



**TYNSET
KOMMUNE**

**Budsjettforslag helse- og omsorgsavdelinga for 2016-
tekstlig del.**



«Kjem'n te Tynset så trivs'n»

Tekst som er i *kursiv* er samme tekst som ble fremlagt for kommunestyret i desember 2014. Tekst i vanlig format er en kort status for nåsituasjonen på det vedtatte arbeidet.

1. Innledning

Med Bakgrunn i vedtatt Helse- og omsorgsplan og vedtak i kommunestyret ble omstilling for helse- og omsorgsavdelinga startet i 2015. Endringstiltak ble grundig beskrevet i vedlegg til virksomhetsplan 2015-2018. En vesentlig del av omlegginga handler om å endre fra bemannede omsorgsboliger, til aldersboliger med individuelt vurderte behov for hver pasient/bruker og tjenester levert fra hjemmetjenestene. Endringen skulle gjennomføres innen første halvår 2015. Med bakgrunn i endrede forutsetninger og kommunestyrevedtak gjennom første halvdel av 2015 kunne ikke prosessen gjennomføres i tråd med det som var opprinnelig plan og fremdrift.

Satsningsområder for helse- og omsorg fra dialog møtet 2015:

Med bakgrunn i fokus på den enkeltes behov og behov for økt kompetanse er det lagt vekt på følgende satsningsområder for helse- og omsorg:

- Gi kommunens innbyggere mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig.
- Fortsette arbeidet med et differensiert tilbud til demente og styrke deler av «demenstrappa»
- Dagsentertilbud for alle brukergrupper, gjerne i samarbeid med frivillige.
- Bedre informasjon til innbyggere, brukere, pårørende og ansatte. Forbedre hjemmesida.
- Basseng TFF – viktig for flere brukergrupper innen Helse- og omsorg.

1.1 Føringer helse- og omsorgsplan

- *Evaluere kriterier for tildeling.*

Status: Kriteriene er evaluert og revidert og trådte i kraft dato 15.09.15.

- *Utarbeide en plan for ytterligere dreining av ressurser fra institusjon til hjemmetjenester.*

Status: Omorganiseringsprosessen avdekket et noe mer nyansert bilde enn det som var lagt frem i Helse- og omsorgsplan, dreiningen av bemanning er i all hovedsak fra bemannede omsorgsboliger til hjemmetjenesten. Videre mulige endringer vil bli vurdert kontinuerlig, men det er vesentlig å få landet store deler av nåværende prosess før videre vurderinger. Samtidig ser vi at økningen av ressurskrevende yngre demente fortsetter å utfordre bemanningsfaktoren i skjermet avdeling og dette vil med stor sannsynlighet kreve et videre fokus på utvikling av dementtilbudet også.

- *Utprøving av velferdsteknologi.*

Status: Vi er i gang med litt sonderinger på muligheter samt så smått i gang med kompetanseheving. Videre følger vi et prosjekt som pågår i Folldal.

- *Opprette Folkehelsekoordinator og etablering av «Frisklivssentral».*

Status: Frisklivssentralen er etablert, men med svært begrenset ressurs.

1.2 Føringer i lovverk

I forarbeidet til lov om pasient- og brukerrettigheter er det vektlagt at pasienter har krav på «nødvendig hjelp med forsvarlig standard, basert på individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering ved behov» I det ligger det at pasienten har rett til heldøgns tjenester der dette er nødvendig. I praksis er det lagt til grunn at kommunen yter heldøgns tjenester både i institusjon og i pasientens hjem. Selv om pasienten har rettskrav betyr det ikke at pasienten har krav på en bestemt

tjeneste. Kommunen kan selv bestemme hvordan en skal organisere tjenestene utfra lokale forhold og behov, med de rammer lovgivningen setter.

2015 har vært et år der mye ressurser er brukt i enkeltsaker og gjennomføringen av en krevende prosess. Fokuset for 2016 er å komme i havn med de vedtatte endringer samtidig som vi tar opp noen fokusområder:

- Legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering.
- Sikre at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er godt forankret i organisasjonen og synlig for befolkningen.
- Arbeide for økt bruk av individuell plan (IP).
- Styrke habilitering- og rehabiliteringstilbudet, med særlig vekt på tilbudet til personer med kroniske sykdommer og tilstander. Videreutvikle og tilrettelegge faglig ressurser i fht hverdags rehabilitering/hjemmetrening.
- Ta i bruk ny velferdsteknologi som både kan gi større trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning.

(Lista er ikke uttømmende.)

2. Overordnet mål

Alle skal bo hjemme så lenge som mulig.

2.1 Differensierte tilbud til demente.

På dette området er tjenestene godt i gang, institusjonsavdelingene er endret i tråd med demenstrappa, dette ble gjort i april/mai. Det er gode erfaringer med endringen og gode tilbakemeldinger fra personalet og pårørende til demente. Prosessen ble gjennomført uten store utfordringer og i god dialog med involverte og berørte.

Omsorgstrapp for demente i Tynset kommune illustrert med «demenstrappa»

TRINN 1 Begynnende demente som er hjemmeboende. Utredning av demens, hjemmesykepleie, praktisk bistand, støttekontakt og dagtilbud.

TRINN 2 Demente med behov for døgkontinuerlig behandling og oppfølging med større pleiebehov ikke behov for skjerming (gamle pleieavd.)

TRINN 3 Demente med behov for døgkontinuerlig behandling og oppfølging som gjerne har god fysikk og behov for skjerming 7-8 plasser i to paviljonger.

TRINN 4 Demente som har behov for ekstra skjerming – 4-5 plasser.

2.2 Antall langtidsplasser (44) opprettholdes.

På bakgrunn av statistikk og fremskrevne tall antas det at det i Tynset kommune i 2014 er 97 personer med demens i alderen 65-100 år. Av disse er 43 personer i institusjon i dag. Tilsvarende tall for 2025 vil være 113 personer med demens. Statistikken vi henviser til er hentet fra Rundskriv IS-1486 samt en forskningsstudie fra Rotterdam som viser forekomst av demens i ulike aldersgrupper.

Behovet for endringer er også basert på faglige anbefalinger for tilbud til demente og er synliggjort blant annet i tilbakemeldinger fra Fylkesmann ved tilsyn på Rehabavd. 2014 og gjennom avviksregistreringer gjort i avdelingene.

Status 2015:

Vi har 44 langtidsplasser og bruker midlertidig 50 langtidsplasser, det vil si en økning på 6 plasser. Dette ble fremlagt som en del av omorganiseringsprosessen og tatt høyde for, disse plassene skulle dekkes opp av overskuddsårsverk. Med bakgrunn i utviklingen i prosessen og at tempo i omlegging ble vedtatt i kommunestyret satt ned har det ikke vært tilstrekkelig overskuddsressurser tilgjengelig til å dekke bemanningsbehovet her. Bemanningsplan for disse 6 plassene som er lagt til langtidsavdelingen er 4 årsverk. I 2016 vil dette være dekket av overskuddsårsverk da årsverk nå delvis er frigjort.

Det er et stort press på institusjonsplasser, det er en sammensatt årsak til dette.

- Økende antall yngre demente som har behov for institusjonsplass.
- Inne-boende pasienter har fått tildelt plass tidligere i sin sykdomsutvikling enn det intensjonen er etter omlegging. Dette har foregått over år.
- Det tar tid å endre arbeidsmetoder, holdninger, og kulturer både i tjenesten og hos pasienter og pårørende.

Kostnader/ressursbruk

Med utgangspunkt i de personalressurser som er tilgjengelig og de økonomiske rammene som er satt for tjenestene er det en klar faglig anbefaling å prioritere å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse til de sykeste pasientene blant annet i skjermet avdeling. Samtidig må kompetanse og ressurser i Hjemmetjenesten rettes mot hverdagsrehabilitering for å minske presset på institusjon, og for å oppnå målsetting om at pasientene skal bo hjemme så lenge som mulig. Demente pasienters behov for ytterligere skjerming utover det å være i en skjermet enhet er en stor utfordring for kommunen. I budsjett dokument 2015-2018 beskrev vi 2 ressurskrevende demente mens det nå er 5-6 pasienter i skjermet enhet på nivå 4 som er svært ressurskrevende og har etter avklaringer og faglig rådgivning fra spesialisthelsetjenesten behov for en til en.

Erfaring tilsier at det er stadig flere yngre demente i alderen 65-75år som har behov for 24t tilbud, disse pasientene har helt andre behov og har et mer komplisert sykdomsbilde. For å gi verdige, faglig adekvate tilbud som er individuelt tilrettelagt til denne pasientgruppen har det erfaringsvis vist seg et behov for å bemanne med tilnærmet en til en. Dagtilbud og oppfølging fra hjemmetjenesten i en tidlig fase er avgjørende for å legge til rette for at denne gruppa pasienter skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Hverdagen her er krevende, personalet må daglig takle verbal og fysisk utagering i form av slag, spark, spytt, klypping i tillegg til seksuelle tilnærminger. Det er i denne avdelingen grunnbemanningen må styrkes med 3 årsverk.

Se også på nett: "Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)" som er laget av Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet. Denne rapporten gir en oppdatert beskrivelse av situasjonen og fremtiden hva gjelder demens.

3. Antall korttidsplasser i institusjon opprettholdes

3.1.1 Konsekvenser:

- *Korttids tilbud i Kongsheim. Kongsheim omdefineres til institusjon.*
Status:
Dette er gjennomført med gode erfaringer og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Mulighet til nærhet, ro og privatliv i livets slutfase har hevet kvaliteten på denne tjenesten. Hverdagsrehabilitering kan ivaretas bedre ved å muliggjøre egenomsorg og egen aktivitet i egen leilighet.
- *Kongsheim vil da være avdeling for observasjon, rehabilitering, palliasjon, utredning og medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging.*
Status:
I løpet av året har en hatt pasienter i alle kategorier.
- *Utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, somatikk og psykiatri, som har behov for 24/7 tilbud ved utskrivning skal tilbys plass her. (Samhandlingsreformen). Det er helt avgjørende å plassere ansvar og tjenestetilbud for de psykiatriske pasientene som meldes utskrivningsklar.*
Status:
I all hovedsak er avdelingen i stand til fortløpende å ta imot utskrivningsklare pasienter i henhold til samarbeidsavtale med Sykehuset Innlandet.

- *KAD (Kommunalt Akutt Døgnplasser) senger*
Status:
Avtale er under drøfting, og målet er at det skal være på plass en løsning sammen med SITynset ved årsskifte.
- *Samhandlingsreformen*
Status:
Utfordrer stadig terskelen for utskrivning er fortsatt i endring og krever høy kompetanse i kommunen. Utfordringen på kapasiteten er økende på grunn av presset inn i institusjon og redusert mulighet til ledig kapasitet for å ta de utskrivningsklare. Dette vil være en utfordring fremover

3.2 Kostnader:

- *Budsjett og regnskap for avdelingen vil samsvare med dagens drift av Rehab./korttid.*
- *Det må påregnes noen kostnader for å tilpasse avdelingen til institusjon. Dette er en destruksjonsmaskin og noe inventar i hver pasientenhet- lagt inn i budsjettforslaget.*
Status:
Etter å ha tatt i bruk lokalene er det avdekket et behov for å tilrettelegge for et medisinerom, det er behov for å regulere tilgang og sikre arbeidsro for sykepleierne som legger dosetter og tilrettelegger forskrevne medikamenter.

4. Endret drift i hjemmetjenesten

4.1 *Konsekvenser:*

- *Flere kan bo hjemme lenger ved å ivareta pasienter sitt behov for sykepleiefaglig oppfølging i hjemmet*
- *Redusere press på omsorgsboliger og institusjonsplasser.*

Status:

Aktiv nattjeneste i hjemmetjenesten har vært på plass siden mai 2015, dette er en dreining av ressurser fra dag og kveld og i tråd med beskrevet omlegging. Men på grunn av manglende overføring av årsverk fra Enan til Hjemmetjenesten har dette medført behov for økt innleie og økt belastning for ansatte. Med bakgrunn i senere omlegging av tjenesten er ikke hverdagsrehabilitering tilstrekkelig integrert. Kompetanse innen fagfeltet hverdagsrehabilitering vil være satsningsområde i 2016.

Hverdagsrehabilitering er mye men kan forklares med at vi ikke skal gjøre pasienter «bjørnetjenester» som smøre mat, hente avis, tømme søppel, montere nøkkelboks slik at pasienten slipper å stå opp å åpne, hente ved osv. når pasienten er i stand til det selv eller med trening kan bli i stand til igjen å mestre slike hverdagsaktiviteter selv.

Kostnader:

- *Omlegging av drifta i alle omsorgsboliger ved å overføre alle årsverk til utegruppa dag, kveld, natt og helg. Ressursene skal dekke nattjeneste ute og hjemmetjenester på Kvikne. Ressursene er ved dette forslaget ikke bundet til et fastlagt sted, men tilstedeværelse hos bruker er basert på vedtak.*

Status:

Med bakgrunn i forsinket prosess og forskyvning av iverksetting har en ikke kunne hentet ut den totale økonomiske gevinst av omorganiseringen i 2015. Flytting av årsverk i hjemmetjenesten ble først gjort 2.november, men var beskrevet gjennomført i april/mai 2015. Prosessen ble utsatt gjennom kommunestyrevedtak.

Status overskuddsårsverk

Kommunestyret vedtok for 2015 en reduksjon på 3, 8 millioner i hjemmetjenesten og en ytterligere reduksjon tilsvarende i 2016. Reduksjonen for 2016 er tatt ut i hjemmetjenestens budsjett slik som vedtaket tilsier. Men med bakgrunn i senere gjennomføring, jf kommunestyrevedtak våren 2015 har ikke omleggingen

latt seg gjøre slik vedtaket i desember 2014 forutsatte. Etter omlegging og etablering av ny turnus fra 2. november ble årsverk fra Enan flyttet inn i avdeling nord.

Det er derfor behov for å skyve gjennomføringa fremover i tid for at den skal gjennomføres som beskrevet. Dette innebærer at årsverk som skulle ha vært sluset ut i vikariater, eller inndratt ved oppsigelse eller avgang for pensjonsalder fortsatt i hovedsak er i drift. Det er fra nå og fremover denne jobben kan starte. Det er momenter som påvirker mulighet for gjennomføring nå og det er utenforliggende ting som arbeidsmarkedet. Det kan synes som om mulighetene for jobbskifte er redusert da også omkringliggende kommuner og bedrifter er i omstillingssituasjoner. Ansatte som har jobbet utenfor Tynset kommune melder seg nå på nytt som ekstravakt i våre tjenester og det er derfor grunn til å anta at det er vanskelig å få vakter der de jobber nå. Med bakgrunn i ovennevnte årsaker kan det bli vanskelig å sluse alle årsverkene på ett budsjettår. På den andre siden ser det ut til at vi får noe sirkulasjon i starten av året som muliggjør å avvikle noen av årsverkene samtidig som det er varslet endrede behov i tjenestene som også er beskrevet i virksomhetsplanene. Vi skal allikevel ikke legge skjul på at det kan bli krevende å skulle sluse inn samtlige årsverk innenfor 2016. Med bakgrunn i dette mener rådmann det er fortsatt er å anbefale å opprettholde at ingen skal sies opp i Tynset kommune, men finner det riktig å varsle allerede nå at det kan være behov for å komme tilbake til kommunestyret for å få avvirket årsverk i løpet av 2016, men dog tidligst i mai-møte.

5. Øke dagsenterplasser/dagtilbud

5.1 For demente

- *Kommunene har store oppgaver innenfor demensomsorgen. Det forebyggende arbeidet for å bo lengre hjemme er viktig, men vil fortsatt kreve at det er ressurser nok til å drifte dagaktivitetsplasser.*
- *Økt kapasitet i nåværende lokalisasjon i Tjønnsenteret betinger tilgang på et kontor, mulighet for smågruppeaktivitet i et mindre lokale og hvilerom for brukere.*
- *Lokaler kan frigis ved å flytte psykiatritjenesten til Rådhuset.*
- *Ta i bruk hybel tilknyttet til omsorgsboligene ved Tjønnsenteret til små grupper bør vurderes.*
- *Behov for å øke bemanning og mulighet for vikar innleie ved fravær og i ferier er lagt inn i budsjettforslaget.*
- *Alternative lokaler skal vurderes til dagsenter.*

Status:

Dagsenteret har i løpet av 2015 gjort endringer for å tilpasse driften til stadig yngre demente, denne gruppen har stor fysisk kapasitet, gruppa har hatt turer og blant annet gått på Fåsten og Aumeggan. Det er avgjørende å videreutvikle og utvide bemanningsressursene i henhold til virksomhetsplan 2015-2018 for å sikre et tilbud som yngre demente og deres pårørende vil oppleve positivt og tilpasset. Det er et viktig ledd i å kunne bo lengere hjemme og ha pårørende som kan stå i situasjonen lenger.

5.2 For pasienter med oppfølgingsbehov etter korttidsopphold.

- *Etablere dagtilbud til rehabilitering og faglig oppfølging i Kongsheim.*

Status:

Dette er i liten grad iverksatt, men vil bli tatt opp så snart kapasiteten tilsier det.

6. Økt satsing på IP, Øke stilling fra 30 % til 50 %.

6.1 Konsekvenser:

- *Kompetanseheving og implementering av metode i hele organisasjon.*

Status:

Må intensivere denne kompetansehevingen og fokuset i 2016.

- *Sikre tverrfaglige og koordinerte tjenester.*

Status:

Det er en betydelig økning av kompliserte sammensatte saker, der pasienter/brukere har sammensatte og langvarige behov for koordinerte tjenester.

- Sikrer riktig bruk av faglige og økonomiske ressurser.

Status:

Kompetanse, erfaring og objektivitet fra systemkoordinator er avgjørende.

6.2 Kostnader er knyttet til økning i stilling 20 % fra 2016.**Status:**

Er lagt inn i virksomhetsplan.

7. Nyttiggjøre seg tilgjengelige personalressurser på en fleksibel og kostnadseffektiv måte til beste for pasientene/brukerne.

- *Alle avdelinger må utarbeide kompetansekrav for egen avdeling knyttet til pasientgruppe og funksjon i organisasjon. Er igangsatt.*

Status:

Dette er gjennomført og de ansatte er fordelt etter kompetanse og ansiennitet.

- *Døgnrytmeplaner og bemanningsplaner utarbeides i hver avdeling, men må ses i en helhet.*

Status:

Bemanningsplaner utarbeidet på alle avdelinger.

- *Fleksible arbeidstidsordninger, vikarbehov, heltid/deltid's utfordringer og turnuser drøftes med organisasjonene. Tidfestes.*

Status:

Korttidsavdelingen har gjort ansettelse og utvidelse av stillinger ved at ansatte har deler av stillingen i ubunden tid. Ansatte har fått økt stilling ved å øke helgebelastningen.

- **Status:**

Erfaringene i 2015 synliggjør behovet for å få til mer fleksibilitet i bemanningen, turnuser må i større grad utarbeides for takle faglige utfordringer og uforutsigbarhet i pasientenes behov. Vi har i omlegginga av turnuser hatt fokus på dette. Det må bli større aksept og mulighet for å bruke spesialkompetanse på tvers. Å tilby ubundentid for å få økt stilling gir en fleksibilitet som tjener arbeidsgiver og arbeidstakers behov. Behovet for tilstedeværende sykepleiere på enhver vakt i enhver avdeling er økede, mangel på sykepleierkompetanse i forbindelse med fravær medfører i noe grad overtidsbruk.

8. Redusere antall omsorgsboliger

Oppsigelse av husleiekontrakt er 3mnd.

Status:

Kongsheim er avviklet som omsorgsbolig og er nå institusjon. Enan er omdefinert til kommunale boliger.

Til informasjon: Omsorgsbolig begrepet er i statlige føringer endret til tilrettelagte boliger.

8.1 Enan

14 leiligheter foreslås avviklet. Dette forslaget er basert på antallet personer over 80 år i Kvikne krets, opp i mot det nivået/antallet omsorgsleiligheter vi legger opp til. Behovet/nivået er da vurdert til å skulle være 5 plasser innenfor 24/7- tjenester på Kvikne. Dette vurderes som en så liten enhet at det er for sårbart for å sikre stabile tjenester. Faktiske behov for hjemmetjenester til hjemmeboende i Kvikneregionen i dag er forholdsvis lav tross variasjoner. Det vil ikke være hensiktsmessig å binde opp bemanning på Enan for å dekke dette behovet.

Status:

Enan ble endret til kommunale boliger, se ellers under punktet hjemmetjenesten.

8.2 Furumoen

14 leiligheter forsetter som omsorgsboliger, men med redusert fast bemanning og tildeling av hjemmetjenester etter behov. Bakgrunn for dette er å oppnå en større fleksibilitet i bruk av faglige og økonomiske ressurser. Vi finner det derfor ikke her heller hensiktsmessig å binde opp bemanning. Det samme gjelder omsorgsboligene på Tjønnesenteret som er beskrevet nedenfor.

Status:

Flere pasienter ved Furumoen har behov for institusjonsplass, dette binder opp flere ressurser enn tenkt i omorganiseringen, bemanningen tilpasses den enkeltes behov. Dette vil vedvare noe utover i 2016 pga av kapasitetsutfordringer.

8.3 Omsorgsboliger Tjønnesenteret,

16 stk, består som omsorgsbolig, men med redusert fast bemanning og tildeling av hjemmetjenester etter behov.

8.4 TFF

3 omsorgsleiligheter, tilsvarer et bofellesskap.

Status:

Omorganiseringsprosessen i Helse og omsorg har ikke blitt gjennomført som planlagt. For TFF sin del har dette medført at det fortsatt bor personer i boligene som var ment overført til eldreomsorgen. Presset på institusjonsplasser vanskeliggjør dette også for deler eller hele 2016.

9. Antall tjenesteområder.

Etter en vurdering opprettholdes 4 tjenesteområder.

- Hjemmebasert omsorg- endres til hjemmebaserte tjenester (HT).
- Omsorgsboligene på Tjønnesenteret foreslås lagt til HT.
- Helsetjenesten består som nå.
- TFF består som nå.
- Bo- og behandling endres til langtidsinstitusjon og kjøkken.
- Det vil bli foretatt en vurdering av avdelingsledernivået med tanke på «rett leder på rett plass». Det legges også opp til en gjennomgang av samtlige ansattes kompetanse som utgangspunkt i samme vurdering «rett person på rett plass».
- Tjenesteledernes ansvarsområder og kompetanse med tanke på «rett leder på rett plass» skal vurderes i løpet av 2015.

Status:

Alle institusjonsavdelinger ble samlet under Institusjonstjenesten og Helsetjenesten redusert med tidligere korttidsavdeling. For øvrig er tjenesteområdene som beskrevet og det samme med antallet områder.

10. Styrke saksbehandlingsfunksjon i Helse og omsorg.

- Opprette en enhet for saksbehandling, denne legges inn under HO-sjef.
- Ressurs, 1-2 årsverk fordelt på 2 personer.
- Koordinatoroppnevning vil bli vurdert lagt til vedtakskontor.
- Demensteam, oppdrag fra vedtakskontoret.
- Ergoterapitjenester på oppdrag fra vedtakskontor.
- Rus/psykiatri tjenester etter oppdrag fra vedtakskontor
- Støttekontakt
- Hjemmesykepleie
- Praktisk bistand
- Praktisk bistand opplæring
- Institusjonsplass
- Avlastning

- *BPA, omsorgslønn*

Status: Vedtakskontoret ble åpnet 06.09.15. Bemanningen er 50 % ergoterapeut og 100 % sykepleier.

10.1 **Konsekvenser:**

- *Gjennomgang av kriterier for tildeling*
- *Utarbeide interne behandlingslinjer og ta i bruk behandlingslinjer utarbeidet i samarbeid med SI-Innlandet.*
- *Utarbeidelse av nye rutiner for saksbehandling.*
- *Myndighet for vedtak legges her.*
- *Klagebehandling*

Status:

Nye kriterier for tildeling av tjenester er utarbeidet, rutiner for saksbehandling det samme.

11. **Kompetanseheving, kompetansemidler samles hos HO-sjef i 2015.**

Kurs og kompetanseheving skal bidra til at vi når vedtatte mål for tjenestene.

- *Hverdagsrehabilitering*
- *Saksbehandling*
- *Velferdsteknologi*
- *Hospitere og oppsøke god praksis.*

Status:

Midlene tilbakeføres til tjenesteområdene i 2016.

12. **Institusjonslege. Konklusjon fra prosjektet er 60-70 % stilling. Medfører en økning på 20 % i 2016.**

- *Betingelser forhandlet av individuelle avtaler med fastlegene.*
- *Er avgjørende for tverrfaglig og helhetlige tjenester.*
- *Viktig for kvalitet og pasientsikkerhet ikke minst knyttet til legemidler.*
- *Viktig i samhandling med spesialisthelsetjenesten.*
- *Hever fagkompetanse og trykker medisinsk faglig oppfølging av pasientene.*

Status:

For første gang har vi tilsynslege ved alle avdelinger i tillegg til at det er økt antall timer inn mot Korttid Kongsheim. Dette er gjennomført ved omdisponering av legeressursene og økt med nær 10 %. I forhold til konklusjon i prosjekt «sykehjemslege» i 2014 er vi i mål med anbefalt stillingsprosent på tilsynslege.

13. **Kommuneoverlege.**

Avventer politisk behandling av rapport i delprosjektet i hver kommune.

- *Positive vedtak i alle kommuner vil medføre en økt kostnad knyttet til fordeling av en 50 % kommuneoverlege funksjon mellom Tynset, Alvdal, Folldal, Rendalen og Tolga.*
- *Brohode funksjon i hver kommune vil tilsvare dagens stilling som kommuneoverlege for Tynset.*

Status:

Vi har ansatt ny kommuneoverlege som i tillegg innehar tjenestelederstillingen i Helsetjenesten. Ansatt kommuneoverlege har kompetanse innenfor samfunnsmedisin og er under formell utdanning. Vi har invitert FARTT kommunene til å komme med forespørsler på samarbeid knyttet til samfunnsmedisinske oppgaver.

14. Folkehelsekoordinator.

En oppgave for hele kommunen. Det arbeides nå med en folkehelse strategi som fremmes til politisk behandling våren 2015, der vil det bli tatt stilling til på hvilken måte Tynset kommunes folkehelsearbeid skal forankres og organiseres og hvilke fokusområder som skal prioriteres.

- *Helse- og omsorg ønsker å prioritere midler tilsvarende en 20 % stilling i 2016.*

Status:

Denne ressursen er lagt inn i budsjett i 2016.

15. Gjennomgang av praksis i egne tjenester sammenlignet andre kommuner. Oppgave for 2015.

15.1 Psykiatritjenesten

- *Inn og utskrivning, lengde på tjenestetilbud*
- *Antall brukere i % befolkning*
- *Årsverk i forhold til brukere*
- *Tjeneste etter 1600*

15.2 Helsestasjon

- *Vurdere ressurser, organisering og oppgaver for helsestasjon. Se dette i sammenheng med omsorgsplan og statlige føringer. Oppstart tidlig i 2015.*

15.3 Trinnvis plan for reduksjon av antall omsorgsboliger og alternativ bruk av bygningsmasse.

- *Det skal arbeides videre med framtidig bruk av bygningsmasse på Enan.*
- *Organisering og drift endres i hele helse- og omsorgsavdelingen. Omsorgsleiligheter tildeles med bakgrunn i helsetilstand. Tildeling skjer i vedtakskontoret.*

Status:

Aktuelle punkt er tatt inn tidligere.

15.4 Legekantoret

- *Vurdere driftsmodell.*
- *Flytting av kontoret.*
- *Vurdere å tilknytte annen kompetanse innenfor f.eks folkehelsesatsingen, kreftkoordinator e.l.*

Status:

Det vil bli vurdert tiltak for bedret tilgjengelig til fastlege for kommunens innbyggere.

16 Bemanningmessige konsekvenser knyttet til turnusavdelingene.

Dette er en stor omstillingsprosess hvor alle scenarier nødvendigvis ikke kan sees på dette tidspunktet. Det som er beskrevet er beskrivelse av en retning. Vi varsler også at det vil bli gjort fortløpende vurderinger gjennom hele 2015 og at det på den bakgrunn kan være behov for politiske avklaringer underveis i året. Faste ansatte skal ikke sies opp, dette medfører en usikkerhet på faktisk innsparing i 2015. Innsparingspotensialet er beregnet til 6,5 mill. for 2015, men er avhengig av hvor fort overtallige ressurser sluses inn i vikariater og ledige stillinger.

Status:

Se kommentaren om overskuddsårsverk.