



Bildet eies av SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse



# OMSTILLING 2012

- VI SKAPER FRAMTIDENS TJENESTER

Prosjektrapport for delprosjekt:  
Velferdsteknologi i Helse og omsorg

## Innhold

<a href="#">Hvorfor Omstilling 2012?</a>	2
<a href="#">Mål for prosjektområdet</a>	2
<a href="#">Mandat for delprosjektet</a>	3
<a href="#">Prosjektgruppe</a>	3
<a href="#">Kort beskrivelse av delprosjektets arbeidsmetodikk</a>	3
<a href="#">Interessenter – involvering og dialog</a>	4
<a href="#">Oppsummering anbefalinger</a>	4
<a href="#">Dagens situasjon</a>	5
<a href="#">Definisjon av velferdsteknologi</a>	6
<a href="#">Noen eksempler på velferdsteknologi</a>	7
<a href="#">Etiske og juridiske betraktninger</a>	9
<a href="#">Anbefalinger</a>	10
<a href="#">Bidrag til måloppnåelse</a>	16
<a href="#">Konsekvenser av anbefalingene</a>	16
<a href="#">Risikovurdering</a>	17
<a href="#">Implementering</a>	18
<a href="#">Implementeringsplan og konkretisering av tiltak med økonomisk effekt</a>	18

## Hvorfor Omstilling 2012?

- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Vi skal utvikle en fremtidsrettet og effektiv organisasjon med tydelig avklart kvalitetsnivå på tjenestene
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Vi skal ha innbyggervekst for å bedre kommunens alderssammensetning, skaffe nødvendig kompetanse og arbeidskraft og øke kommunens inntekter
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Vi skal sørge for optimalt læringsutbytte hver dag. Vi skal sørge for å gi våre barn og unge nødvendig kompetanse og motivasjon til å gjennomføre hele opplæringsløpet (fra 0 år)
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Vi skal bidra til at brukerne er aktive deltakere i alle livsfaser, ved å etablere helse- og omsorgstjenester som hindrer og utsetter hjelpebehov
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Vi skal utvikle Kongsvinger kommune til en helsefremmende organisasjon som utvikler potensialet hos alle medarbeidere
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Vi skal redusere kommunens driftsutgifter med ca 35 millioner, slik at vi får en sunn økonomi med nødvendig handlingsrom

## Mål for prosjektområdet

Vi skal bidra til at brukerne er aktive deltakere i alle livsfaser. Vi skal fange opp behov og avklare brukerens ressurser på et tidligst mulig tidspunkt. Vi skal tildele og utføre samordnede tjenester som

kan hindre, utsette og forkorte hjelpebehov.

## Mandat for delprosjektet

- <sup>35</sup><sub>17</sub> Hvordan kan dagens teknologi bidra til å understøtte effekt målet for Helse og omsorg?
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Hvordan kan bruk av teknologi forenkle og effektivisere arbeidsprosesser, samt bidra til bedre samhandling?
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Hvilke hindringer ser vi som vi må overvinne/ha fokus på?
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Hva skal være kommunens ansvar når det gjelder finansiering av ulike løsninger, og hva skal være den enkelte brukers ansvar?
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Hvordan skal teknologiaspektet ivaretas i overordnet planlegging innen Helse og omsorg?
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Hvordan skal vi implementere den nye teknologien?
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Hvordan kan prosjektet bidra til å redusere driftsnivået i Helse og omsorg?

## Prosjektgruppe

- <sup>35</sup><sub>17</sub> Birger A. Bråthen – delprosjektleder (enhetsleder, Aktivitet- og bistandsenheten)
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Iris J. Bringedal (rehabiliteringskoordinator/teamleder forebyggende team, Helseenheten)
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Øivind Græsno (rådgiver Helse og omsorg)
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Margrethe Haarr (teamleder, Enhet for Psykisk helse og rusomsorg)
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Per-Ivar Sveheim (rådgiver IKT)
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Anita Palmqvist (hjelpepleier, Hjemmebaserte tjenester Kongsvinger)

## Kort beskrivelse av delprosjektets arbeidsmetodikk

Prosjektgruppa har hatt noe forfall til møtene, men har hatt regelmessige treff med ca. 1 møte i uka. Oppgaver som er blitt jobbet med mellom møtene har vært fordelt på de ulike gruppemedlemmene. Gruppa har vært i kontakt med flere andre kommuner som har erfaring med velferdsteknologi og har tilegnet seg kunnskap gjennom fordypning i nyere forsknings- og fagrapporter. Det er blitt gjennomført ett studiebesøk, som gikk til Eidskog kommune. På dette besøket deltok også representanter fra andre delprosjekt. Prosjektgruppa har også hatt to møter med Telenor objects, der de bl.a. har presentert et prosjekt de har i samarbeid med Visma. Ut over dette har vi hatt et samarbeidsmøte med representant fra Sunnaas sykehus, som presenterte hvordan de jobbet med telemedisin og mulighetene som ligger her.

Det har vært lite samhandling med andre delprosjekt utenom fellessamlingene som er blitt holdt.

## Interessenter – involvering og dialog

Hvordan har ulike interessenter blitt involvert i prosjektprosessen?

Delprosjektets interessenter	Er involvert	Ikke direkte involvert, men bør informeres	Kommentarer	Samarbeid etter 30.9.
Innbyggere			Er ikke blitt involvert eller informert hittil, men dette blir viktig framover.	X
Politikere		Er informert		X
Ansatte	X		Har savnet deltakelse fra tillitsvalgte i prosjektgruppa. Dette ble etterlyst tidlig i prosessen.	X
Myndighetene	X		Har forhørt oss rundt og vært i direktekontakt med Helsedirektoratet. Har satt oss inn i den ferske fagrapporten som omhandler dette temaet	
Andre kommuner som anvender teknologi – foregangskommuner	X		Prosjektgruppa har vært i direkte kontakt med Bærum, Trondheim, Sarpsborg og Nøtterøy kommuner, samt lest rapporter om flere andre kommuner	X
Nabokommuner	X		<b>Har vært på studiebesøk i Eidskog</b>	X
FOU-senter	X		Har les rapporter fra flere forskningsentra	
HiHm	X		Har vært i dialog med Høgskolen og fått informasjon om Terningen Nettverk	X
Datatilsynet	X	X	Har hatt telefonisk kontakt	X
Telenor Objects/Visma	X		Har utviklet teknologikonsept som kommuniserer med fagsystem	X
Interkommunalt brannvesen	X		Har undersøkt muligheter for utvidelse av dagens trygghetsalarm	X
Instanser/ressurspersoner innen velferdsteknologi	X		Sintef, Hilde Sørli (telemedisin) ved Sunnaas sykehus	X
NAV/hjelpemiddelsentral	X	X	Har snakket på telefon	X

## Oppsummering anbefalinger

Velferdsteknologi vil være med på å prege utviklingen av helse- og omsorgstjenestene framover. Kongsvinger kommune har ikke råd til å la være å satse på bruk av denne "nye" teknologien. Potensialet som ligger i en slik satsning er formidabelt. Ny bruk av velferdsteknologiske løsninger må skje over tid og i samspill med tjenesteinnovasjon. Det må utvikles robusthet i teknologi og tjenesteløsninger.

Delprosjektets viktigste anbefalinger er:

- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Etablere en demonstrasjonsleilighet som skal brukes til å vise fram og demonstrere ulike

- velferdsteknologiske løsninger overfor ansatte, brukere og pårørende.
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Gjennomføre et pilotprosjekt der det testes ut ulike grunnpakker av velferdsteknologi overfor flere brukergrupper.
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Ta i bruk telemedisin på flere områder. Starte et konkret prøveprosjekt med en bruker i samarbeid med Sunnaas sykehus.
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Gjennomføre flere kompetansehevende tiltak, bl.a. videreutdanne to ansatte i omsorgsteknologi i 2013.
- <sup>35</sup><sub>17</sub> Ta i bruk Mobil omsorg i hjemmebaserte tjenester, som vil bidra til å effektivisere og øke kvaliteten på ansattes dokumentasjon, og slik sett frigjøre tid til mer brukerrettet arbeid.

For å sikre satsningen på velferdsteknologi tror prosjektgruppa det er riktig å etablere et fagforum som har ansvar for å planlegge, følge opp og legge planer for videre utvikling av velferdsteknologi i kommunen. Det anbefales å sette ned en egen prosjektorganisasjon for pilotprosjektet.

## Dagens situasjon

Kongsvinger kommune har pr i dag ingen overordnet strategi om å ta i bruk ”ny” velferdsteknologi i årene som kommer. Det er ikke nedfelt som et av satsningsområdene i kommunedelplan for Helse og omsorg 2010-21. Regjeringens *stortingsmelding nr 25: Mestring, muligheter og mening* gir på sin side velferdsteknologi en beskjedne omtale, dvs. at det ikke finnes en nasjonal strategi eller målsettinger om bruk av velferdsteknologi i omsorgstjenestene. NOU 2011:11 ”Innovasjon i omsorg” tar imidlertid for seg velferdsteknologi som et viktig grep for å løse de framtidige utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet la i juni 2012 fram en fagrapport på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Planen skal muliggjøre at velferdsteknologiske løsninger tas i bruk i kommunene slik at mennesker bedre kan mestre eget liv og helse.

De største utfordringene innenfor helse- og omsorgstjenestene i Kongsvinger de siste årene har vært et konstant overbelegg på sjukeheimene og et overforbruk i de hjemmebaserte tjenestene både for eldre, funksjonshemmede og utviklingshemmede. Når vi vet at behovene vil komme til å øke ytterligere, spesielt etter 2020, er det klart at det må radikale endringer til for at kommunen skal kunne mestre disse utfordringene.

Det positive med dagens bilde er at det er blitt skapt en fellesforståelse av situasjonen kommunen befinner seg i blant politikere og fagfolk i tjenesten. Det er staket ut en kurs der kommunen skal dreie fokuset mot mer forebyggende og helsefremmende tiltak og tjenester. Dette er helt i tråd med intensjonen bak bl.a. samhandlingsreformen og de nasjonale føringer som er lagt for utviklingen av tjenestene framover. Det er ingen tvil, slik prosjektgruppa ser det, at velferdsteknologi vil være med på å prege denne utviklingen betydelig.

## Kartlegging

Prosjektgruppa har foretatt en kartlegging av hvilke tekniske/teknologiske hjelpemidler som benyttes i kommunen i dag:

Hjelpemiddel	Brukersted
Trygghetsalarmer	HBT

Hjelpemiddel	Brukersted
	Leverandør: Brannvesenet og Hjelp- 24
Bevegelsessensor seng	Roverudhjemmet
Sensormatte seng – epileptisk anfall	Roverudhjemmet/Akt.bistand
Mobil Omsorg	HBT Brandval
Multidose	HBT, Akt og bistand, Enhet for psykiatri og rusom.
”Forglem meg ei”-kalender	Austmarka/BTH
Lese-TV for synshemmede	Austmarka
Komfyrvakt	HBT, egenbolig/tilrerttelagte boliger
Roll-talk – stemme/øyestyling	Langelandhjemmet/Akt.bistand
Mobiltelefon	Langelandhjemmet
Personheiser – mobile og fastmonterte, trappeheiser, vanlige heiser	Flere steder
Spesielt tilpassede senger	Flere steder
Klokke som sier tid og dato	Langelandhjemmet/andre steder
Dusjstoler	Flere steder
Elektronisk Kollegavarsling	Aktivitet- og bistandsenheten
Scope – overvåkning video	Barneavlastningen Akt/bistand
Rullestoler	Utbredt
Rullator	Utbredt
Teknologiske kommunikasjonshjelpemidler	HBT
Stellebenker/badekar – hev- og senkbare	Utbredt
Døråpnersystemer med kameramulighet	Utbredt
Tilpassede biler – 2 grupper	Utbredt
Elektriske rullestoler – vanlige og overbygde	Utbredt
Tilpassete telefoner	Utbredt
Tilpasset fastmontert innredning – kjøkken/bad	Utbredt
Rullestolramper	Utbredt
Hjelpemidler som reduserer skade/belastning hos ansatte – forflytningskoffert, sklibrett, sklimatte	Utbredt
Ståsenger/opprettningsrullestoler	Akt. og bistand
Toalett med spyl og tørk	HBT
Hørs- og synshjelpemidler – div. kan spesifiseres	Utbredt
Høyderegulerbar kjøkkenbenk	Akt og bistand

## Definisjon av velferdsteknologi

Prosjektgruppa legger NOU 2011:11 ”Innovasjon i omsorg” sin forståelse av velferdsteknologi til grunn for arbeidet med mandatet som er gitt. Her defineres velferdsteknologi slik:

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

*Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.*

Velferdsteknologien har på denne måten overlappende grenseflater både med telemedisin, eHelse, IKT-utviklingen i kommuneforvaltningen og ikke minst tilrettelegging og hjelpemidler gjennom hjelpemiddelsentralens virksomhet. Velferdsteknologien beskrives ut fra hva og hvordan den kan møte brukerbehov og hva slags støtte den kan gi den enkelte bruker, samt pårørende og tjenestemottaker. Beskrivelsen kan deles inn i fem hovedkategorier:

- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Trygghets- og sikkerhetsteknologi
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Kompensasjons- og velværeteknologi
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Teknologi for sosial kontakt
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Teknologi for behandling og pleie
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Administrative systemer

## Noen eksempler på velferdsteknologi

### Skotterudtunet, Eidskog kommune

Skotterudtunet i Eidskog er et nyåpnet heldøgnsbemannet bofellesskap med 26 boenheter. Målgruppen er personer med demens (8+8 boenheter) og personer med alderspsykiatriske utfordringer (10 boenheter).

*Et viktig formål ved å opprette bofellesskapet var redusere presset mot sykehjemmet.*

I bygget er det installert velferdsteknologiske løsninger (smarthusteknologi) for å sikre beboeres trygghet og samtidig underlette personalets arbeid. Den installerte teknologien ble supplert av tekniske hjelpemidler (rullestol, krykker osv).

Alle ansatte var utstyrt med personlige elektroniske brikker og smarttelefon som kommuniserte med teknologien. De personlige brikkene var også utstyrt med kollegavarsling gjennom en knapp man kunne trykke på for å tilkalle assistanse. For brukernes vedkommende baserte benyttelsen av hjelpemidlene seg på samtykke.

#### Teknologi Skotterudtunet:

- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> **Bevegelsessensorer:** det var mulig for personalet å vite hvor den enkelte beboer befant seg til enhver tid. Personalet fikk også oversikt over hvor kollegaer befant seg. Det ble utløst alarm dersom beboer gikk mer enn 30 meter fra bygget. Etter klokken 2200 gikk det alarm dersom vindu eller dør i leiligheten ble åpnet mer enn luftestilling. På smarttelefonen fikk man opp melding på lokasjon, og egne *skjermer montert på sentrale steder* i bygget viste hvilke beboere det dreide seg om. På skjermene kan man også lese av om beboerne er i bevegelse eller i ro. Beboerens og personalets egen posisjon kunne også vises på kart på telefonen.
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> **Fallalarm:** personalet fikk melding på smarttelefon ved fall.
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> **Røykdetektor/komfyrvakt** plassert i nærhet av komfyr (nærmere enn varsler som er koblet til brannvesen) i leilighet slår av strøm i kjøkkenområdet ved røykutvikling for å forhindre tørrkoking. Dette bidrar til å forhindre ressurs- og kostnadskrevende utrykninger fra



brannvesenet.

<sup>35</sup><sub>17</sub> **Sensor i madrasser** registrerer når en person reiser seg fra sengen, og lyset blir slått på automatisk. Dette reduserer risikoen for fall. Dersom personen ikke er tilbake i sengen etter 30 minutter, går det alarm til personalets smarttelefoner. Dette brukes spesielt om natten.

<sup>35</sup><sub>17</sub> I hvert bad er det montert **høyderegulerbart** dusjsete og vask, samt støttehåndtak ved toalett og dusj.

### Tilkalling ved Skotterudtunet:

Beboer kan når som helst ved hjelp av **individuell trygghetsalarm** varsle personalet direkte. Når slik alarm blir utløst, blir personalet varslet om hvilken person det gjelder og kan raskt finne ut hvor vedkommende befinner seg ved å se på de sentralt monterte skjermene. Når man kommer inn i leiligheten til en beboer som har utløst en alarm, vil alarmen slå seg av automatisk etter noen sekunder. Tiden som personalet er inne i leiligheten blir også automatisk loggført med klokkeslett inn og klokkeslett ut.

Den benyttede teknologien ble beskrevet som meget driftsikker og gjennomtestet. Leverandørs (Elkotek) opplæring og service ble beskrevet som god. Det kunne gjøres individuelle tilpasninger av teknologien i forhold til beboers behov. Kun en av beboerne hadde takket nei til å bruke velferdsteknologien.

## Eksempel på bruk av velferdsteknologi Vågå kommune



Fra Fagbladet 9/2012: "Gunnhild Valbjør Løchen(86) i Vågå bor i et høyteknologisk hus. En stor touchskjerm med bilder og lys hjelper til å holde styr på dagens aktiviteter, avtaler og medisiner. En automatisk stemme minner om at hun har glemt å lukke kjøleskapet, eller så av komfyren. Gunnhild er testkanin for velferdsteknologiske muligheter."

"Gunnhild er født på gården Valbjør, som ble bygget på 1850-tallet. Ingen skulle tro at det tradisjonsrike huset er fullt av tekniske løsninger som gir mulighet til å foretelle Gunnhild alt fra når posten legges i kassa, til å slå på TV-en når Dagsrevyen begynner. Det er installert en

fallsensor, som varsler dersom hun faller. Lyset slår seg automatisk på i soverommet og gangen når hun setter føttene på gulvet. Det er god hjelp dersom hun må på toalettet om natta. Teknologien skremmer ikke Gunnhild. – Jeg vil gjerne bo hjemme så lenge jeg kan, sier hun. Også sønnen og svigerdatteren som bor på nabogården, føler seg tryggere med de tekniske hjelpemidlene."

## Eksempel fra demensomsorgen

Følgende eksempel er hentet fra artikkelen *Fremtidens eldreomsorg: over/våking eller våking/over?* i "Ergoterapeuten" 06.11:



Knut Olsen (ikke hans virkelige navn) var en sterk og veltrent mann og var mye ute og trente/gikk turer. Etter hvert fikk han stadig større problemer med å orientere seg, og kona Ruth måtte ofte ut og lete etter mannen sin. Situasjonen ble verre da han også begynte å stå opp og vandre nattetid. For å hindre at mannen skulle klare å gå ut om natten plasserte hun en madrass i gangen rett ved utgangsdøra, og sov der om natten. Dette fungerte i en kort periode, helt til Knut begynte å bruke terassedøra i stedet, og dermed var hun like langt. Så fikk Knut muligheten til å delta i et prøveprosjekt med utprøving av en GPS-løsning. Denne GPS-enheten var koblet til Ruths og datterens mobiltelefoner. Dette gjorde det mulig for dem å søke opp og finne Knut til enhver tid. Knuts umiddelbare respons da han fikk GPS'en i beltet og ble forklart dens funksjon, var i følge Ruth: "Endelig, nå har jeg fått friheten min tilbake".

Det å få GPS-enheten var som å få "et nytt liv", beskrev Ruth. Hun kunne begynne å trene igjen og bli med i koret, mens Knut begynte å gå på dans igjen. GPS'en var i daglig bruk i ca to år, men etter som demenssykdommen utviklet seg måtte Knut til slutt flytte inn i en omsorgsbolig. Konsekvensen av flyttingen var at GPS'en ble fratatt han. Ruth sier at de fikk et brev fra Fylkesmannen som sa at det var ulovlig å bruke GPS-enheten fordi det var overvåking. Dette var ulovlig ettersom Knut manglet samtykkekompetanse. Dette igjen medførte at de ansatte ved omsorgsboligen ikke lenger kunne holde oversikt over hvor han befant seg, og Knut måtte derfor flytte til en skjermet enhet ved omsorgsboligen.

Denne historien illustrerer godt hvordan praksisen rundt dagens lovverk er, der avgjørelser tas på et prinsipielt grunnlag uten at konsekvensen av denne avgjørelsen blir vurdert. I vårt eksempel ble resultatet overflytning til skjermet enhet og låste dører.

## Etiske og juridiske betraktninger

### Lovgrunnlag

I NOU 2011:11 blir det nevnt flere steder at det hersker usikkerhet rundt de rettslige rammene for bruk av velferdsteknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre sies det at rettsgrunnlaget for å gi helse- og omsorgstjenester til personer uten samtykkekompetanse i dagens lovverk er fragmentert. Rettsgrunnlagene finnes dels i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og dels i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og kapittel 4A. For at man skal få til en oversiktlig lovgivning i tråd med behovene mener Helsedirektoratet at det bør *etableres et særskilt lovgrunnlag for bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås derfor en ny bestemmelse som regulerer mulighetene for å ta i bruk slik teknologi overfor personer uten samtykkekompetanse som ledd i tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 nr. 6 bokstavene a-d* (Fagrapport..., s. 12<sup>1</sup>). De mener videre at en slik regulering bør være diagnosenøytral. Lovendringene foreslås både for helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Endringene skal dels tydeliggjøre og dels åpne ytterligere for adgang til å ta i bruk velferdsteknologi. Forslaget går også ut på å avgrense lovgrunnlaget til bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering. I rapporten for øvrig sies det bl.a. at det er viktig å ha kontakt med pårørende eller hjelpeverge for brukere som ikke har samtykkekompetanse, slik at disse kan bistå bruker. For kommunen er det

<sup>1</sup> Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030, Helsedirektoratet, juni 2012

essensielt å stille krav til at teknologien skal være minst mulig integritetskrenkende og at bruken har et klart definert mål. Det må være høy fokus på personvern og god informasjonssikkerhet i alle ledd.

## Etiske refleksjoner

Teknologi og omsorg blir ofte satt opp mot hverandre som to motpoler, der teknologi representerer den "kalde" og instrumentelle logikken, mens omsorg handler om det "varme" og medmenneskelige. Ut i fra en slik forståelse blir det viktig å kontrollere og begrense bruk av teknologi i omsorg, og det kan synes som om det er dette som er årsaken til det sterke fokuset på lovgivning på dette feltet.

Dersom vi går tilbake til eksempelet fra demensomsorgen, som er gjengitt tidligere i rapporten, kan man stille spørsmål om hva som er god omsorg. Hvilket omsorgsarrangement (les: samspill mellom teknologi og mennesker) er minst begrensende for de involverte i denne saken? GPS-løsningen ga individuell frihet for både Ruth og Knut, men også den negative verdien av at Knuts bevegelser kontinuerlig ble overvåket. Samtidig er det at Ruth og datteren har oversikt over hvor Knut befinner seg til enhver tid, som gjør denne individuelle friheten og uavhengigheten mulig. Poenget er at begrensninger ikke kan unngås, men er en nødvendig del av alle omsorgsarrangement. De ulike omsorgsarrangementene må vurderes under ett, og ikke isolert. Når det gjelder historien om Ruth og Knut, betyr dette at man også må vurdere arrangementet med låste dører på skjermet enhet, ettersom det er dette som er alternativet for Knut.

Teknologi er for øvrig blitt en aktiv og naturlig del av den norske befolknings hverdag, og bruksområdene er blitt stadig flere. En tilnærming overfor mennesker som har et fjernt forhold til moderne teknologi er å vise hvordan teknologien kan bidra til å lette hverdagen, opprettholde viktige funksjoner og øke tryggheten. Det vil trolig være mindre skepsis til å ta i bruk "ny" teknologi blant generasjonen eldre som vil utgjøre den store eldrebølgen som kommer etter 2020.

## Anbefalinger

Prosjektgruppa mener det er avgjørende at en strategi og plan for innføring av velferdsteknologi blir forankret på politisk nivå i kommunen, for å gi mandat til ledelse på alle nivåer til å jobbe målrettet med utvikling av tjenester og kompetansebygging. Den enkelte medarbeider i hjemmetjenesten må være motivert og ha konkret og detaljert kunnskap om teknologien som er installert hos bruker, slik at bruker får riktig hjelp til riktig tid.

Helsedirektoratet mener i sin fagrapport at implementering av velferdsteknologi forutsetter en samtidig satsing på tjenesteinnovasjon. Det sies at vellykket implementering av velferdsteknologi avhenger 20 % av teknologien og 80 % av organisering. Kongsvinger kommune har satt seg som mål å dreie tjenesteinnrettingen mot mer forebyggende og helsefremmende arbeid og har således fokus på både tjeneste- og teknologisk innovasjon.

Et annet sentralt moment som trekkes fram er å få mennesker til å ta i bruk velferdsteknologi før behovet for helse- og omsorgstjenester oppstår.

## Demonstrasjonsleilighet

Prosjektgruppa anbefaler at det etableres en demoleilighet som benyttes til demonstrasjon av ulike velferdsteknologiske løsninger (sensorer/hjelpemidler/installasjoner). Erfaringer fra andre kommuner, bl.a. Bærum og Nøtterøy, viser at dette er et vellykket tiltak for å ufarliggjøre og vise fram teknologien overfor ansatte, brukere og pårørende. Med andre ord vil det være et godt verktøy for opplæring, kunnskapsbygging og forankring hos interessegruppene. Demonstrasjonsleiligheten kan gjerne planlegges og utformes i et større rom, kontor eller lignende.

## Pilotprosjekt

Prosjektgruppa råder kommunen til å gjennomføre et pilot-/utprøvningsprosjekt over 3-6 måneder etter anbefalinger fra flere hold. Etter rådføring med bl.a. Telenor objects, som vi har brukt som en diskusjonspartner, mener vi det er hensiktsmessig å innlemme 20-30 brukere i et slikt pilotprosjekt. Prosjektgruppa tror det er riktig å gå vegen om et pilotprosjekt bla. fordi velferdsteknologimarkedet er forholdsvis umodent, dvs at det mangler robuste løsninger på flere produktområder. Av denne grunn er det behov for utprøving av ulike velferdsteknologiske løsninger før man satser i en større skala. Kommunen vil også gjennom utprøvningsprosjektet bygge opp økt bestillerkompetanse på området. Vi må bl.a. etterspørre og kreve personvernvennlige velferdsteknologiske løsninger.

### Valg av teknologiske løsninger i pilotprosjektet

Prosjektgruppa har hatt to møter med Telenor objects, der de bl.a. har fortalt om et prosjekt de er i gang med sammen med Visma, i Værnesregionen. Der skal kommunene teste ut fem sensorer: fallalarm, bevegelsesdetektor, vannføler (registrerer lekkasjer), døralarm og temperaturregulator (kun nedre grense). Disse sensorene er koblet til fagsystemet Profil (journalføring), som er det samme som Kongsvinger bruker. Det finnes mange sensorer på markedet, og noe av utfordringen er å finne de riktige for de ulike personene. En av rapportene som foreligger fra Sintef, "Trygghetspakken – behovskartlegging og erfaringer" (Sintef, 20.06.2012), anbefaler kommunene å tilby flere grunnpakker ut i fra ulike brukerprofiler som kommunen definerer. Erfaringer viser at dette treffer bedre enn å gi alle den samme "pakke". Videre er det viktig at valg av komponenter er fundert i en analyse av brukerbehov i kommunen, mener rapporten.

Prosjektgruppa foreslår at det plukkes ut 10 aktuelle sensorer/komponenter og at man lager 3-4 ulike grunnpakker basert på brukerprofiler, der hver grunnpakke inneholder 5 sensorer hver. I denne prosessen må ansatte og brukere/brukerorganisasjoner involveres for at vi skal treffe godt med valgene.

### Målgruppe for pilotprosjektet

Prosjektgruppa foreslår disse målgruppene for pilotprosjektet. Disse valgene kan diskuteres og ev. justeres i planleggingsfasen.

Brukergruppe	Hvor mange?
Hjemmeboende demente i tidlig fase / brukere med lettere kognitiv svikt	5
Bemannet bofellesskap for eldre: Holt HDO eller Austbo HDO	10

Hjemmeboende eldre med behov for økt trygghet	5
Hjemmeboende voksne med middels eller omfattende bistandsbehov	5
<b>SUM</b>	<b>25</b>

### Beregning av potensiell økonomisk gevinst

Målet med bruken av velferdsteknologien er at brukerne skal få et mindre bistandsbehov og flytte seg ett trappetrinn ned i omsorgstrappa, ev. utsette eller hindre innleggelse i institusjon. Sintef bruker i forskningsrapporten "Velferdsteknologi i pleie- og omsorgstjenestene" (Sintef, 21.06.2012) Norut sin kostnadsmodell for å beregne den økonomiske effekten av å satse på velferdsteknologi. De opererer med tre kategorier brukere: 1) lite bistandsbehov 2) middels bistandsbehov og 3) omfattende bistandsbehov. Forutsatt at man treffer med velferdsteknologien og at brukerne kan flytte ned ett nivå i omsorgstrappa kan følgende bespar tas ut:

Kategori	Brutto bespar hjemmeboende	Brutto bespar ved å utsette /hindre innleggelse inst.
Lite bistandsbehov	Kr. 32 000	Kr. 591 000
Middels bistandsbehov	Kr. 90 000	Kr. 559 000
Omfattende bistandsbehov	Kr. 154 000	Kr. 469 000

Prosjektgruppa bruker denne modellen for å kalkulere potensiell besparelse i pilotprosjektet med de brukerne som er definert i tabellen (målgruppe) over:

Brukergruppe	Potensiell effekt
Hjemmeboende demente (fem brukere i kategori 1)	Kr. 160 000,-
Bofellesskap (fem brukere i kategori 2 og fem i kategori 3)	Kr. 1 220 000,-
Hjemmeboende med økt trygghetsbehov (tre i kategori 1 og to i kategori 2)	Kr. 276 000,-
Hjemmeboende voksne (to i kategori 3, tre i kategori 2)	Kr. 578 000,-
<b>SUM</b>	<b>Kr. 2 234 000,-</b>

Det økonomiske potensialet i henhold til tabellen er kr. 2 234 000,-. Det er ikke beregnet noen effekt av ev. utsettelse eller hindring av innleggelse i institusjon. Slike effekter vil komme i tillegg til det som er beregnet i tabellen. Prosjektgruppa ønsker å være forsiktige i beregning av økonomiske gevinster på dette stadiet fordi man må regne med at man ikke lykkes fullt ut i et pilotprosjekt.

## **Investeringskostnader**

Investeringskostnadene vil slik vi har fått kunnskap om dreie seg om ca. kr 3000,- pr velferdsteknologisk hjelpemiddel/sensor. Ved å ta i bruk 5 sensorer i hver bolig vil investeringskostnadene bli kr. 375 000,- for pilotprosjektet. Dette er inkludert installasjon av teknologien. I tillegg kommer kostnader i forhold til opplæring og prosjektledelse, samt drifts- og vedlikeholdskostnader av de tekniske innretningene.

Prosjektgruppa vil antyde en økonomisk effekt på 1 mill kr i 2013 dersom man treffer godt med de teknologiske løsningene og arrangementet, og at man velger teknologi som er tilstrekkelig robust.

## **Samarbeid med kompetansemiljø**

Prosjektgruppa ber om at det blir vurdert å trekke inn en ekstern samarbeidspartner i pilotprosjektet til hjelp med design og evaluering. En aktuell samarbeidspartner kan være Terningen Nettverk som har en kobling til Høgskolen i Hedmark.

## **Prosjektledelse**

Prosjektgruppa mener det må pekes ut en prosjektleder for piloten med en tilhørende prosjektorganisasjon. Prosjektleder må få noe frikjøpt tid til denne oppgaven.

## **Notus portal / ressursstyring web**

Her henvises det til rapport fra delprosjekt "Teknologi og arbeidsprosesser" ledet av Per-Ivar Sveheim.

## **Mobil omsorg**

Kongsvinger kommune har bestemt seg for å ta i bruk Mobil omsorg og starter opp med piloter i løpet av november i flere av helse- og omsorgsenhetene. Mobil omsorg handler om å ta i bruk nettbrett i de hjemmebaserte tjenestene, for å kunne

- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> enkelt hente opp informasjon ute hos brukerne
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> fortløpende dokumentere ute hos brukerne
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> kunne ta bilder og lagre direkte i brukerjournalen og
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> etter hvert kunne få opp alarmer på nettbrettet fra ulike sensorer som utløses hos brukerne

Mobil omsorg vil bidra til å effektivisere arbeidsdagen til personalet gjennom mindre total tid brukt på dokumentasjon, økt kvalitet på dokumentasjonen og økt tilgang på dokumentasjon.

## Telemedisin

Telemedisin gir flere muligheter som bør følges opp:

- <sup>35</sup><sub>17</sub> **Kurs:** ved bruk av videooverføring kan kursene gjennomføres lokalt og flere ansatte har mulighet til å få kompetanseheving. Kursene kan ha høy faglig kvalitet, og kursholdere med spesialkompetanse kan lettere rekrutteres i og med at de slipper å være fysisk tilstede. I 2008 gjennomførte mange ansatte i Kongsvinger kommune en kursrekke (6 samlinger) med tema ervervet hjerneskade. Kurset ble holdt fra Sunnaas, men vi fulgte forelesningene på sykehuset og Rasta.
- <sup>35</sup><sub>17</sub> **Dialogmøter NAV:** gir større mulighet for tverrfaglig deltakelse og lettere å få med legene. Utstyret finnes allerede på NAV, Kongsvinger.
- <sup>35</sup><sub>17</sub> **Møter med fastleger:** Hjemmebasert kan få avklart for eksempel endring av sårprosedyre etter videokonferanse med fastlege, lege vet hvordan såret ser ut og bruker slipper å bruke alle krefter på forflytningen til legesenteret.
- <sup>35</sup><sub>17</sub> **Samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten** før utskrivning. Kan tidlig få avklart hjemmesituasjon og ev. behov for tilrettelegging. Pasienten kan se hvem denne vil møte etter utskrivning, og kommunen kommer tidlig på banen. Her foreligger det et konkret forslag fra Sunnas sykehus når det gjelder å prøve ut såroppfølging av en konkret bruker i Kongsvinger kommune. Hjemmebaserte tjenester vil få veiledning direkte fra Sunnaas, og Sunnaas kan tilby sårbehandlingskurs for flere ansatte i hjemmetjenesten i egnet lokale med utstyr (på Kongsvinger sykehus eller Nav Kongsvinger).

## Kompetanseheving

Det anbefales å sende 2 ansatte i kommunen på videreutdanning i omsorgsteknologi som bl.a. tilbys ved Høgskolen i Bergen.

Alle ansatte som involveres i pilotprosjektet må få grundig opplæring i den teknologien de skal betjene og håndtere. Her vil demoleiligheten/rommet komme inn som et sentralt verktøy når det gjelder tilrettelegging av denne undervisningen.

## Problemstillinger som ikke er tilstrekkelig avklart i prosjektet

### Trygghetsalarmer

Dagens trygghetsalarmer er modne for å byttes ut med en ny generasjon alarmer. Hva skal disse veksles inn i? Hvilke tilleggsfunksjoner bør den nye generasjonen trygghetsalarmer inneholde? I hvilket tempo skal kommunen bytte ut dagens trygghetsalarmer? Skal de som ikke ønsker å bytte ut dagens alarmer kunne få beholde sine?

Hvordan skal kommunen organisere meldingsmottaket av de ulike alarmene som vil være knyttet til den nye generasjonen trygghetsalarmer? Skal det etableres et eget alarmmottak? Kan det være aktuelt med et interkommunalt samarbeid om en alarmsentral? Skal alle alarmmottakere legges inn i

tjenestene våre eller skal vi fortsette med ulike tilbydere/drifere (Brannvesenet og Hjelp24) – hvordan skille på dette?

### **Leverandørvalg**

Det er viktig at kommunen bruker nok tid på valg av teknologi og leverandør. Det viser seg at mye av teknologien som finnes på markedet i dag fortsatt er umoden. Det finnes heller ingen standardiserte løsninger som sikrer at ulike tekniske løsninger snakker med hverandre.

Prosjektgruppa oppfatter Telenor objects sitt prosjekt med Visma som spennende fordi man tenker kommunikasjon med fagsystemet som kommunen bruker, og at Telenor heller ikke er bundet opp mot noen spesielle leverandører. De samarbeider med flere.

Elkotek sine løsninger som prosjektgruppa fikk demonstrert og presentert på Skotterudtunet virket veldig driftssikkert, pålitelig og gjennomtenkt/utprøvd. Elkotek sitt ene hovedkontor i Skandinavia ligger i Charlottenberg, og her er de også i ferd med å bygge opp et demonstrasjonsrom for de ulike løsningene som de har å tilby.

### **Betalingsmodell**

Helsedirektoratet anbefaler i sin ferske fagrapport om implementering av velferdsteknologi at det iverksettes en utredning av prinsipper for finansiering av velferdsteknologiske løsninger. De har dermed ikke utredet dette spørsmålet i sin rapport.

Hvordan kommunen skal håndtere finansiering og ev. brukerbetaling inntil et sentralt regelverk foreligger, må diskuteres og avklares nærmere.

### **GPS for brukere med samtykkekompetanse**

Det er ikke tatt stilling om kommunen skal prøve ut GPS-løsninger for brukere som har samtykkekompetanse og om dette skal inngå i pilotprosjektet. Denne vurderingen må gjøres når pilotprosjektet skal planlegges i detalj.

### **Elektronisk sporing av hjelpemidler/eiendeler/utstyr**

Her er det flere leverandører som tilbyr sporing av utstyr. Dette brukes bl.a. på sykehus for å finne igjen senger og andre tekniske hjelpemidler med mer. Dette kan være aktuelt for hjelpemiddellageret og sjukehjemmene for eksempel.

### **Profil**

Det er ikke diskutert ferdig om kommunen i dag utnytter alle mulighetene som ligger i fagsystemet Profil.



## Bidrag til måloppnåelse

### Avklaringer

Satsningen på velferdsteknologi må forankres på politisk nivå. Prosjektgruppa foreslår å invitere Kåre Hagen, som var leder for arbeidsgruppa som la fram NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg", til et kommunestyremøte for å fortelle om velferdsteknologi og dens muligheter. Kåre Hagen arbeider til daglig i Nova og er en ressursperson på området.

### Hvordan følge opp videre

For at vi skal lykkes med satsningen på velferdsteknologi må dette arbeidet utvikles over tid, det må følges opp tett, og det må vies tilstrekkelig oppmerksomhet. Prosjektgruppa mener rådmannen og kommunalsjef må vurdere om det skal etableres et fagforum der IKT, ledelse (strategi) og fag er representert. Forumets funksjon må være å følge opp, legge planer og drive utviklingen av velferdsteknologibruk videre. Dette vil sikre utvikling av tjenesten og at kommunen klarer å utnytte potensialet som ligger i velferdsteknologien. Det er viktig å ta grep nå da velferdsteknologi med all sannsynlighet vil være med på å prege tjenesteutviklingen sterkt framover.

Kommunalsjefen bør i tillegg oppnevne en egen prosjektleder for pilotprosjektet som foreslås.

### Økonomisk avklaring

Det vil kreve investeringer for å kunne ta i bruk velferdsteknologi. Det er tidligere i rapporten vist hvor stort potensialet med hensyn til effekt av disse tiltakene er. Prosjektgruppa mener at kommunen ikke har råd til å la være å satse på velferdsteknologi.

## Konsekvenser av anbefalingene

### Kvalitet i tjenestene?

NOU 2011:11 peker på den mulige sammenhengen mellom fall, ensomhet og kognitiv svikt. Velferdsteknologiske løsninger kan trolig bidra på flere områder for økt mestring, trygghet og sosial deltakelse. Dette kan forebygge fall, ensomhet og kognitiv svikt (Helsedirektoratets fagrapport, s. 28).

### Konsekvenser for brukerne?

Prosjektgruppa tror bruk av velferdsteknologi vil øke tryggheten og sikkerheten for brukerne, men også for pårørende. For flere brukere vil teknologien kunne gi økt mestringsevne i hverdagen og økt selvstendighet. Sist, men ikke minst vil det kunne bidra til at brukerne kan bo lenger i egen bolig og dermed utsette behovet for heldøgns omsorg og pleie.

### Konsekvenser for prosjektområdet?

Prosjektgruppa mener at velferdsteknologi er ett av de sentrale tiltakene for å fjerne overbelegget på

sykehjemmene og lette presset på plassene. Det er også et viktig instrument for å få til mer forebyggende tjenester.

## Konsekvenser for medarbeiderne?

Mobil omsorg vil bedre og effektivisere dokumentasjonen i de hjemmebaserte tjenestene, samt lette informasjonsinnhenting. Alt dette vil frigjøre tid, og personalet vil bli mindre avhengig av kontorlokaler.

Notus Portal, nå døpt om til Ressursstyring web, vil effektivisere vikarinnleien.

Innføring og bruk av velferdsteknologi vil gi et behov for å øke ansattes kompetanse på området, og det vil bli nødvendig å innarbeide nye rutiner og endre på eksisterende arbeidsprosesser.

## Konsekvenser for andre prosjektområder / enheter / tjenester?

Innkjøp og drifting av ny velferdsteknologi vil i større eller mindre omfang måtte involvere Hedmark IKT.

## Effekt av anbefalingene i 2013

Prosjektgruppa tror ikke det er realistisk med oppstart av pilotprosjekt før 1. april 2013. Det må tas stilling til hvor lang piloten skal være, men prosjektgruppa anbefaler minst 3 måneder og inntil 6 måneder. Det er tidligere i rapporten gjort rede for mulige effekter av tiltakene, og prosjektgruppa vil anslå at man kan få en effekt tilsvarende 1 mill kr i 2013, dersom man treffer riktig med de velferdsteknologiske løsningene.

## Effekt av anbefalingene i 2014

Det er vanskelig å beregne effekter, men det er et formidabelt potensiale i bruken av velferdsteknologi. Kommunen vil vite mer når pilotprosjektet er gjennomført.

## Risikovurdering

Hvilke risikoer kan oppstå ved gjennomføring av tiltakene og hvordan anbefaler delprosjektet minimere risikoene?

Risikoområder	Sannsynlighet (høy/middel/lav)	Konsekvens (stor/middels/liten)	Hvordan minimere risikoen?
Manglende politisk forankring	Lav	Stor	Orienter kommunestyret og som nevnt invitere Kåre Hagen
Manglende finansiering av pilotprosjekt og demonstrasjonsleilighet	Lav	Stor	Samme som over

Manglende forankring hos ansatte	Middels	Stor	Demonstrasjonsleilighet vil bli viktig for å vise hvordan løsningene vil fungere i praksis, samt gode resultater i piloten
Manglende kompetansebygging og opplæring	Middels	Middels	Sikre ledelsesforankring og bygging av demoleilighet
Manglende oppfølging og gjennomføringsevne	Middels	Stor	Må settes ned prosjektorganisasjon
Manglende tillitsbygging og informasjon til brukere og innbyggere	Lav	Stor	Demonstrasjonsleilighet, gode resultater fra pilot, orientere brukerorganisasjoner som eldres råd, funksjonshemmedes råd o.a.

## Implementering

### Suksesskriterier for vellykket implementering

- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Det er viktig å bruke nok tid i planleggingsfasen og at det blir vurdert om kommunen skal koble inn eksternt kompetansemiljø for å få hjelp til design og evaluering av piloten.
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Det er avgjørende at ansatte og brukere blir involvert og hørt i planleggingen av pilotprosjektet.
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Det er essensielt at de valgte teknologiske løsningene fyller og løser et reelt behov hos brukerne. Man må fokusere på å forenkle hverdagen for brukerne.
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Omsorgsteknologien må bli en integrert og naturlig del av oppfølgingstilbudet
- <sup>35</sup>/<sub>17</sub> Tildeling av hjelpemidler må etter hvert foregå i samme prosess som tildeling av tjenester og bolig

## Implementeringsplan og konkretisering av tiltak med økonomisk effekt

Beskrivelse tiltak	Målgruppe	Vurdering av effekt	Når	Ansvar
Pilotprosjekt	Se oversikt side 12	Kr. 1 000 000,- dersom pilotprosjektet lykkes	Start 1.4.2013	Kommunalsjef
Demonstrasjonsleilighet/-rom: usikkert hva tiltaket vil koste, men kan anslå kr. 50 000,-	Ansatte, brukere, politikere	Tiltaket vil sikre god opplæring og forankring av satsningen	1.3.2013	Kommunalsjef

Beskrivelse tiltak	Målgruppe	Vurdering av effekt	Når	Ansvar
Telemedisin	Brukere og ansatte	Øker kvaliteten på tjenestene, samt bidrar til økt kompetanse hos ansatte.	Prøveprosjekt høsten 2012	Enhetsleder hj.basert + Helseenheten
Kompetanseheving – videreutdanning for to ansatte i omsorgsteknologi: kr. 40 000,-	Ansatte	Viktig for å bygge opp både bestillerkompetanse og fagkompetanse	1.1.2013	Kommunalsjef
Notus Portal / Ressurstyring web	Ansatte	Se prosjektrapporten til delprosjekt "Teknologi og arbeidsprosesser"	Må avklares	Kommunalsjef
Mobil omsorg	Ansatte i hjemmetjenesten	Se prosjektrapporten til delprosjekt "Teknologi og arbeidsprosesser"	Nov 2012	Rådgiver Helse og omsorg
Etablere fagforum	Ledelse	Sikre framdrift, gjennomføring og utvikling av velferdsteknologi	1.1.2013	Kommunalsjef
Informasjonsmøte	Politikere	Sikre forankring av satsningen på velferdsteknologi	1.1.2013	Rådmannen
Brukerdialog: ulike kompletterende informasjons- og høringstiltak	Brukere og interesseorganisasjoner	Sikre forankring og oppslutning blant brukere og brukerorganisasjoner	Fram til 1.4.2013	Kommunalsjef og kommunens infoansvarlige

## Informasjons- og involveringsplan (eksterne aktører)

Informasjons- og involveringsplanen kan samordnes med andre delprosjekter hvis dette er relevant. Målet for planen er å synliggjøre hvordan eksterne aktører kan informeres og involvers i implementeringen av anbefalte tiltak. Hensikten er å skape forståelse og aksept for anbefalte tiltak.

Delprosjektets interessenter	Behov for dialog / involvering? Hvordan gjennomføre?	Behov for informasjonstiltak? Hvordan gjennomføre?
HIKT	Trekke med i planlegging og gjennomføring av pilotprosjekt	Samarbeidsmøter

Aktuelle kompetansemiljø	Uavklart
Aktuelle leverandører	Uavklart
Innbyggere / Brukere	Invitere oss inn til møter i Eldres råd, demensforening, Funksjonshemmede råd og andre aktuelle foreninger. Legge ut info på hjemmesider og vurdere å sende info til ulike brukere. Demonstrasjonsleiligheten vil også blir brukt for å vise fram de teknologiske løsningene.
Sykehuset	Ta opp aktuelle temaer i fast samarbeidsforum
Hjelp 24 og Brannvesenet	Avholde samarbeids- og avklaringsmøter
NAV	Avklare om kommunen kan låne videokonferanseutstyr
Fastlegene	Ta opp aktuelle tema i møte med fastlegene

## «INGEN KOMMER TIL FJELLS PÅ FLAT VEG»