

Trygge eldre i Evenes 2015-2018



**En tiltaksplan utarbeidet i prosjektet
«Trygg i Nordland - pilot Ofoten»**



Januar 2015

Innholdsfortegnelse

1 BESKRIVENDE DEL	5
1.1 INNLEDNING	5
1.2 PROSJEKTET OG PLANARBEIDET	5
1.2.1 Bakgrunn, mål og prosess	5
1.2.2 Noen definisjoner.....	6
1.3 DEN ALDRENDE BEFOLKNING	6
1.3.1 «Eldrebølgen»; Befolkningsstatistikk og prognoser.....	6
1.3.2 Eldres helse	7
1.3.3 Eldre som ressurs i frivillig arbeid	8
1.4 SKADEBILDE OG RISIKOFAKTORER	9
1.4.1 Hvorfor skader eldre seg mer enn andre?	9
1.4.2 Hvor og hvordan skader de eldre seg?	9
1.4.3 Hvilke grupper blant de eldre er mest utsatt?	9
1.4.4 Hva kan vi forvente i de kommende tjue år?	10
1.5 LOVVERK, NASJONALE MÅL OG FØRINGER	11
1.5.1 Plan - og bygningsloven.....	11
1.5.2 Helse - og omsorgstjenesteloven	11
1.5.3 Folkehelseloven.....	11
1.5.4 Ulykker i Norge; Nasjonal strategi 2009-2014	12
1.6 KOMMUNENS OPPGAVER	13
1.6.1 Samfunns – og folkehelseplanlegging	13
1.6.2 Miljørettet helsevern, skadeforebygging og universell utforming.....	13
1.7 EKSEMPEL PÅ TILTAK	13
1.7.1 Bevisstgjørende, holdningsskapende og kompetansehevende tiltak.....	13
1.7.2 Fysiske og teknologiske tiltak i boliger, institusjoner mv.....	13
1.8 SITUASJONSBESKRIVELSE EVENES KOMMUNE	14
1.8.1 Folkehelseprofil 2014 for Evenes kommune	14
1.8.2 Personskader i Evenes registrert ved UNN Harstad 2009 – 2013	14
1.8.3 Skader hos personer 65 år og eldre.....	15
1.8.4 Registrering av fall i institusjon og omsorgsbolig.....	16
1.8.5 Eksisterende forbyggende og helsefremmende aktiviteter	17
2 TILTAKSPLAN.....	18
2.1 Informasjons- og holdningsskapende tiltak	18
2.2 Kompetansehevende tiltak	18
2.3 Tiltak for hjemmeboende eldre	19
2.4 Tiltak for eldre i institusjon	20

3 PRIORITERINGER OG KOSTNADSOVERSLAG	21
3.1 PRIORITERINGER - KORTSIKTIGE TILTAK 2015.....	21
3.2 PRIORITERINGER - HANDLINGSPROGRAMPERIODE: 2016–2018	22

SAMMENDRAG

«Trygge eldre i Evenes» er et eldresikkerhetsprosjekt som hadde sin oppstart i Evenes kommune 17.02.14. Prosjektgruppa har bestått av: Stine Fedreheim (leder sykehjem og prosjektleder), Gunnar Bergvik (helse- og omsorgsleder), Janne Lyngmo (ansatt hjemmetjenesten), Ann Kristin Skånhaug (leder hjemmetjenesten) og Asbjørn Pettersen (repr. fra Pensjonistforeninga).

Prosjektet har vært delt inn i en startfase med skolering og kompetansebygging. Deretter en mellomfase med kartlegging og drøfting av muligheter for iverksetting av enkle tiltak. Avslutningsfasen innebærer formidling av resultater som blant annet utgjøres av foreliggende tiltaksplan.

Prosjektgruppa har kartlagt hvilken skaderegistrering som finnes for Evenes kommune. Vi har kartlagt at det pr idag ikke gjøres lokal skaderegistrering på vårt legekontor/legevakt. UNN Harstad har drevet med systematisk skaderegistrering siden 1985 og har utviklet en unik skadadatabase, som er en viktig kilde til forskning og planlegging av tiltak. Prosjektgruppen har fått tilgang til Evenes-data fra UNN Harstad. Prosjektgruppen har sørget for iverksetting av en tidsavgrenset fallregistrering på Evenes syke- og bygdeheim og i tilstøtende omsorgsboliger for kartlegging av lokale falldata. Tallene fra denne kartleggingen viser at vi i de første tre månedene hadde 41 fall på sykehjemmet, hvor pasientene pådro seg små sår, smerter og engstelse for nye fall.

Fall er den vanligste skadeårsak for innleggelse av eldre på sykehus. Tall fra UNN viser at det har vært relativt få hoftebrudd i Evenes de senere år, med i alt 20 brudd i perioden 2009-2013. Hoftebrudd er en stor belastning for den det gjelder. Helse- og omsorgskostnader knyttet til hoftebrudd første år etter brudd er beregnet til 500 000 kr, hvor 50 % dekkes av staten (sykehus), 38 % av kommunen, og resterende 12 % deles mellom stat/kommune (rehabilitering). På landsbasis skjer det ca. 9000 hoftebrudd pr år, hvor gjennomsnittsalder er 80 år. 70 % av bruddene rammer kvinner.

Prosjektgruppen foreslår sikkerhetsforebyggende tiltak som er inndelt i informasjons- og holdningsskapende tiltak, kompetansehevende tiltak og tiltak for hjemmeboende eldre og eldre på institusjon. Prosjektgruppen ser det som nødvendig å satse på kunnskapsbaserte tiltak i tiden fremover for å bedre eldresikkerheten for våre innbyggere. Vi foreslår at den interkommunale legevakten i ETS bør starte med lokal skaderegistrering for å få den nødvendige oversikten og dermed kunne tilpasse lokale tiltak i forebyggingsarbeidet. Vi ser det også som viktig med opprettelse av en ergoterapeutstilling i Evenes som kan jobbe tverrsektorielt med forebyggende arbeid i form av f eks forebyggende hjemmebesøk. Ergoterapeuten vil kunne brukes i direkte pasientrettet arbeid for å skaffe til veie nødvendige hjelpemidler, tilpasning av boligsituasjonen og hverdagsliv, samt kompetanseheving blant våre ansatte. Sandstrøingsordningen som i dag er etablert i kommunen, foreslår vi omgjøres til en abonnementsordning der hjemmetjenesten tildeler ordningen, mens frivillige kjører sandbøtta direkte hjem på trappa til de som trenger det. På institusjonen og i hjemmetjenesten bør vi innhente kunnskap om bruk av velferdsteknologi for en tryggere hverdag for våre brukere. Bruk av fallalarm og bevegelsessensorer vil kunne varsle personalet om pasienter som f eks står opp midt på natten, slik at personalet kan komme til unnsetning før fallet skjer.

Noen tiltak kan iverksettes uten kostnader, blant annet som følge av forventet frivillig innsats, mens andre tiltak krever innpass på fremtidige budsjetter.

Det vil være en stor gevinst for Evenes ved å rette fokus mot skadeforebyggende arbeid. De fleste hoftebrudd rehabiliteres på institusjon, og en reduksjon i bruk av korttidsopphold på institusjon vil være besparende. Selve bruddet er ikke bare en samfunnsøkonomisk belastning, men også en stor personlig belastning.

1 BESKRIVENDE DEL

1.1 INNLEDNING

Foreliggende tiltaksplan er blitt utarbeidet som en sluttrapport fra kommunens deltakelse i prosjektet "Trygg i Nordland - pilot Ofoten". Planen forutsettes å bli gjenstand for politisk behandling og bli en del av kommunens grunnlag i det videre folkehelsearbeid for ivaretagelse av eldres trygghet og sikkerhet.

«Trygg i Nordland - pilot Ofoten» er blitt utviklet og ledet av NORSAFETY. Prosjektet er støttet av Nordland fylkeskommune med hjemmel i fylkeskommunens plan for folkehelsearbeid. Prosjektet har også mottatt støtte fra Fylkesmannen i Nordland og Helse Nord RHF.

Følgende fire kommuner har deltatt i prosjektet: Evenes, Tjeldsund, Narvik og Ballangen. Prosjektet har hatt en varighet på vel ett år, med start senhøsten 2013 og avslutning med utgangen av 2014.

Ulykkesskader er blant de største folkehelseproblemene i Norge og eldre rammes i høyere grad enn andre aldersgrupper. Ulykker har i siste 10-årsperiode krevd ca. 1 800 liv hvert år og rundt 540 000 har årlig måttet oppsøke medisinsk behandling som følge av ulykke-sskader.

Eldre over 65 år utgjør 15 % av den totale befolkning, men utgjør 60 % av alle ulykker med dødelig utgang. Andelen eldre over 80 år vil øke sterkt i løpet av de kommende 15-20 år. Dette betyr også at antallet eldre med betydelige funksjonsvansker vil øke betraktelig fram mot 2030. Bare i Nordland fylke vil antallet eldre over 80 år øke med 6 217 personer i løpet av de kommende 15 år. Dette vil være en stor utfordring for kommunenes helse - og omsorgstjeneste, men kanskje enda mer for den skadeforebyggende og sikkerhetsfremmende virksomhet.

Det vil være mange lidelser, liv og samfunnskostnader å spare dersom man tar denne oppgaven alvorlig nok, tidlig nok.

Foreliggende plan vil forhåpentligvis bidra til en større bevissthet om eldres utsatthet for ulykkesskader og gi en økt forståelse for nødvendigheten av en sikkerhetsfremmende og skadeforebyggende seniorpolitikk i Evenes kommune.

1.2 PROSJEKTET OG PLANARBEIDET

1.2.1 Bakgrunn, mål og prosess

Ofoten regionråd vedtok i juni 2013 å iverksette prosjektet «Trygg i Nordland - pilot Ofoten» med sikte på å styrke det sikkerhetsfremmende og skadeforebyggende arbeid i medlemskommunene. Prosjektet var utviklet av NORSAFETY og støttet av Nordland fylkeskommune. Evenes kommune har valgt å prioritere sikkerhet og trygghet for den eldre befolkning i sitt arbeid med dette prosjektet.

Formålet med denne planen er å skape en bevissthet om risikofaktorer og å bidra til at det iverksettes systematiske tiltak for å skape trygge og sikre forhold for eldre. Planen og tiltakene er forankret i ulike lovverk som blir omtalt senere. Hovedmålet innenfor tiltaksplanens fireårige virketid vil være å redusere forekomsten av alvorligere personskader blant eldre som følge av ulykker.

Plangruppen har bestått av følgende personer: Stine Fedreheim (leder Evenes syke- og bygdeheim og lokal prosjektleder), Gunnar Bergvik (helse- og omsorgsleder), Janne Lyngmo (ansatt hjemmetjenesten), Ann Kristin Skånhaug (leder hjemmetjenesten) og Asbjørn Pettersen (repr. fra Pensjonistforeningen). Gruppen har holdt 7 møter, samt 4 møter i forbindelse med felles kompetansesamlinger. Gruppen avsluttet sitt arbeid i desember 2014 med overlevering av foreliggende plan/rapport.

1.2.2 Noen definisjoner

Med *folkehelse* forstås befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. *Folkehelsearbeid* er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Med *universell utforming* menes utforming eller tilrettelegging av hovedløsningen i de fysiske forholdene, herunder informasjons- og kommunikasjonsteknologi, slik at virksomhetens alminnelige funksjon kan benyttes av flest mulig.

Skadeforebygging er å redusere risikoen for personskader. Det kan for eksempel være tilrettelegging av gang- og sykkelveier, forebyggende hjemmebesøk hos eldre osv. *Sikkerhets-fremmende arbeid* dreier seg om arbeid med hele miljøer og grupper, og ikke bare rettet mot individuell risikoatferd og målrettede tiltak for reduksjon av risiko for personskader.

En *ulykke* er en plutselig, ufrivillig og ikke planlagt hendelse, karakterisert av en plutselig utløsning av en kraft eller påvirkning som kan medføre skade. En *skade* er det konkrete og påvisbare resultat av en ulykke, ytre vold eller selvtført handling med hensikt å skade. En *ulykkesskade* er en ikke villet hendelse der en hurtigvirkende kraft eller annen påvirkning gir skade på materiell eller kropp. Voldsskader og selvpåførte skader regnes derfor ikke som ulykkesskader.

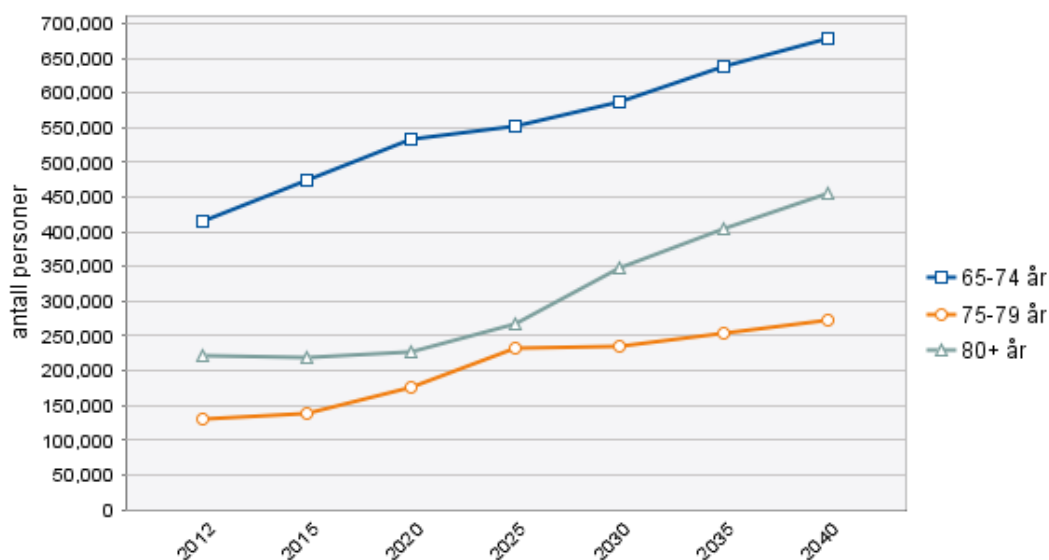
Risiko uttrykker den fare uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø eller materielle verdier. Risikoen uttrykkes ved sannsynligheten for og konsekvenser av disse uønskede hendelser.

1.3 DEN ALDRENDE BEFOLKNING

1.3.1 «Eldrebølgen»; Befolkningsstatistikk og prognoser

Økt levealder og reduserte fødselstall bidrar sammen til en kraftig økning av andelen eldre i Norge og Europa. For 100 år siden var befolkningen kjennetegnet av mange unge og få eldre. I dag ser aldersstrukturen helt annerledes ut. Andelen eldre i befolkningen forventes å stige med 30 % mellom 2010 og 2050. Det innebærer at en fjerdedel av befolkningen vil være 65 år eller eldre i år 2050. Andelen eldre over 65 år utgjør allerede i dag i enkelte av de mindre kommunene over 20 % av befolkningen. I 2011 var ca. 221 000 personer (4,5 %) 80 år eller eldre. Totalt var 742 000 personer (15 %) av befolkningen 65 år og eldre.

Graf: Befolkningsframskriving 2012-2040. Kilde: Statistisk sentralbyrå. Diagram: norges-helsa.no



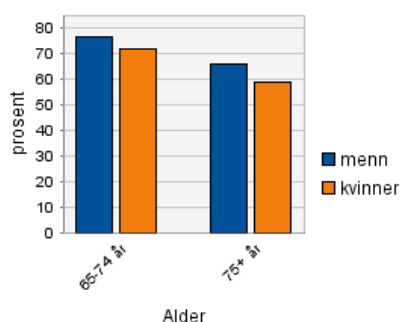
Graf: Antall innbyggere over 80 år, Nordland fylke 2009-2030

I Nordland vil aldersgruppen over 65 år øke fra 18,48 % i 2014 til 23,24 % i 2030. Aldersgruppen over 80 år i samme periode vil øke fra 5,03 % i 2014 til 7,06 % i 2030. Fram mot 2040 vil det bli en dobling av antallet eldre over 80 år i Nordland, fra 5,03 % i 2012 til 8,71 % i 2040.

1.3.2 Eldres helse

Risikoen for sykdom og funksjonshemninger øker med alderen. Selv om flere trenger helsehjelp i høy alder, har de fleste eldre likevel en god helse. Blant kvinner og menn i alderen 65-74 år regner to av tre sin helse som god eller meget god. Andelen har steget de siste 20 årene. For den gruppen som har svekket helse, kommer alvorlige helseplager og funksjonstap særlig etter 80-85 år.

Graf: Andelen som mener at de har god eller meget god helse i ulike aldersgrupper (2008)¹



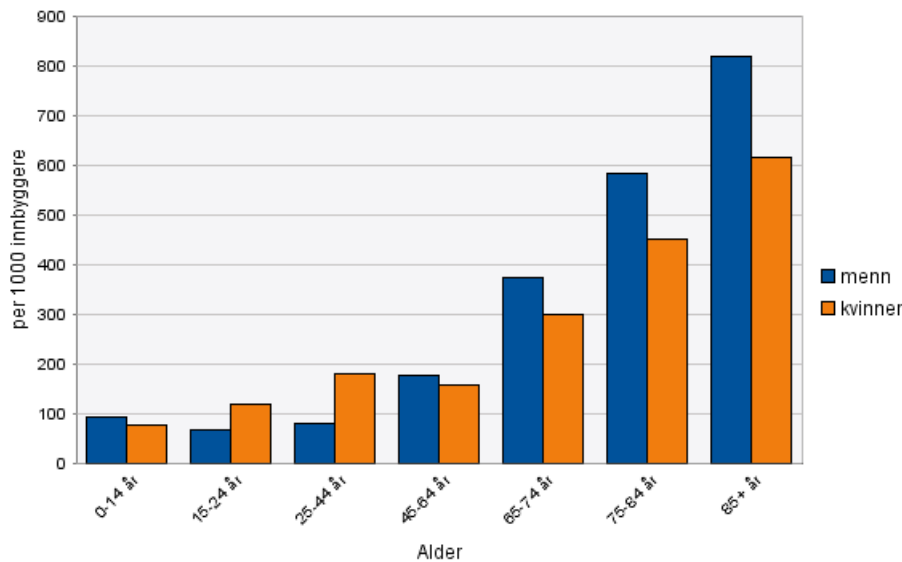
I 75-årsalderen har omtrent hver femte person begrenset funksjon og behov for hjelp. Ved 80 årsalder har hver tredje begrenset funksjon.² Andelen sykehusinnleggelses er klart høyere for 85-åringene enn for 75- og 65-åringene. Eldre menn legges oftere inn på sykehus enn eldre kvinner. I 2001 brukte personer på 67 år og over cirka 47 prosent av sengekapasiteten ved norske somatiske sykehus.

Graf: Antall heldøgnsopphold ved somatiske sykehus, etter alder. Per 1000 innbyggere per år, 2008³

¹ Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, SSB

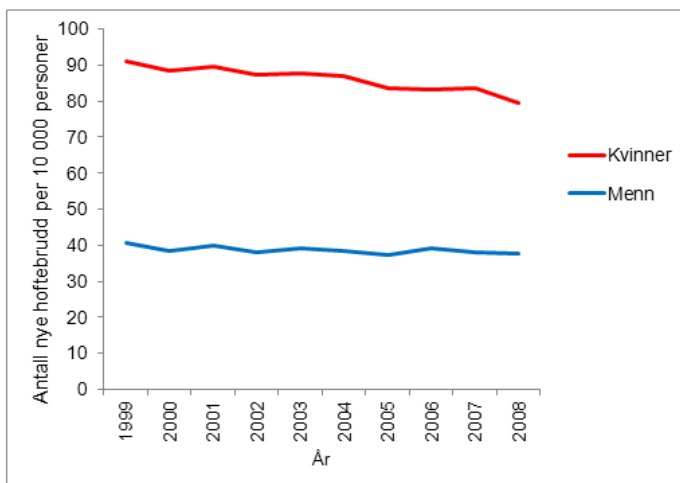
² Daatland, 2009; Folkehelse rapporten 2010.

³ Kilde: Norsk Pasientregister



Hoftebrudd er vanligere i Norge enn i sammenlignbare vestlige land uten at man helt sikkert kan si hvorfor. Hvert år behandles rundt 9000 lårhalsbrudd ved norske sykehus. Dette er et tall som har holdt seg stabilt over de siste 10 år. Risikoen for lårhalsbrudd i den mest utsatte gruppen, det vil si de over 70 år, har gått noe ned. Dette oppveies i antall brudd av at antallet eldre over 70 år har økt og vil fortsette å øke i årene fremover. For den som har hatt et hoftebrudd, er det en betydelig økt risiko for et nytt brudd. Helsetjenestekostnaden for et enkelt brudd er beregnet til rundt 500 000 kr. Kompliserte brudd koster ytterligere noen hundre tusen kroner. Godt forebyggende arbeid når det gjelder fallforebygging blant eldre, vil derfor være en kilde til store besparelser på ulike områder.

Graf: Hoftebrudd i Norge 1999-2008, kvinner og menn⁴



1.3.3 Eldre som ressurs i frivillig arbeid

Morgendagens omsorg og seniorpolitikk i Norge vil preges av en stor og kjøpekraftig generasjon med bedre utdanning, bedre helse, lengre levealder og bedre boforhold, enn tidligere eldregenerasjoner.

⁴ Tone Omsland, Folkehelseinstituttet/Universitet i Bergen

På den ene siden vil de ha bedre forutsetninger for å klare seg selv enn noen annen generasjon før dem. På den andre siden vil de opptre med større kraft og forventninger overfor velferdssamfunnet. Den etter hvert store andel av befolkningen bestående av friske og ressurssterke eldre vil utgjøre et meget stort potensiale for frivillig arbeid. Deltakelse i frivillig arbeid skjer ikke av seg selv, men må stimuleres og vedlikeholdes gjennom systematisk rekruttering, organisering, koordinering, opplæring, motivasjon og veiledning. Dersom de kommunale tjenestene setter av egnet fagpersonell eller samarbeider med ideelle organisasjoner om dette, viser erfaring at en slik investering kan gi en betydelig frivillig innsats.

1.4 SKADEBILDE OG RISIKOFAKTORER

1.4.1 Hvorfor skader eldre seg mer enn andre?

Det er ofte en rekke samvirkende årsaker til hvorfor eldre skader seg oftere enn andre. Man kan ikke finne noen enkeltårsak til hvorfor en ulykkeshendelse oppstår, men det er gjerne en kombinasjon av personlige egenskaper, miljøfaktorer og livsstilsfaktorer. Normal aldring gir nedsatte sansefunksjoner, nedsatt bevegelighet og balanse. Mange blir svekket av demens. Reaksjonsevne og andre kognitive funksjoner kan også være svekket av medisiner eller rusmidler. Mangler ved tilgjengelighet og dårlig tilrettelegging av det fysiske miljø er også en viktig risikofaktor. Det er for lite forskning knyttet til koblinger og sammenhenger mellom «indre faktorer» og omgivelsesfaktorer når det gjelder ulykkesrisiko. Vi vet for eksempel at engstelse og negative forventninger kan bidra til økt fallrisiko for personer som tidligere har vært utsatt for fall. Det er derfor ønskelig med mer forskning på psykososiale og atferdsmessige faktorer, som utløsende for eldreulykker for å få et bedre grunnlag for iverksetting av forebyggende tiltak.

1.4.2 Hvor og hvordan skader de eldre seg?

Eldre over 65 år utgjør ca. 16 % av landets befolkning. Rundt 75 000 personer over 65 år oppsøker lege, legges inn på sykehus eller dør hvert år som følge av en ulykke. I perioden 1999-2002 døde hvert år i gjennomsnitt 1 100 personer på grunn av ulykkeskade i denne aldersgruppen. Rundt 800 av disse dødsfallene skyldtes fallulykker. For samme periode var det totale antall døde på grunn av ulykkeskader i befolkningen ca. 1 700 pr. år. Dødsfall blant eldre forårsaket av ulykke utgjør 65 % av alle ulykkesrelaterte dødsfall.

Fall er den hyppigste årsak til ulykker blant eldre. Om lag én av tre over 65 år og annenhver over 80 år faller hvert år. Halvparten av fallene skjer i bolig eller nærmiljø og de fleste skjer på flatt plan. Fallulykker er hovedårsak til at det årlig er ca. 9 000 hoftebrudd hos personer over 65 år. Rundt 10 % av sengekapasiteten ved sykehusene i Norge brukes til eldre med lårhalsbrudd. Lårhalsbrudd hos eldre medfører ofte varig skade og sykdom, og kostnadene er beregnet til ca. 2 milliarder pr år.

1.4.3 Hvilke grupper blant de eldre er mest utsatt?

Det er spesielt aldersgruppene fra 75 år og oppover som har en høy ulykkes- og skaderisiko. I forhold til flere ulykkestyper skjer det en fordobling av ulykkesrisiko ved denne alderen og det skjer også en

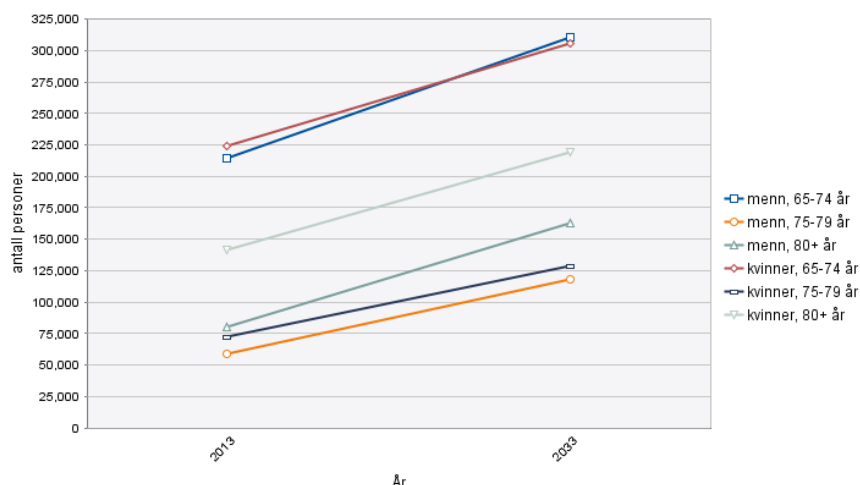
stor økning i alvorlighetsgrad. Eldre kvinner er generelt mer ulykkes- og skadeutsatt enn menn, med unntak for trafikkulykker hvor menn dominerer, spesielt i bilulykker.

1.4.4 Hva kan vi forvente i de kommende tjue år?

Dersom dagens rater opprettholdes, det vil si at vi i 2033 har samme andel skadde eller drepte eldre i ulykker i de ulike aldersgrupper, så kan vi forvente dramatiske økninger i skadetilfeller og dødsfall.

Graf: Forventet økning av antallet eldre i befolkningen fordelt på aldersgrupper og kjønn 2013-2033

Kilde: SSB



Prognose 2033: Antall døde eldre i ulykker

65-74: 123
 75-79: 185
 80+ : 1 292
 65+ : **1 600**

Prognose 2033: Antall skadde eldre uansett årsak og alvorlighetsgrad

65-74: 6 % 36 963
 75-79: 9 % 22 240
 80+ : 18 % 68 822
 65+ : **128 025**

Prognose 2033: Antall lårhals-/hoftebrudd fordelt på alder og kjønn

Alder	65-74	75-79	80+	65+
Alle	0,2 1232	1 % 2471	3 % 11 470	15 172
Menn	0,1	0,5 %	2 %	
Kvinner	0,2	1,2 %	4 %	

Dersom det ikke skjer en generell nedgang i andelen eldre som forulykkes, vil det over 20 år bli en økning på over 70 % eller 55 000 eldre personer som skader seg så alvorlig at de må oppsøke lege eller sykehus. Antallet lårhalsbrudd kan øke fra i dag rundt 9-10 000 pr år til over 15 000. Bare lårhalsbruddene vil utgjøre 2,5 - 3 milliarder i økte helsetjenestekostnader. Det kan påregnes at rundt

1 600 eldre dør på grunn av ulykker i 2033. Dette er tall som kan reduseres betraktelig gjennom gode sikkerhetsfremmende og skadeforebyggende tiltak.

1.5 LOVVERK, NASJONALE MÅL OG FØRINGER

1.5.1 Plan - og bygningsloven

Folkehelse defineres som en del av bærekraftbegrepet og inngår derfor i planlovens formålsparagraf hvor det heter at: «Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner». Folkehelse omtales også i lovens paragraf 3 hvor oppgaver og hensyn i planleggingen presiseres. Her fremheves det at planlegging etter plan- og bygningsloven skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet». Universell utforming er nedfelt i formålsparagrafen hvor det heter at prinsippet om universell utforming skal ligge til grunn for planlegging og kravene til det enkelte byggetiltak.

1.5.2 Helse - og omsorgstjenesteloven

Denne loven trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

«Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.»

I Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg»⁵ presiseres både størrelsen på utfordringene og kompleksiteten, men også nødvendigheten av at det utvikles nye og bedre tjenester med en langt sterkere vektlegging av forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Innovasjon, individuell tilpassing, brukerinnflytelse og frivillighet er bærende begreper og tanker i meldingen. I Stortingsmeldingen «God kvalitet – trygge tjenester»⁶ sies det blant annet at Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeide med å utarbeide en felles forskrift for internkontroll og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenestene. Den nye forskriften skal utdype og tydeliggjøre framstillingen og innholdet i kravene til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Krav knyttet til risikostyring, koordinerte tjenester og årsaksanalyser av uønskede hendelser er eksempler på områder som tenkes tydeliggjort.

1.5.3 Folkehelseloven

Lov om folkehelsearbeid trådte i kraft 1. jan 2012. Loven fastslår at folkehelse er et tverrsektorielt anliggende og ikke som tidligere bare et ansvar for helsetjenesten. Lovens formålsparagraf sier følgende:

«Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid.»

⁵ Meld. St 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

⁶ Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester

Kommunenes ansvar defineres slik i §4:

«Kommunen skal fremme trivsel, psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid med andre sektorer, herunder planlegging.»

Dette innebærer blant annet at folkehelsearbeidet i større grad skal underlegges folkevalgt styring og inngå i kommunens ordinære plan- og styringssystemer.

Lovens kap. 3 omhandler miljørettet helsevern.

«Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.»

I Forskrift om miljørettet helsevern § 4 (fra 2003) sies følgende om kommunens ansvar:

«Kommunen skal arbeide for å fremme folkehelse, og bidra til å sikre befolkningen mot faktorer i miljøet som kan ha negativ innvirkning på helsen, blant annet ved å ivareta hensynet til helse og trivsel i planleggingen etter plan- og bygningsloven og godkjenning av virksomhet etter annet lovverk.»

Den nylig fremlagte folkehelsemeldingen⁷ «God helse - felles ansvar» beskriver Regjeringens mål for folkehelsearbeidet:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

1.5.4 Ulykker i Norge; Nasjonal strategi 2009-2014

”Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009-2014” beskriver hvordan man kan oppnå bedre oversikt og samarbeid i det ulykkesforebyggende arbeidet.

Strategien har to hovedmål. Man skal i løpet av 2014 være i stand til å tallfeste mål for reduksjon av ulykker som medfører personskade og det tverrsektorielle arbeidet med forebygging av ulykker skal forbedres. Strategien har fem delmål:

1. Sikre oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader i Norge, herunder kunnskap om forekomst, årsaksforhold og effektive forebyggende tiltak
2. Videreutvikle det lokale og regionale skadeforebyggende arbeidet
3. Styrke samarbeidet mellom det frivillige, det offentlige og næringslivet
4. Gjennomgå organisering av det ulykkesforebyggende arbeidet på områdene hjem, fritid, opplæring og høyere utdanning, herunder ansvarsdeling og samarbeid
5. Sikre en hensiktsmessig nasjonal organisering av det skadeforebyggende arbeidet

⁷ Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen; God helse-felles ansvar

1.6 KOMMUNENS OPPGAVER

1.6.1 Samfunns – og folkehelseplanlegging

Kommunene har et bredt ansvar for offentlige velferdstjenester. Kommunesektoren har store utfordringer knyttet til samordning, tilgang på kompetanse og arbeidskraft, og innbyggernes forventninger. Kommunesammenslåinger og interkommunalt samarbeid vil få stadig større aktualitet etter hvert som oppgavene øker i omfang og kompleksitet. Den foregående samhandlings- og kommunereform forventes å påskynde en slik utvikling. Det er i kommunene ulykkene skjer, uansett hvem det rammer og årsaksforhold – og det er i kommunene mye av det sikkerhetsfremmende og skadeforebyggende arbeid må foregå.

1.6.2 Miljørettet helsevern, skadeforebygging og universell utforming

Som vist i forrige kapittel er kommunene tillagt et betydelig ansvar for planlegging og tjenesteyting når det gjelder å ivareta ulike hensyn knyttet til folkehelse. Det er i første rekke plan- og bygningsloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, arbeidsmiljøloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven som regulerer kommunenes ansvar når det gjelder skadeforebygging, sikkerhet og tilgjengelighet.

1.7 EKSEMPEL PÅ TILTAK

Effektive og virkningsfulle sikkerhetsfremmende og skadeforebyggende tiltak har gjerne følgende kjennetegn:

- De er informative og holdningsskapende
- De er motiverende og adferdsendrende
- De gir reaksjoner ved brudd eller oppfyllelse

Oftre dreier dette seg om tiltak som kombinerer virkemidler på ulike nivå, gjennom informasjon, fysiske innretninger og lovgivning. Bilbeltepåbud og påbud om brannvarslere i boliger er eksempler på forebyggingstiltak som er blitt lovfestet og allment akseptert. Brudd mot bruk av håndholdt mobiltelefon i bil gir en bot på 1 300 kr. Dette er åpenbart ikke en tilstrekkelig reaksjon ettersom det brytes flittig mot denne forskriften. Dette tilsier at det også må være en god «balanse» mellom de ulike virkemidler for å oppnå ønsket atferdsendring.

1.7.1 Bevisstgjørende, holdningsskapende og kompetansehevende tiltak

Dette dreier seg om tiltak med stor spennvidde, alt fra enkle informasjonsbrosjyrer til mer påkostede nasjonale kampanjer og fra dagseminarer til kurs og kompetansegivende studietilbud. Fellesnevneren er at det er tiltak som har til hensikt å formidle relevant forsknings- og erfaringsbasert kunnskap og bygge kompetanse på planlegging, iverksetting og evaluering av tiltak. Enkelte tiltak vil ha karakter av «ren folkeopplysning» og rette seg mot befolkningen i sin alminnelighet mens andre vil være mer spesifikke og rette seg mot fagpersoner og/eller brukergrupper av ulikt slag. Mange utviklingsprosesser vil med nødvendighet måtte starte med denne type tiltak for å skape mening, motivasjon og et nødvendig kunnskapsgrunnlag.

1.7.2 Fysiske og teknologiske tiltak i boliger, institusjoner mv.

Universell utforming er en lovfestet forpliktelse i all samfunnsplanlegging, men det mangler fortsatt en god del kompetanse både i det planleggende og utførende ledd. Kommuner og fylkeskommuner har en viktig veilednings- og tilsynsplikt for å påse at tiltakshavere følger opp de forpliktelser som

knytter seg til denne lovgivningen. *Velferdsteknologi* er et felles begrep for tekniske løsninger og produkter som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet og deltakelse, og som kan styrke den enkeltes evne til å klare seg mest mulig selv i hverdagen, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne. I Norge foregår det for tiden et nasjonalt program som skal sikre at velferdsteknologi blir en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

1.8 SITUASJONSBEKRIVELSE EVENES KOMMUNE

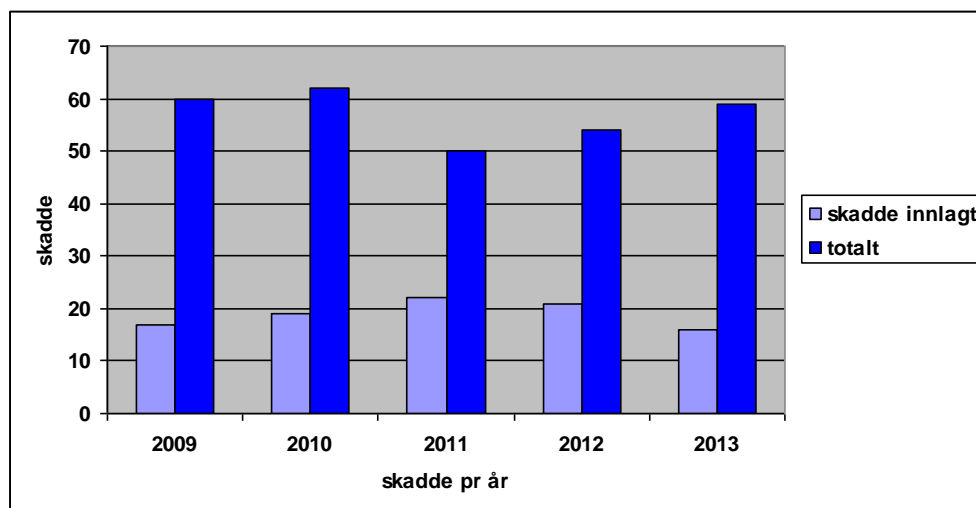
1.8.1 Folkehelseprofil 2014 for Evenes kommune

Utdrag fra Folkehelseprofilen 2014 for Evenes viser at folkehelsen ikke er vesentlig forskjellig fra landet som helhet. Dog er andelen av eldre over 80 år og uføre 18 – 44 år høyere en landsgjennomsnittet.

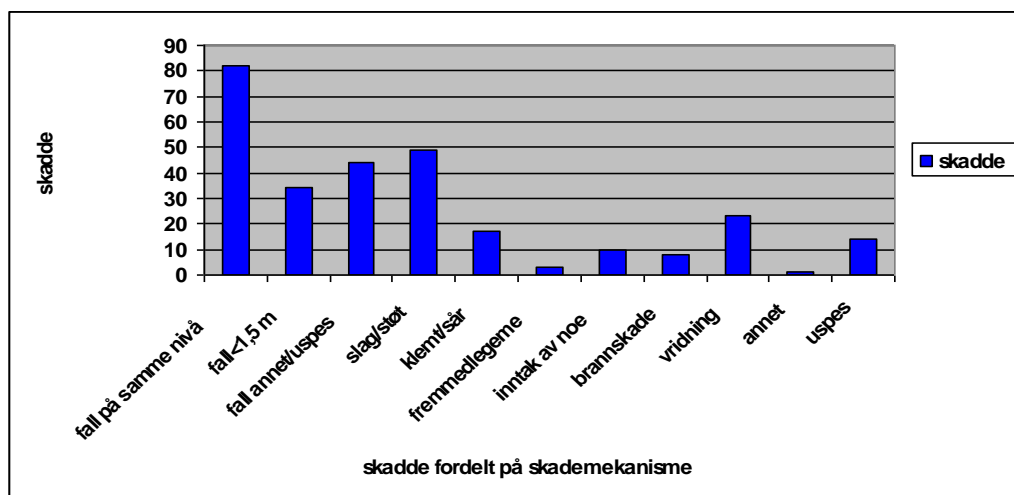
1.8.2 Personskader i Evenes registrert ved UNN Harstad 2009 – 2013

UNN Harstad (Harstad sykehus) har drevet med systematisk skaderegistrering siden 1985 og Narvik sykehus siden 2003. Siden 2009 er alle helseforetak pålagt ved forskrift å foreta skaderegistrering og innrapportere til Norsk Pasientregister. Lokale skadedata har vist seg å være en av de viktigste drivkrefter for å skape engasjement og forståelse for lokalt skadeforebyggende arbeid. Lokale skadedata er også viktig for å kunne prioritere og å evaluere tiltak.

Totalt antall skadde og innlagte pr år i perioden 2009 - 2013



Denne tabellen viser antall skadde totalt i Evenes kommune som har vært i kontakt med UNN Harstad. I 2013 var det 59 skadde, hvorav ca 15 ble innlagt.

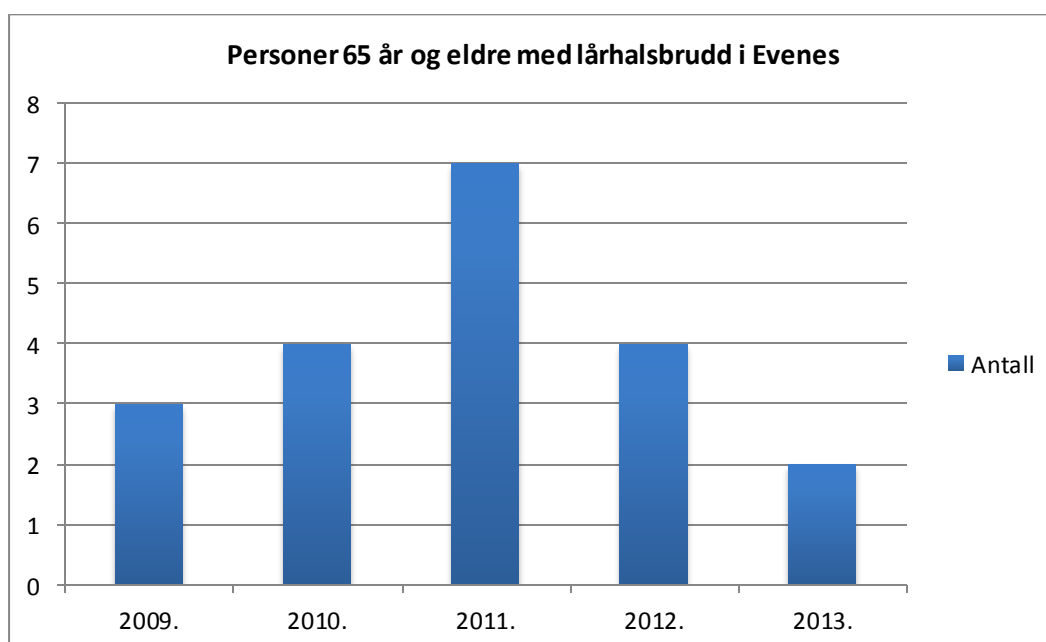


Denne tabellen viser skademekanismer. Fall er den skademekanisme som fører til desidert flest skader.

1.8.3 Skader hos personer 65 år og eldre

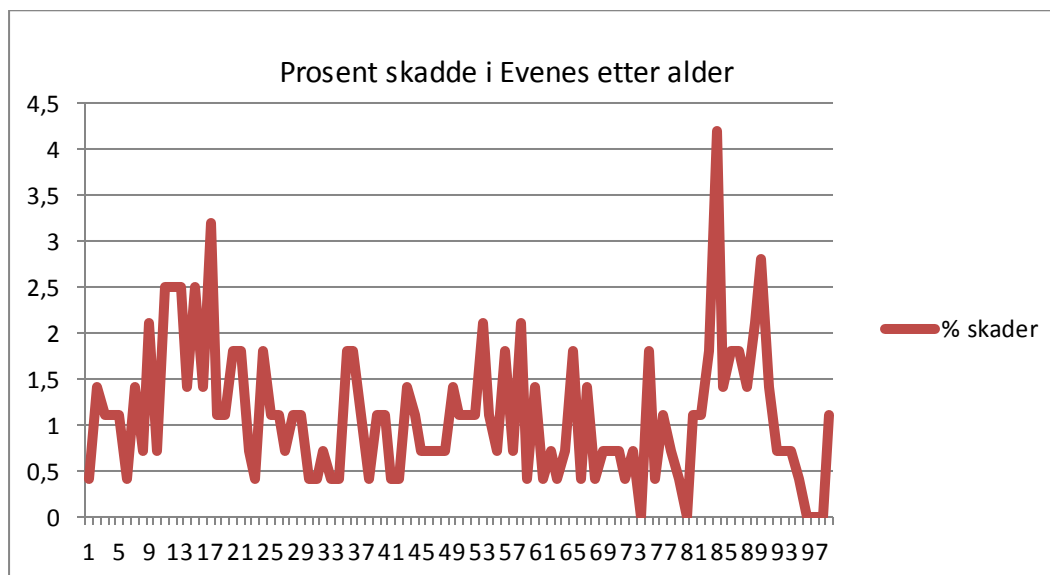
Totalt registrert 100 skadde derav 53 % med bruddskader. Kjønnfordeling: 63 % kvinner, 37 % menn. Skadealvor: 41 % med liten skade, 32 % moderat og 27 % alvorlig skade. Det er 32 % som kommer fra sykehjem. Det er 2 trafikkskadde i aldersgruppen.

Det er 52 skadde som var innlagt på sykehus, 87 % med fallskade. Det er 73 % med bruddskader. Kjønnfordeling innlagte: 73 % kvinner, 27 % menn.



- Evenes er en liten kommune med relativt få bruddskader, men et brudd kan likevel få store ringvirkninger for den enkelte som rammes og for kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Lårhalsbrudd gir en stor personlig belastning og i mange tilfeller innleggelse på institusjon for opptrening eller varig opphold i etterkant. Høgskolen i Oslo, på oppdrag fra Helsedirektoratet, har publisert en rapport i 2014: "Kostnader ved hoftebrudd hos eldre." Gjennomsnittskostnaden det første året er beregnet til kr 550 000 kr hvorav 38 % er statens kostnader, 50 % dekkes av kommunen og resterende 12% er delte kostnader stat/kommune (rehabilitering)



Denne tabellen viser at det er unge i alderen 13-20 år og eldre over 80 år som skader seg mest.

1.8.4 Registrering av fall i institusjon og omsorgsbolig

Fallhendelser i institusjon skal registreres og meldes internt som et avvik, og ved personskade også meldes til Helsetilsynet. Fallhendelser meldes likevel i ulike grad som avvik. Beboere som faller hyppig, meldes ikke nødvendigvis hver gang. Det er derfor viktig å øke fokus og bevisstgjøre personalet i forhold til fall og fallrisiko. Systematisk registrering og statistikk kan brukes til kvalitetsforbedring og for evaluering av iverksatte tiltak.

I en tremåneders periode fra 01.04.14-30.06.14 ble det registrert 41 fall på Evenes syke- og bygdeheim. Fallene fordeler seg på begge avdelingene med 23 fall på Lunebo mot 18 fall på pleieavdelingen. Det er i alt 9 beboere som har falt, hvor noen har flere fall enn andre. Det skjedde 11 fall på natten, 7 på ettermiddag og 5 på dagtid. 32 av fallene skjedde uten at pleiere observerte fallet, for eksempel på natten på beboerrom. De fleste fall (14) skjedde på beboers rom, men det er også fall i fellesareal/stue (7). Ingen ble alvorlig skadet i noen av de 41 fall som ble registrert. Pasientene opplevde smerte i ulike grad, noen fikk sår og flere ble mer engstelige for nye fall. Det er ikke registrert at det er noe med bygningsmassen som forårsaker fallene.

I perioden 01.04.14- 30.06.14 ble det registrert 14 fall i omsorgsboligene. Disse fordeler seg på 6 ulike brukere. 7 av fallene skjedde når bruker var alene, de resterende 7 var det pleier tilstede. 1 fall på nattevakt, 4 på dagvakt og 9 på ettermiddagsvakt. Alle brukerne har hjelpemidler ved forflytning; hvorav 11 hadde dette med seg i fallsituasjonen og 3 gikk uten. De fleste fallene (7) skjedde på stuen enten i forbindelse med at vedkommende skulle sette seg eller reise seg for å gå. 5 falt på badet i forbindelse med toalettbesøk, og 2 i korridor på tur til leilighet, like ved egen inngangsdør. 8 av fallene ga ingen fysiske skader, de resterende 6 fikk små sår, kuler og blåmerker, men ingen alvorlig skade. Fall skaper en utrygghet som kan gi psykiske reaksjoner. Dette fører ofte til at brukere med

høy falltendens blir mer inaktiv, noe som igjen kan bidra til å øke fallrisikoen. Inaktivitet øker også hjelpeløsheten.

I følge nettsiden «Norsk Helseinformatikk» faller en tredjedel av alle nordmenn over 65 år minst en gang i året, med økende risiko for et nytt fall. Det foreligger ingen registreringer i Norge av antall eldre som faller i eget hjem. Utfordringen er å få oversikt over skadebildet i Evenes basert på når, hvor, hva, hvem og hvordan.

1.8.5 Eksisterende forebyggende og helsefremmende aktiviteter

Her en oversikt over noen av de eksisterende tiltak i Evenes kommune:

- Strøsand tilgjengelig på Joker Liland, Statoil Bogen og ETS Truck Stop.
- Miljøstua hver tirsdag og torsdag formiddag i regi av psykiatritjenesten i Evenes
- Arbeidsstua på ESB (aktivitet) hver onsdag formiddag
- Helsetreff arrangert av Vardobaiki samisk senter ca 1 gang pr mnd
- Folkebad hver tirsdag for alle aldersgrupper
- Evenes Turlags turløyper åpen for alle – også tre løyper tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsnivå
- Den kulturelle spaserstokken.
- Pensjonistforeningen.
- Sansehagen
- Ulike treffpunkter - kaffekvelder, menighetsråd etc.

2 TILTAKSPLAN

Tiltakene som presenteres her er basert på gruppas egen kartlegging og tiltak som er utprøvd og anbefalt fra andre kommuner. Noen tiltak kan igangsettes uten ytterligere utredning, mens andre tiltak må oversendes til ansvarlig enhet for nærmere utredning og implementering. Avgjørende for gjennomføringen av planen som helhet og enkelttiltak er god forankring og ansvarliggjøring av de ulike ledd og sektorer i kommunen - og av frivillige organisasjoner og enkeltpersoner.

2.1 Informasjons- og holdningsskapende tiltak

Tiltak	Mål	ansvar	Iverksetting/tid
Lage PowerPoint-presentasjon av tiltaksplanen Tilby kurset "Ta vare på velgerne dine" for kommunepolitikere	Økt kunnskap om folkehelse blant kommunepolitikere og administrativ ledelse	Prosjektleder	Formannskapsmøte 14.11.14 Kommunestyremøte januar 2015 Rådmannens ledergruppe
Artikkel om tiltaksplanen i Evenes-nytt og på kommunens nettside	Økt kunnskap om folkehelse for befolkningen generelt	Prosjektleder	Jan/febr 2015
Presentere planutkast/invitere til dialog med Eldrerådet	Økt kunnskap om folkehelse for den eldre befolkningen	Prosjektgruppa	Nov/ des 2014
Lage en enkel brosjyre om de viktigste tiltakene	Opplyse eldre om eksisterende tiltak	Folkehelsekoordinator/ oppfølgingsgruppe	Mars 2015
Fokusere på eldre-sikkerhet på "Folkehelsedagen"	Økt bevissthet om skader blant eldre og eldresikkerhet	Folkehelsekoordinator	Årlig? September?
Etablering av frivillighetssentral	Samle og koordinere frivillig innsats	Folkehelsekoordinator	2015-2017
Distribuere brosjyren "Trygghet i hjemmet for eldre" til eldre over 75år	Økt kunnskap	Hjemmetjenesten	2015
Implementere eldresikkerhetsplanen i folkehelseplanen for Evenes.	Samordne de to planene i praktiske tiltak.	Folkehelsekoordinator	2015

2.2 Kompetansehevede tiltak

Tiltak	Mål	ansvar	Iverksetting/tid
Ansatte på ESB og hjemmetjenesten skal innen utgangen av 2015 ha gjennomført e-læringskurset "Skade-forebygging og sikkerhet" Sørge for at eldre-sikkerhet drøftes på personalmøter x 2 pr år	Øke kunnskap om fallskader og fokus på fallforebyggende tiltak	Fagleder ESB og hjemmetjenesten	2015-2016
Bestemte ansatte skal gjennomføre kurs i fallrisikovurdering	Øke fokus på fall-forebyggings tiltak for å redusere antall fall	Fagleder ESB og hjemmetjenesten	2015

Bestemte ansatte skal gjennomføre kurs i velferdsteknologi	Fokus på muligheter som finnes i bruk av velferdsteknologi		2015
Få den interkommunale legevakten i ETS til å skaderegistre.	Få oversikt over lokalt skadebilde i ETS for å tilpasse tiltak i forebyggingsarbeidet.	Kommuneoverlegen	2016-2018

2.3 Tiltak for hjemmeboende eldre

Tiltak	Mål	Ansvar	Iverksetting/tid
Tilbud om "Bolig-Sjekk" til eldre over 80 år	Øke tryggheten i hjemmene etter likemannsprinsippet: Eldre over 80 mottar informasjon og hjelp fra «yngre eldre»	Hjemmetjenesten i samarbeid med Pensjonistforeninga	Utgangen av 2015
Utvide tiltaket "Sand til strøing" med gratis utkjøring som abonnementsordning	Sikre «sklisikker» adkomst til egen bolig og postkasse	Hjemmetjenesten tildele ordningen til de som oppfyller kriterier Medlemmer i Lions Club engasjeres til utkjøring av sand	Vinter 2015
Brodde- og reflekskampanje	Økt fokus på trygg ferdsel ute	Eldrerådet?	2015-2016
Etablere "Lyst på livet - møteplass" for yngre eldre	Redusere inaktivitet og isolasjon for eldre	Utfordre Eldrerådet og Pensjonistforeninga til engasjement	2015-2016
Utredning og organisering av transport til f.eks seniortrim/ seniordans/ Den kulturelle spaserstokk osv..	Redusere inaktivitet og isolasjon Adferdsendring	Avtale om leie av buss.	
Lage en oversikt over sosiale møteplasser i kommunen	Gi informasjon om hva som fins av tilbud i kommunen	Folkehelsekoordinator/ kulturkontoret	2015
Opprette kommunal stilling som ergoterapeut	Sikre et mest mulig hensiktsmessig innredet hjem og dagligliv. Forebyggende hjemmebesøk Økt bruk av tekniske hjelpemidler/ velferdsteknologiske tiltak Hverdagsrehabilitering	Kommunestyret	2016-2018
Sørge for kompetanse som kan foreta behovskartlegging av teknologiske løsninger i hjemmet	Bruk av ulike typer alarmer og sensorer for fall/bevegelse mv.	Helse- og omsorgsleder	2015-2016
Implementere kartlegging for fallforebygging ved hjemmebesøk Registrere fall som skjer i hjemmet Informasjon om sikkerhet i hjemmet	Identifisere og redusere risikofaktorer for fall i hjemmet	Fagleder hjemmetjenesten	2015

Organisert pårørende-samarbeid vedr. velferdsteknologi og fallforebygging		Fagleder hjemmetjenesten	2015
---	--	--------------------------	------

2.4 Tiltak for eldre i institusjon

Tiltak	Mål	ansvar	Iverksetting/tid
Kartlegge fallrisiko og fallhistorie før/ved innflytting Sikre godt skotøy og hoftebeskyttere til de i fallrisikosone Kontinuerlig fall-registrering Halvårig gjennomgang av medikamentlister Kartlegge ernærings-risiko Kartlegge og vedlike-holde gangfunksjon	Identifisere og redusere kjente risikofaktorer for fall	Fagleder ESB i samarbeid med tilsynslegen, kokk, fysioterapeut,	April 2015
Sikre en helsetjeneste som kan gjøre en behovskartlegging av teknologiske løsninger i hjemmet.	Bruk av ulike typer alarmer og sensorer for fall/bevegelser og lignende	Helse- og omsorgsleder	2015-2016
Bestemte ansatte foretar besøk på andre sykehjem som tatt i bruk velferdsteknologi og andre tekniske løsninger.			Våren 2015

3 PRIORITERINGER OG KOSTNADSOVERSLAG

3.1 PRIORITERINGER - KORTSIKTIGE TILTAK 2015

Tiltak	Frist	Ansvar	Kostnad
Lage powerpoint om tiltaksplan Tilby kurs "Ta vare på velgere dine"	14.11.14 Utgangen av 2015	Prosjektleder	Ingen kostnad
Lage en artikkel om tiltaksplanen i Evenesnytt og på kommunens nettside.	Jan/febr 2015	Prosjektleder	Ingen kostnad
Presentere planutkast i Eldrerådet Invitere til dialog.	Nov/ des 2014	Prosjektgruppa	Ingen kostnad
Lage en enkelt brosjyre om de viktigste tiltakene	Mars 2015	Folkehelsekoordinator/ oppfølgingsgruppe	Ingen kostnad
Dele ut brosjyren "Trygghet i hjemmet for eldre" til alle eldre over 75 år.	2015	Hjemmetjenesten	Ingen kostnad (brosjyren er gratis)
Identifisere og redusere risikofaktorer for fall i hjemmet	Våren 2015	Fagleder hjemmetjenesten	Ingen kostnad
Bestemte ansatte - besøk på sykehjem som tatt i bruk velferdsteknologi	Våren 2015	Fagleder ESB	5000
Bestemte ansatte - kurs i fallrisikovurdering	2015	Fagleder ESB og hjemmetjenesten	5000
Bestemte ansatte - kurs i velferdsteknologi	2015	Helse- og omsorgsleder	5000
Lage en oversikt over sosiale møteplasser	2015	Folkehelsekoordinator/ kulturkontoret	Ingen kostnad
Ansatte på ESB og hjemmetjenesten skal gjennomføre e-læringskurset "Skadeforebygging og sikkerhet" Sørge for at eldresikkerhet drøftes på personalmøter x 2 pr år	2015-2016	Fagleder ESB og hjemmetjenesten	Ingen kostnad
Fokusere på eldresikkerhet på "Folkehelsedagen"	Hvert år i september?	Folkehelsekoordinator	Ingen kostnad
Innføre tilbud om "Bolig-Sjekk" til eldre over 80 år	Utgangen av 2015	Hjemmetjenesten i samarbeid med Pensjonistforeninga	Ingen kostnad ved frivillig innsats
Utvide tiltaket "Sand til strøing" med gratis utkjøring som abonnementsordning	Vinter 2015	Hjemmetjenesten tildeler ordningen til de som oppfyller kriterier Lions engasjeres til utkjøring	7000
Pårørendesamarbeid velferdsteknologi/fallforebygging	2015	Fagleder hjemmetjenesten	Ingen kostnad

3.2 PRIORITERINGER - HANDLINGSPROGRAMPERIODE: 2016-2018

Tiltak	Frist	Ansvar	Kostnad
Brodd -, piggsko - og reflekskampanje	2015-2016	Eldrerådet? / aktør for trafikksikker kommune	Ingen kostnad
Etablere "Lyst på livet- café" for yngre eldre	2015-2016	Utfordre Eldrerådet og Pensjonistforeninga til engasjement	Søke ekstern finansiering
Utredning og organisering av transport til f eks seniortrim/ seniordans/ Den kulturelle spaserstokk m.v.	2015-2016	Det er mulig å gjøre avtale om leie av buss.	Søke ekstern finansiering
Eablering av Frivillighetssentral (interkommunal?)	2015-2017	Folkehelsekoordinator	Søke ekstern finansiering
Ha en helsetjeneste som kan gjøre en behovskartlegging av velferdsteknologiske løsninger i hjemmet.	2015-2016	Helse- og omsorgsleder	
Opprette kommunal stilling som ergoterapeut	2016-2018	Kommunestyret	426 000 i årslønn