinger e.l. i utarbeidelse av gevinstrealiseringsplanen. I innledningen til planen ble det anbefalt å utarbeide spesifikke gevinstrealiseringsplaner for hvert prosjekt (knyttet til den enkelte teknologi). Det var det enkelte prosjekt som i planen var gitt ansvar for å foreta nullpunktsmålinger, herunder gjennomføring av en brukerundersøkelse.

Det var utarbeidet enkelte resultatindikatorer og usikkerhetsfaktorer, og tiltak var beskrevet. Handlingsplanen ga et anslag for gevinster av innføring av velferdsteknologi for 2017 og 2018. Det var anslått at kostnadene ville overstige innsparingene knyttet til teknologien i 2018. Den viste generelt til at man innenfor velferdsteknologi snakker om gevinster som økt kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader. Planen anslo et startpunkt for uttak av gevinster oppgitt i kvartal/år. Bydelen hadde ikke utpekt gevinstansvarlig, men leder for avdeling Helse og mestring oppga at dette naturlig ville falle under hennes ansvarsområde.

3.3 Kommunerevisjonens vurderinger

De fire anskaffelsene av velferdsteknologi vi har sett på, gjaldt teknologi anbefalt av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Helseetaten hadde kunnskap om brukerbehov blant annet gjennom dette.

Bydel Grorud hadde laget planer for medisindispensere som omhandlet nytte, men ikke en plan for årene etter 2018. Bydelen manglet gevinstrealiseringsplaner for GPS og digital trygghetsalarm.

Bydel Ullern hadde en overordnet handlingsplan og gevinstrealiseringsplan for velferdsteknologi som gjaldt for årene 2017 til 2019, men ikke for årene 2020 til 2021. Det fremgikk ikke av planene hvem som var ansvarlig for at gevinstene ble realisert.

Manglende eller mangelfull gevinstrealiseringsplan gir risiko for at potensielle gevinster uteblir, blant annet ved at nødvendige tiltak ikke blir iverksatt, eller at de kommer i gang senere enn de ellers ville gjort. Nytte oppnås normalt først i driftsperioden når teknologien er tatt i bruk. Planlegging for gevinstrealisering bør derfor også omfatte driftsperioden. Når ansvaret for realisering av gevinster ikke formelt er plassert, gir det risiko for at oppnåelse av nytte ikke får nødvendig oppmerksomhet i innføringen av teknologien.

Det var positivt at Helseetaten forsøkte å tilrettelegge for bruk av maler for å støtte bydelene i arbeidet med gevinstrealiseringsplaner, og at etaten hadde etablert en overordnet gevinstrealiseringsplan for digitalt tilsyn.

4. Gjennomføre realisering av nytte

I dette kapittelet vurderer vi bydelene Grorud og Ullerns arbeid med å sørge for nytte ved innføring av velferdsteknologi. Vi har rettet oppmerksomheten mot opplæring av ansatte og brukermedvirkning som nødvendige tiltak for å oppnå nytte av teknologien. I tillegg har vi gjennom undersøkelsen identifisert oppfølging av varsler om avvik på teknologien som et slikt nødvendig tiltak. For bydelenes del er medisindispensere i fokus fordi det var denne teknologien som var under innføring i hjemmetjenesten i begge bydelene i undersøkelsesperioden, i tillegg til digitalt tilsyn i Bydel Ullern.

4.1 Revisjonskriterium

- Helseetaten og bydelene bør gjennomføre nødvendige tiltak for å realisere gevinster.

4.2 Faktabeskrivelse

Opplæring av ansatte

Helseetaten hadde fått utviklet opplæringsopplegg for velferdsteknologi og hverdagsmestring i samarbeid med bydelene og helsehusene. Opplegget var basert på overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene i Oslo kommune 2017–2021, som hadde styrking av medarbeidernes kompetanse på bruk av velferdsteknologi som et tiltak. Kommunen hadde tatt i bruk KS sin e-læringsportal for kommuner og fylkeskommuner. Portalen inneholdt blant annet basiskurs og et fordypningskurs for ledere og ressurspersoner i velferdsteknologi i Oslo kommune. Helseetaten hadde gjennomført kurs i bruk av GPS for medarbeidere i bydelenes hjemmetjeneste, og organiserte samlinger der de ulike bydelene møttes, fikk informasjon og utvekslet erfaringer. Helseetaten oppga at den gjennomførte jevnlig oppfriskningskurs i de ulike teknologiene for ledere og ressurspersonen i etaten.

Begge bydelene hadde ansatt egen velferdsteknologiansvarlig som gjennomførte opplæring blant de ansatte i hjemmetjenesten. Helseetaten ledet et nettverk av velferdsteknologikoordinatorer omtrent fire ganger i året.

Det var også utnevnt ressurspersoner i tjenesten i begge bydeler, som også kunne gjennomføre opplæring av ansatte i velferdsteknologi. Det var etablert nettverk mellom bydelene for de ulike velferdsteknologiske løsningene der ressurspersoner deltok.

Begge bydelene hadde utarbeidet skriftlige rutiner for bruk av velferdsteknologi. Rutinene dekket blant annet kartlegging av bruker, oppstart og avslutning av medisindispenser, håndtering av varsler og opplæring.

I Bydel Grorud hadde det vært gjennomført opplæring i fjernpleiesystemet Dignio Prevent i forbindelse med innføring av Medido medisindispenser i 2017. De som hadde fått opplæring var i hovedsak sykepleiere. I tillegg hadde noen helsefagarbeidere, fire ledere og prosjektkoordinator hatt opplæring det første året. Bydelen opplyste at det hadde vært gjennomført opplæring med sykepleiere og helsefagarbeidere i forbindelse med innføring av Evondos medisindispenser i 2019. Det var også lagt ut instruksjonsvideoer om betjening av Evondos på Workplace for hjemmetjenesten i bydelen. Innleggene, med lenke til instruksjonsvideoer, var sett av hhv. 37 av 55 i avdeling syd og av 32 av 39 i avdeling vest. Det fremkom ikke av dokumentasjonen hvor

mange som hadde sett selve videoen. Velferdsteknologiansvarlig hadde også publisert i et innlegg at hun hadde sendt instruksjonsvideo om etterfylning av medisin til alle ansatte på chat.

I tillegg ble det gjennomført opplæring av nyansatte sykepleiere, og det var tilbud om én-til-én-opplæring som hadde blitt gjennomført av vikar for velferdsteknologiansvarlig. Denne opplæringen var fleksibelt lagt opp. Opplæringen var ikke dokumentert. Tillitsvalgte vi snakket med, mente at det var gitt tilstrekkelig opplæring i bruk av medisindispensere. En tillitsvalgt trakk frem at fordelene med at innføringen av velferdsteknologi gikk langsomt i bydelen, var at det ga tid til god forankring og tilstrekkelig opplæring av ansatte.

I rapportering til Helseetaten om status for arbeidet med GPS meldte Bydel Grorud at den jevnlig jobbet med informasjonsspredning, som den vurderte som et problem, og opplæring.

I Bydel Ullern hadde ansatte i hjemmetjenesten gjennomført opplæring i elektroniske medisindispensere, både Medido og Evondos, og teknologi for digitalt tilsyn (RoomMate). Velferdsteknologiansvarlig utførte den første opplæringen av den ansatte og ga tilgang til systemet for dispenserne. Ressurspersonene i bydelen ga mer opplæring til dem som trengte det ved hjelp av en dispenser som var satt opp for demonstrasjon. I RoomMate var det velferdsteknologen og en ansatt fra bolig i bydelen som ga opplæring.

I 2019 gjennomførte Bydel Ullern en spørreundersøkelse blant ansatte for å få deres egen vurdering av kompetanse før gjennomføring av individuell opplæring i elektronisk medisindispenser. I denne undersøkelsen svarte 30 av 40 at de var trygge i håndteringen av Medido. Når det gjaldt Evondos var 14 av 39 trygge, mens 21 var ikke trygge. Tilliten til elektronisk medisindispenser som verktøy for medisinaladministrasjon var høy. 29 svarte at de var enige på spørsmålet «Har du tillit til EMD som verktøy for medisinaladministrasjon?», 10 svarte «verken-eller», og 1 var litt uenig (ingen var veldig uenig). Et flertall var enige i at de hadde behov for jevnlig opplæring/repetisjon i håndtering av medisindispensere.

Brukermedvirkning

Begge de undersøkte bydelene oppga at de la vekt på brukermedvirkning før innføring av teknologien. Bydelene hadde et kartleggingsskjema for brukere som støtte til å vurdere om medisindispenser kunne være et egnet tiltak. Skjemaet inneholdt spørsmål om bruker var samtykkekompetent, og spørsmål om bruker ønsket å prøve dispenser. Begge bydelene hadde informasjonsmateriell om elektroniske dispensere som var tilpasset brukere.

Bydel Grorud fulgte opp brukeren ekstra de første fjorten dagene etter utplassering av medisindispenseren for å se at brukeren behersket maskinen. Ifølge bydelen hadde det vært en utfordring særlig i startfasen at utplasserte dispensere måtte tas tilbake fordi brukerne ikke mestret dem.

Bydel Ullern oppga at den i alle vedtak om helsetjenester i hjemmet forutsatte at bydelen benyttet velferdsteknologi som verktøy i oppfølging av innbyggerne. Dette innebar blant annet at bruk av elektroniske medisindispensere ville bli vurdert som første alternativ for brukere som var i behov av hjelp til medisinbehandling. Bydelen opplyste at

hjemmetjenesten brukte de første par ukene etter utplassering av dispenserene til å tilpasse den til brukeren. Denne prøveperioden på fjorten dager fremgikk også av bydelens rutiner for medisindispensere. En bruker i Bydel Ullern som hadde hatt medisindispenser, oppga at det hadde vært et «mareritt», og at det hadde vært mye feil med maskinen. Vedkommende fortalte at bydelen da hadde tatt tilbake dispenserene og gått tilbake til hjemmebesøk for utlevering av medisin. Brukeren var svært fornøyd med denne ordningen.

Kommunerevisjonen undersøkte fem brukerjournaler i hver av de undersøkte bydelene. Brukermedvirkning og brukeropplæring var i flere av journalene ikke dokumentert. I noen av journalene fant vi spor av brukermedvirkning og brukeropplæring. I samtaler med to brukere av velferdsteknologi fra hver av de to bydelene kom det frem at de opplevde at hjemmetjenesten lyttet til tilbakemeldingene de ga. Samtidig kom det frem i samtale med en bruker i Bydel Grorud at vedkommende hadde utfordringer når det gjaldt tidspunktene dispenserene leverte ut medisin. Blant annet fortalte brukeren at hen ikke fikk smertestillende tabletter før flere timer etter at hen våknet med smerter om morgenen. Det kom ikke klart frem om brukeren hadde meldt fra om dette konkrete problemet til hjemmetjenesten. Kommunerevisjonen antar at hjemmetjenesten ville kunne endre tidspunktene for utlevering av medisin fra dispenserene dersom det var behov for det.

Bydel Grorud rapporterte i sluttrapporten fra implementering av elektroniske medisindispensere at den i forbindelse med innføringen av medisindispensere hadde innhentet tilbakemeldinger fra tre brukere for å få innspill til tilpasning av tjenesten.

Bydel Grorud brukte GERICA til å registrere klager fra brukere. Bydel Ullern oppga at brukere kunne gi tilbakemeldinger ved hjelp av den digitale løsningen HelseNorge. Ingen av bydelene hadde systematisert klager og tilbakemeldinger knyttet til velferdsteknologi. De to bydelene hadde ikke gjennomført brukerundersøkelser om velferdsteknologi.

Oslo kommunes brukerundersøkelse av hjemmetjenester som har blitt gjennomført om lag annethvert år, inneholdt i 2017 spørsmål om fornøydhet med velferdsteknologi. På det tidspunktet var det i hovedsak brukere i Bydel Gamle Oslo, Bydel Grünerløkka, Bydel Sagene og Bydel St. Hanshaugen som hadde velferdsteknologitjenester og som svarte på spørsmål om dette. De var gjennomgående svært tilfredse. 88 prosent av brukerne var fornøyd med oppfølgingen de fikk gjennom tekniske hjelpemidler. 91 prosent sa at de visste hvordan de skulle bruke de tekniske hjelpemidlene de hadde fått, og svært få nevnte tekniske utfordringer. Flertallet av brukerne sa også at de opplevde mer selvstendighet i hverdagen, og at de hadde blitt bedre på å følge med på helsen sin som følge av at de brukte tekniske hjelpemidler.

I 2020 inneholdt brukerundersøkelsen i hjemmetjenesten ikke spørsmål om velferdsteknologi.

Håndtering av avvik og varsler

Vi gjennomgikk fem brukermapper i GERICA i hver av de to bydelene, og så i mappene i begge bydelene at det var en del avviksmeldinger knyttet til medisindispensere. De fleste avvikene ble lukket samme dag, men i flere tilfeller kunne det ta lang tid før avviket ble lukket. I Bydel Grorud var det 20 av 141 varsler om avvik i de fem brukermappene vi

undersøkte som ble lukket mer enn en uke senere. I ett tilfelle ble et varsel lukket først etter 27 dager. I ett tilfelle ble det oppdaget at bruker hadde glemt å ta en dose med medisiner mer enn en uke tidligere. I Bydel Ullern ble to tredjedeler av de 69 varslene om avvik i de fem brukermappene vi undersøkte, lukket samme dag eller påfølgende dag. Vi så tre tilfeller der det hadde tatt mer enn én uke før varselet ble lukket. I 2019 gjennomførte Bydel Ullern en spørreundersøkelse blant ansatte i hjemmetjenesten for å få deres egen vurdering av kompetanse før gjennomføring av individuell opplæring i elektronisk medisindispenser. To av tre av dem som svarte, logget seg aldri på fjernpleiesystemet for Dignio Prevent, som blant annet brukes for å lukke varsler.

Bydel Grorud hadde registrert 149 avvik i kvalitetssystemet EQS som gjaldt manglende lukking av varsler fra medisindispenser i perioden 2019 til juli 2021. Bydel Ullern hadde registrert 13 avvik i EQS som gjaldt manglende lukking/håndtering av varsler fra medisindispenser og digitalt tilsyn i perioden juni 2019 til juli 2021.

Bydelene oppga at alle avvik ble fulgt opp, men at de ikke alltid ble registrert som lukket før senere. Et avvik kunne være at medisin ikke hadde blitt utlevert til planlagt tid, at medisinrullen satt fast i dispenserens slik at utmating ble stanset, at medisindispenseren ikke var koblet til strøm eller at dispenserens var tom for medisin. Konsekvensen av disse avvikene kunne bli at brukeren ikke fikk medisinen sin så lenge situasjonen ikke ble rettet opp i. Lederne for hjemmetjenestene i de to bydelene hadde ikke fått rapporter om at avvik i forbindelse med bruk av medisindispensere hadde vært til fare for liv og helse.

Bydel Grorud hadde i sluttrapporten etter ett år med medisindispenser pekt på at når maskinene ikke fungerte som de skulle, skapte det usikkerhet hos både brukere og ansatte. Bydel Ullern hadde i sin risikoanalyse av innføring av medisindispensere identifisert manglende oppfølging av varsler som en risiko, som blant annet kunne medføre økt motstand hos både brukere og ansatte. I begge bydeler så vi eksempler på at utfordringer knyttet til varsler som ikke var lukket, var tatt opp i rapportering, og at det var vist til tiltak for å redusere utfordringen. For eksempel opplæring av ansatte eller tiltak for å gjøre det lettere for ansatte å lukke varsler mens de var ute hos brukere.

4.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Helseetaten og bydelene hadde iverksatt flere tiltak for å oppnå forventet nytte av innførte velferdsteknologier.

Helseetaten og bydelene ga opplæring til ansatte. Begge bydeler hadde, blant annet gjennom den velferdsteknologiansvarliges rolle i opplæringen, et fleksibelt opplæringstilbud, og Helseetaten hadde tilbud om kurs og samlinger knyttet til velferdsteknologi.

Videre hadde begge bydelene iverksatt tiltak for å sikre brukermedvirkning. Begge hadde en prøveperiode for dispensere der de fulgte med på om brukeren mestret og var fornøyd med den velferdsteknologiske løsningen vedkommende hadde fått. Brukermedvirkning var i liten grad dokumentert i brukermappene vi undersøkte. Bydelene hadde ikke systematisert tilbakemeldinger eller gjennomført brukerundersøkelser knyttet til velferdsteknologi. Mangelfull dokumentasjon av tilbakemelding fra brukerne ga risiko for at bydelene selv ikke hadde oversikt over

hvorvidt brukermedvirkningen var tilstrekkelig, og i hvilken grad teknologien var til nytte for brukeren.

I begge bydeler var det utfordringer knyttet til varsler om feil på dispensere som ikke ble lukket innen rimelig tid. Varsler som ikke er dokumentert lukket, kan skape usikkerhet om bruker har tatt medisin og kan være tidkrevende å følge opp. Dersom bruker ikke har fått nødvendig medisin til rett tid, vil konsekvensen være ulik, avhengig av brukerens tilstand og type medisin, men det kan forverre brukerens helsesituasjon og i verste fall være livstruende. Mange avvik kan også skape motvilje mot teknologien hos både brukere og ansatte. Samlet sett kan de nevnte konsekvensene av manglende lukking av avvik, eller mangelfull dokumentasjon av at avvik er lukket, redusere nytten ved medisindispenserne.

5. Dokumentere realisering av nytte

I dette kapittelet vurderer vi Bydel Grorud og Bydel Ullerns arbeid med å følge opp og dokumentere at innføringen av medisindispensere ga den forventede nytten. Helseetaten spiller en tilretteleggingsrolle i dette.

5.1 Revisjonskriterier

- Helseetaten og bydelene bør følge opp og dokumentere i hvilken grad implementering av løsningene gir planlagt effekt.
- Dersom det er betydelige avvik mellom størrelsen på den dokumenterte nytten og størrelsen på nytten som var forventet, bør bydelen undersøke hva som er årsakene til avvikene.

5.2 Faktabeskrivelse

Helseetaten hadde anskaffet et gevinstoppfølgingsverktøy som bydelene kunne benytte seg av. Det var lagt opp til månedlig registrering av enkelte resultatindikatorer i verktøyet.

Bydel Grorud hadde benyttet seg av gevinstoppfølgingsverktøy når det gjaldt medisindispensere, men hadde ikke brukt det systematisk. Bydel Grorud oppga at den ikke hadde benyttet dette under koronaperioden fordi bydelen ikke kunne prioritere ressurser til dette med den pågående pandemien. I Bydel Ullern hadde velferdsteknologiansvarlig fylt inn data for besøk spart per registrerte bruker i gevinstoppfølgingsverktøyet som grunnlag for å beregne innsparinger. Det var ikke dokumentert oppfølging av effekter ut over det. Både Bydel Grorud og Bydel Ullern fulgte først og fremst med på antallet medisindispensere i aktiv bruk, og det var dette det ble rapportert om i for eksempel årsrapporter.

Helseetaten og de to bydelene pekte alle på utfordringer med å måle gevinster av medisindispensere. Tellingen var manuell og veldig arbeidskrevende. Bydel Ullern oppga at det var vanskelig å få synliggjort alle kostnadene ved innføringen av teknologien i skjemaene. Blant annet ville ekstra besøk pga. feil med dispenser bidra til å redusere nytten ved spart tid. Helseetaten, i samarbeid med bydelene, var i gang med å utvikle et nytt gevinstoppfølgingsverktøy i forbindelse med implementering av digitalt tilsyn. Etaten jobbet ikke med et nytt eget verktøy for elektronisk medisindispenser, men Bydel Ullern vurderte at det ville være mulig å bruke det nye gevinstverktøyet for digitalt tilsyn også for medisindispenser.

Helseetaten fortalte at for medisindispenserne hadde etaten gått over til å oppsummere noen erfaringer og utarbeide noen normverdier som kunne brukes til å gjøre omtrentlige beregninger. Helseetaten etterlyste en tydeligere forventning fra Oslo kommune om hvordan det skal jobbes med gevinster. Helseetaten hadde utarbeidet en gevinstrapport om elektroniske medisindispensere. Den anga kvalitative gevinster for tjenestebrukere i form av økt kvalitet i medisineringsen og økt trygghet og mestring for bruker. For kvantitative gevinster baserte rapporten seg på erfaringstall fra målinger som var utført i noen bydeler eller i andre kommuner. Disse ble brukt til å vurdere hypoteser om gevinster. Ifølge rapporten var det «bred enighet i Oslo kommune» om at tidsbesparelser ved innføring av elektronisk medisindispenser var meget begrenset. Det var ikke utarbeidet gevinstrapporter for andre teknologier.

Både Bydel Grorud og Bydel Ullern fulgte opp nytten på individnivå på den måten at de gjennom klager fra bruker eller varsler om avvik ville kunne fange opp at en bruker ikke ønsket eller ikke mestret å ha medisindispenser lenger. I noen tilfeller ville bydelen kunne forsøke å overtale en skeptisk bruker til å gi teknologien en sjanse. Men dersom det ikke fungerte, eller brukeren ikke mestret teknologien, ville bydelen ta dispensereren tilbake.

Bydel Grorud hadde rapportert til Helseetaten om status for innføring av medisindispensere frem til utgangen av 2019. I 2019 ble det utarbeidet månedlige statusoversikter for innføringen av dispensere i bydelen. I rapporteringen var søkelyset rettet mot å nå måltall for antall dispensere. Rekruttering av en ansatt på området og opplæring av ansatte var blant tiltakene. Seksjonsleder for hjemmetjeneste og rehabilitering rapporterte til avdelingsdirektør på årsplanen som inneholdt mål om antall medisindispensere i bruk. Seksjonsleder fortalte at hun hadde samtaler med ressurspersoner, ledere og velferdsteknologen om hvordan teknologien fungerer. I rapporteringen på årsplanen fremgikk status for antall medisindispensere, begrunnelse for at måltall ikke ble nådd, og eventuelle tiltak. I 2018 rapporterte hjemmetjenesten at den hadde utvidet kriteriene for å få medisindispenser, og at det hadde hatt positiv effekt på måltallet. I 2019 hadde bydelen anskaffet en annen type medisindispensere i tillegg til den de hadde innført i første omgang, fordi de så at den opprinnelige dispensereren ikke passet for alle potensielle brukerne. Bydelen hadde ikke dokumentert styring og oppfølging av gevinster i 2020 og begrunnet dette med koronapandemien. Bydelen oppga at de hadde forventet større kvantitative gevinster med innføringen av teknologien enn det de nå opplevde, men at teknologien uansett hadde viktige kvalitative gevinster.

Bydel Ullern hadde forankret sin strategi for velferdsteknologi og gevinster i bydelsutvalget. Det hadde ikke vært en oppfølging av dette med rapportering til bydelsutvalget utover at velferdsteknologi var omtalt i årsberetningene for 2018 og 2019. Da det var et spredningsprosjekt, rapporterte bydelen til Helseetaten om oppfølgingen av innføringen av medisindispensere. På undersøkelsestidspunktet var medisindispensere en del av den vanlige driften og status ble fulgt opp ved at velferdsteknologen rapporterte om antall medisindispensere og innføringen av velferdsteknologi til ledergruppen i avdeling Helse og mestring. Avdelingsdirektøren oppga at ledergruppen deretter diskuterte om det var noe de skulle følge opp. Avdelingsdirektøren mente at velferdsteknologi var kostnadsbesparende og hadde kvalitative gevinster for innbyggerne. Det forelå anslag på kostnadsbesparelser, omtalt over.

5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Det var svakheter i oppfølging og dokumentasjon av i hvilken grad bruken av velferdsteknologi ga forventet nytte i Bydel Grorud, og i noen grad i Bydel Ullern.

De reviderte bydelene hadde ikke hensiktsmessig metodikk for å innhente kunnskap om og dokumentere oppnådd nytte eller avdekke eventuelle avvik mellom oppnådd og forventet nytte. Dette ga risiko for at virksomhetene ikke fikk godt grunnlag for å undersøke årsakene til eventuelle avvik eller gjøre nødvendige justeringer i tiltakene underveis for å oppnå forventet nytte.

Undersøkelsen tydet på at verktøyet Helseetaten hadde anskaffet for å hjelpe bydelene med å følge opp og dokumentere nytte av medisindispensere var tungt å bruke. Det ga ikke god nok informasjon om implementeringen hadde planlagt effekt. Helseetaten hadde utarbeidet en gevinstrapport om elektroniske medisindispensere som pekte på sannsynlige gevinster, uten at disse var dokumentert realisert.

6. Behandling av personopplysninger og håndtering av samtykke

I dette kapittelet vurderer vi ulike sider ved Helseetatens og de to bydelens behandling av personopplysninger. Først vurderer vi Helseetatens og bydelens arbeid med verdivurdering og risikovurdering med hensyn til informasjonssikkerhet i de velferdsteknologiske løsningene. Vi undersøker i hvilken grad det foreligger databehandleravtaler med eksterne databehandlere og ser på bydelens praksis når det gjelder tilgangsstyring og behandlingsgrunnlag.

6.1 Revisjonskriterier

- Helseetaten og bydelene må kartlegge og verdivurdere informasjon som må beskyttes i henhold til integritet, konfidensialitet eller tilgjengelighet.
- Helseetaten og bydelene skal ha gjennomført risikovurderinger som grunnlag for å velge ut relevante sikkerhetstiltak i tråd med virksomhetens behov.
- Bydelene skal ha prosedyrer for å sikre at tilgang til informasjon og systemer skal være i tråd med tjenstlig behov.
- Helseetaten skal ha etablert databehandleravtale med eventuelle eksterne databehandlere.
- Helseetaten og bydelene skal sørge for å ha et gyldig behandlingsgrunnlag før behandling av helse- og personopplysninger starter eller ved endringer i slik behandling.

6.2 Faktabeskrivelse

Verdivurdering

Helseetaten hadde gjennomført undersøkelser som medførte kartlegging og verdivurdering av informasjon knyttet til trygghetsalarmer, trygghetspakke med GPS, elektroniske medisindispensere og digitalt tilsyn. Bydel Grorud og Bydel Ullern hadde ikke gjort en kartlegging og verdivurdering av informasjonen som ble benyttet i systemene og oppga at dette var Helseetatens ansvar.

Risikovurdering

Helseetaten hadde gjennomført risikovurderinger for å vurdere informasjonssikkerhet og risiko i forbindelse med behandling av personopplysninger. Dette som grunnlag for å velge ut relevante sikkerhetstiltak.

Bydel Grorud hadde i liten grad gjennomført egne risikovurderinger og oppga at dette ansvaret lå hos Helseetaten. Bydelen hadde deltatt i utarbeidelse av ROS-analyse for utrulling av medisindispensere i regi av Helseetaten. Velferdsteknologiansvarlig og ressurspersoner for velferdsteknologi i bydelen hadde utarbeidet et utkast til en risikoanalyse knyttet til innføringen av Evondos medisindispensere. Utkastet var ikke forankret hos ledelsen i bydelen.

Også Bydel Ullern oppga at risikovurderinger primært var Helseetatens ansvar. Bydelen hadde gjennomført risikovurderinger knyttet til digitalt tilsyn og utrulling av medisindispensere. Avdelingsdirektør var prosessleder for risikoanalysen.

Bydelenes risikovurderinger i tilknytning til medisindispensere dekket i liten grad informasjonssikkerhet direkte, men dekket andre områder, for eksempel opplæring, som også kunne være relevant for informasjonssikkerhet

Tilgangsstyring

Bydel Grorud hadde en skriftlig rutine kalt «Opplæring av elektronisk multidosedisenser». I denne fremkom det tre ulike grupper som skulle få opplæring i tråd med behovene innenfor den enkelte gruppens ansvarsområde. Ressursperson var ansvarlig for opplæring. Det var avdelingsleders ansvar å sende forespørsel om tilgang til fjernpleiesystemene til velferdsteknologiansvarlig. Etter gjennomført opplæring skulle autorisasjonsskjema fylles ut og leveres velferdsteknologiansvarlig, som skulle gi tilgang til fjernpleiesystemet. Skjemaet skulle etter rutinen deretter sendes nærmeste leder og oppbevares i personalmappen. Det var presisert at nærmeste leder ikke skulle legge inn eller gi egne ansatte tilgang i systemene. Det sto ikke noe i rutinen om avslutning av en tilgang, eller om kontroller av tilganger som var gitt.

I Bydel Grorud forelå et skjema for brukeradministrasjon og sikkerhetsavtale for ansatte som skulle bruke et fjernpleiesystem. Her sto det at leder var ansvarlig for å registrere ansattopplysninger i fjernpleiesystemet, og for å fylle ut sikkerhetsavtalen i samarbeid med den ansatte. I skjemaet skulle det fylles inn ønsket rolle i Medido eller Evondos, og dato for når tilgangen skulle starte og avsluttes. Skjemaet skulle fylles ut og signeres av lederen og den ansatte.

Bydel Ullern hadde en «Rutine for autorisering, endring og avslutning av tilganger til systemer tilknyttet de aktuelle velferdsteknologiske løsningene.» Rutinen beskrev hvilke tilganger som skulle gis tre ulike grupper ansatte, og hvilken opplæring som skulle gis de ulike gruppene. Gruppe 3 skulle ha administratortilgang. Seksjonsledere og koordinatorene hadde ifølge rutinen ansvar for å melde nye ansatte til opplæring. Videre fremgikk det at velferdsteknologiansvarlig skulle gis beskjed når en ansatt sluttet, slik at tilgang kunne avsluttes. Rutinen omtalte ikke kontroller av tilganger som var gitt. Det fremgikk ikke direkte av rutinen hvem som ga tilgang til systemet. Bydel Ullern benyttet ikke autorisasjonsskjema som grunnlag for å gi tilgang til fjernpleiesystemene.

I begge bydelene ga velferdsteknologiansvarlig tilgang til ansatte gjennom fastlagte roller i systemet, i tråd med rutinebeskrivelsene. Bydelene hadde ikke dokumentasjon på hva de ulike rollene ga tilgang til, men oppga at dette var en del av opplæringen. Velferdsteknologiansvarlig ga roller til den enkelte etter hvilken opplæring den fikk. Det var tjenesteleder som bestemte hvem som skulle få hvilken opplæring. Det var bestemt at bare velferdsteknologiansvarlig skulle gi tilgang til systemene. Ressurspersonene i de ulike tjenstedistriktene hadde administratorrettigheter i systemet, og således var det flere som hadde mulighet til å gi tilganger til andre, selv om det var bestemt at bare velferdsteknologiansvarlig skulle gjøre dette.

Bydelene hadde ikke praksis for jevnlig å gå gjennom hvem som hadde hvilke tilganger. Velferdsteknologiansvarlig i Bydel Grorud opplyste at hun på eget initiativ gikk gjennom listen over hvem hun hadde gitt tilgang en gang i måneden for å kontrollere om det var noen som hadde sluttet, eller av andre grunner ikke skulle ha tilgang lenger. Denne kontrollen ville imidlertid ikke kunne fange opp personer som eventuelt var gitt tilganger i systemet av andre enn velferdsteknologiansvarlig. Bydel Ullern foretok ikke jevnlig kontroller av tilganger.

Når det gjaldt tjenesten digitalt tilsyn som var i bruk i Bydel Ullern, var det ifølge bydelen kun de som arbeidet opp mot brukerne som mottok denne som hadde tilgang. Tilgangen til medisindispenser ble ifølge bydelen gitt ut fra hvilket distrikt i hjemmetjenesten den ansatte jobbet i, og ansatte som jobbet i ett distrikt, kunne bare se tjenestemottakere i det distriktet. Ansatte som jobbet i alle distrikter, kunne se alle tjenestemottakerne i bydelen.

Databehandleravtaler

Helseetaten hadde databehandleravtaler med leverandørene av velferdsteknologi.

Behandlingsgrunnlag

I juni 2019 arrangerte Nasjonalt velferdsteknologiprogram et webinar om personvern og informasjonssikkerhet. Der ble det formidlet at det ikke var nødvendig å innhente skriftlig samtykke fra samtykkekompetente brukere som har eller skal få velferdsteknologi. Dette ble videreformidlet av Helseetaten til bydelene i brev av 18. september 2019. Den direkte konsekvensen var at praksisen med å innhente samtykkeerklæring fra brukeren i Gerica ved bruk av velferdsteknologi ble avsluttet.

Begrunnelsen som ble gitt i brevet fra Helseetaten for at det ikke var nødvendig med eksplisitt samtykke, var at velferdsteknologi er en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjenester, og de samme reglene for samtykke gjelder som ved tradisjonell tjenesteyting:

Det er ikke behov for uttrykkelig eller skriftlig samtykke ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, hverken til selve tjenesteytingen, til behandling av person/helseopplysninger eller til bruk av inngripende teknologi. En samtykkekompetent person gir sitt samtykke til helsehjelp stilltiende (implisitt) ved at man tar imot og samarbeider ved mottak av tjenester 1, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1.

Hvis en bruker mangler samtykkekompetanse for den aktuelle teknologien, kunne det etter vedtak med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 a ifølge Helsedirektoratet tas i bruk varslings- eller lokaliseringsteknologi når dette var nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på brukeren, og tiltaket var i brukerens interesse.

I brevet fra Helseetaten referert til over, ble også følgende presisert:

Siden velferdsteknologi kan være nytt for mange, er det viktig å gi god og forståelig informasjon om hvordan teknologien fungerer slik at personen vet hva hun eller han takker ja til. Informasjon må derfor tilpasses den enkelte pasient/bruker. Det skal dokumenteres i journal at informasjon er gitt og at samtykkekompetanse er vurdert.

Brukere ble i liten grad gitt skriftlig informasjon om hvilken behandling av personopplysninger de ulike velferdsteknologiene ga. Bydel Ullern hadde et informasjonsskriv om digitalt tilsyn for brukere og pårørende der det ble beskrevet at teknologien gjorde slik at bildet ble ugjenkjennelig «slik at privatlivet ikke blir krenket». Det var i skrevet vist til at detaljert bilde kunne aktiveres hvis situasjonen krevde det. Videre sto det «Bruk av detaljert bilde loggføres og opplysninger om hvordan personalet har brukt RoomMate blir beskrevet i pasientjournalen.» Informasjonsskrivene til brukere om medisindispensere som ble brukt i begge bydelene, inneholdt ikke informasjon om behandling av personopplysninger. Bydelene oppga at brukerne fikk muntlig informasjon

om dette. Med ett unntak i Bydel Grorud der det forelå et signert samtykkeskjema med informasjon, var det ikke dokumentert i de undersøkte brukermappene at informasjon om behandling av personopplysninger var gitt.

6.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Helseetaten hadde kartlagt og verdivurdert informasjon knyttet til de velferdsteknologiske løsningene som er undersøkt. Bydel Grorud og Bydel Ullern hadde ikke kartlagt og verdivurdert informasjonen som ble benyttet i systemene.

Helseetaten hadde foretatt risikovurderinger knyttet til de velferdsteknologiske løsningene som er undersøkt. Bydel Grorud hadde bare foretatt risikovurderinger for sin bruk av velferdsteknologi i én av løsningene. Bydel Ullern hadde gjort dette for to av løsningene.

Etter Kommunerevisjonens vurdering har Bydel Grorud og Bydel Ullern et selvstendig ansvar for å sørge for egne kartlegginger av personopplysninger, verdivurderinger og risikovurderinger. Disse kan gjerne bygge på de analysene Helseetaten har gjort. Hvis bydelene selv ikke gjør slike vurderinger, kan det føre til at bydelene ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til risiko knyttet til bydelens bruk av teknologien, og derfor ikke iverksetter nødvendige sikkerhetstiltak. En mulig konsekvens kan være at bydelene ikke i tilstrekkelig grad planlegger for å sikre tjenstekontinuitet ved bortfall av de velferdsteknologiske løsningene.

Bydel Grorud og Bydel Ullern hadde skriftlige rutiner som langt på vei kunne legge til rette for tilfredsstillende styring av tilganger til de velferdsteknologiske systemene. Bydelenes praksis knyttet til autorisering og tildeling av tilganger var likevel ikke tilfredsstillende. I Bydel Ullern var det mangelfull arbeidsdeling, og i begge bydeler var det manglende rutiner for kontroll av tilganger og av bruken av privilegerte tilganger. Dette medførte risiko for at tilganger ikke var i tråd med tjenstlig behov og for personopplysninger på avveie.

Helseetaten hadde inngått databehandleravtaler slik regelverket tilsier.

Etter Kommunerevisjonens vurdering hadde ikke bydelene en god nok praksis med å informere brukerne om behandlingen av personopplysninger i systemene. Bydelene syntes å ha et korrekt behandlingsgrunnlag for de undersøkte velferdsteknologiske løsningene. Vi merker oss Helseetatens og bydelenes vurdering av at det ikke var behov for samtykke som behandlingsgrunnlag for helseopplysninger ved bruk av velferdsteknologi.

7. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

Kommunerevisjonen har undersøkt om innføring av velferdsteknologi i Bydel Grorud og Bydel Ullern gjennomføres på en slik måte at forventet nytte for kommunen og brukerne kan oppnås.

Kommunerevisjonen har undersøkt dette ved å se på hvordan Helseetaten og de to bydelene har jobbet med identifisering og planlegging, gjennomføring og dokumentering av oppnådd nytte av velferdsteknologi. I tillegg har Kommunerevisjonen undersøkt ulike sider ved Helseetatens og de to bydelenes behandling av personopplysninger i de velferdsteknologiske løsningene.

Elektroniske medisindispensere, trygghetsalarmer og GPS-lokaliseringsteknologi er velferdsteknologi som tilbys i alle bydelene i Oslo kommune. Digitalt tilsyn og digital hjemmeoppfølging var tatt i bruk i noen bydeler.

7.1 Konklusjoner

Undersøkelsen viser at Bydel Grorud og Bydel Ullern hadde iverksatt flere tiltak for å oppnå nytte ved velferdsteknologi. Det var likevel svakheter i bydelenes arbeid med å legge til rette for at innføring av velferdsteknologi skulle gi forventet nytte for kommunen og brukerne.

Med hensyn til planlegging for å oppnå nytte hadde Bydel Grorud laget planer for medisindispensere, men ikke en plan for gevinstrealisering for årene etter 2018. Bydelen manglet gevinstrealiseringsplaner for GPS og digital trygghetsalarm. Bydel Ullern hadde en overordnet gevinstrealiseringsplan for velferdsteknologi som gjaldt for årene 2017 til 2019, men ikke for årene 2020 til 2021. Det fremgikk ikke av planen hvem som var ansvarlig for at gevinstene ble realisert. Manglende eller mangelfull gevinstrealiseringsplan gir risiko for at potensielle gevinster uteblir, blant annet ved at nødvendige tiltak ikke blir iverksatt eller kommer i gang senere enn de ellers ville gjort.

Bydelene iverksatte flere tiltak for å oppnå forventet nytte av innførte velferdsteknologier. Begge bydeler ga opplæring til ansatte som skulle håndtere velferdsteknologi, og hadde en prøveperiode etter installasjon av velferdsteknologi for å følge med på om teknologien fungerte som forventet for brukeren. Bydelene hadde ikke systematisert tilbakemeldinger fra brukere eller gjennomført brukerundersøkelser knyttet til velferdsteknologi. Det ga risiko for at bydelene selv ikke hadde oversikt over hvorvidt brukermedvirkningen var tilstrekkelig, og i hvilken grad teknologien var nyttig for brukeren.

I begge bydeler forekom det at varsler om feil på dispenser ikke ble lukket innen rimelig tid. Varsler som ikke er dokumentert lukket, kan gi usikkerhet om bruker har tatt medisin, og kan være tidkrevende å følge opp. Manglende lukking av avvik, eller mangelfull dokumentasjon av at avvik er lukket, kan redusere nytten ved elektroniske medisindispenser.

Det var svakheter i oppfølging og dokumentasjon av i hvilken grad bruken av velferdsteknologi ga forventet nytte i Bydel Grorud og i noen grad i Bydel Ullern. Dette ga risiko for at virksomhetene ikke fikk godt grunnlag for å undersøke årsakene til

eventuelle avvik eller gjort nødvendige justeringer i tiltakene underveis for å oppnå forventet nytte.

Når det gjaldt behandling av personopplysninger, hadde Bydel Grorud og Bydel Ullern ikke kartlagt og verdivurdert informasjonen som ble benyttet i systemene for velferdsteknologi. Bydel Grorud hadde foretatt risikovurderinger for sin bruk av velferdsteknologi for én av de velferdsteknologiske løsningene. Bydel Ullern hadde gjort dette for to av løsningene. Etter Kommunerevisjonens vurdering har Bydel Grorud og Bydel Ullern et selvstendig ansvar for å sørge for kartlegginger av personopplysninger, verdivurderinger og risikovurderinger for sin bruk av systemene. Disse kan gjerne bygge på de analysene Helseetaten har gjort. Hvis bydelene ikke gjør egne vurderinger, kan det føre til at bydelene ikke i tilstrekkelig grad hensyntar risiko knyttet til bydelens bruk av teknologien og iverksetter nødvendige sikkerhetstiltak.

Til tross for at begge bydeler hadde skriftlige rutiner for styring av tilganger til de velferdsteknologiske systemene, var bydelenes praksis knyttet til autorisering og tildeling av tilganger ikke tilfredsstillende. I Bydel Ullern var det mangelfull arbeidsdeling, og i begge bydeler var det manglende rutiner for kontroll av tilganger, og av bruken av privilegerte tilganger. Dette medførte risiko for at tilganger ikke var i tråd med tjenstlig behov, og risiko for personopplysninger på avveie.

Etter Kommunerevisjonens vurdering hadde ikke bydelene en god nok praksis med å informere brukerne om behandlingen av personopplysninger i systemene. Bydelene syntes å ha et korrekt behandlingsgrunnlag for de undersøkte systemene.

Helseetaten hadde støttet bydelene i innføringen av velferdsteknologi, blant annet ved å tilrettelegge for bruk av maler og for opplæring og utveksling av erfaringer mellom bydelene. Etaten hadde imidlertid ikke lyktes med verktøy som skulle hjelpe bydelene med å følge opp og dokumentere nytte.

Helseetaten hadde kartlagt og verdivurdert informasjon knyttet til de velferdsteknologiske løsningene som er undersøkt, og foretatt risikovurderinger. Helseetaten hadde inngått databehandleravtaler med leverandørene av velferdsteknologi, slik regelverket tilsier.

7.2 Anbefalinger

På bakgrunn av undersøkelsens funn har Kommunerevisjonen anbefalinger til Helseetaten Bydel Grorud, Bydel Ullern, og byråden for helse, eldre og innbyggertjenester.

Kommunerevisjonen anbefaler at Helseetaten vurderer tiltak som kan gi bedre kunnskap om hvilken nytte kommunen oppnår gjennom bruk av velferdsteknologi.

Kommunerevisjonen anbefaler at Bydel Grorud og Bydel Ullern iverksetter tiltak for å sikre at

- det utarbeides planer for hvordan bydelen skal oppnå forventet nytte av velferdsteknologi
- bydelen får kunnskap om i hvilken grad velferdsteknologien som bydelen benytter gir planlagt nytte

-
- varsler om avvik på velferdsteknologiløsningene følges opp, og at oppfølgingen dokumenteres.
 - det gjennomføres risikovurderinger av bydelens bruk av alle de velferdsteknologiske løsningene
 - bydelen implementerer prosesser for tilgangsstyring som sikrer at tilganger er i tråd med tjenstlig behov
 - brukere, og eventuelt pårørende, får tilstrekkelig informasjon om behandling av personopplysninger i de velferdsteknologiske løsningene

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester følger opp eventuelle tiltak som Helseetaten og bydelene varsler etter denne forvaltningsrevisjonen.

8. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse

Kommunerevisjonen sendte rapporten til uttalelse til Bydel Grorud, Bydel Ullern, Helseetaten og byråden for helse, eldre og innbyggertjenester 13. oktober 2021. Det er mottatt uttalelser fra alle. Uttalelsene følger i sin helhet i vedlegg 3–6. I det følgende presenterer og vurderer Kommunerevisjonen sentrale momenter i uttalelsene.

8.1 Byråd for helse, eldre og innbyggertjenester

8.1.1 Byrådets uttalelse

Byråden skriver i sin uttalelse datert 9. november at Kommunerevisjonens funn er nyttige og anbefalingene konkrete og relevante for forbedring av de områdene det er avdekket behov for å styrke. Byråden vurderer at Kommunerevisjonen har brukt relevante undersøkelsesmetoder, sørget for bred medvirkning og innhentet aktuelle data.

Når det gjelder revisjonskriterier som bygger på teori om beste praksis om gevinstrealisering, viser byråden til at velferdsteknologi er en ny tjeneste med relativt kort estimert varighet hos bruker, samtidig som tjenesteutøvelsen er kompleks. Byråden bemerker at han antar at disse forhold er hensyntatt i vurderingene i revisjonen. For øvrig har byråden ikke kommentarer til revisjonskriteriene.

Byråden opplyser at den endelige rapporten vil bli oversendt til alle bydelene og til Helseetaten med forventning om at den benyttes til diskusjon, læring, internrevisjon og forbedringsarbeid. Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester vil følge opp Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern og de tiltakene de eventuelt varsler. Samtlige bydeler vil bli bedt om å rapportere hvordan funn og anbefalinger i rapporten er benyttet i lokalt forbedringsarbeid. Byråden opplyser også at rapporten vil bli presentert og diskutert i blant annet topplederrådet for velferdsteknologi i Oslo (VIO) hvor alle virksomhetene i sektoren og byrådsavdelingene deltar.

8.1.2 Kommunerevisjonens vurdering

Byråden vil i tråd med anbefalingen følge opp Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern med hensyn til tiltakene de varsler. Byråden varsler i tillegg tiltak for at rapporten skal kunne bidra til læring og forbedringsarbeid for alle bydeler.

Når det gjelder byrådets kommentar til revisjonskriteriene om gevinstrealisering, vil Kommunerevisjonen anerkjenne at det er krevende å måle og vurdere de gevinstene velferdsteknologien gir. Eksempler på utfordringer er gjengitt i rapporten, og vanskelighetene er også hensyntatt i Kommunerevisjonens vurderinger.

Kommunerevisjonen vil samtidig påpeke at velferdsteknologi skal være et viktig virkemiddel for å møte demografiske utfordringer i helse- og omsorgstjenesten ved å redusere eller utsette behovet for hjemmetjenester. Det er derfor viktig at det finnes styringsinformasjon som kan gi grunnlag for vurderinger av om virkemidlene gir resultater i tråd med forventningene.

8.2 Helseetaten

8.2.1 Etatens uttalelse

Helseetaten skriver i sin uttalelse 25. oktober at rapporten bidrar til å sette fokus på forbedringsområder ved innføringen av velferdsteknologi i Oslo, at etaten imøteser alle rapportens konklusjoner og anbefalinger og at Kommunerevisjonens observasjoner er i tråd med etatens.

Helseetaten har ikke innvendinger til revisjonskriteriene, men kommenterer at etaten savner en felles standard for gevinstrealisering og hvordan man skal jobbe med dette i Oslo kommune.

Kommunerevisjonen har en anbefaling om at bydelene iverksetter tiltak for å sikre at brukere og eventuelt pårørende får tilstrekkelig informasjon om behandling av personopplysninger i de velferdsteknologiske løsningene. Helseetaten kommenterer at det ligger informasjon om behandling av personopplysninger i Oslo kommune tilgjengelig på Oslo kommunes nettsider i form av en personvernerklæring. Etaten legger til at kommunen og helsevesenet behandler store mengder personopplysninger for ulike formål, og at det ikke er «vanlig prosedyre at innbyggere får spesifikk info om dette hver gang de registreres i et system».

Helseetaten viser også til at trygghetsalarmer er en godt etablert tjeneste som har vært i drift i over 20 år, og at alle innbyggere over 75 år som søker om trygghetsalarm til bruk inne har rett til å få det uten krav om behovskartlegging. Helseetaten trekker frem dette som en forklaring på at det er lite fokus på gevinstrealisering og brukermedvirkning fra bydelenes side, knyttet til denne teknologien.

Helseetaten vil på bakgrunn av Kommunerevisjonens anbefaling til etaten sette inn tiltak som kan gi bedre kunnskap om hvilken nytte kommunen oppnår gjennom bruk av velferdsteknologi. For det første vil etaten skaffe oppdatert oversikt over gevinstpotensialet for bruk av den teknologien som er tilgjengelig via samkjøpsavtaler, dvs. elektroniske medisindispensere, digitalt tilsyn, trygghetsalarmer og digital hjemmeoppfølging. Denne oversikten vil etaten kommunisere til bydeler og etater som har mulighet til å gjøre avrop på avtalene. Videre vil Helseetaten sikre at gevinstplanlegging er en integrert del av fremtidige anskaffelsesprosesser. Tidsperspektivet for gjennomføring av disse tiltakene er i løpet av 2022.

I tillegg opplyser Helseetaten at de har noen planlagte tiltak på områder der Kommunerevisjonen anbefaler bydelene å sette inn tiltak. Det omfatter tiltak for å styrke bydelenes evne til å gjennomføre risikovurderinger knyttet til å ta i bruk i ny teknologi. Det gjelder også tiltak for å gjøre det lettere for bydeler å få oversikt over og følge opp velferdsteknologi som er plassert ute hos innbyggere, oversikt over hvem som har tilgang til hvilke løsninger, og en bedre samlet oversikt over alle åpne varslar.

8.2.2 Kommunerevisjonens vurdering

Helseetaten varsler tiltak som er relevante når det gjelder Kommunerevisjonens anbefaling til etaten og beskriver allerede planlagte tiltak som er relevante for Kommunerevisjonens anbefalinger til bydelene.

Kommunerevisjonen merker seg Helseetatens kommentar om trygghetsalarmer, og ser at det kan være nyttig å tydeliggjøre at trygghetsalarm er en rettighet for innbyggere over 75 år og ikke forutsetter behovskartlegging. Vi har derfor lagt inn informasjon om dette i beskrivelsen av de ulike teknologiene i kapittel 2 i rapporten. Kommunerevisjonen er for øvrig kjent med at trygghetsalarmer er en etablert tjeneste, og har dermed heller ikke fokusert på denne teknologien i undersøkelsen av arbeidet med nytte i bydelene, utover å slå fast at det i én av bydelene ikke forelå en gevinstrealiseringsplan for trygghetsalarmer.

Når det gjelder informasjon om behandling av personopplysninger i de velferdsteknologiske løsningene, er Kommunerevisjonen kjent med at kommunen og helsevesenet behandler mange personopplysninger. Kommunerevisjonen vurderer samtidig at oppstart av en velferdsteknologitjeneste som innebærer behandling av helseopplysninger, utløser en særskilt plikt til å informere i tråd med *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren* kap. 4.2.2, jf. personvernforordningen artikkel 12. Dette innebærer å gi den registrerte informasjon om sine rettigheter og hvordan personopplysningene behandles, på en forståelig måte. Kommunerevisjonen kan ikke se at den generelle personvernerklæringen som ligger på Oslo kommunes hjemmeside er egnet til å gi brukeren som skal ta i bruk en velferdsteknologisk løsning forståelse av behandlingen av helseopplysninger i løsningen.

8.3 Bydel Grorud

8.3.1 Bydelens uttalelse

Bydel Grorud har i sin uttalelse 28. oktober ikke innvendinger til revisjonskriteriene eller undersøkelsens metode og data.

I uttalelsen peker bydelen på at rapporten synliggjør ansvarsområder som kanskje ikke var tydeliggjort nok i forkant. Bydelen oppgir videre at den ser at det er hensiktsmessig om visse rutiner knyttet til innføring og oppfølging av velferdsteknologi blir felles for alle bydeler, da de håndterer velferdsteknologi og vil kunne dra nytte av hverandre i fortsettelsen.

Bydelen viser til at den vil iverksette følgende tiltak på bakgrunn av rapportens anbefalinger:

- utarbeide planer for hvordan bydelen skal oppnå forventet nytte av velferdsteknologi
- innhente kunnskap om velferdsteknologien gir planlagt nytte
- følge opp alle varsler som kommer fra de velferdsteknologiske løsningene bydelen har, samt dokumentere oppfølgingen
- gjennomføre risikovurdering av bydelens bruk av de velferdsteknologiske løsningene
- implementere prosesser for tilgangsstyring som sikrer at tilgang er i tråd med tjenstlige behov
- påse at brukere og evt. pårørende får tilstrekkelig informasjon om behandling av personopplysninger i de velferdsteknologiske løsningene
- påse at bydelen systematisk dokumenterer opplæring i de forskjellige velferdsteknologiske løsningene

Når det gjelder tidsperspektiv for gjennomføring av tiltak, ser bydelen for seg et tidsperspektiv på seks måneder for å få på plass nye rutiner, planer, risikovurderinger, utarbeidelse av informasjon knyttet til personopplysninger og dokumentasjon på opplæring. Bydelen opplyser at den vil lage en prioriteringsliste for hvilke tiltak som vil bli iverksatt først. Implementeringen av tiltakene vil gjennomføres fortløpende.

8.3.2 Kommunerevisjonens vurdering

Bydel Grorud varsler tiltak som er relevante ut fra Kommunerevisjonens anbefalinger.

8.4 Bydel Ullern

8.4.1 Bydelens uttalelse

Bydel Ullern har i sin uttalelse 29. oktober kommentert at revisjonskriteriene blant annet omhandler planlegging og realisering av nytte, og bruk av gevinstrealiseringsplaner. Bydelen viser til at dette har vært et nytt arbeidsverktøy og metode brukt i prosjektorganiseringen rundt implementering av velferdsteknologi, og bydelen mener at Helseetaten burde ha utarbeidet gevinstrealiseringsverktøy tidligere. Bydelen skriver også i uttalelsen at en del av gevinstkartleggingsverktøyene bør være felles i kommunene og det forventes at Helseetaten utarbeider tilstrekkelig gode kartleggingsverktøy for denne aktiviteten. Bydelen har også kommentert at det ville være hensiktsmessig om Helseetaten så på utarbeidelsen av flere felles rutiner.

Med hensyn til metode og data, kommenterer Bydel Ullern at det kunne være vanskelig å innhente treffsikre data om aktiviteter i bydelen tilknyttet Helseetaten tilbake til 2017 på grunn av utskifting av personell.

Bydelen viser til at rapporten har vært viktig for å klargjøre aktiviteter tilknyttet implementering av det enkelte velferdsteknologiske tiltak og hva som skal forbedres. Bydelen oppgir at den vil bruke rapportens anbefalinger til å heve kvaliteten på dette arbeidet i fortsettelsen.

Bydel Ullern vil iverksette følgende tiltak:

- Ferdigstille påbegynt revidering av handlingsplan for velferdsteknologi, med handlingsperiode for 2022–2023. I den reviderte planen vil bydelen legge større vekt på gevinstrealisering og evaluering av tiltak, enn tidligere.
- Videreføre månedlig møte mellom velferdsteknolog og ledergruppen til avdeling helse og mestring. Planlegge gjennomgang av gevinstkartlegging og realisering halvårlig, på møte i april og oktober, slik at man på høsten kan justere tiltak i tråd med inneværende års mål samt kommende års aktivitet.
- Opprette nye rutiner for ansvarsvakt, som har ansvar for å sikre at varsler håndteres og dette legges inn som arbeidsaktivitet på sjekklisten som ansvarsvakt har for vekten. Velferdsteknolog deltar i dag på flere rapporter i hjemmetjenesten og vil også gjøre dette fremover for å minne om arbeidsoppgaven.
- Ved nye velferdsteknologiske løsninger som skal tas i bruk, vil bydelen legge inn vurderinger på personvern og informasjonssikkerhet i ROS-analysen.
- Med hensyn til tilgangsstyring vil bydelen innføre en gjennomgang av hvem som har de aktuelle tilgangene hver tredje måned. Opprettelse av tilganger skal skje med skriftlig henvendelse fra leder og tilgangsskjema vil bli utarbeidet og lagt i EQS.

- Bydelens informasjonsskriv rundt de enkelte velferdsteknologiske løsningene vil få eget avsnitt med informasjon om personopplysninger og informasjonssikkerhet.

Vedrørende tidsperspektiv for gjennomføring av tiltakene oppgir bydelen i en supplerende epost 11. november at den vil starte umiddelbart med etablering av rutiner tilknyttet avviksvarsler og tilgangsstyring. Videre at flere aktiviteter allerede er igangsatt og at handlingsplan for velferdsteknologi skal ferdigstilles innen utgangen av januar 2022.

8.4.2 Kommunerevisjonens vurdering

Bydel Ullern varsler tiltak som er relevante ut fra Kommunerevisjonens anbefalinger.

Når det gjelder data om bydelens aktiviteter opp mot Helseetaten tilbake i tid, har Kommunerevisjonen innhentet data fra Helseetaten som er relevant for beskrivelsen av bydelens aktiviteter. For nærmere beskrivelser av metode viser vi til vedlegg 2.

Kommunerevisjonen merker seg at bydelen etterlyser tilstrekkelig gode gevinstkartleggingsverktøy og flere felles rutiner fra Helseetaten.

Referanser

Her lister Kommunerevisjonen opp sentrale dokumenter som er vist til i rapporten. Dette er ikke en fullstendig oversikt over det kildematerialet som er benyttet.

Referanser fra Oslo kommune

Byrådsavdeling for finans: *Instruks for beslutningsprosessen i investeringsprosjekter*, 24.04.2014

Byrådsavdeling for finans: *Krav og veiledning for konseptvalgutredning i Oslo kommune*, 24.11.2011

Byrådsavdeling for finans: *Krav og veiledning til utforming av styringsdokument*, 09.12.2011

Byrådsavdeling for finans: *Prinsipper for virksomhetsstyring i Oslo kommune*, 22.09.2011

Byrådsavdeling for finans: *Prinsipper for investeringsprosesser i Oslo kommune*, 01.12.2011

Byrådssak 1099.1/10: *Reglement for informasjons- og kommunikasjonsteknologi og informasjonssikkerhet i Oslo kommune*

Byrådssak 1105/13: *Instruks for informasjonssikkerhet*

Byrådssak 66/14: *Bystyremelding 1/2014 Seniormelding: Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo*

Byrådssak 1070/15: *Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune*

Byrådssak 1104/17: *Oslo kommunes anskaffelsesstrategi*

Oslo kommune: *Økonomireglementet 2021. Instruks for investeringer*

Eksterne referanser

Digitaliseringsdirektoratet: *Prosjektveiviseren*, tilgjengelig på <https://www.prosjektveiviseren.no/>

Direktoratet for økonomistyring: *Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*, 2014

Helsedirektoratet Rapport IS-2557 *Andre gevinstrapport med anbefalinger*, 2017

FOR-1997-02-27-358: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

FOR-2016-10-28-1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (opphevet)

General Data Protection Regulation 2016/679 (personvernforordningen)

ISO/IEC 27001 Informasjonssikkerhetsstandard

KS, Veikart for tjenesteinnovasjon, Gevinstrealisering, tilgjengelig på
<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/alle-verktoy/gevinstrealisering/>

LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (helse- og omsorgstjenesteloven)

LOV-1999-07-02-63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen), versjon 5.3, publisert juli 2018 og 6. versjon, publisert 5.2.2020

Tabelloversikt

Tabell 1 Trygghetsalarmer og velferdsteknologi i Oslo kommune 31.8.2021	14
---	----

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

I dette vedlegget gir vi en oversikt over revisjonskriteriene Kommunerevisjonen har lagt til grunn i forvaltningsrevisjonen. Vi går også gjennom kildene for de ulike kriteriene.

Revisjonskriterier er de krav og forventninger Kommunerevisjonen legger til grunn for sine vurderinger. Revisjonskriteriene er utledet fra autoritative kilder, i tråd med Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). I denne undersøkelsen kommer revisjonskriteriene i hovedsak fra Oslo kommunes krav til gjennomføring av investeringsprosjekter, virksomhetsstyring og IKT-sikkerhet samt teori om beste praksis slik den fremkommer i Direktoratet for økonomistyrings veileder i gevinstrealisering.

Problemstillingen i denne undersøkelsen har vært:

- I hvilken grad legges det til rette for at innføring av velferdsteknologi gir forventet nytte for kommunen og brukerne?

Problemstillingen er belyst gjennom følgende delproblemstillinger:

- om beslutningsgrunnlaget for valg av løsningene inneholder brukerbehovsanalyser, beskrivelser av forventet nytte og beskrivelser av hvilke tiltak som må iverksettes for å oppnå forventet nytte
- om nødvendige tiltak for å oppnå nytte er iverksatt, som for eksempel brukermedvirkning ved valg av tiltak og tilstrekkelig opplæring av ansatte og brukere
- om det er dokumentert i hvilken grad implementeringen gir forventet nytte og om det er gjort vurderinger av mulige årsaker til at nytten eventuelt ikke er oppnådd
- behandling av personopplysninger og håndtering av samtykke

De tre første delområdene knytter seg til faser i gevinstrealisering slik de er definert i DFØs veileder:

1. identifisere nytte og planlegge realisering av nytte
2. gjennomføre realisering av nytte
3. dokumentere realisert nytte

Det fjerde delområdet handler om behandling av personopplysninger. Datatilsynet har uttalt at «nytteverdien av teknologien må veies opp mot hensynet til personvernet». Velferdsteknologi må implementeres på en måte som verner retten til privatliv.

Identifisere og planlegge realisering av nytte

Virksomhetsstyring i Oslo kommune omfatter ifølge kommunens instruks oppfølging av fastsatte mål, planlegging av hvordan målene skal nås, løpende rapportering og risikovurdering, analyser av situasjonen og utforming og iverksetting av korrigerende tiltak for å nå fastsatte mål.

Brukerbehovsanalyse

Oslo kommunes investeringsregime er relevant for en del av virksomhetsstyringen og gjelder for alle investeringer i regi av kommunen. I investeringsregimet inngår *Prinsipper for investeringsprosesser i Oslo kommune* og *Instruks for beslutningsprosessen i*

investeringsprosjekter. I henhold til prinsippene og instruksen skal det for alle investeringer gjennomføres en konseptvalgutredning der konkrete behov kommer frem.

Behovsanalyse er nærmere beskrevet i *Krav og veiledning for konseptvalgutredning i Oslo kommune*. Behovsanalysen skal gi svar på hva slags tjeneste/tilbud det er behov for, slik dette vurderes av etaten/bydelen, hvor mange tjenester/tilbud det er behov for, og over hvilket tidsrom behovet er til stede. Behovet bør være så klart uttrykt og definert at det gir et godt grunnlag for å utvikle mål for kommunen og brukerne av tjenestene/tilbudene.

I Oslo kommunes anskaffelsesstrategi slås det fast at en god behovsanalyse skal ligge til grunn for alle anskaffelser. Strategien inneholder føringer om at kommunen skal «skaffe seg kunnskap om sluttbrukernes reelle behov sett fra brukernes ståsted».

En beskrivelse av mål / effekter / forventet nytte skal gi tydelig retning for hva kommunen forventer å oppnå med en investering. Målstrukturen skal være avledet av og underbygge det behovet som er definert i behovsanalysen. Effektmålene realiseres gjennom selve leveransen fra prosjektet og eventuelle tiltak for å underbygge gevinstrealisering.

Gevinstrealiseringsplan

Ifølge *Prinsipper for virksomhetsstyring i Oslo kommune* består virksomhetsstyring blant annet av arbeidet med å planlegge hvordan mål og resultatkrav skal nås.

Kommunerevisjonen legger til grunn at det er god praksis at det også er en plan for arbeidet med å realisere gevinster. Dette støttes av Digitaliseringsdirektoratet og Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) og KS sine veiledere i gevinstrealisering.

Siden det er bydelene som skal innføre teknologien og ta ut nytten, er det etter Kommunerevisjonens vurdering mer nærliggende at det er bydelene og ikke Helseetaten som utarbeider en konkret gevinstrealiseringsplan og beskriver tiltak for å oppnå nytte.

Ifølge Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser vil ofte de fleste gevinster realiseres etter at prosjektet er avsluttet, men i mange tilfeller vil også realiseringen av gevinster kunne komme i gang allerede i løpet av prosjektets gjennomføring etter hvert som leveransene gjøres. Hvilke gevinster og tiltak for realisering som er aktuelle allerede i løpet av prosjektgjennomføringen vil fremgå av gevinstrealiseringsplanen.

Når prosjektbegrunnelse og gevinstrealiseringsplan holdes oppdatert og godkjennes mellom hver fase sikres at gevinstrealisering blir ivarettatt i prosjektets gjennomføringsfaser, og at prosjektet kontinuerlig styres med utgangspunkt i ønskede gevinster.

I tillegg til å holde gevinstrealiseringsplan og prosjektbegrunnelse oppdatert, er det sentralt at prosjektet løpende i gjennomføringsfasene involverer interessenter som har en rolle knyttet til innføring av prosjektets produkter. Ved å synliggjøre prosjektets visjon og gevinstpotensial motiveres interessentene til å ta i bruk og dra nytte av de nye prosjektproduktene på en god måte.

En gevinstrealiseringsplan bør inneholde følgende punkter, i tråd med nevnte veiledere på området:

- oversikt over gevinster som skal realiseres
- størrelsen på gevinstene
- resultatindikatorer for de ulike gevinstene som gjør det mulig å si noe om i hvilken grad gevinstene er blitt realisert
- når gevinstene forventes å bli realisert
- usikkerhetsfaktorer som påvirker gevinstenes størrelse, og eventuelle tiltak for at gevinstene skal bli størst mulig
- hvem som er ansvarlig(e) for at gevinstene blir realisert

Dersom det ikke foreligger en gevinstrealiseringsplan, bør det i tråd med prinsipper om virksomhetsstyring foreligge andre styringsverktøy eller planverk som dekker punktene over.

På bakgrunn av dette har Kommunerevisjonen lagt følgende kriterier til grunn:

- Helseetaten bør gjennomføre brukerbehovsanalyse før anskaffelse av ny velferdsteknologi.
- Helseetaten og bydelene bør beskrive forventet nytte av velferdsteknologi, og bydelene bør beskrive hvilke tiltak som må iverksettes for å oppnå forventet nytte. Dette bør de gjøre ved å utarbeide en gevinstrealiseringsplan eller annet som dekker følgende:
 - oversikt over gevinster som skal realiseres
 - størrelsen på gevinstene
 - resultatindikatorer for de ulike gevinstene som gjør det mulig å si noe om i hvilken grad gevinstene er blitt realisert
 - når gevinstene forventes å bli realisert
 - usikkerhetsfaktorer som påvirker gevinstenes størrelse, og eventuelle tiltak for at gevinstene skal bli størst mulig.
 - hvem som er ansvarlig for at gevinstene blir realisert

Gjennomføre realisering av nytte

Flere forutsetninger må være oppfylt for at innføring av et velferdsteknologisk produkt skal gi nytte. Nødvendige tiltak vil for eksempel være å sørge for tilstrekkelig opplæring av ansatte og brukere i velferdsteknologi og å sørge for brukermedvirkning ved valg av tiltak til den enkelte bruker underveis.

Kompetanse

Velferdsteknologi er i denne sammenhengen tiltak som kan tas i bruk som ledd i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr. 6 bokstav a-d. Det følger av denne loven at helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstavene c og d fremgår det av c at kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører helse- og omsorgstjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Av d fremkommer det at tilstrekkelig fagkompetanse skal sikres i tjenestene.

Tilstrekkelig opplæring og kompetanse blant de ansatte som skal benytte velferdsteknologien er viktig for at teknologien skal tas i bruk og gi den ønskede nytten. I

Helsedirektoratets Rapport IS-2557 Andre gevinstrapport med anbefalinger står dette beskrevet:

Ansatte i tjenesten må ha eierskap til og være trygge på den nye tjenesten for at kommunen skal lykkes med å gi gode tjenester og realisere gevinster av den. En ser at der hvor ansatte er usikre på teknologiløsningen og feil oppstår, går de raskt tilbake til gamle rutiner. Hvorvidt det er en kultur for og vilje til endring blant ansatte, kan også være avgjørende for å lykkes. Der den type kultur ikke finnes må den skapes.

Kompetanse har også vært trukket frem av byrådet i bystyremelding 1/2014 Selvstendige, aktive og trygge eldre i Oslo som ble vedtatt av bystyret 12.11.2014. I meldingen står det blant annet at byrådet vil være en pådriver for at velferdsteknologi blir en mer integrert del av utdanningen for relevante profesjoner/yrker i helse- og omsorgssektoren.

Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune (byrådssak 1070/15) punkt 5.8.8 første punktum slår fast at virksomheten til enhver tid skal sørge for å ha tilstrekkelig kompetanse for å ivareta sine oppgaver.

Brukermedvirkning

Pasientenes/ brukernes rettigheter er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a, der det følger at disse har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det følger også her at man har rett til et verdig tjenestetilbud.

I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd første punktum fremgår det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 3 første ledd tredje strekpunkt:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/ hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 e:

sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 d:

vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer

I Oslo kommunes anskaffelsesstrategi står det:

I de tilfeller der anskaffelser skal dekke behov til enkeltbrukere, er det nødvendig å involvere den enkelte bruker individuelt, eventuelt pårørende/verge dersom brukeren ikke er i stand til å ivareta egne interesser.

På bakgrunn av dette har Kommunerevisjonen lagt følgende kriterium til grunn:

- Helseetaten og bydelene bør gjennomføre nødvendige tiltak for å realisere gevinster.

Dokumentere realisert nytteDokumentere effekter

Det å dokumentere realiserde gevinster innebærer å måle i hvilken grad de ulike gevinstene er realisert som forutsatt i gevinstrealiseringsplanen. Vanligvis gjennomføres dette ved å måle gevinster og sammenlikne med resultatene i en nullpunktsmåling, ref. DFØs veileder om gevinstrealisering. Alternativt må det dokumenteres på annen måte i hvilken grad teknologien har gitt forventede effekter eller nytte dersom et annet verktøy enn gevinstrealiseringsplan er brukt for å planlegge realisering av nytte.

Hvor omfattende jobben med å dokumentere gevinster skal være, bør tilpasses hvor enkelt det er, og hvor store gevinstene forventes å bli. Dersom det er utført en nullpunktsmåling vil det ligge forhåndsdefinerte indikatorer for én eller flere av gevinstene. Da skal man som et minimum følge opp med en ny måling av disse indikatorene. Det kan også være behov for å utvikle nye indikatorer. Et alternativ kan også være å gjennomføre en bredere evaluering enn måling på indikatorer.

Undersøke årsaker til avvik

I henhold til *Prinsipper for virksomhetsstyring i Oslo kommune og Instruks for virksomhetsstyring* skal korrektive tiltak iverksettes ved oppståtte eller forventede avvik på mål, måltall og resultatkrav.

Dersom det er betydelige avvik mellom størrelsen på de dokumenterte gevinstene og størrelsen på de gevinstene som var forventet i gevinstrealiseringsplanen, bør linjeorganisasjonen undersøke hva som er årsakene til avvikene, ifølge DFØs veileder. Videre bør linjen vurdere om det er potensial for å ta ut større gevinster hvis det blir gjort mer gevinstrealiseringsarbeid.

På bakgrunn av dette har Kommunerevisjonen lagt til grunn følgende kriterier:

- Helseetaten og bydelene bør følge opp og dokumentere i hvilken grad implementering av løsningene gir planlagt effekt.
- Dersom det er betydelige avvik mellom størrelsen på den dokumenterte nytten og størrelsen på nytten som var forventet, bør bydelen undersøke hva som er årsakene til avvikene.

Behandling av personopplysninger og håndtering av samtykkeKartlegge og verdivurdere informasjon som må beskyttes

I henhold til instruks for IKT-sikkerhet, pkt. 4.2., må alle virksomheter «kartlegge og verdivurdere informasjon som må beskyttes i henhold til integritet, konfidensialitet eller tilgjengelighet.»

Gjennom kartleggingen av informasjonsverdier får virksomheten identifisert potensielle risikoområder som den bør være spesielt oppmerksom på i risikovurderingen og den påfølgende risikohåndteringen, ref. Digitaliseringsdirektoratet. Protokoll over virksomhetens behandling av helse- og personopplysninger vil kunne gi virksomheten en oversikt over denne type informasjonsverdier, jf. Normen kap. 3.3 og personvernforordningen artikkel 30.

Gjennomføre risikovurderinger

Virksomheten skal ha gjennomført risikovurderinger som grunnlag for å velge ut relevante sikkerhetstiltak i tråd med virksomhetens behov. Krav til risikovurdering følger

av instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune, instruks for IKT-sikkerhet, ISO 27001 og normen for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren. Relevante punkter fra disse kildene er gjengitt under.

Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune, pkt. 5.4.2:

Risikovurderinger skal dokumenteres og følges opp i styringsdialogen mellom nivåer og internt i virksomhetene. Det skal løpende vurderes behov for risikoreduserende tiltak og kontrollaktiviteter.

Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune, pkt. 5.7.2:

Risikovurderinger skal utgjøre en sentral del av grunnlaget for å velge ut relevante sikkerhetstiltak. Vurdering av trusler og sårbarhet må inngå i dette arbeidet. Virksomhetens tiltak for å ivareta informasjonssikkerhet skal dokumenteres.

Instruks for IKT-sikkerhet, pkt. 3.3:

Risikovurdering skal være en sentral del av arbeidet med sikkerhetstiltak. Konkrete sikkerhetstiltak skal bygge på anbefalte sikkerhetskrav i mal for egenerklæring og dokumenterte risikovurderinger.

ISO 27001 (2017) pkt. 8.2:

Organisasjonen skal utføre risikovurderinger av informasjonssikkerheten med planlagte intervaller eller når betydelige endringer er foreslått eller inntreffer, med hensyn til kriteriene fastsatt i 6.1.2 a).

Organisasjonen skal oppbevare dokumentert informasjon om resultatene fra risikovurderingene av informasjonssikkerheten.

Normen kapittel 3.4:

Risikovurdering er et verktøy for å identifisere uønskede hendelser. Risikovurderingen bør ta utgangspunkt i en kartlegging av informasjonsverdier og hva som vil bli konsekvensen av hendelser som rammer tilgjengeligheten, integriteten og konfidensialiteten til informasjonsverdiene. Virksomheten skal vurdere sannsynligheten for og mulige konsekvenser av at en hendelse inntreffer. Dersom risikoen er uakseptabel, skal virksomheten gjennomføre tiltak for å redusere risikoen.

Virksomheten skal gjennomføre risikovurderinger, og de skal som minimum gjennomføres før

- etablering av eller endring i behandling av helse- og personopplysninger
- etablering av nye systemer eller registre som inneholder eller benytter helse- og personopplysninger
- det etableres organisatoriske, tekniske eller andre endringer med betydning for informasjonssikkerheten
- det etableres eller endres tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter

Risikovurdering bør oppdateres ved endring i trusselbildet. I tillegg skal virksomhetens ledelse jevnlig gjennomføre risikovurderinger som ledd i sitt arbeid med å kontrollere informasjonssikkerheten.

Vurdering av risiko skal gjennomføres med utgangspunkt i minimumskravene for konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og robusthet og kontrolleres mot virksomhetens nivå for akseptabel risiko. Det skal tas avgjørende hensyn til konsekvenser for pasient/bruker og forsvarlig helsehjelp i risikovurderingene.

Risikovurderinger skal dokumenteres. Der det er nødvendig å gjennomføre tiltak for å akseptabel risiko, skal tiltakene fremgå av en plan med tydelig frist og hvem som er ansvarlig for gjennomføring. Planen skal forankres hos virksomhetens ledelse.

Dersom planlagte tekniske tiltak for å oppnå akseptabel risiko ikke kan innføres umiddelbart, bør risikoreduserende administrative tiltak f.eks. i form av rutine vurderes.

Virksomheten skal sikre at den har tilstrekkelig kompetanse tilgjengelig for å kunne vurdere risiko. Representanter for de som yter helsehjelp skal søkes involvert der det er relevant. De som utfører risikovurderingene, skal ha en tydelig eskaleringsvei til ledelsen/styret. Resultater fra risikovurderingen og plan for oppfølging av tiltak skal kommuniseres på rett detaljnivå til virksomhetens ledelse og ev. styret der dette er relevant.

Normen kapittel 5.7.7:

Informasjonssikkerhet og personvern knyttet til anskaffelser og leverandøroppfølging skal inngå i virksomhetens styringssystem for informasjonssikkerhet. Alle faser i leverandørstyring, fra anskaffelse til avtalen er avsluttet, skal omfattes.

Virksomheten skal sikre

- klarhet i ansvar og roller
- at kompetanseressurser innen informasjonssikkerhet og personvern deltar i
- anskaffelser og leverandørstyring
- at virksomhetens ledelse (og styret hvis dette er relevant) som hovedregel
- involveres i beslutninger som gjelder bruk av private leverandører og/eller
- tjenesteutsetting av et visst omfang

Kravstilling og nødvendige sikkerhetstiltak ved bruk av leverandører skal bygge på en dekkende risikovurdering. Risikovurderingen skal alltid omfatte scenarioer som omfatter leverandørens autoriserte og ev. uautoriserte tilgang til helse- og personopplysninger og annen taushetsbelagt informasjon.

Virksomheten skal sikre at relevante sikkerhetskrav inngår i alle anskaffelser. Virksomheten skal sørge for at den har tilstrekkelig bestillerkompetanse tilgjengelig.

Tilgang til informasjon og systemer

Tilgang til informasjon og systemer i Oslo kommune skal være i samsvar med tjenstlig behov. Det følger av instruks for IKT-sikkerhet, pkt. 5.3.a, som også blant annet slår fast at dette innebærer autoriseringsprosesser ved tildeling, endring og avslutning av tilgang.

Instruks for IKT-sikkerhet, pkt. 5.3 a):

All tilgang til informasjon og systemer i Oslo kommune skal være i samsvar med tjenstlig behov. Det innebærer vurdering og bruk av tiltak som f.eks.

1. Autentiseringsmekanismer i systemene
2. Autoriseringsprosesser ved tildeling, endring og avslutning av tilgang
3. Sikring av bærbart utstyr
4. Sikring av tilgangskontroll i nettverk. Dette gjelder blant annet begrensning og kontroll av systemverktøy for overstyring, identifikasjon av utstyr, dedikerte soner for sensitive personopplysninger og annen informasjon som krever særskilt konfidensialitetsbeskyttelse.

Instruks for IKT-sikkerhet, pkt. 5.5 e):

Informasjonsbehandlingsutstyr og lagringsmedier må sikres mot uautorisert tilgang.

ISO 27001 (2017) pkt. 9.2.3:

Tildeling og bruk av privilegerte aksessrettigheter skal begrenses og kontrolleres.

ISO 27001 (2017) pkt. 9.1.2:

Brukere skal bare gis aksess til nettverk og netjtjenester som de er spesifikt autoriserte til å benytte.

ISO 27001 (2017) pkt. 9.2.6:

Aksessrettigheter til informasjon og systemer for informasjonsbehandling for alle ansatte og brukere hos eksterne parter skal fjernes ved opphør av ansettelsesforholdet, kontrakten eller avtalen, eller korrigeres ved endringer.

ISO 27001 (2017) pkt. 9.4.2:

Der det er påkrevd av policyen for aksesskontroll, skal aksess til systemer og applikasjoner kontrolleres gjennom en sikker påloggingsprosedyre.

Normen kapittel 3.2:

Normen beskriver at virksomheten skal ivareta taushetsplikten og for øvrig sikre mot at uvedkommende får kjennskap til opplysninger på følgende måter:

- hindre uautorisert tilgang til helse- og personopplysninger og annen informasjon med betydning for informasjonssikkerheten
- avgrense tilgang for autorisert personell iht. tjenstlig behov
- ha oversikt (logger) over alle som har hatt tilgang til helse- og personopplysninger og annen informasjon med betydning for informasjonssikkerheten

Normen kapittel 5.1:

Tilgangsstyring handler om hvordan virksomheten gjennomfører

- autorisering for tilgang til informasjonssystemer
- autorisering for tilgang til behandlingsrettet helseregister, som innebærer tildeling av tillatelser til å kunne lese, registrere, redigere, rette, slette og/eller sperre helse- og personopplysninger
- autentisering, som sikrer identifisering av autorisert bruker
- tilgjengeliggjøring av helse- og personopplysninger om bestemte pasienter/brukere for autorisert personell
- tilgjengeliggjøring av helse- og personopplysninger til annet personell enn virksomhetens eget personell
- kontrollerende tiltak

Virksomheten skal ha rutiner for autorisering, endring og avslutning av tilganger.

Innenfor rammen av taushetsplikten skal virksomheten sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte.

Virksomheten bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige.

Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten og personvernet.

Tilgangsstyring skal etableres for alle informasjonssystemer. Det gjelder også for administrator- og systembrukere.

Bare autorisert personell med tjenstlige behov skal få tilgang til helse- og personopplysninger.

Tilgang til behandlingsrettede helseregistre skal gis etter en konkret beslutning basert på om det er eller skal etableres tiltak for medisinsk behandling av pasienten. Tilgang skal styres slik at taushetspliktreglene ivaretas, og at tilgang til helse- og personopplysninger ikke gis til andre enn dem som har tjenstlig behov.

Databehandleravtale

Virksomheten skal ha etablert databehandleravtale med eventuelle eksterne databehandlere.

Instruks for virksomhetsstyring i Oslo Kommune, pkt. 5.7.1:

Informasjonssikkerhetsarbeidet i kommunen skal baseres på klarfordeling av roller og ansvar internt i virksomheten og overfor databehandlere, intern leverandør og eventuelle andre instanser som ivaretar informasjonssikkerhetsoppgaver for virksomheten.

ISO 27001 (2017) pkt. 13.1.2:

Sikringsmekanismer, tjenestenivåer og styringskrav til alle nettjenester skal identifiseres og inkluderes i avtaler om nettjenester, uavhengig av om disse tjenestene leveres av interne ressurser eller er utkontraktert.

ISO 27001 (2017) pkt. 15.1.2:

Alle relevante krav til informasjonssikkerhet skal etableres og avtales med hver leverandør som kan få aksess til, behandle, lagre, kommunisere eller levere komponenter i IT-infrastrukturen for organisasjonens informasjon.

Normen kapittel 5.7.7:

Virksomheter som overfører personopplysninger til utlandet, skal passe på at beskyttelsesnivået i personopplysningsloven ikke undergraves ved overføringen. Alle landene i EU/EØS-området har innført personvernforordningen og slik sikret at personopplysninger behandles forsvarlig. Europakommisjonen har i tillegg anerkjent at noen tredjeland har et tilstrekkelig nivå for vern av personopplysninger. Derfor kan personopplysninger fritt overføres til disse statene. Dette forutsetter at personopplysningslovens øvrige vilkår er oppfylt.

Behandlingsgrunnlag for behandling av helse- og personopplysninger

Virksomheten skal før behandling av helse- og personopplysninger starter, eller ved endringer i slik behandling, sørge for å ha et gyldig behandlingsgrunnlag.

Normen kap 4.2.2:

Ved innsamling av opplysninger skal den dataansvarlige på en forståelig måte gi den registrerte informasjon om sine rettigheter og hvordan personopplysningene behandles.

Normen kapittel 4.1, jf. Personvernforordningen artikkel 6 og 7:

Før behandling av helse- og personopplysninger starter, eller ved endringer i slik behandling, skal dataansvarlig sørge for å ha et gyldig behandlingsgrunnlag. Behandlingsgrunnlaget skal dekke alle typer behandling som utføres: innsamling, registrering, lagring, sletting, utlevering, mv. Skal opplysningene brukes til et annet formål enn opprinnelig, må dette ha et eget behandlingsgrunnlag.

Personvernforordningen artikkel 6 viser til seks ulike behandlingsgrunnlag:

- Den registrerte har samtykket til behandlingen.
- Behandling er nødvendig for å oppfylle en avtale med den registrerte.
- Behandlingen er nødvendig for å oppfylle en rettslig forpliktelse (med hjemmel i lov).
- Behandling er nødvendig for å verne den registrertes eller en annen persons vitale interesser.
- Behandling er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse eller utøve offentlig myndighet som dataansvarlige er pålagt.

-
- Behandling er nødvendig for å ivareta en berettiget interesse som veier tyngre enn hensynet til den enkeltes personvern.

På bakgrunn av dette har Kommunerevisjonen lagt følgende kriterier til grunn:

- Helseetaten og bydelene må kartlegge og verdivurdere informasjon som må beskyttes i henhold til integritet, konfidensialitet eller tilgjengelighet.
- Helseetaten og bydelene skal ha gjennomført risikovurderinger som grunnlag for å velge ut relevante sikkerhetstiltak i tråd med virksomhetens behov.
- Bydelene skal ha prosedyrer for å sikre at tilgang til informasjon og systemer skal være i tråd med tjenstlig behov.
- Helseetaten skal ha etablert databehandleravtale med eventuelle eksterne databehandlere.
- Helseetaten og bydelene skal før behandling av helse- og personopplysninger starter, eller ved endringer i slik behandling, sørge for å ha et gyldig behandlingsgrunnlag.

Vedlegg 2 Metode

1.1 Generelt om forvaltningsrevisjon

De sentrale delene av en forvaltningsrevisjon er beskrevet i *Standard for forvaltningsrevisjon* fra Norges Kommunerevisorforbund (RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon). Disse delene er like for alle forvaltningsrevisjoner. Kort oppsummert bestemmer kontrollutvalget problemstillingen i sin bestilling til Kommunerevisjonen. Kommunerevisjonen utleder relevante revisjonskriterier for problemstillingen. Kriteriene er målestokken som vi holder den reviderte enhet opp mot. For å svare på spørsmålet om enheten når de gitte målene/revisjonskriteriene, samler vi inn relevante data som vi bearbeider og analyserer. Dette gir oss et faktagrunnlag som vi vurderer opp mot revisjonskriteriene. Vurderingene leder frem til Kommunerevisjonens konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

1.2 Beskrivelse av prosjektgjennomføring

Vi sendte brev om oppstart av forvaltningsrevisjonen til Bydel Grorud og Bydel Ullern og byråden for helse, eldre og innbyggertjenester 26. mars 2021. Bydelsutvalgene i de to bydelene ble orientert om oppstart av undersøkelsen 6. april 2021. Oppstartsmøter ble gjennomført digitalt med Helseetaten 19. april, med Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester 21. april og med hver av bydelene den 22. april 2021.

Kommunerevisjonen sendte utkast til revisjonskriterier til Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Helseetaten, Byråd Grorud og Bydel Ullern 24. juni, med frist for eventuelle kommentarer 13. august. Det kom ingen konkrete innvendinger til kriteriene, men Helseetaten stilte 19. august spørsmål om det egentlig var en felles standard for arbeid med gevinster i Oslo kommune, med referanse til at de ikke opplevde at veilederen fra Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) var et krav.

Kommunerevisjonen svarte på spørsmålet 20. august ved å vise til at vi i revisjonskriteriene hadde lagt til grunn DFØs veileder som teori om beste praksis når det gjelder gevinstrealisering. Vi var heller ikke kjent med at det fins en egen felles standard på gevinster og hvordan man skal jobbe med dette i Oslo, ut over det mer overordnede som følger av krav til investeringsprosjekter og virksomhetsstyring i Oslo kommune.

Hoveddelen av datainnsamlingen foregikk i perioden juni 2021 til august 2021. Vi sendte faktabeskrivelsen til verifisering hos bydelene 13. september 2021. Vi ga en presentasjon av Kommunerevisjonens foreløpige vurderinger og konklusjoner i et videomøte på Teams med Bydel Grorud, Bydel Ullern og Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester 11. oktober 2021.

Rapporten fra undersøkelsen ble 13. oktober 2021 sendt til uttalelse til byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Helseetaten, Bydel Grorud og Bydel Ullern. Uttalelsene er oppsummert og vurdert i kapittel 8 og følger i sin helhet i vedlegg 3, 4, 5 og 6.

1.3 Metode for datainnhenting

Undersøkelsen er basert på informasjon som er samlet inn gjennom intervjuer, en dokumentgjennomgang og en gjennomgang av brukermapper. Undersøkelsesperioden har vært 2017 til og med september 2021.

Valg av bydeler

Kommunerevisjonens undersøkelse har vært rettet mot Bydel Grorud og Bydel Ullern. De to bydelene ble valgt ut fra en helhetlig vurdering. Vi har tatt hensyn til belastning av forvaltningsrevisjoner i bydelenes hjemmetjenester totalt sett siden 2016 og på undersøkelsestidspunktet. Vi har valgt to bydeler som ikke har vært en del av VIS-prosjektet. De to bydelene som er valgt er relativt like befolkningsmessig i antall, men geografisk i to ulike områder i byen. Vi har også sett på statistikk over bydelenes implementering av velferdsteknologi per 2019.

Intervjuer og innspillmøter

Vi har gjennomført semistrukturerte intervjuer ved bruk av Teams med ledere og ansatte i hjemmetjenesten i de to bydelene, og med ledere og ansatte i Helseetatens seksjon for velferdsteknologi. De fleste intervjuene var individuelle, mens i noen av intervjuene deltok to personer, etter ønske fra intervjuobjektene. Intervjuene har hatt en varighet fra 30 minutter til én time.

Fra Kommunerevisjonens side deltok én eller to ansatte i intervjuene. Vi skrev et referat fra intervjuene. Referatene fra intervjuene ble verifisert av de aktuelle personene. Hensikten med intervjuene med ledere og ansatte var å få informasjon om praksis når det gjaldt innføring av velferdsteknologi, med vekt på gevinstrealisering og personvern.

Vi har også hatt samtaler med en bruker av velferdsteknologi fra hver av de to bydelene. Disse samtalene ble tatt på telefon, og verifiseringen foregikk muntlig. For å komme i kontakt med brukere sendte vi en forespørsel til kontaktpersonen for revisjonen i de to bydelene og ba dem om å formidle kontakt med aktuelle brukere vi kunne snakke med. Vi la ved et skriv til bruk i dialog med brukerne med informasjon om undersøkelsen, hva vi ønsket å snakke med dem om, og hvordan intervjuet ville foregå. Hensikten med samtaler med brukere var å få tilbakemeldinger om hvordan brukerne opplevde de teknologiske løsningene, og få belyst hvordan brukermedvirkningen foregikk fra brukerens perspektiv.

Vi har også hatt møter med eldrerådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i Bydel Ullern, og intervjuet leder for rådet for personer med nedsatt funksjonsevne i Bydel Grorud. Hensikten med disse møtene og intervjuene var å informere om undersøkelsen og få innspill på hva som var viktig når det gjaldt innføring av velferdsteknologi fra et brukerperspektiv.

Dokumentasjon

Fra Helseetaten ba vi i første omgang om å få tilgjengeliggjort dokumenter knyttet til gevinstrealisering for velferdsteknologi, brukerbehovsanalyser, styringsdokumenter fra spredningsprosjektet og Velferdsteknologi i Oslo (VIO), evalueringen av spredningsprosjektet og aktuelle policydokumenter for håndtering av personopplysninger.

Videre kom vi tilbake til Helseetaten i juni og ba om å få tilsendt følgende dokumentasjon knyttet til ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet i de velferdsteknologiske løsningene:

- kartlegging av informasjon som behandles i tilknytning til den aktuelle velferdsteknologien, og verdivurdering av informasjonen med tanke på behov for beskyttelse av konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet
- risikovurdering av informasjonssikkerhet i de aktuelle velferdsteknologiløsningene
- oversikt over innmeldte informasjonssikkerhetsavvik/-hendelser knyttet til velferdsteknologi
- dokumentasjon på ledelsens behandling av gjennomførte risikovurderinger av de velferdsteknologiske løsningene, herunder av beslutninger av tiltak og aksept av restrisiko
- rutiner for autorisering, endring og avslutning av tilganger til systemer tilknyttet de aktuelle velferdsteknologiske løsningene
- dokumentasjon på hvilken informasjon brukerne av de velferdsteknologiske løsningene har fått om sine personvernrettigheter, og om hvilke personopplysninger som behandles, samt eventuelle rutiner i tilknytning til dette
- rutiner for dokumentasjon av / etablering av behandlingsgrunnlag for behandling av personopplysninger i de aktuelle systemene, herunder eventuelt for innhenting av samtykke

Dokumentasjonen var relevant for å belyse hvordan Helseetaten hadde tilrettelagt for gevinstrealisering i innføringen av velferdsteknologi og for ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern i løsningene.

Vi sendte likelydende liste til bydelene som til Helseetaten når det gjaldt informasjonssikkerhet og personvern. I tillegg ba vi bydelene oversende følgende dokumentasjon knyttet til arbeid med nytte av velferdsteknologi:

- gevinstrealiseringsplan eller annet dokument som viser forventet nytte og nødvendige tiltak for å oppnå forventet nytte av velferdsteknologi
- dokumentasjon av alle tiltak som har blitt gjennomført for å oppnå nytte, herunder av tilbud om og gjennomføring av opplæring eller kompetanseheving for ansatte om velferdsteknologi
- alle rutiner og prosedyrer knyttet til velferdsteknologi i bydelen, herunder for å ta imot og følge opp tilbakemeldinger fra brukere og ansatte knyttet til teknologien
- avviksmeldinger i EQS knyttet til bruken av velferdsteknologi og eventuelle klager
- foreliggende målinger av nytte/gevinster i form av statusrapporter, indikatorer, evalueringer eller liknede
- dokumentasjon av styring og oppfølging av gevinstrealisering internt i bydelen eller der bydelen har deltatt, f.eks. møtetreferater fra styringsgruppemøter der dette har vært tema
- dokumentasjon på eventuelle tiltak som har blitt iverksatt som følge av avvik fra planlagte gevinster

Vi mottok svar fra Bydel Grorud med 70 vedlagte dokumenter, og fra Bydel Ullern med 60 vedlagte dokumenter.

Registerdata/statistikk og mappegjennomgang

Kommunerevisjonen har innhentet statistikk fra Helseetaten som viser status for innføring av velferdsteknologi per september 2021. Statistikken baserer seg på tall fra

Gerica når det gjelder trygghetspakker, og på de ulike administrasjons- og responsløsningene når det gjelder elektroniske medisindispensere, digitalt tilsyn og digital hjemmeoppfølging.

Kommunerevisjonen ble gitt midlertidig lesetilgang til Gerica i de to bydelene for å kunne gjøre et utvalg til gjennomgang av mapper for brukere av velferdsteknologi. Ved hjelp av rapport over brukere som hadde elektronisk medisindispenser generert i Gerica, fikk vi gjort et tilfeldig utvalg av fem brukere med slik dispenser i hver av de to bydelene. Vi brukte et forhåndsdefinert kontrollskjema som støtte til å gå gjennom de delene av brukermappene som knyttet seg til bruken av medisindispenseren. Vi så etter informasjon om hvordan oppstart med medisindispenser hos brukeren hadde foregått, om det var dokumentert hvilken informasjon som var gitt, varsler om avvik og behandling av disse samt tegn på brukermedvirkning og ev. vurdering av samtykkekompetanse.

1.4 Behandling av personopplysninger

Formålet med Kommunerevisjonens innhenting, behandling og oppbevaring av personopplysninger er å utføre den lovbestemte revisjonen av Oslo kommune. Hvilke personopplysninger vi samler inn og behandler, avhenger av hvilken informasjon vi trenger for å gjennomføre undersøkelsen. Personopplysningene vil kunne være opplysninger som kommunen er pålagt å innhente, som av andre grunner er i kommunens systemer, som ansatte plikter å oppgi til Kommunerevisjonen, eller som er gitt frivillig.

Kommunerevisjonen følger bestemmelsene i personopplysningsloven og legger vekt på å begrense lagringen av personopplysninger. Vi legger vekt på bare å innhente data som er relevante for formålet med undersøkelsen. Vi tar bare vare på personopplysninger som er nødvendige for dokumentasjon av arbeidet vi utfører. Personopplysninger lagres utilgjengelig for uvedkommende.

Retten til å få slettet personopplysninger er bl.a. styrt av at Kommunerevisjonen har ti års lagringsplikt for dokumentasjon av revisjonene.

For ytterligere informasjon om Kommunerevisjonens ansvar for og behandling av personopplysninger, se vår [personvernerklæring](#)².

1.5 Gyldighet og pålitelighet

For å sikre at datagrunnlaget har tilfredsstillende kvalitet har vi vurdert dataenes gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Gyldighet refererer til hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke. Pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært. Her trekker vi frem utfordringer ved datainnsamlingen og analysene, og beskriver hvordan vi har håndtert dem.

En viktig del av datagrunnlaget for denne undersøkelsen har vært dokumentasjon oversendt oss fra Helseetaten og de to bydelene. Forhold som kan true gyldigheten og påliteligheten av en dokumentgjennomgang er at dokumentene ikke er autentiske, at de ikke er relevante eller at dokumentasjonen ikke er fullstendig. Dokumentasjonen vi har mottatt fremstår som autentisk. Vi har i intervjuer snakket om tema som også dekkes av

² <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13292652-1535640780/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%2C%20foretak%20og%20ombud/Kommunerevisjonen/Personvernerkl%C3%A6ring%20for%20Kommunerevisjonen.pdf>

dokumentasjonen, og på den måten fått informasjon som kan bekrefte eller avkrefte det som fremgår av dokumentene. Når det gjelder relevans, er det virksomhetene selv som har valgt ut og sendt oss dokumentasjonen som svar på våre spørsmål. Det betyr at dokumentasjonen vi har analysert er den som virksomhetene selv anser som relevant. I de tilfeller der det i intervjuer har blitt referert til dokumentasjon som vi ikke tidligere hadde mottatt, har vi bedt om å få den dokumentasjonen det ble referert til og mottatt denne.

Vi hadde i tidligere utkast av rapporten som ble sendt til faktaverifisering hos virksomhetene, gjengitt en tabell med oversikt over status for innføring av velferdsteknologi i de femten bydelene i Oslo. Denne var basert på bydelsstatistikken. Det var ikke samsvar mellom tallene som der var oppgitt over antallet dispensere i Bydel Grorud og Bydel Ullern, og den dokumentasjonen vi hadde sett for bydelene. Vi ba derfor Helseetaten om å bidra med korrekt statistikk.

For å forsikre oss om at vi gjengir utsagn i intervjuer på korrekt måte, har intervjuene blitt verifisert av dem som ble intervjuet. Verifiseringen har skjedd skriftlig, med unntak av to intervjuer med brukere av velferdsteknologi. For disse brukerne har vi verifisert muntlig underveis i intervjuet, ved å stille oppfølgingsspørsmål, stille liknende spørsmål på forskjellige måter og ved å gjengi vår forståelse av respondentens utsagn og spurt om vi har forstått riktig. Vi har ikke brukt brukerintervjuene som revisjonsbevis, men som en illustrasjon på problemstillinger som er belyst gjennom andre metoder.

Dataenes gyldighet og pålitelighet er vurdert og kvalitetssikret internt i Kommunerevisjonen. Kvalitetssikringen er foretatt av andre personer enn dem som har samlet inn og behandlet dataene. Kommunerevisjonen har kvalitetssikret at revisjonskriteriene er relevante for undersøkelsens problemstillinger, både gjennom en intern kvalitetssikring og ved at bydelene, Helseetaten og Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester har hatt mulighet til å kommentere og foreslå endringer i kriteriene. Vi har kvalitetssikret at det innhentede datagrunnlaget var relevant og dekkende for kriteriene det skulle vurderes opp mot, og for undersøkelsenes vurderinger og konklusjoner. Kommunerevisjonens beskrivelser, vurderinger og konklusjoner er avpasset de muligheter og begrensninger som ligger i datagrunnlaget. Som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner mener vi at de innsamlede dataene er tilstrekkelig gyldige og pålitelige.

Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0863 OSLO

Unntatt offentlighet
Offl. § 6 andre ledd

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
21/1636 - 7

Saksbeh.:

Jan Olsen Nytvelt, 901 89 221

Dato:

09.11.2021

Rapport til uttalelse - Innføring av velferdsteknologi

Viser til oversendt rapport den 13.10.2021 fra Kommunerevisjonen som omhandler forvaltningsrevisjon om innføring av velferdsteknologi i Oslo. Jeg har mottatt rapporten til uttalelse med frist innen 9.11.2021. Kommunerevisjonen har bedt meg om å svare på 7 spørsmål, svarene er satt i kursiv under det enkelte spørsmål.

1. Har informasjonen om prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Svar:

Informasjon om prosjektet har vært tilstrekkelig klar. Min byrådsavdeling har hatt et godt samarbeid med Kommunerevisjonen under hele prosessen, og spørsmål og avklaringer til er blitt besvart på kort tid og på en utfyllende måte.

2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Svar:

Jeg vurderer at Kommunerevisjonen har brukt relevante undersøkelsesmetoder, sørget for bred medvirkning og innhentet aktuelle data. Jeg vil legge vekt på at jeg finner det positivt at de lokale rådene for personer med funksjonsnedsettelse og elderrådet har fått medvirke i denne forvaltningsrevisjonen.

3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Svar:

Et av revisjonskriteriene er: «teori om beste praksis slik den framkommer i Direktoratet for økonomistyrings veileder i gevinstrealisering». Velferdsteknologi er en ny tjeneste og omfatter produkter som i hovedsak er lokalisert hjemme hos bruker, med relativt kort tids estimert varighet pr bruker, og samtidig som tjenesteutøvelsen er kompleks. Det antas at disse forhold er hensyntatt i de vurderinger som er gjort av revisjonen.

For øvrig har jeg ingen kommentar til kriteriene.



Oslo kommune
Byrådsavdeling for helse, eldre og
innbyggertjenester

Besøksadresse:
Olav V gate 4
Postadresse:
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 876819872
oslo.kommune.no

4. Hva er byrådens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Svar:

Målet med bruk av velferdsteknologi er å bidra til økt selvstendighet og mestring av eget liv, sykdom og helse og er et viktig virkemiddel i å møte de demografiske utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor, ved at det kan redusere eller utsette behovet for hjemmetjenester. Innføring av velferdsteknologi i Oslo har en stor utbredelse sett i et nasjonalt perspektiv. Det innebærer at Oslo har gjort mye nybrottsarbeid.

Rapporten avdekker forbedringspunkter i arbeidet med velferdsteknologi som jeg vurderer det er viktig å forbedre. Kommunerevisjonens funn er nyttige og anbefalingene konkrete og relevante for forbedring av de områdene det er avdekket behov for å styrke.

5. Vil byråden vurdere tiltak, eller iverksette tiltak, på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og/eller anbefalinger? I tilfelle hvilke? Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av eventuelle tiltak?

Svar:

Den endelige rapporten vil bli oversendt til alle bydeler og Helseetaten med forventning om at den benyttes til diskusjon, læring, interrevisjon og forbedringsarbeid. Min byrådsavdeling vil følge opp Helseetaten, Bydel Ullem og Bydel Grorud og de tiltakene de eventuelt varsler. Samtlige bydeler vil bli bedt om å rapportere hvordan funn og anbefalinger i rapporten er benyttet i lokalt forbedringsarbeid. Rapporten vil også bli presentert og diskutert i blant annet topplederrådet for velferdsteknologi i Oslo (VIO) hvor alle virksomhetene i sektoren og byrådsavdelingen deltar.

6. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi gjerne begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Svar:

Rapporten oppfattes som svært nyttig. Velferdsteknologi er et viktig verktøy for å kunne møte de demografiske utfordringene som fremtiden gir oss slik at vi får en god og bærekraftig tjenesteutvikling. Rapporten bidrar til å sette fokus på forbedringsområder innenfor en kompleks tjeneste.

7. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Svar:

Rapporten oppleves som oversiktlig, informativ og lettlest. Undersøkelsen er dokumentert på en logisk, klar og fullstendig måte.

Med vennlig hilsen

Robert Steen

byråd

Vedlegg 4 Uttalelse fra Helseetaten

Helseetaten



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Unntatt offentlighet
Offl. § 5 første ledd

Deres ref.:
21/00215

Vår ref. (saksnr.):
21/917 - 8

Saksbeh.:
Dagny Alida Johnson Meltvik,

Dato:
25.10.2021

Rapport til uttalelse - Innføring av velferdsteknologi

Helseetatens uttalelse for spørsmålene vi bes svare på:

1. Har informasjonen om prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Vi har mottatt god og klar informasjon om prosjektet.

2. Har etaten kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

I forbindelse med KRVs anbefaling av tiltak for bydelene, siste pkt, ønsker vi å gjøre KRV oppmerksom på at det ligger informasjon om behandling av personopplysninger i Oslo kommune, i form av en personvernerklæring, tilgjengelig for alle innbyggere på Oslo kommunes nettsider:
<https://www.oslo.kommune.no/personvern-og-informasjonskapsler/#gref>
Kommunen og helsevesenet behandler store mengder personopplysninger for ulike formål, det er ikke vanlig prosedyre at innbyggere får spesifikk info om dette hver gang de registreres i et system.

Vi ønsker også å gjøre KRV oppmerksom på at bruk av trygghetsalarmer er en godt etablert tjeneste som har vært i drift i over 20 år. Alle innbyggere i Oslo over 75 år har en politisk vedtatt rett til å få en trygghetsalarm til bruk inne når de selv ønsker det/søker om det, uten krav om behovskartlegging for de over 75 som søker om dette selv. Disse forholdene kan være en av årsakene til lite fokus på gevinstrealisering og brukermedvirkning fra bydelenes side, knyttet til akkurat denne teknologien.

3. Har etaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Helseetaten har ingen kommentarer til revisjonskriteriene annet enn at vi savner en felles standard for gevinstrealisering og hvordan man skal jobbe med dette i Oslo kommune.

4. Hva er etatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Helseetaten imøteser alle rapportens konklusjoner og anbefalinger. Helseetatens egne observasjoner er i tråd med det som påpekes av KRV og vi ser ingen overraskende funn.

5. Vil etaten vurdere tiltak, eller iverksette tiltak, på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og/eller anbefalinger? I tilfelle hvilke? Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av eventuelle tiltak?

Helseetaten vil på bakgrunn av Kommunerevisjonens anbefaling, sette inn tiltak som kan gi bedre kunnskap om hvilken nytte kommunen oppnår gjennom bruk av velferdsteknologi, ved å:

1. Skaffe oppdatert oversikt over gevinstpotensialet for bruk av den teknologien som er tilgjengelig via samkjøpsavtaler (EMD, digitalt tilsyn, trygghetsalarmer og Digital hjemmeoppfølging) og kommunisere dette til bydeler og etater som har mulighet til å avrope på avtalene.
2. Sikre at gevinstplanlegging er en integrert del av fremtidige anskaffelsesprosesser.

Tidsperspektiv: 2022

Helseetaten har i tillegg noen allerede planlagte tiltak som treffer de områdene Kommunerevisjonen anbefaler at bydelene setter inn tiltak for.

Vi jobber med å iverksette flere tiltak for å styrke bydelenes evne til å gjennomføre risikovurderinger knyttet til å ta i bruk ny teknologi. Det jobbes også med tiltak for å gjøre det lettere for bydeler å få oversikt over og følge opp velferdsteknologi som er plassert ute hos innbyggere, hvem som har tilganger til hvilke løsninger og en bedre samlet oversikt over alle åpne varsler.

6. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi gjerne begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Velferdsteknologi er et viktig verktøy for å kunne møte de demografiske utfordringene vi står over. Rapporten bidrar til å sette fokus på forbedringsområder ved innføringen av velferdsteknologi i Oslo.

7. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Helseetaten har ingen spesielle kommentarer til rapportens oppbygning eller språkbruk.

Med vennlig hilsen

Hilde Terese Hamre
etatsdirektør

Dagny Meltvik
Seksjonsleder velferdsteknologi

Mottakere:
Kommunerevisjonen

Fredrik Selmers vei 3

0663

OSLO

Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Grorud



Oslo kommune

Kommunerevisjonen
Thea Schjødt
Fredrik Selmersvei 3
0663 Oslo

Dato: 28.10.2021

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Arkivkode:
21/00215-43	202100201-8	Ida Marita T Winterkvist, 98873137	126.2

RAPPORT TIL UTTALELSE – INNFØRING AV VELFERDSTEKNOLOGI

Viser til meldt rapport til uttalelse – innføring av velferdsteknologi med frist 2. november 2021.

Under følger Bydel Grorud sine uttalelser.

1) Har informasjonen om prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Bydel Grorud anser at informasjonen om prosjektet har vært tilstrekkelig klar.

2) Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Bydel Grorud har ingen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data.

3) Har bydelen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Bydel Grorud har ingen kommentarer til revisjonskriteriene.

4) Hva er bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Bydel Grorud anser at hjemmetjenesten med sine dedikerte ansatte har gjort



Postadresse:
Ammerudveien 22
0958 Oslo

Telefon: 21 80 21 80

Bankkonto: 1315 01 00814
Org.nr. 974 778 866

E-post: postmottak@bgr.oslo.kommune.no

mye godt arbeid knyttet til innføringen og oppfølgingen av velferdsteknologi. Vi ser samtidig at rapportens konklusjoner og anbefalinger viser at bydelen har flere forbedringsområder.

Forbedringsområdene som rapporten viser til er utfyllende og synliggjør ansvarsområder som kanskje ikke var tydeliggjort nok i forkant.

Bydelen ser videre at det er hensiktsmessig om visse rutiner knyttet til innføring og oppfølging av velferdsteknologi blir felles for alle bydeler, da de håndterer velferdsteknologi og vil kunne dra nytte av hverandre i utarbeidelsen.

Bydelen ser også at rapportens konklusjoner og anbefalinger er konkrete og tydelige, som gjør at forbedringsarbeidet blir oversiktlig med tanke på det videre arbeidet.

5) Vil bydelen vurdere tiltak, eller iverksette tiltak, på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og/eller anbefalinger? I tilfelle hvilke? Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av eventuelle tiltak?

Bydel Grorud vil iverksette følgende tiltak på bakgrunn av rapportens anbefalinger:

- utarbeide planer for hvordan bydelen skal oppnå forventet nytte av velferdsteknologi.
- innhente kunnskap om hvilken nytte velferdsteknologien gir, av planlagt nytte.
- følge opp alle varsler som kommer fra de velferdsteknologiske løsningene bydelen har, samt dokumentere oppfølgingen.
- gjennomføre risikovurdering av bydelens bruk av de velferdsteknologiske løsningene.
- implementere prosesser for tilgangsstyring som sikrer at tilgang er i tråd med tjenstlige behov.
- påse at brukere og evt. pårørende får tilstrekkelig informasjon om behandling av personopplysninger i de velferdsteknologiske løsningene.
- påse at bydelen systematisk dokumenterer opplæring i de forskjellige velferdsteknologiske løsningene.

Bydelen ser for seg et tidsperspektiv på seks måneder for å få på plass nye rutiner, planer, risikovurderinger, utarbeidelse av informasjon knyttet til personopplysninger og dokumentasjon på opplæring.

Bydelen vil lage en prioriteringsliste for hvilke tiltak som vil bli iverksatt først. Implementeringen av tiltakene vil gjennomføres fortløpende og videre på sikt.

6) Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi gjerne begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Bydel Grorud oppfatter rapporten som nyttig med tanke på klarhet i ansvarsområder og forbedringsområder i forbindelse med velferdsteknologisatsningen i bydelen.

7) Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Bydel Grorud har ingen innvendinger mot rapportens oppbygning og språkbruk.

Med hilsen

Ayub Tughra
bydelsdirektør

Bente Almås
avdelingsdirektør
helse og omsorg

Elektronisk godkjent og signert

Vedlegg 6 Uttalelse fra Bydel Ullern

Bydel Ullern



postmottak@krv.oslo.kommune.no

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
2021/981

Saksbehandler:
Bente Nodland Otto

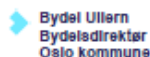
Dato: 29.10.2021

Rapport til uttalelse - Innføring av velferdsteknologi

Det vises til oversendt rapport til uttalelse for innføring av velferdsteknologi i Bydel Ullern. Vedlagt følger bydelens tilbakemelding på kommunerevisjonens spørsmål samt anbefalinger.

1. informasjon om prosjektet har vært tilstrekkelig klart.
2. Vedrørende innhenting av data, metode og kilder kan det være vanskelig å innhente treffsikre data tilbake til 2017, da mye av aktiviteten har vært tilknyttet prosjektorganisering og aktiviteter med Helseetaten (HEL). Det har vært utskiftning av nøkkelpersonell i stilling som velferdsteknolog og mye av aktiviteten som har vært tilknyttet HEL er derfor vanskelig å dokumentere.
3. Revisjonskriteriene omhandler blant annet planlegging og realisering av nytte, og bruk av gevinstrealiseringsplaner. Dette har vært et nytt arbeidsverktøy og metode benyttet i prosjektorganiseringen rundt implementering av velferdsteknologi. Bydelen oppfatter at dette gevinstrealiseringsverktøyet burde ha vært tidligere og tydeligere utarbeidet fra HEL som prosjektledere. Bydelene jobber på ulike nivåer og er ulikt organisert men for å sikre helhetlig og lik praksis burde dette ha vært verktøy som var funksjonelle fra starten av. For å sikre driftseffektive løsninger vil det være hensiktsmessig at HEL også ser på utarbeidelse av en del felles rutiner, istedenfor at 15 bydeler utarbeider dette.
4. Rapportens konklusjon og anbefalinger gir, etter bydelens vurdering, et godt bilde av utfordringene med implementering av velferdsteknologiske løsninger, da den viser til systemutfordringer, ansvarsfordeling mellom etat og bydel samt menneskelig håndtering av tiltakene.
5. Her vises til eget avsnitt vedrørende anbefalinger og iverksetting av tiltak.
6. Rapporten peker på områder som har vært uavklarte og som ikke nødvendigvis har vært oppfattet som bydelens ansvar. Innholdet i rapporten har vært viktig i klargjøring av aktiviteter tilknyttet til implementering av hver enkelte velferdsteknologisk tiltak og hva som skal forberedes ved innføring av dette. Bydelen bruker rapportens anbefalinger til å heve kvaliteten på dette arbeidet i fortsettelsen.
7. Rapportens oppbygging har vært klar og språkbruk har vært i tråd med språkmessige uttrykk i henhold til revidert område.

Bydel Ullerns videre arbeid med rapportens anbefalinger jfr kap 7.2:



Bydel Ullern
Bydelsdirektør
Oslo kommune

Besøksadresse:
Hoffsvelen 48, 0212 Oslo
Postadresse:
Postboks 43 Skøyen, 0212 Oslo

Telefon: +47 21 80 21 80
postmottak@bun.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 971 022 051
oslo.kommune.no

Utarbeidelse av plan for hvordan oppnå nytte av velferdsteknologi- Bydelen hadde ved revisjonsgjennomgang påbegynt revidering av handlingsplan for velferdsteknologi. Denne planen ferdigstilles med handlingsperiode for 2022-2023. I planen legges det større vekt på gevinstrealisering og evaluering av tiltak, enn tidligere.

Kunnskap om planlagt nytte- velferdsteknolog har månedlig møte med ledergruppen til avdeling helse og mestring. Gjennomgang av gevinstkartlegging og realisering planlegges halvårlig, på møte i april og oktober, slik at man på høsten kan justere tiltak i tråd med inneværende års mål samt kommende års aktivitet. En del av gevinstkartleggingsverktøyene bør være felles i kommunene og det forventes at HEL utarbeider tilstrekkelig gode kartleggingsverktøy for denne aktiviteten.

Varsler om avvik på velferdsteknologiske løsninger- avdelingens hjemmetjeneste gjennomgår i disse dager en omorganisering. I den forbindelse blir det opprettet noen nye rutiner, deriblant for ansvarsvakt. Disse har ansvar for å sikre at varsler håndteres og dette legges inn som arbeidsaktivitet på sjekklisten som ansvarsvakt har for vekten. Velferdsteknolog deltar i dag på flere rapporter i hjemmetjenesten og vil også gjøre dette fremover for å minne om arbeidsoppgaven.

Risikovurdering av bydelens bruk av velferdsteknologi- bydelen hadde gjennomført ROS-analyse av både medisindispensere og digitalt tilsyn, men ikke lagt inn vurderinger på personvern og informasjonssikkerhet. Ved nye løsninger som skal tas i bruk vil disse områdene også bli lagt inn i ROS-analysen for å sikre ivaretagelse av dette området. Velferdsteknolog vil ha ansvaret for initiering av ROS-analysene når ulike løsninger blir tilgjengelig for bydelen.

Tilgangsstyring- med gjennomgang av hvem som har de aktuelle tilgangene, vil bli kontrollert hver 3. måned. Opprettelse av tilganger skal skje med skriftlig henvendelse fra leder og tilgangsskjema vil bli utarbeidet og lagt i EQS. Etterhvert som bruk av velferdsteknologiske løsninger øker og flere systemer blir tilgjengelig som ordinære arbeidsverktøy i hjemmetjenesten, vil man måtte vurdere hensiktsmessig tilgangsstyring da dette vil være standard arbeidsoppgaver for mange medarbeidere.

Personopplysninger- bydelens informasjonsskriv rundt de enkelte velferdsteknologiske løsninger vil få eget avsnitt med informasjon om personopplysninger og informasjonssikkerhet. Erfaringsmessig er det vanskelig å finne rett nivå på mengde informasjon, slik at informasjonen blir forståelig. Det er forventet at bydelens innbyggere i årene fremover vil ha en større digital modenhet og forståelse av hva personopplysninger og informasjonssikkerhet innebærer. HEL utarbeider også informasjonsbrosjyrer og det forventes at dette området også ivaretas i disse brosjyrene.

Med vennlig hilsen

Marie Anbjørg Joten
bydelsdirektør

Bente Nodland Otto
avdelingsdirektør - helse og mestring

 Bydel Ullern
Bydelsdirektør
Oslo kommune

Besøksadresse:
Hoffsvelen 48, 0212 Oslo
Postadresse:
Postboks 43 Skøyen, 0212 Oslo

Telefon: +47 21 80 21 80
postmottak@bun.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 971 022 051
oslo.kommune.no

Godkjent elektronisk