



Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier

Publikasjonens tittel: Anbefalinger om responstjenester for trygghetsskapende teknologier

Utgitt: 11/2016

Publikasjonsnummer: IS-2552

Utgitt av: Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Illustrasjon: Caluvafoto/Johnèr

Redaktør: Kristine Brevik

FORORD

Helsedirektoratet gir med dette anbefalinger om mottak av og respons på varsler fra trygghetsskapende velferdsteknologiske løsninger til kommuner og andre leverandører.

Stortinget etablerte gjennom RNB 2013 (Prop.149 (2011-2013)) «Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014-2020». Den nasjonale satsingen har som hovedmålsetning å møte behovet kommunene har for informasjon og kunnskap for å tilrettelegge for bred bruk av velferdsteknologiske løsninger.

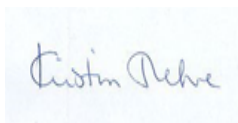
Anbefalingene i dette dokumentet er basert på summen av innhentet erfaring og kunnskap sammenfattet i en rapport. Den er utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe oppnevnt av Nasjonalt program for velferdsteknologi og i tillegg basert på Helsedirektoratets interne vurderinger.

Denne rapporten lanserer to modeller:

- *Responssentertjeneste – et senter etter modell av «call center» slik mange av dagens profesjonelle aktører driver tjenesten*
- *Direkte responstjeneste – der varsler styres ved hjelp av teknologi direkte til andre definerte roller i helse- og omsorgstjenesten (hjemmetjenesten, sykehjem, pårørende).*

De vurderinger som gis er anbefalinger. Kommuner og andre står fritt til å velge om de ønsker å følge Helsedirektoratets anbefalinger.

Oslo, november, 2016.



Kristin Mehre
Avdelingsdirektør, Avd. Omsorgstjenester
Helsedirektoratet

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
1 Innledning	5
1.1 Nasjonalt velferdsteknologiprogram	7
1.2 Nasjonale anbefalinger	7
1.3 Bakgrunn	8
1.4 Avgrensning	9
1.5 Arbeidet	9
1.6 Velferdsteknologi og responstjenesten	11
2 Rammebetingelser for Responstjenesten	13
2.1 Innledning	13
2.2 Er responstjeneste en helse- og omsorgstjeneste?	13
2.3 Krav om forsvarlige tjenester	14
2.4 Om tildeling av tjenester	15
2.5 Dokumentasjon av virksomheten	16
2.6 Behandling av personopplysninger	16
2.7 Responstjenesten og forholdet til de akuttmedisinske tjenestene	18
3 Dagens trygghetsalarmtjeneste	20
3.1 Dagens organisering av trygghetsalarmtjeneste	20
3.2 Utbredelse av trygghetsalarmtjenester	21
4 Fremtidens responstjenester	24
4.1 Tjenestemottakeres behov	24
4.2 Forventet volum av trygghetsskapende teknologier	25
4.3 Kvalitetsrammeverk og standardisering	26
4.4 Kvalitetsoppfølging av responstjenesten	27

4.5	Kompetanse	30
4.6	Kompetanseheving	31
4.7	Dimensjoneringsanalyse	31
5	Helsedirektoratets anbefalinger - oppsummert	37
6	Helsedirektoratets oppfølging av anbefalingene	40
7	Vedlegg 1: Fylkesvis oversikt over mottakere av trygghetsalarm	41

1 INNLEDNING

Dette dokumentet henvender seg til kommuner som har behov for å vurdere måter å organisere mottak av og svare på varsler fra digitale, trygghetsskapende løsninger.

Nasjonalt program for velferdsteknologi er en målrettet satsning for å videreutvikle helse- og omsorgstjenestene ved hjelp av ulike teknologiske løsninger og produkter som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet og sikkerhet. Velferdsteknologi skal muliggjøre økt selvhjulpenhet, medbestemmelse og livskvalitet.

Overgangen fra analoge til digitale velferdsteknologiske løsninger vil åpne opp et helt nytt mulighetsrom – både knyttet til hvilke hendelser teknologi kan registrere, hvordan tjenesteyter kan kommunisere med tjenestemottaker og hvordan utstyr overvåkes og styres. Den digitale utviklingen med stadig nye innovasjoner og produkter gir kommunene mulighet til å dekke fremtidens helse- og omsorgsbehov på nye og bedre måter. Det anbefales derfor å se denne rapporten sammen med rapport IS-2534 fra Direktoratet for e-helse, ["Anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi"](#).

Helsedirektoratet anbefaler gjennom det nasjonale velferdsteknologiprogrammet at kommunene aktivt tar i bruk velferdsteknologi med fokus på tjenesteinnovasjon, implementering og gevinstrealisering. Det vises her til de anbefalinger om teknologiområder som Helsedirektoratet har publisert og vil publisere fremover.

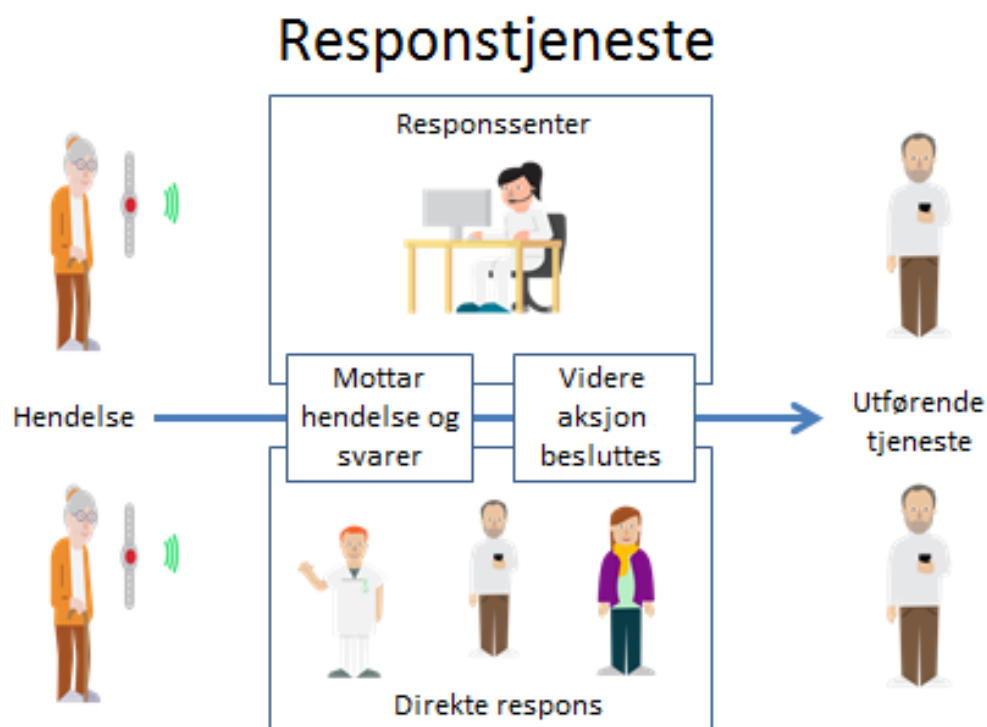
KS gjennomførte i 2014¹ en undersøkelse om kommuners bruk av velferdsteknologiske løsninger. Kommunene svarte at løsninger som er i bruk er trygghetsalarm, døralarm, varslings- og lokaliseringsteknologi, fallalarm, trygghetspakker med sensorer, elektronisk medisineringsstøtte, elektroniske dørlåser, digitalt tilsyn, robotstøvsugere og medisinsk avstandsoppfølging. Det er variasjon i hvilken grad løsningene er en integrert del av tjenestetilbudet til kommunene eller bare utprøvningsprosjekter.

Deler av velferdsteknologien vil kun gi signaler og påminnelser til brukere selv eller brukerens nærmiljø, men mange av de velferdsteknologiske løsningene vil kreve respons av

¹Hoen & Tangen (2014): Bruk av velferdsteknologi i kommunene. Undersøkelse gjennomført av KS i 2014

en aktør utenfor brukers nærmiljø. Denne rapporten omhandler organisering og anbefalinger om krav til kvalitet, kompetanse og dimensjonering som kommunene må vurdere i sin planlegging av fremtidige responstjenester for velferdsteknologiske løsninger.

Responstjenesten



Denne rapporten lanserer to modeller for en responstjeneste:

- Responssenter – et senter etter modell av «call center» slik mange av dagens profesjonelle aktører driver tjenesten
- Direkte respons – der varsler styres direkte til andre definerte roller i helse- og omsorgstjenesten (f.eks. hjemmebaserte tjenester, sykehjemvakt, pårørende).

Dagens responstjeneste består hovedsakelig av mottak av varsler fra trygghetsalarmer og håndtering av disse. Tjenesten må i tiden som kommer håndtere flere tjenestemottakere og hver bruker vil trolig motta helse- og omsorgstjenester hvor teknologi er en naturlig del av tjenesten i større grad enn det som er tilfellet i dag. Dette medfører økt kompleksitet som gjør at det er behov for å organisere og dimensjonere disse tjenestene på en annen måte

enn dagens tjeneste. Det må kunne etableres tjenester med tilstrekkelig kompetanse rettet mot ulike brukergrupper, f.eks. personer med somatiske diagnoser, psykiske helseutfordringer eller med behov for oppfølging på grunn av andre årsaker. Responstjenesten må i større grad sikre brukermedvirkning og følge opp individuelle tilpasninger både i forhold til teknologiske løsninger, samt involvering og arbeidsdeling mellom pårørende, frivillige og tjenesteyterne.

For å håndtere den fremtidige kompleksiteten, samt å sikre likeverdige tjenester til innbyggerne må det stilles krav til kvalitet, kompetanse og forsvarlighet i responstjenesten.

Responstjeneste er en tjeneste som tar i mot, vurderer, dokumenterer og responderer på varsler fra velferdsteknologiske løsninger som tjenestemottakeren benytter.

1.1 Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er tillagt velferdsteknologiske oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Per juni 2016 forvalter velferdsteknologiprogrammet fire nasjonale satsinger:

- Trygghet og mestring i hjemmet. Hovedmål: Bidra til at mennesker får økt trygghet til å kunne bo lengre hjemme
- Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Hovedmål: Gi personer med kroniske sykdommer bedre mulighet til å mestre egen sykdom
 - Be He@lthy – Be Mobile. Hovedmål: Bidra til at WHO verdensmål om 25% reduksjon av tidlige dødsfall av ikke smittsomme sykdommer nås innen 2025. Tiltak inngår i avstandsoppfølgingsoppdraget.
- Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy for sosial kontakt. Hovedmål: Motvirke ensomhet og opprettholde kontakt blant eldre og pårørende ved hjelp av teknologi
- Støtte til fritidsaktiviteter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne. Hovedmål: Bidra til at barn og unge med nedsatt funksjonsevne enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter ved hjelp av teknologi

1.2 Nasjonale anbefalinger

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har allerede gitt og vil fremover komme med nasjonale anbefalinger på velferdsteknologiområdet. Anbefalingene legges til grunn for

velferdsteknologiprogrammets spredningsarbeid, som for trygghetsteknologi planlegges å starte i 2017.

Den første anbefalingen ble offentliggjort høsten 2014² der Helsedirektoratet anbefalte kommunene å starte overgangen fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Overgangen til digitale løsninger er en forutsetning for å kunne utnytte det mulighetsrommet som velferdsteknologi representerer for helse- og omsorgssektoren. Det ble videre anbefalt at kommunene inkluderer mobile digitale trygghetsalarmer i sitt tjenestetilbud. Anbefalingene omfattet også juridiske avklaringer i forhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger ble publisert i januar 2016³ og bygger på erfaringer fra utviklingskommunene innenfor avsluttede utprøvningsområder. Basert på foreløpige erfaringer og gevinstanalyser anbefaler Helsedirektoratet at kommunene anskaffer og inkluderer følgende teknologiområder, i tillegg til digitale trygghetsalarmer, i sitt tjenestetilbud:

- Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektronisk medisineringsstøtte
- Elektroniske dørlåser (e-lås)

Anbefalinger knyttet til andre teknologiområder innenfor trygghetsskapende teknologier forventes å foreligge i desember 2016. Helsedirektoratet vil komme med endelige anbefalinger knyttet til medisinsk avstandsoppfølging når pågående utprøvningsaktivitet er avsluttet og oppsummert, trolig ved årsskiftet 2018/2019.

1.3 Bakgrunn

Nasjonalt program for velferdsteknologi har siden 2013 hatt trygghetsskapende, velferdsteknologiske løsninger til utprøving i utvalgte kommuner. Det er innhentet erfaringer og dokumentasjon fra disse utprøvingene om hvordan varsler mottas og hva slags responstjenester kommunene benytter seg av.

Noen funn fra kartlegging i 2014 er at kommunene avventer statlige føringer og standarder knyttet til mottak av et økende volum varsler fra trygghetsalarmer og andre trygghetsskapende, velferdsteknologiske løsninger. Det er ulik praksis i kommunene med bruk av hjemmebaserte tjenester og nødetatene som respondenter og det er stor belastning på utøverne i hjemmetjenestene. Ulik og manglende bruk av statistikk forhindrer effektiv planlegging og gjør kommunenes beslutninger utfordrende.

² Helsedirektoratet (2014): IS-2225 «Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området»

³ Helsedirektoratet (2016): IS-2416 «Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – nasjonalt velferdsteknologi-program»

Programmet har derfor sørget for utarbeiding av en rapport som foreslår anbefalinger for responstjenester til velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. En bredt sammensatt arbeidsgruppe har drøftet:

- Ressursbruk i forhold til omfang av brukere, kvalitetskrav og kompetansekrav
- Den britiske Telecare Service Association ⁴ er en non-profit organisasjon for Technology Enabled Care (TEC) og dekker både Telecare og Telehealth. Det er vurdert om deler eller hele TSA sitt rammeverk og deres «Integrated Code of Practice» er egnet og tilgjengelig for norske responstjenester.

1.4 Avgrensning

Rapporten begrenser seg til trygghets- og mestringsteknologi. Vurderinger som ligger til grunn for denne rapporten er avgrenset til teknologier som muliggjør at mennesker kan føle trygghet og gis mulighet til å bo lenger hjemme (trygghetsskapende tjenester).

Velferdsteknologiprogrammet har på nåværende tidspunkt ikke tilstrekkelig kunnskap til å si hvordan medisinsk avstandsoppfølging vil påvirke responstjenesten i fremtiden. Medisinsk avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer pågår som en utprøving i fire fylker med 4-500 brukere. Denne utprøvingen tilbys som en ny, kommunal helsetjeneste, der pasientens egenbehandlingsplan legges til grunn. Pasienten/brukeren rapporterer svar på spørsmål og egne målinger til individuelt, avtalte tidspunkt daglig og/eller ukentlig, hovedsakelig innenfor normal, ukentlig arbeidstid. Responstjenesten er organisert forskjellig i alle prosjektene. Effekstudien forventes å bidra med relevant og ny kunnskap. Det er også juridiske og finansielle utfordringer knyttet til medisinsk avstandsoppfølging som ikke er omtalt i denne rapporten. Helsedirektoratet planlegger å legge frem en endelig gevinstrealiseringsrapport vedrørende medisinsk avstandsoppfølging ved utgangen av 2018. Temaet inngår derfor ikke i denne rapporten.

Regjeringen har nedsatt et eget ekspertutvalg for å vurdere hjelpemiddelpolitikken. Utvalget skal levere sine anbefalinger ved årsskiftet 2016/2017. Denne rapporten omfatter derfor ikke hjelpemidler gitt av NAV hjelpemiddelsentral.

1.5 Arbeidet

1.5.1 Arbeidsgruppen

Nasjonalt program for velferdsteknologi oppnevnte i 2015 en arbeidsgruppe satt sammen av representanter for markedsaktører som leverer responstjenester i dag, kommuner som har

⁴ <https://www.tsa-voice.org.uk/>

erfaring med velferdsteknologi og responscenter, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) og representanter fra KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Tjenestemottakere, pårørende og interesseorganisasjoner har ikke deltatt i arbeidsgruppen.

Gruppen har hatt følgende sammensetning:

Thor Steffensen (Direktoratet for e-helse – leder av arbeidsgruppen), Kirsti Fosslund Brørs (Trondheim kommune), Torge Børstad (Værnes regionen), Kjersti Linneberg (Kongsbergregionen), Ståle Sjaavaag (Risør kommune), Ann-Kristin Smilden (Bærum kommune), Ulf Harry Evensen (Fredrikstad kommune), Inger Helene Larsen (Bergen kommune), Siri-Linn Schmidt Fotland (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin), Arvid Bakken (Trygghetssentralen AS/Doro Care), Geir Lægreid, (Aleris Omsorg Norge AS), Marit Hagland (Safemate AS), Kristin Standal (KS), Even Klinkenberg (Helsedirektoratet), Jan Magne Linnsund (Helsedirektoratet), Kristine Brevik (Helsedirektoratet) og Lasse Frantzen (Helsedirektoratet).

Arbeidet med å vurdere juridiske rammer for organiseringen av responstjenester er utført av jurister i Helsedirektoratet.

1.5.2 Kunnskapsgrunnlag

Helsedirektoratet har i tilknytning til arbeidet med vurderinger omkring responstjenester fått utarbeidet to eksterne rapporter:

- 1) «*Organisering av alarmmottak i Norge og utlandet. Kartlegging og anbefalinger*» levert av PA Consulting Group Norge AS i oktober 2014.
- 2) «*Organisering og dimensjonering av responsentertjenester*» levert av PA Consulting Group Norge AS i september 2016.

Disse rapportene kan lastes ned fra Helsedirektoratets hjemmeside under temaside for velferdsteknologi. Det har blitt gjort litteratursøk for å finne relevant kunnskap om responstjenester og fremtidens trygghetsskapende tjenester. De to mest relevante rapportene som ble funnet er:

- 1) "*Responsentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder. Del 1 og 2.*" utgitt fra SINTEF IKT og Universitetet i Agder i 2016
- 2) "*Fremtidens trygghetsalarm: Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*" utgitt fra SINTEF Teknologi og samfunn i 2016

Disse rapportene i tillegg til en behovskartlegging gjort i Bærum kommune, arbeidsgruppens totale erfaring samt Helsedirektoratets vurderinger, ligger til grunn for anbefalingene i denne rapporten.

Det finnes i dag begrenset erfaring med responstjenester for mer enn trygghetsalarmer fra et bredt marked, så arbeidsgruppens egne erfaringer har blitt tillagt stor vekt. Det er krevende å finne spesifikk og direkte overførbar litteratur knyttet til organisering og drift av responsentre. Internasjonal litteratur omhandler i høy grad organisering av trygghetsalarm eller avstandsoppfølging, da gjerne i mer diagnostisk og behandlende sammenheng. Bruk av et bredere spekter velferdsteknologi er sjelden omtalt for annet enn mindre prosjekter.

1.6 Velferdsteknologi og responstjenesten

For å kunne forklare hva en responstjeneste er, må man først se sammenhengen mellom velferdsteknologi og behovet for en helhetlig, sammenhengende tjeneste til innbyggerne. Nedenfor følger derfor en beskrivelse av sentrale begreper og standard hendelsesforløp ved varsling fra en trygghetskapende teknologi.

1.6.1 Velferdsteknologi

Definisjonen av begrepet velferdsteknologi følger av NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg»:

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

1.6.2 Responstjeneste

Følgende definisjon legges til grunn for begrepet *responstjenester* i helse- og omsorgssektoren:

Responstjeneste er en tjeneste som tar i mot, vurderer, dokumenterer og responderer på varslar fra velferdsteknologiske løsninger som tjenestemottakeren benytter.

Responstjenesten skal sikre at tjenestemottakere som benytter velferdsteknologi får råd og veiledning og registrere, prioritere og eventuelt iverksette nødvendig og effektiv oppfølging av varslar. Responstjenesten må ikke forveksles med legevaktsentraler og Akuttmedisinske

kommunikasjonssentraler (AMK) som er regulert i akuttmedisinforskriften⁵, Ref kapitel 2

1.6.3 Utførende tjeneste

For å kunne følge opp personer som har velferdsteknologiske tjenester må man ha en utførende tjeneste. Følgende definisjon legges til grunn:

Utførende tjeneste er en tjeneste som bistår tjenestemottakeren når responstjenesten mener det er behov for bistand der hvor tjenestemottakeren befinner seg.

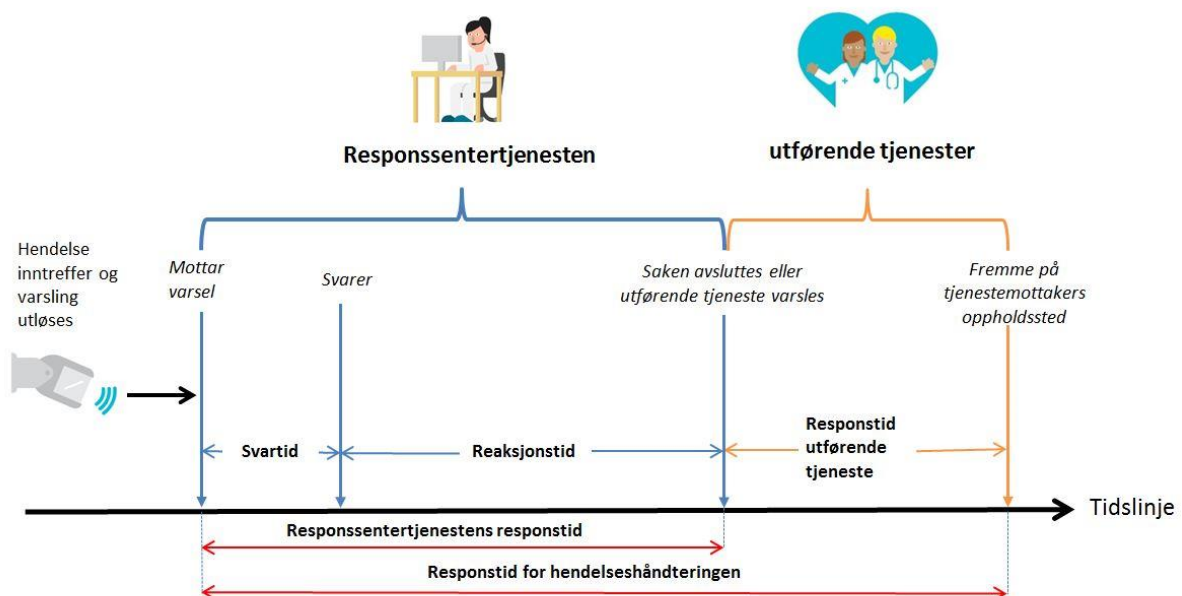
Utførende tjeneste kan for eksempel være hjemmesykepleie/hjemmetjeneste eller andre tjenesteytere som kommunen har tjeneste- eller samarbeidsavtale med.

Pårørende eller andre frivillige kan også etter avtale med kommunen ivareta bistandsbehov til tjenestemottakeren, men de vil ikke være en del av kommunens tjenestetilbud. I en slik situasjon lar kommunen de pårørende benytte kommunens infrastruktur.

1.6.4 Hendelsesforløp

I illustrasjonen nedenfor plasseres responstjenesten i hendelsesforløp for trygghetsskapende tjenester.

Responstjenester for velferdsteknologiske løsninger vil i hovedsak ha følgende hendelsesforløp:



For responstjenester for velferdsteknologi begrenses omtalen i dette dokumentet til tidslinjen ovenfor.

⁵ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.

2 RAMMEBETINGELSER FOR RESPONSTJENESTEN

2.1 Innledning

En responstjeneste tar imot, vurderer, dokumenterer og responderer på varsler fra velferdsteknologiske løsninger hos tjenestemottakere. En responstjeneste i kommunal regi håndterer varsler fra velferdsteknologiske løsninger hos kommunens innbyggere.

Kommunene har ikke plikt til å tilby velferdsteknologiske løsninger til sine innbyggere, og en responstjeneste er derfor heller ikke en lovpålagt oppgave. Hvis kommunen velger å tilby velferdsteknologiske løsninger, som for eksempel trygghetsalarmer, må den imidlertid også ha et system for å ta imot og håndtere varslene. Kommunen kan velge å la en responstjeneste ta imot varslene, og i dette kapitlet gjennomgår vi lovbestemmelser som er relevante for planlegging av og virksomheten til responstjenesten.

2.2 Er responstjeneste en helse- og omsorgstjeneste?

Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av en kommune eller av private som har avtale med en kommune⁶. Om en velferdsteknologisk løsning er en helse- og/eller omsorgstjeneste avgjør derfor om loven gjelder for responstjenesten som tar imot og følger opp varsler.

Spørsmålet må vurderes konkret for den enkelte teknologiske løsningen kommunen ønsker å tilby til innbyggerne. Enkelte trygghetskapende tjenester vil åpenbart ikke være helse- og/eller omsorgstjeneste. Et eksempel på ikke helse/omsorgstjeneste er brannalarm. Men et fellestrekk ved velferdsteknologiske løsninger er at innholdet i tjenesten bestemmes ut fra hvordan den blir brukt. Trygghetsalarm kan for eksempel være ett av flere tiltak som er nødvendig for at syke eldre kan bli boende hjemme, eller det kan være et tilbud til alle som er litt engstelige for å være alene. Kommunens formål med å tilby løsningen til en av sine

⁶ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2](#)

innbyggere er derfor avgjørende for om det er en helse- og/eller omsorgstjeneste eller en ren servicetjeneste.

En responstjeneste vil dermed være en del av kommunens helse- og omsorgstjenester så lenge senteret mottar varsler fra teknologi som brukerne har fått tildelt som ledd i kommunens helse- og omsorgstjenester. Da gjelder helse- og omsorgstjenesteloven og annet regelverk som regulerer helsetjenester.

Det må forutsettes at deler av virksomheten til en responstjeneste for trygghetsskapende teknologi alltid vil anses som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og reglene som omtales nedenfor gjelder for denne delen av virksomheten.

Hvis responstjenesten i tillegg yter tjenester til innbyggerne som del av kommunens generelle servicetilbud, gjelder det andre regler for den delen av virksomheten. Når en innbygger får et rent servicetilbud, er det avtalen de har inngått som styrer innholdet i tjenesten og hvilke rettigheter og plikter kommunen og tjenestemottakeren har, på samme måte som når personer kjøper tjenester fra en privat aktør.

2.3 Krav om forsvarlige tjenester

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. stiller i § 4-1 krav om at kommunale helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige og at tjenestene tilrettelegges slik at:

- Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenesten er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

Det er kommunene selv som må vurdere, sikre og følge opp at tjenestene de tilbyr er forsvarlige.

Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Ved etablering av et tjenestetilbud av velferdsteknologiske løsninger og responstjenester må kommunen ta utgangspunkt i nåsituasjonen for å etablere en forsvarlig tjeneste. Samtidig er

det nødvendig å ta høyde for forventet befolkningsutvikling, utvikling i tjenestetilbud, brukerforventinger mv. i planlegging og dimensjonering av tjenesten.

Kommuner som planlegger og ev. anskaffer responstjenester må vurdere hva som er de kritiske faktorene de må stille krav om for å sikre god kvalitet og forsvarlige responstjenester⁷. For eksempel vil det være aktuelt å stille krav til bemanning, kompetanse, systemer for å ta imot og håndtere varsler og for svartid. Hvilke konkrete krav kommunen skal stille vil bl.a. avhenge av lokale forhold og av hvilke brukergrupper som er aktuelle for tilbudet.

Dersom responstjenesten også yter tjenester som ikke er helse- og omsorgstjenester, vil kravene til responstjenesten følge av avtalen med brukerne.

2.4 Om tildeling av tjenester

Pasienter og brukere har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen⁸. Beslutning om å yte helsetjenester til en pasient er en klinisk vurdering, og forvaltningslovens saksbehandlingsregler for enkeltvedtak gjelder ikke⁹. Hva tiltaket innebærer, at pasienten samtykker, hvilken informasjon som er gitt osv., dokumenteres i pasientens journal.

For vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 gjelder likevel forvaltningslovens regler, og kommunen skal treffe vedtak om tildeling av tjenesten. Dette gjelder blant annet helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring. En velferdsteknologisk løsning kan utgjøre en "helsetjeneste i hjemmet" eller "praktisk bistand", og kommunen skal i så fall treffe vedtak om tildeling. Det som avgjør om det skal treffes vedtak eller ikke, er om alternativet til den teknologiske løsningen er en tjeneste som er nevnt i § 3-2 nr. 6. For eksempel at hjemmetjenesten må komme innom noen ganger om dagen dersom brukeren ikke har trykksalvar.

Hva tjenesten innebærer, inkludert responstjenestens rolle, bør i så fall beskrives i vedtaket.

⁷ I [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten § 6](#) er det en liste over ulike forhold som kommunen skal ta hensyn til når den planlegger en tjeneste. Forskriften gjelder fra 1. januar 2017.

⁸ [Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.](#)

⁹ [Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7](#)

2.5 Dokumentasjon av virksomheten

Helsepersonelloven gjelder for helsepersonell og for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.¹⁰ Helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt pålegger den som yter helsehjelp å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og om helsehjelpen i pasientjournalen.

Dokumentasjonsplikten etter helsepersonelloven gjelder bare for personell som yter tjenester som er å anse som helsehjelp¹¹.

I en responstjeneste vil det dermed gjelde særlige krav til dokumentasjon av virksomheten dersom det ytes helsehjelp, eksempelvis hvis mottakeren av varselet gir konkrete råd eller veiledning om helse som er individuelt tilpasset brukeren og basert på informasjon fra brukeren eller et varsel fra en velferdsteknologisk løsning. I disse tilfellene må helsehjelp dokumenteres i pasientjournal.

Hvis responstjenesten yter omsorgstjenester, har ikke personellet journalføringsplikt. I de fleste tilfeller vil det likevel være nødvendig at kommunen kan dokumentere at tjenestene som ytes til brukerne er forsvarlige i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Dermed må virksomheten likevel dokumenteres i et saksbehandlingssystem, for eksempel hvilke tjenester den enkelte har fått vedtak om og innholdet i tjenestene.

Dersom responstjenesten også yter tjenester som ikke er helse- og omsorgstjenester vil behovet for dokumentasjon måtte ses i sammenheng med avtalen som er inngått med brukeren.

2.6 Behandling av personopplysninger

I forbindelse med bruk av velferdsteknologisk utstyr genereres det en stor mengde personopplysninger og helseopplysninger som må behandles av en eller flere aktører.

Et grunnleggende prinsipp er at den som behandler personopplysninger må ha et behandlingsgrunnlag, det vil si en hjemmel for å samle inn, lagre og håndtere opplysningene. For helseopplysninger må man ha lov hjemmel, for personopplysninger som ikke er sensitive er samtykke fra den enkelte tilstrekkelig behandlingsgrunnlag.

For en responstjeneste må det vurderes om opplysningene som mottas og genereres om den enkelte tjenestemottakeren er helseopplysninger eller ikke. Behandling av

¹⁰ Jf. [Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1](#)

¹¹ Jf. [forskrift om helsepersonellovens anvendelse](#) Det er ikke journalføringsplikt for tjenester som praktisk bistand i hjemmet, personlig assistanse, støttekontakt eller avlastningstjenester, med mindre personellet som yter tjenesten er helsepersonell og utfører tjenestehandlinger som faller innenfor definisjonen av helsehjelp.

helseopplysninger er nærmere regulert i helsepersonelloven, lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven), samt personopplysningsloven. For opplysninger som ikke er helseopplysninger, gjelder personopplysningsloven.

Hva er helseopplysninger og ikke

Pasientjournalloven definerer helseopplysninger som taushetsbelagte opplysninger etter helsepersonelloven § 21, og andre opplysninger om helseforhold eller av betydning for helseforhold som kan knyttes til en enkelt person. I praksis vil alle opplysninger som kan si noe om helseforhold anses som helseopplysninger, forutsatt at opplysningene er utvekslet med formål om å yte helse- og omsorgstjenester. Pasientinformasjon, dvs. opplysninger som er generert ved ytelse av helsehjelp, vil være helseopplysninger.

Trygghetsskapende teknologi som blir brukt som ledd i omsorgstjenester vil også generere opplysninger. Informasjon fra ytelse av slike omsorgstjenester vil ofte inneholde opplysninger om enkeltpersoners helse fordi en diagnose eller helseutfordringer ofte er begrunnelsen for tildeling av omsorgstjenester. Selv om slik informasjon vil inneholde helseopplysninger om brukere, er opplysningene blitt til som følge av at det ytes tjenester som ikke er helsehjelp, og i utgangspunktet er de ikke journalpliktige pasientopplysninger.

Opplysninger fra velferdsteknologi må derfor vurderes konkret. Når kommunen tilbyr trygghetsalarmer til sine beboere må de vurdere hvilket behov alarmen skal dekke i hvert enkelt tilfelle. Hvis en alarm kan sies å være en del av kommunens tilbud om akuttmedisinske tjenester og dermed genererer helseopplysninger, skal opplysninger om alarmen lagres i pasientjournalssystemet og opplysningene er taushetsbelagte. Hvis en alarm skal dekke et trygghets- eller omsorgsbehov og ikke er begrunnet i helsesituasjon eller sykdom, vil opplysningene fortsatt være taushetsbelagte, men det er ikke plikt til journalføring eller adgang til å lagre opplysningene i pasientjournalssystemet. Hvis alarmen har både et helse- og et omsorgsformål kan det være vanskelig å skille mellom helseopplysninger og velferdsopplysninger, og opplysningene bør anses som helseopplysninger og dokumenteres i pasientjournalen.

Tilbud om en sengevætingssensor vil vanligvis være et omsorgstilbud fra kommunen, og ikke tilbud som ledd i medisinsk oppfølging. Data fra sensoren vil derfor som hovedregel anses som informasjon som ikke er journalføringspliktig, selv om informasjonen isolert sett kan ha karakter av en helseopplysning. Opplysningen kan imidlertid være viktig for å vurdere behovet for helsehjelp til den aktuelle brukeren, og når kommunen samler inn opplysningene innebærer det at den plikter å gjøre vurderinger av om tilbudet til den enkelte er forsvarlig eller om det er behov for andre typer tjenester, som for eksempel medisinsk oppfølging.

Opplysninger fra velferdsteknologiske løsninger som ikke er en kommunal helse- og omsorgstjeneste kan bare behandles med samtykke fra tjenestemottakeren selv og innenfor formålet de er innsamlet for.

Journalføringsplikt og tilgang til helseopplysninger

Relevante og nødvendige helseopplysninger skal journalføres i pasientjournalen. Journalføringsplikten¹² er hjemmelsgrunnlag for å behandle nødvendige og relevante helse- og personopplysninger. Det er ikke krav om særskilt samtykke fra pasientene. Journalforskriften¹³ regulerer nærmere hvilke opplysninger som kan dokumenteres i pasientjournalen.

Helsepersonell i en virksomhet skal ha tilgang til nødvendige og relevante helseopplysninger i pasientjournalen når de har tjenstlig behov for opplysningene¹⁴. Andre skal ikke ha tilgang¹⁵, og virksomheten må ha oversikt over hvem som har hatt tilgang til og fått utlevert helseopplysninger om den enkelte pasient¹⁶.

Behandling av andre opplysninger

I kommunens saksbehandlingssystem vil det være dokumentert at tjenestemottaker er tildelt helse- og omsorgstjeneste, med nærmere begrunnelse. Kommunen må også ha rutiner for dokumentasjon, slik at nødvendige opplysninger om pasienten/brukeren og tjenesteytingen til den enkelte blir nedtegnet på en forsvarlig måte, og er tilgjengelig for personell med tjenstlig behov. Responstjenesten er en del av tjenesten brukeren har fått vedtak på. Responstjenesten må derfor også ha systemer for å loggføre varslinger og eventuell oppfølging slik at virksomheten er dokumentert og virksomheten kan evalueres med tanke på forsvarlighet og kvalitet.

2.7 Responstjenesten og forholdet til de akuttmedisinske tjenestene

Kommunene har plikt til å tilby legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste.¹⁷ Dette ansvaret er utdypet i akuttmedisinforskriften som blant annet stiller nærmere krav til organisering og bemanning av legevaktsentraler¹⁸. Forskriften regulerer også AMK-sentralene og ambulansetjenesten. Det gjelder spesielle regler for de akuttmedisinske tjenestene fordi de er en beredskapstjeneste som skal ivareta befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tjenester i situasjoner det ikke

¹² [Helsepersonelloven §§ 39](#) og 40

¹³ [Forskrift om pasientjournal](#)

¹⁴ Helsepersonelloven §§ [25](#) og [45](#)

¹⁵ [Helsepersonelloven § 21a](#)

¹⁶ [Pasientjournalloven § 18](#)

¹⁷ [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3](#)

¹⁸ [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. § 13](#)

kan planlegges for. De akuttmedisinske tjenestene skal derfor fylle en helt annen funksjon enn responstjenesten, som skal ta imot varsler fra velferdsteknologiske løsninger hos tjenestemottakere. Dette er særlig tydelig for AMK-sentralene som er en del av spesialisthelsetjenesten og som skal håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand.

Legevaktsentralen skal håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, og skal være døgnbemannet med helsepersonell. Det kan i utgangspunktet fremstå som god ressursbruk å bruke legevaktsentralen også som responstjeneste for velferdsteknologiske løsninger. Legevaktsentralens formål er å være en del av den medisinske akuttberedskapen, og denne beredskapen må ikke svekkes gjennom å legge andre oppgaver til legevaktsentralen. Derfor er det nødvendig å skille organisatorisk mellom legevaktsentral og responstjeneste. De to tjenestene har ikke sammenfallende funksjoner, oppgaver eller ansvar, og det gjelder ulike regler for virksomhetene. De må derfor organiseres separat og må ha ulike rutiner og ulike dokumentasjonssystemer. Samme person kan derfor heller ikke ha vakt samtidig på både legevaktsentral og i responstjenesten.

Mottar responstjenesten meldinger om behov for legevaktstjenester, skal meldingen videreformidles til legevakten for håndtering jf. akuttmedisinforskriften. Responstjenesten disponerer ikke legevaktressursene, men kan altså være en vei inn til legevakten. Legevakten er ansvarlig for å prioritere sine ressurser og må gjøre en selvstendig vurdering av hvordan den eventuelt skal følge opp henvendelser som kommer fra responsentertjenesten.

3 DAGENS TRYGGHETSALARMTJENESTE

3.1 Dagens organisering av trygghetsalarmtjeneste

Ved utgangen av 2015 mottok 74.736 personer trygghetsalarmtjeneste fra kommunale helse- og omsorgstjenester¹⁹. I tillegg er det trolig et sted mellom 1 200 og 2 000 personer som kjøper slik tjeneste direkte fra private tilbydere. Trygghetsalarm er ingen lovpålagt tjeneste. Alle landets kommuner tilbyr trygghetsalarmtjeneste enten ved at de utfører tjenesten selv, i samarbeid med andre kommuner eller gjennom avtale med privat tilbyder, men med svært ulike kriterier for tildeling. Responstjenesten for trygghetsalarmer er den mest konkurranseutsatte kommunale helse- og omsorgstjenesten. De tre største private aktørene i markedet utfører responstjenesten for halvparten²⁰ av alle trygghetsalarmer som tilbys av kommunene. Dagens responstjenester består hovedsakelig i å betjene anrop fra analoge trygghetsalarmer.

I rapportene til PA Consulting²¹ og SINTEF/Universitetet i Agder²² beskrives dagens trygghetsalarmtjeneste. Responstjeneste og utførende tjeneste er i kommunene i dag organisert på ulike måter, påvirket av regler for trygghetsalarmtjenesten i den enkelte kommune og demografi.

Det er hovedsakelig hjemmetjenesten, brannvakt, legevakt, privat aktør eller sykehjem/omsorgsbolig som tar i mot og besvarer trygghetsalarmene og reiser ut og yter hjelp til tjenestemottaker. Kommunene kan også ha en eller flere kombinasjoner av disse ordningene. PA Consulting gjorde i 2015 en spørreundersøkelse på oppdrag fra Kristiansand kommune hvor 201 kommuner svarte. Spørreundersøkelsen viser at det er vanligst å

¹⁹ SSB (2015), *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Rapport 2015/42

²⁰ Basert på tall hentet inn fra Doro Care AS, Aleris Omsorg AS og HT Safe AS.

²¹ PA Consulting (2014), *Organisering av alarmottak i Norge og utlandet, kartlegginger og anbefalinger*

²² Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

organisere trygghetsalarmtjenesten enten ved å bruke hjemmetjenesten som responstjeneste (79), eller ved å kjøpe tjenester fra en privat tjenesteleverandør (58)²³.

Hjemmetjenestene i de ulike kommunene opplever at anrop fra trygghetsalarmtjenesten, enten som førstemottaker av varsel eller som utførende tjeneste, forstyrrer arbeidshverdagen. Dette gjelder både planlagte oppgaver, det etiske aspekt knyttet til forstyrrelser når man er hos en annen tjenestemottaker og det kan være risiko for feil bedømmelse og eventuelt feil behandling²⁴.

3.2 Utbredelse av trygghetsalarmtjenester

Det kan være nyttig å få en oversikt over utbredelsen av trygghetsalarmtjenester i Norge. Gjennomsnittsalderen for en tjenestemottaker av trygghetsalarm er 85 år. Aldersfordelingen for trygghetsalarmtjenesten er slik:

- 1,6 % er tildelt tjenestemottakere under 50 år
- 4,4 % er tildelt tjenestemottakere mellom 50 og 64 år
- 9,5 % er tildelt tjenestemottakere mellom 65 og 74 år
- 10,4 % er tildelt tjenestemottakere mellom 75 og 79 år
- 74,1 % er tildelt tjenestemottakere 80 år eller eldre

Det er få kommuner i Norge som har over 1000 tjenestemottakere av trygghetsalarm pr. 1.1.2016. Det foreligger ikke oversikt over det totale antall responsentre i Norge.

Antall trygghetsalarmer	Antall kommuner
1000+	8
500-999	15
100-499	150
0-99	255

Tabell 1 Antall kommuner fordelt etter hvor mange trygghetsalarmer de har

Dekningsgrad

Kommunenes tilbud av trygghetsalarmer har vært relativt konstant siden 2010²⁵. I EU måles dekningsgraden av trygghetsalarmer i forhold til hvor mange som mottar en slik tjeneste av

²³ Svagård mfl. (2016), *Responsentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

²⁴ Svagård mfl. (2016), *Responsentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

²⁵ Tall hentet fra SSB statistikkbanken, tabell 07790 F1 – landstall inkl. Oslo. Mottakere av trygghetsalarm ved utgangen av kalenderåret

befolkningen 65 år og eldre. Hvis man legger den målemetoden til grunn og ser på dekningsgraden i Norge siden 2010 har den vært noe fallende:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Antall mottakere av kommunale trygghetsalarmer ved utgangen av året²⁶	73.037	73.603	73.994	73.429	73.219	73.394/ 74.736
Dekningsgrad i forhold til antall personer 65 år eller eldre²⁷	9,8 %	9,6 %	9,4 %	9,0 %	8,8 %	8,8 %/ 9,0 %

Tabell 2 Antall mottakere av trygghetsalarm og dekningsgrad for aldersgruppen 65 år og eldre.

Kommentar vedr tall for 2015: 10 kommuner har ikke rapportert inn IPLOS tall per 31.12.15. Justert for disse er det 74.736 trygghetsalarmer per 31.12.15. Basert på foreløpige IPLOS tall per 31.12.15 benyttes 74,1 % av trygghetsalarmene av tjenestemottakere som er 80 år eller eldre. I perioden 2010-2015 har dekningsgraden sunket fra 9,8 % til 9 %. Vi kan altså forvente oss er reduksjon i dekningsgraden også de nærmeste årene siden antall yngre eldre vil fortsette å stige, mens de i aldersgruppen 80+ fortsatt vil være relativt konstant. Nedenfor følger en oversikt over dekningsgrad i fylkene på innbyggere over 80 år og denne varierer fra 23 % i Hordaland til 49 % i Sør-Trøndelag med et gjennomsnitt på 33,9 %. Noe av forklaringen på de store ulikhetene er at det ikke er felles kriterier for tildeling av trygghetsalarmer i kommunene.

Fylke	Innbyggere 80+	Trygghetsalarmer	Dekningsgrad
01 Østfold	12.990	3.438	26 %
02 Akershus	21.701	6.959	32 %
03 Oslo	21.571	9.681	45 %
04 Hedmark	11.121	3.529	32 %
05 Oppland	10.185	3.921	38 %
06 Buskerud	12.143	5.225	43 %
07 Vestfold	11.269	3.067	27 %
08 Telemark	8.686	3.437	40 %
09 Aust-Agder	4.753	1.683	35 %

²⁶ Tall hentet fra SSB statistikkbanken, tabell 07790 F1 – landstall inkl. Oslo. Mottakere av trygghetsalarm ved utgangen av kalenderåret

²⁷ Tall hentet fra SSB statistikkbanken, tabell 07459 – landstall inkl. Oslo med befolkning per 1. januar. Dekningsgraden er beregnet med antall trygghetsalarmer per 31.12.2010 i forhold til antall personer 65 år eller eldre per 1. januar 2011 og tilsvarende for de andre årene.

10 Vest-Agder	7.526	3.194	42 %
11 Rogaland	16.141	5.747	36 %
12 Hordaland	21.871	4.962	23 %
14 Sogn og Fjordane	6.037	1.830	30 %
15 Møre og Romsdal	13.471	4.223	31 %
16 Sør-Trøndelag	12.704	6.174	49 %
17 Nord-Trøndelag	6.693	1.958	29 %
18 Nordland	12.070	3.158	26 %
19 Troms	6.589	1.785	27 %
20 Finnmark	2.916	765	26 %

Tabell 3 Fylkesvis fordeling av trygghetsalarm for innbyggere over 80 år. For ytterligere informasjon om dekningsgrader vises det til vedlagte fylkesvise kommuneoversikt.

4 FREMTIDENS RESPONSTJENESTER

4.1 Tjenestemottakeres behov

Tjenestemottakere uttrykker et behov for å være selvstendige og mestre hverdagen^{28, 29, 30}. Å bli møtt med respekt og verdighet fremheves som viktig og det samme gjelder tryggheten ved at det er noen som bistår dersom man utløser alarmen^{31, 32, 33}. Tjenestemottakere og pårørende uttrykker behov for at pårørende skal kunne motta varsel og dermed bidra til å understøtte trygghet og mestring^{34, 35, 36}.

Tjenestemottakere og pårørende uttrykker at helsefaglig kompetanse hos de som responderer på varsler fra trygghetsskapende teknologier er viktig for tryggheten tjenesten gir^{37, 38}. Det er identifisert at brukers opplevelse av ”å være kjent” er viktigere enn å kjenne personen som svarer i responstjenesten^{39, 40}. Det er fremhevet at med dagens teknologi oppleves tiden for tjenestemottaker fra man trykker på alarmen til man får kontakt, samt tiden det tar før man får hjelp, som lengre enn den faktisk er på grunn av manglende tilbakemeldinger og oppdateringer^{41, 42}.

Mange brukere ønsker å ha muligheten for å kommunisere i flere kanaler (for eksempel video) og at det er ulike måter å aktivere en alarm på^{43, 44}. Brukerne gir også uttrykk for at tjenesten også bør kunne fungere utenfor hjemmet^{45, 46}. Mange etterspør også ulike typer

²⁸ Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

²⁹ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

³⁰ Bærum kommune (2015), behovskartlegging trygghetstjenester

³¹ Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

³² Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

³³ Bærum kommune (2015), behovskartlegging trygghetstjenester

³⁴ Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

³⁵ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

³⁶ Bærum kommune (2015), behovskartlegging trygghetstjenester

³⁷ Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

³⁸ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

³⁹ Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

⁴⁰ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

⁴¹ Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

⁴² Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

⁴³ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

⁴⁴ Bærum kommune (2015), behovskartlegging trygghetstjenester

⁴⁵ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

⁴⁶ Bærum kommune (2015), behovskartlegging trygghetstjenester

sensorer og mulighetene for annen utforming av trygghetsalarmene enn dagens tradisjonelle smykke eller klokke^{47, 48}. Ulike typer sensorer kan gi muligheter for å være mer spesifikke i varslingen, for eksempel fallalarm⁴⁹.

4.2 Forventet volum av trygghetsskapende teknologier

Det er en klar forventning om at teknologi kan bidra til økt trygghet og mestring og bidra til at brukere kan bo lenger hjemme. Utprøvinger og følgeforskning som er utført i regi av nasjonalt velferdsteknologiprogram støtter opp om dette og oppsummeres i publikasjoner fra programmet. De nasjonale anbefalingene til kommunene om å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger medfører også at man må forvente at volumet av trygghetsskapende teknologier vil øke. Bruk av teknologi må forventes å inkludere nye brukergrupper. Nye tjenester kan skape nye bruksmønstre som det ennå ikke finnes erfaring med.

I nedenstående framskriving er det tatt utgangspunkt i befolkningsgruppen 80 år og eldre⁵⁰. Dekningsgraden for denne gruppen var i Norge 33,9 % 31.12.2015.

År	Antall personer 80+	Antall trygghetsalarmer ved 33,9 % dekningsgrad
2015	220.437	74.736
2020	226.940	76.932
2025	266.983	90.507
2030	346.983	117.627
2035	403.812	136.892
2040	455.588	154.444

FORVENTET VEKST I ANTALL TJENESTEMOTTAKERE AV TRYGGHETSSKAPENDE TEKNOLOGIER FOR GRUPPEN 80+

Med flere tjenestemottakere, og flere typer teknologier, vil behovet for en annen type oppfølging av hendelser øke. Behovet for støtte til hastegradsvurderinger fremheves av M4Almo⁵¹.

⁴⁷ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

⁴⁸ Bærum kommune (2015), behovskartlegging trygghetstjenester

⁴⁹ Das mfl. (2016), *Fremtidens trygghetsalarm, Kunnskapsutvikling for funksjonsinnhold i fremtidens trygghetsalarm*

⁵⁰ Befolkningsframskrivningen tar utgangspunkt i SSB tabell 10213 «Framskrevet folkemengde etter kjønn og alder» og er basert på alternativ MMMM.

⁵¹ Svagård mfl. (2016), *Responssentertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

4.3 Kvalitetsrammeverk og standardisering

4.3.1 Ulike rammeverk og standardisering

Det er identifisert to rammeverk og et standardiseringsarbeid som er relevant å vurdere for en norsk responstjeneste.

Helsedirektoratet anbefaler:

- Det ikke er hensiktsmessig å innføre TSA sitt rammeverk i Norge på nåværende tidspunkt.
- Fransk «Qualité de service en téléassistance» er ikke egnet for direkte innføring i

4.3.2 TSA «Integrated Code of Practice»

TSA "Integrated Code of Practice"⁵² er et rammeverk for responstjenester og gir enkelte føringer for responstjenesteløsninger. I responstjenester ligger også rutiner for installering og avinstallering av velferdsteknologiske løsninger.

Rammeverket er i dag primært basert på analoge velferdsteknologiske løsninger og har hovedvekt på tekniske spesifikasjoner og detaljerte prosedyrebeskrivelser. Det er startet et revisjonsarbeid for å tilpasse rammeverket en fremtidig digital hverdag og i større grad ta inn tjenesteperspektiver – både responstjenester og utførende tjeneste. Dette gjøres blant annet via en utviklingsavtale mellom TSA og myndighetene i Wales.

Rammeverket er kun tilgjengelig for organisasjonens medlemmer som både er offentlige myndigheter, kommuner, private tjenestetilbydere, ideelle tjenestetilbydere og leverandørindustrien. For aktørene som godkjennes etter rammeverket forutsettes det akkreditering med eget revisjonsregime. Rammeverket benyttes av mange tjenestetilbydere i Storbritannia.

Det er utført en detaljert vurdering av hver enkelt modul i TSA sitt rammeverk og gjennom besøk hos to tjenestetilbydere i Storbritannia som benytter rammeverket, vurdert om dette kan benyttes i Norge. Det ble identifisert til dels store avvik mellom TSA sine detaljerte prosedyrer og etablert praksis og kultur i Norge. TSA sine krav er også overlappende med flere krav som allerede er i bruk i Norge, for eksempel Normen. TSA's akkreditering/godkjenningsregime er en sentral del av rammeverket. Et slikt regime vil pålegge norske kommuner mye arbeid og vil sannsynligvis ikke være gjennomførbart uten lovhjæmmel. Helsedirektoratet har derfor konkludert med at det ikke er hensiktsmessig å innføre TSA sitt rammeverk i Norge på det nåværende tidspunkt.

⁵² Telecare ant Telehealth Code of Practice <https://www.tsa-voice.org.uk/standards/telecare-code-of-practice>

4.3.3 Fransk «Qualité de service en téléassistance»

Det er i Frankrike etablert en kvalitetsstandard for trygghetsalarm (Qualité de service en téléassistance)⁵³. Standarden er frivillig og baseres på et system med inngåelse av avtale mellom leverandøren av trygghetsalarmtjenesten og brukeren. Standarden inneholder en terminologi for sektoren, tjenestemottakers rettigheter, krav til de ulike aktørene i kjeden og noen parameter for måling og forbedring av tjenesten. Helsedirektoratet har vurdert at dette ikke er egnet for direkte innføring i Norge. Nasjonale anbefalinger som etableres med bakgrunn i denne rapporten kan derimot langt på vei utgjøre noe tilsvarende for Norge.

4.3.4 Europeisk standardiseringsarbeid

Det er initiert et arbeid med å ta frem en europeisk standard for digitale trygghetsalarmer i regi av CEN hvor Standard Norge er norsk koordinator (CEN/TC431/SNK554). Arbeidet med tekniske spesifikasjoner er fra 2016 overført til CENELEC. Arbeidet med tjenestekjeden har stoppet opp i 2015. Videre arbeid er i ferd med å bli dratt i gang, med ny ledelse i CEN/TC 431 og flere aktive land, deriblant Frankrike og Nederland. Norge har en aktiv rolle i dette arbeidet, både fra offentlig og privat side.

4.4 Kvalitetsoppfølging av responstjenesten

Det er i dag etablert et kvalitetsindikatorsystem for primær- og spesialisthelsetjenesten for lovpålagte tjenester. Dagens trygghetsalarmtjeneste omfattes foreløpig ikke av dette, men Helsedirektoratet anser det som viktig å kunne følge opp kvaliteten på tjenestene som ytes. Ved å gjøre en systematisk kvalitetsoppfølging gjør man tjenestene mer målbare og transparente, noe som igjen kan være med på å bidra til mer likeverdige tjenester.

Helsedirektoratets anbefalinger til kvalitetskrav:

- Responstjenesten skal alltid være tilgjengelig
- Minimum 95 % av alle varsler skal besvares innen 60 sekunder.
- Lavest mulig responstid for utførende tjenester, krav tilpasses lokale forhold

4.4.1 Særlig om IPLOS

Kommunene rapporterer i dag antallet trygghetsalarmer til IPLOS. Denne rapporteringen vil i nær fremtid ikke gi et tilstrekkelig bilde av de velferdsteknologiske tjenestene. Det er vurdert som nødvendig å igangsette et arbeid med å videreutvikle IPLOS-registeret til å dekke forventet utvikling innenfor velferdsteknologiområdet og sikre at kommuner og nasjonale

⁵³ Norme Francaise (2013): NF X 50-520:2013-09 «Qualité de service en téléassistance. Version de 2013-09-F. ICS: 03.080.30

myndigheter gis tilgang til nødvendig statistikk og styringsinformasjon. Det er også ønskelig at dette koordineres med etableringen av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Trygghetsskapende tjenester skal sikre at tjenestemottakeren gis tilstrekkelig trygghet og mulighet til bedre å mestre egen livssituasjon og helse. Dette betinger at responstjenesten er tilgjengelig og har klart definerte og forutsigbare kvalitetskrav. Nedenfor følger en beskrivelse av noen måleindikatorer som Helsedirektoratet anbefaler og hvilket nivå disse bør ligge på. Måleindikatorene må vurderes i en helhetlig sammenheng.

Siden trygghetsskapende tjenester utover trygghetsalarm er under innføring i kommunene, anbefaler Helsedirektoratet start med noen få, utvalgte måleindikatorer. Det understrekes behov for et videre arbeid med måleindikatorer for å sikre en god kvalitetsoppfølging av tjenestene.

4.4.2 Tilgjengelighet

Helsedirektoratet anbefaler at responstjenesten for trygghetsskapende teknologier videreføres som en 24/7/365 tjeneste. Trygghetsalarmtjenesten er i dag en 24/7/365 tjeneste. Tilgjengelighet 24/7 krever at det er tilstrekkelig med personell på arbeid og at de verktøyene og applikasjonene som ansatte benytter for å utføre sine oppgaver er tilgjengelige. Dette medfører at en responstjeneste med forsvarlig drift må ha både en organisatorisk og teknisk beredskap for å drive forsvarlig.

4.4.3 Svartid

Responstjenesten for trygghetsskapende teknologier er en tjeneste som tilbys innbyggere som i eget hjem skal oppleve trygghet, økt mestring og selvstendighet. Det krever en forutsigbar tjeneste hvor tjenestemottaker raskt kan få kontakt med de som kan yte hjelp.

Svartid er en måleindikator som er viktig for å sikre forutsigbarhet og trygghet gjennom at tjenestemottaker raskt kommer i kontakt med responstjenesten.

Svartid er tiden det tar fra en henvendelse mottas til den besvares av en person i responstjenesten.

Trygghetsalarmtjenesten er i noen kommuner kommunalt driftet, mens andre kommuner har, konkurranseutsatt tjenesten til en privat aktør. De kommunene som i dag stiller krav til svartid for tjenesten har hatt et krav til svartid som varierer mellom 30 - 60 sekunder. Til sammenligning har legevaktsentralene et krav om svartid på at 80 % av alle henvendelsene skal besvares innen 120 sekunder. Denne svartiden er hjemlet i akuttmedisinforskriften. Det er ikke sagt noe om hvilket tidsintervall som skal legges til grunn når det gjelder rapportering. De fleste kvalitetsindikatorer i norsk helsetjeneste måles ofte per tertial og på

årlig basis, men det bør være et mål om at en måleindikator som svartid må kunne offentliggjøres på døgnbasis.

Helsedirektoratet anbefaler å stille følgende krav til svartid: Minimum 95 % av alle varsler skal besvares innen 60 sekunder. Dette er i samsvar med TSA-rammeverkets kvalitetsindikator som også er på tilsvarende nivå. Det vurderes som særlig relevant å se på andre lands kvalitetsindikatorer innenfor samme type tjeneste. Årsaken til at det anbefales en kortere svartid enn for legevaktssentralene er begrunnet i at mange av tjenestemottakerne har et funksjonsnivå som tilsier at de ikke klarer å be om bistand på andre måter.

Det vil være et behov for revisjon av denne måleindikatoren etter hvert som nye tjenester utvikles og nye typer teknologi blir tilgjengelig for innbyggerne. Med en mer spesialisert teknologi vil det være mulig å hastegradsbestemme behovet i større grad og dermed også differensiere på svartidskravene.

4.4.4 Avklaringsgrad for hendelser

En responstjeneste har som oppgave å avklare en tjenestemottakers situasjon knyttet til en hendelse og finne ut hvilken type bistand tjenestemottaker har behov for. Avklaringsgraden er avhengig av hvilken kompetanse og verktøy responstjenesten har tilgjengelig. I framtiden må man forvente at denne tjenesten vil kunne benytte seg av både lyd, bilde og video. Med nødvendig kompetanse på dette området, vil flere tjenestemottakere kunne få hjelp av responstjenesten uten at det er behov for å reise ut til tjenestemottaker. Dette blir et viktig virkemiddel for å redusere belastningen på hjemmetjenesten når antall tjenestemottakere øker.

Avklaringsgrad er den prosentvise andelen hendelser som løses av responstjenesten uten behov for oppfølging av utførende tjenester.⁵⁴

Dagens etablerte responsentre som har statistikk på avklaringsgrad har en avklaringsgrad på mellom 75 og 90 %. Dette omfatter både offentlige og private aktører.

Når man etter hvert får mer spesialisert teknologi vil en del av det som i dag utføres manuelt forsvinne som oppgaver. Da vil også avklaringsgraden synke noe. Helsedirektoratet anser det ikke som formålstjenlig å anbefale en måleindikator for avklaringsgrad med bakgrunn i at den vil variere ut fra hvilke tjenester som vil kunne tilbys i årene som kommer.

⁵⁴ Hendelser som skal regnes med er varsler og signaler fra trygghetsskapende teknologi. Rene tekniske varsler og signaler regnes ikke som hendelser.

4.4.5 Responstid utførende tjeneste

Ut fra vurderingen som gjøres i responstjenesten vil det besluttes om det er utførende tjeneste som må reise ut til tjenestemottaker.

Responstid utførende tjeneste er tiden det tar fra hendelsen er avklart i responstjenesten til tjenestemottaker har fått nødvendig bistand fra utførende tjeneste.

Hvis responstjenesten skal kunne yte forutsigbare og forsvarlige trygghetstjenester, må det stilles krav til den utførende tjenesten som reiser ut til tjenestemottaker. Forskjellene i kommunene på blant annet geografiske og trafikale forhold medfører at det må differensieres hva kravet skal være i de ulike kommunene.

4.5 Kompetanse

Overgangen fra en ren trygghetsalarmtjeneste til flere trygghetsskapende tjenester som skal håndtere et bredt spekter av velferdsteknologiske løsninger vil gi et enda større behov for helsefaglige vurderinger. Vurderinger knyttet til medisineringsstøtte og fall er eksempler på dette. Svagård mfl.⁵⁵ skriver; *”Operatørens mulighet til å gjennomføre riktige vurderinger og bidra til en helhetlig tjeneste antas primært å være relatert til faglige kvalifikasjoner (kompetanse), opplæring, tydelige rutiner for vurderingsprosessen (triagering) og informasjonstilgang.”* Systemer som understøtter personens arbeid, en profesjonalisert responstjeneste med et solid fagmiljø, samt et godt og avklart tjenesteforløp vil være grunnleggende for at vedkommende skal kunne nyttiggjøre seg av kompetansen han/hun innehar.

Helsedirektoratets anbefalinger til kompetanse:

- Responstjenesten betjenes av personell som kan gjennomføre riktige vurderinger og bidra til en helhetlig og forsvarlig helse- og omsorgstjeneste
- Minst en person på vakt har relevant utdanning på bachelornivå
- Gode egenskaper i muntlig dialog og menneskeforståelse
- Skrive og snakke flytende norsk og beherske engelsk muntlig
- Beherske samisk der lokale behov tilsier dette
- Tolketjenester skal benyttes ved behov

Dagens praksis i profesjonelle responscenter er at respondentene har minimum helsefagarbeiderutdanning eller tilsvarende. Det er også praksis at minst en av disse har en treårig bachelorutdanning, fortrinnsvis sykepleier. Dagens responstjenester fremhever viktigheten av at de ansatte har gode relasjonelle ferdigheter. Personell i responstjenesten

⁵⁵ Svagård mfl. (2016), *Responsstertjenester i helse- og omsorgstjenesten: Behov og fremtidsbilder*

må kunne møte de kommunikasjonsbehov som tjenestemottakerne har med hensyn til dialekter og språk. Dette er viktig for å gi et tilpasset tjenestetilbud til innvandrere og den samiskspråklige andelen av befolkningen.

Responstjenestens personale må ha tilstrekkelig kompetanse for å:

- Skape trygghet i dialog med tjenestemottaker
- Opprettholde høy avklaringsprosent gjennom kvalifiserte vurderinger
- Utgjøre et samlet godt faglig miljø som kan dra veksler på hverandre i vanskelige vurderinger

4.6 Kompetanseheving

Det å ta i bruk velferdsteknologi som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten vil som tidligere beskrevet stille nye krav til responstjenesten. Det medfører krav til kompetanse utover den rene helse- og omsorgsfaglige kompetansen. Helsedirektoratet anser det som viktig at videreutdanning og kompetansebygging blir satt i system og fulgt opp på en systematisk måte.

4.7 Dimensjoneringsanalyse

Helsedirektoratet anbefaler:

- Minimum to personer på vakt samtidig av forsvarlighets hensyn, selv med et lavt antall tjenestemottakere
- Store potensielle gevinster kan oppnås ved at flere kommuner samarbeider om anskaffelser av enten teknisk responsløsning eller komplett bemannet responstjeneste
- Teknisk responsløsning som skal betjene flere kommuner må kunne håndtere ulike varianter av tjenesteoppsett
 - For eksempel at varslene styres på en intelligent måte rett til hjemmebaserte tjenester, sykehjem eller pårørende

Alarmsfrekvens, svartid og reaksjonstid påvirker behovet for bemanning i en responstjeneste. På nåværende tidspunkt har det vært mulig å innhente data på forventet alarmsfrekvens, svartid og reaksjonstid fra kun noen få kommuner. Det er også liten kunnskap om og erfaring med hvordan nye tjenester og ny teknologi vil påvirke alarmsfrekvens, svartid og reaksjonstid.

Flere personer på jobb gir større fleksibilitet i håndtering av ulike pågang av hendelser, for styring av personell ved for eksempel sykdom og til kompetanseheving. Krav til kort svartid gir behov for tilgjengelige respondenter til enhver tid. Ved å ha flere personer på vakt

samtidig vil sannsynligheten for at alle er opptatt reduseres og tilgjengeligheten til tjenesten for innbyggerne forblir høy.

Av forsvarlighetshensyn anbefales to personer på vakt samtidig, selv med et lavt antall tjenestemottakere. Denne forsvarligheten kan oppnås ved ulike typer organisering, den enkelte kommune bestemmer selv dette. To personer på vakt betyr en organisasjon på ca. 10 årsverk inkludert ledelse, ved en 24/7 tjeneste alle dager i året. I tillegg til disse to på hver vakt må det være avsatt ressurser for personal- og kompetanseoppfølging. Etablering av en tjeneste med en viss minimumsbemanning vil gi økt forsvarlighet i håndtering av sykefravær mv. og etablering av et fagmiljø for responstjenesten. En slik tjeneste av en viss størrelse vil ha muligheter for fleksibilitet og raskere kunne tilpasse seg nye måter å levere tjenester på, og dermed kunne gi et bredt spekter av velferdsteknologiske tjenester.

Kurvene nedenfor er utarbeidet av PA Consulting og hentet fra rapporten fra 2016. Kurvene viser hvordan alarmfrekvens, svartid og reaksjonstid påvirker bemanningsbehovet for opp til 10 000 brukere.

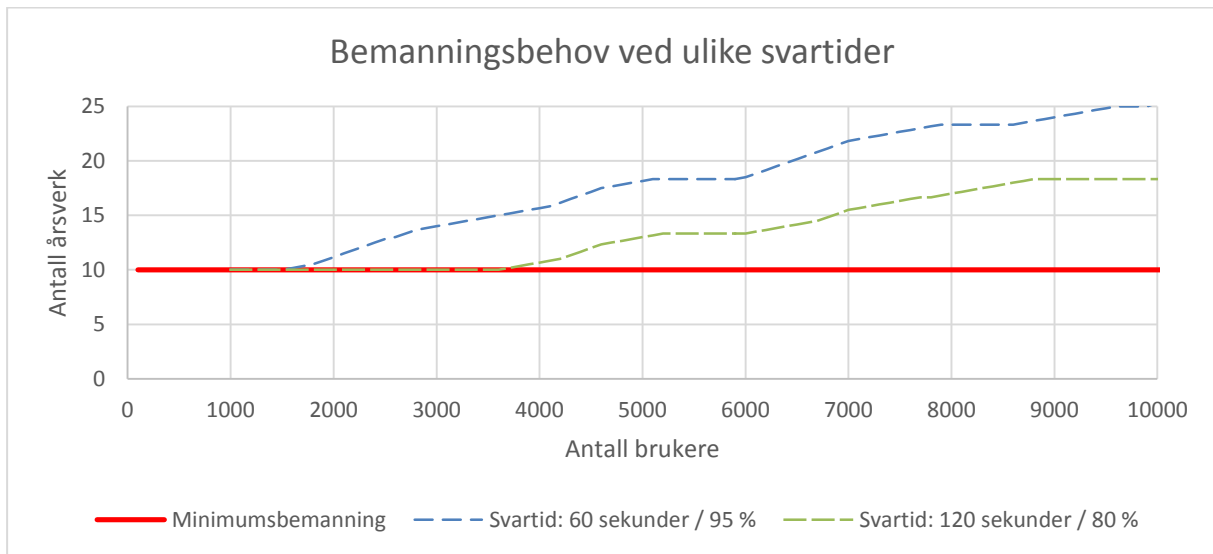
Følgende forutsetninger ligger til grunn for beregningene⁵⁶:

	Svartid	Reaksjonstid	Alarmfrekvens
Bemanningsbehov ved ulike svartider	Variabel	300 sekunder	0,05 utløst alarm pr døgn per bruker
Bemanningsbehov ved ulik reaksjonstid	95 % innen 60 sekunder	Variabel	0,05 utløst alarm pr døgn per bruker
Bemanningsbehov ved ulike alarmfrekvens	95 % innen 60 sekunder	300 sekunder	Variabel

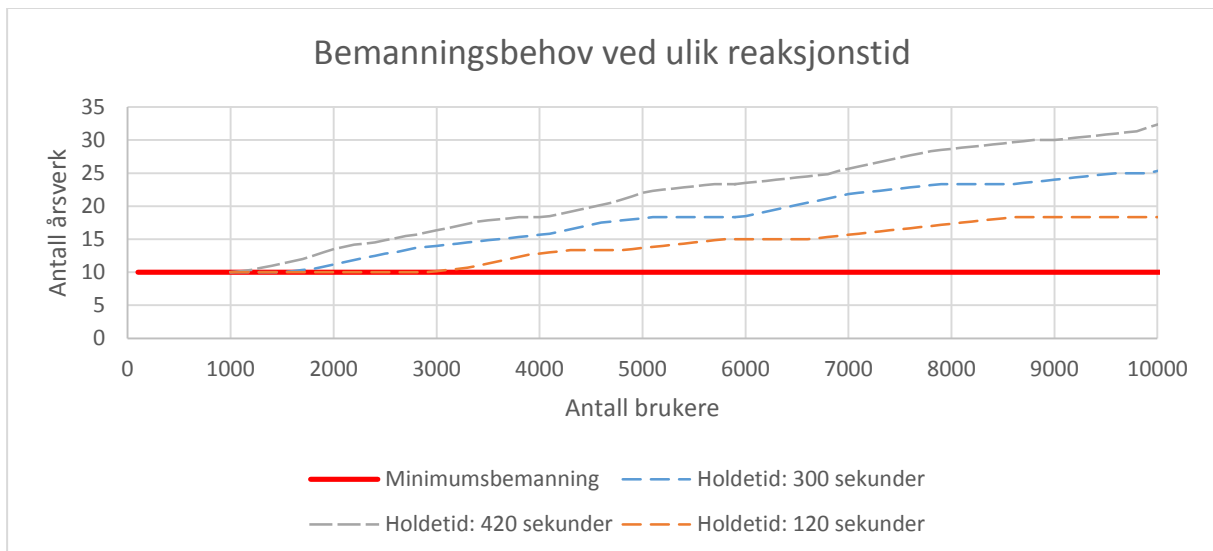
Den røde streken i grafene er minimumsbemanning som skal til for å sikre en forsvarlig drift som beskrevet over.

For hver av grafene nedenfor er det en variabel som varierer og to som er fast. Disse grafene er kun eksempler som indikerer avhengigheter for dimensjonering av responstjenesten og er ikke egnet til bruk for den enkeltes kommunes egne behov.

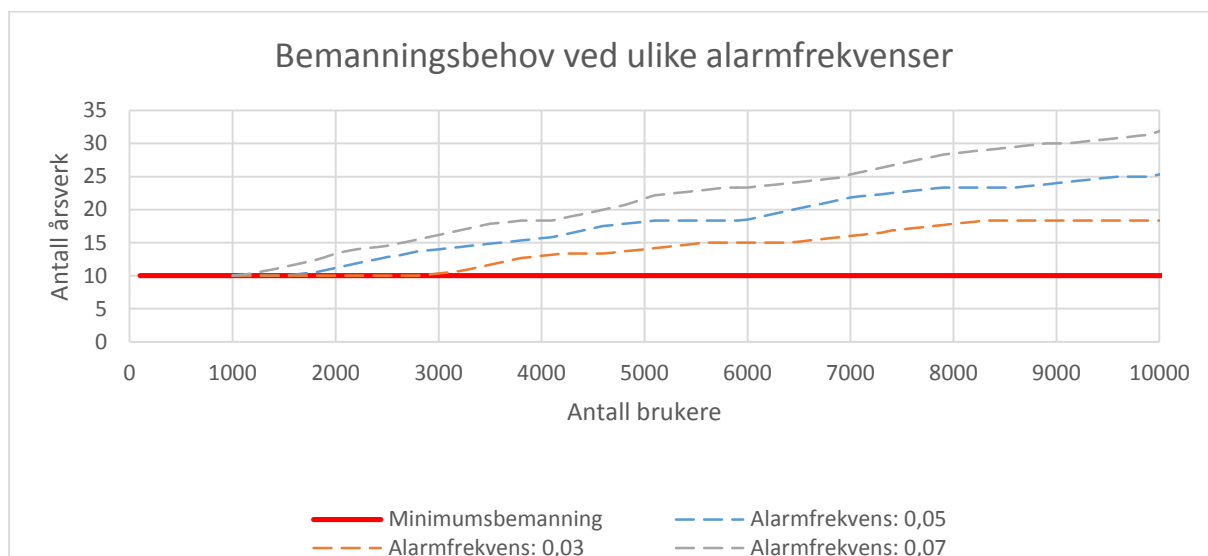
⁵⁶ Organisering og dimensjonering av responsentertjenester, levert av PA Consulting Group Norge AS i september 2016.



Eksempelet over viser forskjellen i bemanning ved anbefalt svartid for responstjenesten og krav til svartid for legevaktsentral, hvor reaksjonstid og alarmfrekvens er fast. Grafen indikerer at en minimumsbemanning på 10 årsverk, altså to på hver vakt, gir mulighet til å betjene ca. 2 000 brukere. Responssentre som betjener færre brukere enn dette gir ingen optimal utnyttelse av ressursene. Med legevaktens krav til svartid angis mulighet for å betjene omtrent det dobbelte antall brukere med samme bemanning.



Som vist i figuren om hendelsesforløpet, er reaksjonstid, også kalt holdetid, den tiden respondenten er opptatt med å besvare en hendelse til saken er avsluttet eller utførende tjeneste er varslet. Når tiden personen er opptatt øker, øker også bemanningsbehovet når svartid og alarmfrekvens er fast.



Alarmfrekvens er uttrykt ved gjennomsnittlig antall alarmer per bruker per dag. Betydningen av alarmfrekvensen er vist i kurven over, svartid og reaksjonstid er fast. Kommunene må kjenne til alarmfrekvensen for å vurdere sitt bemanningsbehov og må måle denne jevnlig for å kunne dimensjonere bemanningen når alarmfrekvensen endrer seg. For håndtering av 3 000 brukere i eksempelet er det en forskjell på ca. 5 årsverk mellom høyeste og laveste angitte alarmfrekvens.

En organisasjon på ca. 20-25 årsverk inkludert ledelse, tilsvarer ca. 4-5 personer på hver vakt. Det kan gi betydelige stordriftsfordeler og vil kunne betjene opp til ca. 10.000 brukere som vist i grafen. Noen stordriftsfordeler er fleksibilitet i forhold til endringer i påtrykksmønstre og rom for kompetanseutvikling i et faglig miljø. Flere personer på jobb gir større fleksibilitet i håndtering av ulik pågang av hendelser, for styring av personell ved for eksempel sykdom og til kompetanseheving. En annen stordriftsfordel er de tekniske løsningene. Krav til kort svartid gir behov for tilgjengelige respondenter til enhver tid. Ved å ha flere personer på vakt samtidig vil samtidighetsskonflikter reduseres, og tilgjengeligheten til tjenesten for innbyggerne forblir høy. Mer enhetlige teknologiske løsninger til flere brukere gir grunnlag for likeverdige tjenester og et bedre grunnlag for utviklings samarbeid med løsningsleverandøren. En annen fordel er et mer konsentrert arbeid knyttet til tilpasninger og integrasjon mot andre e-helseløsninger.

Dimensjoneringsanalysene og drøftingene viser at det er hensiktsmessig å konsolidere responstjenester i større dedikerte enheter dersom kommuner ønsker å løse utfordringen med økende antall varsler fra trygghetsskapende teknologi på denne måten.

Helsedirektoratet anbefaler nedenfor to modeller som kommunene kan benytte i etablering av responstjeneste. Det vises til [IS-2534 "Anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi"](#).

Modell A: Etablering av komplett responstjeneste (teknisk løsning og bemanning)

Det inngås en avtale med en eller flere leverandører som leverer en komplett responstjeneste med en forretningsmodell der det for eksempel betales en fast pris per tjenestemottaker per måned. En slik avtale gir god fleksibilitet for å skalere volumbehovet opp og ned raskt, og utvide med nye tjenester.

Leverandøren leverer bemannet responstjeneste og kommunene håndterer hjemmebesøkene selv. Det finnes eksempler der leverandøren også leverer hjemmebesøk knyttet til varsler. Utstyr til tjenestemottaker, kommunikasjon, installasjon og teknisk overvåkning og drift av utstyret kan også inkluderes i avtalen.

Dette alternativet krever gode definisjoner av grensesnittene i tjenestene. For eksempel; når og hvordan ansvaret flyttes fra leverandøren til kommunens hjemmetjeneste. Det anbefales at flere kommuner går sammen om en slik anskaffelse for å få opp markedsgrunnlaget for leverandøren og for å heve forhandlingsmakten til kommunene. Et samarbeid vil også kunne redusere arbeidet med kontraktsforvaltningen i hver kommune.

B: Etablering av kun responsløsning

Det inngås en avtale med en eller flere leverandører som leverer den tekniske responsløsningen. Utstyr til tjenestemottaker, kommunikasjon, installasjon og teknisk overvåkning og drift av utstyret kan også inkluderes i avtalen. Det anbefales at den tekniske driften av løsningen utføres av en profesjonell driftspartner, som kan være løsningsleverandøren selv. Hovedbegrunnelsen for dette er stordriftsfordeler innen driftsforvaltning og kvalitetssikring. En typisk prismodell vil være abonnement per bruker per måned. Denne modellen vil enkelt kunne skalere med antall påkoblede brukere (tjenestemottakere, tjenesteytere mm.).

Løsningen bør kunne styre varslene til forskjellige mottakere innen helse- og omsorgstjenesten, for eksempel responstjeneste, rett til hjemmetjenesten eller til enkeltmottakere som for eksempel pårørende. Dette vil gjøre det mulig at samme løsning kan løse ulike behov i kommunene og i tjenestene. Det må imidlertid også vurderes hvordan anbefalte krav til svartid og kompetanse blir ivaretatt.

Det anbefales også i dette alternativet at flere kommuner går sammen om en slik anskaffelse for å få opp markedsgrunnlaget for leverandøren og for å heve forhandlingsmakten til

kommunene. Et samarbeid vil også kunne redusere arbeidet med kontraktsforvaltningen i hver kommune.

Helsedirektoratet har vurdert om det skulle anbefales en organisering av et gitt antall responstjenester i Norge. Resultatet av den vurderingen er at en slik anbefaling ikke er hensiktsmessig. Det vil kunne bremse utviklingen dersom kommunene må vente på nasjonal styring av responstjenester. I tillegg er det etter Helsedirektoratets syn nødvendig å innhente mer kunnskap og erfaring med hvordan en slik konsolidering vil ha effekt på tjenestene i helse- og omsorgstjenesten, og hvilke tjenester en framtidig responstjeneste inngår i.

5 HELSEDIREKTORATETS ANBEFALINGER - OPPSUMMERT

Helsedirektoratet anbefaler på bakgrunn av betraktningene rundt økt kompleksitet, utfordringsbildet og behovet for kompetanseheving av responstjenesten at kommuner søker å løse disse utfordringene i fellesskap.

Når velferdsteknologiske løsninger integreres i kommunenes helse- og omsorgstjenester, må det etableres en responstjeneste som kan respondere på varsler fra løsningene. En slik tjeneste kan for eksempel etableres i egen kommune, i samarbeid med andre kommuner eller via kjøp av responstjenester fra private aktører. Det er også mulig med ulike kombinasjoner av flere alternativer. De grunnleggende vurderingsmomentene er forsvarlige og kostnadseffektive responstjenester.

Dersom en kommune ønsker å etablere en responstjeneste selv må investeringen vurderes i forhold til den tjenesten som skal ytes. For å oppnå faglig forsvarlighet må blant annet kompetanse, bemanning og beredskap vurderes. Det vil etter Helsedirektoratets vurdering ikke kunne være faglig forsvarlig å ha responstjeneste med kun en medarbeider på vakt ut fra disse momentene.

En oppsummering av Helsedirektoratets anbefalinger:

- Dimensjonering
 - Det anbefales å innhente mer kunnskap og erfaring før det kan konkludere med hva som er optimal ressursbruk og kritisk masse for responstjenester.
 - Det anbefales at flere kommuner går sammen om å etablere responstjenester enten som skissert i
 - modell A, å anskaffe komplett responstjeneste med teknisk løsning og bemanning, eller
 - modell B etablering med anskaffelse av kun responsløsning

- Det anbefales en minimumsbemanning med to respondenter på vakt samtidig, som gir ca. 10 årsverk ved en 24/7 tjeneste alle dager i året. I tillegg til disse forutsettes avsatte ressurser for personal- og kompetanseoppfølging.
- Kvalitetskrav:
 - *Tilgjengelighet*
 - Responstjenesten for trygghetsskapende teknologier skal alltid være tilgjengelig
 - *Svartid*
 - Minimum 95 % av alle varsler skal besvares innen 60 sekunder
 - *Avklaringsgrad*
 - Det ansees ikke som formålstjenelig å anbefale en måleindikator for avklaringsgrad med bakgrunn i at den vil variere ut fra hvilke teknologier som inngår i tjenestene som vil kunne tilbys i årene som kommer. Dagens etablerte responsentre som har statistikk på avklaringsgrad har en avklaringsgrad på mellom 75 og 90 %. Dette omfatter både offentlige og private aktører. Når man etter hvert får mer spesialisert teknologi vil en del av det som i dag utføres manuelt forsvinne som oppgaver. Da vil også avklaringsgraden synke noe.
 - *Responstid utførende tjeneste*
 - Kommunene anbefales å sette krav til utførende tjeneste i egen kommune. Hvis responstjenesten skal kunne yte forutsigbare og forsvarlige trygghetstjenester, må det stilles krav til den utførende tjenesten som reiser ut til tjenestemottaker. Forskjellene i kommunene på blant annet geografiske og trafikale forhold medfører at det må differensieres hva kravet skal være i de ulike kommunene.
- Kompetansekrav:
 - Kunne gjennomføre riktige vurderinger og bidra til en forsvarlig og helhetlig helse- og omsorgstjeneste
 - Minst en person på vakt har relevant utdanning på bachelornivå.
 - Gode egenskaper i muntlig dialog og menneskeforståelse
 - Skrive og snakke flytende norsk, og beherske engelsk muntlig
 - Beherske samisk der lokale behov tilsier dette
 - Tolketjenester skal benyttes ved behov

Det anbefales at krav til kompetanse og kompetanseutvikling ses i sammenheng med kompetanseplattform som utredes i tilknytning til medisinsk nødmeldetjeneste. Kompetansehevende tiltak kan gjerne skje gjennom e-læring.

- Økonomisk effekt:
Frem mot 2020 og avslutningen av velferdsteknologiprogrammet anbefales det gjennomført en grundig faglig og økonomisk analyse av responstjenester. Både tjenesteperspektivet inkludert medisinsk avstandsoppfølging, den tekniske plattformen og øvrig teknologisk utvikling vurderes med bakgrunn i forsvarlighetsprinsippet. En versjon 2 av rapport om anbefalinger om responstjenester kan da også vurdere behov for lovregulering og antyde behov for antall responstjenester i et nasjonalt perspektiv.
- Konklusjonen vedrørende TSA sitt rammeverk er at det ikke er hensiktsmessig å innføre dette i Norge på nåværende tidspunkt. Det er identifisert til dels store avvik mellom TSA sine detaljerte prosedyrer og etablert praksis og kultur i Norge. TSA sine krav er også overlappende med flere krav som allerede er i bruk i Norge, For eksempel Sikkerhetsnormen.

6 HELSEDIREKTORATETS OPPFØLGING AV ANBEFALINGENE

- Helsedirektoratet har registrert behov for etablering av en felles kompetansemodul (e-læringsmodul) for personell i responstjenester og vil bidra til at det skjer
- Det igangsettes en videreutvikling av IPLOS-registeret for å dekke forventet utvikling innenfor velferdsteknologiområdet og sikre tilgang til nødvendig statistikk og styringsinformasjon
- Frem mot 2020 og avslutning av velferdsteknologiprogrammet gjøres en grundig faglig og økonomisk analyse av responstjenester
- Ressurser vil være tilgjengelig for diskusjoner og rådgivning knyttet til anbefalingene

7 VEDLEGG 1: FYLKESVIS OVERSIKT OVER MOTTAKERE AV TRYGGHETSALARM

Nedenstående følger en fylkesvis kommuneoversikt der antall trygghetsalarmer er sett i forhold til befolkningen 80 år og eldre ved utgangen av 2015. Tallene er basert på kommunenes IPLOS-innrapportering per 31.12.2015. For kommunene Råde, Kongsvinger, Sør-Odal, Notodden, Risør, Lillesand, Flekkefjord, Lindesnes, Utsira, Midsund, Osen og Lavangen er det ikke innrapportert tildelte trygghetsalarmer via IPLOS og disse tallene er hentet direkte fra kommunene selv.

	Antall	%-vis
01 ØSTFOLD	trygghetsalarmer	Dekningsgrad 80+
0101 Halden	332	21,9
0104 Moss	537	37,8
0105 Sarpsborg	754	30,7
0106 Fredrikstad	445	12,6
0111 Hvaler	31	18,7
0118 Aremark	31	40,3
0119 Marker	53	25,4
0121 Rømskog	8	14,8
0122 Trøgstad	71	28,5
0123 Spydeberg	83	36,6
0124 Askim	229	36,3
0125 Eidsberg	160	28,6
0127 Skiptvet	66	44,3
0128 Rakkestad	204	47,1
0135 Råde	100	30,4
0136 Rygge	232	34,1
0137 Våler (Østf.)	46	36,2
0138 Hobøl	56	33,1

	Antall	%-vis
02 AKERSHUS	trygghetsalarmer	Dekningsgrad 80+
0211 Vestby	172	40,2
0213 Ski	264	25,3
0214 Ås	167	24,5
0215 Frogn	220	38,8
0216 Nesodden	210	34,4
0217 Oppegård	345	31,7
0219 Bærum	1653	28,6
0220 Asker	698	29,4
0221 Aurskog-Høland	196	27,3
0226 Sørums	194	36,0
0227 Fet	134	37,2
0228 Rælingen	101	24,5
0229 Enebakk	129	51,0
0230 Lørenskog	392	33,9
0231 Skedsmo	719	37,9
0233 Nittedal	176	28,7
0234 Gjerdrum	59	29,6
0235 Ullensaker	278	29,8
0236 Nes (Ak.)	267	35,3
0237 Eidsvoll	217	27,1
0238 Nannestad	130	38,0
0239 Hurdal	38	25,2

03 OSLO

Oslo kommune hadde 9.681 trygghetsalarmer, noe som gir en dekningsgrad på 44,9% i forhold til antall innbyggere 80 år og eldre.

04 HEDMARK	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+	
0402 Kongsvinger	200	21,6	Avtale med privat tilbyder
0403 Hamar	754	41,1	
0412 Ringsaker	649	39,8	
0415 Løten	97	27,5	
0417 Stange	118	11,6	
0418 Nord-Odal	62	20,4	
0419 Sør-Odal	0	0,0	Avtale med privat tilbyder
0420 Eidskog	159	39,6	
0423 Grue	146	38,3	
0425 Åsnes	167	31,3	
0426 Våler (Hedm.)	77	30,2	
0427 Elverum	481	44,0	
0428 Trysil	114	23,8	
0429 Åmot	87	32,6	
0430 Stor-Elvdal	52	30,2	
0432 Rendalen	79	50,6	
0434 Engerdal	40	42,1	
0436 Tolga	18	17,8	
0437 Tynset	85	28,4	
0438 Alvdal	54	34,2	
0439 Follidal	40	39,2	
0441 Os (Hedm.)	50	39,4	

Kongsvinger og Sør-Odal har per medio juni 2016 ingen kommunal trygghetsalarmtjeneste, men viderefremidler kontakt til privat tilbyder. Tallene for Kongsvinger er per 31.12.15 da Glåmdal brannvesen IKS forestod tjenestetilbudet.

05 OPPLAND	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+
0501 Lillehammer	430	30,2
0502 Gjøvik	763	52,5
0511 Dovre	34	18,4
0512 Lesja	39	28,5
0513 Skjåk	50	34,2
0514 Lom	46	31,5
0515 Vågå	96	39,8
0516 Nord-Fron	108	33,0
0517 Sel	132	33,2
0519 Sør-Fron	85	41,5
0520 Ringebu	75	25,2
0521 Øyer	120	48,2
0522 Gausdal	123	31,1
0528 Østre Toten	379	44,9
0529 Vestre Toten	273	40,9
0532 Jevnaker	126	40,1
0533 Lunner	111	33,8
0534 Gran	304	42,0
0536 Søndre Land	146	51,8
0538 Nordre Land	201	52,3
0540 Sør-Aurdal	74	35,9
0541 Etnedal	37	35,2
0542 Nord-Aurdal	66	18,9
0543 Vestre Slidre	24	19,2
0544 Øystre Slidre	41	26,8
0545 Vang	38	38,8

	Antall	%-vis
06 BUSKERUD	trygghetsalarmer	Dekningsgrad 80+
0602 Drammen	1322	45,0
0604 Kongsberg	445	37,6
0605 Ringerike	749	48,5
0612 Hole	88	31,8
0615 Flå	28	33,7
0616 Nes (Busk.)	95	39,3
0617 Gol	90	34,1
0618 Hemsedal	27	28,4
0619 Ål	119	39,3
0620 Hol	110	40,7
0621 Sigdal	104	46,2
0622 Krødsherad	56	48,3
0623 Modum	363	53,7
0624 Øvre Eiker	287	35,3
0625 Nedre Eiker	454	54,4
0626 Lier	340	38,3
0627 Røyken	224	41,3
0628 Hurum	179	44,1
0631 Flesberg	40	28,6
0632 Rollag	49	41,5
0633 Nore og Uvdal	56	29,8

	Antall	%-vis
07 VESTFOLD	trygghetsalarmer	Dekningsgrad 80+
0701 Horten	405	31,6
0702 Holmestrand	158	33,3
0704 Tønsberg	379	18,4
0706 Sandefjord	559	26,4
0709 Larvik	613	27,3
0711 Svelvik	95	41,5
0713 Sande (Vestf.)	144	38,4
0714 Hof	44	36,7
0716 Re	94	29,1
0719 Andebu	68	29,6
0720 Stokke	85	22,5
0722 Nøtterøy	334	30,4
0723 Tjøme	54	24,1
0728 Lardal	35	28,5

	Antall	%-vis
08 TELEMARK	trygghetsalarmer	Dekningsgrad 80+
0805 Porsgrunn	776	45,9
0806 Skien	1066	42,7
0807 Notodden	254	32,2
0811 Siljan	24	21,6
0814 Bamble	265	50,8
0815 Kragerø	145	27,2
0817 Drangedal	78	30,0
0819 Nome	145	35,6
0821 Bø (Telem.)	99	31,4
0822 Sauherad	93	38,9
0826 Tinn	175	44,5
0827 Hjartdal	29	25,7
0828 Seljord	46	25,3
0829 Kviteseid	42	25,0
0830 Nissedal	31	40,8
0831 Fyresdal	31	49,2
0833 Tokke	72	50,0
0834 Vinje	66	36,5

	Antall	%-vis
09 AUST-AGDER	trygghetsalarmer	Dekningsgrad 80+
0901 Risør	150	43,1
0904 Grimstad	361	45,4
0906 Arendal	685	36,9
0911 Gjerstad	52	38,8
0912 Vegårshei	50	45,9
0914 Tvedestrand	110	35,3
0919 Froland	54	28,9
0926 Lillesand	200	52,4
0928 Birkenes	53	33,5
0929 Åmli	30	34,5
0935 Iveland	14	25,9
0937 Evje og Hornnes	55	31,8
0938 Bygland	23	35,9
0940 Valle	33	47,1
0941 Bykle	13	59,1

10 VEST-AGDER	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+
1001 Kristiansand	1683	47,8
1002 Mandal	261	36,9
1003 Farsund	151	32,8
1004 Flekkefjord	200	37,6
1014 Vennesla	163	30,2
1017 Songdalen	89	44,7
1018 Søgne	161	44,8
1021 Marnardal	28	24,3
1026 Åseral	13	28,3
1027 Audnedal	28	33,7
1029 Lindesnes	137	60,9
1032 Lyngdal	108	37,4
1034 Hægebostad	39	59,1
1037 Kvinesdal	114	40,7
1046 Sirdal	49	48,5

	Antall	%-vis
11 ROGALAND	trygghetsalarmer	Dekningsgrad 80+
1101 Eigersund	332	53,6
1102 Sandnes	689	32,6
1103 Stavanger	1744	38,1
1106 Haugesund	461	30,1
1111 Sokndal	90	44,6
1112 Lund	74	51,7
1114 Bjerkreim	34	29,3
1119 Hå	247	42,0
1120 Klepp	176	37,7
1121 Time	198	35,9
1122 Gjesdal	123	52,3
1124 Sola	187	26,7
1127 Randaberg	110	38,3
1129 Forsand	27	47,4
1130 Strand	209	45,1
1133 Hjelmeland	24	19,0
1134 Suldal	79	35,3
1135 Sauda	159	46,5
1141 Finnøy	46	29,1
1142 Rennesøy	54	37,2
1144 Kvitsøy	19	63,3
1145 Bokn	17	31,5
1146 Tysvær	114	32,9
1149 Karmøy	393	25,1
1151 Utsira	5 eller færre	
1160 Vindafjord	140	28,9

12 HORDALAND	Antall trygghetsalmer	%-vis Dekningsgrad 80+
1201 Bergen	1706	14,8
1211 Etne	57	24,7
1216 Sveio	46	22,7
1219 Bømlo	195	36,1
1221 Stord	290	42,5
1222 Fitjar	62	43,7
1223 Tysnes	59	28,2
1224 Kvinnherad	250	34,1
1227 Jondal	29	36,3
1228 Odda	168	32,6
1231 Ullensvang	71	31,8
1232 Eidfjord	22	37,9
1233 Ulvik	30	37,5
1234 Granvin	23	36,5
1235 Voss	156	16,5
1238 Kvam	179	32,7
1241 Fusa	84	35,6
1242 Samnanger	24	15,8
1243 Os (Hord.)	176	31,7
1244 Austevoll	70	32,6
1245 Sund	58	28,3
1246 Fjell	153	26,0
1247 Askøy	330	41,5
1251 Vaksdal	130	39,2
1252 Modalen	5 eller færre	
1253 Osterøy	82	21,1
1256 Meland	84	37,7
1259 Øygarden	49	24,7
1260 Radøy	80	33,2
1263 Lindås	238	37,7
1264 Austrheim	31	28,7
1265 Fedje	5 eller færre	
1266 Masfjorden	26	17,6

14 SOGN OG FJORDANE	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+
1401 Flora	152	31,7
1411 Gulen	43	27,9
1412 Solund	9	17,3
1413 Hyllestad	27	33,8
1416 Høyanger	79	28,4
1417 Vik	63	26,7
1418 Balestrand	25	30,1
1419 Leikanger	47	42,3
1420 Sogndal	104	30,5
1421 Aurland	51	41,5
1422 Lærdal	49	36,6
1424 Årdal	120	32,7
1426 Luster	92	27,8
1428 Askvoll	54	23,5
1429 Fjaler	61	34,7
1430 Gaular	59	31,7
1431 Jølster	57	34,3
1432 Førde	124	31,8
1433 Naustdal	46	30,5
1438 Bremanger	68	22,1
1439 Vågsøy	121	31,3
1441 Selje	64	37,9
1443 Eid	78	27,7
1444 Hornindal	11	13,1
1445 Gloppen	137	36,1
1449 Stryn	89	24,8

15 MØRE OG ROMSDAL	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+
1502 Molde	475	37,3
1504 Ålesund	585	28,9
1505 Kristiansund	349	32,8
1511 Vanylven	49	20,5
1514 Sande (M. og R.)	31	16,8
1515 Herøy (M. og R.)	146	31,4
1516 Ulstein	96	31,6
1517 Hareid	84	31,1
1519 Volda	82	17,3
1520 Ørsta	130	20,6
1523 Ørskog	56	47,1
1524 Norddal	27	22,0
1525 Stranda	115	35,7
1526 Stordal	19	32,2
1528 Sykkylven	105	26,0
1529 Skodje	65	38,2
1531 Sula	136	31,0
1532 Giske	97	29,2
1534 Haram	174	32,7
1535 Vestnes	179	55,9
1539 Rauma	194	37,6
1543 Nesset	51	26,6
1545 Midsund	66	46,8
1546 Sandøy	34	34,0
1547 Aukra	74	40,9
1548 Fræna	132	32,1
1551 Eide	63	37,1
1554 Averøy	75	28,0
1557 Gjemnes	33	22,1
1560 Tingvoll	81	42,9
1563 Sunndal	136	30,2
1566 Surnadal	80	25,0
1567 Rindal	44	28,4
1571 Halså	27	25,7
1573 Smøla	32	22,9
1576 Aure	101	43,3

16 SØR-TRØNDELAG	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+
1601 Trondheim	3929	59,9
1612 Hemne	119	50,9
1613 Snillfjord	16	22,2
1617 Hitra	110	47,6
1620 Frøya	80	29,7
1621 Ørland	105	42,2
1622 Agdenes	25	17,0
1624 Rissa	113	31,7
1627 Bjugn	120	46,5
1630 Åfjord	79	32,4
1632 Roan	16	22,9
1633 Osen	10	11,6
1634 Oppdal	117	33,0
1635 Rennebu	52	30,6
1636 Meldal	136	45,5
1638 Orkdal	202	36,1
1640 Røros	92	27,3
1644 Holtålen	56	52,3
1648 Midtre Gauldal	79	22,1
1653 Melhus	249	37,8
1657 Skaun	117	44,7
1662 Klæbu	57	42,9
1663 Malvik	162	44,4
1664 Selbu	105	40,2
1665 Tydal	28	42,4

17 NORD-TRØNDELAG	Antall trygghetsalарmer	%-vis Dekningsgrad 80+
1702 Steinkjer	438	37,5
1703 Namsos	140	22,3
1711 Meråker	67	37,2
1714 Stjørdal	414	45,0
1717 Frosta	82	55,0
1718 Leksvik	73	36,7
1719 Levanger	26	3,1
1721 Verdal	154	25,8
1724 Verran	66	32,2
1725 Namdalseid	39	34,2
1736 Snåase - Snåsa	24	17,6
1738 Lierne	36	36,4
1739 Raarvihke - Røyrvik	10	31,3
1740 Namsskogan	27	45,8
1742 Grong	36	20,8
1743 Høylandet	25	32,1
1744 Overhalla	41	22,7
1748 Fosnes	11	20,4
1749 Flatanger	19	32,8
1750 Vikna	56	27,7
1751 Nærøy	67	23,5
1755 Leka	9	22,0
1756 Inderøy	98	31,7

18 NORDLAND	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+
1804 Bodø	461	26,3
1805 Narvik	261	25,0
1811 Bindal	24	22,6
1812 Sømna	42	34,7
1813 Brønnøy	131	37,0
1815 Vega	19	26,0
1816 Vevelstad	5 eller færre	
1818 Herøy (Nordl.)	33	38,4
1820 Alstahaug	101	34,1
1822 Leirfjord	44	35,2
1824 Vefsn	156	21,6
1825 Grane	14	14,7
1826 Hattfjelldal	39	40,2
1827 Dønna	21	25,9
1828 Nesna	31	32,6
1832 Hemnes	58	20,4
1833 Rana	222	17,5
1834 Lurøy	10	9,3
1835 Træna	5 eller færre	
1836 Rødøy	16	23,9
1837 Meløy	121	30,5
1838 Gildeskål	54	35,1
1839 Beiarn	25	30,1
1840 Saltdal	80	34,0
1841 Fauske	117	24,0
1845 Sørfold	17	15,3
1848 Steigen	27	16,6
1849 Hamarøy - Hábmer	41	34,5
1850 Divtasvuodna - Tysf	12	11,1
1851 Lødingen	36	23,2
1852 Tjeldsund	25	25,3
1853 Evenes	15	15,5
1854 Ballangen	49	33,3
1856 Røst	12	31,6
1857 Værøy	5 eller færre	
1859 Flakstad	12	13,3
1860 Vestvågøy	252	44,6

1865 Vågan	33	7,1
1866 Hadsel	117	27,5
1867 Bø (Nordl.)	118	51,1
1868 Øksnes	77	35,6
1870 Sortland	155	36,6
1871 Andøy	45	14,2
1874 Moskenes	24	28,2

	Antall trygghetsalår	%-vis Dekningsgrad 80+
19 TROMS		
1902 Tromsø	650	34,0
1903 Harstad	425	37,9
1911 Kvæfjord	31	18,7
1913 Skånland	33	18,5
1917 Ibestad	38	28,8
1919 Gratangen	28	29,5
1920 Loabák - Lavangen	24	35,3
1922 Bardu	55	28,2
1923 Salangen	24	26,4
1924 Målselv	55	16,3
1925 Sørreisa	44	30,8
1926 Dyrøy	21	26,9
1927 Tranøy	23	19,7
1928 Torsken	5 eller færre	
1929 Berg	14	25,5
1931 Lenvik	20	3,9
1933 Balsfjord	50	14,8
1936 Karlsøy	31	22,1
1938 Lyngen	41	20,9
1939 Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	18	25,4
1940 Gáivuotna - Kåfjord	28	21,9
1941 Skjervøy	47	34,3
1942 Nordreisa	63	26,3
1943 Kvænangen	17	23,3

20 FINNMARK	Antall trygghetsalarmer	%-vis Dekningsgrad 80+
2002 Vardø	43	33,6
2003 Vadsø	72	34,4
2004 Hammerfest	118	34,1
2011 Guovdageaidnu - Kautokeino	10	10,1
2012 Alta	103	17,6
2014 Loppa	7	9,2
2015 Hasvik	11	18,6
2017 Kvalsund	16	28,6
2018 Måsøy	15	19,5
2019 Nordkapp	25	15,3
2020 Porsanger - Porsángu - Porsanki	33	19,6
2021 Kárásjohka - Karasjok	18	15,7
2022 Lebesby	36	56,3
2023 Gamvik	9	26,5
2024 Berlevåg	30	46,9
2025 Deatnu - Tana	19	14,4
2027 Unjárga - Nesseby	11	20,0
2028 Båtsfjord	13	18,3
2030 Sør-Varanger	176	42,4



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no