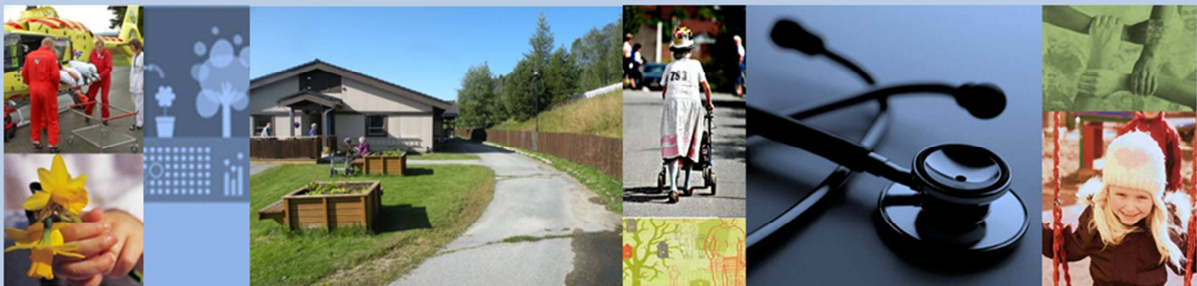




Handlingsplan for helse-, omsorg og folkehelse 2016 - 2020



Lesja kommune

Innhold

Sammendrag	0
Innledning og bakgrunn for planarbeidet	2
Mål med revidert HOF- handlingsplan	3
Fakta- og kunnskapsgrunnlag:.....	3
Kommunale styringsdokumenter	3
Sentrale styringsdokumenter og ny helsepolitikk.....	4
Sentrale føringer - lokale omstillinger.....	5
Faktatall, demografi og befolkningsframskriving.....	5
Økonomi og styringsdata	6
Dagens organisasjon og struktur i helse-, omsorg, folkehelse og barnevern	9
Fakta og nøkkeltall	9
Interkommunalt helsesamarbeid:.....	10
Legevakt og akutt beredskap	10
Drifts- og ressursanalyse fra Rune Devold.	11
Kommunereformen Lesja - Dovre	11
Medvirkning og innspill fra brukere og innbyggere i Lesja	12
Status og utfordringer i Lesja	12
Framtidsbilde – muligheter og handlingsrom	14
Omsorgstrappa.....	14
Fremtidig omsorgstrapp:.....	16
Omstilling og endring – gjennomføring av omsorgstrappa.....	17
Hjemmebaserte tjenester, sykehjem og boliger til omsorgsformål.....	17
Rehabilitering - hverdagsrehabilitering.....	18
Fremtidig organisering og infrastruktur – helse og omsorg i Lesja.....	19
Lesja helse- og omsorgssenter/ Lesja sjukeheim	20
Kostnad og finansiering av prosjekt helse- og omsorgssenter/Lesja sjukeheim.....	21
Helsehus – samlokalisert med Lesja sjukeheim	22
Omsorgsboliger / bofellesskap.....	23
Øvrige boligtilbud	24
Kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester.....	25
Tildelingskontor	25
Velferdsteknologi	26
IKT og data.....	27
Fagområder som må styrkes i planperioden.....	28
Fagpersonell, kompetanse og rekruttering.....	31
Framdriftsplan 2016 – 2020- skjematisk.....	33
Aktuelle lover, forskrifter, rapporter, avtaler og dokumenter.....	34
VEDLEGG:	
TIBIR og PMTO – forebyggende tiltak for barn og deres familier.....	35

Sammendrag

Kommunedelplan for Helse, Omsorg og Folkehelse for Lesja Kommune 2012 – 2020 tydeliggjør en satsing på en aktiv helse- og omsorgstjeneste der målsettingen er at mennesker skal kunne bo lengst mulig i eget hjem, samt behov renovering av Lesja sjukeheim og nybygg med samlokalisering av helse- og omsorgstjenester. Revidert handlingsplan for helse- og omsorgstjenestene i Lesja (2016-2020) kommune er et strategisk styringsdokument som angir hovedlinjene for utviklingen av tjenesteområdet i planperioden.

Planen legger vekt på å være i tråd med lokale utviklingstrekk og nye styringssignaler fra sentrale myndigheter, gitt gjennom både samhandlingsreformen, morgendagens omsorg/omsorgsplan 2020 og primærhelsetjenestemeldingen. Nye helselover fra 1.1.2012 angir rammen for den faglige utformingen av tjenestefeltet og forutsetter at det legges vekt på folkehelse, rehabilitering og at tiltak settes inn på lavest mulige eller best mulige omsorgsnivå.

Kombinasjonen god samfunnsøkonomi og nyvinninger på det medisinske og teknologiske området skaper store forventninger blant befolkningen til hva som er mulig å få av tjenester. Samtidig har veksten i offentlig sektor sine begrensninger, og forventningene kan ikke møtes ved å gjøre mer av det vi alltid har gjort. En av årsakene til dette ligger i den demografiske utviklingen. Det blir også behov for at langt flere rekrutteres inn i helse- og omsorgsykker i årene som kommer, hvis tjenestenivået skal opprettholdes. Lesja kommune erfarer allerede i dag utfordringen med å rekruttere og beholde fagpersonell innen helse og omsorgssektoren, samtidig som kompleksiteten og behovet for ulike helse- og omsorgstjenester øker.

Helse- og omsorgstjenestene i Lesja kommune er fortsatt gode, men framstår som fragmentert. Kommunen har desentralisert tjenestetilbud der tjenestene ytes på flere steder geografisk i kommunen. De fleste lokaliteter og bygg der helse- og omsorgstjenester ytes, er nedslitt og lite funksjonelle. Det har siden 2012 vært jobbet med en skisse for ny sjukeheim, kombinert med felles helsehus og tilgrensende omsorgsboliger. Omsorgstrappa er sentral i planarbeidet når fremtidige helse og omsorgstjenester skal planlegges.

For å sikre bærekraftige helse og omsorgstjenester, må det jobbes med en ny infrastruktur, organisering og samlokalisering av helse- og omsorgstjenestene.

Utfordringene må møtes med vilje og evne til å utvikle nye og alternative løsninger. Utfordringen blir å finne nye måter å arbeide på som er mer treffsikker i forhold til brukernes behov, slik at vi får mer ut av samfunnets samlede ressurser. Dette handler først og fremst om helsefremmende arbeid, forebygging, tidlig intervensjon og mestring. Det handler også om tydeligere kriterier for tildeling av tjenester, bedre samordning av tjenester og personell, samt et systematisk samarbeid med pasient/bruker, deres pårørende, frivillige lag og organisasjoner. Forebygging og tidlig innsats er sentralt. Kapasitet, kvalitet og kompetanse er avgjørende i årene som kommer.

Handlingsplanen er utarbeidet av:

- *Helse-, omsorg og folkehelsesjef i samråd med avdelingsledere helse og omsorg.*
- *Kommunelege 1 har deltatt i deler av planarbeidet og har hatt planen til gjennomsyn.*

Handlingsplan for helse-, omsorg og folkehelse i Lesja kommune 2016-2020

Innledning og bakgrunn for planarbeidet

Lesja formannskap vedtok 27.10.2010 (sak 124/10) oppstart av planarbeid med *Kommunedelplan for helse, omsorg og folkehelse (HOF-plan)*. Bakgrunnen for dette arbeidet var behovet for å se på tjenestestruktur og antall lokasjoner for tjenesteytelse. Både fra politisk hold og fra administrasjonen i Lesja kommune hadde det kommet signaler for å se nærmere på organiseringen av helse og omsorgsområdet i kommunen.

HOF-planen ble enstemmig vedtatt i kommunestyret 20.09.12 – sak 62/12. Lesja formannskap (planutvalget) har siden høsten 2013 signalisert ønske om en revidert HOF-handlingsplan da den eksisterende kommunedelplanen mangler handlingsdel og ikke var konkret nok som styringsverktøy. Det ble i 2012 satt i gang en utredningsprosess for renovering/nybygg av felles helsehus og sykehjem. Etter at Nordplan AS presenterte en rapport og skisse til nytt helse- og omsorgssenter, ble prosessen satt på vent høsten 2014 blant annet på grunn av kommunens økonomiske situasjon, varslet investeringsstopp og arbeid med kommunereform.

Revidert HOF-handlingsplan søker å svare på det samlede utfordringsbildet med tilhørende målsettinger som er beskrevet i HOF-planen, samt nye utfordringer og endringer som har kommet til siden 2012. Hensikten med revisjonen er også å oppdatere planen for å sikre at nye sentrale føringer, samfunnsendringer og endrede behov blir tatt inn. Planen skal være dynamisk slik at den ikke blir utdatert som styringsdokument. Revidert handlingsplan skal videre være fakta- og kunnskapsbasert, her vil både Devold-rapporten, lokal kunnskap og innspill fra innbyggere være sentralt.

Endret utfordringsbilde

Kommunen vil i årene fremover stå ovenfor store og krevende helse- og omsorgsutfordringer. Alle prognoser tilsier at antall eldre øker, de eldre lever lenger - også med kroniske sykdommer. Erfaringstall viser også at antall yngre tjenestemottakere med sammensatte helseproblemer og kroniske sykdommer øker. Kommunene pålegges mere ansvar samtidig som stilles det større krav til tjenestene og bygg/lokalteter tjenestene leveres i. Samhandlingsreformen medfører at kommunen må yte flere spesialiserte tjenester enn tidligere og ta hånd om sykere pasienter fordi de skrives tidligere ut fra sykehuset.

Som følge av befolkningsnedgang vil skatt og andre frie inntekter reduseres. Økende lovfestede krav til personell, kompetanse og tjenester i kommunene korresponderer dårlig med de bekymringsfulle utviklingstrekkene vi ser i kommuneøkonomien. Kommunen er nødt til å ha nok personell, kompetanse og kapasitet til å yte lovpålagte helse/omsorgstjenester til innbyggerne, samtidig må kommunen ha nok omsorgsplasser og funksjonelle lokaliteter til å yte tjenestene i.

Veksten i behov for tjenester i kommunene skaper bærekraftutfordringer. Det vil bli problemer med å rekruttere nok helse- og omsorgspersonell. Dette erfares allerede i dag – spesielt når det gjelder leger og sykepleiere. Kommunen har pr. i dag et høyt nivå på tjenestene sine og det er store forventninger hos innbyggerne når det gjelder tjenestenivå og desentraliserte tjenestetilbud innen helse- og omsorg.

Mål med revidert HOF- handlingsplan.

- Målet med revidert handlingsplan for helse- omsorg og folkehelse er å få et oppdatert styringsredskap for å oppnå kommunens målsettinger innen helse- og omsorg ut kommunedelplanperioden.
- Revidert handlingsplan skal ta utgangspunkt i reelle behov sett i forhold til våre rammer og muligheter.
- Revidert handlingsplan er nøktern og vil skissere en retning som vil medføre endringer både i organisering av tjenestene og i antall lokasjoner. Dette for å sikre bærekraftige tjenester og bærekraftig økonomi.
- Revidert handlingsplan skal også sikre at nye sentrale føringer, samfunnsendringer og endrede forutsetninger og behov blir tatt inn. Handlingsplanen tar utgangspunkt i faktabasert kunnskap og lokalt utfordringsbilde.
- Handlingsplanen vil sette fokus på hva kommunen må prioritere i perioden 2016- 2020. Noen tiltak og endringer krever investeringer og må ses i et lengre perspektiv utover planperioden. Prioriterte tiltak må forankres i kommunens økonomiplan.

Fakta- og kunnskapsgrunnlag:

- Myndighetskrav og nasjonale føringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester
- Innspill og lokale data fra tjenesteområdene helse- og omsorg
- Folkehelseoversikt for Lesja
- Levekårsundersøkelsen 2014 – Oppland Fylkeskommune
- Befolkningsframskriving – prognoser fra SSB
- KOSTRA-tall
- Drift- og ressursanalyse fra Rune Devold AS
- Rapport fra Nordplan AS 2014
- Rapporter fra utredningsarbeid/kommunereform fra området helse-omsorg
- Innspill fra medvirkningsmøter og spørreundersøkelse om helsetjenester i Lesja

Kommunale styringsdokumenter

Kommuneplanens samfunnsdel 2007 – 2020.

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.

Kommunedelplan for Helse, Omsorg og Folkehelse for Lesja Kommune 2012 – 2020 (HOF-plan)

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.

Kommunens gjeldende økonomiplan i planperioden 2016-2020

Sentrale styringsdokumenter og ny helsepolitikk

Med **samhandlingsreformen** og nye helselover fikk kommunene fra 2012 mere ansvar og flere spesialiserte oppgaver. Pasientene blir nå tidligere skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten – noe som betyr at kommunen må behandle og følge opp pasienter på et tidligere stadium enn før. I mange tilfeller mottar kommunen pasienter som er mer behandlingsskrevende – noe som forutsetter tettere oppfølging og tiltak lokalt, og ikke minst utløser mere personellressurser. Forebyggingsperspektivet står sentralt i nye helselover, men også folkehelsearbeid som et overordnet kommunalt ansvar innenfor planlegging og samfunnsutvikling.

Stortingsmelding om Morgendagens omsorg (St.meld. 29 (2012–2013)) trekker opp en ny virkelighet som tar realistiske konsekvenser av befolkningsutviklingen; det er hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, frivillighet og egenomsorg som er sentralt. Ansvar for egen helse og alderdom kreves. Dette må kommunene og lokalsamfunnene legge til rette for.

Meld. St. 11 (2013-2014) Kvalitets og pasientsikkerhet. Regjeringen vil arbeide for å begrense uberettiget variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitetshensyn. Bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene.

Meld. St. 14.(2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.

Stortingsmeldingen skisserer nye oppgaver til større kommuner, primært med innbyggertall over 15000- 20000. Stikkord er mer makt til kommunene og sterkere fagmiljøer, kompetanse og kapasitet til å ivareta nye oppgaver. Noe uavklart med oppgaver til kommuner under 15000 innbyggere.

Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen 2015 – Mestring og muligheter Psykisk helse og rus skal få en større plass i folkehelsearbeidet, arbeidet med å fremme en helsevennlig livsstil skal få en mer positiv vinkling og det skal utvikles en ny og moderne eldrepolitikk – aktive eldre.

Meld. St.26 (2014-2015)Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, kom 7. mai 2015, og blir retningsgivende for hvordan kommunene planlegger fremtidige helsetjenester. Dagens kommunale tjenester knyttet til individrettet forebygging, utredning og behandling er til dels fragmenterte, organisert i egne søyler og i forskjellige ledelseslinjer. Stikkord i ny melding er:

- Samlokalisering – samorganisering av kommunale helsetjenester
- Samhandling og teambaserte tjenester
- Lederkompetanse og ansvar
- Pasientrettigheter og pasientenes helsetjeneste= brukervedvirkning
- Styrke fagkompetanse og rekruttering i helse og omsorg
- Lovkrav om enkelte profesjoner/helsefaglig kompetanse i kommunen.
- Opptappingsplan for habilitering, rehabilitering og rus i kommunene, ø-hjelpsplass og mottak av utskrivningsklare pasienter innen rus/psykisk helsevern fra 2017.
- Kvalitet og pasientsikkerhet, Trygghet, tillit og åpenhet i tjenestene.
- Informasjons- og opplæringsplikt (til pasient-bruker-pårørende)
- Innovasjon og nytenking, tjenestedesign

Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 – Omsorg 2020

For å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i fremtiden er det behov for faglig omstilling med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Faglig omstilling i tjenestene er blant annet knyttet til sterkere vektlegging av mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøarbeid, veiledning av pårørende og

frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. I tillegg skal den medisinskfaglige oppfølgingen av omsorgstjenestens brukere bedres. Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, organisering og ledelse skal i større grad settes på dagsorden for bedre planlegging og utvikling av en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste.

Likeså er det sentralt at fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra de behov morgendagens brukere har. Det vil være brukere i alle aldersgrupper. Noen er inne til kort tids rehabilitering, noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Dette krever et mangfold av boformer. Moderne, funksjonelle og godt utstyrte lokaler er også avgjørende for effektiv drift og et godt arbeidsmiljø for de som skal yte helse- og omsorgstjenester. Samlokalisering av helse- og omsorgstjenester er utdypet i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Sentrale føringer - lokale omstillinger

Morgendagens helse- og omsorgspolitikker retter seg inn mot en aktiv helse- og omsorgstjeneste der egenmestring, egenomsorg og ansvar for egen helse blir sentralt. Kommunen får en viktig rolle med å legge til rette og utvikle tjenestene som nettopp muliggjør dette. Dette kan bety at kommunen nå er inne i en ny fase der vi må vurdere hvordan helse- og omsorgsressursene disponeres og videre å vurdere antall tjenestesteder, samlokalisering og struktur for å sikre både forsvarlige og bærekraftige tjenester. Kommunens plikt er primært å tilby *nødvendige, likeverdige og forsvarlige* tjenester. Dette korresponderer ikke alltid med hva folk ønsker eller forventer av kommunen. Kommunen må derfor forsterke dialogen med folket om hva som kjennetegner krav til en god omsorgstjeneste, hva de har krav på av tjenester, gjensidige forventninger, krav til egenomsorg, velferdsteknologi, kriterier for behovsvurdering og tildeling av tjenester.

Faktatall, demografi og befolkningsframskriving

Ifølge framskrivninger fra SSB vil Norge innen 2050 stå overfor en dobling av antall personer over 67 år sammenlignet med i dag. Antall personer over 67 år er i dag ca 640 000. Antall personer over 80 år vil doble seg allerede innen 2035. Personer over 80 år er den største gruppen mottakere av helse- og omsorgstjenester. Antallet personer over 80 år kan komme til å stige fra 221 153 i dag til ca. 320 000 i 2030 og til over 500 000 i 2050.

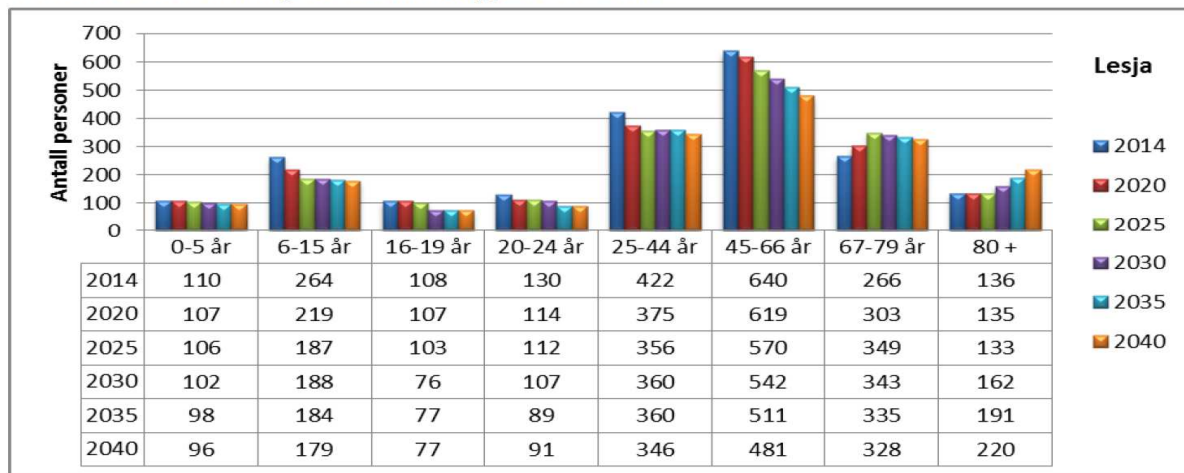
Tallmateriale og statistikker for Lesja kommune er hentet ut fra statistisk sentralbyrå, Devoldrapporten og folkehelseoversikt for Lesja kommune. Befolkningsframskrivninger kan tjene mange formål og fungere som et nyttig instrument for planlegging i kommunene både på kort og lang sikt.

Folketallet i Lesja kommune har vært i gradvis tilbakegang i mange år. Etter 1985 har det blitt 421 færre innbyggere i kommunen. Pr. 1. januar 2015 var det 2059 innbyggere i Lesja – en nedgang på 17 fra året før. Etter 2011 har nettoinnflytting til Lesja vært negativ. Antall levendefødte pr. år de siste 10 årene har variert mellom 8 og 32. 23 fødsler i 2014. Glidende gjennomsnitt viser gradvis nedgang.

Befolkningsframskriving for Lesja kommune - basert på utvikling frem til 1.1.14 og middels vekst - anslår en gradvis nedgang i innbyggertallet frem til 2040. Dette er i motsetning til framskriving pr.

1.1.12 som viste en økning. Det forventes en nedgang i alle aldersgrupper under 66 år og en økning i grupper over 67 år.

Tabeller: Befolkningsframskriving, 2014–2040



Lesja	Befolkning pr.01.01.2015	Om 5 år - 2020	Om 15 år - 2030	Om 25 år - 2040
Ant. innbyggere	2059	1979	1880	1818
0-66 år	1656	1541 -115	1375 -281	1270 -386
67-79 år	266	303 +37	343 +77	328 +62
80 + år	137	135 -2	162 +25	220 +83
Sum/differanse	2059	-80	-179	-241

Det forventes at antall innbyggere i Lesja er 1818 i 2040, en nedgang på totalt 241 personer. Framskrivningen viser en økning på 62 i aldersgruppen 67-79 år og en økning på 83 personer (fra 137 til 220) over 80 år.

Høy levealder betyr at deler av befolkningen er ved god helse og at vi har gode velferdsordninger, men flere eldre betyr også at det blir flere som vil leve med kroniske sykdommer og som har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester. Forskning viser at 30 % av personer over 80 år er ganske spreke, mens 70 % av personer over 80 år vil ha behov for ulike helse- og omsorgstjenester.

Det er også en betydelig økning av yngre tjenestemottakere under 66 år. Her nevnes spesielt problematikken rundt psykisk helse, rus, kreft og kroniske sykdommer. Helsestasjoner og barnevernstjenester i hele landet erfarer en økning av saker ift. barn og unge med psykiske utfordringer og sammensatte problemer. Det er særdeles viktig at dette perspektivet innarbeides i fremtidig planlegging av tjenestene.

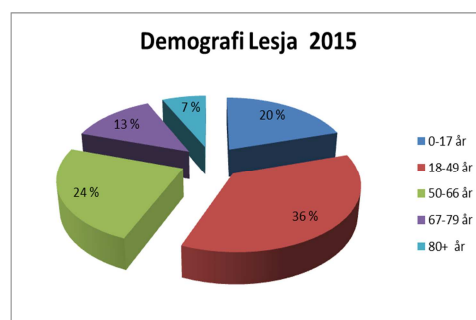
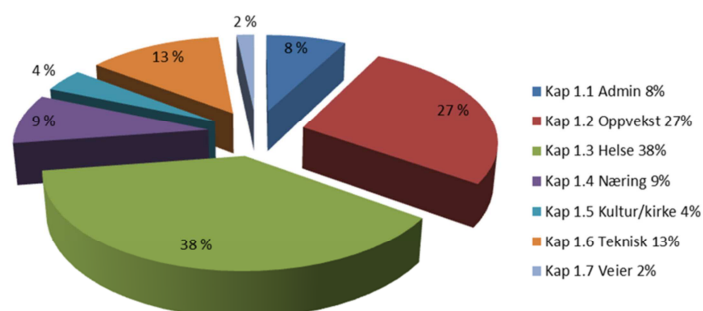
Økonomi og styringsdata

Kommunene står overfor ulike kostnader for å yte lovpålagte tjenester og innfri pålagte minstestandarder. Siden kommunene har ulike størrelser, geografi, bosettingsmønstre, befolknings sammensetning og sosioøkonomiske ulikheter, følger det at de har forskjellige kostnader for å dekke befolkningens behov for kommunale tjenester. Prognosene tilsier kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester vil øke i tiden som kommer, og kommunen må innrette sin tjenesteprofil og infrastruktur slik at tjenestene blir bærekraftige på sikt.

Det blir færre arbeidstakere per pensjonist, fra nesten 15 yrkesaktive pr. pensjonist i 2015 til ned mot 2-3 yrkesaktive pr. pensjonist i 2050. Alle prognoser tilsier at det blir flere brukere av helse-, omsorgs- og velferdstjenester, og færre "hoder og hender" til å utføre tjenester.

Tilsvarende vil lønnskostnadene i helse- og omsorgssektoren kunne vokse fra tre prosent av BNP(brutto nasjonalprodukt) i 2005 til 6,1 prosent i 2050. Det vil kunne bli svært vanskelig å møte fremtidens behov for arbeidskraft i omsorgstjenestene med dagens system.

Kapittel 1.3 i Lesja kommunes budsjettplan omfatter kommunehelsetjenester, pleie- og omsorg, miljøarbeidertjenesten, dagaktivisering, NAV og barnevernstjenesten og utgjør 38 % av kommunens utgifter. Dette inkluderer også utgiftene til det regionale helsesamarbeidet ved NGLMS.



Regnskapstall fra 2014 viser følgende resultat i kap.1.3.:

	Regnskap 2014	Budsjett 2014	Avvik
Helse Lønn/sos.utg	60 781 681	58 269 394	2 512 287
Andre utg.	13 497 368	13 253 000	244 368
Inntekter	(17 415 589)	(13 453 000)	(3 962 589)
Resultat	56 863 460	58 069 394	(1 205 934)

Med samhandlingsreformen ble kommunal medfinansiering innført, men ordningen opphørte i 2015. Det skal fortsatt betales for ekstra liggedøgn dersom kommunen ikke kan ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset/spesialisthelsetjenesten. Kommunen har videre valgt å løse flere nye lovpålagte oppgaver gjennom det regionale helsesamarbeidet og Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) på Otta.

Tabellen nedenfor viser Lesja kommunes regnskapstall for NGLMS-tjenester 2014.

Ansv.303 – Samhandlingsreformen	Regnskap 2014	Budsjett 2014	Regnskap 2013
11300 Telefon	54.353,42	60.000,00	45.341,80
13502 Kjøp tjenester - intermedieære senger	184.359,31	292.000,00	79.396,00
13503 Kjøp tjenester - øyeblikkelig hjelp	293.698,00	284.000,00	559.816,00
13504 Kjøp tjenester - legevakt	496.665,95	712.000,00	584.750,56
13505 Kjøp tjenester - legevaktvarsling	903.110,95	720.000,00	658.830,67
13506 Kjøp tjenester - jordmor	38.100,20	63.000,00	69.078,33
13507 Kjøp tjenester - samfunnsmedisiner	176.188,59	183.000,00	166.190,44
14000 Overføring til staten	2.113.474,00	2.160.000,00	1.974.212,00
14290 Utgiftsføring mva drift	13.430,62	0,00	11.335,45
Sum utgifter	4.273.381,04	4.474.000,00	4.148.951,25
17000 Statstilskudd	-293.698,00	-284.000,00	-559.816,00
17290 Refusjon mva drift	-13.430,62	0,00	-11.335,45
Sum inntekter	-307.128,62	-284.000,00	-571.151,45
Sum ansvar: 303 Samhandlingsreformen	3.966.252,42	4.190.000,00	3.577.799,80

KOSTRA-tall og Devold-analysen kan tyde på at Lesja kommune har dyrere tjenester enn sammenliknbare kommuner. Devold påpeker også at det ytes mer tjenester enn det det er vedtak på der brukere med relativt lav pleietyngde får mer bistand enn nødvendig. Kommunen arbeider nå med å finne ut fakta bak disse vedtakene og tallene. Kommunen og tjenesteområdene må også sikre at IPLOS-registrering og innrapportering i KOSTRA er korrekt da det er disse data som danner grunnlag for nøkkeltall og KOSTRA-styringsdata.

Kommunen har omsorgsboliger på Lesjatun og to bofellesskap på Skoglund og Eldres senter – alle med fast stasjonær bemanning. Eldres senter har i tillegg eget produksjonskjøkken og vaskeri. Lesja sjukeheim har 30 institusjonsplasser, som i 2014 ble redusert til 24 som et innsparingstiltak.

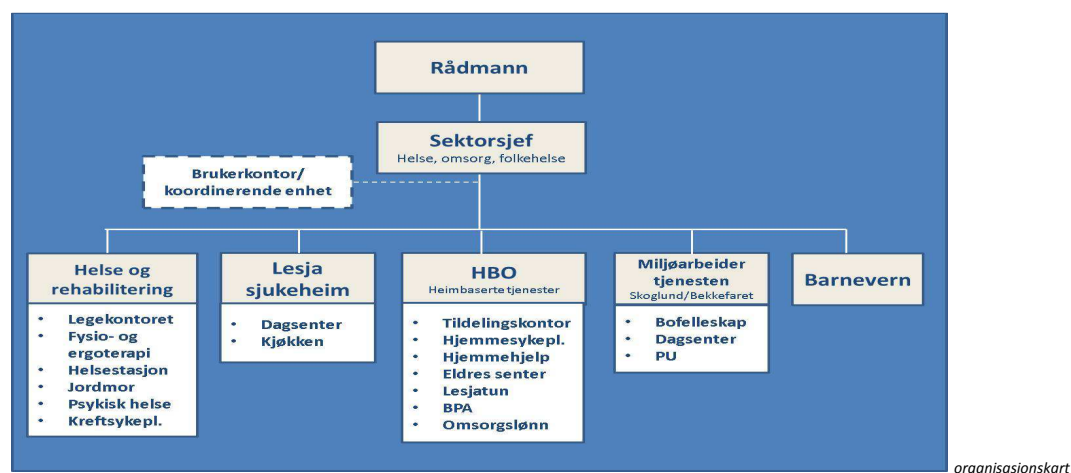
Investering i nytt helse- og omsorgssenter med samlokalisering av sykehjem, heldøgns omsorgsplasser og helsetjenester vil være et eksempel som kan bidra til reduserte driftskostnader på sikt. Her vil man kunne utnytte stordriftsfordelene i motsetning til smådriftsulempene som organiseringen og infrastrukturen bærer preg av i dag. Det var dette som var den opprinnelige grunntanken bak HOF-planen som ble vedtatt i 2012.

Husbankens investeringstilskudd til sykehjemsplasser, omsorgsboliger og dagaktivisering muliggjør for kommunene å investere i moderne og fremtidsrettede helse- og omsorgssentre. Dette utdypes på side 23.

Gevinstrealisering:

Fordeler med samlokalisering og omorganisering	Ulemper med en desentralisert struktur
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre service, forutsigbarhet og trygghet for brukere • Bedre sambruk og samhandling mellom personell • Styrket fagmiljø og attraktive arbeidsplasser • Frigjøring av årsverk til utviklingsarbeid eksempelvis ressurs til tildelingskontor, ergoterapi, psykisk helsearbeid, IKT/teknologi og demens. • Driftsøkonomiske fordeler – stordriftsfordeler – eksempelvis bygg, IKT, utstyr og personell 	<ul style="list-style-type: none"> • Mer sårbare og mindre fleksible tjenester. • Kan være mindre forutsigbart for brukere. • Dyrere driftsmessig – smådriftsulempene: Bygg, utstyr, IKT, data, telefon og annen teknologi må driftes og vedlikeholdes på flere tjenestesteder.

Dagens organisasjon og struktur i helse-, omsorg, folkehelse og barnevern



Fakta og nøkkeltall

Sted/tittel		årsverk
Leder/adm	Sektorsjef HOF,	1 årsverk
Legekontor	Leder for HR/legekontoret	0,5 årsverk
	Leger (2) / turnuslege (1)	3 årsverk
	Legekontor/personell	2,2 årsverk
Kreftsykepleier	Kreftsykepleier	0,25 årsverk
Helsestasjon	Helsesøster	1,6 årsverk
	Jordmor 40% kommune /60% NGLMS	1,0 årsverk
Psykisk helse		1,0 årsverk
Fysioterapi	Kommunefysioterapeuter	1,4 årsverk
Barnevern	Barnevern/ leder/PMTO-terapeut	3,0 årsverk
Lesja sjukeheim	Stasjonær bemanning - døgnbemannet 24/7 Avdeling, leder, kjøkken og vaskeri	28,95 årsverk
Merkantil	Lesja sjukeheim/hjemmebasert/fysio/ergo	0,9 årsverk
Hjemmesykepleien	Inkl. fagleder/ avdelingsleder	7,9 årsverk
Hjemmehjelp		1,25 årsverk
Eldres senter	Stasjonær bemanning – døgnbemannet 24/7	5,45 årsverk
Lesjatun	Stasjonær bemanning – dagtid 7d/uke	3,35 årsverk
Skoglund/Bekkefare	Stasjonær bemanning – døgnbemannet 24/7	15,25 årsverk 3,75 (prosjekt)
Dagsenter Lesjaskog	5 dager/uke	1,7 årsverk
Fysioterapi privat, Lora	Meiningen praksis AS m/ kommunalt driftstilskudd.	

Dagens tjenester er organisert fem avdelinger og tjenestene leveres på flere tjenestesteder. Det er i tillegg stasjonær bemanning og flere turnuser fordelt på 4 tjenestesteder.

Lesja sentrum – kommunehuset:

- Administrasjon – sektorsjef for helse, omsorg og folkehelse
- Legekontor, helsestasjon, jordmor, psykisk helse, og kreftsykepleier.
- NAV og barnevernskontor.
- Lesjagården – 3 ubemannede omsorgsleiligheter.

Lesja sentrum - sjukeheimsområdet

- Lesja sjukeheim inkl. kjøkken og vaskeri + dagaktivisering
- Lesjatun – 19 omsorgsboliger + dagaktivisering
- Base for hjemmebaserte tjenester
- Fysio/ergoterapi + hjelpemiddellager

Lesjaskog:

- Eldres senter inkl. kjøkken og vaskeri – bofellesskap 11+2 leiligheter. Dagaktivisering.
- Utekontor for lege og fysioterapeut
- Skoglund/bekkefaret – bofellesskap 5+3 leiligheter for psykisk utviklingshemmede
- Dagsenter for psykisk utviklingshemmede

Interkommunalt helsesamarbeid:

Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter. Samarbeidet er regulert i en vertskommuneavtale:

- **Legevakt og legevaktvarsling.** Fastleger og turnusleger deltar i felles legevakt og bakvakt Lesja/Dovre.
- **Jordmorvakt og følgetjeneste** – Lesja yter til sammen 0,6 årsverk til Jordmorvakt.
- **KAD (kommunal akutt døgnet) og intermediære sengeplasser**
- **Samfunnsmedisin og folkehelse** – Lesja disponerer 0,15 årsverk av denne felles stillingsressursen til folkehelsearbeid/helseoversikter og noe innen miljørettet helsevern.
- **Felles planarbeid** – fagplaner helse, beredskapsplaner og arbeid med internkontroll og prosedyrer.
- **Prosjekt kreftomsorg.** Lesja og Dovre deltar i regionalt kreftprosjekt i 2015.
- **Velferdsteknologiprojekt** – Lesja deltar i regionalt velferdsteknologiprojekt.
- **Rus-prosjekt.** Lesja deltar som eneste kommune ikke i regionalt rus-prosjekt.
- **Logoped.** Det utredes mulighet for regionalt samarbeid om logopeditjenester.

Legevakt og akutt beredskap

Det er ambulansestasjon med to ambulanser, samt base for luftambulans på Dombås.

Legekontorene har ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid alle ukedager. Legevakten på NGLMS har aktiv legevakt fra kl.16.00. – 08.00. hverdager og på døgnbasis alle helger og helligdager. Det er pr. i dag en bakvaksordning for legene i kommunene Lesja-Dovre og Lom-Skjåk. Bakvakten skal rykke ut på rød respons. Bakvaksordningen er under evaluering da det viser seg å være for høy vaktbelastning for legene som både deltar i aktiv vakt på legevakten NGLMS og bakvaksordningen. Det må etableres en vaktordning som bidrar til å beholde fastlegene i distriktet. Rekrutteringsproblematikken er stor, og innleie av legevikarer på kort- og langtidsvikariat er meget kostbart for kommunene.

Den nye forskriften for akuttmedisinske tjenester fra 1. mai 2015 innebærer blant annet skjerpede krav til legevaktleger, hjelpepersonell og utstyr i legevakt. Det kreves også egen bakvaksordning for leger som ikke fyller kravene til å gå vakter alene. Olsen-utvalget (akuttutvalget) har siden 2013 utredet et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. I rapporten fra akuttutvalget som var på høring i 2014 var både krav til responstid for ambulans og maks reisetid til legevakt anbefalt. Det ventes en ny NOU om prehospitale akuttmedisinske tjenester i desember 2015.

Drifts- og ressursanalyse fra Rune Devold.

Første halvår av 2015 har gått med til drifts- og ressursanalyse (Rune Devold AS), samt utredning i forbindelse med mulig kommunesammenslåing Lesja- Dovre.

Det er nødvendig å bruke analyseresultater fra Devold- rapporten i videre prosess med å vurdere tjenestenivå, omsorgstrappa, struktur, ressursfordeling og dimensjonering av tjenestene – uavhengig av kommunesammenslåing. Rapporten er ingen fasit, men gir grunnlag og retning for videre arbeid.

Devold-rapporten synliggjør tilfredsstillende ressursbruk innen hjemmesykepleie, Lesja sjukeheim og Skoglund/bekkefaret.

Devold-rapporten viser videre at kommunen også leverer dyre tjenester på flere områder, spesielt på Eldres senter og Lesjatun. Rapporten antyder at det ytes langt flere tjenester enn det faktisk er vedtak om. Det er viktig å presisere at rapporten tar utgangspunkt i ATA-tid – altså brukerrettet tid. Tid til dokumentasjon, rapportering og annet arbeid (kjøkken og renhold av fellesarealer) er ikke tatt med i rapporten, og må legges til grunn når vi skal vurdere ressursbruk innen tjenestene.

Rapporten kommer med flere anbefalinger som går på å utarbeide kriterier for tildeling av tjenester, etablere et tildelingskontor, en bolig- og husleiepolitikk som er komplementær i forhold til omsorgspolitikken og en aktiv bruk av styringsdata for fortløpende rapportering, evaluering og planlegging av tjenestene.

En omforent forståelse av hva som er god omsorg og hvilke kriterier som gjelder for tildeling av ulike tjenester er nødvendig, samt en dreining fra heldøgns stasjonær bemanning til ambulante heimebaserte tjenester er et eksempel på hva som kan være nødvendig om vi skal få redusert kostnadsnivået. Likeledes vil samlokalisering og plassering av alle kommunens heldøgns omsorgsplasser på ett sted geografisk være en nødvendig endring.

Oppfølging av rapporten fra Rune Devold ble behandlet i kommunestyret 18.06.15. (sak 39/15)

Kommunereformen Lesja - Dovre

Det var tre arbeidsgrupper som utredet tjenester innen kommunehelsetjeneste, pleie og omsorg. Helsehusgruppa - Hjemmebaserte tjenester /miljøarbeidertjenesten - Sykehjem/institusjon.

Utredningene i forbindelse med kommunesammenslåing Lesja-Dovre tilråder ett felles helsehus/legekantor, to sjukeheimer med funksjoner som i dag, to baser for hjemmebaserte tjenester og to døgnbemannede bofellesskap for psykisk utviklingshemmede. Alle arbeidsgruppene skisserte behov for økt kapasitet og flere årsverk innen ulike tjenester for å møte fremtidige behov. Det var i denne prosessen ikke utredet eller gitt anbefaling om hvor helsehuset eventuelt skulle lokaliseres. Tar man utgangspunkt i likeverdig lengde på reisevei, vil lokalisering i Lesja sentrum/Lesja sjukeheim være det riktige alternativ for lokasjon.

Det vises for øvrig til gruppenes respektive rapporter.

Kommunereformprosessen tar tid. Lesja kommune må uansett tidsperspektiv på kommunesammenslåing - planlegge og utvikle lokale helse- og omsorgstjenester for våre innbyggere.

Medvirkning og innspill fra brukere og innbyggere i Lesja

«Ikke alt kan telles – noe må også fortelles»

I Lesja er det avholdt flere informasjonsmøter vinteren 2015 om dagens og fremtidige helse- og omsorgstjenester - i Lesja eldreråd, råd for funksjonshemmede, Lesja- og Dovre ungdomsråd, Lesjaskog sanitetsforening og Lesja- og Lesjaskog pensjonistlag. Det har vært «åpen time» med Livsløpsstyret på Lesja sjukeheim og Eldres senter der pasienter/brukere, ansatte, pårørende og andre har kommet med innspill vedr. fremtidens helse- og omsorgstjenester i Lesja. Det ble også kjørt en bred spørreundersøkelse «Si din mening» i Lesja kommune i februar/mars 2015 om dagens og fremtidige helse og omsorgstjenester. Innspill fra infomøter og spørreundersøkelsen er sammenfattet.

Dette er viktig for innbyggere i Lesja:

- Kvalifisert hjelp når du trenger helsehjelp
- Nærhet til lege, tjenester og helsehjelp
- Tilgjengelige og forutsigbare tjenester – lett å få kontakt med tjenestene
- Kort ventetid – rask hjelp
- Trygghet og kompetanse hos helsepersonell
- Ha luftambulansetjeneste lokalt
- Oppgradering av Lesja sjukeheim kombinert med felles helsehus
- Varierte helse- og omsorgstjenester og lavterskeltilbud.
- Trygg og god eldreomsorg
- Å ble sett, hørt og bli tatt med på råd vedr. egen helse.
- Flere ønsker desentraliserte helse- og omsorgstjenester
- Viktig med legevakt i Lesja/Dovre. Negativt med sentralisering av legevakt på Otta.
- Mange ønsker å opprettholde Eldres senter slik det fremstår i dag.

Status og utfordringer i Lesja

Lesja kommune har jevnt over gode og allsidige helse- og omsorgstjenester. En spørreundersøkelse vinteren 2015 viser at de fleste er godt fornøyd med kvalitet og innhold i tjenestene. Kommunen har mye personell med høy kompetanse, men mangler også personell med fagkompetanse på høyskole/universitetsnivå spesielt innen omsorg og brukerrettet arbeid. Tjenestene fremstår som noe fragmenterte og tilbys på flere tjenestesteder i kommunen.

Samhandlingsreformen. Endringer i kommunens rammebetingelser. Kommunen får i større grad ansvaret for større deler av pasientforløpet. Det at pasienter skrives ut fra sykehuset tidligere, medfører at kommunen har fått større ansvar for dårligere pasienter og nye spesialiserte oppgaver.

Dette krever mer spesialisert kompetanse, og kommunen må utvikle virkemidler i tråd med dette. Forebygging og folkehelseperspektivet står sentralt i samhandlingsreformen, og folkehelseloven krever at kommunen har oversikt over helsetilstand og folkehelseutfordringer som igjen skal være forankret i kommunale planer.

En framskrivning av dagens tjenestenivå er ikke bærekraftig på kvalitet, personell eller økonomi.

Utviklingen av demografi og sykdomsbilde, med store forskyvninger fra yrkesaktive til ikke yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, og derav økte behov for tjenester, gir tilsvarende store utfordringer for helse- og omsorgssektoren. Nye oppgaver krever ny kompetanse for bedre kvalitet og rekruttering av kvalifisert personell. Lesja kommune – har på lik linje man andre småkommuner færre ansatte og færre fagpersonell til å utføre oppgavene, og systemet er sårbart ved sykdom, ferie, permisjoner og annet fravær. Allerede nå har kommunen/regionen utfordringer med å få rekruttert og beholde høyt kvalifisert helsepersonell i kommunen – spesielt gjelder dette leger og sykepleiere. Pr i dag er ca. 1/3 av ansatte innen helse- og omsorg +/- 60 år. I løpet av få år vil flere ansatte i nøkkelroller gå av med pensjon. Dette har og vil få konsekvenser både for lokal tjenesteyting og for interkommunalt helsesamarbeid.

Utfordringer handler også om en aldrende befolkning, høye forventninger til tjenestene og mere bevisste pasienter og brukere som på sin side stadig får flere og sterkere rettigheter. Krav og kompetanse til tjenestene og til helsepersonellet øker stadig. I utredningsarbeidet med eventuell kommunesammenslåing ble følgende hovedutfordringer beskrevet:

- **Kommunen har ansvar for flere dårligere pasienter som følge av samhandlingsreformen – som eksempelvis krever økt kompetanse innen kreftbehandling, kronisk lungesykdom og hjerte-/karsykdom.**
- **Flere tjenestemottagere – flere som lever lenger med kroniske sykdommer.**
- **Flere yngre brukere av tjenesteapparatet spesielt knyttet til livstil, rus- og psykisk helse.**
- **Kommunene får økt ansvar for oppfølging av pasienter innen rus og psykisk helsevern.**
- **Tjenestene fremstår som fragmenterte, og det er få personer til å yte tjenestene. Små og sårbare fagmiljø. For små og sårbare fagmiljø kan på sikt gjøre det vanskelig å levere gode og likeverdige tjenester til innbyggerne.**
- **Lang vei til både sykehus/spesialisthelsetjeneste og interkommunal legevakt på Otta.**
- **Økte kompetansekrav innen helsetjenestene som følge av ny teknologi og flere spesialiserte oppgaver til kommunen.**
- **Vanskelig å rekruttere fagutdannet personell – høyskole/universitetsnivå**
- **IKT/teknologiutviklingen innen helse- og omsorg forutsetter også nye kompetanser inn i helse- og omsorgssektoren.**
- **Dårligere kommuneøkonomi – lavere innbyggertilskudd og skatteinngang**
- **Fysiske lokaliteter/bygningsmasse – alle kontorlokaler, omsorgsboliger og sykehjem i Lesja er nedslitt og tilfredsstillende ikke dagens krav – hverken teknisk eller til funksjonalitet.**
- **Økte krav til tjenestene – ledere og helsepersonell.** I tillegg til ren tjenesteproduksjon, har også alle helse- og omsorgstjenester plikt til dokumentasjon, rapportering, saksbehandling, internkontroll, kvalitetssikring, kvalitetsutvikling, HMS-arbeid og rapportering. Lederrollen og lederoppgavene inne helsesektoren er krevende, og myndighetene retter sterkt fokus på å styrke lederansvaret innen pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid. I tillegg kommer kommunale oppgaver innen forvaltning, økonomi- og budsjettarbeid.

Fremtidsbilde – muligheter og handlingsrom

Ut fra kjente prognoser og befolkningsframskrivinger vil kommunen i løpet av 5 -10 år måtte øke kapasiteten med 10-15 % innen helse og omsorg. Dette gjelder både innen ulike tjenestetilbud og kapasitet på ulike bolig- og omsorgsplasser. Bruk av velferdsteknologi må fases inn, og fremtidig helse- og omsorgstjeneste må forankres i øvrig kommunal planlegging.

Morgendagens omsorg (Meld. St. 29) trekker opp en ny virkelighet som tar realistiske konsekvenser av befolkningsutviklingen; det er hverdagsrehabilitering, frivillighet og egenomsorg som er fremtiden. Ansvar for egen helse og alderdom kreves. Bruk av velferdsteknologi gir nye muligheter og større valgfrihet for personer som ønsker å bli boende hjemme lengst mulig. Kommunen må tilstrebe et godt tilbud av varierte omsorgsplasser og boligtilbud. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26) i 2015 fokuserer samlokalisering og samordning av kommunale helsetjenester med fokus på pasient- og brukers medvirkning og rettigheter. Kvalitet og pasientsikkerhet er sentrale krav til tjenestene.

Kommunedelplan for Helse, Omsorg og Folkehelse for Lesja Kommune 2012 – 2020 tydeliggjør en satsing på en aktiv helse- og omsorgstjeneste der målsettingen er at mennesker skal kunne bo lengst mulig i eget hjem. Det er viktig at kommunen innretter seg for å oppnå denne målsettingen.

Omsorgstrappa.

Tildelingsnemda i Lesja tildeler tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr.6 bokstav a-d, samt ikke-lovpålagte tjenester som omsorgsbolig, trygghetsalarm, matombringing, transport/TT-ordning, vaktmestertjenester og dagaktivisering.

Tjenestene skal være nødvendige, likeverdige og forsvarlige. Behov for bistand/assistanse/helsehjelp tilbys individuelt ut fra en kartlegging der pasient/bruker får en samlet skår fra 1-5 basert på flere variabler i IPLOS-systemet (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). IPLOS-skår angir et bistandsbehov for ulike helse- og omsorgstjenester, men fanger i liten grad opp problematikk knyttet til kognitiv svikt eller psykisk helse. En helhetlig individuell vurdering og kartlegging er nødvendig.

1. **Utgjør ingen problem/utfordring for søker/tjenestemottaker**
2. **Ikke behov for bistand/assistanse/helsehjelp** Utfører/klarer selv (eventuelt med hjelpemidler), men har utfordringer eller endret standard.
3. **Middels behov for bistand/assistanse/helsehjelp** Utfører/klarer deler av aktiviteten selv, men trenger personbistand til andre deler av aktiviteten. Bistandsyter kan eventuelt gå til og fra.
4. **Store behov for bistand/assistanse/helsehjelp** .Utfører/klarer deler selv, men med bistandsyter tilstede hele tiden. Bistandsyter er til stede for assistanse/tilrettelegging/veiledning.
5. **Fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp.** Behov for personbistand til alle aktivitetene.

Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tilpasses ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Omsorgstrappen betegner at tjenestetilbudet strekker seg fra et intet eller lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til et omfattende hjelpebehov.

Omsorgstrappa i Lesja kommune har følgende omsorgsnivå pr. 2015:

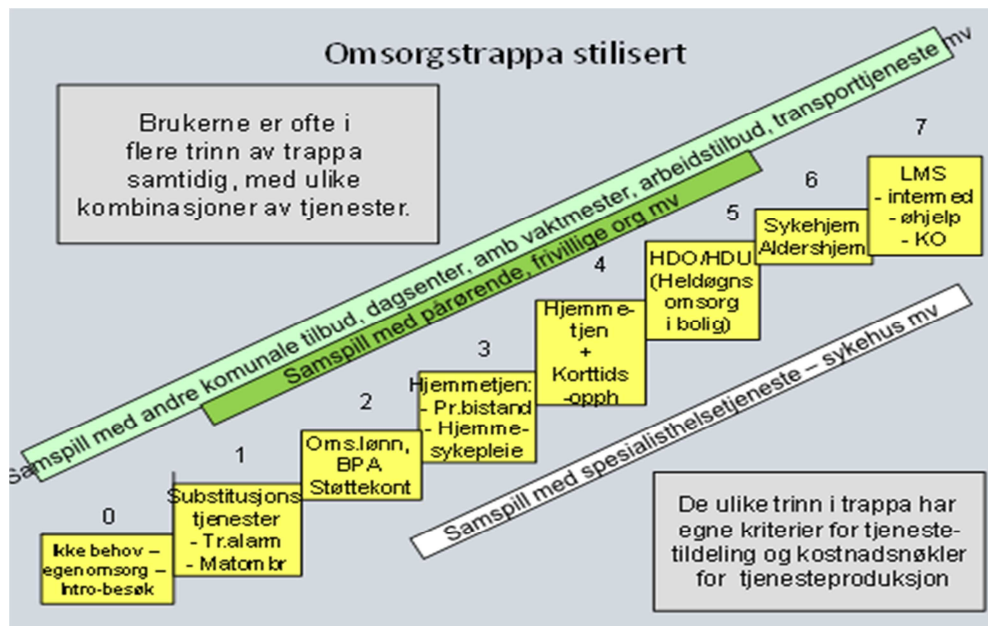


fig. Devold-rapport

Nivå 0: representerer de som bor hjemme og klarer seg uten bistand.

Nivå 1-4: primært hjemmeboende, men kan også omfatte beboere i Lesjagården, Lesjatun og Eldres senter.

Nivå 5: Lesjatun , Eldres senter og Skoglund er i Devold-rapporten definert som heldøgns omsorg i bolig. Tjenestene her skal i prinsippet ytes ut fra vedtak om tjenester etter en individuell vurdering av bistandsbehov.

Nivå 6: beboere med behov for heldøgns omsorg og langtidsopphold på institusjon/ Lesja sjukeheim

Nivå 7: Behov for spesialiserte helsetjenester

Tabell som viser pleietyngde og timer pr. uke med tjenester

Lesja og Dovre	HDO	Pleietyngde, 16 grupper (gruppe 1=spreke brukere, gruppe 16 svært hjelpetruende)																
		Tot	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Totalt antall brukere	43	3	3	6	8	9	6	2	1	1	1						1	
Lesjatun																		
Antall brukere	18	3	1	2	2	3	1	2	1	1	1						1	
Snitt timer pr uke	25	7,2	17,8	18,8	16,1	20,6	23	25,3		24	51,5						105	
Eldres																		
Antall brukere	11			1	3	5	2											
Snitt timer pr uke	26,4			4,5	19,8	30,2	37,6											
Dovre																		
Antall brukere	14		2	3	3	1	3	1	1									
Snitt timer pr uke	4,5		0,8	2	2,6	7,4	9,6	5,5	5,5									

Devold-rapporten 2015.

Devold påpeker i sin rapport at brukere med relativt lav pleietyngde Lesja mottar relativt mye tjenester sammenliknet med Dovre. Dette gjelder spesielt beboere på Eldres senter med også beboere på Lesjatun. Bildet kan tyde på at brukere på samme omsorgsnivå tilbys ulikt volum på tjenester avhengig om de bor på Lesjatun og Eldres senter.

Fremtidig omsorgstrapp:

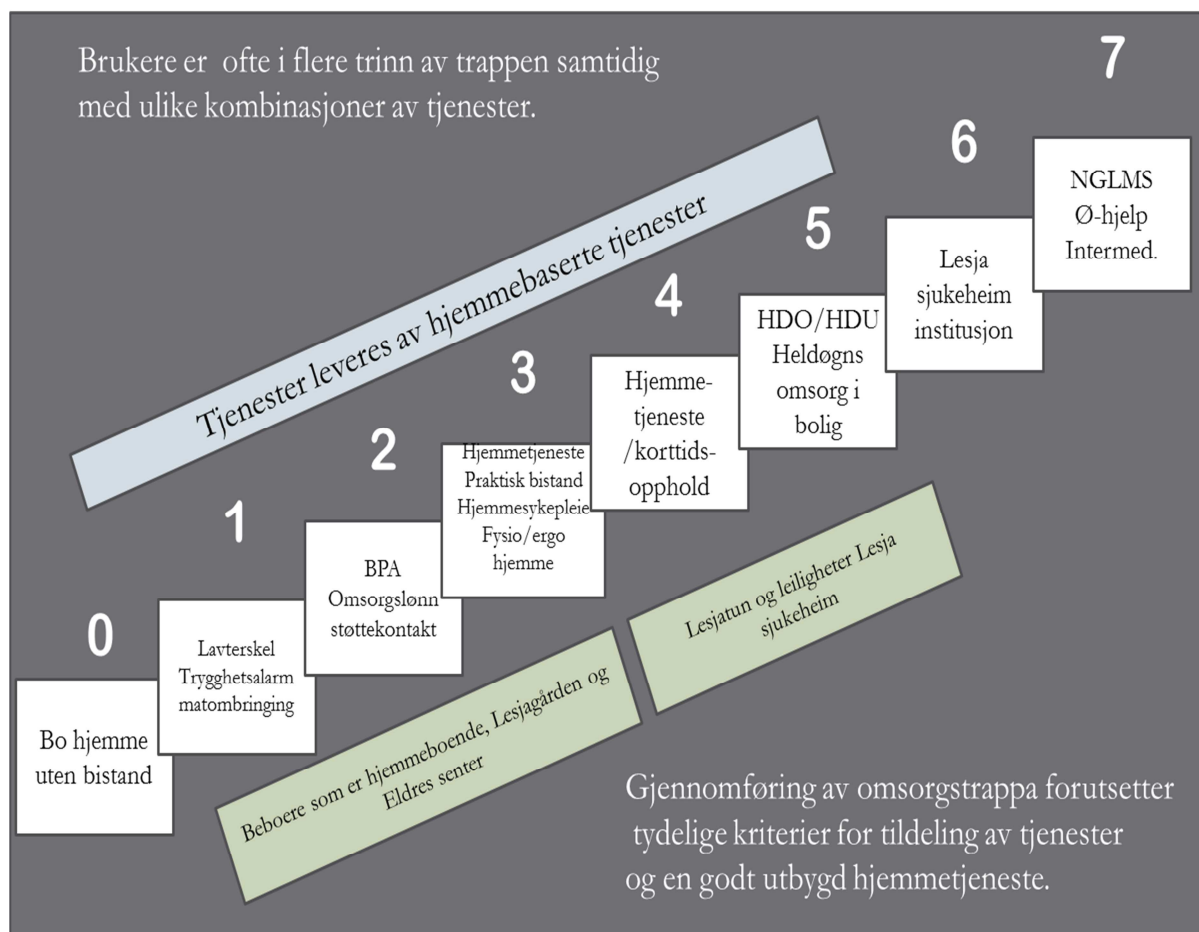
Helse- og omsorgstjenester skal være nødvendige og tilbys på en slik måte at brukere opplever mestring og økt grad av egenomsorg. Aktuelle brukere skal vurderes og tilbys hjelp ut fra en grundig individuell vurdering av bistandsbehov. Bedre samhandling og bruk av personell forutsettes. Samspill med pårørende og frivilligheten vil være nødvendig i en fremtidig omsorgstjeneste.

Et forslag til fremtidig omsorgstrapp er at all heldøgns omsorgstjeneste etableres geografisk i tilknytning til Lesja sjukeheim. Dvs. boliger/leiligheter i tilknytning til Lesja sjukeheim med tilbud om heldøgns omsorgstjeneste som leveres av hjemmetjenesten. Beboere vil da få tilbud om kjøp av måltider, samt andre servicetilbud og tjenester ved Lesja sjukeheim.

Omsorgsboligene i **Eldres senter** vil da tilbys brukere med lavt bistandsbehov og flyttes ned på nivå 1-3 i omsorgstrappa. Det er ingen planer om å avvikle Eldres senter, men å endre brukergruppen og omsorgsnivået.. Det er viktig å se Eldres senter som en fremtidig ressurs i eldreomsorgen, og utvikle senteret i tråd med samfunnsutviklingen og kommunens behov. Planen er at Eldres senter kun vil bli bemannet på dagtid alle ukedager. Øvrige tjenester blir utført av hjemmebaserte tjenester.

Dersom det i fremtiden tilbys sentrumsnære og lettstelte boliger, vi også flere beboere kunne klare seg selv lenger ved å benytte lavterskeltilbud.

Forslag til en fremtidig omsorgstrapp i Lesja kommune:



Omstilling og endring – gjennomføring av omsorgstrappa.

Gjennomføring av omsorgstrappa krever at kommunen kan tilby nok omsorgsplasser på ulike nivå og videre har tydelig kriterier for tildeling av omsorgsboliger/omsorgsplasser og tjenester ut fra brukers bistandsbehov og funksjonsnivå. Det må etableres en fordelingspolitikk som innrettes etter nødvendige behov hos bruker/pasient.

Vedtak om ny omsorgstrapp vil medføre en omorganisering av tjenestene, spesielt innen hjemmebaserte tjenester.

Noen av forutsetningene for gjennomføring og effektivisering ligger i en fremtidig investering knyttet til Lesja helse og omsorgssenter. Tanken er at det må bygges og utvides med flere ulike institusjonsplasser, boenheter /leiligheter slik at all heldøgns omsorg samles på ett sted geografisk i kommunen.

Eldres senter vil i en eventuell byggeperiode på Lesja sjukeheim ha en viktig funksjon, både når det gjelder midlertidig sykehjemsfunksjon for lettere pasienter og kjøkkenfunksjon.

En sykehjemsplass koster omtrent det samme som 25 timer hjemmesykepleie pr. uke. Det er veldig god økonomi å ha en velfungerende hjemmetjeneste og legge til rette for at folk kan bo hjemme lengst mulig. Dette betinger en kompetent, effektiv og tilstrekkelig utbygd hjemmetjeneste, i tillegg et effektivt system for bestilling, tildeling og utføring av disse tjenestene. Kommunen må på den annen side ha egnede boliger og varierte typer omsorgsplasser for de ulike aldres- og brukergrupper.

Hjemmebaserte tjenester, sykehjem og boliger til omsorgsformål

Det har lenge vært og er fortsatt et mål at folk skal kunne bo lengst mulig i egen bolig, og som hovedregel bør alle kunne få nødvendig pleie og omsorg i sine vante omgivelser.

Avstander, økonomi, boforhold og individuelle behov setter visse rammer for hvor langt det er hensiktsmessig og praktisk å tilby tjenestene i beboernes opprinnelige hjem. For mange vil flytting til et bedre tilpasset botilbud med større nærhet til tjenestene bli nødvendig. Det er derfor behov for et differensiert tilbud i pleie- og omsorgstjenesten, både når det gjelder boligløsninger og tjenester.

Den enkelte har imidlertid i dag rett til medvirkning til hvordan hjelpebehovet skal dekkes. Har beboeren behov for et døgntilbud, kan kommunene tilby dette i beboers hjem, i en omsorgsbolig eller på et sykehjem. Lovkravet er at tjenestene er forsvarlige i forhold til hjelpebehovet, og at tjenestetilbudet ikke fremstår som åpenbart urimelig for brukeren. Formålet med tjenesten er å gi behandling, pleie og omsorg i eget hjem, i de tilfeller der dette er mulig og hensiktsmessig, slik at man kan bo lengst mulig i egen bolig.

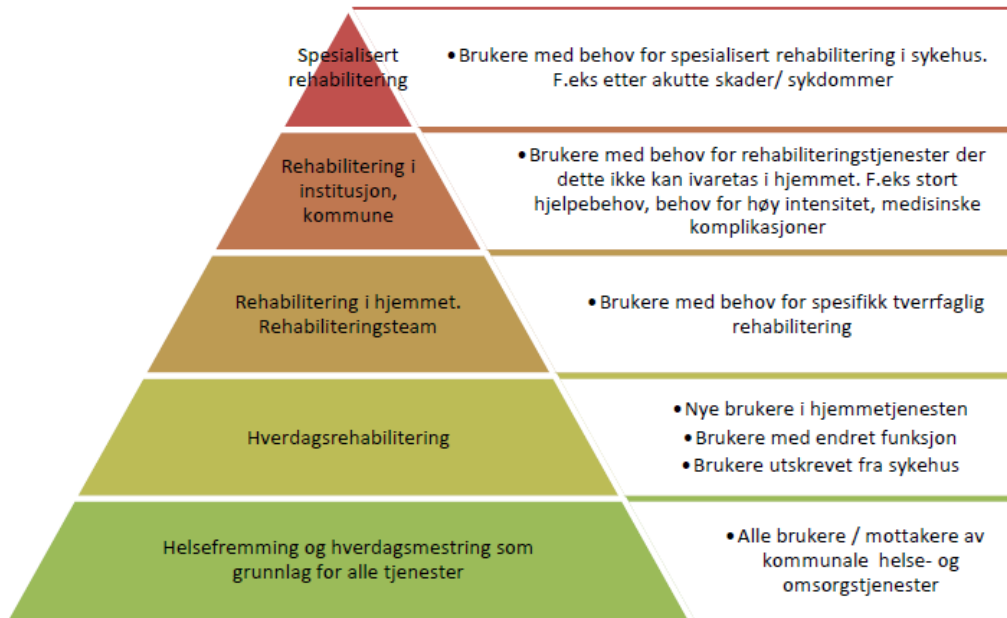
Døgnplasser skal kun tildeles brukere som er helt avhengige av tilsyn på natt utover det hjemmetjenesten kan ivareta. Dette fordrer gode rehabiliterings- og opptreningstilbud på dag og ettermiddag. Dette er viktig dreining mot en bærekraftig tjeneste. Dagrehabilitering har effekt, og kapasitet og innhold skal økes. Døgnrehabiliteringen bør, og iverksettes for å kunne ivareta rehabiliteringspotensialene for de mest sårbare

Omsorgsboliger med personalbase gir nærhet til tjenester hele døgnet, og vil kunne avlaste presset på institusjonsplasser. Det er viktig at bo- og tjenestetilbudet tilrettelegges slik, at den enkelte slipper gjentatte flyttinger mellom ulike nivåer i en tiltakskjede etter hvert som behovet for pleie og omsorg øker.

Rehabilitering - hverdagsrehabilitering

Helse- og omsorgstjenestene skal sørge for et differensiert rehabiliterings- og opptreningstilbud for mennesker med behov for dette. Det er nødvendig å nytte hele «rehabiliteringspyramiden» og utvikle tjenester for å understøtte omstillingen fra hjelp til selvhjelp.

Tiltakene kan visualiseres og beskrives i form av en «rehabiliteringspyramide»:



Kommunen skal ivareta et bredt spekter av rehabiliteringstiltak og innsatsområder.

I pleie- og omsorgstjenestene står tradisjonelt hjelperollen i forgrunnen. Innføring av hverdagsrehabilitering krever derfor en systematisk holdnings- og kulturendring. For mange medarbeidere vil denne omleggingen kreve mye informasjon, motivasjon og oppfølging.

Brukerne har ofte vært vant til å være passive mottakere og kan oppleve endringen som negativ. De kan oppleve at de blir fratatt et gode. Det samme kan gjelde brukernes pårørende. Det blir viktig for kommunen å vektlegge god og tydelig kommunikasjon til brukere, pårørende og tjenesteytere på hva som kjennetegner krav til en god omsorgstjeneste.

For å lykkes med omstillingen må innsatsen også rettes mot brukere som bor hjemme og som har behov for spesifikk tverrfaglig rehabilitering, utover hverdagsrehabilitering. Dette kan være personer som for eksempel har fått slag og som kan motta rehabilitering i eget hjem. Dette er et viktig grep mot en tverrfaglig styrking av hjemmetjenestene.

Lesja kommune bør etablere et innsatsteam for å lette overgangen for brukeren fra institusjon til hjemmet. Innsatsteamene bør styrkes og videreutvikles for å unngå reinnleggelses og redusert livskvalitet for den enkelte.

Fremtidig organisering og infrastruktur – helse og omsorg i Lesja

For å gjennomføre omsorgstrappa og sikre en framtidrettet helse og omsorgstjeneste, kreves både samlokalisering av dagens helse og omsorgstjenestene og en endret infrastruktur. Dersom det bygges attraktive lettstelt boliger i/nær Lesja og Lesjaskog sentrum, vil dette kunne avlaste tjenestene ved at flere kan klare seg med mindre hjelp.

Alternativ 1 – Nytt helse og omsorgssenter – med helsehustjenester samlokalisert	Alternativ 2 – Nytt helse og omsorgssenter – uten helsehustjenester samlokalisert
<ul style="list-style-type: none">- Lesja helse- og omsorgssenter skal inneholde sykehjem med ulike typer omsorgsplasser, heldøgns bemannede omsorgsboliger samlokalisert, helsehus/helsetjenester, hjemmebaserte tjenester, kantine, ett felles produksjonskjøkken og ett felles vaskeri.- Styrke heimebaserte tjenester – levere tjenester til hjemmeboende, omsorgsboliger og Eldres senter.- NB! Kan bli endret oppmøtested for noen.- Team basert omsorg – innsatsteam – hjemmerehabilitering i samarbeid med fysio/ergoterapitjenesten.	<ul style="list-style-type: none">- Lesja helse- og omsorgssenter skal inneholde sykehjem med ulike typer omsorgsplasser, heldøgns bemannede omsorgsboliger, kantine, ett felles produksjonskjøkken og ett felles vaskeri.- Det må uansett avsettes tilstrekkelige arealer til hjemmebaserte tjenester og fysio/ergoterapi – som er lokalisert på Lesja sjukeheim i dag- Dersom alternativ 1 med samlokalisering med helsehustjenester velges bort, er dette ikke i tråd med nasjonal politikk.- En ser ikke bort fra at det kan bli etablert fremtidige tilskuddsordninger for samlokalisering av helse- og omsorgstjenester.

Tiltak:

Gjennomføring/iverksetting av planlagt prosjekt med helse- og omsorgssenter.

Det kan være aktuelt å gjennomføre dette som et utviklingsprosjekt «Myndiggjorte medarbeidere i praksis» Opplegget er en utdanning og gjennomføring av skreddersydd opplæring i medarbeiderskap og hverdagsmestring i Lesja kommune – etter inspirasjon fra Rendalen kommune som gjennomførte et tilsvarende vellykket prosjekt i 2013. Det vil bli søkt om OU-midler til gjennomføringen av dette, og KS-konsulent står for opplegget.



Lesja helse- og omsorgssenter/ Lesja sjukeheim

Lesja sjukeheim ble bygget i 1978-1980, og ble tatt i bruk i 1980. Det er 30 pasientrom, 24 i drift 2015 pga. innsparingstiltak. Det har vært noe ombygging og utbedringer - med blant annet påbygg av Nystugu i 2003 og renovering av kjøkken i 2005.

I tillegg til sykehjem, rommer bygget kontorer til hjemmebasert omsorg, dagsenter, fysio-ergoterapi, kjøkken, vaskeri, kapell, bårerom, hjelpemiddellager og vaktmesterrom.

Status

Store deler av bygget fremstår pr. i dag som svært nedslitt, og det er store problemer og usikkerhet knyttet til avløpssystemet og brannsikkerheten. Lesja sjukeheim ble bygget i en tid kravene til denne type bygg var en helt annen en det som er i dag. Dette gjelder generelle byggetekniske krav og krav til universell utforming, størrelse/areal på pasientrom, tilpasning til hjelpemidler, elektronisk infrastruktur og krav til inne klima er ikke fullt ut ivaretatt i eksisterende bygningsmasse.

Oppgradering og nybygg – Lesja sjukeheim

Behovet for oppgradering og nybygg på Lesja sjukeheim er kjent. Det er helt nødvendig å iverksette tiltak for å møte morgendagens helse- og omsorgsutfordringer og for å kunne tilby trygge og forsvarlige tjenester.

Parallelt må det gjøres nødvendige strakstiltak ift. investeringer med brannslukningsanlegg og el.installasjoner for å lukke avvik fra tilsyn.

Videre er det behov for flere typer boliger/omsorgsplasser– både med og uten bemanning. Dette for at kommunen skal kunne møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer.

NORDPLAN AS utarbeidet våren 2014 en skisse på et nybygg på Lesja sjukeheim med oppgradering av 24 sykehjemsplasser. Forslaget er et påbygg mot sørvest med sykehjemsplasser. Arealene i sokkeletasjen foreslås utnyttet til felles helsehustjenester, samt dagaktivisering, felles produksjonskjøkken, garderober, kontor for hjemmebaserte tjenester og kantine. Dette betyr kun én lokasjon for disse tjenestene i Lesja. Tilgjengelighet og gode uteområder er vektlagt i planforslaget. Planforslaget er godt og ivaretar de krav, behovene og mulighetene vi ser for oss i et samlet helse og omsorgssenter.

Arealbehov og antall plasser

30 sykehjemsplasser-institusjon: 8 Demensplasser 6 Korttidsplasser 10 Langtidsplasser 4 Rehabiliteringsplasser 1 leilighet palliativ behandling /terminal omsorg	10 omsorgsenheter- heldøgns omsorg Kantine/kafe Dagaktivisering Ett produksjonskjøkken Helsehusetjenester (lege, helsestasjon mm) Kontor/base for HBO Kontor og treningsrom fysio/ergoterapi
--	---

Dersom arealer i sokkelen på nybygg Lesja sjukeheim ikke skal benyttes til helsehustjenester, kan et alternativ være å utnytte arealet til 10 omsorgsleiligheter med heldøgns omsorgstilbud. Dette berettiger tilskudd fra Husbanken og genererer samtidig fremtidige leieinntekter. Dersom kommunen velger bort helsehuset i nybygg, må det uansett sikres arealer og kontor til hjemmebaserte tjenester, fysio. ergoterapi og treningsrom. Velger kommunen på et senere tidspunkt å investere i helsehus, kan dette bli vesentlig dyrere da husbanken per i dag ikke yter tilskudd til helsehusprosjekter isolert. Det kreves uansett en oppgradering av samtlige lokaler for alle helsehustjenester.

Kostnad og finansiering av prosjekt helse- og omsorgssenter

Husbankens investerings tilskudd til sykehjemsplasser, dagaktiviseringstilbud og omsorgsboliger antas å gjelde fram til 2020. For 2015 gis tilskuddet ut fra en anleggskostnad på maksimalt 2,972 mill. kroner per sykehjemsplass eller omsorgsbolig. Dette gir en maksimal tilskuddssats på 1 337 400 kroner per omsorgsbolig og 1 634 600 kroner per sykehjemsplass. Dersom en velger en løsning med flere omsorgsleiligheter i sykehjemsbygget vil dette utløse tilskudd, samtidig som man får en leieinntekt. Minstekrav til areal for omsorgsleilighet er 55m² og for sykehjems rom 28m².

Utmålingsregler – husbanktilskudd

Jf. Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger 2015

- 45 % av godkjente anleggskostnader til omsorgsboliger med fellesareal.
- 55 % av godkjente anleggskostnader for plass i institusjon, blant annet i ordinære eller palliative enheter på sykehjem , og døgnomsorgsplasser for øyeblikkelig hjelp.
- inntil 55 % av godkjente anleggskostnader til fellesareal i tilknytning til eksisterende omsorgsboliger for å oppnå heldøgnstjeneste, og lokaler for dagaktivitetstilbud .
- Dersom kommunen bygger/rehabiliterer sykehjem yter Husbanken 55% av godkjente utbyggingskostnader. I tillegg kompenseres 25% av mva. og da av hele summen inklusive investeringstilskuddet. Staten dekker m.a.o. en stor del av utgiftene 2 ganger.

Totalpris for hele Helsehusprosjektet ble i 2014 stipulert til drøyt 136 millioner kroner. Tilskudd fra husbanken vil utløse kr. 38 000 000 i tilskudd for sykehjemsplasser og ca. kr. 6.806.250 for dagaktivisering. Totalt kr. 44.888.250 med satser fra 2014. Prisstigning fra 2014 må påregnes og kjøp av ekstern kompetanse til å gjennomføre prosjektet må innarbeides i prosjektet. Dersom vi bygger nytt sykehjem til kr. 150.000.000 brutto, vil det utløse et finansieringsbehov for kommunen på ca. kr. 38.000.000 – altså ca. 25% av totalkostnaden. Dette er selvsagt et stort beløp, men likevel overkommelig dersom behovet for sykehjemsplasser/rehabilitering er begrunnet.

Det må gjøres en ny gjennomgang og definisjon av arealer i Lesja helse- og omsorgssenter for at tilskuddsordningen kan utnyttes optimalt.

Det er viktig at kommunen velger løsninger som er i tråd med vilkår for tilskudd fra Husbanken. På denne måten kan man få et nytt og funksjonelt helse- og omsorgssenter for fremtiden. Dersom kommunen velger andre løsninger som faller utenom tilskuddsordningen, kan man risikere et vesentlig dyrere prosjekt hvor man på sikt får mindre igjen for hver krone investert.

Plan og gjennomføring:

- Definere behov og omfang for nødvendig renovering/nybygg i perioden 2016-2019
- Dette gjelder både strakstiltak og langsiktige tiltak.
- Forankring i kommunens økonomiplan
- Hvordan gjennomføre – vurdere kjøp av prosjektledelse/konsulenttjenester
- Medvirkning og inkludering av berørte
- Plan for beboere i en evt. byggeperiode
- Politisk vedtak for videre framdrift fremmes høsten 2015/vinter 2016

Helsehus – samlokalisert med Lesja sjukeheim

Kort status:

Dagens helsetjenester i Lesja fremstår som fragmenterte og tilbys flere steder i kommunen. I tillegg er samtlige lokaliteter og kontorer utdaterte, nedslitte og lite funksjonelle. Flere av kontorene tilfredsstillende ikke hverken tekniske krav eller krav til universell utforming. Utekontorene på Lesjaskog er trange og mangler både undersøkelses- og behandlingsrom for legene. Mange pasienter må til legekantoret på Lesja for å få utført nødvendige undersøkelser og behandling. Fysioterapien mangler både treningsrom og lagerplass. At helsehustjenester samles på ett sted vil gi bedre samhandling mellom tjenestene, samt at det gir et større fagmiljø. Tjenestene blir mer forutsigbare og mindre sårbare. Bedre service til innbyggerne da pasienter og brukere tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester på ett sted samlet. Større fagmiljø i moderne lokaler vil skape mer attraktive arbeidsplasser.

Nærhet mellom tjenestene i Lesja kommune vil sikre et større, mer samlet og robust fagmiljø. Kommunen har ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid hverdager. Både legevakt og sykehus er langt unna, og det er derfor av stor betydning å ha tilgang på nok og kvalifisert helsepersonell når situasjonen krever dette. Nærhet vil bidra til tilgjengelighet, og det vil bli enklere å bruke kompetanse på tvers av avdelinger. Fagpersoner kan med dette bistå hverandre i krevende situasjoner. Det er både formålstjenlig og kostnadseffektivt for brukere og ansatte at helsetjenestene samles på ett sted, da i tilknytning til sjukeheimen, hjemmebasert omsorg og fysio/ergoterapitjenesten.

Utredningen vedrørende kommunesammenslåing Lesja-Dovre konkluderer med et felles helsehus, men tar ikke stilling til geografisk lokasjon.

Helsehus i nybygg v/Lesja sjukeheim

Sykehjemsarealet vil fortsatt ligge i 1. etasje, slik det gjør i dag. Dette krever tilsvarende areal i sokkeletasjen. Planforslaget fra Nordplan skisserer en løsning der helsehustjenestene lokaliseres i sokkel sammen med hjemmebaserte tjenester og fysioterapi. Dette er en god og funksjonell løsning som gir pasient/bruker mange tjenester på ett sted, samt at det åpner for bedre samhandling og sambruk av personell. Planforslaget med helsehus i tilknytning til sjukeheimen er tidsriktig, funksjonelt og helt i tråd med gjeldende nasjonal helse- og omsorgspolitik. En samlokalisering vil på sikt gi reduserte kostnader på IKT-siden -se eget notat på side 26.

Planforslaget er ikke dimensjonert for sammenslåing med Dovre kommune, men det er plass arealmessig for utvidelse.

Plan for gjennomføring

Det anbefales at helsehustjenester samlokaliseres med Lesja sjukeheim og inngår i renovering/nybygg i perioden 2016-2019

Omsorgsboliger / bofellesskap

Status:

Kommunen har i dag 19 omsorgsboliger på Lesjatun med stasjonær bemanning dag, 3 leiligheter i Lesjagården (ubemannet) og 13 omsorgsboliger/leiligheter på Eldres senter på Lesjaskog med stasjonær heldøgns bemanning. Eldres senter har eget produksjonskjøkken og vaskeri. Alle boligene tildeles via tildelingsnemda med enkeltvedtak etter søknad. Kommunen har også bofellesskap på Skoglund med 8 boenheter for brukere for psykisk utviklingshemmede.

Kommunens omsorgsboliger har variabel standard og behøver på kortere og lengre sikt oppgradering. Rapport fra Nordplan 2014 viser at storparten av leilighetene på Lesjatun og Eldres senter har mange mangler i forhold til krav satt i byggeteknisk forskrift (TEK 10), og flesteparten har areal som er under dagens minstekrav for omsorgsboliger.

Omsorgsboligene på Lesjatun og Eldres senter ble bygget i en tid da kravene til denne type bygg var en helt annen enn det som er i dag. Dette gjelder generelle byggetekniske krav og krav til universell utforming, størrelse/areal på pasientrom, tilpasning til hjelpemidler, elektronisk infrastruktur og krav til inne klima og brannsikkerhet er ikke fullt ut ivaretatt i eksisterende bygningsmasse. Nordplan AS anbefaler i sin rapport fra 2014 at Lesja kommune bygger nye leiligheter, da leilighetene pga. forlite areal ikke fyller vilkår for tilskudd fra Husbanken til renovering. Minstekrav til areal for omsorgsleilighet er 55m².

Behov for flere typer omsorgsboliger

I planforslaget Nordplan AS er det skissert omsorgsboliger i terrasseformasjoner der Lesjatun ligger i dag. Dette er ikke lagt inn i kalkylen for prosjekt helsehus og sjukeheim. Forutsetningen for gjennomføring av omsorgstrappa er samlokalisering av sjukeheim og heldøgns omsorgsplasser.

I løpet av 5-10 år vil behovet for ulike typer omsorgsboliger øke, og Devold-rapporten anbefaler kommunen om å satse på å bygge flere nye og moderne omsorgsboliger i tilknytning til sjukeheimen.

Det vil være mest gunstig på sikt å samle all heldøgns pleie- og omsorgstjeneste i sykehjem/ institusjon og omsorgsboliger på ett samlet geografisk sted i kommunen. Dette inkluderer ikke endring av lokasjon for bofellesskapet Skoglund/Bekkefaret og Dagsenteret Lesjaskog i denne planperioden.

Den demografiske utviklingen fordrer flere omsorgsboliger og flere typer omsorgsplasser. Omsorgsboliger med tilgjengelig bemanning gir nærhet til tjenester hele døgnet, og vil kunne avlaste presset på institusjonsplasser. Det er viktig at bo- og tjenestetilbudet tilrettelegges slik, at den enkelte slipper gjentatte flyttinger mellom ulike nivåer i en tiltakskjede etter hvert som behovet for pleie og omsorg øker.

De behov og tjenester det tradisjonelt har vært ansett som lettest å ivareta i sykehjem, vil kunne være mulig å ivareta i samlokaliserte omsorgsboliger med tilknyttet bemanning.

Kostnad

For 2015 gis tilskuddet ut fra en anleggskostnad på maksimalt 2,972 mill. kroner per sykehjemsplass eller omsorgsbolig. Dette gir en maksimal tilskuddssats på 1 337 400 kroner per omsorgsbolig. Dersom en velger en løsning med flere omsorgsleiligheter i sykehjemsbygget vil dette utløse tilskudd. Utleie av omsorgsbolig genererer økt inntekt i form av husleie.

Plan for gjennomføring

Det bør prosjekteres inn minimum 10 leiligheter samlokalisert med Lesja sjukeheim. Likeledes i neste planperiode å vurdere nybygg av «Lesjatun» med 20-25 ordinære omsorgsboliger.

Øvrige boligtilbud.

Devold-rapporten påpeker at boligmarkedet i Lesja fungerer utilfredsstillende. Mange eldre ønsker å få seg et mer praktisk sted å bo, gjerne sentrumsnært og søker om å få omsorgsbolig. Flere som bare søker om bolig får altså i mange tilfeller både bolig og tilgang på ulike tjenester – uten at de har begrunnet omsorgsbehov. Det er påvist at flere som har omsorgsbolig, egentlig bare har behov for ordinær leilighet.

Behovet er til stede for boligpolitikk som er komplementær i forhold til omsorgspolitikken. En trenger strategi for bygging av flere omsorgsboliger med effektiv lokalisering. Tomter – eierløsninger – samarbeidsløsninger privat/offentlig/boligbyggelag/borettslag bør søkes. Kommunen må legge til rette for egnede boliger for eldre uten vesentlig hjelpebehov og for andre brukergrupper som kan ha behov for egnede boliger – eks. vanskeligstilte personer og brukere innen rusomsorg og psykisk helsevern.

Det vil derfor være hensiktsmessig med omsorgsboliger/tilrettelagte boliger for brukere med lavt pleiebehov lokalisert i nærheten av Lesja sjukeheim og Lesja sentrum. Dette for at aktuelle beboere kan få kort vei til både velferdstjenester og servicetilbud med mulighet for å klare seg med mindre hjelp fra tjenesteapparatet. Flere kommuner har høstet gode erfaringer med slike løsninger. Kommunen må også sikre nok og egnede boliger til flyktninger.

Levekårsundersøkelsen som Oppland fylkeskommune gjennomførte i 2014 viser for Lesja og Nord-Gudbrandsdalen at 48 % av personer mellom 50-66 år og 56 % over 67 år ønsker leilighet med sentrumsnær beliggenhet.

Plan for gjennomføring

Dette tema løftes inn i en boligsosial handlingsplan som skal utarbeides høsten 2015.

Det planlegges også flere sentrumsnære boliger i Lesja sentrum i forbindelse med ny plan for Lesja sentrum.

Kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester

Et av resultatmålene i HOF-planen i kap.12 – Forvaltning og dokumentasjon er utarbeidelse av kriterier for tildeling av tjenester. Dette ligger også som en anbefaling og en oppfølging av Devold-rapporten.

Det er viktig at kommunen har en kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester for sikre forsvarlig saksbehandling og for å ivareta innbyggernes rettsikkerhet. Det bør også tydeliggjøres hva som er tjenestens innhold og vilkår for å få ulike tjenester, samt hvilke tjenester som det kreves vederlag for og hvilke tjenester som er vederlagsfrie.

Kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester skal gi en felles forståelse av innhold, nivå og kvalitet i tjenestene på bakgrunn av de til en hver tid gjeldende myndighetskrav, faglige og juridiske vurderinger og politiske prioriteringer.

Formålet er å gi både politikere, tjenesteytere og tjenestemottakere innsyn og informasjon om saksbehandling, vedtaket og klageadgang. Videre skal vilkår for tildeling av ulike tjenester være tydelig og hva som forventes av både av kommunen som tjenesteyter og de som mottar tjenestene fra kommunen. Dette for å skape trygghet og forutsigbarhet i tjenestene.

Plan for gjennomføring:

Kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester utarbeides for perioden 2016 -2018, og ferdigstilles for politisk behandling etter planen høsten 2015. (jf. Vedtak i sak 36/15)

Tildelingskontor

Tildeling av pleie og omsorgstjenester skjer pr. i dag via tildelingsnemda. Tildelingsnemda har møte hver torsdag etter legevisitt på sjukeheimen, og behandler søknader om tjenester. Tildelingsnemda består av Leder Heimebasert omsorg, leder Lesja Sjukeheim og tilsynslege Lesja Sjukeheim. Leder Heimebasert omsorg er sekretær for nemnda. Leder Lesja Sjukeheim skriver alle vedtak om opphold på sjukeheimen.

Devold-rapporten anbefaler at det opprettes et eget tildelingskontor i pleie og omsorg. Kontoret vil ha et overordnet ansvar for forvaltning og tildeling av tjenester På den måten å sikre brukerne større likhet og styrket rettssikkerhet. Det er ikke optimalt at det er de samme personene som vurderer behov, tildeler tjenester og samtidig er tjenesteproducent.

Formålet er å sikre tjenestetilbudets kvalitet, likeverdig tjenestetilbud, samhandling og koordinering av tjenester, at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, at tjenestetilbudet er tilrettelagt med respekt for den enkeltes integritet og forutsetninger og at ressursene blir utnyttet best mulig.

Oppgaver	Eksempler på tjenester:	
Vederlagsberegning/egenbetaling	Alle hjemmetjenester;	Alle institusjonsopphold;
Ansvar for fagprogrammet profil	hjemmesykepleie,	langtidsopphold,
Behandling av søknader	hjemmehjelp	rehabiliteringsopphold,
Hjemmebesøk/ vurdering	Kreftsykepleie	avlastningsopphold (ikke
Kontakt med tjenesteytere	Tilbud fra psykisk helse	akutttopphold)
Kontakt med tjenestemottakere	Miljøarbeidertjeneste	Alle opphold i evt.
Informasjon og veiledning	Dagopphold i	bemannede boliger
Saksbehandling	dagsenter/aktivitetssenter	Avlastning

Klagebehandling	Matombringing Støttekontakt Vaktmestertjeneste Omsorgslønn Brukerstyrt personlig assistanse Trygghetsalarm og nøkkelboks, andre velferdsteknologiske tilbud.	Boliger (omsorgsboliger) Inn på tunet TT-kort Bostøtte Ledsagerbevis Parkeringsbevis
-----------------	---	---

Ressurser.

Det må beregnes 1,2 -1,5 årsverk – basert på erfaringstall fra Vågå, Lom og Skjåk kommuner. (jf.s. 8)

Plan for gjennomføring.

Det bør opprettes et eget tildelingskontor i planperioden. Dette kan gjerne være i samarbeid med Dovre kommune.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er brukerrettede teknologier, som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet og sikkerhet, økt selvhjelpenhet, medbestemmelse og livskvalitet.

Velferdsteknologi omfatter alle typer teknologi, som kroppssensorer, overvåkningssensorer, smarthusteknologi, robotteknologi og kommunikasjonsteknologi. Teknologirådet foreslår i sin anbefaling at kommunene skal utvikle og tilby ulike ”teknologiske grunnpakker” i fremtiden, og at den enkelte kan kjøpe tilleggspakker for å dekke spesielle behov.

Velferdsteknologi er spesielt rettet mot eldre mennesker, personer med kroniske sykdommer eller personer med funksjonsnedsettelse i ulike former og grader. Ulike typer teknologi kan understøtte og forsterke for eksempel trygghet, sikkerhet, daglige gjøremål, mobilitet i nærområdet m.m.

Både smarttelefoner og nettbrett åpner nye muligheter å kommunisere på, og ulike gps-løsninger kan gi personer med demens større frihet og mobilitet. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.

Omsorgsboliger og sykehjem som finansieres med investeringstilskudd må være tilrettelagt for tilkobling av elektroniske hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingssystem og annen velferdsteknologi.

Velferdsteknologiprojektet i Nord-Gudbrandsdalen/NGLMS.

Prosjektet i velferdsteknologi startet opp i 2013 og løper ut i mars 2016. Prosjektet er finansiert med statlige midler. Prosjektgruppen er satt sammen av representanter innen helse/omsorg fra alle 6 kommunene. Hensikten var at kommunene i NG i fellesskap skulle finne ut av hvilke IKT/velferdsteknologiområder det i fortsettelsen er viktig å se i et regionalt perspektiv i samarbeid med blant annet Regiondata og NGLMS. Fokusområder i prosjektet til nå:

Nåsituasjonen:

- Stort sett trygghetsalarmer – noe annet eks. memoplaner, omgivelseskontroll, kognitive hjelpemidler. Alt utenom trygghetsalarmer er stort sett fra NAV.
- Målgruppe: Hjemmeboende eldre, enslige, noen yngre med omsorgsbehov
- Krav til teknologi: Funksjonell, brukervennlig, trygghet
- Antall trygghetsalarmer: Skjåk: 64, Lom: 60?, Vågå: 107, Sel: 100, Dovre: 35, Lesja: 40
- Mottak av alarmer: NGLMS mottar for 4 kommuner, sykehjemmet for 2 kommuner. Pårørende kan være alarmmottaker nr. 1.
- Teknologi: Flest analoge, noen digitale

Videre fremtid:

- **Nær fremtid (2 til 3 år)**
- **Innkjøp, installasjon, drift og vedlikehold**
- **Bærekraftige løsninger – ny teknologi utvikler seg raskt og utdatertes.**
- **Økonomi – investering**
- **Involvering av forskjellige parter**

Oppsummering fra gruppa tilsier at innføring av velferdsteknologi i kommunene krever:

- Organisasjonsendring – forankring i alle ledd/nivå i kommunen. Fra rådmann – kommunestyre – til den «vanlige» ansatte
- Roller og funksjonsavklaringer – hvor starter kommunalt ansvar?
- Teknologistandarder
- Holdningsendring
- Kompetanseheving – viktig at alle involverte ansatte blir godt kjent og informert om muligheter, implementering og drift av velferdsteknologi
- Regional tilnærming

Prosjekter har fortsatt en del ubrukte prosjektmidler, og en må ta stilling til om prosjektet skal fortsette utover prosjektperioden – 1.mars 2016.

Plan for gjennomføring:

Kommunene vil i første omgang igangsette en prosess i 2016 for å bytte ut dagens analoge trygghetsalarmer med digitale trygghetsalarmer. Trygghetsalarmen kan nå utvides med varslings- og lokaliseringsteknologi og ulike former for sensorer og videokommunikasjonsteknologi.

Det vurderes også felles alarmmottak ved NGLMS – organisering og plassering. Regionrådet tilrår felles regionale løsninger.

Nye løsninger må synliggjøres og innarbeides i budsjettplanen for 2016-2019.

IKT og data

Eventuell samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i et fremtidig helsehus i Lesja - notat fra IKT-ansvarlig Vigdis Kristin Nedregård:

Datanettverk som benyttes av helse- og omsorgstjenestene er definert som sikker sone, både lokalt og regionalt. Tjenester i sikker sone har krav om prioritert oppetid grunnet hensyn til liv og helse.

De lokasjoner som huser disse tjenestene, må derfor ha doble linjer (redundans i nettverket) slik at dersom den ene faller ut, tar den andre over. Det vil si at vi har doble linjer (100Mb + 25Mb) til to

bygg i Lesja, sjukeheimen og kommunehuset. Mer-kostnad for ekstra linje på kommunehuset er kr 20.100,- pr år.

Tjenester som krever sikker sone på kommunehuset pr i dag:

1. Legekontor	5. Kreft-sykepleier
2. Helsestasjon	6. NAV
3. Jordmor	7. Barnevern
4. Psykiatrisk sykepleie	

Tjenestene 1 – 3 har krav om 24:7 opptid, mens det er usikkert om tjenestene 4 – 5 har det. NAV og barnevern har ikke krav om tilgjengelighet 24:7.

Dersom tjenestene 1 – 3 samlokaliseres med sjukeheim, heimebaserte tjenester og fysioterapi, vil vi ikke lenger trenge to linjer inn på kommunehuset. Linjer og utstyr til redundant nettverk på Lesja sjukeheim har kapasitet til alle tjenestene og kan eventuelt flyttes til et nytt bygg.

Dagens nettverksutstyr og – kabler til legekontor og helsestasjon er svært gammelt og bør skiftes ut. Det samme gjelder for så vidt hele bygget. Vi har nå hovedlinje på 100MB inn/ut av huset til Otta, men switchen som står på legekontoret og kablene fra datarom til switch og videre til datapunkt på de enkelte kontor, er en flaskehals med gamle kabler og lav hastighet. Det er i tillegg svært trangt i kanalene som ikke er dimensjonert for det antall datamaskiner vi bruker i dag. Det er heller ikke tatt høyde for plass til IP-telefoni som alternativ til ISDN-telefoni.

Kommunen har ikke fått pris på å oppgradere bare for legekontor og helsestasjon, men fikk et tilbud (2011) fra lokal leverandør om å oppgradere hele nettverket på kommunehuset til anbefalt standard. Tilbudet lød på kr.1 085 250,- inkl. mva, og ble derfor skrinlagt. Man kan trolig gå for en delvis utskifting, prioritere sikker sone og utelate samlefiber mellom etasjene for å frigi plass, men selv med ren utskifting av utgåtte switcher, kabler, kanaler og skap, vil dette koste – og vi må beholde to linjer.

Spørsmålet er om vi kan vente på et felles helsehus, eller om vi må fornye det vi har.

NB: Minner også om at hvis vi innfører Visma samhandling arkiv (sikkert arkiv i ePhorte for sensitiv informasjon), faller det meste av areal til arkiv bort. Innføring er diskutert, men ikke vedtatt i RegionData.

Fagområder som må styrkes i planperioden

Migrasjonshelse

Det er en rekke utfordringer når det gjelder innvandreres helsetilstand og selvrapporterte helse. Dette gjelder bl.a innen fagområder som muskel-/skjelettlidelser, diabetes, kroniske hjerte-lungesykdommer, svangerskap, fødsel, barn og psykiske lidelser. Risikofaktorer for somatisk og psykisk sykdom er sosioøkonomiske forskjeller, traumer før, under og etter flukt, flytting, kosthold, fysisk aktivitet, røykevaner, alkoholinntak, lavere inntak av D-vitamin og overvekt.

Tiltak: Må innarbeides i kommunens kompetanseplan og årlige handlingsprogram.

Målgruppe: helsestasjonen, legekontoret, psykiske helse, fysioterapien, samt skole og barnehage.

Psykisk helsearbeid for barn og unge – tidlig innsats

Om lag 70 000 barn og unge i Norge har psykiske lidelser som krever behandling. Disse nasjonale utfordringene gjenspeiles også på lokalt nivå. Psykiske vansker og lidelser fører til mistrivsel, lærevansker og funksjonsproblemer i hjem og skole. De fleste barn som får psykiske plager, kommer fra vanlige familier hvor det gjennomgående er få risikofaktorer. Barn og unge har størst risiko for å utvikle psykiske lidelser i familier hvor foreldrene selv har psykiske vansker som varer over lang tid, er rusmiddelmisbrukere eller voldelige, eller hvor familien eller barna selv er kommet hit som flyktninger og har traumatiske erfaringer med krig, tortur, vold og tap av familie og venner.

Erfaringer fra tjenesteområdene tilsier at dette området bør styrkes med ekstra ressurser, da det er økende antall saker med barn/unge – og familier - som sliter på ulike områder. Mye tyder på at det er lettere å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge hvis tiltakene settes inn tidlig i barndommen – før symptomene er blitt kroniske. Dette betyr at vi må hjelpe barn og unge som allerede har utviklet symptomer, samtidig bistå med foreldreveiledning der dette er aktuelt. I tillegg bør vi bedre oppvekstmiljøet til førskolebarn som vokser opp med mange og langvarige belastninger før barna utvikler symptomer. Oppvekstmodellen i Lesja har gitt bedre samhandling mellom helse og oppvekst, men samfunnsutviklingen tilsier at dette området vil kreve mere ressurser i tiden som kommer.

Tiltak: Tidlig innsats gjennom tverrsektorielt samarbeid. I Lesja gjennomføres både TIBIR og PMTO (foreldreveiledning) i regi av barnevernstjenesten og helsestasjonen. Opprettholde/styrke kapasitet i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Det utlyses årlige tilskudd til ansettelse av psykologer i kommunene, men dette har foreløpig ikke vært aktuelt. Regionale løsninger er vurdert, men anses som lite aktuelt pga. lange avstander.

En må vurdere om ekstra ressurser kan løses innenfor dagens rammer – eventuelt regionalt eller i samarbeid med Dovre kommune.

Demensomsorg

En av de største omsorgsutfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av 35 år. Målsettingen i Demensplan 2015 er at alle kommuner innen 2015 bør kunne tilby et styrket aktivitetstilbud på dagtid. Videre økt kunnskap og kompetanse i omsorgstjenesten og i samfunnet ellers, og utbygging av tilrettelagte omsorgsboliger og sykehjem. Pårørende skal få støtte, veiledning og kunnskap gjennom pårørendeskoler og ulike informasjons- og opplæringstilbud. Ansatte skal gis muligheter til kompetanseheving.

Tiltak: Opprette en demenskontakt med veiledende og støttende funksjon for pasienten selv, pårørende, venner eller personale som arbeider sammen med personer med demens. Bistå med opplærings- og opplysningstiltak til ansatte, pårørende og andre som er i kontakt med demente.

Dagaktivisering

Dagaktivisering er et viktig tilbud for mange brukergrupper. Kommunen tilbyr pr. i dag dagaktivisering på Lesja sjukeheim, Lesjatun og Eldres senter for eldre. Dagsenteret på Lesjaskog er et aktivitetstilbud primært for psykisk utviklingshemmede, men også for mennesker med

sammensatte diagnoser av annen karakter, og med svært ulike forutsetninger. Dagsenteret yter ulike tjenester til nærmiljøet og til noen kommunale avdelinger. Dagaktivisering er viktig for opplevelse av mestring, sosial kontakt og det å ha et sted å være. De fleste brukere spiser flere måltider på dagsenteret, noe som er viktig for ernæring og helse.

Tiltak: Opprettholde og utvikle aktiviseringstilbud for nye og eksisterende brukergrupper – spesielt for brukere innen psykisk helse og demens. Det må være en fremtidig målsetting å samarbeide og samlokalisere noen av dagens aktivitetstilbud, samt etablere ulike tilbud i samarbeid med frivillig sektor, eksempelvis gjennom en frivillighetssentral.

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en tidlig og tidsavgrenset rehabilitering, hvor opptrening i dagliglivets gjøremål skjer i brukerens hjem og nærmiljø. Det kan gjelde personlig stell, forflytning, matlaging, rengjøring, deltakelse i sosiale sammenhenger eller andre aktiviteter i hverdagen. Brukernes egne mål står sentralt. Hverdagsrehabilitering er et viktig verktøy for brukere som gjennom forebygging, rehabilitering, teknologi og sosiale nettverk klarer seg selv, i stedet for å bli passive mottakere av hjelp og pleie. Hensikten er at aktuelle brukere kan få bo lengst mulig i eget hjem.

I hverdagsrehabilitering er innsatsen tverrfaglig. Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt sykepleiere med rehabiliteringskompetanse, er faglige pådrivere og står for opplæring av de øvrige ansatte i hjemmetjenesten. Ofte kalles ansatte i hverdagsrehabilitering for hjemmetrenere.

Hverdagsrehabilitering er basert på en intensiv innsats i oppstarten, og gradvis avvikling etter som aktivitetsfunksjonen bedres. For å sikre kontinuitet etableres det et team rundt hver enkelt bruker.

Tiltak: Må innarbeides i kommunens kompetanseplan og årlige handlingsprogram.

ROP – rus og psykisk helse

Pasienter med alvorlig ruslidelse har ofte samtidig psykisk sykdom, og pasienter med psykisk sykdom har mye hyppigere ruslidelse enn gjennomsnittet i befolkningen. Kombinasjonen ruslidelse og psykisk sykdom har fått kortnavnet ROP-lidelser. For å sikre god og enhetlig behandling av ROP-lidelser har Helsedirektoratet nå utgitt en nasjonal retningslinje 1 for behandlingen av ROP-lidelser. I den nasjonale retningslinjen understrekes at behandlingen av personer med ROP-lidelser skal få prioritet. I spesialisthelsetjenesten skal det finnes kompetanse for utredning og behandling, og alle pasienter med disse sykdommene har krav på utredning, diagnostikk og behandling. Kommunene er også pålagt å bygge opp ekspertise og legge forholdene til rette for å følge opp denne pasientgruppen. Divisjon psykisk helsevern fastslår at et stabilt botilbud er av sentral betydning for rehabilitering og behandling av ROP-lidelser. Kommunene vil få ansvar for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern fra 2017, og det skal også innen 2017 være etablert ø-hjelp/akutt døgnenhet for psykisk helsevern i kommunen/regionen.

Tiltak: Må innarbeides i kommunens kompetanseplan og årlige handlingsprogram.

Teknologi/velferdsteknologi

Ny teknologi og en mer moderne infrastruktur vil bli stadig viktigere i arbeidet med å oppnå bedre kostnadseffektivitet og en mer effektiv drift innen helse- og omsorgstjenestene. Flere og flere tjenester og informasjonskanaler digitaliseres, samtidig som ny teknologi brukes aktivt i pasientrettet arbeid. Hver fagavdeling opererer med egne elektroniske dokumentasjon- og fagprogram.

Med ny helseteknologi kreves kvalifiserte fagfolk som behersker den nye teknologien, videre at ny teknologi også krever opplæring av pasienter, brukere og pårørende. Se for øvrig eget kapittel om velferdsteknologi s.26.

Forvaltningsrett/helserett

Økte krav til kommunene har blant annet kommet i form av flere lovpålagte rettigheter og plikter, flere og mer komplekse enkeltvedtak, samt tiltakende rapporteringskrav blant annet knyttet til statlig tilsyn. Forventinger fra innbyggere og pårørende, fra tilsynsmyndigheter og overordna styresmakter er i større grad nå enn tidligere fokusert på nettopp rettigheter og plikter. Kommunen er ansvarlig for innbyggernes rettsikkerhet og at de faktisk får de tjenestene de har krav på. Kommunen må sikre forsvarlig saksbehandling og god forvaltningsskikk. Dette krever at kommunen sikrer at aktuelle medarbeidere har relevant og tilstrekkelig juridisk kompetanse.

Tiltak: Må innarbeides i kommunens kompetanseplan og årlige handlingsprogram.

Aktivisering/ frivillighetssentral

Morgendagens omsorg vektlegger frivillig arbeid inn i helse- og omsorgstjenestene. En frivillighetssentral kan avlaste kommunale tjenester, spesielt i forhold til aktivisering og sosiale møteplasser for ulike aldres- og brukergrupper. Frivillighetssentralene formidler kontakt med tradisjonelle frivillige aktører og er kreative sentre for nye former for frivillighet. Frivillighetssentral har ved flere anledninger blitt utredet i Lesja, men det har ikke vært interesse for dette.

Kulturdepartementet (KUD) har forvaltningsansvar for det statlige driftstilskuddet til sentralene. Søknad om statsmidler for kommende år sendes KUD innen 30.juni og skal inneholde målsetting og budsjett. Rammene for tilskuddet fastsettes i statsbudsjettet. Statstilskuddet skal brukes til å dekke deler av lønnskostnadene til daglig leder. Maksimalt tilskudd forutsetter daglig leder ansatt i 100 % stilling og minimum 40 % lokal finansiering av driften.

Tiltak: Det bør i planperioden utredes mulighet for en frivillighetssentral – tverrsektorielt, og interkommunalt sammen med Dovre kommune.

Fagpersonell, kompetanse og rekruttering

Samhandlingsreformen medfører større grad av spesialisering av tjenestene til innbyggerne, og personellet må håndtere en større grad av medisinskfaglig kompleksitet enn tidligere. Kommunene har overtatt oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og har et større ansvar for helsetjenester enn tidligere. Spesialisthelsetjenesten skriver pasientene ut på et tidligere tidspunkt og foretar flere inngrep og konsultasjoner ved dagkirurgi og poliklinisk virksomhet. Dette medfører at en del pasienter overføres til kommunene i en tidligere fase og med et dårligere funksjonsnivå og/eller mer

komplekse tilstander enn for få år tilbake. I Lesja er det i tillegg langt både til legevakt og sykehus. Dette utfordrer både kompetansen og flerfagligheten til de kommunale helsetjenestene. Kommunen må bygge opp kompetansen i tråd med nye oppgaver.

Med kompetanseutvikling og rekruttering menes å utvikle og beholde den arbeidskraften man allerede har samt innhente ny arbeidskraft ved behov. Rekruttering handler om å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse i forhold til de oppgavene som skal løses. Mer tid til kompetanseheving for den enkelte ansatte er en forutsetning for å lykkes med kvalitets- og utviklingsarbeid. Tjeneste- og kvalitetsutvikling, kompetanseutvikling og kvalitetssikring av tjenestene krever tydeliggjøring av roller, tydelige oppgave- og ansvarsfordelinger samt oppbygging og videreutvikling av ansattes basis-, spiss- og fagkompetanse i alle enheter. For å lykkes med dette er det avgjørende at lederne og faglederne er opptatt av å skape gode læringsarenaer, tar rollen som tilrettelegger og veileder og ser sammenhengen mellom arbeidsoppgaver og organisasjonens overordnede mål. Dette må følges opp gjennom god langtidsplanlegging og synliggjøres i enhetenes kompetanse- og rekrutteringsplaner.

Innad i kommunehelsetjenesten er det behov for et mer forpliktende og systematisk samarbeid, i tillegg til at kompetanse på viktige områder må styrkes, for å sikre god og forsvarlig kvalitet på tjenestene – både innen planlegging, forebygging, behandling og rehabilitering.

Om lag 1/3 av ansatte i helse- og omsorg er +/- 60 år, og det er allerede nå nødvendig med en strategi for både å rekruttere, beholde og utdanne fagpersonell.

Det er behov/vil bli behov for følgende fagutdannet personell:

Sykepleiere/spesialsykepleiere	Lege
Helsefagarbeidere	Ergoterapeut
Vernepleiere	Ressurs tildelingskontor
Psykisk helsearbeider – barn/unge	IKT/teknologi/velferdsteknologi innen helse og omsorg

Strategi for kompetanseutvikling og rekruttering.

- Sikre kapasitet og økonomi til kompetanseheving og fagutviklingsarbeid
- Opprettholde og utvikle attraktive arbeidsplasser og fagmiljø i Lesja.
- Oppfordre ansatte til fagutdanning/videreutdanning gjennom kompetanseløftet 2020
- Legge til rette for fag- og tjenesteutvikling innen de ulike fagavdelingene
- Benytte hospiteringsordninger og undervisningstilbud fra NGLMS og spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeide med høgskoler og utdanningsinstitusjoner og opprettholde praksis med å ta i mot/ veilede studenter under utdanning i helse/omsorg.
- Sommerjobb/praksisplasser for ungdom

Framdriftsplan 2016 – 2020- skjematisk

Årlige handlingsprogram i HOF må bygge på kommunedelplanen og handlingsplanen for HOF-sektor i planperioden.

Tiltak	Oppstart	Frist	Ansvar	Økonomi
Ferdigstille handlingsplan for HOF-sektor 2016-2020	Høsten 2015	Politisk vedtak 2015	HOF-sjef	
Definere og iverksette stråktiltak for brannsikring Lesja sjukeheim	2015/2016	Snarest	HOF-sjef, FU og leder/vaktmester LSH	Innarbeides i budsjett og økonomiplan fra 2016
Definere antall omsorgsplasser og iverksette prosess med Lesja helse- og omsorgssenter	<i>Er i gang</i>	Oppstart bygg sommer 2016	Adm.	Innarbeides i økonomiplan fra 2016.
Interkommunalt helsesamarbeid ved NGLMS – følge opp og delta aktivt i forbedringsarbeid	Kontinuerlig prosess		Adm.i samarbeid med politikerne	Jf. Vertskommune-avtale
Utarbeide kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av omsorgsplasser og tjenester	<i>Er i gang</i>	Første kvartal 2016	HOF-sjef + tildelingsnemda	
Gjennomgå alle enkeltvedtak – oppdatere, justere og kvalitetssikre	<i>Er i gang</i>	Første kvartal 2016	HOF-sjef og avd.ledere	
Oppstart intern prosess med fokus på samordning og synergier innen HOF-sektor	<i>Er i gang</i>		HOF-sjef og avd.ledere	
Forsterke tilgang, forståelse og bruk av styringsdata i IPLOS, profil og KOSTRA	<i>Er i gang</i>		HOF-sjef og avd.ledere	
Oppstart prosess med omstilling «Myndiggjorte medarbeidere» utviklingsledelse og endringsledelse	2016	01.06.2016	Adm/ HOF i samarbeid med KS-konsulent	Fått OU midler
Innføring av velferdsteknologi. Nye trygghetsalarmer planlegges i 2016	<i>Fra 2016 - En kontinuerlig prosess</i>		HOF-sjef /Sel kommune	Innkjøp av alarmer må budsjetteres for 2016.
Delta i arbeidsgruppe for boligsosial handlingsplan	<i>Er i gang</i>	2016	Forvaltning og utvikling v/Trond Stensby	
Fullføre arbeid med internkontroll for HOF-sektor og folkehelseloven/miljørettet helsevern	<i>Er i gang</i>	Må fullføres 2016	HOF-sjef	
Etablering av tildelingskontor – eventuelt samarbeid Lesja-Dovre	2016-2017	2017	Adm/HOF i samarbeid med tildelingsnemda	
Frivillighetssentral	?	?	Tverrsektorielt	
Folkehelseverkssted – kunnskapsgrunnlag for arbeid med planstrategi og kommuneplan.	Første halvår 2016		Administrasjonen	

Aktuelle lover, forskrifter, rapporter, avtaler og dokumenter

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
 - Pasient og brukerrettighetsloven
 - Helsepersonelloven
 - Lov om psykisk helsevern
 - Lov om folkehelsearbeid
 - Lov om barnevernstjenester
 - Forvaltningsloven kap IV-VI
 - Pasientjournalloven
 - Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten og internkontroll for HMS
 - Plan og bygningsloven
-
- Kommuneplan for Lesja, samfunnsdelen 2007 - 2020
 - Kommunedelplan for Helse Omsorg- og folkehelse i Lesja kommune 2012-2020
 - Handlingsplan for tverrfaglig oppvekstmodell i Lesja 2013-2015
 - Kommunedelplan for Idrett, fysisk aktivitet og folkehelse 2014-2017
 - Lesja kommune sin arbeidsgiverstrategi(AGS).
 - Regionplan for helsesamarbeid i Nord- Gudbrandsdalen 2012
 - Levekårsundersøkelsen i oppland 2014, Oppland fylkeskommune
 - Vertskommuneavtale for regionalt helsesamarbeid ved Nord- Gudbrandsdal lokalmedisinske senter, januar 2015.
 - Samarbeidsavtaler med Sykehuset innlandet – mars 2015
 - Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for Lesja kommune 2015
 - Rapport fra NORDPLAN AS, juni 2014
 - Drifts- og ressursanalyse – rapport fra Rune Devold, mars 2015
 - Rapporter fra helseutredning vedr. kommunesammenslåing Lesja-Dovre 2015: helsehus, institusjon og hjemmebaserte tjenester.
-
- Nasjonale mål og prioriterte områder IS-1/2015, Helsedirektoratet 2015
 - Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger 2015
 - Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
 - NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
 - NOU 2011: 15 Rom for alle - En sosial boligpolitikk for fremtiden
 - Meld. St.29 (2012-2013) Morgensdagens omsorg
 - Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen 2014, God helse-felles ansvar
 - Meld. St. 11 (2013-2014) Kvalitets og pasientsikkerhet.
 - Meld. St. 14.(2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner.
 - Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen 2015 – Mestring og muligheter
 - Meld. St.26 (2014-2015)Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet,
 - Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013
 - Regjeringens plan for omsorgfeltet 2015-2020 – Omsorg 2020

Vedlegg:

TIBIR og PMTO – forebyggende tiltak for barn og deres familier

Lesja kommune er en Tibir-kommune, som står for Tidlig innsats for Barn i risiko. Målet er å rette fokus mot hvordan kommunen kan styrke innsatsen for familier med barn som har, eller står i fare for å utvikle atferdsproblemer, ved å ta i bruk ulike forebyggende tiltak for målgruppen.

Tibir består av seks intervensjonsmoduler som til sammen representerer en helhetlig innsats for barnet med tiltak rettet mot foreldre, skole-barnehage og barnet selv. Tibir er utviklet og forsket på ved Atferdscenteret i Oslo.

Målsettingen med Tibir er å stoppe atferdsproblemer på et tidligst mulig tidspunkt, og bidra til utvikling av positiv og prososial atferd. Tibir skal være en tiltakskjede der tiltakene i omfang og intensitet er i overensstemmelse med målgruppens behov og forutsetninger. Tibir skal også gi ledere og ansatte som kommer i kontakt med barn og familier med atferdsproblemer en felles forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår, og hvordan de kan avhjelpes.

Målgruppen for intervensjonene er barn i alderen 3-12 år, som er i risiko for å utvikle atferdsvansker, eller som allerede fremviser slike vansker. Dette er kommunale tiltak, som alle foreldre kan søke om å få. Det er ingen kostnader for foreldre.

Intervensjonene:

- PMTO-behandling: (Parent Management Training, Origen)
 - Individuell veiledning til foreldre som har barn **som har utviklet** atferdsvansker. 15-30 ukentlige veiledninger med foreldre.
- PMTO gruppe:
 - Veiledning til foreldre som har barn som står i fare for å utvikle, eller har utviklet atferdsvansker. Grupper på 6-10 familier. 12 ukentlige møter, hvor hvert møte varer ca 2 timer. Gruppene ledes av 2 PMTO-terapeuter, eller 1 PMTO-terapeut og 1 Tibir-rådgiver.
- Tibir-rådgivning:
 - Veiledning til foreldre som har barn **som er i ferd med å utvikle** atferdsvansker. 4-6 ukentlige veiledninger med foreldre.
- Konsultasjon:
 - Veiledning til ansatte i skole og barnehage, 6-8 ganger, avhengig av skolens-barnehagens behov for oppfølging. Det gis veiledning både på gruppenivå og individuelt nivå.