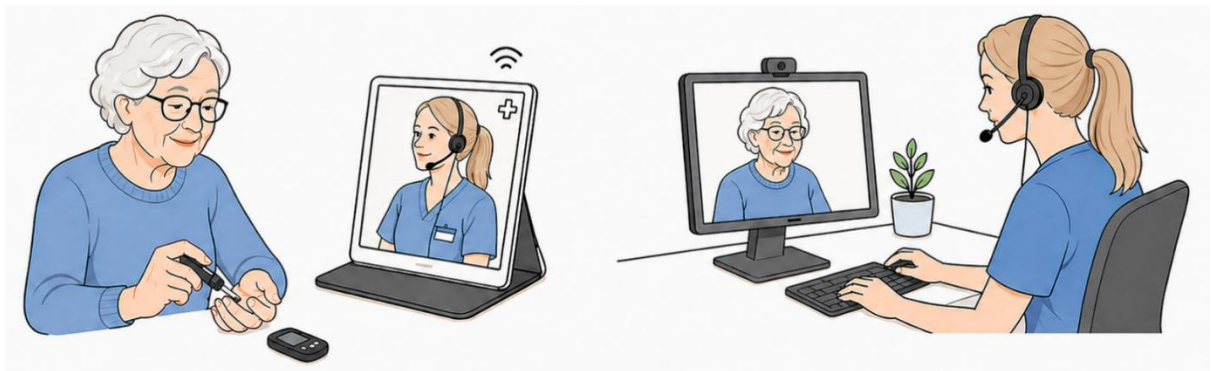


Bergen kommune

Tjenestetildeling og utmåling

Utredning av digitale helsetjenester i hjemmet



Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Om utredningen	4
2	Hva er digitale helsetjenester i hjemmet? (DHTiH)	5
2.1	Avgrensning	5
3	Beskrivelse av helsetjenester i hjemmet	6
3.1	Tjenestens hjemmel i lovverk.....	6
3.2	De ulike tjenestene innunder helsetjenester i hjemmet	7
3.3	Brukervolum i tjenestene	8
3.4	Beskrivelse av effektivitet i tjenestene	8
3.5	Dagens situasjon og utfordring	9
4	Grupper/oppgaver som kan være aktuelle for tiltaket.....	9
4.1	Brukergrupper	9
4.2	Rekruttering av brukere	10
4.3	Oppgaver/aktiviteter som kan utføres digitalt	10
4.4	OT	10
4.5	HT	12
4.6	Andre oppgaver som kan være aktuelle for DHTiH men faller utenfor avgrensning for utredningen	12
5	Mål og evaluering av pilot.....	14
6	Kostnader.....	16
6.1	Totale kostnader for pilot (12 måneder).....	16
6.2	Kostnadselementer for pilot	16
7	Aktuelle tiltak.....	17
7.1	Alternativ 0: Ingen endring	17
7.2	Alternativ 1: Sentral tjeneste.....	17
7.2.1	Alternativ 2: Desentralisert tjeneste per enhet i EHBT	17
8	Vurderinger av tiltakene	18
8.2.1	Alternativ 0: Ingen endring	18
8.2.2	Alternativ 1: Sentral tjeneste.....	19
8.2.3	Alternativ 2: Desentralisert tjeneste per enhet i EHBT	21

8.2.4	ROS-sammenligning	22
8.2.5	Erfaring fra andre kommuner	23
8.2.6	Kvantitativ vurdering av alternativene (MCDA poeng)	23
9	Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?	24
10	Anbefaling ved pilot DHTiH i en enhet i EHBt	25
10.1	Pilot	26
10.2	Ressursbehov, teknologi og utstyr	27
10.3	Personvern	28
11	Vedlegg	28

Arbeidsgruppen i utredningen

- Preben Aleksander Tholo von Ahnen
- Lars Olav Gåsdal
- Linn Karin Mydland
- Eileen Langedal
- Ingvild Vedeler Nordhus
- Maria Elisabeth Kjerland
- Siv-Merete Lønnebakken Holdhus

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Kommuneloven § 1-1 slår fast at kommunene skal utnytte ressursene effektivt og drive på en bærekraftig måte. Bergen kommune står overfor store utfordringer knyttet til mangel på helsepersonell og en krevende kommuneøkonomi. Dette forsterkes av demografiske endringer og et økende behov for helse- og omsorgstjenester, slik det også beskrives i NOU Tid for handling. For å sikre økonomisk bærekraft og samtidig opprettholde kvalitet og trygghet i tjenestene, er det nødvendig å ta i bruk nye arbeidsformer og teknologi som gjør at personellressursene kan benyttes der de trengs mest.

I lys av økende økonomiske utfordringer og knapphet på personellressurser, må Bergen kommune gjennomgå og vurdere eksisterende praksis for tjenestetildeling og utmåling av tjenester. Dette gjelder særlig helse- og omsorgstjenester, hvor kommunen har et

lovpålagt ansvar for å tilby nødvendige tjenester til innbyggere som har behov for det, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 har kommunen plikt til å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Samtidig gir pasient- og brukerrettighetsloven brukere rett til å motta helse- og omsorgstjenester når de har et dokumentert behov. Denne balansen mellom rettigheter og plikter krever at kommunen kontinuerlig vurderer om tjenestene som ytes er forsvarlige, nødvendige og hensiktsmessige – både for den enkelte bruker og for tjenesten som helhet.

I enkelte tilfeller kan det oppstå en praksis der kommunen yter bistand utover det som er nødvendig eller utenfor det lovpålagte ansvarsområdet. I dag fattes det vedtak om helsetjenester i hjemmet basert på helsefaglige vurderinger. Det er derfor viktig å undersøke om dagens praksis er i tråd med kommunens ansvar, og om det finnes rom for endringer som kan bidra til bedre ressursutnyttelse uten at det går på bekostning av brukers sikkerhet eller rett til nødvendige tjenester.

Nasjonale føringer peker på digitalisering og teknologi som tiltaksområder for å løse personellutfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Digitale løsninger kan være et viktig verktøy i oppfølging og veiledning av brukere som mottar helsetjenester i hjemmet. Dette er i tråd med kommunens strategi om å ivareta og mobilisere brukernes egne ressurser, samt styrke målsettingen om at brukerne skal bli mest mulig selvhjulpne i daglige oppgaver.

1.2 Om utredningen

I denne utredningen vurderes det om digitale besøk i hjemmet kan erstatte enkelte fysiske hjemmebesøk. Innføring av digitale besøk for aktuelle hjemmeboende brukere kan bidra til å avlaste helsepersonell og dermed styrke bærekraften i helse- og omsorgstjenestene. Utredningen er i tråd med mandat gitt til arbeidsgruppen i prosjektet Tildeling og utmåling av tjenester i BEHO.

Kunnskapsgrunnlaget for utredningen bygger på dybdeintervju, presentasjoner og delte dokumenter fra Tønsberg kommune om en tjeneste som tilsvarende DHTiH. Tønsberg har lang erfaring med tilsvarende tjeneste, og har vært en sentral referanse i arbeidet. Konseptet er i tillegg validert gjennom informasjonsmøter med Oslo, Halden og Bjørnafjorden kommune som har etablert tilsvarende tjenester.

Utredningen bygger også på Bergen kommunes egne erfaringer med innretning og organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Samlet gir dette et godt grunnlag for anbefalt konsept og organisatorisk innretning.

Utredningen anbefaler at Bergen kommune gjennomfører en samlet pilot for digitale helsetjenester i hjemmet i én enhet i Etat for hjemmebaserte tjenester. Piloten skal ha

en varighet på 12 måneder og gi nødvendig kunnskap om bruker- og oppdragsvolum, teknisk og administrativ løsning, gevinstpotensial, kvalitet, risiko og organisatoriske forutsetninger før eventuell videre utrulling.

2 Hva er digitale helsetjenester i hjemmet? (DHTiH)

Digitale helsetjenester i hjemmet (DHTiH) er helsetjenester som brukeren har behov for og krav på, og som kan leveres digitalt i hjemmet når det ikke er nødvendig med fysisk oppmøte av helsepersonell. Via en skjerm, som kommunen låner ut, får bruker veiledning og oppfølging av helsepersonell.



Å innføre DHTiH handler om å transformere måten helsehjelpen blir levert på, ikke bare verktøyene som trengs for å få det til. Det foreligger ingen etablert nasjonal definisjon på DHTiH, og noen kommuner omtaler tilsvarende tjeneste som *digital hjemmesykepleie* (DHS). Bergen kommune omtaler det som digitale helsetjenester i hjemmet for å inkludere flere profesjonsgrupper og tjenester innunder helsetjenester i hjemmet.

DHTiH ikke er en ny tjeneste, men en alternativ måte å yte eksisterende helsetjenester i hjemmet på. Brukerens behov, vedtak, faglig forsvarlighet og helsepersonellens vurdering skal fortsatt være styrende for om tjenesten ytes fysisk eller digitalt.

2.1 Avgrensning

Mandatet avgrenser utredningen til digitale helsetjenester som alternativ til fysiske hjemmebesøk i hjemmebaserte tjenester (HBT). Utredningen omfatter helsetjenester i hjemmet som gis av helsetjenesteteam (HT), omsorgsteam (OT) og vurderingsteam. Etter innføring av digitale helsetjenester i HBT kan overføringsverdi til andre tjenester

vurderes. Alle helsetjenester som er i kontakt med brukere som bor hjemme bør uansett ha kunnskap om DHTiH, slik at de kan henvise aktuelle brukere til tjenesten. Utredningen omfatter tjenester som ytes av Etat for hjemmebaserte tjenester (EHBT), inkludert vedtak fattet av Forvaltning psykisk helse.

Tjenester til barn og unge, tjenester utført av Etat for psykisk helse og rustjenester eller Etat for tjenester til utviklingshemmede inngår ikke i denne vurderingen. Eventuell overføringsverdi til disse brukergruppene må vurderes separat.

Brukere med tjenester fra både OT og HT kan inkluderes dersom oppgaven kan gjennomføres digitalt på en faglig forsvarlig måte.

For å sikre tilstrekkelig digitale besøk anbefales det at man i størst mulig grad rekrutterer brukere med stort antall besøk i uken som kan utføres digitalt.

Innsiktsarbeidet og erfaringer fra andre kommuner tilsier at mange av oppgavene som egner seg for digital oppfølging, er oppgaver som utføres av helsefagarbeidere og assistenter. Samtidig skal piloten også gi kunnskap om hvilken sykepleie oppgaver som kan egne seg for digital oppfølging.

Som siste punkt avgrenses pilot til å omfatte heldigitale arbeidslister. Med dette menes at alle besøk på arbeidslisten(e) i piloten er digitale. Heldigitale arbeidslister gir bedre grunnlag for å vurdere hvilken kapasitetsgevinst digitale arbeidslister vil kunne gi til sammenligning med fysiske arbeidslister.

Avgrensningen er et operasjonelt grep i piloten for å sikre tilstrekkelig volum og godt evalueringsgrunnlag før videre utrulling. Den skal ikke forstås som en endelig avgrensning av hvilke brukergrupper eller faggrupper DHTiH kan være relevant for eller om hybride arbeidslister kan utprøves ved senere utrulling.

3 Beskrivelse av helsetjenester i hjemmet

3.1 Tjenestens hjemmel i lovverk

Tildeling av helsetjenester i hjemmet er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1. Kommunen har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, og vedtaket skal bygge på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av brukerens behov.

Der pårørende utfører særlig tyngende omsorgsarbeid, må tjenestetilbudet også ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 om kommunens ansvar overfor pårørende. Kommunen skal tilby nødvendig pårørendestøtte, blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad. Dette må også ses i

sammenheng med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8, som gir personer med særlig tyngende omsorgsarbeid rett til å kreve vedtak om tiltak for å lette omsorgsbyrden.

3.2 De ulike tjenestene innunder helsetjenester i hjemmet

Bergen kommune skal gi helsehjelp til sine innbyggere i form av forsvarlige tjenester. Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgs formål og som er utført av helsepersonell.

Hjelpebehovet til bruker avgjør om hen får bistand av et HT eller et OT. HT består av sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og vernepleiere. I OT jobber helsefagarbeidere og assistenter. Vurderingskontor for voksne og eldre og Forvaltningsenhet psykisk helse fattet vedtak om helsetjenester i hjemmet⁴. Vedtak fattes ikke for ergoterapi og fysioterapi.

Nedenfor er alle samlebetegnelse for de ulike tjenestene:

Helsetjenester i hjemmet utført av HT:

Tjenesten gis til hjemmeboende personer som ikke selv kan oppsøke helsehjelp på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse, og som er avhengig av hjelp i eget hjem for å få dekket grunnleggende helse og omsorgsbehov. Det er brukerens medisinske tilstand og oppgaven som skal utføres, som er avgjørende for hvilken hjelp brukeren har rett til og hvilken kompetanse den som skal yte hjelpen må ha.

Helsetjenester i hjemmet utført av psykiatritjenesten:

Tjenesten gis til hjemmeboende psykisk syke personer som på grunn av sykdom, krise eller traume ikke selv kan oppsøke annen helsehjelp. Det er brukerens psykiske tilstand som er avgjørende for hvilken hjelp brukeren har rett til og hvilken kompetanse den som skal yte hjelpen må ha.

Helsetjenester i hjemmet utført av OT:

Tjenesten gis til personer som ikke kan ta omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Dagliglivets gjøremål er personlige oppgaver som utføres daglig f.eks. personlig hygiene, toalettoppdrag, av og påkledning, tilberedning av måltid. Beskrivelsen gjelder også for HT når de utfører tilsvarende oppgaver hos bruker.

Ergoterapi og fysioterapi:

Ergoterapeuter og fysioterapeuter jobber med rehabilitering, habilitering og forebygging. De tilbyr veiledning, trening og behandling, og bidrar med tilrettelegging av bolig og tilpasning av hjelpemidler. Tjenesten kan gis til hjemmeboende personer som har sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne og ikke selv kan oppsøke helsehjelp utenfor hjemmet eller der hjem og nærmiljø er mest hensiktsmessig behandlingsarena.

3.3 Brukervolum i tjenestene

Datasjøl (Power BI) pr februar 2026 viser at 3545 brukere fikk hjelp av OT og HT (OT/HT) i distrikt Hjemmesykepleie (Profil). Den viser også at i samme tidsperiode fikk 213 brukere i distrikt Psykisk helse (Profil) hjelp fra HBT.

Samlet sett var det pr februar 2026 ca. 3800 brukere som fikk hjelp fra de fem geografiske enhetene tilknyttet EHBT i Bergen kommune. Tallene omfatter ikke brukere som kun har ergoterapi- og/eller fysioterapitjenester.

Tabellen viser tall fra Profil i distrikt hjemmesykepleie per februar 2026.

Fordeling av brukere i de ulike kategoriene (kategorimodellen), er basert på hvor mange timer hjelp som gis per uke.

ENHET	KATEGORIER (TIMER PER UKE)					TOTALT
	kat1 0 – 1,5 t	kat2 1,5 – 7,5 t	kat3 7,5 – 15 t	kat4 15 – 30 t	kat5 30 – 80 t	
Arna og Åsane	303	445	109	19	10	886
Årstad	171	230	47	11	1	460
Bergenhus	190	240	57	16	5	508
Fana og Ytrebygda	286	364	83	17	13	763
Fyllingsdalen og Laksevåg	322	472	99	19	16	928
TOTALT	1 272	1 751	395	82	45	3 545

3.4 Beskrivelse av effektivitet i tjenestene

Ansikt til ansikt tid (ATA) er en måleindikator for å vise til effektiv tid i tjenesten. ATA beskriver den tid som brukes direkte sammen med brukerne av helsetjenester, til forskjell fra den tiden ansatte i tjenestene bruker til andre oppgaver som f.eks. kjøring mellom brukere, journalføring mv. I den kontekst er det viktig å påpeke at det foreligger ulikheter mellom de fem enhetene i EHBT med tanke på befolkningstetthet, demografi og levekår. I dimensjoneringsmodellen, som beskriver forventet kapasitet per arbeidsliste, legges det til grunn et snitt på 5 timer ATA tid, men grunnet arbeidsfordeling, kompetanseheving og tid satt av til primæroppgaver er ikke måltallet nådd. Det må også her poengteres at studenter, lærlinger og andre har lavere ATA-tid på sin liste og trekker ned gjennomsnittet. Uttrekk av ATA-tid fra pasientjournalssystem viser til et snitt på 4,5 timer i OT i alle enheter.

Snitt daglig arbeidstid for en ansatt med 35,5 timers uke er 7,1 timer. Beregnet kjøretid per arbeidsliste er satt til 90 minutter. Dette er et anslag, og faktisk reisetid vil variere ut fra den enkelte ansatte sin reiserute, geografisk område og praktiske forhold underveis.

3.5 Dagens situasjon og utfordring

EHBT har over tid hatt et høyt sykefravær. I 2025 utgjorde det samlede sykefraværet 12,9 %, mens fraværet hittil i 2026 er på 13,8 %, sammenlignet med 14 % i samme periode i 2025. I 2025 utgjorde det samlede sykefraværet i OT 14,08 %. Fraværet hittil i 2026 er på 15,22 %, sammenlignet med 14,13 % i samme periode i 2025. HT hadde i 2025 et samlet sykefravær på 9,93 %. Fraværet hittil i 2026 er på 12,2 %, sammenlignet med 10,96 % i samme periode i 2025. Per februar 2026 omfatter EHBT 1297 aktive årsverk fordelt på 1959 ansatte. Samtidig er det registrert 102 ledige årsverk og 67 ubesatte helsestillinger.

Bemanningssituasjonen medfører behov for kostnadskrevenende tiltak for å sikre forsvarlig tjenesteyting, herunder bruk av innleide vikarer. I tillegg hadde Etaten i 2025 en turnover på 395 ansatte. Dette innebærer betydelige kostnader knyttet til opplæring av nye ansatte, samt økt belastning på eksisterende personell.

Til tross for en stabil utvikling i antall brukere de siste fem årene, blant annet som følge av at vurderingsteamene ble etablert i 2020, ser man et økt behov og økt ressursbruk per bruker som mottar hjelp. Dette henger blant annet sammen med tidligere utskrivning fra sykehus og økende press på ventelister til sykehjem, som innebærer at brukerne som mottar tjenester hjemme har mer sammensatte og omfattende behov. Fremover forventes det at antall brukere per helsepersonell vil øke, som følge av demografiske endringer og en vekst i antall eldre, særlig i aldersgruppen 80 år og over (SSB).

4 Grupper/oppgaver som kan være aktuelle for tiltaket

4.1 Brukergrupper

Som hovedregel kan DHTiH erstatte helsetjenester som kan utføres med “hendene på ryggen”.

Arbeidsgruppen vurderer at arbeidsoppgaver som i dag utføres av både HT og OT egner seg for digital oppfølging. Det utelukker ikke at oppgaver som utføres av andre faggrupper som ernæringsfysiologer og velferdsteknologiagenter, også kan være aktuelle å løse digitalt når det er hensiktsmessig.

Oppgavene som kan gjøres digitalt er oppgaver som kan løses gjennom råd, veiledning, observasjon, støtte og påminnelser.

Brukere med svært redusert hørsel og syn, eller uttalt kognitiv svikt, vurderes som ikke egnet for DHTiH. Videre må egnethet vurderes individuelt. Dersom en bruker av ulike årsaker ikke mestrer digitale besøk, for eksempel fordi oppgaven ikke egner seg for digital gjennomføring, eller fordi digitale besøk medfører ensomhet, stress eller andre negative konsekvenser, bør digitale besøk avsluttes og fysiske besøk gjennomføres.

4.2 Rekruttering av brukere

DHTiH kan tilbys både til nye brukere og til brukere som allerede mottar tjenester. Fremgangsmåten for rekruttering og oppstart vil likevel være noe forskjellig for disse gruppene.

Nye brukere:

Arbeidsgruppen foreslår at vurderingsteamene kartlegger om brukere som overføres til hjemmebaserte tjenester (HBT) kan få hele eller deler av tjenestene sine levert som digital helsetjeneste. Dersom digital tjeneste vurderes som hensiktsmessig, skal vurderingsteamene informere brukeren om dette, og når det er relevant, bistå både brukeren og HBT med installasjon og oppsett av nødvendig utstyr.

Eksisterende brukere:

HBT vurderer selv om brukere som i dag mottar tjenester fra OT og HT kan overføres til digital oppfølging på hele eller deler av tjenesten. Når dette vurderes som aktuelt, informerer HBT brukeren og sørger for at overgangen fra fysiske til digitale oppdrag skjer på en trygg og forutsigbar måte. HBT installerer nødvendig utstyr hos brukeren og tester det sammen med vedkommende for å sikre at løsningen fungerer og oppleves trygg.

4.3 Oppgaver/aktiviteter som kan utføres digitalt

Arbeidsgruppen har identifisert en rekke oppgaver på tvers av team og faggrupper som vi mener kan gjennomføres som DHTiH. Listen er ikke uttømmende, men gir et godt bilde av oppgaver som bør vurderes som egnet for digital oppfølging.

4.4 OT

OT består av helsefagarbeidere og assistenter.

Kategori	Oppgaver
Legemiddelhåndtering	<ul style="list-style-type: none">• Minne på og observere at bruker tar medisiner• Veilede brukere i<ul style="list-style-type: none">○ Bruk av medisindispenser

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Blodsuktermåling og insulin ○ Inhalasjoner ○ Subcutane injeksjoner ○ Medisiner som krever observasjon av legemiddelinntak
Personlig hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Veilede og støtte i dusj • Veiledning i stell (igangsetting) • Veiledning i munnstell
Ernæringsoppfølging (i samarbeid med KEF)	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge MST (ernæringsscore) • Tilsyn knyttet til ernæring og måltidsoppfølging ○ Se at bruker finner frem mat og begynner å spise ○ Samspising – være digitalt til stede under måltidet
Medisinsk oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Gi opplæring, støtte og veilede brukere i: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hjemmedialyse ○ Blodtrykksmåling ○ O₂-måling ○ Stomistell ○ Sårstell ○ Stell av PEG ○ RIK ○ Etter nyoppstått skade
Andre oppgaver	<ul style="list-style-type: none"> • Veilede brukere i å: <ul style="list-style-type: none"> ○ ta på/av kompresjonsstrømper (i overgang etter opplæring) ○ Lage handleliste (sjekke kjøleskap) • Andre faglige tilsyn

4.5 HT

Oppgaver som utføres av sykepleier/vernepleier i HT, som kan være aktuell å utføre digitalt.

Kategori	Oppgaver
Legemiddelhåndtering og andre medisinske prosedyrer	<ul style="list-style-type: none">• Gjennomføre kontroll av legemidler sammen med bruker (f.eks. opptrekk)• Veilede og kontrollere opptrekk og installasjon av smertepumpe• Påse at bruker gjennomfører DOT (tuberkulosemedisinering)• Veiledning og kontroll i innstilling av doser på O₂-apparat• Andre faglige tilsyn• Helsepersonell til helsepersonell oppfølging (veiledning i sårstell, dobbeltkontroll av legemidler m.m.)

4.6 Andre oppgaver som kan være aktuelle for DHTiH men faller utenfor avgrensning for utredningen

Arbeidsgruppen ønsker også å peke på andre oppgaver der vi antar at DHTiH kan bidra til en mer effektiv drift. Disse oppgavene ligger utenfor arbeidsgruppens mandat, og blir derfor ikke fulgt videre opp i denne utredningen, men tas med da de kan bli aktuelle ved en senere utvidelse av tjenesten.

Fysioterapi	
Kategori	Oppgaver
Opptrening og behandling	<ul style="list-style-type: none">• Individuell behandling og trening f.eks. øvelser for styrke og balanse. Aktuelt for brukere med “Bolke-behandling” hvor deler av behandling/oppfølging er egentrening som kan gjøres digitalt (“Bolke-behandling” omfatter

	<p>vanligvis ca 8-12 behandlinger gitt over en periode)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tilpasning av egentreningsprogram ○ Oppfølging og motivasjon
Hjelpemidler og tilrettelegging av bolig/arbeidsplass	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av enkel tilrettelegging av hjem, arbeidsplass og omgivelser • Opplæring og veiledning i bruk av hjelpemidler

Ergoterapi	
Kategori	Oppgaver
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Brukere med behov for trening i daglige aktiviteter (ADL), hvor deler av oppfølgingen kan gjøres digitalt • Brukere med kognitive utfordringer (hukommelse, struktur, planlegging) hvor deler av oppfølgingen og veiledningen kan gjøres digitalt • Brukere med behov for veiledning i aktivitetsregulering, f.eks. ved fatigue
Hjelpemidler og tilrettelegging av bolig/arbeidsplass	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av enkel tilrettelegging av hjem, arbeidsplass og omgivelser • Opplæring og veiledning i bruk av hjelpemidler

Diverse	
Kategori	Oppgaver
Samarbeid og faglig bistand	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglige samarbeidsmøter mellom bruker, pårørende, ulike tjenesteutøvere, fastlege, NAV e.l. • Faglig veiledning fra ulike team til helsepersonell som oppholder seg i brukers hjem (demensteam,

	Klinisk ernæringsfysiologer, Kreftkoordinatorer m.fl.)
Samhandling med spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring i medisinsk-teknisk utstyr • Opplæring i prosedyrer
Rehabilitering og støtte	<ul style="list-style-type: none"> • Veiledning og øvelser for styrke og balanse, i gruppe (f.eks. fallforebygging) • Oppfølging etter rehabiliteringsopphold på sykehjem • Hverdagsrehabilitering- deler av rehabiliteringen kan gjøres digitalt • Innsatsteam - deler av rehabiliteringen kan gjøres digitalt
Andre brukergrupper	<ul style="list-style-type: none"> • DHTiH til utviklingshemmede brukere (brukere organisert under tjenester til utviklingshemmede) • DHTiH til psykiatri-brukere (brukere organisert under Psykisk helse og rustjenester)
Sosiale støtte (frivillige eller kommunale)	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale gruppeaktiviteter som samtalegrupper, lesegrupper eller andre gruppeaktiviteter som kan gjennomføres digitalt • Digital oppdragsvenn
Koordinatoroppgaver	<ul style="list-style-type: none"> • Dialog med brukere for avklaringer og evt. utarbeidelse av Individuell plan

5 Mål og evaluering av pilot

DHTiH har som mål å redusere antall arbeidslister. I piloten vil vi undersøke om digitale arbeidslister er mer tidseffektive enn fysiske arbeidslister. Vi måler dette ved å se på antall sparte arbeidslister, som igjen måles ved flere oppdrag per digitale arbeidsliste, redusert ATA-tid per oppdrag, større andel ATA-tid pr digitale arbeidsliste og spart kjøretid pr digitale arbeidsliste.

Før piloten starter, må det måles:

- totalt antall arbeidslister i HT og OT i piloterende enhet
- totalt antall brukere i HT og OT i piloterende enhet
- totalt antall oppdrag i HT og OT i piloterende enhet

I tillegg skal piloten måle ansattopplevelse og brukeropplevelse etter innføring av DHTiH, og evaluering av organisering av tjenesten. Detaljer om hvordan piloten skal måles, beskrives nærmere i beslutningsnotatet.

6 Kostnader

Kostnadene i piloten er fordelt på løpende kostnader og investeringskostnader. I de foreløpige beregningene er det lagt til grunn at man har løpende driftskostnader per nettbrett tilknyttet leverandør av skyløsning, lisens fra Ansattservice og SIM-kort abonnement. I tillegg må nettbrett med stativ kjøpes inn. Totalt 100 nettbrett. Per enhet må 2 arbeidsplasser (inkl. bærbar PC, skjerm, kamera, hodetelefoner med mikrofon m.m.) påberegnes.

6.1 Totale kostnader for pilot (12 måneder)

Løpende kostnader

Tiltakselement	2026	2027
Lisenskostnader leverandør per nettbrett	75 000	450 000
Lisenskostnader ansattservice per nettbrett	16 300	97 500
Sim kort abonnement	22 500	135 000
Sum	113 800	682 500

Investeringskostnader

Tiltakselement	2026	2027
Nettbrett inkl. stativ	300 000	300 000
Arbeidsplass	100 000	0
Sum	400 000	300 000

Kostnader i pilot dekkes av sentrale midler i BEHO.

6.2 Kostnadselementer for pilot

- 100 nettbrett m/tilhørende lisens- og abonnement kostnader
- Frikjøp av prosjektleder med varighet 12 måneder.
- 2 arbeidsplasser

Kostnadene i piloten er høye, og fordelt på løpende kostnader og investeringskostnader. De dekkes av sentrale midler i BEHO, men det er forventet at gevinstene blir høyere enn kostnadene. Piloten skjermes for gevinstuttak i pilotperioden. Eventuelt gevinstuttak vurderes først etter avsluttet pilot og beslutning om eventuell videre utrulling

7 Aktuelle tiltak

7.1 Alternativ 0: Ingen endring

Innføring av DHTiH gjennomføres ikke. Dagens praksis videreføres. Brukere får helsehjelp av helsepersonell som møter fysisk opp i brukerens hjem.

7.2 Alternativ 1: Sentral tjeneste

DHTiH organiseres som en sentral tjeneste på tvers av alle enheter, men er organisatorisk plassert under EHBT. Tjenesten etableres som en egen avdeling med dedikert lokale og en avdelingsleder. Bemanningen består av årsverk som overføres fra HT/OT, slik at tjenesten bemannes med faste ressurser i 100 % stillinger.

Identifisering, henvisning, rekruttering av brukere samt utlevering av utstyr og opplæring i bruk av nettbrett utføres av vurderingsteamene for nye brukere, og av HBT for brukere som allerede mottar helsetjenester i hjemmet. Brukeren gjennomfører deretter oppgaver og aktiviteter i eget hjem, veiledet av tjenesten via videosamtaler.

Avslutning av tjenesten gjøres enten av den digitale helsetjenesten alene, eller i samarbeid med HBT dersom brukeren skal fortsette med fysisk oppfølging etter endt digital tjeneste.

Denne organiseringen sikrer mellom annet at tjenesten ytes likt uavhengig av bydel.

7.2.1 Alternativ 2: Desentralisert tjeneste per enhet i EHBT

DHTiH organiseres som desentraliserte tjenester under HT/OT i hver enhet i EHBT. Årsverk overføres til DHTiH innad EHBT, og bemannes med både ansatte i 100 % stillinger og ansatte i ca. 50 % stillinger. For ansatte i 50% stillinger skal den resterende delen av stillingen inngå i ordinær hjemmetjeneste. Tjenesten har egnede arbeidsstasjoner lokalisert i enheten, og deler avdelingsleder med HT/OT.

Identifisering, henvisning, rekruttering av brukere samt utlevering av utstyr og opplæring i bruk av nettbrett utføres av vurderingsteamene for nye brukere, og av HBT for brukere som allerede mottar helsetjenester i hjemmet. Brukeren gjennomfører deretter oppgaver og aktiviteter i eget hjem, veiledet av tjenesten via videosamtaler.

Avslutning av tjenesten gjøres enten av den digitale helsetjenesten alene, eller i samarbeid med HBT dersom brukeren skal fortsette med fysisk oppfølging etter endt digital tjeneste.

Denne organiseringen sikrer mellom annet lokal forankring av tjenesten i de enkelte HBT-enhetene, god informasjonsflyt internt, gode rekrutteringsmuligheter og lettere tilgang til vikarer.

8 Vurderinger av tiltakene

8.1.1 Alternativ 0: Ingen endring

Fordeler:

For innbyggere/brukerne

- Stabil og kjent tjeneste uten behov for å lære ny teknologi
- Lav risiko knyttet til brukeren sin teknologi kompetanse
- Helsepersonell får fullt fysisk innsyn i brukerens sin hjemmesituasjon

For tjenesten

- Ingen implementeringskostnader
- Ingen organisatoriske endringer
- Unngår omstillingsstress for ansatte

For andre sektorer

- Samhandlingsrutiner med fastleger og sykehus er uendret
- Ingen behov for endringer i støttefunksjoner (IKT, opplæring, VURD)

Ulemper:

For innbyggere/brukerne

- Mangel på fleksibilitet - bruker må vente på fysisk oppdrag fra HBT
- Brukere som kunne blitt mer selvhjulpne, forblir avhengige av fysisk hjelp
- Mange ulike ansatte bruker må forholde seg til

For tjenesten

- Økt belastning ved demografiske endringer
- Vanskelig å møte fremtidig bemanningsmangel
- Ingen gevinst på effektivitet og arbeidsflyt
- Store tidstap knyttet til reise og kjøretid

- Risiko for at HBT utvikler seg saktere enn behovet for endring av tjenestene

For andre sektorer

- Mangler potensiale for bedre tverrfaglig digital samhandling

8.1.2 Alternativ 1: Sentral tjeneste

Fordeler:

For innbyggere/brukerne

- Samme kvalitet og tilgang uavhengig av bydel
- Dedikert fagmiljø med høy kompetanse

For tjenesten

- Stordriftsfordeler: høy effektivitet per årsverk
- Dedikert og spesialiserte personale gir bedre kvalitet og færre avvik
- Mulighet for mer systematisk drift
- Lavere totalt opplæringsbehov enn i HBT enhetene
- Styrker likeverd og kvalitet på tvers av bydelene
- Bare behov for ett tilpasset lokale
- Enklere å koble på nye digitale tjenester

For andre sektorer

- En kontaktflate-enklere samarbeid med VURD

Ulemper:

For innbyggere/brukerne

- Lav lokalkunnskap om brukerne hos det sentrale teamet
- Brukere som har DHTiH og fysiske tjenester får flere avdelinger å forholde seg til
- Brukere som bare har DHTiH som skal overføres til fysiske tjenester får en ny avdeling å forholde seg til

For tjenesten

- Kan skape avstand mellom tjenesteutvikling og praksisfelt

- Krever koordinering mellom sentral tjeneste og HBT enheter
- Risiko for uklare ansvarsgrenser mellom DHTiH og fysiske tjenester i HBT
- Risiko for mindre lokalt eierskap ute i enhetene

For andre sektorer

- Vurderingsteam og andre involverte rundt brukeren får en ny/sentral avdeling å forholde seg til for brukere som kun har DHTiH
- Krever tydelig grensesnitt for ansvar ved overgang mellom digital og fysisk helsehjelp

8.1.3 Alternativ 2: Desentralisert tjeneste per enhet i EHBT

Fordeler:

For innbyggere/brukerne

- Møter kjent helsepersonell-økt trygghet
- Tjenesten kan tilpasses lokale behov
- Lokal integrasjon mellom fysisk og digital tjeneste
- Mindre inngripen i brukerens private sfære

For tjenesten

- Lokal forankring av digital kompetanse
- Fleksibel bruk av helsepersonell ved sykefravær
- Helhetsforståelse både for digital og fysisk tjeneste i HBT enheten

For andre sektorer

- VURD overfører bruker på samme måte som ved fysisk tjeneste
- Færre involverte i brukerflyten

Ulemper

For innbyggere/brukerne

- Risiko for ulik kvalitet mellom enhetene

For tjenesten

- Høyere opplæringsbehov. Alle enheter må ha kompetanse på drift av DHTiH
- Krevende å følge opp felles gevinst- og kvalitetsoppfølging
- Flere DHTiH å organisere i drift, turnus, ledelse osv.

For andre sektorer

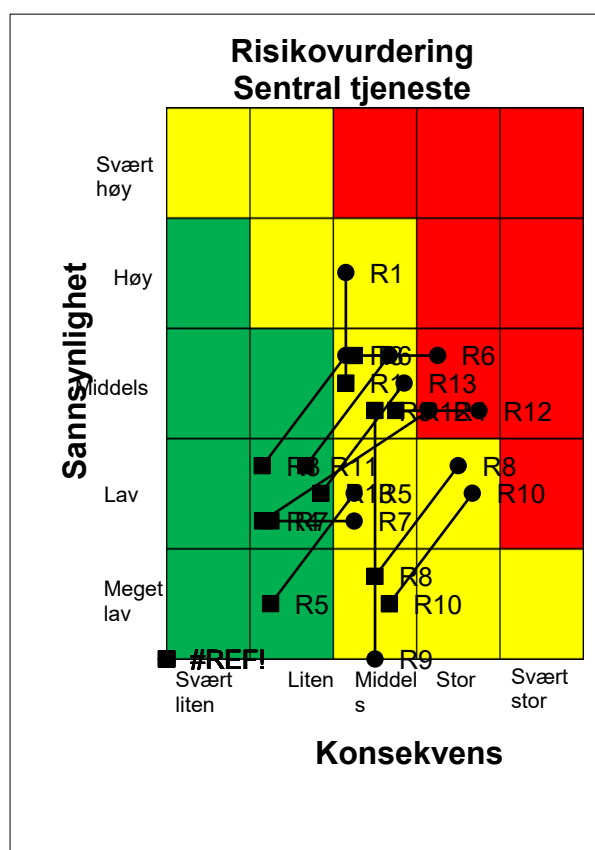
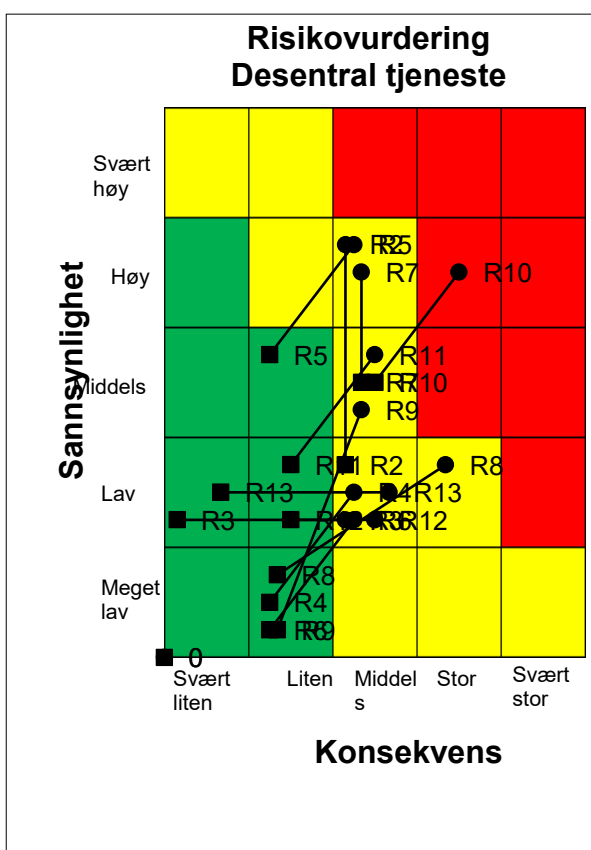
- Forholde seg til ulik DHTiH på grunn av flere enheter

8.1.4 ROS-sammenligning

Med utgangspunkt i de 4 komplementære perspektiver (se Vedlegg 14) har vi identifisert og vurdert risikoer knyttet til sentral tjeneste og desentral tjeneste. Risikoene er analysert med hensyn til sannsynlighet og konsekvens, og fremstilt i risikomatriser for hvert perspektiv.

Følgende risikoer er tatt stilling til:

- R1 Pasienter som kan være aktuelle for digitale helsetjenester, blir ikke identifisert og henvist
- R3 Aktuelle pasienter blir ikke startet opp før vurderingsteamet har avsluttet sin tjeneste
- R4 Pasienter får ikke tilstrekkelig opplæring i bruk av endeutstyr
- R5 Måleindikatorer og gevinstplan blir ikke fulgt opp
- R6 Uavklar oppgavefordeling mellom helsepersonell med overlappende ansvarsområder
- R7 Organisatorisk plassering av tjenesten begrenser muligheten til å koble på nye digitale tjenester
- R8 Tjenesten klarer ikke å fange opp forverret helsetilstand over tid
- R9 Mangel på vikarer til DHTiH ved sykefravær
- R10 Mangel på egnede lokaler for DHTiH
- R11 Tjenesten fungerer ikke etter hensikt, noe som kan føre til negativ medieomtale
- R12 Tilgang til pasientopplysninger er ikke tilpasset tjenstlig behov, enten ved for liten eller for stor tilgang
- R13 Det er uklart for pasienter og pårørende hvor de skal henvende seg



Analysen viser at andelen middels risiko reduseres fra om lag 67 % i sentral tjeneste til 23 % i desentral tjeneste, mens andelen lav risiko er tilsvarende 33 % ved sentral og 77 % ved desentral.

Ved å organisere tjenesten tett på HBT styrkes identifisering og rekruttering av brukere, samtidig som tjenesten integreres i eksisterende arbeidsprosesser. En desentralisert tjeneste reduserer risiko for uklar samhandling mellom tjenestene og gir robust bemanning gjennom delte ressurser.

ROS-analysen viser at en desentralisert organisering gir en vesentlig reduksjon i samlet risikonivå (se Vedlegg 1 “DHTiH – ROS”).

8.1.5 Erfaring fra andre kommuner

Det foreligger få eksempler på DHTiH i norsk sammenheng.

Tønsberg kommune har siden november 2024 etablert og gradvis skalert en slik tjeneste. Tjenesten startet med dagdrift og ble utvidet til kveld fra januar 2026. Utvidelse til helg fra april 2026. I mars 2026 omfattet tjenesten om lag 90 aktive brukere, og totalt 140 brukere har vært inkludert.

Erfaringene fra Tønsberg tilsier at en overordnet strategi er å innlemme tjenesten så nært på ordinær drift som mulig. Dette innebærer blant annet geografisk nærhet og samlokasjon, bruk av delte stillinger mellom DHTiH og ordinær hjemmesykepleien og delt vikarpool mellom tjenestene. Bruker får samme vedtak uavhengig av type hjelp og det foreligger dermed ikke skille mellom DHTiH og ordinær hjemmesykepleie. Tjenesten selv beslutter hvilken tjeneste som er aktuell for bruker.

Tiltakene bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og robusthet i bemanningen, samtidig som de styrker forankringen av tjenesten i hjemmesykepleien og gir synergieffekt opp mot identifisering og rekruttering av brukere som er avgjørende for skalering i volum. En desentralisert organisering fremheves som det alternativet som i størst grad bygger på eksisterende praksis, og som best understøtter strategien og ønsket synnergieffekt.

8.1.6 Kvantitativ vurdering av alternativene (MCDA poeng)

Kvantitativ vurdering av de tre alternativene for DHTiH er basert på en skala fra 1 (svak) til 5 (sterk). Se vekting av vurderingskriterier i Vedlegg 2 “Vekting av vurderingskriterier” og Vedlegg 3 “Scoring på vurderingskriterier i forhold til alternativ” Vektingen er basert på betydningen av hvert kriterium for en trygg, effektiv og bærekraftig implementering og drift av DHTiH

Kriterium	Vekt	Dagens praksis	Sentral organisering	Desentral organisering
Braker-pårørende opplevelse om tjenesten	5	3,5	3	4
Brakeropplevelse om egenmestring	4	2,5	4,5	4,5
Ansattopplevelse om arbeidsmiljø	4	3	3,5	5
Bærekraftig drift	5	1	4	5
Implementeringsrisiko	2	5	3	4
Samhandling i tjenesteforløpet	4	3,5	3	4
Investeringskostnad ved innføring og drift	3	5	4,5	3
Tilstrekkelig brukervolum	4	1	2,5	4,5
Digital kompetanse	2	1	2,5	4
Attraktivitet	3	3	3	4
Omdømme	2	3	4	4

Alternativ	Poeng
Dagens praksis	104,5
Alternativ 1 - Sentral organisering	130,5
Alternativ 2 – Desentral organisering	162

9 Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?

Alternativ 2, Desentral tjeneste per enhet i EHBT anbefales.

Følgende vurderinger ligger til grunn:

Sikrer lokal forankring– Tjenesten plasseres tett på både brukere og utøvende helsepersonell, noe som vurderes som å sikre lokalt eierskap til tjenesten.

Nært dagens praksis og samhandling – Ved å plassere tjenesten så nært dagens praksis, gjøres det enklere å bygge på eksisterende samhandling mellom aktørene, færre involverte i brukerflyten og redusert behov for større organisatoriske endringer.

Bedre forutsetning for rekruttering av brukere – Ansatte med delte stillinger/delt vikarpool mellom DHTiH og HT/OT vil ha bedre forutsetning for å kjenne igjen og rekruttere potensielle brukere

Fleksibel ressursutnyttelse – Delte stillinger og vikarpool mellom DHTiH og HT/OT gir tilstrekkelig kapasitet, robusthet og redundans i bemanning

Styrker digital kompetanse – Sammenlignet med en sentral organisering vil en desentral modell involvere flere ansatte. I kombinasjon med delte stillinger og vikarpool betyr dette at flere ansatte deltar i gjennomføring av digitale oppdrag.

Dette gir en bredere samlet forståelse for hvordan digitale tjenester utøves, og bidrar til å styrke den digitale kompetansen i tjenesten.

Øker attraktivitet ved rekruttering – Ved å vise til både kombinerte stillinger og vikarpool vurderes det som at attraktiviteten ved rekruttering til HBT i Bergen kommune som arbeidsplass er større enn ved et sentralt alternativ med færre involverte ansatte.

Ulemper ved alternativet er

- høyere investeringskostnader knyttet til flere lokaler (Vedlegg 4 “Krav til arbeidsstasjoner”)
- flere DHTiH-tjenester som må organiseres med tilhørende drift, ledelse, gevinstoppfølging og opplæring av ansatte.
- for eksterne aktører innebærer dette også flere tjenester å forholde seg til.

Samlet vurderes de positive virkningene å veie tyngre enn de negative, noe som kommer tydelig fram i MCDA samlede poengsum og ROS-sammenligningen mellom alternativene for organisering av tjenesten. Erfaring fra Tønsberg kommune understøtter våre konklusjoner, særlig opp mot rekruttering av brukere og forankring av tjenesten i HBT.

10 Anbefaling ved pilot DHTiH i en enhet i EHBT

Innføring av DHTiH forutsetter en helhetlig tilnærming der tekniske, organisatoriske, økonomiske og kvalitetsmessige effekter ses i sammenheng. DHTiH innebærer først og fremst en organisatorisk endringsprosess, hvor en relativt enkel teknisk løsning tas i bruk for å muliggjøre en ny måte å levere helsetjenester i hjemmet på. Realisering av økonomiske og kvalitetsmessige effekter forutsetter derfor tydelig endringsledelse og målrettet organisasjonsutvikling.

Prosjektet bør ta i bruk smidig prosjektmetodikk med hyppig evaluering og trinnvis skalering. En pilotfase er sentral for å avdekke utfordringer, avklare hensiktsmessig organisering og verifisere økonomiske og kvalitetsmessige effekter før videre utrulling.

Som innføringsstrategi bør tjenesten organiseres tett opp mot eksisterende drift og arbeidsprosesser, og bygge på etablerte strukturer for velferdsteknologi/helseteknologi, inkludert bruk av VFT-agenter og ressurspersoner. En organisering som ligger nært dagens tjenestestruktur gjør det enklere å ta tjenesten i bruk og bidrar til at den inngår som en naturlig del av eksisterende arbeidsprosesser. Dette reduserer behovet for organisatoriske endringer og gir tydeligere ansvarslinjer. Samtidig styrker bruk av etablerte roller og kompetansemiljøer forankringen i tjenesten og legger til rette for en smidig overgang fra prosjekt til drift.

Det anbefales å gjennomføre én samlet pilot i en piloterende enhet.

10.1 Pilot

Arbeidsgruppen anbefaler at piloten gjennomføres i én enhet i EHBT. Enheten bør være motivert for deltakelse med god ledelsesforankring og egnede lokaler (Vedlegg 4 “Krav til arbeidsstasjoner”).

- EHBT velger piloterende enhet.
- Piloten har en varighet på 12 måneder.
- Piloten skjermes for gevinstuttak i pilotperioden.
- Det anbefales å etablere delte stillinger i utbredelse av DHTiH ved overgang fra dag til kveld og helg.

Prosjektleder vil være sentral i prosjektgjennomføring og må være tett på prosjektaktivitetene gjennomgående i pilot. Prosjektleder skal ha tilhørighet til BEHO nivå 1. I starten av piloten kartlegges aktuelle brukere, oppgaver og aktiviteter, antall oppdrag som kan utføres digitalt. Nullpunkts måling før oppstart bør minimum kartlegge:

- antall arbeidslister totalt i HT og OT i piloterende enhet
- totalt antall brukere og oppdrag i HT og OT i piloterende enhet som er aktuelle for DHTiH
- For fysisk arbeidsliste benyttes følgende estimat som referansegrunnlag (såkalt 0 måling):

Indikator	Fysisk arbeidsliste
Antall oppdrag	15 oppdrag
Tid per oppdrag	18 min
ATA-tid	270 min
Reisetid	90 min
Administrasjon	46 min
Lunsj	20 min

Ressurser som deltar i dette arbeidet må ha kjennskap til brukerne i HT/OT, hvordan hente ut data fra EPJ, og se potensiale i bruk av digitale verktøy for utførelse av besøk.

Før pilotoppstart må eksisterende ROS-analyse for DHTiH revideres. Det må også tas stilling til behov for DPIA/personvernkonsekvensvurdering. Videre må nødvendige prosedyrer og rutiner etableres, og det må avklares hvordan tjenesten skal

administreres i EPJ. Det bør etableres egen tjenestekode for DHTiH i EPJ. Når det gjelder rekruttering av brukere, kan alle henvise til tjenesten på lik linje som ved andre helsetjenester i hjemmet og HBT vurderer og avgjør hvilke brukere som inkluderes.

Piloten starter utprøving når kartlegging tilsier tilstrekkelig med brukere for å opprette en heldigital arbeidsliste. Pilot starter med dagdrift og et begrenset antall brukere og oppdrag. Den kan gradvis skaleres til flere brukere, flere digitale oppdrag, flere ansatte og eventuelt kveld og helg dersom behov og gevinstpotensial tilsier det.

Ansatte i DHTiH må være fremoverlent og motivert til å ta i bruk digitale verktøy i sin arbeidshverdag. Ansatte skal i tillegg til utførelse av digitale oppdrag bidra aktivt i rekruttering av brukere til tilstrekkelig brukervolum er etablert for å ha full digitale arbeidsliste.

Piloten må i kartlegging- og oppstartsfasen i samarbeid med ressurser ved byrådsavdelingen for å utarbeide en oppdatert kostnad- og gevinstberegning som skal brukes i evaluering.

Piloten skal verifisere om DHTiH gir forventet gevinst for brukere, ansatte og tjenesten. Det gjennomføres en midtveisevaluering og sluttevaluering av pilot og det skal leveres en skriftlig sluttrapport der resultater på oppsatte måleindikatorer dokumenteres.

10.2 Ressursbehov, teknologi og utstyr

Ressursbehov

Det anbefales at piloten bemannes med 2-3 årsverk. Prosjektleder fra oppstart, (dekkes av sentrale midler i BEHO) stillingsstørrelse må vurderes når man vet hvilke andre ressurser som skal delta i arbeidsgruppen.

100% - 200% ressurser fra piloterende enhet (begynne med 100% og skalere opp når brukervolum er tilstrekkelig).

Det anbefales i tillegg at velferdsteknologiagent (VFT) er nært knyttet til piloten.

Piloten vil få støtte fra relevante fag- og støttefunksjoner. Aktuelle støttefunksjoner er teknologi/systemkoordinator, anskaffelse/innkjøp, personvern, økonomi, helseteknologi/velferdsteknologi/e-helse, kommunikasjonsressurs og kommunelege. Det må forventes betydelig ressursinnsats fra ulike støtteressurser fra BEHO nivå 1 i gjennomføring av pilot.

Ved utbredelse til kveld/helg må det tilføres ytterligere årsverk til tjenesten. Det anbefales å prøve ut delte stillinger mellom DHTiH og HT/OT ved utrulling til kveld/helg.

I piloten dekkes investerings- og driftskostnader av BEHO, samt frikjøp av prosjektleder av sentrale budsjettmidler. Pilot skjermes for gevinstuttak i pilotperioden.

Teknologi og utstyr

Piloten forutsetter nødvendig utstyr og teknisk løsning, blant annet nettbrett til brukere, stativ/skjerm løsning, PC, kamera, skjerm og head sett til ansatte, egnet videoløsning, egnede arbeidsstasjoner og nødvendige lisenser og abonnement. Etter pilot må eventuell videre anskaffelse gjennomføres i tråd med anskaffelsesregelverk og kommunens retningslinjer.

10.3 Personvern

Prosjektet utreder innføring av digitale helsetjenester i hjemmet som en ny måte å levere eksisterende helsehjelp på. Dette innebærer behandling av personopplysninger, inkludert helseopplysninger, hovedsakelig i sanntid via video og kommunikasjon, samt noe lagring av administrative og faglige data. Behandlingen har samme formål som dagens tjenester og er forankret i kommunens lovpålagte oppgaver, med behandlingsgrunnlag etter GDPR art. 6 (1) e og art. 9 (2) h.

Det er identifisert flere potensielle personvern- og informasjonssikkerhetsrisikoer, særlig knyttet til tilgangsstyring, teknisk sikkerhet, lagring, databehandlerforhold og bruk i brukerens hjem. Personvern, informasjonssikkerhet og rettslig grunnlag må derfor vurderes nærmere i piloten, blant annet gjennom avklaring av løsning, funksjonalitet, arkitektur og behov for DPIA. Tiltaket vil trolig utløse krav om DPIA etter GDPR art. 35.

Det må etableres tydelige rutiner, sikkerhetskrav og databehandleravtaler før eventuell innføring. Se vedlegg 12 «Personvern, informasjonssikkerhet og rettslig grunnlag» for ytterligere informasjon.

11 Vedlegg

Vedlegg 1: DHTiH – ROS

Vedlegg 2: Vekting av vurderingskriterier

Vedlegg 3: Scoring på vurderingskriterier i forhold til alternativ

Vedlegg 4: Krav til arbeidsstasjoner

Vedlegg 5: Låse nettbrett til kun én app

Vedlegg 6: Rutiner og samarbeidsavtaler

Vedlegg 7: Forslag til kompetansebehov ved innføring av digitale helsetjenester i hjemmet i Bergen kommune

Vedlegg 8: Excel kompetansebehov DHTiH

Vedlegg 9: EHBT – Fordeling av brukere mellom omsorgsteam (OT) og helsetjenesteteam (HT)

Vedlegg 10: Ergoterapi og fysioterapi oppgaver

Vedlegg 11: Antall stillinger ergo/fysio i EHBT per januar 2026

Vedlegg 12: Personvern, informasjonssikkerhet og rettslig grunnlag

Vedlegg 13: De fire komplementære perspektivene

