



Kommunedelplan Helse, Omsorg og Folkehelse

For

Lesja Kommune

2012 - 2020



Oppdatert mars 2014.

INNHold

1	Innledning	3
2	Sammendrag	5
3	Hovedmålsetting	7
3.1	Styringssignaler.....	8
3.2	Hovedutfordringer for Lesja.....	8
4	Nåsituasjonen	10
4.1	Befolkningsframskriving	12
5	Organisasjonskart helse, omsorg, folkehelse og barnevern pr. mars 2014	14
5.1	Helse og rehabilitering	14
5.2	Satsingsområder	14
5.3	Legetjenesten	15
5.4	Helsestasjonen	16
5.5	Jordmortjenesten	18
5.6	Psykisk helse	19
5.7	Fysio-/ergoterapitjenesten.....	20
5.8	Kreftomsorgen	21
5.9	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommuneleger, NGLMS og private fysioterapeuter.....	21
6	Pleie og omsorg	23
6.1	Hjemmebaserte tjenester	23
6.2	Skoglund bekkefaret	23
6.3	Lesja sjukeheim.....	24
6.4	Demensomsorgen	26
6.5	Dagsenter	27
7	Rehabilitering og habilitering	27
8	Folkehelse	29
9	Tannhelsetjeneste	33
10	Barnevern	34
11	Kommunale oppgaver i NAV	36
12	Forvaltning og dokumentasjon	37
13	Organisering/drift	38
14	Personell og kompetanse	39
15	Familie og lokalsamfunn	40
16	Vedlegg 1 – Nasjonale føringer	41
17	Vedlegg 2 – Dagens og fremtidens helseutfordringer	44

Merknad – 6. mars 2014:

Kommunedelplan for helse-, omsorg og folkehelse ble vedtatt i kommunestyret 20.09.12. (sak 62/12). Det er behov for å gjøre noen redaksjonelle endringer og oppdateringer i tråd med nye myndighetskrav og interne organisatoriske endringer. Planen oppdateres på noen områder og legges frem for formannskapet i Lesja kommune den 12.mars 2014. Endringer er gjort av helse-, omsorg- og folkehelsesjef Therese G. Hole

1. Innledning

Både fra politisk hold og fra administrasjonen i Lesja kommune har det kommet signaler om at tiden er moden for å se nærmere på organiseringen av H/S området (helse og sosialområdet) i kommunen. Det har videre blitt signalisert, gjennom investeringsbudsjettet for 2011 til 2014, at det er behov for å gjøre betydelige investeringer innen dette området. Kommunens bygninger innen H/S området er fra en tid da kravene til denne type bygg var en helt annen enn det som er i dag. Dagens krav til universell utforming, tilpasning til hjelpemidler, elektronisk infrastruktur og krav til inn klima er ikke fullt ut ivarettatt i eksisterende bygningsmasse.

H/S området er i dag fysisk spredt på flere steder. Deler av området holder til i kommunehuset. Pleie- og omsorg holder til i lokaler på Lesja Sjukeheim, Eldres senter og Skoglund/Bekkefare. Lokaliseringen er i seg selv en utfordring.

Formannskapet i Lesja kommune fattet den 27.10.2010 følgende vedtak:

1. Det nedsettes en styringsgruppe og en prosjektgruppe som skal utrede hvilke utfordringer Lesja kommune står overfor i forhold til fremtidig organisering av H/S etaten i kommunen. Formannskapet blir styringsgruppe for prosjektet. Det settes ned en prosjektgruppe som tar seg av selve utredningsarbeidet.
2. Det engasjeres en leder for dette prosjektarbeidet. I tillegg til prosjektleder bør prosjektgruppen bestå av H/S-sjef, kommunelege 1, leder LSH (Lesja Sjukeheim), leder HBO (Hjemmebaserte tjenester), leder for Skoglund/Bekkefare, 2 representanter fra Livsløpsstyret samt en eller flere tillitsvalgte. H/S-sjef utnevnes som fast sekretær for arbeidet.
Administrasjonen får fullmakt til å utpeke prosjektleder.
3. Mandatet for utredningsarbeidet utarbeides av styringsgruppen og av administrasjonen i fellesskap.
4. Prosjektgruppen disponerer inntil kr. 100.000,- til denne utredningen.
5. Prosjektgruppen legger fram sin anbefaling innen 1.6.2011.

Prosjektgruppe

Prosjektgruppen har bestått av 2 politikere fra Livsløpsstyret, 2 tillitsvalgte, 1 representant fra Råd for funksjonshemmede, 1 representant fra Eldrerådet, kommunelege 1, leder Skoglund/Bekkefare, leder Lesja Sjukeheim, leder Hjemmebaserte tjenester, folkehelsekoordinator, planlegger og helse og sosialsjef. H/S-sjef har vært leder og sekretær for gruppen.

Prosjektgruppen valgte å nedsette 2 arbeidsgrupper som konkret skulle jobbe med Helse og Folkehelse. Prosjektgruppen har også engasjert Ressurssenter for omstilling i kommunene til å foreta en vurdering av pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Det ble videre leid inn prosjektleder fra Ressurssenteret, for å bistå med utarbeidelse av plan for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Prosjektgruppa har videre vært på befaringsreise på Fossli Bosenter i Stjørdalen. Fossli Bosenter er et senter for personer med demens.

Folkehelsegruppen

Folkehelsegruppen har bestått av representant fra Lesja idrettslag, ungdomsrådet, pensjonist foreningen, folkehelsekoordinator, helsestasjonen, planlegger og kommunelege1. Lesjaskog idrettslag ble også invitert inn i arbeidsgruppen men har ikke deltatt.

Kommunelege1 har ledet folkehelse gruppens arbeid.

Helsegruppen

Helsegruppen har bestått av representant fra psykisk helsevern, jordmortjenesten, fysio-/ergoterapitjenesten, helsestasjonen, barnevern og legekantoret.

Kommunelege1 har ledet helse gruppens arbeid.



2. Sammendrag

Plan for en aktiv helse-, omsorg- og folkehelsestjeneste i Lesja kommune fram mot 2020, er en overordnet plan som først og fremst omtaler tjenesteområdets utfordringer i årene som kommer. Planen omfatter helse-, omsorg- og folkehelsestilbudet til innbyggere i kommunen, og inneholder strategier og overordnede, generelle tiltak for å møte de utfordringer som kommer. I tillegg til denne planen skal det til enhver tid utarbeides handlingsplaner/ årsplaner for tjenestene eller de deltjenester som bygger på denne overordnede planen.

Aktive helse-, omsorg- og folkehelsestjenester skal ha fokus på den enkeltes sterke sider og bygge videre på det. Tjenestene skal motivere til å fokusere på det friske i stedet for på det syke, det som fungerer i stedet for det som ikke fungerer. Dette er avgjørende for at den enkelte skal oppleve mestring og selvstendighet, og dermed frihet til å kunne styre livet sitt selv, også når han eller hun er blitt tjenestemottaker.

Aktive helse- og omsorgstjenester betyr aktive og engasjerte medarbeidere med faglig kompetanse som har fokus på god livskvalitet basert på trivsel, mestring og selvstendighet. Lesja kommune skal være en attraktiv arbeidsplass, hvor det legges vekt på kompetanseutvikling og faglig fellesskap, slik at fagutdannet personale ønsker å jobbe her.

Rehabiliteringstanken skal være gjennomgående i all tjenesteyting. Vi skal ta utgangspunkt i den enkelte sine ressurser for å gjenopprette, vedlikeholde eller redusere tap av funksjoner.

Forslag til fremtidige omsorgstjenester skal lages ut i fra en omsorgsfilosofi som er bygget på BEON – prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå). Det betyr at det legges vekt på tiltak som har til hensikt å muliggjøre at mennesker kan bo i eget hjem så lenge som mulig, herunder satse på helsefremmende og forebyggende tiltak som bygger opp under og ivaretar menneskets egenomsorg og sosiale liv. Dette innebærer også støtte til brukers nærmeste omsorgsperson.

Aktive helse- og omsorgstjenester betyr at sjukeheimen først og fremst skal satse på videreutvikling av korttidsfunksjoner.

Når det gjelder behovet for tjenester til eldre, er dette nært knyttet til den demografiske utviklingen i kommunen. I tillegg handler det om at morgendagens eldre vil ha andre verdier og holdninger enn dagens eldre. Dette beskrives slik i St. meld. 25 (side 42/43):

”Morgendagens eldre vil bli mer kravstore og mindre beskjedne enn dagens eldre er. De vil i noe større grad ønske seg en tilværelse der de kan bruke sine evner, vise hva de kan, og der de kan gjøre nye ting og bestemme selv. Men først og fremst vil de være mindre konforme og mindre tradisjonelle – de vil i mindre grad innordne seg tradisjonelle normer”.
Behovet for helse-, omsorg- og folkehelsestjenester vil være vanskelig å fastslå og

Stortingsmeldingen peker på at det vil avhenge av:

- Inntekts- og velferdsutvikling
- Utdanningsnivå
- Utviklingen på arbeidsmarkedet
- Medisinsk – teknologisk utvikling
- Rusmiddelbruk
- Demens

Lesja skal være en kommune med høy velferd

For å utnytte kommunens ressurser og muligheter optimalt, må det vises evne til å se bygda som en enhet og i mindre grad som arena for innbyrdes konkurranse. Ut fra sine forutsetninger vil kommunen delta i interkommunalt og regionalt samarbeid som fremmer fellesinteresser i regionen. Lesja ønsker å opprettholde sitt høye velferdsnivå med gode oppvekstvilkår, helse- og omsorgstjenester, basert på befolkningens produktivitet. Kommunens veivalg for planperioden 2012 - 2020 forankres dertil i det naturgitte ressursgrunnlaget med nærings- og markedsmessige muligheter Lesja har.

Denne planen er en kommunedelplan som omtaler helse- og omsorgstjenestens utfordringer, samt folkehelsestrategier fram mot 2020. Målet med planen er å klargjøre hvilke utfordringer Lesja kommune står overfor og hvilke tiltak som må iverksettes på kort og lengre sikt for å møte utfordringene. Utfordringene denne planen skal gi svar på er: framtidig innretning, større grad av brukermedvirkning, kvalitet og økonomi, samhandlingsreformen og nytt lovverk.

Framtidens kommunale helse- og omsorgstjenester har som hovedmål å sikre helhetlige og samordnede tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorene. I nasjonale utredninger er det pekt på at framtidig økning i antall brukere og redusert tilgang til arbeidskraft, vil utfordre helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen er fulgt opp med ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Kommunen står da både overfor en velferdsreform og en forvaltningsreform. Forvaltningsreform ved at oppgaver overføres fra staten og helseforetakene og til kommunen. Lesja kommune har satt seg som mål å bistå innbyggere og brukere på en faglig og profesjonell måte. Våre tjenester skal ytes i henhold til de myndighetskrav som til en hver tid er gitt i form av lover, forskrifter og retningslinjer. For å oppnå dette er vi avhengig av at våre tjenester er effektive, både faglig og driftsmessig. Dette for å sikre at vi greier å styre ressursene på en effektiv måte. Det betyr at vi må prioritere folkehelsearbeid, forebygging, rehabilitering og brukere med de største behovene.

Ideologi/brukerverdi:

Lesja kommunes hovedmål er å sikre at alle som bor eller oppholder seg i kommunen får nødvendig¹ helsehjelp.

Alle som søker om tjenester får sin søknad individuelt behandlet. Kommunens tjenester skal ytes etter BEON-prinsippet. Det er viktig å oppleve mestring. Kommunen har derfor som grunnprinsipp at alle i utgangspunktet har ansvar for å tilrettelegge for egen livssituasjon. Dette kan oppsummeres med følgende stikkord:

Brukermedvirkning, rett tilbud til rett tid, trygghet, respekt, forutsigbarhet, tilgjengelighet, tillit, kommunikasjon, tydelighet, gjensidig krav og verdig liv.

¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 sier følgende:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasienter- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelser, rusmiddelproblem sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Tjenestens ambisjonsnivå:

Lesja kommune står overfor store og interessante utfordringer. Planen skal gi grunnlag for å løse utfordringene. Kommunen har som mål å profesjonalisere alle ledd, fra henvendelse, vurdering og til tjenesteutøvelsen. Dette forutsetter at organisasjonen tenker og planlegger helhetlig. Dette gjelder på individnivå (ansatte) og på systemnivå (administrasjon/ drift og politikk). Helhetlig brukerforløp er et hovedmål.

Helse- og omsorgstjenesten skal innrettes slik at den er fleksibel i all tjenesteyting. Alle som arbeider i kommunen har ansvar for at tjenesten lykkes. Nødvendig kompetanse og fleksibel bruk av denne, sammen med fokus på folkehelse, forebygging, et godt utbygd dagtilbud, hjemmetjenester, omsorgsboliger, kort- og langtidsplasser på sjukeheimen, vil her være sentrale virkemidler. Hjemmetjenesten skal der det er nødvendig kunne yte døgntjenester. Lesja Kommune skal organisasjonsmessig fremstå som en attraktiv kommune. Så attraktiv, at kommunen er førstevalg for mange som søker arbeid innen helse og omsorg. Kommunen har som mål å skape attraktive arbeidsmiljø ved å fokusere på godt og fleksibelt fagmiljø, fleksible arbeidstidsordninger og store stillingsstørrelser der dette er ønskelig og mulig. Lesja Kommune skal innad i organisasjonen, utad overfor innbyggerne og samarbeidspartnere aktivt informere om helse- og omsorgstjenestene og folkehelse. Dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Kommunen skal være åpen for å ta i bruk omsorgsteknologi der dette er faglig begrunnet og til beste for bruker/ pårørende og kommunen.

3. Hovedmålsetting

Overordnet målsetting:

Helse- og omsorgstjenesten i Lesja kommune skal i samspill med NAV yte tjenester til kommunens innbyggere til fremme for sosial trygghet, god helse, - samt forebygge sykdom, skade og psykososiale problemer.

Kommuneplanens samfunnsdel 2007 – 2020.

Mål for tjenestene:

Personer som bor eller oppholder seg i kommunen skal sikres nødvendige, trygge, tilgjengelige og brukertilpassede tjenester av høy kvalitet – til rett tid - fra helse-, omsorgs og barnevernstjenesten.

Dette innebærer at tjenestene skal være:

- Profesjonelle og fleksible
- Helhetlig, koordinert, målrettet og resultatorientert
- Høy grad av reell brukermedvirkning
- Trygghet og respekt
- Jevn og god dialog med innbyggerne

Lesja kommunes framtidige utfordringer innen helse- omsorg- og folkehelsefeltet kan oppsummeres slik:

- Helhet
- Samhandling – intern og ekstern.
- Kompetanse.
- Folkehelse, forebygging og egenmestring.
- Effektiv ressursutnyttelse (faglig og økonomisk).

3.1 Styrings signaler

Hovedstrategiene og tiltakene er basert på kommunes egne valg og statlige styrings signal. De viktigste styrings dokumenter som denne planen bygger på er:

- Lov om helse- og omsorgstjenester mm
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om barnevernstjenester
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og internkontroll HMS
- Demensplan 2015
- Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid
- Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- Meld.St.29 (2012-2013) Morgensdagens omsorg
- Meld.St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen, God helse-felles ansvar
- Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

3.2 Hovedutfordringer for Lesja med utgangspunkt i samhandlingsrolle, nye lover osv.

Helse- omsorgs- og barnevernstjenesten er underlagt en rekke lover og forskrift som styrer vår virksomhet. Dette regulerer i hovedsak:

- Kommunens lovmessige **plikt** til å yte nødvendige og forsvarlige helse-, omsorgs- og barnevernstjenester.
- Befolkningens **lovfestede rett** til nødvendige helse- og omsorgstjenester, samt tjenester fra barnevernet.
- Kommunens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav som er fastsatt i lov eller forskrift.
- Krav til tjenesteytere/personell om forsvarlig yrkesutøvelse og virksomhet innen helse-, omsorgs- og barnevernstjenestene.
- Forsvarlighetskravet og økonomistyring. Kommunen må gjennom sin økonomistyring og prioriteringer sikre at forsvarlighetskravet til en hver tid er ivaretatt innenfor de oppgaver som er pålagt i medhold av lov og forskrift.

Pasienter og brukere har lovfestet rett til ulike helsetjenester og ytelser som kommunen har et ansvar for. Pliktansvaret for pasientrettighetene avspeiles som både i helsepersonelloven og helse- og omsorgstjenesteloven..

Med iverksetting av Samhandlingsreformen i 2012, kom også ny helse- og omsorgstjenestelov(HOL) og ny folkehelselov (FHL). I disse lovene beskriver kommunens

ansvar for helse- og omsorgstjenester og oppgaver på folkehelseområdet. Folkehelse er nå kommunens ansvar, og arbeidet skal være samfunnsrettet og tverrsektorielt. Folkehelse er ikke et eget fagområde eller tjeneste, og vil i handlingsprogrammet beskrives noe annerledes enn det som er skissert i kommuneplanen og kommunedelplanen for helse- omsorg og folkehelse.

❖ **Samhandlingsreformen – flere oppgaver til kommunene**

Iverksetting av samhandlingsreformen medførte flere oppgaver og økt ansvar for kommunen. Kommunen mottar utskrivningsklare pasienter tidligere fra spesialisthelsetjenesten, noe som kan ha konsekvenser både for kapasitet, kompetanse og kommunens økonomi. Med samhandlingsreformen ble kommunal medfinansiering innført. Dette innebærer at kommunene skal dekke en del av kostnadene når kommunens innbyggere behandles i sykehus. I tillegg skal det betales for ekstra liggedøgn dersom kommunen ikke kan ta i mot utskrivningsklare pasienter. Kommunen har valgt å løse flere nye lovpålagte oppgaver gjennom et regionalt helsesamarbeid og Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter på Otta.

❖ **En tydeligere brukerrolle/pasientrolle**

Kommunen har som mål å ansvarliggjøre den enkelte bruker. Gjennom tett dialog med hver enkelt bruker (og deres pårørende) ønsker vi å bidra til økt livskvalitet, samtidig som presset på helse- og omsorgstjenesten ønskes redusert ved å satse på helsefremmende og forebyggende arbeid.

❖ **Helhetlige og koordinerte tjenester**

Helhetlige tjenester skal sikres ved at den enkeltes behov for ulike tjenester skal utøves på en profesjonell og koordinert måte. Vi må derfor se helse- og omsorgstjenestene som EN tjeneste, i sammenheng med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Et overordna mål er å arbeide mot et helhetlig brukerforløp.

❖ **Sjukeheimens rolle**

Sjukeheimen skal i større grad enn i dag sikre ulike korttidstilbud. Dette som følge av blant annet nye oppgaver/ brukergrupper, flere som ønsker å bo hjemme, det være seg i egen opprinnelig bolig eller omsorgsbolig/ trygdebolig. I tillegg til ulike korttidstilbud, medisinsk behandling, rehabilitering med mer, skal vi ha avsatt plasser for langtidsopphold for de som av helsemessige årsaker ikke kan nyttiggjøre seg andre tilbud.

❖ **Folkehelse og forebygging**

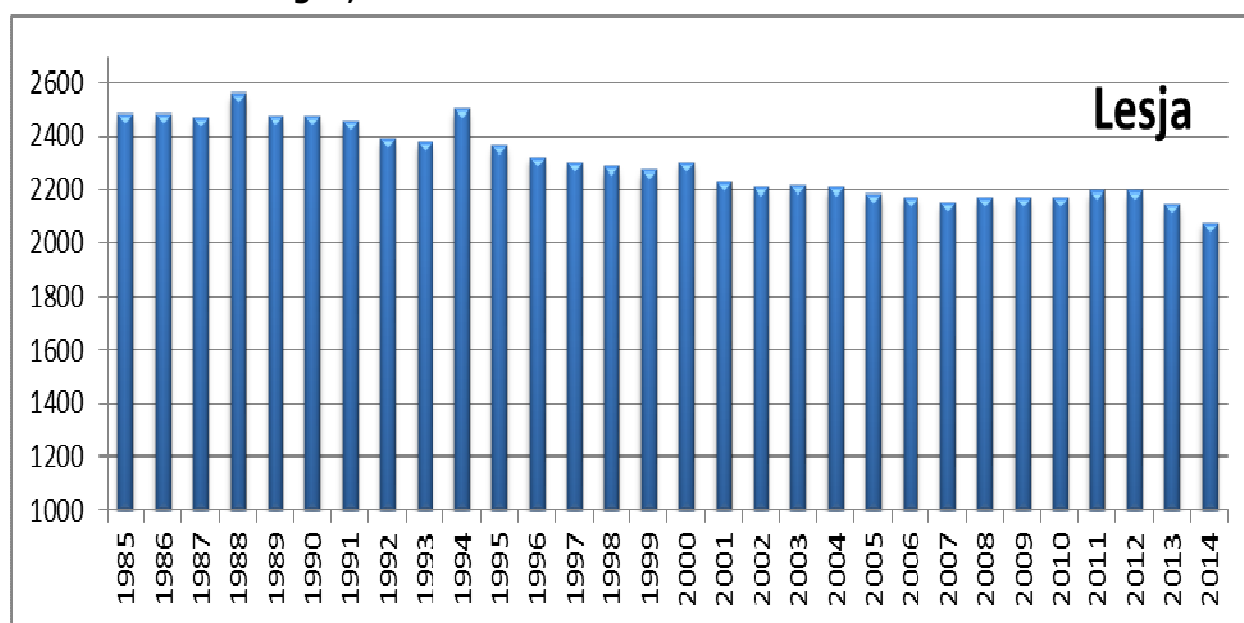
Kommunen som en helhetlig organisasjon skal ha fokus på folkehelse, forebygging og god dialog med innbyggerne. Dette er en erkjennelse av at god helse først og fremst ikke skapes i helse- og omsorgstjenesten, men gjennom levekår, livsbetingelser og livsstil. Helsetilstanden til kommunens innbyggere er på kort og lengre sikt en av kommunens viktigste ressurser. Ny folkehelselov har som hovedmål å styrke/ systematisere folkehelsearbeidet. Det vil si at det skal utarbeides en strategi som bygger på kommunens helseutfordringer, hvor vi planlegger og gjennomfører tiltak fra “vugge til grav” og som involverer og ansvarliggjør hele kommunen.

4. Nåsituasjonen

Vi har benyttet tall fra KOSTRA¹ 2010 ved utarbeidelsen av tabell 1. For sammenligningsdel har vi tatt med tall tilhørende kommunegrupper² og Oppland fylke (fylket).

Tabell 1 viser folketallsutvikling fra 1985 til 2014.. Tabell 2 viser at Lesja kommune har prosentvis flere yngre innbyggere i aldersgruppene 0-24 år og færre innbyggere i aldersgruppen 25-66 år. Når det gjelder aldersgruppene over 67-79 år og 80 år og eldre har vi prosentvis flere innbyggere. Selv om statistiske tall nødvendigvis ikke sier alt om behovet for tjenester, viser gjennomgang av tallene i tabellen at vi som kommuner prioriterer tjenesteområdene ulikt. Den store forskjellen finner vi når vi ser på innretningen innen pleie- og omsorg og hva vi netto bruker per innbygger til omsorgsformål, forebygging, helsestasjon og skolehelsetjenester.

Tabell 1. Folkemengde, 1985-2014



Folkemengde pr. 1. januar. Antall. Kilde: SSB (oppdatert 2014).

¹ KOSTRA (KOMMune-STat-RAPportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet.

² Grupperingen i kommunegrupper har ingen innvirkning på kommunene sine inntekter eller kostnader, men er laget ut fra hvilke inntekter og kostnader kommunene faktisk har. Det er således inntekts- og kostnadsnivået i kommunen som bestemmer hvilken kommunegruppe en havner i, det er ikke plassering i kommunegrupper som avgjør inntekts- og kostnadsnivået. Hensikten med en inndeling i kommunegrupper, er å gjøre det mulig å foreta en sammenligning av "like" kommuner. Foruten inntekts- og kostnadsnivå, bestemmes plasseringen i kommunegrupper av folketallet i kommunen.

Tabell 2

	Lesja	Kommune- gruppe 03	Fylket
Andel innbyggere 0åringer (prosent)	1,5	1,0	1,0
Andel innbyggere 1-5 år (prosent)	5,8	5,5	5,3
Andel innbyggere 6-15 år (prosent)	12,2	12,7	12,1
Andel innbyggere 16-18 år (prosent)	3,6	4,2	3,9
Andel innbyggere 19-24 år (prosent)	7,4	7,6	7,3
Andel innbyggere 25-66 år (prosent)	51,6	52,8	54,2
Andel innbyggere 67-79 år (prosent)	11,1	10,3	10,4
Andel innbyggere 80 år og over (prosent)	6,8	5,9	5,7
Antall innbyggere	2 197		
Netto driftsutgifter kommunehelsetjenester i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter	5,8	6,1	5,0
Netto driftsutgifter i kroner per innbygger, kommunehelse	3 046	3 206	2 033
Netto driftsutgifter i kroner til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste per innbygger 0-5 år	9 956	8 376	6 462
Netto driftsutgifter i kroner til forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste per innbygger 0-20 år	2 810	2 077	1 623
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter	35,0	36,6	38,4
Netto driftsutgifter i kroner per innbygger til pleie- og omsorgsformål	18 262	19 226	15 459
Netto driftsutgifter i kroner per innbygger 80 år og eldre	267 473	327 199	272 425
Andel netto driftsutgifter institusjoner av netto driftsutgift plo	45,7	50,2	45,6
Andel netto driftsutgifter hjemmeboende av netto driftsutgift plo	47,5	46,4	48,9
Andel netto driftsutgifter aktivisering av netto driftsutgift plo	6,8	3,4	5,5
Legeårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelse	11,2	10,6	8,6
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelse	7,5	7,4	8,7
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	0,14	0,33	0,36
Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem	0,17	0,33	0,27
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og eldre	20,7	21,5	18,3
Andel plasser i institusjon og heldøgns bemannet bolig i prosent av innbyggere 80 år og eldre	33,0	34,0	28,0
Andel innbyggere 80 år og over som er beboer på institusjon	15,3	17,0	13,9

4.1 Befolkningsframskriving

Tabell 3 under viser at statistisk sett vil antall innbyggere i Lesja ha en liten økning fram mot 2020. En økning som vil fortsette fram mot 2030. Prognosen viser at antall 0-19 åringer vil øke fram mot 2020. Det samme gjelder for den yrkesaktive delen av befolkningen (20-66 år), men i beskjeden grad. Aldersgruppen 80-89 år vil ha en nedgang fram mot 2020-2025 for deretter å øke. Mens aldersgruppen over 90 år vil holde seg på dagens nivå helt fram til 2030. Antall innbyggere i aldergruppen 67-79 år kommer til å øke vesentlig fram til 2025.

Tabell 3

År	2012	2015	2020	2025	2030	2040
0-9 år	258	268	278	258	282	268
10-19 år	273	281	293	303	310	305
20-66 år	1281	1285	1301	1307	1316	1321
67-79 år	240	271	303	350	351	368
80-89 år	124	113	107	117	143	188
90 år og eldre	27	26	29	26	27	39
Totalt	2167	2244	2311	2361	2429	2489

I dag utgjør andelen innbyggere over 80 år 6,8 %. I 2020 er andelen redusert til 6,2 %. Mens andelen innbyggere mellom 67-79 år som utgjør 11,1 % i dag, vil stige til 13,1 % i 2020. Den yngste delen av innbyggerne 0-19 år utgjør i dag 24,5 %. Andelen vil prosentvis holde seg stabil fram til 2020 med sine 24,7 %. Den yrkesaktive andelen i befolkningen (20-66 år) i Lesja utgjør i dag 59,1 %. I 2020 er den redusert til 56,3 %.¹

Generelt viser erfaringer at det er antallet av de eldste eldre som er hovedutfordringen når det gjelder omsorg i årene framover. Dette påvirker behovet for:

- utvikling av bo- og tjenestetilbud med heldøgns omsorg
- utvikling av spesielt tilrettelagte tilbud til brukere med demens

¹ Befolkningsframskrivingen baserer seg på Statistisk Sentralbyrå sine prognoser. Vi har her benyttet middels nasjonal vekst (MMMM)

Selv om erfaringer så langt viser at det er de aller eldste som er hovedutfordringen, viser senere tids forskning at det er en betydelig vekst av pleie- og omsorgsbehov blant personer under 67 år. I flere kommuner meldes at mottakere av omsorgstjenester under 67 år står for over 50 prosent av den totale ressursbruken¹. Utviklingen av antall personer i den eldste delen av befolkningen er viktig når en skal antyde behovet for omsorgstjenester i årene framover, men vel så viktig kan faktorer som levealder, helsetilstand, forventninger/ krav, boforhold, samlivsmønster og uformell omsorg bidra til at utviklingen vil avvike fra det den demografiske utviklingen alene skulle tilsi.

Det kan være vanskelig å trekke entydige konklusjoner om fremtidige behov ut fra en framskriving av befolkningsdata. Dette henger sammen med at man ikke har entydige data på hvordan økt levealder vil slå ut i forhold til behov for helse- og omsorgstjenester. Det forskes dessuten intensivt på å finne svar på ”demensgåten”. Dersom man i de nærmeste årene skulle kunne behandle demenssykdom eller hindre/forsinke utbrudd, vil det påvirke behovet for tjenester markant. Vi kjenner heller ikke konsekvensene av det stadig økende antall personer som får diabetes og andre livsstilssykdommer i ung alder.

Vi må anta at helse- og omsorgstjenesten i tiden som kommer vil bli møtt med større krav fra brukerne når det gjelder medvirkning og mulighet til å bestemme selv. De vil i større grad vektlegge individuelle verdier, opplevelser og prestasjoner framfor kollektive løsninger. Mange vil ha høyere utdanning og er vant med høyere materielle standarder. Vi må derfor anta at deres forventninger til kommunen som tjenesteyter vil påvirkes av dette. Dette vil gjelde faglig innhold, grad av medbestemmelse og individualitet, tjenestenivå og hvilken arena tjenesten skal ytes på.

Morgendagens brukere antas å ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men vil også ha andre ressurser for å mestre dem. Den medisinsk-teknologiske utviklingen har vært omfattende de siste tiårene. En utvikling vi forventer vil fortsette. Eldres helse blir stadig bedre og levealderen forventes fortsatt å øke. Utviklingen innenfor medisin, flere innbyggere med annen etnisk bakgrunn og nye kommunale oppgaver vil komme til å endre behovet for helse- og omsorgstjenester.



¹ Kostnadsbilder i pleie og omsorg, KS FoU 2007.

5. Organisasjonskart Helse, omsorg, folkehelse og barnevern



5.1. Helse og rehabilitering

Helse- og rehabilitering ble fra 01.01.2014 organisert som en avdeling.. Et mål med omorganiseringen, er å samordne alle småavdelingene som psykisk helse, fysio-/ergoterapitjenesten, helsestasjonen, kreftsykepleier og legekantoret under en felles avdeling – Helse- og rehabiliteringsavdelingen - med *en* administrativ leder. En velger i første omgang å kjøre denne omorganiseringen som et 2-årig prosjekt der nåværende avdelingsleder for legekantoret påtar seg å være leder for helse- og rehabiliteringsavdelingen. En søker å evaluere underveis, både etter 1 år og 2 år for å vurdere om nåværende eller ny modell er mest hensiktsmessig for det aktuelle samarbeidet.

5.2 Satsningsområder

Beskrivelse

Lesja kommune skal legge til rette for å rekruttere og beholde kvalifisert fagpersonell innen somatisk og psykiatrisk medisinsk behandling, forebyggende helsearbeid, svangerskapsomsorg og kreftomsorg.

Innen enkelte fagområder der behovet for tjenester er variabelt over tid og/eller det er vanskelig å få besatt deltidsstillinger (ergoterapi, logopedi, kreftomsorg) må samarbeid med nabokommunen vurderes.

Det må legges til rette for at de ulike elementer i helsetjenesten samordnes mest mulig optimalt. Dette skjer enklest ved samlokalisering, felles merkantile tjenester og felles administrasjon.

Utenom vanlig kontortid skal behovet for medisinsk nødhjelp (legevakt og ambulansetjeneste) dekkes mest mulig lokalt.

Dette gir nødvendig trygghet for befolkningen og nærhet til behandler, noe som er en viktig premisse for kvalitativ god helsehjelp.

Hovedmål

- Personer med behov for helsehjelp skal motta behovsrettede tjenester av god kvalitet med kort ventetid, personlig oppfølging og nærhet til tjenesten.

Resultatmål

- Det bør bygges et helsetun i nær tilknytning til ny sjukeheimsbygning.
- Dette helsetunet skal inneholde:
 - Legekontorer/ behandlingsrom
 - Helsestasjon
 - Lokaler for jordmor
 - Fysio/ergoterapienhet med behandlingsrom og treningslokaler
 - Kontorer for psykiatrisk sykepleier og kreftsykepleier
 - Helsetunet skal inneholde tilstrekkelig undervisnings/møterom med nødvendig datautstyr for undervisning/konferanser.
 - Helsetunet bør organiseres rundt et felles resepsjonsareal.
- Det bør være en del felles merkantilt personell. Spesialisert personell etter behov (legekontor/helsestasjon).
- Enheten bør ha en felles organisering, med en administrativ leder.

5.3 Legetjenesten

Beskrivelse

Legetjenesten i Lesja kommune har 200 % fastlegehjemer. I tillegg turnuslege.

Legetjenesten dekker helsestasjon og tilsynstjeneste ved sjukeheimen tilsvarende ca. 1 dag pr. uke i tillegg til kurativ virksomhet.

Legene inngår i legevaktsamarbeid med Dovre kommune i kombinert aktiv/ passiv bakvakt. I tillegg dekkes vaktturnus i regional legevakt på Otta. (Nåværende Kommunelege1 er fritatt for vakter på Otta pga alder).

Det er ansatt 4 legesekretærer, totalt 280 % stilling, hvorav 2 er bioingeniører.

Den ene stillingen er tillagt administrativt ansvar for legekantoret og kreftsykepleier.

Lokalene for legetjenesten ligger i kommunehuset. Kontorene bærer preg av slitasje. Det er dårlig lydisolasjon mellom venterom og resepsjon. Det er mangelfulle lagerrom og behandlingsrommet for akutte skader er for lite.

Lokalene har uhensiktsmessig adkomst for eldre, handikappede og ambulanse.

Utfordringer

I forbindelse med nye lover om helse, omsorg og folkehelse vil det bli lagt enda større vekt på forebyggende virksomhet og dokumentasjon av helsetilstanden i befolkningen enn i dag.

Vi må også forvente en økning i samfunnsmedisinsk arbeid.

Samhandlingsreformen som gradvis vil tre i kraft fra 01.01.2012 vil føre til større ansvar for behandling av akutt syke, og pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus.

Ordning med turnuslege vil trolig avvikles i 2012 eller 2013. Fra da av vil det bli opprettet åremåls begynnerstillinger for nyutdannede leger. Disse stillingene vil måtte søkes individuelt. Det er bla fra Legeforeningen stilt spørsmål ved om det blir vanskelig å få ansatt leger i disse stillingene i mindre utkantkommuner. Det er fortsatt uklart hvilke økonomiske overføringer som vil bli knyttet til nyordningen.

Samhandlingsreformen setter større krav til behandling av pasienter i egen kommune. Det bør derfor planlegges flere akutt plasser på sjukeheimen. Dette vil kreve mer legearbeid på sjukeheimen. Legedekningen i sjukeheimsmedisin ligger allerede i dag under normen. Det må derfor vurderes opprettelse av en ny fastlegehjemmel. Større bruk av akutt plasser på sjukeheimen vil også kreve kontinuerlig lokal vaktordning. Generelt vil det bli en utfordring å etablere en fast, robust legedekning i framtida. Kommunen må være villig til å bruke uortodokse metoder for å oppnå dette (bolig av god standard, vektlegge tilgang til jakt og fiske etc.)

Hovedmål

- Lesja legekantor skal til enhver tid ha et tilstrekkelig godt helsetilbud til alle som befinner seg i Lesja kommune.
- Legekantoret skal være en aktiv aktør i forebyggende helsearbeid.
- Legekantoret skal ha et ansvar for medisinsk oppfølging på helsestasjonen og ha det medisinske ansvar for pasienter på Lesja Sjukeheim.

Resultatmål

- Bygge nye lokaler for legetjenesten i tilknytning til nytt helsetun med nær avstand til helsestasjon, sjukeheim og bofellesskap.
- Sørge for stabil legedekning. Vurdere opprettelse av en tredje fastlegehjemmel.
- Opprettholde en overgripende administrativ stilling felles for flere funksjoner. Dette vil friggi ressurser på legesekretær/laboratoriesida.
- Opprettholde legevaktjeneste med lokal forankring.

5.4 Helsestasjonen

Beskrivelse

Helsestasjonen i Lesja har 160 % helsesøsterstilling, 100 % jordmorstilling og 40 % sekretærstilling.

Lokalene for helsestasjonen er i kommunehuset.

Helsesøster samarbeider i dag med lege, fysioterapeut, jordmor, skole, barnehage, barnevern, psykiatrisk sykepleier, kreftsykepleier, BUP (Barne og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk) og PPT (Pedagogisk Psykologisk Tjeneste).

Helsestasjonen har ansvar for helsestasjonsvirksomhet 0-5 år og skolehelsetjeneste. Helsestasjon har også arbeidsoppgaver innenfor miljørettet helsevern/smittevern i samarbeid med legetjenesten.

Utfordringer

I forbindelse med nye lover om helse/omsorg og folkehelse vil det bli lagt enda større vekt på forebyggende virksomhet og dokumentasjon av helsetilstanden i befolkningen enn i dag.

Mye av grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en sentral funksjon i å bidra til best mulig helse og livskvalitet for barn, unge og deres foreldre. Helsesøster må være tilgjengelig på lavest mulig omsorgsnivå.

En utfordring er å fange opp og gi et tilbud til utenlandske innbyggere med barn som oppholder seg i Lesja for kortere eller lengre tid.

Et bedre tilbud innen skolehelsetjenesten er under utvikling. Dette skal også inkludere oppstart av helsestasjon for ungdom.

Pga kort liggetid på sykehuset etter fødsel og lang avstand til sykehus, vil vi videreføre ”mor-barn vennlig sykehus” ved å bli ammekyndig helsestasjon. Et samarbeidsprosjekt med norddalskommunene pågår.

Internkontrollsystemet innen helsesøstertjenesten bør forbedres.

Det vurderes oppstart av helsestasjon for eldre. Denne kan knyttes opp mot en framtidig frivillighetssentral, evt i samarbeid med hjemmebaserte tjenester.

Overvekt blant barn og unge er økende og vil gi nye utfordringer.

Interkommunalt prosjekt mellom Fron, Ringebu og norddals kommunene for å skolere helsesøster og jordmor i å oppdage depresjon hos gravide og barselkvinner. Prosjektet strekker seg over 2 år.

Hovedmål

- Helsestasjon og skolehelsetjeneste skal forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse. Tjenesten skal være et lavterskel tilbud som er lett tilgjengelig for alle brukere. Hovedmålgruppen er barn og unge 0-20 år og deres foreldre/foresatte.

Resultatmål

- Nye lokaler for helsestasjonen i tilknytning til nytt helsetun med nær avstand til de andre samarbeidspartnerne. Dette vil lette samarbeidet for ansatte og øke tilgjengeligheten og tilbudet for brukerne.
- Drive helsestasjon for ungdom.
- Sertifisert som ammekyndig helsestasjon.
- Internkontroll er satt i system.
- Vurdere etablering av helsestasjon for eldre.

5.5 Jordmor tjenesten

Beskrivelse

Av jordmorstillingen benyttes 40 % til svangerskapsomsorg, etterkontroller og kvinnehelse i Lesja. Jordmor er også leder for helsestasjonen. 60 % av stillingen inngår i interkommunalt jordmorvakt samarbeid for Nord-Gudbrandsdalen med vaktbase ved NGLMS (Nord Gudbrandsdal lokalmedisinsk senter), Otta.

Lokalene for jordmortjenesten ligger i helsestasjonen. Lokalene bærer preg av slitasje, med dårlig lydisolasjon mellom rommene, lite lagerplass og kalde lokaler.

Utfordringer

Kvinner som har født har kort liggetid på barselavdeling på sykehuset. Melkeproduksjon har ikke kommet i gang før hjemreise.

Kvinner fra andre kulturer blir gravide, føder og blir mødre. Integrering i det norske samfunnet kan være en utfordring for disse kvinnene.

Noen kvinner velger å føde ved fødeavdeling i Møre og Romsdal eller Trøndelag.

Tilrettelegging av følgetjeneste til fødeavdeling kan by på problemer når kommunal jordmor har vakt ved NGLMS på Otta.

NAV har fokus på gravide og økning av sykmelding. NAV arbeider for at arbeidssituasjonen skal tilrettelegges, slik at gravide blir i arbeid i stedet for å bli sykmeldt.

Hovedmål

- Bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre. Svangerskapsomsorgen skal sikre at svangerskap og fødsel forløper naturlig, og at morens somatiske helse og sosiale velvære ivaretas. Fosterets helse ivaretas slik at barnet fødes levedyktig, uten skade og sykdom.

Resultatmål

- Bygge nye lokaler til jordmor- og helsesøster tjenesten.
- Opprette felles administrativ stilling for flere tjenester.
- I samarbeid med helsesøstertjenesten gjennomføre hjemmebesøk i løpet av de første dagene/første uken til kvinner som har født.
- Se på hva som kan gjøres for familier fra andre kulturer for å få de bedre integrert i det norske samfunn.
- Samarbeide interkommunalt i forhold til kompetanseheving.
- Ekstra oppfølging av kvinner som har lang reiseavstand til interkommunal jordmorvakt.
- Fortsette med tilbud om følgetjeneste til kvinner som føder ved sykehus i andre fylker.
- Bedre samarbeidet mellom jordmor, lege, arbeidssted og NAV for å tilrettelegge arbeidssituasjon for den gravide.

5.6 Psykisk helse

Beskrivelse

Psykisk helsearbeid i kommunen skal bidra til selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Brukerne skal møtes på en slik måte at de får muligheter til å bygge på de ressursene de har, bli i stand til å delta i dagliglivet igjen; og oppleve at det de gjør gir mening.

Innen psykisk helse er det ansatt 100 % psykiatrisk sykepleier og 40 % aktivtør (Bredablikk). Psykiatrisk sykepleier i Lesja følger opp voksne over 18 år og gjennomfører støttesamtaler og tildeler støttekontakter. I samarbeid med andre fagområder deltar psykiatrisk sykepleier også i saker som involverer barn og unge.

I tilfeller der det kan være hensiktsmessig tilbys plass på dagsenter. Dagsenteret er på Bredablikk, Dombås. Dette er et samarbeid med Dovre kommune og har pågått i 2 år. Lesja stiller aktivtør, og Dovre dekker utgifter til drift av dagsenteret.

Psykiatrisk sykepleier samarbeider med andre instanser, der dette er naturlig. Dette er instanser som NAV, DPS (Distrikts Psykiatrisk Senter), legekontor, barnevern, helsestasjon, sykeheim, hjemmebaserte tjenester osv. Har faste møter med DPS.

Utfordringer:

Sårbart med en psykiatrisk sykepleier. Ved sykdom/ferie er det ingen til å ta over, og et savn etter faglig diskusjon. Lite tid til forebyggende arbeid (utover støttesamtaler).

Ny reform og ny helselovgivning sier at det skal satses mer på forebygging framfor reparering, og at dette er noe som skal påskyndes ved at kommunene må betale en del av regningen når folk legges inn på sykehus. Hjelpen skal komme så tidlig som mulig (tidlig intervensjon).

Kommunene vil få mer ansvar i forhold til utredning og behandling av barn og unge med psykiske vansker. Terskelen for å henvise videre til BUP blir høyere. Er lavterskeltilbudet til barn og unge med psykiske vansker i Lesja godt nok til å møte de kravene som kommer?

Det er en økende tendens at unge under 40 år i Norge blir uføretrygdet grunnet psykiske lidelser.

Krav til en bedre oppfølging av gruppen med langvarige behov for sammensatte tjenester, for eksempel rus/psykiatri.

Krav til at kommunen skal bli bedre på å samarbeide tverrfaglig. Hele kommunen er ansvarlig, ikke hver enkelt tjeneste.

Hovedmål:

- Bidra til selvstendighet og tilhørighet, styrke evnen til å mestre eget liv og en meningsfull hverdag for den enkelte.
- Vi vil satse på forebyggende arbeid innen psykisk helse, til både barn/unge og voksne.

Resultatmål:

- Etablere gode rutiner for samarbeid med andre instanser i kommunen, både mht barn og voksne.
- Drive mer forebyggende arbeid/lavterskeltilbud blant barn og unge.

5.7 Fysio-/Ergoterapitjenesten

Beskrivelse

Tjenesten skal bidra til at innbyggere med helseplager og nedsatt funksjonsevne får best mulig livskvalitet gjennom aktiv deltakelse i samfunnet. Tjenestens tilbud skal hindre utvikling av helseplager, lindre og redusere smerte og lidelse, opprette eller bedre funksjonsevnen og tilrettelegge for mestring av egen situasjon i skole, arbeid, hjem og fritid.

Lesja kommune organiserer fysio-/ergoterapitjenesten gjennom en kombinasjon av privat praktiserende fysioterapeuter, fastlønte fysioterapeuter og ergoterapeut.

- 140 % fastlønnsstilling (kommunal fysioterapitjeneste)
- 100 % driftstilskuddstilling (privat drevet fysioterapipraksis.)
- 60 % vakant ergoterapeutstilling

Både privatpraktiserende med driftstilskudd og kommunefysioterapeutene er pålagt å drive og prioritere i tråd med statlige og kommunale helseplaner.

Avtalte årsverk for fysioterapitjenesten ligger på gjennomsnitt av Oppland fylke.

Grunnet ubesatt ergoterapeutstilling blir deler av ergoterapioppgaver ivaretatt av fysioterapeutene.

Lovpålagte oppgaver som dekkes av den totale fysio-ergoterapitjenesten er:

- Undersøkelse, vurdering og behandling
- Rehabilitering/Habilitering
- Forebyggende og helsefremmende arbeid
- Hjelpemiddelformidling

Kommunen har per i dag et variert fysioterapitilbud med god faglig bredde til alle aldersgrupper.

Utfordringer:

Til en hver tid kunne oppfylle de lovpålagte oppgaver.

Vektlegging på forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering i kommunen og hindring av funksjonsfall hos eldre og funksjonshemmende vil være viktige oppgaver for fysio-/ergoterapitjenesten fremover. Trening er et viktig virkemiddel for å øke livskvalitet for alle brukergrupper.

Effektivisering av spesialisthelsetjenesten, raskere tilbakeføring til arbeidslivet og medisinske fremskritt som fører til at folk lever lenger med sine sykdommer/skader/lyter, kan øke behovet for rask og mer spesialisert fysioterapi- og ergoterapitilbud.

Dette vil kreve en kontinuerlig faglig kompetanseheving.

Hovedmål

- En effektiv tjeneste som sikrer pasientene riktig og kvalitetsmessig god kunnskapsbasert utredning og behandling.

Resultatmål:

- Skape forståelse for hvordan sykdom og skader oppstår, og hvordan man selv kan forebygge.
- Helsefremmende og forebyggende tiltak for brukergrupper med spesielle behov.
- Dekke behov for spesifikk ergoterapikompetanse gjennom interkommunalt samarbeid.

5.8 Kreftomsorgen

Beskrivelse

Kreftsykdom medfører oftest store fysiske og psykiske plager, både på grunn av sykdommen og behandlingen. Det er også en stor belastning for pasientens familie.

Lesja kommune har i 4 år hatt kreftsykepleier i 25 % stilling.

Kreftsykepleier er i dag administrativt underlagt legetjenesten.

Kreftsykepleier er spesialutdannet til å ta hånd om problemer hos pasienter med kreft: Smertebehandling, kvalmeproblemer, ernæring etc. Oppfølging av pårørende, psykososiale problemer, kunnskap om trygderettigheter og støtteordninger er også svært viktige oppgaver.

Utfordringer

Antall kreftpasienter i en liten kommune vil variere mye over tid. Samarbeid om kreftsykepleier med nabokommunen er derfor en fornuftig utnyttelse av en viktig ressurs.

Hovedmål

- Opprettholde stilling som kreftsykepleier.

Resultatmål:

- Fortsette samarbeid med Dovre kommune.

5.9 Samarbeid med spesialisthelsetjenestene, kommuneleger, privatpraktiserende fysioterapeuter og NGLMS

Beskrivelse

En stor utfordring i planperioden er å bedre det faglige samarbeidet innad i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenestene. Skal helse- og omsorgstjenesten lykkes i å tilrettelegge for kvalitativt gode tjenester må samarbeidet forstås som et gjensidig ansvar. Dette forutsetter at spesialisthelsetjenestene må endre seg i takt med kommunenes nye rolle (bla Samhandlingsreformen). Spesialisthelsetjenesten må bla bidra med

kompetanseutvikling/oppbygging i kommunene. Noe som vil forandre at samhandlings- og koordineringsfunksjonene har en tydelig organisatorisk og ledelsesmessig forankring.

Utfordringer

Innad i kommunen ser vi at det er et godt samarbeid med kommunelegene. De har/vil ha en sentral rolle når det gjelder kommunens mulighet til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Dette gjelder både i et folkehelse, forebyggende og behandlende perspektiv. Det vil være nødvendig å gjennomgå dagens ordning/avtaler når det gjelder å styrke legeressursen ved Lesja Sjukeheim. Dette for å sikre en god og profesjonell styring basert på et forpliktende samarbeid. Kommunelegene har en viktig funksjon i forhold til offentlige legeoppgaver som blant annet lege ved helsestasjon, i skolehelsetjenesten og ved vår sjukeheim. Kommunen har som mål å tydeliggjøre kommunelegenes rolle som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten. Spesielt viktig er dette for at kommunen skal kunne oppfylle og gjennomføre kravene i samhandlingsreformen.

Lesja kommune ser også at målet om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste fordrer at alle faggrupper, uansett organisatorisk plassering, bidrar på system- og individnivå. God samhandling oppnår vi først når de ulike tjenesteområdene/faggruppene evner å "løse" felles oppgaver for å nå felles/omforente mål, ved å utføre oppgavene på en koordinert og effektiv måte.

Hovedmål

- Lesja kommune skal tilby tjenester til egne innbyggere så langt vi har kompetanse og personell / ressurser i egen kommune.
- Der vi mangler kompetanse og eller personell / ressurser søker vi samarbeid interkommunalt, regionalt eller privat.

Resultatmål

- Videreutvikle og styrke legevaktsamarbeidet med Dovre kommune.
- Utrede mulighetene for regionalt samarbeid om logopedtjenester.
- Inngå samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeid med NGLMS.
- Samarbeid med spesialisthelsetjenester.
- Videreføre interkommunalt samarbeid om jordmorvakt.
- Opprettholde nåværende struktur på kommunal og privat fysioterapitjeneste.



6. Pleie og omsorg

Lesja Kommune sin pleie- og omsorgstjeneste er delt i tre avdelinger med hver sin leder.

- Hjemmebaserte tjenester
- Skoglund/Bekkefaret
- Lesja Sjukeheim

Mål for pleie- og omsorgstjenesten

Pleie- og omsorgstjenesten skal gi innbyggerne riktige og tilpassede tjenester til rett tid, slik at best mulig livskvalitet for den enkelte oppnås. Innbyggerne skal få bo i egne hjem lengst mulig, og de skal ha trygghet for å få tilpasset bolig og tjenester når behov oppstår. Tjenestene skal gis uavhengig av den enkeltes bosted, inntekt og ressurser, ha høy kvalitet og være en integrert del av kommunens totale tjenestetilbud. Brukermedvirkning skal vektlegges.

6.1 Hjemmebaserte tjenester

Beskrivelse

Hjemmebaserte tjenester består av mange tjenester som tildeles enkeltvis eller flere sammen etter individuell vurdering/ tilpasning, og utøves i egne hjem eller i kommunens tilrettelagte boliger ved Eldres Senter, Lesjatun eller Lesjagården. Eldres Senter er døgnbemannet.

Tjenestene omfatter bla pleie, behandling, praktisk hjelp og sosiale tiltak, og tildeles ved enkeltvedtak i Tildelingsnemnda for pleie- og omsorgstjenester.

Nåværende tjenester innen Hjemmebaserte tjenester er hjemmesykepleie, hjemmehjelp, brukerstyrt personlig assistanse, personlig assistanse, vaktmestertjeneste (utøves av teknisk avd.), støttekontakt, omsorgslønn, dagsenter (3 steder), boliger (19 leiligheter Lesjatun, 3 Lesjagården og 11 Eldres Senter), korttidsopphold ved Eldres Senter (2 plasser), transport til dagsenter, TT-transport (31 hjemler) og ledsagerbevis.

Avdelingen disponerer ca. 23 årsverk fordelt på ca 40 personer, samt støttekontakter, omsorgslønnede og vikarer.

Pleie- og omsorg har felles dokumentasjonssystem (Profil).

Bygningsmassen på Eldres Senter og Lesjatun er av noe variabel kvalitet, men mye er fremdeles funksjonelt og av tilfredsstillende kvalitet. Hjemmesykepleien har kontorer på sjukeheimen. Disse fungerer bra.

6.2 Skoglund/Bekkefaret

Beskrivelse

Skoglund/Bekkefaret er et bofellesskap for personer med sammensatte behov pga medfødte og/eller ervervede skader. Stedet består av 8 leiligheter og en fellesenhet.

Beboerne har behov for bistand i de fleste av dagliglivets gjøremål. Det drives opptrening og vedlikehold av ferdigheter basert på den enkeltes ressurser. Middag kjøpes fra Eldres Senter.

Skoglund/Bekkefaret er døgnbemannet, og har ca 16 årsverk fordelt på 31 personer.

Bygningene ved Skoglund/Bekkefaret er funksjonelle, men har et klart behov for oppgradering etter over 20 års døgnkontinuerlig bruk.

6.3 Lesja Sjukeheim

Beskrivelse

Lesja Sjukeheim har totalt 30 plasser. Derav en akutt plass og en skjermet enhet for demente med 8 plasser.

Sjukeheimen har i mange år hatt en akutt plass der legevakt kan legge inn pasienter som ikke kan være heime, men som ikke har behov for sykehusinnleggelse.

Sjukeheimen har korttidsplasser for rehabilitering, avlastning, behandling og annet. Antall av ulike plasser reguleres ut fra behov.

I tillegg til korttidsplasser, er det langtids plasser for dem som av helsemessige årsaker ikke kan nyttiggjøre seg andre tilbud og som har behov for medisinsk pleie over lengre tid.

Sjukeheimen har totalt 30 årsverk fordelt på 51 personer.

Sjukeheimen har eget kjøkken (3.9 årsverk) som lager all mat til dem som bor på sjukeheimen, samt middag til beboere på Lesjatun, hjemmeboende (utkjøring) og dagpasienter på sjukeheimen.

Hoveddelen av sjukeheimen ble tatt i bruk i 1980. Det har vært flere på- og ombygginger. Kjøkkenet er renoverert (2005) og i 2003 ble Nystugu (den nye skjerma enheten) åpnet. Samtidig ble det, til bruk for hele kommunen, nytt kapell med ca 30 sitteplasser og bårerom og stellerom.

Teknologiske framskritt gjør at det stadig blir flere hjelpemidler som letter hverdagen både for pasienter og personale. Slike hjelpemidler krever mer plass enn dagens rom på sjukeheimen har. Standard på rommene er heller ikke i tråd med dagens krav.

Utfordringer for pleie- og omsorgstjenesten.

Endringer i brukergruppen:

- Flere yngre brukere.
- Flere personer med demens.
- Flere med kroniske sykdommer (eks. rus, psykiatri og livsstilssykdommer).
- Høyere levealder.
- Flere tilstander som skal behandles lokalt.
- Færre får tilbud om rehabiliteringsplasser utenfor kommunen.
- Større krav fra brukerne.
- Endret familiestruktur (flere enslige).
- Økt krav om bruk av teknologi.
- Samfunnskrav om mer forebyggende fokus, jfr. Samhandlingsreformen.

Kompetanse: For å møte forannevnte utfordringer kreves det bred kompetanse, samt tilstrekkelig antall tjenesteutøvere. På landsbasis vil det være mangel på kvalifisert helsepersonell i fremtiden, og det vil derfor være viktig å ha en offensiv holdning og plan for hvordan Lesja skal løse dette.

Botilbud: Lesja er en langstrakt kommune. Pleie- og omsorgstjenesten har tilrettelagte botilbud både på Lesja (Lesjatun og Lesjagarden) og Lesjaskog (Eldres senter og Skoglund/Bekkefaret). En del av bygningsmassen tilfredsstiller ikke dagens krav. Det må vurderes om disse bygningene kan brukes til andre formål, eller om det er mest formålstjenelig å oppgradere dem.

En annen utfordring vil være om kommunen skal ivareta alle oppgavene på egenhånd, eller om en skal inngå samarbeid med Dovre og/eller regionen Nord Gudbrandsdal.

Hovedmål for pleie- og omsorgstjenesten

- Lesjas innbyggere skal ha trygghet for å få individuelt tilpassede tjenester når behov oppstår, og tjenestene skal være av høy kvalitet. Flest mulig tjenester skal ytes i kommunen.

Resultatmål for pleie- og omsorgstjenesten

- Opprettholde bo- og tjenestetilbud både på Lesja og Lesjaskog.
- Opprettholde dagens antall boenheter/plasser, totalt 73, fordelt på 43 boliger med heldøgntilbud og 30 sjukeheimplasser.
- Utføre bygningstekniske vurderinger av eksisterende bygningsmasse innen pleie og omsorg.
- Oppgradere institusjonsplassene i tråd med fremtidens krav og behov.
- Videreutvikle akutt plasser på sjukeheimen.
- Aktiv bruk av korttidsplassene på sjukeheimen.
- Sjukeheimen skal ha tilstrekkelig kapasitet på ulike typer plasser.
- Opprettholde Eldres senter som i dag.
- Opprettholde Skoglund/Bekkefaret som i dag.
- Øke vernepleierkompetansen ved Skoglund/Bekkefaret.
- Øke ergoterapiressursen i kommunen.
- Opprettholde dagens mangfold i tjenestetilbudene.
- Ha tilstrekkelig antall personale med riktig kompetanse.
- Utrede behov for samarbeid med Dovre kommune og NGLMS på Otta.
- Opprette aktiv døgntjeneste i hjemmesykepleien.
- Videreutvikle eksisterende datasystem for pasientdokumentasjon (Profil).
- Utnytte eksisterende muligheter for videokonferanser til opplæring av personale og til pasientkonsultasjoner med spesialisthelsetjenesten.
- Økt fokus på forebyggende arbeid blant eldre.
- Aktiv brukermedvirkning.
- Fortløpende vurdering av nattvaksordningene ved Skoglund/Bekkefaret og Eldres Senter.

6.4 Demensomsorgen

Beskrivelse

En stor målgruppe for Lesja Kommune er de som har eller som vil utvikle demenssykdom. Statistisk regner vi med at forekomsten av demenssykdom i Norge er 2,1 % for aldersgruppen 70-74 år, 6,1 % for aldersgruppen 75-79 år, 17,6 % for aldersgruppen 80-84 år, 31,7 % for aldersgruppen 85-89 år og 40,7 % for aldersgruppen over 90 år. (Nasjonalt Kompetansesenter for Demens)

Personer med demens har ulike behov. Den enkeltes behov for tjenester vil stadig være i endring. Det kan være behov for tiltak i hjemmet, dagtilbud, støttekontakt, tilrettelagt bolig eller skjermet enhet.

Utfordringen vil være å ha så fleksible tjenester at de gjennom hele sykdomsforløpet dekker den dementes og de pårørendes behov.

Utfordringer.

Lesja kommune vil få et økende antall innbyggere med demens.

Hovedmål

- Personer med demens og deres pårørende skal ha et tilpasset tjenestetilbud.

Resultatmål

- Utrede behov for antall omsorgsboliger, antall plasser i bokollektiv og institusjon for personer med demens.
- Tilrettelegge utearealer for demente.
- Opprette funksjon som demenskontakt.
- Sørge for at pårørende til demente får økt kunnskap om demens.
- Øke kompetansen om demens blant ansatte.
- Styrke tilbudet om utredning der det er mistanke om demens.
- Økt kunnskap om demens generelt i lokalsamfunnet.
- Ha dagtilbud som er tilpasset demente.



6.5 Dagsenter

Beskrivelse

Lesja har dagsentertilbud på Lesjaskog Aktivitetssenter, Eldres Senter, Lesjatun, Lesja Sjukeheim og Breidablikk. Breidablikk er for brukere med psykiske utfordringer (se under psykisk helse). De andre dagsentrene er åpne for alle typer brukere, og tildeling skjer etter vedtak i Tildelingsnemnda for pleie- og omsorgstjenester.

Dagsentrene drives noe forskjellig mht transport, måltider og betaling.

Aktivitetstilbudet skal bygges med utgangspunkt i den enkeltes behov, og omfatter husflidsaktiviteter, vedarbeid, trim, spill, samtaler, lesing, osv.

Utfordringer

- Dagsentrene har forskjellige ordninger mht transport, måltider og betaling.
- Lesja har flere dagsenter.
- Beliggenheten til dagsenteret for gruppen med psykiske utfordringer ligger på Dombås. Det betyr stor avstand for aktuelle brukere vest i bygda.
- Tilpasse tilbudet til mannlige brukere
- Tilpasse tilbudet til demente

Hovedmål

- Lesja skal ha et dagtilbud med varierte og stimulerende aktiviteter for alle typer brukere.

Resultatmål

- Opprettholde aktivitetstilbud på Lesja og Lesjaskog.
- Dagsentrene skal ha mest mulig likt tilbud mht. transport, måltider og betaling.
- Opprettholde aktivitørkompetanse ved dagsentrene.

7. Rehabilitering og habilitering

Beskrivelse

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- eller funksjonsproblemer.

Rehabilitering som virksomhetsområde er et vidt felt; det spenner over somatisk og psykisk helse, rehabilitering av rusmiddelavhengige, arbeidsrettet rehabilitering og sosialt liv.

Rehabilitering i Lesja kommune skjer både i og utenfor institusjon.

Utfordringer

Tilbudet skal sikre at brukere som trenger dette, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Alle kommunale enheter er bidragsytere i rehabiliteringsprosessen. Det vil kreve at kommunen legger til rette for tverrfaglig samarbeid, både internt i kommunen og også med eksterne samarbeidspartnere.

Kortere liggetid på sykehus gir større press på hjemkommunen. Vi vil etter hvert få flere brukere som over lengre tid vil ha behov for omfattende rehabilitering
Individuell plan* skal være et viktig redskap for å nå de mål som settes.

Hovedmål

- Ingen skal være passive mottakere av tjenester.
- Kommunen skal sammen med brukeren og eventuelt dens pårørende arbeide for å styrke/bedre evnen til egenmestring for å utsette tidspunktet for økt bistand/hjelp.

Resultatmål

- Tilstrekkelig antall rehabiliteringsplasser på sjukeheimen.
- Opprette en koordinerende enhet for rehabilitering¹.
- Utarbeide retningslinjer for bruk av individuell plan².
- En effektiv og praktisk god organisering av hjelpemiddelformidlingen.
- Utvide Løsningsforum sitt mandat til å gjelde alle aldersgrupper.
- Vurdere interkommunalt samarbeid om ergoterapitjeneste.
- Vurdere interkommunalt samarbeid om logopeditjeneste.



¹ Koordinerende enhet tar i mot konkrete henvendelser fra/om brukere med re/habiliteringsbehov og sørger for at rehabiliteringsprosesser kommer i gang.

² Individuell plan skal bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Personer som har langvarige og sammensatte problemer som krever økt samlet innsats og tett samarbeid mellom flere instanser har rett på individuell plan.

8. Folkehelse

Beskrivelse

Lov om folkehelsearbeid, 2011 definerer folkehelse slik: ”Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning”.

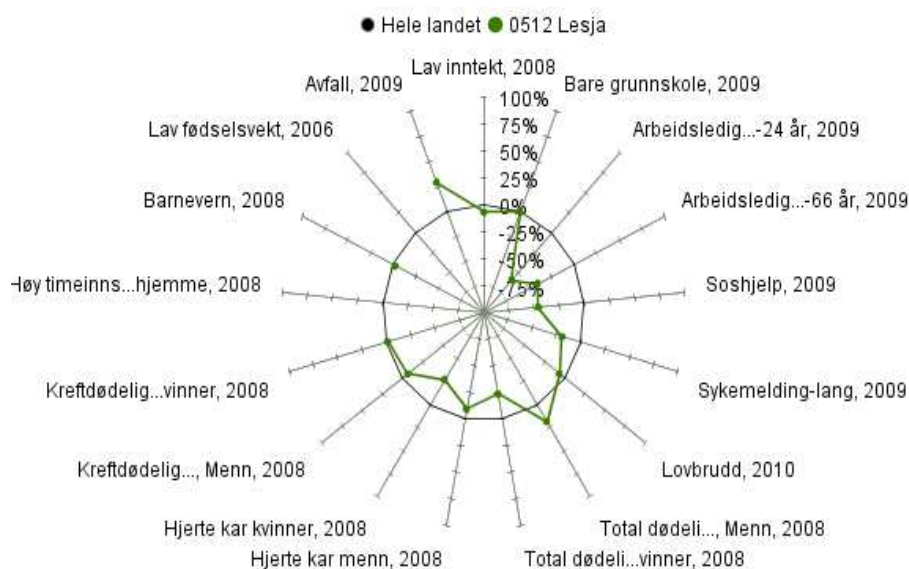
Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel. Forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsepolitikkenes overordnede mål er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn.

De siste 20 årene har alle grupper her i landet – uavhengig av utdanningslengde og inntekt - fått bedre helse, og levealderen har økt for alle. Likevel har bedringen vært større for grupper med lang utdanning og høy inntekt enn for de med kort utdanning og lav inntekt. Forskjellene er til stede gjennom hele det sosioøkonomiske hierarkiet, og gjelder både barn, unge, voksne og eldre – og både for psykisk og kroppslig (somatisk) helse.

Mye av samfunnets ressurser går til helse, og det er de kroniske sykdommene og tilstandene som er de store utfordringene. Dagens folkehelse er på mange måter et uttrykk for de miljøbelastningene som innbyggerne har vært utsatt for tidligere. På samme måte vil framtidig folkehelse bli formet av hvordan vi påvirkes av sykdomsfremmende og -hemmende faktorer i dag.

Noen statistikkområder for Lesja:



Et sentralt grep er å legge ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som sådan og ikke til noen bestemt sektor. Helse- og omsorgstjenesten gir viktige bidrag i folkehelsearbeidet, blant annet ved å tilby egne arenaer for forebyggende helsetjenester, slik som skolehelsetjenesten, helsestasjoner og lignende. Men folkehelse er ikke bare helsetjenestens ansvar. Helse og trivsel skapes i hovedsak på andre arenaer enn i helsesektoren

Den nye folkehelseloven pålegger derfor kommunen mer omfattende og sektorovergripende oppgaver innen det lokale folkehelsearbeidet. Proposisjonen fremhever at kommunen derfor må ha nødvendig folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse til å ivareta sitt ansvar innen folkehelse, herunder myndighetsutøvelse innen miljørettet helsevern.

Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet skal skje i alle sektorer, med mange ulike virkemidler. Det er derfor viktig å bringe personell med ulik kompetanse inn i arbeidet, herunder i arbeidet med å få oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, i utformingen av mål og tiltak og i gjennomføringen av aktuelle tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at kommunene er bevisst sin kompetanse og bruker den aktivt for å løse sine folkehelseutfordringer.

Fordi folkehelsearbeidet skal skje på tvers av ulike sektorer og involverer mange, bør det etter departementets mening etableres en kommunal koordinatorfunksjon til å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, selv om det ikke er et krav i loven. En slik funksjon vil kunne innhente informasjon og foreta analyser, jf. lovforslaget § 5, delta i kommunalt planarbeid, jf. § 6, samt bidra til iverksetting av nødvendige tiltak, jf. § 7. Det vises til kapittel 21.4 i proposisjonen (Prop.90L) om økonomiske og administrative konsekvenser, hvor det er en nærmere redegjørelse for dagens kompetanse innen miljørettet helsevern og folkehelsekoordinatorer.

Lesja har gjennom flere år vært en foregangskommune på folkehelseområdet.

Kommunen ble FYSAK-kommune i 2005 og inngikk partnerskapsavtale i folkehelse med Oppland fylkeskommune i 2006.

Lesja kommune har fast stillingsressurs som folkehelsekoordinator, noe som understøttes av ny folkehelselov. Kommunen har flere lavterskeltilbud både for yngre og eldre.

Lesja kommune har gjennom flere år prioritert viktige tiltak på folkehelseområdet, spesielt gang- og sykkelsti gjennom hele bygda, tverrfaglig oppvekstmodell og prioritering av nytt idretts- og kulturbygg. Likeledes er det brukt mye ressurser på å styrke og utvikle grender- og nærmiljø med bla lokale turstier og sosiale møteplasser.

Utfordringer

Sektorovergripende folkehelsearbeid krever en tverrfaglig innsikt og kompetanse på hele folkehelseområdet. Dette er en faglig, administrativ og politisk utfordring.

Videreføring av folkehelsearbeid.

Samhandlingsreformen og ny folkehelselov krever ytterligere styrkning av forebyggende og helsefremmende arbeid både i og utenfor helsesektoren. Dette vil kreve økt innsats fra leger, helsestasjon, skolehelsetjeneste men også fra andre sektorer og faggrupper. Kommunen skal bruke alle sine sektorer til å fremme folkehelse. Oversikt over kommunens helsetilstand og utfordringsområder skal danne grunnlaget for et strategisk og langsiktig folkehelsearbeid.

Kommunen må derfor gjøre folkehelsearbeidet til et prioritert område i sin samfunnsplanlegging og forankre dette i sine plan- og styringsdokumenter.

Dette krever:

Sikre at folkehelse er forankret i kommunens planer (jf Plan- og bygningsloven).

- Styrke tverrfaglig samarbeid og kapasitet lokalt/ regionalt
- Styrke kommunens kapasitet og kompetanse til å drive folkehelsearbeid

Det er viktig å styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner og lag.

En viktig oppgave er å styrke kompetansen blant ledere i mange lag og organisasjoner.

Det må vurderes om kommunen kan bidra med tilskudd til kurs og lignende når laget/foreningen har en funksjon i folkehelsearbeidet.

Dette vil også bidra til gjøre det lettere å rekruttere ledere i foreningene.

For å bedre helsetilbudet til eldre og muliggjøre at de kan bo hjemme så lenge som mulig anbefales bl.a. etablering av frivillighetssentral. Det anbefales også tiltak som bedrer sosialt liv for eldre, for eksempel grendevise møteplasser. Dette forutsetter en koordinerende funksjon, gjerne som en kombinasjon av kommunale tiltak i samarbeid med frivillige organisasjoner. En annen utfordring er de store avstandene i kommunen. Et bedret transporttilbud for eldre og andre brukere er derfor viktig.

Kapasiteten på dagplasser ved sjukeheimen må økes. Øke tilbudet til menn som ønsker dagplass.

Helsetilbudet til unge må også styrkes.

Det er viktig å fange opp barn og ungdom som ikke deltar i organisert idrett, for eksempel ved å etablere grupper med mer uforpliktende, lekende aktiviteter.

Forebyggende tiltak mot rus og psykiske lidelser må styrkes. Det må etableres rusfrie arenaer, for eksempel ungdomsklubber, LAN og lignende.

Endringsfokusert veiledning på levevaner er en grunnpilar i forebyggende helsearbeid (jf Samhandlingsreformen). Sunnere mat i skolen, for eksempel kantine med tradisjonsmat en dag i uka.

Endring av levevaner krever en styrking av den tverrfaglige helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Det er viktig å ha fokus på integrering av fremmedarbeidere, dette gjelder både barn og voksne.

- Nye helselover pålegger kommunen å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. Ett hovedmål er utjevning av sosiale helseforskjeller. Til dette kreves samfunnsmedisinsk kompetanse (dette er et lovkrav i ny folkehelselov). Slik kompetanse oppnås best med regionalt samarbeid. Prosjektet med regional samfunnsmedisiner anbefales videreført.

Folkehelsearbeidet må organiseres slik at den tverrsektorielle dimensjonen ivaretas. Derfor bør stillingen som folkehelsekoordinator forankres høyt oppe i administrasjonen (jf anbefaling fra HOD i Proposisjon 90L.)

Lesja kommune skal fokusere på forebyggende arbeid. Forebyggende arbeid vil involvere hele kommunen som organisasjon. Kommunen skal arbeide aktivt med å bevisstgjøre innbyggerne og hva de selv kan gjøre. For å lykkes i det forebyggende arbeidet er det nødvendig med kunnskap. Kunnskap om nødvendigheten av forebygging. Kommunens

innsatsfaktorer skal basere seg på jevnlig evalueringer slik at vi får kunnskap om hva som virker og ikke virker.

Hovedmål

- Arbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- Styrke samhandling på tvers av sektorer og fagmiljø.
- Ha oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne.
- Evaluere, videreutvikle og kvalitetssikre igangsatte tiltak på folkehelseområdet.
- Arbeide med forebygging av sykdom / skade gjennom hele livsløpet.
- Ha et tilbud til personer med økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner, psykiske lidelser og rus.

Resultatmål

- Opprettholde en felles regional stilling for samfunnsmedisiner.
- Fokus på norskopplæring for fremmedspråklige.
- Utvide Løsningsforum¹ sitt mandat
- Forankre folkehelsefokuset i kommunale planer og planprosesser.
- Etablere forpliktende samarbeid mellom kommunen og frivillige lag og organisasjoner.
- Gi økonomisk støtte til kursing av ledere i lag og organisasjoner.
- Årlig rapportering til politikerne om innbyggernes helsetilstand.
- Samarbeid med kulturretaten i kommunen.
- Videreutvikle tilbudet i forbindelse med frisklivsentralen².
- Alle publikumsbygg, sentrumsområder og aktuelle friluftsområder skal være universelt utformet.

¹ Løsningsforum er tverrfaglig forum der ulike fagkunnskap fra oppvekst og helse er samlet..

De sikrer at barn/unge får rett hjelp til rett tid.

Løsningsforum skal optimalisere ressursene rundt barn og unge, slik at alle saker/meldinger blir raskt og effektivt fulgt opp og behandlet.

Løsningsforum fatter ingen formelle vedtak, men skal kanalisere til rett hjelpeinstans. De skal følge opp saker i forvisning om at tiltak fungerer som forventet.

Løsningsforum skal også være et forum for utveksling av fagkunnskap på tvers av fagprofesjonene. I tillegg til saksbehandling, kan møtene også benyttes til fagtema, case og annen relevant informasjonsutveksling.

² Frisklivsentralen holder i i Lesja er et tilbud til hele befolkningen i kommunen. Frisklivscentralens hovedoppgave er å tilrettelegge for ulike lavterskeltilbud innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Fysisk aktivitet har dokumentert effekt både som forebygging og behandling av en rekke lidelser i muskel og skjelett, hjerte/kar, høyt blodtrykk, lungelidelser, diabetes 2, overvekt, psykiske lidelser og flere kreftformer.

9. Tannhelsetjeneste

Beskrivelse:

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen.

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i munnhulen kan få offentlig finansierte tannhelsetjenester etter folketrygdens regelverk.

Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert inn under fylkeskommunen, som skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er pålagt et samordningsansvar for den offentlige (fylkeskommunale) tjenesten og privat sektor.

Fylkeskommunen skal gjennom den offentlige tannhelsetjenesten både organisere forbyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til gitte grupper i lovens § 1-3.

Gruppene er:

- Barn og ungdom 0 – 18 år
- Psykisk utviklingshemmede
- Eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere

Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til voksent betalende klientell etter fylkeskommunens bestemmelser og fastsatte takster.

Fylkeskommunen har lagt ned tannlegekontoret på Lesja og tilbudet til de grupper som kommer inn under Lov om tannhelsetjenesten § 1-3 dekkes av tannklinikken Dovre.

Utfordringer:

Forebyggende tannhelsetjenester er en lovpålagt oppgave i henhold til Lov om tannhelsetjenesten. Det forebyggende tannhelsearbeidet er pr. i dag delt mellom Tannklinikken Dovre, vår egen helsestasjon, pleie- og omsorg samt at det også er en oppgave som bør vektlegges i forhold til folkehelse.

Kompetansen sitter imidlertid på Tannklinikken Dovre. Det bør etableres, forpliktende avtaler mellom Tannklinikken Dovre og Lesja kommune som regulerer det forebyggende tannhelsearbeidet i Lesja kommune.

Hovedmål:

- Etablere forpliktende avtale med Tannklinikken Dovre om organisering av forebyggende tannhelsetiltak for hele Lesjas befolkning samt og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til grupper spesielt nevnt i Lov om tannhelsetjenesten § 1 -3.

Resultatmål:

- Helsestasjonen skal inngå forpliktende samarbeidsavtale med Tannklinikken Dovre vedrørende forebyggende tannhelse for barn 0 – 20 år
- Plei- og omsorg skal inngå forpliktende samarbeidsavtale med Tannklinikken Dovre vedrørende forebyggende tannhelse for eldre langtidssyke og uføre i institusjon og for de som mottar hjemmesykepleie. Avtalen skal også omfatte psykisk viklingshemmede.
- Folkehelsekoordinator skal inngå forpliktende samarbeidsavtale med Tannklinikken Dovre vedrørende forebyggende tannhelse for den del av befolkningen som ikke kommer inn under lov om tannhelsetjenesten § 1-3.

10. Barnevern

Beskrivelse:

Barneverntjenesten har 180 % stillingshjemmel. I tillegg engasjeres hjemmekonsulent i 50 % stilling på deling med NAV.

Barnevernet er underlagt helse og sosialsjef i kommunen.

Arbeidet skjer etter lov om barneverntjenester. Denne loven gjelder for alle barn opp til fylte 18 år. I noen tilfeller kan barnevernet hjelpe og støtte fram til fylte 23 år.

Lovgrunnlaget for barnevernet er å sikre rettstryggheten og sørge for nødvendig hjelp på et tidlig tidspunkt. Barneverntjenesten skal gjennomgå alle meldinger innen en uke. Dersom vi beslutter å opprette en undersøkelse, skal undersøkelsen gjøres innen 3 mnd. Undersøkelsen kan i spesielle tilfeller vare i inntil 6 mnd.

Barneverntjenesten har etter endt undersøkelse følgende alternativ:

1. Henlegge undersøkelsen. Konkludere med at omsorgen er god nok.
2. Sette inn hjelpetiltak med tidsavgrenset tiltaksplan for å bedre omsorgssituasjonen. Eks: økonomisk støtte, besøkshjem, institusjonsopphold, føre tilsyn ved samvær, hjemmekonsulent, veiledningssamtaler, atferdtiltak, familieråd, frivillig fosterhjems plassering osv.
3. Sende saken til nemnda for avgjørelse om omsorgsovertakelse.

Utfordringer:

- Med kun to ansatte på kontoret er vi sårbare i de mest komplekse sakene. I undersøkelsene må vi jobbe to sammen. Vi har ingen å spille på ved sykdom, permisjoner, ferier osv. Vi opplever å måtte ta oss av akuttssaker alene. I slike tilfeller benyttes politi, men den ansatte i barnevernet vil likevel stå ansvarlig i vanskelige avgjørelser som gjelder barna.
- Nye lover og forskrifter krever at barneverntjenesten utreder barna i mye større grad før de kan henvises til 2.linjetjensten. Dette krever mye skolering for de ansatte i barnevernet. Vi har lange avstander til kurs og høyskoler. Dette er ressurskrevende.
- Vi har geografisk lang avstand til vårt fagteam (statlig barnevern) som har kontor på Gjøvik. I de alvorligste sakene må vi søke bistand fra dem. Ventetiden på tiltakene er

lang og vi har opplevd å få avslag på tiltak grunnet geografisk avstand. Fosterhjemmene og beredskapshjemmene skal også formidles via fagteam. De fleste hjemmene er lokalisert i Mjøsregionen. Det kan være en stor påkjenning for et akutt plassert barn å bli fraktet i taxi så langt.

- Saksmengden og kompleksiteten i sakene er økende. Med kun to saksbehandlere blir arbeidspresset i perioder meget stort. Vi jobber med folk i marginale situasjoner som trenger riktig hjelp til rett tid.

Hovedmål:

- Sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får rett hjelp og omsorg til rett tid.

Resultatmål:

- Tidlig intervensjon krever tett samarbeid med de andre instansene innen helse og omsorg, skole og barnehage. Det er avgjørende å kunne jobbe godt tverrfaglig i konkrete saker, men også i et forebyggende perspektiv. Fysisk nærhet til de andre instansene er av stor betydning for å lykkes godt med tverrfaglig samarbeid. Det må kreves at instansene prioriterer tverrfaglige møter. Et nytt helsehus der tjenestene er samlet under ett tak, vil gjøre det enklere både for brukerne og de ulike instansene.
- Barneverntjenesten må sette av nok tid og ressurser til kursing og utdanning for å imøtekomme kravene fremover.
- Oppretting av fosterhjem og beredskapshjem i Nord- Gudbrandsdal.
- Barneverntjenesten vil måtte se på en annen organisering av tjenesten. Et alternativ kan være sammenslåing av barneverntjenestene i Lesja og Dovre, evt. at Lesja øker stillingsprosenten i egen tjeneste.
- Kommunen må koordinere bedre de lovpålagte tjenestene innen helse og sosial. Eks individuelle planer, behandling av diverse søknader som kan utløse ressurser hos flere tjenester.



Illustrasjonsfoto

11. Kommunale oppgaver i NAV

Beskrivelse

Husbankordninger

Kommunen er Husbanken sin kontakt mot vanskeligstilte i boligmarkedet. Statens føringer for boligpolitikk blir vurdert av kommunen.

- Startlån: Toppfinansiering, fullfinansiering eller refinansiering.
- Boligtilskudd: Sterkt behovsprøvd, kommunen har lite midler til disposisjon - får derfor ikke utnyttet ordninga etter hensikten. Tilskuddet nyttes til tilpasning, utbedring og refinansiering.
- Bostøtte: For husstander med lav inntekt og høye boutgifter.

Ruskoordinator / ruskontakt

Forebyggende arbeid

Oppfølging av brukere og henviser til Rusinstitusjon.

Gjeldsrådgivning

Økonomisk veiledning i forhold til privatgjeld (frivillig gjeldsordning). Felles gjeldsrådgiver i regionen, men mye foregår lokalt. Tvungen gjeldsordning ligger opp mot namsmann, forberedelsene skjer på lokalt kontor.

Disponeringsavaler

Forvaltning av brukers økonomi.

Utfordringer

- Videre arbeid innen rusomsorgen
- Boligosial planlegging; NAV skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser i boligmarkedet.

Hovedmål

- Oppfølging mot arbeid og aktivitet.
- Flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad.

Resultatmål

- Flest mulig i arbeid og aktivitet.
- Færre på stønad.
- Utarbeide boligosial plan.
- Prioritere forebyggende arbeid innen rusomsorgen.

12. Forvaltning og dokumentasjon

Beskrivelse

Lesja kommune skal ha effektive og målrettede tiltak og tjenester for å opprettholde et godt tjenestetilbud. Det er en generell oppfatning at ressursene i de kommunale tjenester fortsatt kan utnyttes bedre. Effektiviserings gevinst kan gi bedre kvalitet og nødvendig kapasitetsvekst. Dette er imidlertid et langsiktig utviklingsarbeid som krever både investeringer og omstillingsevne.

Utfordringer

Lesja kommune har behov for ytterligere å styrke kompetanse på saksbehandling. Rett tjeneste til rett tid og i rett omfang er viktig for å få en god ressursforvaltning og for å sikre at brukerne får de tjenester som de har krav på. Lesja kommune bør vurdere behovet for å opprette et brukerkontor.

Lesja kommune skal sikre kommunens innbyggere gode tjenester. Kommunen vil arbeide systematisk med sikkerhet og kvalitetsforbedrende tiltak. I forbindelse med ny helse- og omsorgslov er skillet mellom helse- og omsorgstjeneste slik de er i dag opphevet. Kommunen ser for seg at kravet om dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger forsterkes og skal skje elektronisk. Vi forutsetter at det etter hvert vil foreligge sentrale funksjonskrav og standarder og en sertifisering av programvare. Kommunen skal ha ett fagsystem for alle faggrupper. Alle som mottar helse- og omsorgstjenester skal ha vedtak, med mindre annet er bestemt. Vi vet at kravet til dokumentasjon vil øke. Selv om avvik ikke bør forekomme, ser vi på avvik som noe positivt i den forstand at dette er noe vi skal lære av, slik at situasjonen som har ført til avvik ikke oppstår igjen.

Hovedmål

- Vi skal ha kort saksbehandlingstid og rask igangsetting av tiltak
- I Lesja kommune skal all brukerdokumentasjon være skriftlig i det aktuelle fagsystem.

Resultatmål

- Alle søknader behandles innen 2 uker.
- Tiltak iverksettes raskt.
- Fagsystemet Profil innføres i alle aktuelle avdelinger.
- Aktuelle avdelinger tilkobles nasjonalt Helsenett.
- Elektronisk samhandling mellom fagsystemene.
- Utrede behovet for opprettelse av et brukerkontor¹.
- Utarbeide kriterier for tildeling av tjenester.
- Gjennomføre brukerundersøkelser.

¹ Brukerkontoret mottar henvendelser fra brukere, kartlegger/utreder brukeres tjenestebehov, tar beslutninger og fatter vedtak. Brukerkontoret er også kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og har ansvar for at tjenestetilbudet til mennesker med behov for langvarige sammensatte tjenester blir koordinert, igangsetter arbeid med individuell plan, etablerer ansvarsgrupper.

13. Organisering/drift

Beskrivelse

Lesja kommune har en organisasjon som er inndelt i ulike virksomheter. Utfordringen er å arbeide mot felles mål. Dette gjelder på system og individnivå. Denne planen vil utfordre dagens innretning ved at de ulike tjenesteområdene må arbeide mye tettere, for eksempel i forbindelse med den forebyggende innsatsen og det å sike et helhetlig pasientforløp. Skal vi som kommune lykkes, må vi tenke og handle helhetlig. Tjenestene må sees på tvers, ikke stykkevis og delt.

Utfordringer

Undersøkelser viser at nært lederskap med personlig oppfølging av den enkelte arbeidstaker er en avgjørende faktor både for arbeidsmiljø, faglig utvikling og god ressursutnyttelse. Omsorgstjenesten har svært få ledere sammenlignet med annen virksomhet. Stortingsmelding 25 (side 66) sier:

”De kommunale omsorgstjenester fremstår som et av de viktigste områder for utviklingsarbeid på organisasjon og ledelse. Organisasjonen driver døgkontinuerlig virksomhet hele året igjennom. Det er store komplekse organisasjoner med større krav til lederskap, tverrfaglig samarbeid og samspill med sykehus og spesialisttjenester”.

Innen helse og omsorg vil vi ha behov for nytt personell, samtidig som vi skal ha fokus på å beholde de vi har så lenge som mulig. Vi må derfor arbeide aktivt med kompetanseheving, rekruttering, ressursutnyttelse gjennom å arbeide smartere. Og være villige til å forsøke nye arbeidstidsordninger, bedre mulighetene til økte stillingsstørrelser. Vi har som mål at tilgjengelig kompetanse skal kunne benyttes til beste for den enkelte bruker. Noe som fordrer større fleksibilitet enn det som er situasjonen i dag. Et annet forhold er å tydeliggjøre hva som er kommunale oppgaver og hva som ikke er det.

Ledelse og arbeidsmiljø vil ha stor betydning for vårt omdømme. Vi må ha fokus på det å være attraktiv for nye medarbeidere, trivsel og så lavt sykefravær som mulig og ikke minst beholde de ansatte vi har i dag. Fokus på godt arbeidsmiljø er noe vi har felles ansvar for. Lesja Kommune skal derfor ha fokus på forhold som bidrar til dette. Kommunen ser på ledelse som den viktigste enkeltfaktoren i gjennomføringen av denne planen. Derfor må ledere gis mulighet til å utøve ledelse.

Hovedmål

- Områdene innen helse- og omsorg skal fremstå som **en** organisasjon.

Resultatmål

- Vi skal ha ledere som er ledere.
- Vi skal delegere gjennom myndiggjøring av våre ansatte.
- Styrke ledelsesutøvelsen innenfor omsorgstjenestene slik at ledere har mulighet til å være synlig og nær sine ansatte.
- Utrede dagens organisering for å få til bedre tilpassede tjenester og en optimal ressursutnyttelse.
- Vi skal styrke kompetanse og kapasitet på ledelse.

14. Personell og kompetanse

Beskrivelse:

Lesja kommune har som mål at alle fagstillinger innen pleie og omsorg skal være dekt opp med ansatte som har fagutdanning. I Lesja kommune er ca 14,5 årsverk innen pleie og omsorg dekt opp av ansatte som ikke har fagutdanning. Mange av disse har lang fartstid og brei erfaring innen sitt fagområde. Slik sett har de solid realkompetanse. Lesja kommune stimulerer til skoloring gjennom støtte til utdanning og noe permisjon med lønn. Kommunen har søkt om og fått eksterne midler bla gjennom Kompetanseløftet 2015.

For å stimulere bygdas egne unge til å få kunnskap om og erfaring med hvilke arbeidsmuligheter som finnes innen bla pleie og omsorg i Lesja Kommune, fikk alle unge mellom 16 og 18 år tilbud om sommerjobb i 2011. 7 av disse jobbet innen pleie og omsorg.

Statistikker viser at kompetansebehovet innen pleie og omsorg framover, vil øke i takt med økt levealder og økt pleiebehov.

Utfordringer:

Hovedutfordringen blir både på rekrutteringssida i form av å tilby attraktive stillinger/ stillingsstørrelser og få nok fagutdannet personell for å dekke behovet, inkludert videreutdanning.

Hovedmål

- Vi skal ha rett person med rett kompetanse på rett plass til rett tid.

Resultatmål

- Klargjøre behovet for hvilken kompetanse kommunen trenger.
- Utarbeide en strategi for rekruttering.
- Videreutvikle vår kompetanseutviklingsplan.
- Opplæringsprogram for (ny)tilsatte innen pleie og omsorg.
- Alle ansatte har ansvar for positiv omdømmebygging.
- Gjennomføre Lesja kommune sin arbeidsgiver strategi.



Illustrasjonsfoto

15. Familie og lokalsamfunn

Beskrivelse

Lesja kommune ser at et godt gjensidig samarbeid med familien og frivillige vil være en betydelig ressurs også i framtiden. Kommunen skal derfor legge til rette for dette. Denne innsatsen skal ikke erstatte våre lovpålagte oppgaver, men bidra til å opprettholde eller øke kvaliteten på tilbudet til den enkelte. Derfor vil en viktig oppgave være å stimulere til dette.

Utfordringer

Lesja kommune skal legge til rette for at den frivillige omsorgen har gode vilkår for sitt arbeide. Framtidens omsorgstjenester kommer til å bli utformet i møte mellom den formelle og uformelle omsorgen, mellom hjemmet og institusjonen og mellom familien og omsorgstjenesten. Dette samspillet kan ta mange former og oppgavefordelingen kan bli endret i framtiden. For at tjenesten skal ha full nytte av den frivillige omsorgen, er det nødvendig at den kommer inn i organisert form.

Lesja kommune vurderer å opprette frivillighetssentral. Det viser seg at det er god tilgang på folk som vil gjøre en innsats når rammebetingelsene er til stede og de frivillige får kjenne at deres innsats er viktig.

På landsbasis er den frivillige og i hovedsak familiebaserte omsorgen målt i årsverksinnsats nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. Samfunnets omsorgstilbud ville derfor trolig bryte sammen om den frivillige omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert.

Lesja kommune må i framtiden tydelig signalisere forventninger om aktivitet og deltakelse fra både eldre og yngre, også de som lever med nedsatt funksjonsevne eller er avhengig av bistand for å delta i arbeids, kultur eller samfunnsliv.

Frivillige skal aldri erstatte den profesjonelle omsorgen, men bidra til økt kvalitet i det som betyr mest for folk i dagliglivet, slik som aktivitetstilbud, sosiale sammenkomster, samtalepartner og en hånd å holde i når livet er strevsomt.

Lesja kommune skal i større grad bidra med opplæring og veiledning av frivillige i form av informasjon, kurs og faglig oppfølging. De ansatte må bevisstgjøres i enda sterkere grad på den viktige ressursen frivillige er, slik at de frivillige opplever å bli tatt godt vare på.

Hovedmål

- Lesja kommune skal legge til rette for at den frivillige omsorgen har gode vilkår for sitt arbeide

Resultatmål

- Vurdere etablering av frivillighetssentral.
- Arrangere kurs for frivillige.

16. Vedlegg 1- Nasjonale føringer

Både Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) og nr. 47 (2008-2009) har en målsetting om at tjenestemottakere skal ta ansvar for eget liv og være delaktige i å utvikle egne tjenester. De skal også ha mulighet til å beholde sin integritet og selvstendighet så langt som mulig, selv om sviktende helse og funksjonsnedsettelse gjør at man trenger kommunale helse-, omsorg- og folkehelsestjenester. Disse tjenestene skal gis etter individuelle vurderinger i den utstrekning det er behov for. Tjenestene skal gis i opprinnelig hjem så lenge det er faglig mulig, deretter i tildelte omsorgsboliger hvor tjenestemottakeren betaler husleie og får tjenester i henhold til vedtak. De som av faglige grunner må tildeles langtidsplass på sjukeheimen skal få dette.

Gjennom Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011), har sentrale myndigheter fokusert på følgende hovedutfordringer:

- Helhet og sammenheng
- Demokrati og legitimitet
- Nærhet og trygghet
- Sterkere brukerrolle
- Faglighet og kvalitet
- Arbeid og helse

Stortingsmelding nr 16 beskriver følgende viktige forutsetninger:

❖ Helhetlig og sammenhengende

Det er et hovedmål å legge til rette for at tjenestetilbudet skal bli mer helhetlig og pasientforløpene mer sammenhengende. Forutsetningene for å oppnå dette er å etablere en forståelse og samarbeidspraksis mellom nivåer og tjenestens ulike deler. For eksempel skal brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester ha oppnevnt en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging og sikre samordning og framdrift i arbeidet med individuell plan (IP).

Å planlegge å handle helhetlig har også den konsekvens at de organisasjonsmessige skillene oppheves. Fagmiljøene skal i langt større grad enn i dag komme til med sin fagkompetanse der brukeren bor eller oppholder seg.

❖ Framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste

Helse- og omsorgstjenesten skal organiseres på en slik måte at den enkelte kan fortsette å leve trygt, meningsfullt og ha et mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Kommunens ansvar vil bli tydeliggjort gjennom de til enhver tid gjeldende lover. Likeså viktig vil det bli å øke befolkningens kunnskap og bevissthet om egen (og barns) helse, levevaner og egenmestring. Fokus på folkehelse, forebygging, habilitering og rehabilitering er sentrale grep som skal tilstrebes. For å oppnå dette må vi endre våre holdninger til hvem som har rett til hvilke tjenester. For eksempel ved å gi et tilbud om trening fremfor pleie, og selvhjelp fremfor hjemmehjelp der dette er mulig. Derved gjenskapes de ferdigheter som brukeren selv har lyst og ressurser til å mestre. For å lykkes med dette må vi ta et "oppgjør" med dagens holdninger og forventninger.

Vi må påregne at innbyggernes og brukernes krav og forventninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten endrer seg. Som kommune skal vi i tillegg til forebygging, habilitering og rehabilitering, sørge for gode lege- og fysioterapitjenester, pleie- og omsorgstjenester, tjenester til personer med rusproblem og psykiske lidelser. En annen stor brukergruppe er personer med demenssykdom og deres pårørende.

I tråd med de endringer Regjeringen legger opp til, vil kommunen i større grad få ansvar for en del tjenester som til nå har vært spesialisthelsetjenestens ansvar. Derfor er det viktig og nødvendig å avklare hvorvidt kommunen skal inngå samarbeid med andre kommuner for å sikre innbyggerne de tjenester de har krav på.

❖ **Framtidens spesialisthelsetjeneste**

Vi må forvente at spesialisthelsetjenestene videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer. En av konsekvensene av en slik utvikling vil være at oppgaver desentraliseres. Det tas sikte på at store pasientgrupper med kroniske og sammensatte problemstillinger, i størst mulig grad får sine tjenester nærmere der de bor. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten vil ha et "sørge for" ansvar. I dette legges det opp til at forvaltningsnivåene har ansvar for å sørge for nødvendige tjenester ved å planlegge, gjennomføre planer og tiltak, evaluere og korrigere.

❖ **Framtidens pasient- og brukerrolle**

Brukerrollen er i stadig utvikling. Tradisjonelt har brukere hatt liten innflytelse over tjenestene de mottar og over egen behandling. Brukere skal i langt større grad enn i dag kunne medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer først når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Derfor er det helt nødvendig å legge til rette for reell medvirkning. Kommunen bør også legge til rette for et konstruktivt og likeverdig samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjonene. Det anbefales at kommunen tar initiativ til å etablere et felles råd (brukerråd) for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne.

❖ **Kvalitet og kunnskap**

Alle forventer vi god kvalitet på de tjenestene vi mottar. Det vil derfor være nødvendig og systematisk innhente informasjon fra brukere og pårørende. God kvalitet betyr at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge, samordnede, preget av kontinuitet, at brukerne gis mulighet til å delta aktivt og god ressursutnyttelse.

Dagens virkemidler er ikke tilstrekkelige for å møte morgendagens behov. Framtiden vil forandre personell med annen kompetanse. Kommunen skal sørge for at den til enhver tid har nødvendig kompetanse. Derfor er fokus på kompetanseutvikling, kompetansebruken, innovasjon (nytenkning), bruk av teknologi, utvikling av gode kvalitetssystem og strategisk og faglig ledelse viktig. Vi må derfor tenke nytt og finne fram til nye måter å arbeide og samarbeide på, blant annet ved å hente kunnskap fra forskning.

❖ **Personell**

En av de største utfordringene, kanskje den største, er å greie å rekruttere og beholde ansatte. Ansatte er den største og viktigste innsatsfaktoren vi har. For å lykkes er vi helt avhengig av god, tydelig og tilstedeværende ledelse, tilstrekkelig rekruttering, kompetanseheving, trygge fagmiljø og tilrettelagte turnusordninger med størst mulig stillingsandeler for de som ønsker

dette. Helse- og omsorgstjenesten skal framstå som en attraktiv arbeidsplass. Det omdømme vi selv skaper kan være avgjørende når vi skal rekruttere, eller om ansatte vil arbeide videre i kommunen.

❖ Økonomiske og administrative konsekvenser

Nasjonal helse- og omsorgsplan gir politiske føringer for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene fram til 2015. I planperioden vil det være behov for å øke innsatsen innenfor kompetanse inklusive ledelse, folkehelse, og utvikling av primærhelsetjenester. Regjeringen opplyser at mange av tiltakene i planen ikke har de store økonomiske og administrative konsekvensene. Viktige unntak fra dette er de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen, og innføring av plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgnopphold. Kommunen får dermed et økonomisk medansvar for bruk av spesialisthelsetjenester. Det vil bli innført kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenestene. De endelige bevilgningsmessige konsekvensene for dette blir først klart i forbindelse med kommuneproposisjonen og forslag til statsbudsjett for 2012.

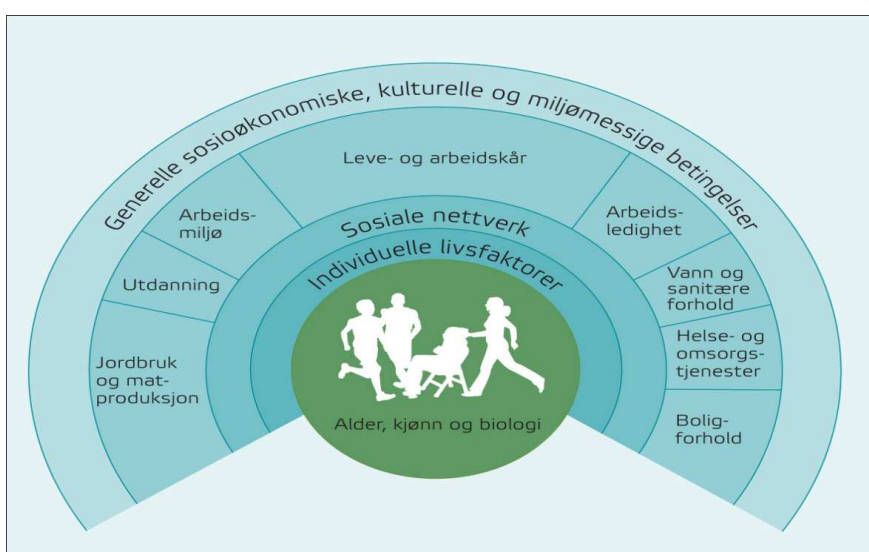


Illustrasjonsbilde «Morgendagens omsorg»

17. Vedlegg 2 – Dagens og fremtidens helseutfordringer

Dagens og fremtidens helseutfordringer er i vår del av verden nært knyttet til levevaner. Levevaner påvirkes av det sosiale miljøet og henger derfor sammen med levekår, sosioøkonomisk status, normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag. Dersom helseatferd utelukkende hadde vært et individuelt valg, ville man forvente at helseatferd var jevnt fordelt i befolkningen, uavhengig av utdanning og inntekt. Studier viser imidlertid at det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk

status og helseatferd: Jo høyere sosioøkonomisk status, desto sunnere helseadferd. De tydelige sosioøkonomiske forskjellene i levevaner viser at atferd ikke bare styres av individuelle valg, men også påvirkes av levekår, samfunnsstrukturer og ulikheter i ressurser. Risikofaktorer som tobakk, alkohol, kosthold og fysisk inaktivitet påvirker en rekke av de ikke smittsomme sykdommene. Det er overbevisende dokumentasjon for at røyking, fysisk inaktivitet, alkoholbruk og usunt kosthold fører til kronisk sykdom og for tidlig død. Illustrasjonen viser den sosiale helsemodellen.



Tema	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)
Om befolkningen	1 Befolningsvekst	-2,3	0,057	1,3	prosent
	2 Befolkning under 18 år	21	20	22	prosent
	3 Befolkning over 80 år, framskrevet	5,9	5,2	4,1	prosent
	4 Personer som bor alene	15	18	18	prosent
Levekår	5 Innvandrere og norskf. med innv. foreldre	6,9	8,2	14	prosent
	6 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	82	81	83	prosent
	7 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	11	10	9,5	prosent
	8 Intellektuellitet, P90P10	2,4	2,4	2,7	-
Miljø	9 Arbeidsledige, 15-29 år	2,3	2,3	2,2	prosent
	10 Uferetigdom, 18-44 år	1,5	2,9	2,5	prosent (a,k*)
	11 Barn av enslige foreldre	9,3	18	16	prosent
	12 Personkader, behandlet i sykehus	9,9	12	13	per 1000 (a,k*)
Skole	13 Miljøet helsevern, bthg og skoler	-	-	-	-
	14 Trives på skolen, 10. klasse	95	85	84	prosent (k*)
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	-	9	8,9	prosent (k*)
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. klasse	-	27	26	prosent (k*)
Levevaner	17 Frisatt i videregående skole	21	27	25	prosent (k*)
	18 Røyking, kvinner	15	20	15	prosent (k*)
	19 Ovennevnt inkl. fedtne, menn	16	28	25	prosent
	20 Forventet levealder, menn	76,8	77,1	77,5	år
Helse og sykdom	21 Forventet levealder, kvinner	83,6	81,8	82,3	år
	22 Psykiske sympt. og lidelser, primærh.sj.	71	147	136	per 1000 (a,k*)
	23 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	93	140	131	per 1000 (a,k*)
	24 Hjerte- og karsykdom, primærh.sj.	72	112	104	per 1000 (a,k*)
	25 Kolesterolsenkende legemidler, brukere	63	86	79	per 1000 (a,k*)
	26 Hjerte- og karsykdom, beh. i sykehus	15	18	18	per 1000 (a,k*)
	27 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	25	30	33	per 1000 (a,k*)
	28 Kreft totalt, nye tilfeller	409	530	565	per 100 000 (a,k*)
	29 Tynn- og endetarmskreft, nye tilfeller	39	69	77	per 100 000 (a,k*)
	30 KOLS og astma, legemiddelbrukere	65	101	99	per 1000 (a,k*)
	31 Lungkreft og KOLS, dødelighet	-	38	39	per 100 000 (a,k*)
	32 Muskel og skjelett, primærhelsegjesten	237	276	255	per 1000 (a,k*)
	33 Hoftebrudd, behandlet i sykehus	1,8	2,2	2,1	per 1000 (a,k*)
	34 Vaksinasjonsdeknring, MMR, 9-åringer	-	95,0	94,4	prosent

Folkehelseprofil for Lesja kommune 2014. Kilde: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>