«Morgendagens omsorg i Kvæfjord»

Helse- og omsorgsplan

Kvæfjord kommune 2014 - 2020

Vedtatt i Kvæfjord kommunestyre 17.juni 2014

Oppdatert i forbindelse med:

- LEV 7/16 evaluert tiltaksdel
- LEV 22/17 evaluert tiltaksdel

Innhold:

1.0 Innledning og mandat **2**

2.0 Nasjonale og lokale planer og grunnlagsdokumenter **4**

3.0 Generelle samfunnstrender og utfordringer **4**

3.1 Samhandlingsreformen *5*

4.0 Folkehelsearbeid **5**

5.0 Kommunale helse- og omsorgstjenester **6**

5.1 «Omsorgstrappa» i Kvæfjord kommune *6*

5.2 Forebyggende helsetjenester *7*

5.2.1. Helsestasjon og skolehelsetjeneste 7

5.2.2 Frisklivsarbeid 8

5.2.3. Andre forebyggende tiltak 8

5.3 Legetjenesten i kommunen *8*

5.3.1 Legevakt, medisinsk akuttberedskap og nødmeldetjeneste 9

5.4 Rehabilitering *9*

5.4.1 Administrativ ansvarsgruppemodell og andre tiltak for personer med sammensatte behov 10

5.5 Pleie- og omsorgstjenester *11*

5.5.1 Sykepleietjenesten 11

5.5.2 Psykisk helse og rusarbeid 12

5.5.3 Institusjonstjenester 13

5.5.4 Personer med utviklingshemming 15

5.5.5 Nattjenesten 17

5.5.6 Døgntilbud øyeblikkelig hjelp 17

5.5.7 Saksbehandling og tildeling av tjenester 17

6.0 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten, interkommunalt samarbeid, andre **17**

7.0 Fremtidens pasient- og brukerrolle **18**

7.1 Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid *18*

7.2 Frivillige organisasjoner og private aktører *19*

8.0 IKT og velferdsteknologi **19**

9.0 Personell **19**

10.0 Kilder **21**

11.0 Tiltaksplan 2014-2020 **22**

Vedlegg 1: Oversikt over enheter i Kvæfjord kommune som inngår i helse- og omsorgsplanen pr 1.1.2014 **34**

Vedlegg 2 Sentrale definisjoner og begrep i helse- og omsorgsplanen **37**

1.0 Innledning og mandat

Helse-Norge står overfor store omsorgsutfordringer de nærmeste tiårene, og kommunene får flere og flere oppgaver og et større ansvar. Det er derfor nødvendig å planlegge og iverksette tiltak for å møte disse utfordringene. I Kvæfjord utgjør omsorgstjenestene i overkant av 50 % av kommunebudsjettet, mot rundt 30 % i de fleste andre norske kommuner. En god og målretta bruk av disse ressursene er derfor helt nødvendig for å gi en god kommune for alle innbyggerne i framtida.

Planlegging skal være et verktøy for å styre samfunnsutviklingen. Helse- og omsorgsplanen er forankret i Kommunal planstrategi (K-20/13), og erstatter tidligere helse- og sosialplan av 2008. Psykiatriplanen (K- 24/06) og Handlingsplan for eldreomsorgen (K-76/98) inngår i ny helse- og omsorgsplan. Deler av Ruspolitisk handlingsplan (Lev-sak 17/12) som ble behandlet av levekårsutvalget 8.juni 2012, og tatt inn i helse- og omsorgsplanen. Helse- og omsorgsplanen behandles som en sektorplan ut ifra gjeldende utvalgsstruktur, og med levekårsutvalget som politisk styringsgruppe. Planen skal også vektlegge folkehelseperspektivet og lokale tilpasninger i kjølvannet av samhandlingsreformen. Planen er dermed i hovedsak en sektorplan for helse- og omsorgsavdelinga i Kvæfjord, men folkehelsearbeidet og helsestasjon/ skolehelsetjeneste er inkludert, da disse er en viktig del av forebyggende arbeid, og dermed inngår i kjeden fra helsefremmende/ forebyggende arbeid til omsorg ved livets slutt. Helse- og omsorgsplanen inkluderer ikke tiltak innenfor barnevern, nav og andre sektorer som har stor betydning for helsetilstanden i befolkninga, da disse inngår i andre planer.

Levekårsutvalget vedtok i sak 19/13 følgende mandat for ny helse- og omsorgsplan for Kvæfjord kommune:

- *Kartlegge nødvendige grunnlagsdata for helse- og omsorgstjenesten i Kvæfjord med utgangspunkt i "oversikt over helsetilstand.." som er innarbeidet i Kommunal planstrategi*
- *Identifisere dagens styrke(ressurser) og svakheter*
- *Identifisere framtidige muligheter, utfordringer og manglende tilbud, med vekt på befolkningsutvikling og økonomi*
- *Foreslå nye tiltak innen helse og omsorg, med tjenester som også ivaretar fremtidige behov*
- *Planen skal også ivareta et folkehelseperspektiv (jfr statlige føringer innen forbyggende helsearbeid og folkehelse samt Kommunal planstrategi)*
- *Som del av planarbeidet bør det også:*
    - *vurderes tiltak som kan/ bør gjennomføres i samarbeid med andre kommuner, helseforetak, private og organisasjoner.*
    - *Tas hensyn til/ vurdere økonomiske konsekvenser*

Følgende visjon er skissert for det videre arbeidet innen helse og omsorg i Kvæfjord kommune:

Flere "friske leveår" for kommunens innbyggere

Dette ønsker vi å oppnå gjennom:

1. Økt satsning på forebygging og frisklivsarbeid
2. Lengst mulig i eget hjem, satsing på omsorgsboliger framfor institusjon
3. Et rehabiliteringstilbud som bidrar til egenmestring
4. En god eldreomsorg fra " start til slutt»
5. Utviklingshemmede og ansatte ivaretas i omstillingprossessene rundt vertskommuneinnbyggerne
6. Systematisk bruker- og pårørendesamarbeid, og samarbeid med frivillige organisasjoner

Samtidig med at det er nødvendig og ønskelig å endre fokus til forebyggende tjenester, må kommunen ivareta et godt tilbud til de som har behov for omfattende tjenester. Befolkningsutvikling med fokus på de eldste innbyggere, økende antall personer med demenssykdom og antall eldre med utviklingshemming er viktig for planlegging av framtidige tjenester. Spesielt for Kvæfjord er at mange av vertskommuneinnbyggerne fra tidligere Trastad Gård valgte å bli boende i kommunen. Disse blir også eldre enn tidligere antatt.

Grunnlagsdokumentene for helse- og omsorgsplanlegging på statlig og kommunalt nivå presenteres først i planen. Deretter kommer en kort beskrivelse av samhandlingsreformen og folkehelsefokus. De ulike tjenesteområdene i helse- og omsorg og delene av kultur- og oppvekst som direkte berører helse er kort beskrevet med fokus på styrker, svakheter, trusler og muligheter (SWOT-analyse), og berørte enheter har bidratt med forslag til tiltak. Mange av utfordringene og tiltakene «går på tvers» av flere enheter. Tiltakene er derfor samlet bak i planen i tabellform etter samme oppsett som "omsorgstrappa", og med tids- og ansvarsplassering. Dette for å gi en samlet oversikt og synliggjøre måloppnåelse.

I vedlegg 1 finnes et tabelloppsett over ansatte og arbeidsoppgaver for berørte enheter i Kvæfjord. Vedlegg 2 utdyper noen sentrale begrep og definisjoner i planen. Planen er forsøkt gjort så lite omfattende som mulig for å gjøre den enklere å ta i bruk jevnlig. En del dokumentasjon og sentral statistikk som er direkte relatert til helse- og omsorg, finnes i grunnlagsdokumentet «Oversikt over folkehelsa...» som omtales nærmere i kapittel 2 og 4. Ved behov for utdyping av enkeltområder finnes også mer grunnlagsdokumentasjon blant annet i kildehenvisningene bak i planen.

Arbeidsgruppa for planarbeidet har vært sammensatt av helse- og omsorgssjefen, enhetsledere for sykehjem, fysioterapi, hjemmetjeneste og omsorgsgruppe Husby, folkehelsemedarbeider og helsefaglig rådgiver, - den siste også sekretær for arbeidsgruppa. Underveis i prosessen er planutkastet forelagt andre berørte ledere, politiske utvalg og tillitsvalgte, det er avholdt åpent møte og planutkastet ble lagt på kommunens hjemmeside. Tillitsvalgte deltok i utarbeidelsen av tiltaksdelen.

2.0 Nasjonale og lokale planer og grunnlagsdokumenter

På nasjonalt nivå ligger Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, Omsorgsplan 2015, og etter hvert Omsorgsplan 2020 føringer for planarbeidet. Stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg (Meld. St.29 2012-2013) er også en sentral premissleverandør for tiltakene som foreslås i planen. Helsedirektoratet utgir årlig «Nasjonale mål og føringer på helse- og omsorgsområdet» for kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og fylkesmenn.

Som det framgår i mandatet, bygger Helse- og omsorgsplanen på grunnlagsdata nedfelt i Kommunal planstrategi (K-20/13) og i "Oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan påvirke denne" i henhold til Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012). Dette oversiktsdokumentet med grunnlagsdataene er tilgjengelig på kommunens hjemmeside www.kvafjord.kommune.no. Rundskriv 1/2013 / budsjett 2013 og økonomiplan 2013- 2016 samt tidligere plandokumenter er andre kommunale grunnlagsdokumenter.

3.0 Generelle samfunnstrender og utfordringer

Utviklingstrekk og framskrivninger tyder på at morgendagens brukere av helse- og omsorgstjenester blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper, og ha mer sammensatte omsorgsbehov. Med et økende antall eldre, vil utfordringene knyttet til demenssykdom øke tilsvarende (Meld. St.29 2012-2013). På landsbasis har det vært en økning i antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester i perioden 2007-2012 på nesten 8 prosent, og hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov er blitt tildelt et økende antall timer med hjelp per uke i perioden 2007-2012. IPLOS-tallene på landsbasis for 2012 viser at målt i antall tildelte timer per uke mottar yngre mottakere av hjemmetjenester (under 67 år) mer bistand enn mottakere som er 67 år og eldre. Dette har sammenheng med at eldre med stort bistandsbehov i større grad får hjelp i form av en institusjonsplass, mens det er en målsetting at mottaker under 67 år med stort bistandsbehov i størst mulig utstrekning skal få hjelp i eget hjem (Rapport 43/2013). Samtidig øker fokuset på forebygging og helsefremmende arbeid for å gjøre innbyggerne i stand til å ta vare på egen helse lengst mulig. Dette er blant annet lovfestet gjennom Folkehelseloven som trådte i kraft 1.1.2012.

Fylkesmannen i Troms (2013) beskriver at i Troms, som i resten av landet, skjer en sentralisering, det er til dels et svakt og lite variert næringsliv med en vanskelig kommuneøkonomi, og inntektene vokser ikke like mye som utgiftene. Det er et stort behov for omstilling og effektivisering, noe som er krevende i mange små organisasjoner. Endringsslitasje kan også medføre økt sykefravær blant ansatte.

Det er forventet at et økende antall eldre i forhold til innbyggere i yrkesaktiv alder vil gi mangel på arbeidskraft de neste 15 årene, både med tanke på rekruttering og kompetanse. I Kvæfjord er antall yrkesaktive pr pensjonist 3,74 i 2013. I 2028 er beregnet antall yrkesaktive 2,47 pr pensjonist (Fylkesmannen i Troms 2013). Framskriving av personellbehovet fram mot 2030 anslås å øke med rundt 50 % eller omtrent 60 000 årsverk på landsbasis. (Meld. St. 29 s 42) samtidig som det vil bli en underdekning av helse- og sosialfaglig personell. Dette bidrar til at det både vil bli nødvendig å rekruttere bredere etter personell med annen bakgrunn, og tenke i andre tankebaner.

3.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen vektlegger forebygging, og den ønsker å gi helsetjenesten en ny retning. Intensjonen er tidligst mulig innsats. Samhandlingsreformen handler helt grunnleggende om "å endre og redusere en pasientstrøm fra kommune til spesialisthelsetjenesten" og maksimere utbyttet av de tjenester som leveres. I denne endringen ligger også føringer for å forebygge sykdom der det er mulig. Hvis man ikke blir syk, kommer man heller ikke i noen pasientstrøm. Samhandlingsreformen har medført økte krav til kommunenes kompetanse og kapasitet, ved at kommunen må ivareta et større volum av mer krevende pasienter, ettersom mange pasienter blir skrevet ut av sykehusene på et tidligere tidspunkt (NIBR -rapport 2013:21).

Flere oppgaver er gitt til kommunene, og kommunene har fått økonomiske midler for å utføre oppgavene. Dette skal gjøre det lettere å få helsehjelp lokalt, gi et bedre og mer sammenhengende tilbud for pasientene, og bidra sterkere til brukermedvirkning. Det skal bli flere tilbud til dem som ønsker hjelp til sekundær- forebyggende tiltak, som for eksempel å legge om uheldige levevaner som kan føre til sykdom. (St. meld nr 16 2010-2011). Det er tatt i bruk fire sett av virkemidler for å nå målene i samhandlingsreformen; juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske. **Juridiske virkemidler** er blant annet et nytt lovverk i form av lov om folkehelsearbeid og lov om helse- og omsorgstjenester. **Økonomiske virkemidler** skal understøtte målene om bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kvalitative gode og kostnadseffektive løsninger, og sikre finansiering av nye oppgaver for kommunene. Dette gjøres gjennom kommunal medfinansiering og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Fra 1. januar 2016 skal kommunene ha etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. **Faglige virkemidler** omfatter utvikling av veiledere, retningslinjer og prosedyrer, og nasjonale kvalitetsindikatorer. **Organisatoriske virkemidler** er blant annet etablering av ulike samhandlingsarenaer.

4.0 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid med utvikling av aktive og trygge lokalsamfunn, har som særlig mål å gi innbyggerne flere år med god helse og å redusere sosiale helseforskjeller. I et samfunnsøkonomisk perspektiv gir dårlige helsevaner redusert helse samt økt sykefravær og økt behov for helsetjenester. Folkehelsearbeidet består i å *forebygge* dette og ha fokus på helsefremmende og tidlige tiltak for utsatte grupper i befolkningen. Gjennom lov om folkehelse med forskrifter og merknader, pålegges kommunene bl.a. å ha en skriftlig oversikt over helsetilstand i befolkningen med positive og negative påvirkningsfaktorer. Oversikten skal omfatte opplysninger om, variasjoner og vurderinger av a) Befolkningssammensetning, b) Oppvekst- og levevilkårsforhold, c) Fysisk, biologisk, kjemisk, sosialt miljø, d) Skader og ulykker, e) Helserelaterte atferd og f) Helsetilstand. Statlige mål vektlegger forebygging av uhelse med særlig fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller. Det fremlegges årlige kommunehelseprofiler fra folkehelseinstituttet[1]. Fylkesmannen har tilsynsmyndighet overfor kommunen vedrørende folkehelsearbeidet. Kvæfjord kommunes "oversikt over folkehelsa.." ligger på kommunens hjemmeside.

---

[1] *Folkehelseinstituttet: www.fhi.no*

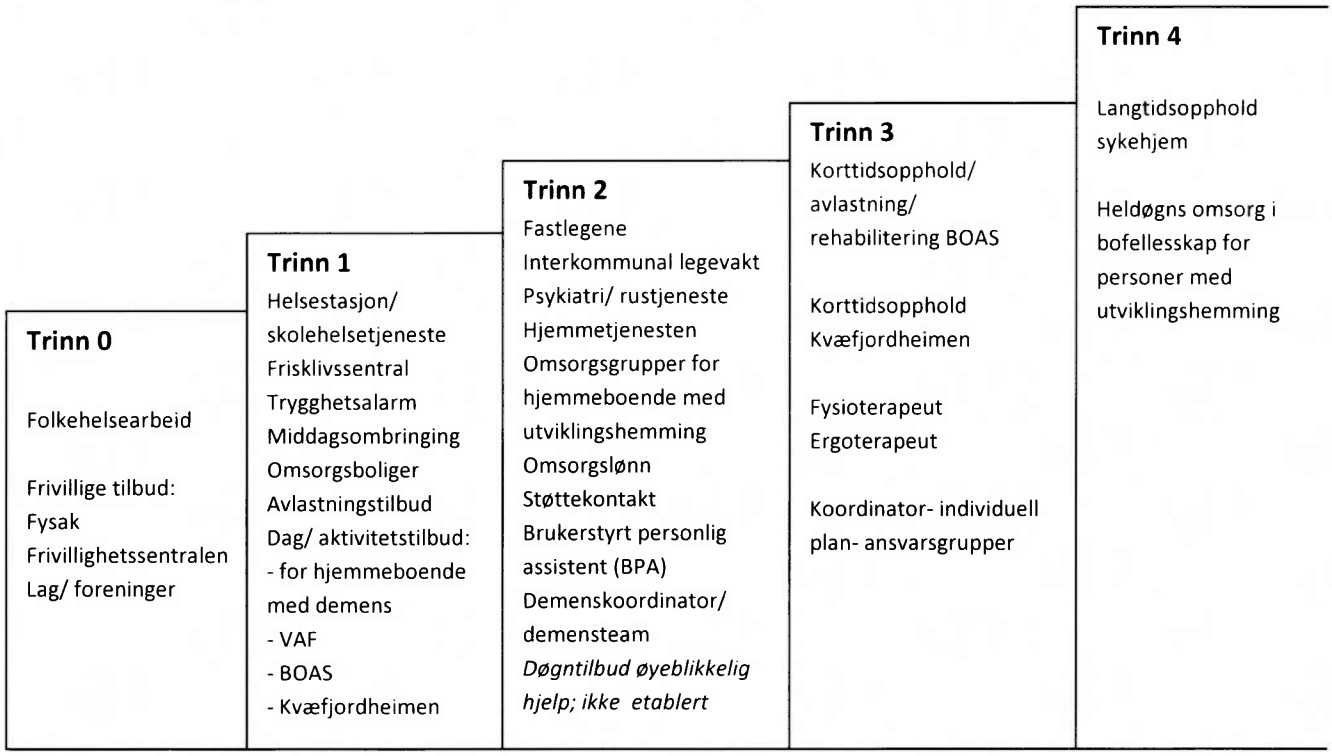
Folkehelsearbeidet kan deles inn i "det lille-" og "det store folkehelsearbeidet". "Det lille folkehelsearbeidet" er representert ved innsatsen til kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten og står for ca. 10 %, mens "det store folkehelsearbeidet", dvs. 90 %, skapes tverrsektorielt i kommunen, mellom mennesker og blant frivillige i de mange grupper og organisasjoner som det finnes mange av i vår kommune. Utfordringen blir å samle og synliggjøre de forebyggende muligheter og tiltak som allerede finnes innenfor kommunalt tilbud samt i frivillig sektor. Arbeidet mot folkehelseutfordringene skal sikres ved at det legges opp til en kontinuerlig og oppdatert forankring av folkehelse i alle kommunale planer, med overordnede mål. Det er etablert en halv stillingsressurs, med særlig fokus på folkehelsearbeidet i vid forstand. Denne har ansvar for folkehelseoversikt og koordinering av folkehelsearbeidet i planarbeid samt samarbeid med lag og foreninger i kommunen, med særlig fokus på Fysak.

5.0 Kommunale helse- og omsorgstjenester

5.1 «Omsorgstrappa» i Kvæfjord kommune

«Omsorgstrappa» gir en oversikt over kommunens helse- og omsorgstjenester fra tiltak som gjelder hele befolkningen til pleie og omsorgstjenester tilpasset enkeltpersoner med omfattende behov for kommunale tjenester. Flere av tjenestene og tilbudene kunne vært plassert på flere trinn da de dekker et bredt spekter, de er likevel satt inn på det trinnet der hovedfokus ligger i dag.

Helsefremmende *Forebyggende* *Kurativt* *Hab/ rehab* *Pleie- omsorg/ lindrende*



5.2 Forebyggende helsetjenester

5.2.1. Helsestasjon og skolehelsetjeneste

I 2013 ble helsestasjonen samlokalisert med barnevern og psykiatritjenesten og med nav i samme hus. Helsestasjonen har opp imot 100 % oppslutning og er sammen med skolehelsetjenesten den tjenesten som har kontakt med alle barn i kommunen. Viktig i forebyggende sammenheng er vaksinasjoner i småbarnsalder og i skolene. Mange av kommunens nyfødte bor på mottaket. Jordmortjenesten er sentral i forhold til svangerskapsomsorgen for denne gruppen. Gruppebaserte tilbud når ut til flere på kortere tid enn en-til-en-tilbud, og i tillegg gir dette mulighet for å etablere nye kontakter med personer i samme situasjon. Mye av helsesøstrenes tid går imidlertid til oppfølging av enkeltindivider på bekostning av grupperetta aktiviteter. Årsaken til dette er sammensatt. En stor utfordring er at mange familier trenger mer og kanskje annen oppfølging og veiledning enn helsestasjonen/ skolehelsetjenesten klarer å gi dem.

At kommunen har rundt 300 bosatte innbyggere med utenlandsk opprinnelse samt asylsøkere på mottaket, bidrar til økt behov for en-til-en-tilbud med tolketjeneste. Utfordringene er store i forhold til å gi disse innbyggerne tjenester.

Kvæfjordskolene har relativt sett ligget lavt i bruk av spesialundervisning, men tendensen er nå stigende. Arbeid mot mobbing har fått sterkt fokus, særlig i skolen. Det ligger store utfordringer i å etablere god foreldreveiledning, noe som skal være satsingsfelt innenfor flere tjenester. Utfordringen med stort frafall av elever på videregående skole gjelder også for Kvæfjord, noe som øker faren for å falle ut av arbeidsmarkedet. Det vil være helt nødvendig med et samarbeid med blant andre Troms fylkeskommune for å kunne gjøre noe i forhold til dette. Disse utfordringene gir økt behov for sosiale tjenester og veiledning.

I februar 2014 ble det gjennomført en ungdataundersøkelse[2]. Målet med undersøkelsen er i tillegg til å synliggjøre ungdommens egen helse, også å utløse engasjement, særlig hos foreldregruppen, i arbeidet med å forebygge uhelse i befolkningen. Funn fra denne undersøkelsen skal systematiseres. Tiltak rettet mot barn og unge har et så stort omfang at det mest hensiktsmessige vil være å lage en egen plan for forebyggende tiltak for denne målgruppa.

I tillegg til kurativ behandling og rehabilitering/habilitering, driver også fysioterapitjenesten forebyggende virksomhet. De opplever et godt samarbeid med helsestasjon om henvisninger på motoriske vurderinger av barn. Det er også et godt samarbeid med alle barneskolene i kommunen om årlige 1. klasse besøk. Disse har til hensikt at fysioterapeutene kan få en bedre oversikt over den sansemotoriske utviklingen hos alle i 1. klasse og få et samarbeid med lærerne om elever som eventuelt trenger oppfølging. Av forebyggende virksomhet utenom frisklivsarbeidet har fysioterapitjenesten tilbud om en motorikkgruppe for barn i 1.-4. klasse og eldretrim for beboere på BOAS.

---

[2] *Elevundersøkelse i samarbeid med NOVA og KorusNord: 8.-, 9.-, 10.-klasse. Fokus på elevenes leve- og oppvekstvilkår, ferdig høsten 2014. Utgangspunkt for etablering av foreldrerelasjoner. Ungdomsråd og levekårsutvalg har gitt sin tilslutning.*

5.2.2 Frisklivsarbeid

Kommunen etablerte i 2012 Frisklivssentral tilknyttet fysioterapitjenesten, med bl.a. tjenester rundt Frisklivsresept[3]. Helsesøstrene bidrar også med sin kompetanse. Frisklivsarbeidet rettes mot å endre levevaner som bidrar til økt sykelighet. Kjernetilbudet bør være et strukturert veilednings- og oppfølgingstilbud innen fysisk aktivitet, kostholdsendringer og snus-røyke-slutt, samt eventuelt andre tilbud ut ifra lokale behov og ressurser. Fokus på forebyggende tiltak rettet mot eldre, vil også kunne ivaretas enten som del av et frisklivstilbud eller gjennom egen "Helsestasjon for eldre".

Pga økt etterspørsel etter akutt behandling av nyopererte eller akutt syke pasienter, har ikke fysioterapitjenesten i dag kapasitet til å prioritere sykemeldte med belastningsplager. Denne diagnosegruppa har lang ventetid for behandling. Siden fastlegene i Kvæfjord oppgir dette å være en av de hyppigste sykemeldingsgrunnene (jfr "oversikt over folkehelsa..), vil det være ønskelig å kunne jobbe mer forebyggende mot denne pasientgruppen. Dette vil kreve en tverretatlig innsats, og prosjektarbeidsformen vil kunne være egnet til dette.

Fysioterapeutene har pr i dag 20% ressurs avsatt til frisklivsarbeid. Denne ressursen er fordelt på alle fysioterapeutene. Helsesøstrene har ikke avsatt egen stillingsressurs til dette arbeidet. For å nå målsetningene i helse- og omsorgsplanen, bør dette arbeidet styrkes.

5.2.3. Andre forebyggende tiltak

I 2014 startet felleskjøkkenet på Kvæfjordheimen sykehjem med middagslevering til beboerne på Boas. Dette er avtaler inngått i privat regi mellom kjøkkenet og den enkelte beboer, men like fullt et viktig bidrag for å opprettholde en god ernæring for de som ikke greier å lage middag selv.

Trygghetsalarmer er et teknisk hjelpemiddel som gir mange den nødvendige trygghet på at de får hjelp når dette skulle være nødvendig, og dermed bidrar til at de kan bo i eget hjem lengre. Alarmene administreres av sykepleietjenesten.

Kommunen har flere dagtilbud. På Kvæfjordheimen finnes både et dagtilbud for pasientene på sykehjemmet og et tilbud 2 dager i uka til hjemmeboende personer med demenssykdom- se også kap. 5.5.3. VAF har et dagtilbud for personer med utviklingshemming, og et tilbud for ungdom med behov for tilrettelagt aktivitet. På Boas er et dagtilbud som også er åpent for eldre utenom Boas.

5.3 Legetjenesten i kommunen

Formålet er å sikre at alle får nødvendige legetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Kvæfjord kommune har en fast allmennlege å forholde seg til. Legetjenester innebærer individrettet kurativt arbeid gjennom fastlegeordningen, samt legetjenester i institusjoner og helsestasjon. Kommuneoverlegen er rådgiver i medisinskfaglige spørsmål og har ansvaret for smittevern og tilsyn i forhold til miljørettet helsevern. Legetjenesten har hatt god stabilitet gjennom de siste 10 årene, både når det gjelder fastlegene og legesekretærene. Dette gir kontinuitet i tjenesten og trygghet for befolkningen og samarbeidspartnere. Målsettingen har vært fokus på

---

[3] *Frisklivsresept,- tidligere grønn resept: Veiledning av personer henvist til frisklivssentraler, for oppfølging og tilbud om blant annet motivasjonssamtale, gruppetrening, kostholdskurs og bistand til å slutte å røyke.*

tilgjengelighet, god samarbeidsvilje og en kompetent legetjeneste. En nyopprettet fastlegestilling fra 2014 forventes å bidra til kortere ventetid og større fleksibilitet i forhold til valg av fastlege. Den innebærer også en styrkning av tilsynslegearbeidet på sykehjemmene. Det er viktig å bygge videre på det eksisterende legetilbudet i kommunen, med faste leger som kjenner sine pasienter og samarbeidspartnere godt, samtidig som en øker legeressursene for å møte fremtidige utfordringer,- jamfør samhandlingsreformen og alderssammensetningen i befolkningen.

De siste årene har en sett en gradvis økning av oppgaver knyttet til legetjenesten, både i form av utvidelse av eksisterende kommunale oppgaver og nye oppgaver knyttet til brukere på KOA, Borkenes Mottak og Barne- og ungdomsinstitusjonen KUS. Demografien i Kvæfjord er spesiell, med en høy andel personer med utviklingshemming og andre med sammensatte behov. I tillegg ser en ytterligere økt arbeidsmengde etter innføring av samhandlingsreformen. Dette gjelder bl.a. økte krav til tilgjengelighet, økning av antall samarbeidsmøter og overføring av oppgaver fra spesialisthelse-tjenesten. Legesenteret er i dag ikke samlokalisert med andre enheter, noe som er ønskelig med tanke på økte krav om samhandling også internt i kommunen. Det medisinske utstyret bærer preg av slitasje, og det elektroniske pasientsystemet er av eldre årgang.

5.3.1 Legevakt, medisinsk akuttberedskap og nødmeldetjeneste

Legevakten drives med lokal ordning i kommunen hverdager 15.30 – 20.00, og interkommunal ordning kveld/natt/helg i et samarbeid mellom Harstad, Lødingen og Kvæfjord kommuner. Begge ordninger er beredskapsbaserte vaktordninger med legevaktsentral (LV-sentral) i Harstad for viderekobling av anrop. Den kommunale legevakten består av fastlegene i kommunen samt turnuslege, i vaktordning etter egen turnus. Pr. i dag er denne 4-delt. Den interkommunale legevakten består av fastlege og turnusleger i de tre samarbeidskommunene i en 23-delt turnus.

I 2012 var det 856 konsultasjoner ved kommunal legevakt, og 8690 konsultasjoner ved interkommunal legevakt. Den kommunale legevakten har bestått i nåværende form siden 2007 og har på mange måter vært en suksess. Den sikrer lokal kjennskap og god tilgjengelighet. Det er kort utrykningstid, og pasientene møter sine kjente fastleger.

Den kommunale legevakten i Kvæfjord er ubemannet når det gjelder hjelpepersonell, og ligger noe avsides i kommunen. Dette er uheldig med tanke på bl.a. sikkerhet for vakthavende lege.

I løpet av 2014 skal kommunen innføre nytt digitalt nødnett med nytt nasjonalt nødnummer som del av en landsdekkende plan. Dette tenkes gjort i samarbeid med Harstad og Lødingen kommuner.

Smittevernplanen fra 2006 er en viktig del av beredskapsarbeidet, og den epidemiske influensaepidemien er en årlig utfordring. Planen skal i følge kommunal planstrategi ikke revideres i perioden 2013-2016.

5.4 Rehabilitering

Det er et sterkt statlig fokus på å få ned sykefraværet. Samarbeidet mellom Kvæfjord kommune og NAV er etablert med vekt på å få ned fraværet i arbeidslivet. Kvæfjord kommune har vært en inkluderende arbeidslivsvirksomhet (IA) siden 2004. De siste 4 årene har sykefraværet blant kommunens ansatte gått ned fra totalt 10,3 % i 2010 til 9,7 % i 2013. I arbeidet med oppfølging av sykefraværet samarbeider kommunen både med Inkluderende Arbeidslivssenter, Sør-Troms bedriftshelsetjeneste og NAV i Harstad og Kvæfjord. Fokus på å forebygge muskel/skjelett- og

psykiske lidelser i arbeidsstyrken må vektlegges, da disse lidelsene står for største del av tapte dagsverk her. Disse utfordringene må ses i sammenheng med arbeidet gjennom Frisklivssentralen. Bruken av egenmeldt korttidsfravær er også høy (se "Oversikt over folkehelsa..."). Det har over tid vært lav arbeidsløshet i kommunen, men andelen uføretrygdede under 45 år er høyere enn landsnivået. Yrkestilknytning er det beste middelet for å hindre sosial fattigdom.

Avlastnings-/rehabiliterings-/opptreningsavdelingen på Oscars vei 9 har vært et godt egnet sted for å drive med tverrfaglig oppfølging av pasienter med behov for bistand. Etter samhandlingsreformen og raskere hjemkomst av pasienter fra sykehuset, har denne avdelingen vært enda viktigere for koordineringen av tjenestene rundt pasienten. Opprettelsen av primærgrupper i hjemmesykepleien med primærkontakter har også bidratt til å øke kontinuiteten i tjenestene.

Utover ansvarsgruppemodellen er det lite struktur og formalisert tverrfaglig samarbeid/tverrfaglige møter mellom de som jobber med pasienter som trenger koordinerte tjenester som opptrening eller rehabilitering (sykepleietjenesten, fysio- og ergoterapi, legene og eventuelt andre). Det er lange ventelister på behandling til både psykomotorisk fysioterapi og fysioterapi for pasienter i denne gruppa. Kommunen har ikke egen kommunepsykolog.

Kommunen er pliktig til å ha et rehabiliteringstilbud til pasienter, jmf forskrift om rehabilitering/ habilitering og Meld.St. 29 (2012-2013). Etter nedleggelse av avlastnings/ rehabiliteringsavdelinga på Oscars vei 9 er det behov for å skape andre arenaer med rehabiliteringsplasser der det jobbes tverrfaglig sammen med pasienten om et felles mål. Her er det nødvendig å ha personell med kompetanse på rehabilitering. Det er også ønskelig å etablere et Rehabiliteringsteam i kommunen med sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, samt lege ved behov.

Hverdagsrehabilitering er et relativt nytt begrep innen rehabilitering, men er i tråd med sentrale føringer om tidlig intervensjon for å gi flest mulig friske leveår. Å innføre hverdagsrehabilitering fordrer endringer i ressursbruk og holdninger hos alle som jobber med dette. Dette krever noe omorganisering og tett tverrfaglig kommunikasjon. Arbeidet med dette bør også forankres administrativt for å skape gjennomslagskraft. Det bør også vurderes om yrkesgrupper som for eksempel ergoterapeut kunne gå mer inn i direkte stell og tilrettelegging både i sykepleietjenesten og på institusjonene for å øke fokus på rehabilitering.

5.4.1 Administrativ ansvarsgruppemodell og andre tiltak for personer med sammensatte behov

Kvæfjord kommune innførte en overordnet administrativ ansvarsgruppemodell i 2003 (Rundskriv nr 6/2003). Fra 2012 er dette en nedfelt rettighet i helse- og omsorgstjenesteloven til å få opprettet koordinator og individuell plan (IP), og kommunens plikt til å koordinere dette arbeidet. Ansvarsgruppemodellen er godt integrert og forankret i systemet, men må jevnlig oppdateres i henhold til dagens lovkrav og behov. Det avholdes tverrfaglige møter mellom de som jobber med disse pasientene/ brukerne. Det er likevel en del brukere med sammensatte behov som ikke har IP og koordinator i dag, og dermed faller utenfor ansvarsgruppearbeidet.

Antall brukere med etablerte ansvarsgrupper er 10 personer under 18 år, og 26 personer over 18 år pr 1.1.2014. Dette er både personer med utviklingshemming og andre med behov for bistand. I tillegg er det registrert rundt 10 personer uten etablert ansvarsgruppe, men med behov som kan tilsi bistand videre i voksenlivet både i form av tilrettelagt bolig og fritid, samt helse- og omsorgtjenester.

Kommunen har dermed en relativt stor andel unge innbyggere med spesielle behov for tilrettelegging både i forhold til skole, fritid, avlastningstilbud og arbeid/ aktivitetstilbud. Overgang fra å bo sammen med foresatte til å skulle bo i egen bolig er en utfordring, og et botreningstilbud er savnet for flere av disse personene.

5.5 Pleie- og omsorgstjenester

5.5.1 Sykepleietjenesten

Sykepleietjenesten omfatter alle hjemmebaserte tjenester til innbyggere og personer som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen. Her inngår hjemmesykepleie og praktisk bistand. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgslønn er tjenester/ ytelser som kan være et alternativ eller et supplement til sykepleietjenesten.

Sykepleietjenesten er ansvarlig for driften av Boas. Her er det 23 omsorgsleiligheter. I forbindelse med stenging av avlastningsavdelinga på Oskarsvei ble de fire avlastningshyblene omgjort til avlastnings-, rehabiliterings- og korttidsplasser med heldøgns bemanning fra mars 2014.

Demenskoordinator i 20% stilling er ansatt i sykepleietjenesten. I samarbeid med Harstad kommune tilbys blant annet pårørendeskole for pårørende til personer med demenssykdom. Demensteamet består av to ansatte med demenskoordinator som leder av teamet. Teamet samarbeider blant annet med legene om kartlegging og oppfølging av personer i tidlig fase av demensutvikling.

Sykepleietjenesten har innført primærgruppeinndeling fra 2013, noe som bidrar til større kontinuitet og færre ansatte å forholde seg til for pasienter som mottar tjenester. Flere ansatte har videreutdanning innenfor smertelindring og i demensomsorg, noe som bidrar til høy kompetanse. Det er relativt god dekning av sykepleiere og andre ansatte med helsefaglig utdanning. Samtidig er behovet for kompetanse tilpasset nye pasientgrupper viktig for å kunne yte god omsorg. Det vil også være nødvendig å styrke sykepleietjenesten, både i form av økt kompetanse hos dagens ansatte og eventuelt få andre yrkesgrupper inn i tjenesten for å kunne bidra til at innbyggerne settes i stand til å bo lengst mulig i egen bolig.

Svakheter er mellom annet sårbarhet i forhold til bemanning i Gullesfjorden. Det er også få tverrfaglige møter og fagutviklingsmøter med andre samarbeidspartnere, eks. Psykiatritjenesten, fysioterapi, ergoterapi og legetjeneste.

En utfordring er at antall eldre i Kvæfjord øker,- jfr framskrivning av befolkningssammensetning i "Oversikt over folkehelsa...". Det er også blitt mer utfordrende å ivareta avlastnings- og rehabiliteringstilbudet på en tilfredsstillende måte etter mars 2014 da avlastnings- og rehabiliteringsavdelinga ble lagt ned. Dette gjelder både i forhold til å gi utskrivningsklare pasienter et tilbud raskt nok, og ikke minst å kunne gi et avlastningstilbud til hjemmeboende med store omsorgsbehov, samt gi et godt rehabiliteringstilbud. Det er ønskelig med opprettelse av et rehabiliteringsteam. Det må også sies å være en stor utfordring at de siste år har antall brukere av Sykepleietjenesten økt, samtidig som driftsrammen reduseres.

Innbyggere med kreftsykdom som ønsker å være i eget hjem så lenge som mulig, krever også økte ressurser og kompetanse, samt koordinering mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er

ønskelig å etablere et Kreft- og smerteteam etter modell fra demensteamet som allerede er etablert i kommunen.

5.5.2 Psykisk helse og rusarbeid

Hovedtilbudet til Psykiatritjenesten i Kvæfjord består i dag av samtaleterapi/ støttesamtaler - både oppsøkende og i tjenestens lokaler. Det gis veiledning i forhold til boevne og sosiale ferdigheter. Tjenesten sørger også for oppfølging og ettervern av klienter som skrives ut fra spesialisthelse-tjenesten i forhold til psykiatri og/ eller rus. Det er en økning av unge voksne med ulike diagnoser og sammensatte utfordringer, som slutter på skole, faller utenfor arbeidslivet, ruser seg, isolerer seg og/eller har sosiale problemer. Det er mangel på akuttboliger, og kommunen mangler en boligplan for sårbare grupper som kronisk psykisk syke.

I forhold til personer med kognitiv svikt (lettere psykisk utviklingshemming) har det vist seg utfordrende å gi et riktig og et godt nok tilbud. Mange i denne gruppa krever mye praktisk hjelp og veiledning, og de krever tett oppfølging. Selv om det er etablert noe samarbeid, savnes faste samarbeidsarenaer med de ulike tverrfaglige samarbeidspartnerne NAV, sykepleietjenesten, legetjenesten og Senter for psykisk helse- Sør - Troms.

Det er også utfordrende ressursmessig å gi tilbud til alle flyktninger som blir henvist til tjenesten. De fleste flyktninger som blir boende i mottak over tid har traumer og psykiske problemer, og har behov for å bearbeide/behandle dette.

Møteplassen er et lavterskeltilbud som tilbyr fysisk aktivitet og fellesskap for personer med psykiske lidelser, noe som er viktig i forhold til mestring, sosial trening og forebygging av helseproblemer. For uføretrygdede er det viktig å redusere ytterlige helseproblemer ved å gi et tilbud om møteplass og samtaler, samt hjelpe og motivere til aktivitet og arbeid i tett samarbeid med NAV.

Psykiatrienheten i kommunen har også ansvar for rusarbeidet. I noen tilfeller er det sammenfall mellom psykisk sykdom og rusproblemer, men mange sliter med psykisk sykdom uten rusproblemer og omvendt. BrukerPlan er et registreringsverktøy som flere kommuner tar i bruk i forhold til personer med rusproblemer. Antall brukere registrert i BrukerPlan hos psykiatritjenesten var 14 personer i 2013. Fra 2014 er det også beregnet at andre enheter som lege, åpen omsorg og nav skal delta i denne registreringen i Kvæfjord, da ikke alle med rusproblemer er i kontakt med psykiatri/ rusenheten. Også gruppen eldre med rus og/eller psykiatri øker. Også for denne gruppa er det er mangel på akuttboliger, og rusmisbrukere har generelt store vansker med å skaffe seg bolig på det private utleiemarkedet. Nyere forskning viser at de to viktigste tiltakene i forhold til rehabilitering av rusklienter er aktivitet og bolig. Kvæfjord kommune har siden 2011 hatt egen rusfaglig medarbeider via prosjektmidler. Behovet tilsier at denne stillingen må bli permanent i fremtiden.

Psykisk syke mennesker i Kvæfjord mottar også tjenester fra andre deler av tjenesteapparatet. Sykepleietjenesten ivaretar mange av personene med kronisk sykdom i samarbeid med psykiatritjenesten. Omsorgsgruppene har ansvar for og gir tilbud til psykisk syke både med eller uten utviklingshemming. Erfaringene har vist at disse sårbare menneskene sine behov ikke nødvendigvis er knyttet til "kontortid", men ofte oppstår på aften, og i helger og høytider. Tilbudet må derfor tilpasses slik at tjenestene gir når behovet er der.

Ved akutte kriser deltar hele staben til psykiatritjenesten i kriseteamet. Dette gjør at man kommer raskt på plass og kan yte hurtig hjelp til mange involverte samtidig. De ansatte innehar kompetanse gjennom videreutdanning på områdene psykose, rus, psykisk helsearbeid og arbeid med barn og ungdom. Det er også tett dialog med NAV, sykepleietjenesten og legetjenesten som sørger for rask og riktig hjelp når kriser oppstår. Tjenesten kan bli sårbar ved større kriser i kommunen på grunn av kriseteamutrykning.

Fysioterapitjenesten gir ofte behandling til pasienter med sammensatte plager der kroppslige plager kan sees i sammenheng med den psykiske helsa. Kvæfjord kommune har også spesialistkompetanse på psykomotorisk fysioterapi.

Rus og psykiatri har fra starten vært del av samhandlingsreformen, men det har ikke vært økonomiske insentiver for disse pasientgruppene. Signalene da samhandlingsreformen ble igangsatt, var en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter også innenfor psykisk helsevern og rus.

5.5.3 Institusjonstjenester

Institusjonstilbudet i Kvæfjord består av Kvæfjordheimen og Husby sykehjem samt 4 korttidsplasser på BOAS, og en korttidsplass på Husby bosenter. Disse plassene retter seg mot de eldste, sykeste og / eller mest pleietrengende. Antall institusjonsplasser pr.1.1.2014 var 41, etter stenging av avlastningsavdelinga på Oskarsvei 1.4.2014 er det fortsatt 41 kort- og langtidsplasser (se vedlegg 1). Dette utgjør et institusjonstilbud til vel 27 % for eldre over 80 år. Snittet på landsbasis er 28% heldøgns omsorgsplasser fordelt på både sykehjem og bolig med heldøgns omsorg (Meld.St. 29 (2012-2013 s 36)). For gruppen utviklingshemmede har Kvæfjord i tillegg 29 plasser i bosentra med heldøgns omsorg. Disse benyttes i dag av både yngre og eldre personer med utviklingshemming/ tidligere vertskommuneinnbyggere, og bidrar til at kommunen ligger godt over landsgjennomsnittet i forhold til heldøgns omsorgsboliger, fordi snittet beregnes ut ifra innbyggere over 80 år.

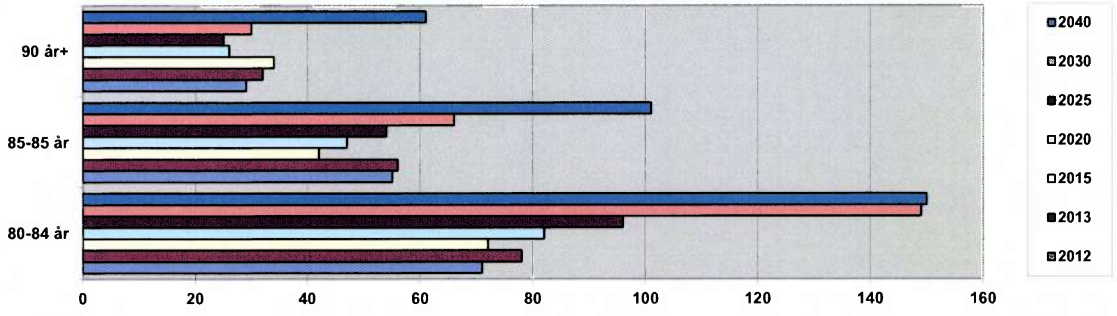


Diagram 1: Beregnet antall innbyggere over 80 år i Kvæfjord 2012-2040 (framskrivning fra www.ssb.no)

Kvæfjord har hittil manglet er heldøgns botilbud for eldre utenom mennesker med utviklingshemming med behov for heldøgns omsorg. Dette kan ha bidratt til at mange har søkt sykehjemsplass som kunne ha et like godt eller bedre tilbud i egen heldøgns omsorgsbolig. Det bør derfor satses på en dreining fra bare sykehjemsplasser til en kombinasjon av boliger med heldøgns omsorg og institusjon slik de fleste kommuner har i dag. Dette vil også bidra til ett trinn til i "omsorgstrappa", og gi et bredere tilbud til brukergrupper som ønsker større grad av privatliv, samtidig som de har behov for omfattende tjenester. En større privat sfære vil også kunne medvirke

til at pårørende naturlig involverer seg mer i brukernes dagligliv når de bor i omsorgsboligen enn mange opplever at de kan i en institusjon.

Nedlegging av Avlastning- og rehabiliteringsavdelinga på Trastad medførte også en oppsplitting av avlastings- og rehabiliteringstilbudet slik at 3 plasser driftes på Kvæfjordheimen, 1 plass på Husby bosenter og 4 plasser er del av sykepleietjenesten på Boas. Dette kan bidra til å redusere fokus på rehabilitering. I perioder med stor etterspørsel etter institusjonsplasser (utskrivningsklare pasienter fra sykehus og akutt sykdom som krever innleggelse) er det avlastningstilbudet, spesielt til pårørende for hjemmeboende med demenssykdom som er blitt skadelidende. Dette er til tider en stor belastning for slitne pårørende som mangler forutsigbarhet i forhold til avlastningstilbud.

Arbeidsstua på Kvæfjordheimen er åpen tre dager i uka for pasientene på sykehjemmene. Våren 2012 startet et dagtilbud i underetasjen på Kvæfjordheimen 2 dager i uka for hjemmeboende personer med demens. Slike dagtilbud er et satsningsområde nasjonalt, og det er forventet at det vil bli lovpålagt. Dagtilbudet bør på sikt være åpent alle hverdager. Transportordning og hjelpere som henter og bringer er sentralt for at tilbudet skal være et reelt tilbud til hjemmeboende med demens og deres pårørende.

Demensutvikling er en økende utfordring med økende alder. Tabellen under viser anslått forekomst av demens ut ifra beregnet alderssammensetning i Kvæfjord mellom 2011 til 2030. I tabellen framgår en forventet økning i antall med demenssykdom med 43 % fra 2012 til 2030. Mennesker med demenssykdom er en gruppe pasienter som det er krevende å gi omsorg til i eget hjem, og som bidrar til en stor belastning for pårørende. Det vil derfor også i framtida være aktuelt å planlegge for institusjonstilbud for personer med langt kommet demenssykdom, mens mange med andre sykdomstilstander vil kunne gis omsorg i eget hjem.

Alders-grupper	Antatt %-andel med demens	2012	2013	2015	2020	2025	2030
65-69	0,9	2	2	2	2	2	2
70-74	2,1	3	3	3	4	4	4
75-79	6,1	5	6	6	7	11	10
80-84	17,6	12	14	13	14	17	26
85-89	31,7	17	18	13	15	17	21
90+	40,7	12	13	14	11	10	12
Sum antall personer		**51**	**55**	**51**	**53**	**61**	**75**
Endring i %		0	7	-1	4	19	43

Tabell 1: Aldersfordeling med antatt %- andel med forventet demensutvikling (etter Aldring og helse) i Kvæfjord, med utgangspunkt i 2012-tall fra www.ssb.no , fremskrevet for 2015 - 2030

Økonomiplan 2013 nr 80 forutsatte at i arbeidet med helse- og omsorgsplan skulle også heldøgns omsorgsplasser ved Boas vurderes. I forbindelse med budsjettbehandling desember 2013 ble følgende vedtak fattet:» *Kommunestyret ber om at det blir vurdert om realisering av tilbygget til Boas kan forseres. Jfr. Økonomiplan 2014-2017, plantiltak nr. 13. Det bes videre vurdert å innpasse fysioterapi- og ergoterapitjenesten i det nye bygget som planlegges.*» Plasshensyn rundt Boas gjør at det må vurderes om dette er den best egnede løsningen.

Det må også tas høyde for at Kvæfjordheimen sykehjem med 27 plasser begynner å bli et gammelt og uhensiktsmessig bygg etter dagens krav. Det vil derfor innen få år være aktuelt å vurdere fornying av Kvæfjordheimen, alternativt etablere alternative heldøgns botilbud. Det anbefales å gjøre dette innen 10-15 år og før antall eldre over 80 år bidrar til å øke presset på helse- og omsorgstjenestene (Meld.St. 29). Husbanken har fra 2008 gitt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Dette tilskuddet gjelder både nybygg og utbedring av gamle bygg.

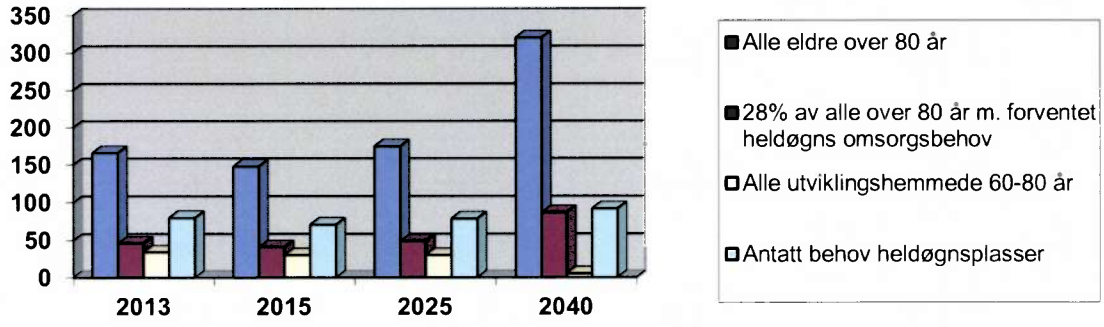


Diagram 2: Beregnet behov for heldøgns omsorgsplasser i Kvæfjord 2013-2040

Heldøgns omsorgsboliger som i dag benyttes av personer med utviklingshemming vil være et framtidig botilbud for andre pasientgrupper etter hvert som vertskommuneinnbyggerne blir eldre og faller fra. Dette vil imidlertid kunne ta flere tiår. Behovet for denne gruppa må derfor ses i sammenheng med det økte behovet for heldøgns omsorg for personer med demenssykdom (se diagram 2). Med økning av den eldre delen av befolkninga fra rundt 2030 (diagram 1), en tilsvarende økning i demensutvikling (jfr tabell 1), samt et økende omsorgsbehov hos vertskommuneinnbyggerne og andre eldre med utviklingshemming, vil Kvæfjord kunne forvente et økt behov for heldøgnstilbud fra dagens 41 institusjonsplasser og 29 omsorgsboliger for utviklingshemmede selv om antall vertskommuneinnbyggere går ned. Forsiktig anslått kan dette dreie seg om et økt behov fram mot 2030 -2040 på mellom 10 og 20 plasser.

5.5.4 Personer med utviklingshemming

Kvæfjord kommune er pr 1.1.2014 vertskommune for 65 personer med diagnose psykisk utviklingshemming. Det er 50 vertskommunebrukere som er gått bort siden HVPU-reformen i1.1.1991. Gjennomsnittsalderen på vertskommunebrukerne var i 2013 på **60,9 år**. I tillegg bor det 31 andre voksne og 8 barn/ unge under 15 år med kjent utviklingshemmingsdiagnose i kommunen pr 1.1.14.

HVPU-reformen hadde som formål å integrere personer med psykisk utviklingshemming i normalsamfunnet bl.a. ved at de skulle bo i egne boliger. De fleste som ønsket å bli boende i Kvæfjord etter reformen fikk tilbud om bolig på Borkenes. Etter noen års erfaring ser en at ulike former for samlokalisering er mest hensiktsmessig for mange tidligere institusjonsbeboere. **Husby Bosenter** ble etablert i 2012 og har i dag 11 plasser med heldøgns botilbud med spesiell kompetanse på somatiske sykdommer til eldre og pleietrengende personer med utviklingshemming. **Kveldro bosenter** ble bygget i 2006 og har 10 heldøgnsplasser med spesiell kompetanse på demensutvikling hos personer med Downs syndrom til eldre personer med utviklingshemming. **Rødgården 7c** er et bokollektiv med 4 leiligheter for utviklingshemmede med alvorlige psykiske lidelser. **Rødgården 7b** er et bokollektiv med 4 leiligheter for utviklingshemmede med omfattende behov for bistand og

struktur. De resterende vertskommunebrukerne bor i samlokaliserte boliger spredt i Borkenesområdet. Tjenester til personer med utviklingshemming gis av ansatte i omsorgsgruppene. I 2012 ble også **Miljøarbeidertjenesten** etablert. Det er en ambulerende tjeneste som skal yte tjenester til både vertskommunebrukere, andre personer med utviklingshemming og andre brukere med ulike behov for tjenester.

Etter hvert som de utviklingshemmede faller fra, vil disse boligene i fremtiden kunne benyttes som et heldøgns botilbud for eldre. Utfordringen vil kunne bli kommunens økonomiske rammer etter hvert som vertskommunetilskuddet trappes ned. I 2014 er vertskommunetilskuddet på 102 millioner kroner. Om man legger 2014- snittpris for sykehjemsplasser i Kvæfjord til grunn, vil det ut ifra dagens driftskostnader anslås å koste rundt 16-18 millioner kroner å fortsatt drifte disse plassene til andre grupper avhengig av type pasienter og pleiebehov.

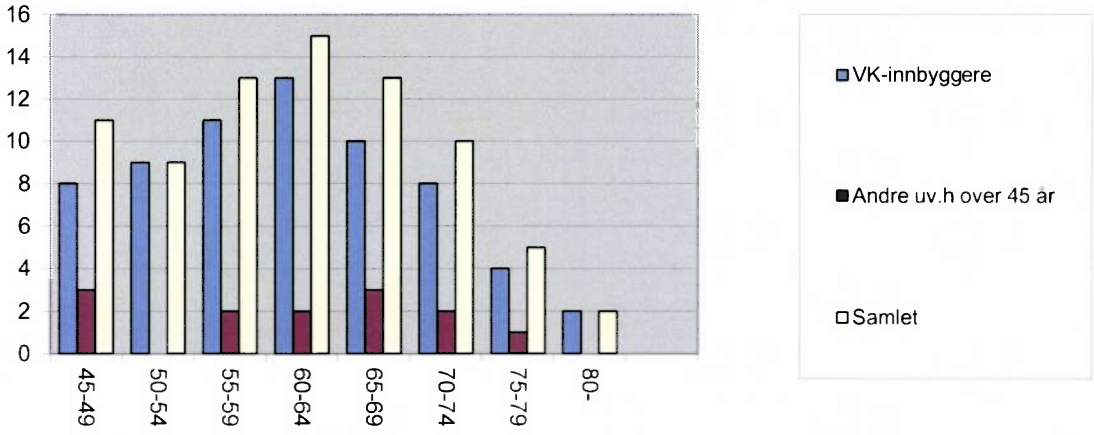


Diagram 3: Antall innbyggere over 45 år med utviklingshemming i Kvæfjord pr 1.1.2014

Som diagrammet over viser, er det fortsatt mange relativt unge vertskommuneinnbyggere i Kvæfjord, og det vil ikke være urimelig å anta at disse vil ha behov for helse- og omsorgstjenester i 20-30 år til. I tillegg har kommunen en relativt stor andel andre innbyggere med utviklingshemming, og mange av disse har også behov for omfattende tjenester. Forskning viser for eksempel at aldringsprosessen hos personer med Downs syndrom ligger omlag 20 år foran normalbefolkningen, og dermed kommer også utvikling av demenssykdom for mange i denne gruppa tilsvarende tidligere.

Nedbygging av omsorgen til vertskommunebrukerne er utfordrende, da det krever kontinuerlig omstilling, også med tanke på ansatte og økonomi. Brukerne må påregne å flytte flere ganger ut ifra endrede omsorgsbehov, personalet på påregne å bytte arbeidssted flere ganger, i noen tilfelle kan det bli oppsigelser. Kommunen mister etter hvert også de statlige overføringene og må påregne å bygge ned også andre tjenestetilbud.

Kvæfjord har også en større andel yngre personer med utviklingshemming enn folketallet skulle tilsi. Flere av disse er nå i en alder der det er forventet at de flytter fra foreldrehjemmet og etablerer seg i egen bolig der de vil ha behov for bistand. Ofte kan det være en fordel med bofellesskap med mulighet for botrening sammen med andre unge før de eventuelt flytter til egen bolig.

5.5.5 Nattjenesten

Nattjenesten omfatter alle som mottar bistand i tidsrommet kl 22:30 til 07:30 i Kvæfjord kommune. Hver natt er til sammen 11 personer på jobb. Disse samarbeider om å ivareta helse og omsorgsbehov i private hjem og på institusjonene. Nattjenesten er stasjonert på alle institusjoner og bosentra i kommunen inklusive Boas. De har stasjonære nattvakter i private hjem ved behov samt ambulerende tjenester. Økte kompetansekrav, blant annet som følge av tidligere utskrivninger etter samhandlingsreformen etterspørres fra denne enheten også.

5.5.6 Døgntilbud øyeblikkelig hjelp

Som følge av Samhandlingsreformen skal alle kommuner ha etablert et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen 2016. Kvæfjord kommunestyre vedtok i K-sak 69/12 at "ved oppretting av akuttplasser i forbindelse med samhandlingsreformen er det nødvendig med interkommunalt samarbeid". Det er søkt Helsedirektoratet om tilskudd for igangsetting i 2014. Ved etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp vil det være aktuelt å inngå samarbeidsavtale med Harstad kommune som igjen har avtale med UNN som vertskommune for døgntilbud øyeblikkelig hjelp.

5.5.7 Saksbehandling og tildeling av tjenester

Saksmengden på Helse- og omsorgsområdet øker. Antall brukere som er registrert med tjenester i saksbehandlersystemet Profil har økt. Det samme gjør kravene til saksbehandling. Vedtak om bruk av makt og tvang knyttet til personer med utviklingshemming og nødvendig helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg dette, krever også stor grad av kunnskap, erfaring og saksbehandlerkompetanse.

Pr i dag behandles både revurdering av vedtak og nye søknader om helse- og omsorgstjenester dels av helse- og omsorgsadministrasjonen, dels av ansatte i enhetene avhengig av type søknad. Dette kan bidra til et ulik vurdering, og dermed unødig stort sprik i omfang av vedtak. Saksbehandling, spesielt i større og kompliserte saker er krevende, og søkerne stiller større krav og klager oftere enn tidligere til fylkesmannen. Det bør vurderes en annen måte å organisere sette arbeidet på,- jfr vedtak i økonomiplan 2013 ØP- tiltak 79-2 om å "... se på tildelingsenhet for tjenester".

6.0 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten, interkommunalt samarbeid, andre

Spesialisthelsetjenesten ved UNN HF og kommunene i helseregionen inngikk i 2012 avtaler som del av Samhandlingsreformen med en overordnet samarbeidsavtale og avtaler om 1) helse- og omsorgsoppgaver, 2) innleggelse, utskriving, læring og mestring, 3) innleggelse i sykehus, 4) døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, 5) utskrivingsklare pasienter med behov for kommunale tjenester, 6) kunnskapsoverføring, 7) forskning, utdanning, praksis og læretid, 8) jordmortjenester, 9) lokale IKT-løsninger, 10) forebygging og 11) beredskap og akuttmedisinsk kjede. Tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etableres ved senere beslutning,- jfr kap 5.6.6. I etterkant har det også kommet til andre tjenesteavtaler som følgetjenesteavtalen og samarbeidsavtale om turnuslegeordninga.

Tannhelsetjenesten er et fylkeskommunalt ansvar. Brukere av helse- og omsorgstjenesten har rett til gratis tannbehandling, og et samarbeid med tannlegekontoret på Trastad er derfor viktig.

Interkommunalt har Kvæfjord kommune et omfattende samarbeid med nabokommunene på flere områder. Her nevnes kort de mest sentrale interkommunale avtalene som Kvæfjord har inngått innenfor helse- og omsorgsområdet. For fullstendig oversikt vises til rundskriv 1/2014.

- Landssammenslutningen av vertskommuner for sentralinstitusjoner i det tidligere helsevern for psykisk utviklingshemmede (LVSH) ble etablert i 1986 av tidligere vertskommuner for sentralinstitusjoner i HVPU. 25 av totalt 33 vertskommuner er medlemmer.
- Kommunen har et arbeidsplasstilbud om varig tilrettelagte arbeid (VTA-tilbud) ved Trastad Produkter etter avtale av 2005. Ny avtale av 2011 om VTA-plasser med økende kommunalt med finansieringsansvar er et samarbeid mellom Harstad og Kvæfjord om arbeid/aktivisering for funksjonshemmede.
- For å kunne yte nødvendige helsetjenester til innbyggerne i Gullesfjordområdet, har Kvæfjord inngått en avtale med Lødingen om kjøp av helsestasjonstjenester, skolehelsetjenester og fysioterapitjenester.
- Legevaktsavtalen mellom Kvæfjord, Harstad og Lødingen med tilleggsavtale mellom Harstad kommune og UNN Harstad om tilknytning til akutten ved Harstad sykehus sikrer et stablit legevaktstilbud.
- Miljørettet helsevern Kvæfjord, Harstad er en ikke-aktiv samarbeidsavtale mellom Harstad og Kvæfjord.

Kommunen inngår jevnlig avtaler med **private tjenesteleverandører** om kjøp av tjenester fra blant annet KOA, fra enkeltpersoner eller familier i form av tilbud om avlastning. Tilbudet er hovedsakelig rettet mot barn og unge. Regnskap viser at helse- og omsorgsavdelinga kjøpte private omsorgstjenester på knapt 5 millioner i 2012.

7.0 Fremtidens pasient- og brukerrolle

7.1 Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til. Det er også et virkemiddel både på individnivå, systemnivå og politisk nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. Brukermedvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom brukeren i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke brukerens motivasjon. Dette vil igjen kunne bidra positivt til brukerens bedringsprosess, og således ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket.

Pårørende utgjør en stor og viktig ressurs. Det er beregnet at pårørendes innsats i familiebasert omsorg er nesten like stor som den offentlige (Meld.St.29 (2012-2013)s 58). Dette er en betydelig innsats som har fått liten oppmerksomhet. Denne bør løftes fram og synliggjøres.

7.2 Frivillige organisasjoner og private aktører

Det finnes i dag over 100 lag og foreninger i Kvæfjord, med bl.a. 11 samfunns/kulturhus. De aller fleste av disse lagene har direkte eller indirekte tilknytning til helse- og folkehelsearbeidet i kommunen. Som nevnt i kap. 4.2 har disse stor betydning for folkehelsearbeidet. Det er særlig den voksne og eldre del av befolkningen som er engasjert i foreningsarbeid. Gruppen eldre innbyggere er økende, og tilknytning til lag og foreninger er med på å forhindre isolasjon og medvirke til trivsel og samhørighet. Den kommende eldregenerasjonen har sannsynligvis høyere krav til bolig, lever lengre, er friskere, og har bedre økonomi enn dagens eldre. De vil derfor kunne legge til rette for egen alderdom blant annet gjennom bygging av livsløpsboliger på eget initiativ.

Det er en særlig utfordring i å knytte nyetablerte personer og stigmatiserte barn og familier til lag- og foreningsarbeid. Denne oppgaven ivaretas blant annet av kommunens flyktningetjeneste. Her må det være en hovedoppgave for lag og foreninger å inkludere nye grupper i sitt rekrutteringsarbeid. Lagstilknytning av stigmatiserte barn og ungdom må prioriteres innen dette feltet, for eksempel gjennom fritid med bistand.

8.0 IKT og velferdsteknologi

I 2013 tok Kvæfjord i bruk elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorg, legekontor og universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN HF). Dette har bidratt til en sikrere informasjonsutveksling. IKT, eHelse og personvern er et område i sterk endring. Muligheten for å ha tilgang til oppdatert elektronisk informasjon og rapportere "på stedet" bidrar til at helse- og omsorgsavdelinga ser behovet for å ta i bruk "Mobil omsorg". Pasientjournalsystemet Profil krever jevnlig oppdatering og opplæring av de rundt 240 ansatte i helse- og omsorg som benytter systemet. Trådløs nettverkstilgang etterspørres oftere og oftere, både av ansatte og av pasienter/beboere, og det bør vurderes å bygge ut dette.

Bevisst satsning på velferdsteknologi (se vedlegg 2) er et annet felt som har fått økt fokus, og som vil kunne bidra til at innbyggere kan bo lengre i eget hjem. Behovet for ansatte med en kombinasjonskompetanse av helsefaglig utdanning og IT er økende.

Kvalitetssikring og avvikshandtering etterspørres ved tilsyn både fra fylkesmannen og KomRev Nord. Pasient- og brukerombudet i Troms påpeker i sin årsmelding at systematisk avvikshandtering ikke er god nok i kommunene (Ryan 2013).

9.0 Personell

Kvæfjord kommune har vedtatt en opplæringsplan som et styringsverktøy for administrasjonen og den politiske ledelsen, samt en sammenfatning av de kompetansehevende tiltak kommunens ansatte til enhver tid deltar i, - eller som det er planlagt skal foregå over en gitt tidsperiode. Nåværende plan ble utarbeidet i 2011. Organisasjonen er i så rask endring at det er en utfordring å skulle planlegge for å møte endrede kompetansekrav tilpasset morgendagens behov. Ett eksempel her er økte kompetansekrav etter samhandlingsreformen.

For ivaretakelse av arbeidstakernes helse- miljø og sikkerhet i denne planen, har Kvæfjord kommune en HMS- håndbok som beskriver kommunens interne kontrollsystem for helse, miljø og sikkerhet.

Plattformen i dette arbeidet er Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid, samt Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

Utfordringene for kommunen er at samtidig som det er kontinuerlig behov for kompetansehevende tiltak blant ansatte, skal den daglige driften ivaretas. Dette gjelder ikke minst der det er behov for å ta inn vikarer ved fravær på grunn av kurs/skolering. Det er også en utfordring at kommunen ønsker og har behov for å rekruttere fagarbeidere, men ikke kan tilby disse 100 % stilling. Dette innebærer at det også må jobbes mer med arbeidstidsordninger. I 2014 er det igangsatt et samarbeid mellom kommunen og fagforeningene med tanke på å få på plass retningslinjer for å unngå uønsket deltid.

I Kvæfjord kommune er det stor kompetansehevende aktivitet i helse og omsorgsavdelingen, der videreutdanning av vernepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere innen psykiatri, og ulike temaer innen eldreomsorg er dominerende. I tillegg har kommunen et eget prosjekt som skal rekruttere flere fremmedspråklige til helsefagarbeideryrket.

Rekruttering av riktig type arbeidskraft er viktig for best mulig tjenesteyting til kommunens innbyggere. Ulike pensjonsmuligheter og høy gjennomsnittsalder blant ansatte i Helse og Omsorgs-avdelingen gjør at kommunen har flere utfordringer innen rekruttering, stillingsstørrelser og nye kompetansekrav. Pr. 1.5.2014 er 70 ansatte i helse- og omsorgsavdelinga i Kvæfjord over 58 år, 36 av disse er over 62 år.

I tillegg kommer utfordringen med å tenke rekruttering samtidig som det skal skje en planlagt nedbygging av antall ansatte i kommunen. Opplæringsplanen er også underlagt den økonomisk rådende situasjonen, - noe som gjenspeiler aktivitetsnivået. I tillegg er det slik at fylkesmannen og fylkeskommunen har sine (noen ganger egne) satsingsområder og planer, og dermed bevilger penger til disse satsingsområder. Dette medfører at kommunen i praksis ofte forholder seg til de samme satsingsområdene som øvrige myndigheter måtte ha.

10.0 Kilder

1. Kvæfjord kommune 2003: Rundskriv 6/2003- Om bruk av ansvarsgrupper som arbeidsform og endringer i etablert ordning
2. Kvæfjord kommune 2013: Kommunal planstrategi
3. Kvæfjord kommune 2014: Rundskriv 1/2014- Budsjettrundskriv 2014
4. Kvæfjord kommune 2014: "Hvor står vi- hvor går vi?" Helsetilstand og påvirkningsfaktorer- Kvæfjord kommune. Folkehelseoversikt pr 15.4.2014
5. Folkehelseloven av 24.06.2011 av 24.6.2011 nr 29
6. Folkehelseinstituttet 2013: Folkehelseprofil for 1911 Kvæfjord, januar 2013
7. Folkehelseinstituttet 2014: Folkehelseprofil for 1911 Kvæfjord, januar 2014
8. Forskrift om oversikt over folkehelsen av 28.06.2012
9. Fylkesmannen i Troms 2013: Kommunebilde 2013. Kvæfjord kommune
10. Fylkesmannen i Troms (2013) Troms 2030- Demografiske utfordringer. Presentasjon på NAV-ledermøte 28.11.2013
11. Helsedirektoratet 2013: "Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering."(IS-1896)
12. Helsedirektoratet 2014: Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2014 (IS 1/2014)
13. Helse- og omsorgstjenesteloven av 24.6.2011 nr 30
14. Meld. St. nr 16 (2010- 2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015
15. Meld. St.29 (2012-2013) Morgendagens omsorg
16. Mørk Eiliv, Sundby Brith, Otnes Berit, Wahlgren Marit og Gabrielsen Bjørn: Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Statistisk sentralbyrå: Rapport 43/2013
17. Ryan, Odd Arvid: Årsmelding 2013 fra pasient- og brukerrettighetsombudet i Troms
18. Sara Blåka, Jan Erling Klausen, Trine Myrvold, Helge Renå, Marte Winsvold, Hilde Zeiner: Framtidens kommune – kriterier for politisk oppslutning (NIBR-rapport 2013:21)
19. St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

11.0 Tiltaksplan 2014-2020

Målsettinger for tiltakene:

1. Økt satsning på forebygging og frisklivsarbeid
2. Lengst mulig i eget hjem, satsing på omsorgsboliger framfor institusjon
3. Et rehabiliteringstilbud som bidrar til egenmestring
4. En god eldreomsorg fra " start til slutt"
5. Utviklingshemmede og ansatte ivaretas i omstillingsprossessene rundt vertskommuneinnbyggerne
6. Styrke bruker- og pårørendesamarbeid, og samarbeid med frivillige organisasjoner

HO-nr	Tiltak	-14	-15	-16	-17	-18	-19	-20	Ansvar *)	Evaluering
HO-1	«Oversikt over folkehelsa...» oppdateres årlig og benyttes som grunnlag i alt planarbeid	x	x	x	x	x	x	x	KO	
HO-2	Oversikt over tilbud og aktivitet i lokale lag og foreninger på kommunens hjemmeside	x	x	x	x	x	x	x	KO	
HO-3	Systematisk samarbeid og avtaleinngåelse med lag og foreninger i forhold til folkehelsearbeid	x	x	x	x	x	x	x	KO	
HO-4	Egen tiltaksplan for barn og unge med resultatene fra Ungdataundersøkelse 2014 som grunnlag	x	x						KO	
HO-5	Etablere tverretatlig prosjekt ift ansatte som står i fare for å bli sykemeldt eller akkurat har blitt sykemeldt		x						HO/ KO/ nav/PK	

HO-6	Økt stillingsressurs i Frisklivsentralen- 50 % stilling		x						HO	
HO-7	Vurdere samlokalisering fysio/ ergo/rehabtilbud og evt lege	x	x						HO	
HO8	Innføring av digitalt nødnett og nytt nasjonalt nødnummer	x	x						HO	
HO-9	Etablere et rehabiliteringsteam og øke fokus på hverdagsrehabilitering. Vurdere tilsetting av andre yrkesgrupper som ergoterapeut i direkte pleie Systematiske fallforebyggende tiltak hos eldre	x	x	x x					HO	
HO-10	Vurdere, og evt. etablere egen tildelingsenhet/ koordinerende enhet		x						HO	
HO-11	Etablere et nytt avlastning/opptreningstilbud med minimum 10 plasser		(x)	x	x				HO	
HO-12	Legge til rette for fritid med bistand	x	x	x	x	x	x	x	HO	
HO-13	Etablere kreft- og smerteteam Kreftkoordinator i 20% stilling	x	x						HO	
HO-14	Utarbeide egen Boligsosial plan for utsatte grupper			x					HO/KO /ØK/KE	
HO-15	Opprette akuttplasser ift personer med psykiske lidelser			x					HO	
HO-16	Videreføre samarbeidsarenaer mellom kommunale enheter og spesialisthelsetjenesten	x	x	x	x	x	x	x	HO	
HO-17	Stillingen som rusfaglig medarbeider omgjøres til 100% fast stilling		x						HO	
HO-18	Flere institusjonsplasser til den økende gruppa eldre med demenssykdom							x	HO	
HO-19	Omstillingsprosjekt nedbygging ift vertskommuneinnbyggere		x	x					HO/KK	

HO-20	Etablere døgntilbud øyeblikkelig hjelp	x	x						HO	
HO-21	Etablere botreningstilbud/ overgangsbolig til unge med spesielle behov			x					HO	
HO-22	Styrke bruker- og pårørendearbeidet for ulike grupper	x	x	x					HO	
HO-23	Ta i bruk Mobil Omsorg – egen prosjektleder Styrke IT-kompetansen i helse- og omsorgsavdelinga Egen IT-ressurs og økt satsning på velferdsteknologi	x x x	x x x	 x x	 x	 x	 x		HO/IT	
HO-24	Nytt elektronisk pasientjournalsystem (EPJ) legekontoret			x					HO/ IT	
HO-25	Systematisk avvikshandtering på system- og organisasjonsnivå	x	x	x	x	x	x	x	HO	
HO-26	Ta i bruk trådløst nettverk i kommunale bygg		x						HO/IT	
HO-27	Videre satsing på ulike arbeidstidsordninger og heltidsstillinger	x	x	x	x	x	x	x	HO/ PK	
HO-28	Oppdatere kompetanseplan for helse- og omsorg		x						HO	
HO-29	Kjøp av tjenester/samarbeid med andre vurderes i hht lovverk, økonomi/kostnad, kvalitet og hva som er praktisk gjennomførbart i hvert enkelt tilfelle eller gjennom inngåelse av rammeavtaler	x	x	x	x	x	x	x	HO	

***) Forkortelser: HO- helse- og omsorgssjefen, KO- kultur- og oppvekstsjefen, PK- personalsjefen, ØK- økonomisjefen, IT- IT-avdelinga, KK- Kvæfjord kommune, KE- Kvæfjord Eiendom**

Evaluering 2016: (LEV 7/16)

HO-nr	Tiltak	-14	-15	-16	-17	-18	-19	-20	Ansv. *)	Evaluering pr 1.1.2016
HO-1	«Oversikt over folkehelsa...» oppdateres årlig og benyttes som grunnlag i alt planarbeid	x	x	x	x	x	x	x	KO	
HO-2	Oversikt over tilbud og aktivitet i lokale lag og foreninger på kommunens hjemmeside	x	x	x	x	x	x	x	KO	
HO-3	Systematisk samarbeid og avtaleinngåelse med lag og foreninger i forhold til folkehelsearbeid	x	x	x	x	x	x	x	KO	
HO-4	Egen tiltaksplan for barn og unge med resultatene fra Ungdataundersøkelse 2014 som grunnlag	x	x						KO	
HO-5	Etablere tverretatlig prosjekt ift ansatte som står i fare for å bli sykemeldt eller akkurat har blitt sykemeldt		x						HO/ KO/ nav/P K	Startet opp mars 2015. Avsluttet juni 2015 (12 ukers oppfølging). Prosjekt videreført høsten 2015 og planlegges videreført i 2016, men i noe annen form (flere enn bare ansatte, mulig besøk ut på ulike arbeidsplasser).
HO-6	Økt stillingsressurs i Frisklivsentralen- 50 % stilling		x						HO	30% stillingsressurs vedtatt f.o.m. 01.01.16, med økning til 50% stillingsressurs 01.01.17. Stillingen er besatt.
HO-7	Vurdere samlokalisering fysio/ ergo/rehabtilbud og evt lege	x	x						HO	Prosjektgruppe «Helsehus» startet utredning desember 2015. Fått kr 300.000,- i tilskudd fra Hdir i 2015.
HO8	Innføring av digitalt nødnett og nytt nasjonalt nødnummer	x	x						HO	01.09.15 ble nytt nasjonalt legevaktnummer 116117 innført i Kvæfjord som i resten av landet. LV-sentralen i Harstad besvarer dette 24/7.

										23.02.16 er dato for innfasing av de nye radioterminalene i Troms, og AMK-Tromsø er klar for å ta i bruk det nye nødnettet denne dato. Alle legene i Kvæfjord, samt hjelpepersonell vil på dette tidspunkt ha gjennomgått opplæring. Utsettelse til høsten mtp nødnett-kontrollrom ved legevaktsentralen i Harstad.
HO-9	Etablere et rehabiliteringsteam og øke fokus på hverdagsrehabilitering. Vurdere tilsetting av andre yrkesgrupper som ergoterapeut i direkte pleie Systematiske fallforebyggende tiltak hos eldre	x	x	X x					HO	Rehabteam er etablert med fysioterapeut, ergoterapeut og personale på Boas. Utarbeidet mal for hab/ rehabplan som er lagt i Profil og er tatt i bruk i 2016- jfr krav om rapportering ift rehabilitering i og utenfor institusjon i KOSTRA-rapportering. Ikke systematisk fokus på hverdagsrehabilitering pt.
HO-10	Vurdere, og evt. etablere egen tildelingsenhet/ koordinerende enhet		x						HO	Vurdert, men ikke lagt fram for politisk behandling. Koordinerende enhet er fortsatt i helse- og omsorgsadministrasjonen, samt i administrativ ansvarsgruppe.
HO-11	Etablere et nytt avlastning/opptreningstilbud med minimum 10 plasser		(x)	x	x				HO	Vurderes sammen med HO-7 «Helsehus»-utredning
HO-12	Legge til rette for fritid med bistand	x	x	x	x	x	x	x	HO	Fritid med bistand er et godt alternativ til støttekontakt, og vurderes som alternativ/ benyttes ved nye søknader og ved revurdering av tidligere søknader om støttekontakt.
HO-13	Etablere kreft- og smerteteam Kreftkoordinator i 20% stilling	x	x						HO	Kreftsykepleier ble tilsatt i sykepleietjenesten fra februar 2015. Hun gikk inn i 20% koordinator fra 1.9.2015. Det er også etablert kreftteam og ressursgruppe kreft fra høsten 2015.

HO-14	Utarbeide egen Boligsosial plan for utsatte grupper			x					HO/KO/ØK/KE	Søkt om rusmidler for utarbeiding av boligsosial plan i 2016
HO-15	Opprette akuttplasser ift personer med psykiske lidelser			x					HO	Ses i sammenheng med avtale om KAD-plasser i samarbeid med Harstad kommune når det innføres betalingsplikt for pasienter med rus- og psykiske lidelser fra spesialisthelsetjenesten fra 2017.
HO-16	Videreføre samarbeidsarenaer mellom kommunale enheter og spesialisthelsetjenesten	x	x	x	x	x	x	x	HO	Deltar i Samarbeidsforum mellom UNN Harstad og lokalsykehuskommuner (somatikk) og Samarbeidsforum rus og psykisk helse. Møter 2 ganger årlig. Representanter i hhv i utvalg for habilitering, og i etablering av «Samhandlingsbarometeret» fra 2015.
HO-17	Stillingen som rusfaglig medarbeider omgjøres til 100% fast stilling		x						HO	Fast i budsjettet fra 2016. Søkt om ytterligere tilskudd til ny stilling fra 2016 pga økt arbeidsomfang.
HO-18	Flere institusjonsplasser til den økende gruppa eldre med demenssykdom							x	HO	.. jfr utredning «Helsehus»
HO-19	Omstillingsprosjekt nedbygging ift vertskommuneinnbyggere		x	x					HO/KK	
HO-20	Etablere døgntilbud øyeblikkelig hjelp	x	x						HO	Etablert i hht inngått avtale med Harstad kommune fra juni 2014. Tilskudd for KAD-senger inngår i kommunal ramme fra 2016.
HO-21	Etablere bo-treningstilbud/ overgangsbolig til unge med spesielle behov			x					HO	Ikke påbegynt
HO-22	Styrke bruker- og pårørendearbeidet for ulike grupper	x	x	x					HO	Pårørendeskole i samarbeid med Harstad og samtalegruppe

										pårørende til personer med demens v. demenskoordinator Invitert til pårørendegruppe på sykehjemmene
HO-23	Ta i bruk Mobil Omsorg – egen prosjektleder Styrke IT-kompetansen i helse- og omsorgsavdelinga Egen IT-ressurs og økt satsning på velferdsteknologi	x x x	x x x	 x x	 x	 x	 x		HO/IT	Mobil Omsorg tatt i bruk i sykepleietjenesten og natt-tjenesten fra 1.12.20215. ... .
HO-24	Nytt elektronisk pasientjournalsystem (EPJ) legekontoret			x					HO/ IT	Planlegger forprosjekt våren 2016 for å initiere dette arbeidet.
HO-25	Systematisk avvikshandtering på system- og organisasjonsnivå	x	x	x	x	x	x	x	HO	Etablert avvikssystem med melding via epost til arbeidsgruppe som fanger opp avvik og sender videre. Utarbeidet rutine for systemavvik i 2015.
HO-26	Ta i bruk trådløst nettverk i kommunale bygg		x						HO/IT	.. ikke iverksatt
HO-27	Videre satsing på ulike arbeidstidsordninger og heltidsstillinger	x	x	x	x	x	x	x	HO/ PK	Prøvd ut ulike arbeidstidsordninger i prosjekt «Saman for ein betre kommune» på Kvæfjordheimen. Prosjektet avslutta 2015.
HO-28	Oppdatere kompetanseplan for helse- og omsorg		x						HO	Oppdatert 2015.
HO-29	Kjøp av tjenester/samarbeid med andre vurderes i hht lovverk, økonomi/kostnad, kvalitet og hva som er praktisk gjennomførbart i hvert enkelt tilfelle eller gjennom inngåelse av rammeavtaler	x	x	x	x	x	x	x	HO	Fortløpende arbeid.

Evaluering 2017: (ELD 24/17, LEV 22/17)

HO-nr	Tiltak	-14	-15	-16	-17	-18	-19	-20	Ansv. *)	Evaluering pr 25.09.2017
HO-1	«Oversikt over folkehelsa...» oppdateres årlig og benyttes som grunnlag i alt planarbeid	x	x	x	x	x	x	x	KO	Oppdatert 2016, men ikke publisert
HO-2	Oversikt over tilbud og aktivitet i lokale lag og foreninger på kommunens hjemmeside	x	x	x	x	x	x	x	KO	Ikke på kommunens hjemmeside. På Visit Kvæfjord (www.visitkvaefjord.no) ligger pt en del aktiviteter, ikke lag og foreninger enda. Ansvar for å holde oversikt ivaretas av frivilligsentralen.
HO-3	Systematisk samarbeid og avtaleinngåelse med lag og foreninger i forhold til folkehelsearbeid	x	x	x	x	x	x	x	KO	I bero
HO-4	Egen tiltaksplan for barn og unge med resultatene fra Ungdataundersøkelse 2014 som grunnlag	x	x						KO	Ikke i egen plan, men funn fra Ungdataundersøkelsen følges opp av helsesøstertjenesten, skoleverket mm Ny Ungdataundersøkelse i 2018
HO-5	Etablere tverretatlig prosjekt ift ansatte som står i fare for å bli sykemeldt eller akkurat har blitt sykemeldt		x						HO/ KO/ nav/P K	Startet opp mars 2015. Avsluttet juni 2015 (12 ukers oppfølging). Videreført i ordinær drift med fri fra jobb inntil 2t/ uke i 12 uker for å delta.
HO-6	Økt stillingsressurs i Frisklivsentralen- 50 % stilling		x						HO	30% stillingsressurs vedtatt f.o.m. 01.01.16, med økning til 50% stillingsressurs 01.01.17. Stillingen er besatt.
HO-7	Vurdere samlokalisering fysio/ ergo/rehabtilbud og evt lege	x	x						HO	«Helsehus» oppstart utredning desember 2015 Program- og skisseprosjekt 05.12.16- 31.07.17-OK Forprosjekt 26.06.17- 22.12.17 – i gang

										Anbud og kontrahering 08.12.17- 27.03.18 med endelig vedtak om bygging i kommunestyremøte 12.3.18
HO8	Innføring av digitalt nødnett og nytt nasjonalt nødnummer	x	x						HO	01.09.15 ble nytt nasjonalt legevaktnummer 116117 innført i Kvæfjord som i resten av landet. LV-sentralen i Harstad besvarer dette 24/7. 23.02.16 var dato for innfasing av de nye radioterminalene i Troms, og AMK-Tromsø er klar for å ta i bruk det nye nødnettet. Alle legene i Kvæfjord, samt hjelpepersonell vil på dette tidspunkt ha gjennomgått opplæring. Nødnett i drift frafra våren 2016. Go-live for kontrollrom ved legevaktsentralen i Harstad fra januar 2017.
HO-9	Etablere et rehabiliteringsteam og øke fokus på hverdagsrehabilitering. Vurdere tilsetting av andre yrkesgrupper som ergoterapeut i direkte pleie Systematiske fallforebyggende tiltak hos eldre	x	x	X x					HO	Rehabteam er etablert med fysioterapeut, ergoterapeut og personale på Boas. Utarbeidet mal for hab/ rehabplan som er lagt i Profil og er tatt i bruk i 2016- jfr krav om rapportering ift rehabilitering i og utenfor institusjon i KOSTRA-rapportering. Ikke opprettet ny ergoterapeutstilling Eget Frie Midler-prosjekt om hverdagsmestring i 2017 Ikke systematisk fokus på fallforebyggende arbeid
HO-10	Vurdere, og evt. etablere egen tildelingsenhet/ koordinerende enhet		x						HO	Helse- og omsorgsadministrasjonen ivaretar fortsatt funksjonene til koordinerende enhet.
HO-11	Etablere et nytt avlastning/opptreningstilbud med minimum 10 plasser		(x)	x	x				HO	Vurderes sammen med HO-7 «Helsehus»-utredning

HO-12	Legge til rette for fritid med bistand	x	x	x	x	x	x	x	HO	Fritid med bistand er et godt alternativ til støttekontakt, og vurderes som alternativ/ benyttes ved nye søknader og ved revurdering av tidligere søknader om støttekontakt.
HO-13	Etablere kreft- og smerteteam Kreftkoordinator i 20% stilling	x	x						HO	Kreftsykepleier med 20% stilling som koordinator ble tilsatt i sykepleietjenesten i 2015. Ny sykepleier ansatt fra vår 2017. Det er også etablert kreftteam og ressursgruppe kreft fra høsten 2015.
HO-14	Utarbeide egen Boligsosial plan for utsatte grupper			x					HO/KO/ØK/KE	Boligsosial plan er naturlig del av boligpolitisk plan. Egen arbeidsgruppe er nedsatt av kommunestyret i PS 33/17. Ikke startet arbeidet enda.
HO-15	Opprette akuttplasser ift personer med psykiske lidelser			x					HO	KAD-avtalen med Harstad kommune m. flere dekker også rus og psykiatri-plasser fra 2017. (se også HO-20)
HO-16	Videreføre samarbeidsarenaer mellom kommunale enheter og spesialisthelsetjenesten	x	x	x	x	x	x	x	HO	Deltar i Samarbeidsforum mellom UNN Harstad og lokalsykehuskommuner (somatikk) og Samarbeidsforum rus og psykisk helse. Møter 2 ganger årlig. Pårørendeskole demens i samarbeid Unn, Harstad kommune Deltar i prosjekt om etablering av FACT-team med Harstad og Skånland kommuner og UNN Harstad ved SPHR fra 2017. Representanter i hhv utvalg for habilitering, og i referansegruppa for «Samhandlingsbarometeret» fra 2015.
HO-17	Stillingen som rusfaglig medarbeider omgjøres til 100% fast stilling		x						HO	Fast i budsjettet fra 2016. Søkt om ytterligere tilskudd til ny stilling fra 2016 pga økt arbeidsomfang.

HO-18	Flere institusjonsplasser til den økende gruppa eldre med demenssykdom							x	HO	.. jfr utredning «Helsehus»
HO-19	Omstillingsprosjekt nedbygging ift vertskommuneinnbyggere		x	x					HO/KK	
HO-20	Etablere døgntilbud øyeblikkelig hjelp	x	x						HO	Etablert i hht inngått avtale med Harstad kommune fra juni 2014. Tilskudd for KAD-senger ligger inne i kommunal ramme fra 2016.
HO-21	Etablere bo-treningstilbud/ overgangsbolig til unge med spesielle behov			x					HO	Ikke hatt etterspørsel, unge velger annerledes.
HO-22	Styrke bruker- og pårørendearbeidet for ulike grupper	x	x	x					HO	-Pårørendeskole i samarbeid med Harstad og samtalegruppe pårørende til personer med demens v. demenskoordinator -Møteplassen AS for unge med Aspergers syndrom i samarbeid med Harstad kommune -Pårørende møteplass i samarbeid med Harstad, LMS og brukerorganisasjoner ift personer med psykiske lidelser
HO-23	Ta i bruk Mobil Omsorg – egen prosjektleder Styrke IT-kompetansen i helse- og omsorgsavdelinga Egen IT-ressurs og økt satsning på velferdsteknologi	x x x	x x x	 x x	x	x	x		HO/IT	Mobil Omsorg tatt i bruk i sykepleietjenesten og natt-tjenesten fra 1.12.2015. Kvæfjord deltar i "Dokumentasjonsprosjektet" i regi av USHT for å bedre kvalitet på elektronisk pasientjournal Velferdsteknologiprosjekt sammen med Harstad og Skånland fra 2017
HO-	Nytt elektronisk pasientjournalsystem			x					HO/	Tatt i bruk System X mars 2017.

24	(EPJ) legekontoret								IT	
HO-25	Systematisk avvikshandtering på system- og organisasjonsnivå	x	x	x	x	x	x	x	HO	Etablert avvikssystem med melding via epost til arbeidsgruppe som fanger opp avvik og sender videre. Utarbeidet rutine for systemavvik i 2015.
HO-26	Ta i bruk trådløst nettverk i kommunale bygg		x						HO/IT	Vi har foreløpig trådløs sone på BOAS i fellesareal og i fellesareal på Kvæfjordheimen. Begge med publikumstilgang. Er i starten på et ganske omfattende trådløsprosjekt og kommer til å utvide tilgang til alle bygg innen rimelig tid. Det er imidlertid enda noen investeringer som må gjøres i fht kabling og annen infrastruktur som antageligvis gjør at noe av dette må skyves over til neste budsjettår.
HO-27	Videre satsing på ulike arbeidstidsordninger og heltidsstillinger	x	x	x	x	x	x	x	HO/ PK	Prøvd ut ulike arbeidstidsordninger i prosjekt «Saman for ein betre kommune» på Kvæfjordheimen. Prosjektet avslutta 2015.
HO-28	Oppdatere kompetanseplan for helse- og omsorg		x						HO	Oppdatert 2015, 2016.
HO-29	Kjøp av tjenester/samarbeid med andre vurderes i hht lovverk, økonomi/kostnad, kvalitet og hva som er praktisk gjennomførbart i hvert enkelt tilfelle eller gjennom inngåelse av rammeavtaler	x	x	x	x	x	x	x	HO	Fortløpende arbeid. Har pt 2 BPA-avtaler med private tjenesteleverandører.

Vedlegg 1: Oversikt over enheter i Kvæfjord kommune som inngår i helse- og omsorgsplanen pr 1.1.2014

(organisert etter samme kapittelinndeling som innholdsfortegnelsen. Tallet foran tjenesten viser til kapittel der tjenesten omtales i planen)

Tjeneste	Antall årsverk pr 1.1.2014	Type brukere	Kjerneoppgaver	Merknad
4.0 Folkehelsearbeid	0,5 konsulent	Alle innbyggere i Kvæfjord	Planarbeid	Tilknyttet KO-sjefens kontor
5.0 Kommunale helse- og omsorgstjenester				
5.2 Forebyggende helsetjenester				
5.2.1 Helsestasjon-skolehelsetjeneste	3,0 helsesøstre 1,0 miljøterapeut 0,2 jordmor	Alle innbyggere i Kvæfjord	forebyggende arbeid barn og unge 0-18 år	Inkl 1 flyktninghelsesøster
5.2.2 Frisklivssentral	0,2 fysioterapeut	Alle etter henvisning	Tidlig forebygging	Tilknyttet fysioterapien
5.3 Legetjenester i kommunene	3,0 leger 1,0 turnuslege 3,0 helsesekretær	Alle innbyggere i Kvæfjord	Kurativt legearbeid	2 privatpraktiserende leger m. kommunale bistillinger i helsestasjon og sykehjem
5.3.1. Kommunal (KL) og interkommunal legevakttjeneste (IKL)	Etter IK-turnusplan for vakthavende leger	Alle innbyggere i Kvæfjord (KL) Harstad, Lødingen, Kvæfjord (IKL)	Akutte helsetjenester / legevaktsarbeid	KL: kl 16-20 på hverdager IKL: lokalisert i Harstad kveld, natt, helg
5.4 Rehabilitering				
Fysioterapitjenester	3,12 fysioterapeuter 1,0 turnusfysioterapeut	Alle innbyggere i Kvæfjord	Alle med behov for fysioterapi	+ 1 privatpraktiserende fysio. med driftsavtale
Ergoterapitjenester	1,0 ergoterapeut	Alle innbyggere i Kvæfjord	Alle med behov for ergoterapi	
5.5 Pleie- og omsorgstjenester				

5.5.1 Sykepleietjenesten	23,20 sykepleiere/ helsefagarbeidere o.a	Alle m. behov for helse-tjenester i eget hjem	Helsehjelp, praktisk bistand	Inkl leder, kontoansatt og hjemmehjelpere
Korttidsplasser på Boas (tidl Trastad)	4,14 sykepleiere/ helsefagarbeidere			4 plasser flyttet til Boas 1.4.2014
Kommunale omsorgsboliger; BOAS, Mini-Boas, Langvassbukt	Betjenes av sykepleietjenesten etter individuelle vedtak	23+ 8+ 4 leiligheter	Eldre ift fysiske, psykiske og/ eller sosiale behov for tilrettelagt bolig	Tildeles etter søknad og etter behov
5.5.2 Psykisk helse og rus				
Psykiatritjenesten	4,0 miljøterapeuter	Personer m. psykiske og/ eller rusproblemer		1,0rusfaglig medarbeider i prosjektstilling
- Møteplassen	Betjenes av psykiatritjenesten	Personer m. psykiske helseproblemer	Lavterskeltilbud	
5.5.3 Institusjonstjenester				
Kvæfjordheimen sykehjem	26,09 sykepleiere/ helsefagarbeidere o.a.	24 institusjonsplasser (27 plasser fra 1.4.14)	Helsehjelp	Planlagt å benytte 2-4 plasser til korttidsopphold
Husby sykehjem	11,24 sykepleiere/ helsefagarbeidere o.a.	9 institusjonsplasser	Tilrettelagt for personer med demenssykdom	
Korttids/ avlastningsenhet-på BOAS	Betjenes av sykepleietjenesten	4 korttidsplasser fra 1.4.14	Personer med behov for korttidsopphold ift utskrivning fra sykehus, rehab.,avlastning	
5.5.4 Personer m. utviklingshemming				
- Huby bosenter	13, 21	11 (12 fra 1.2.14)	Eldre personer med utviklings-hemming og somatisk lidelse	heldøgnsomsorg
- Kveldro bosenter	17,20	10	Eldre personer m. utviklings-hemming og demenssykdom	heldøgnsomsorg
- Omsorgsgruppe Husby	15,60	8	Personer m.utviklingshemming	
- Omsorgsgruppe Trastad	29,00	17	Personer m.utviklingshemming	
- Omsorgsgruppe Berg	24,21	20 + 2	Personer m.utviklingshemming	Inkl avlastning ungdom
- Omsorgsgruppe Borkenes	27,41	10 (9 fra 1.2.14)	Personer m.utviklingshemming	
- Miljøarbeidertjenesten	6,04	10	Personer m.utviklingshemming	Gir også tilbud til andre grupper
5.5.5 Nattjenesten	20,06	institusjon og åpen omsorg (Inkl Boas)	Alle med behov for bistand på natta	inkl leder på dagtid
5.5.6 Døgntilbud øyeblikkelig hjelp	Ikke opprettet pr 1.1.2014			Søkt om tilskudd som et IK-samarbeid med Harstad

Vedlegg 2 Sentrale definisjoner og begrep i helse- og omsorgsplanen

Helsefremmende arbeid er definert som den prosess som gjør folk i stand til å styrke og bevare sin helse. Helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer og med lokalmiljøet rundt oss. Arbeidet skal bygge på fem grunnleggende prinsipper; å bygge opp en sunn helsepolitikk, å skape støttende miljø, å styrke lokalsamfunnets muligheter for handling, å utvikle personlige ferdigheter og å tilpasse helsetjenesten i en helsefremmende retning (Ottawacharteret, 1986). Det helsefremmende arbeidet bygger på aktiv medvirkning fra folk selv, i motsetning til mer «ekspertstyrt» sykdomsforebygging (Mæland, 2005).

1. Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
2. Ottawacharteret (1986). *Ottawacharteret.* Geneve: WHO. Hentet fra: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Forebyggende arbeid tar utgangspunkt i kjente risikofaktorer for sykdom og svekket helse i befolkningen, og innebærer arbeid med å fjerne, redusere, begrense eller stenge slike faktorer ute. Det forebyggende arbeidet rettes mot både årsaker til individuell sykdom og mot årsaker til sykdom og svekket helse i befolkningen. Årsaker til individuell sykdom og sykdommer i befolkningen har hver sin korresponderende forebyggingsstrategi; den individrettede høyrisikostrategien og den befolkningsrettede strategien (populasjonsmetoden) (Mæland, 2005).

Forebygging kan skilles i tre nivåer:
(Prop. 90 L (2010–2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

1. ***Primærforebygging*** innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunn helseadferd, vaksinasjon og ulykkesforebygging.
2. ***Sekundærforebygging*** handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Denne kan igjen inndeles i tre nivåer:
    1. Innsats i symptomfri fase, slik som screening av antatt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling eller betydelig risiko, som muliggjør henvisning til effektiv behandling. Dette kan kalles folkehelsetilnærmingen til sekundærforebygging. Eksempler er screeningprogrammer som celleprøve fra livmorhalsen og mammografi.
    2. Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse. Dette kalles tidlig intervensjon. Ett eksempel er tiltak overfor ungdom som eksperimenterer med narkotika.
    3. Innsats i klinisk, symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom. Dette kan kalles den kliniske tilnærmingen til sekundærforebygging. Ett eksempel er tiltak i form av livsstilspåvirkning og/eller legemiddelbehandling etter gjennomgått hjerteinfarkt for å hindre nytt infarkt.
3. ***Tertiærforebygging*** innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Eksempler kan være trening og tilrettelegging av livssituasjonen ved cerebral parese eller etter et hjerneslag.

Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsebegrepet. Sekundærforebygging i symptomfri fase er en del av folkehelsearbeidet. Tidlig intervensjon kan også være det, mens sekundærforebygging i symptomgivende fase faller utenfor.

Rehabilitering og habilitering (lovdata): *Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Forskjellen på habilitering og rehabilitering handler om skaden/tilstanden er medfødt (habilitering) eller ikke (rehabilitering).*

Hverdagsrehabilitering (helse og omsorgsdep.): *Istedenfor bare passivt å sette inn kompenserende tiltak etter hvert som funksjonsevnen avtar, settes det inn mye ressurser i starten, i håp om å bryte en ond sirkel og hindre eller redusere konsekvensene av et videre problemforløp. Istedenfor å heve terskelen for å få hjelp og bare konsentrere ressursinnsatsen om «de som trenger det mest», blir strategien å drive oppsøkende virksomhet og tidlig oppsporing og intervensjon som utgangspunkt for opptrening og hjelp til selvhjelp ut fra den enkeltes ønsker og mål.*

Velferdsteknologi kan deles i fire kategorier: (Meld.St.29 s 111)

Trygghets- og sikkerhetsteknologi; skaper trygge rammer. Eks. trygghetsalarmer, varslings- og lokaliseringsteknologi, ulike former for sensorer.

Kompensasjons- og velværeteknologi; når hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Eks styring av lys og varme

Teknologi for sosial kontakt: bistår mennesker å komme i kontakt med andre, eks videokommunikasjonsteknologi

Teknologi for behandling og pleie: gir en mulighet til å mestre egen helse ved sykdom. Eks automatisk måling av blodtrykk, puls, blodsukker