



---

**TYNSET  
KOMMUNE**

**HELSE- OG OMSORGSPLAN 2013-2020**

**«Ta ansvar for egen helse,  
start tidlig, start NÅ!»**

---



«Kjem'n te Tynset så trivs'n»

## Innhold

1. Innledning.....	3
1.1 Helse- Og Omsorgsplan .....	3
1.2 Arbeidsprosess.....	3
2. Visjon og mål .....	4
2.1 Visjon for Helse og omsorgstjenestene i Tynset kommune .....	4
2.2 Mål .....	4
2.2.1 Delmål.....	4
3. Rammebetingelser .....	5
3.1 Generelle betraktninger .....	5
3.1.1 Folkehelsearbeid .....	5
3.1.2 Forebyggende helsetjenester.....	5
3.1.3 Endring i brukergrupper .....	5
3.1.4 Arbeidskraft utfordringer. ....	6
3.1.5 Velferdsteknologi .....	6
3.2 Sentrale føringer.....	7
3.3 Lokale føringer .....	9
3.3.1 Demografiske utfordringer for Tynset.....	9
3.3.2 Kriterier for tildeling, vedtatt i kommunestyret 2011.....	10
3.3.3 Omsorgstrappen.....	11
3.3.4 Tjenesteavtaler fra A-Å.....	12
3.3.5 Virksomhetsplan, mål for Helse og omsorgstjenesten.....	12
3.4 Samhandling i Fjellregionen.....	12
3.4.1 Strategisk helseplan for fjellregionen 2011-2016, «På samme lag». ....	12
4. Status og utfordringer .....	15
4.1 Organisering av tjenestene i Tynset kommune 2013.....	15
4.2 Tiltak/tjenester innen forebyggende arbeid / med forebyggende effekt i dag: .....	16
4.3 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten .....	17
4.4 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten .....	18
4.5 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn.....	18
4.6 Beredskap .....	18
4.7 Personell og kompetanse .....	18
4.8 Allmennlegetjenester.....	19
4.9 Omsorgstjenester .....	19
4.10 Psykisk helse og rus .....	20

4.11 Tiltak og tjenester innen Habilitering og rehabilitering .....	21
4.13 Næromsorg .....	22
4.14 Innovasjon .....	22
4.15 Pårørende en ressurs!.....	23
5. Handlingsplan med satsningsområder veivalg og tiltak .....	23
5.1 Forebyggende helsetjenester .....	23
5.2 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten .....	24
5.3 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten .....	25
5.4 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn.....	26
5.5 Beredskap .....	26
5.6 Personell og kompetanse .....	26
5.7 Medisinsk kompetanse/tilsynslege .....	27
5.8 Allmennlegetjenester.....	28
5.9 Omsorgstjenester .....	28
5.10 Psykisk helse og rus .....	29
5.11 Habilitering og rehabilitering .....	29
5.12 Næromsorg .....	31
5.13 Innovasjon .....	31
5.14 Pårørende en ressurs! Kilde NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg .....	31
Kilder/ referanser .....	32

## 1. Innledning

### 1.1 Helse- Og Omsorgsplan

Tynset kommune har et vedtak på igangsettelse av en overordnet helse- og omsorgsplan for kommunen. Dette arbeidet ønskes nå vitalisert ved å gi en komite oppgaven med å arbeide frem en slik plan.

Mandat for planen er:

- beskrivelse av dagens situasjon på aktuelle områder
- identifisere utfordringer
- peke på mål og ønsket tilstand i fremtiden
- utarbeide strategier for å nå målene
- handlingsplan for tiltak

### 1.2 Arbeidsprosess

#### **Komiteéns sammensetning:**

Mahdi Hassan Mohhoumed, leder, Grete Negård, nestleder Arne Georg Aunøien, Arne O. Ellingson (Thomas Svee fra 01.10.13), Gudrun Strømbu (Ragnar Talsnes fra 01.08.13). Erik Lium, varamedlem. Inga-Lill Rønning, leder Helsetjenesten, sekretær.

#### **Komiteoppgave:**

Tynset kommune har et vedtak på igangsettelse av en overordnet helse og omsorgsplan for kommunen. Dette arbeidet ønskes nå vitalisert ved å gi en komite oppgaven med å arbeide frem en slik plan.

Mandat for planen er:

- beskrivelse av dagens situasjon på aktuelle områder
- identifisere utfordringer
- peke på mål og ønsket tilstand i fremtiden
- utarbeide strategier for å nå målene
- handlingsplan for tiltak

#### **Møter:**

Det er avholdt 9 møter i komiteen.

#### **Innhenting av innspill fra avdelinger, fagfelt, råd osv.:**

- Alle avdelinger og fagfelt fikk tidlig i prosessen anledning til å komme med innspill, det ble sendt ut forespørsel via mail med fokus på status, samhandlingsreformen, fastlegeforskriften, organisering og ressurser.
- 06.02.2013 var Sykehuset Innlandet Tynset og Helse og omsorgssjef Tynset kommune invitert for å dele erfaringer etter 1 år med samhandlingsreformen.

- Invitasjon til rådene. Rådet for likestilling for funksjonshemmede, Eldrerådet og De unges råd å komme med tilbakemeldinger med utgangspunkt i mandatet i tillegg ble de invitert til møte 08.05.13 for å legge frem sine synspunkter.

Utarbeidelse av planen:

Med utgangspunkt i mandatet, innhenting av innspill, høringsrunde, føringer og tilbakemeldinger fra komiteen har administrasjon utarbeidet fremlagt plandokument. Planen vil med bakgrunn i arbeidsprosess og innhold ikke tilfredsstillende krav til en kommunedelplan i plan og bygningsloven.

I høringsrunden har flere uttalt ønske og behov for en større involvering av fagfeltet under utarbeidelse av planen.

Oppbygging av planen har tatt utgangspunkt i «Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013».

## 2. Visjon og mål

### 2.1 Visjon for Helse og omsorgstjenestene i Tynset kommune

**«Helhetlige differensierte tjenester som ivaretar individet»**

### 2.2 Mål

**Tynset kommune har som mål å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre, for at enkelt individet skal kunne ivareta og utnytte egne ressurser.**

#### 2.2.1 Delmål

- Tjenestene skal ta utgangspunkt i individets ansvar for eget liv, mulighet til egenomsorg og selvhjelp.
- Kommunens tjenestetilbud skal dekke et bistandsbehov som er individuelt vurdert, stå i forhold til grad av funksjonssvikt og tilpasses den enkeltes behov for tjenester.
- Individuell Plan (IP) skal benyttes som redskap og metode for å sikre god brukermedvirkning og riktig bruk av tilgjengelige ressurser
- Kvalifiserte medarbeidere skal sikre tjenester av høy faglig kvalitet, forskning og erfaringsbasert kunnskap skal legges til grunn for beste praksis.
- Åpenhet om tjenester, muligheter og forventninger skal bidra til et godt samarbeid og større involvering av familie, sosialt nettverk og lokalsamfunn.

- Ressurser må dreies mot forebygging. Spesielt må tidlig innsats rettet mot barn og unge og eldre hjemmeboende prioriteres.

### 3. Rammebetingelser

#### 3.1 Generelle betraktninger

##### 3.1.1 Folkehelsearbeid

I tråd med «Forskrift om oversikt over folkehelsen», skal kommunen legge til rette for et målrettet, samordnet og systematisk folkehelsearbeid basert på lokale folkehelseutfordringer. Tiltak i ulike sektorer er nødvendig for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, som fremmer fellesskap, trygghet og deltakelse.

Det er viktig at rusfeltet og psykisk helsefeltet ses i sammenheng.

Problemer kan forebygges gjennom brede befolkningsrettede tiltak som fremmer inkludering og deltakelse, og ved målrettede tiltak overfor sårbare grupper. God helse fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

##### 3.1.2 Forbyggende helsetjenester

Et viktig budskap i Samhandlingsreformen er at de forebyggende helsetjenestene i kommunene skal styrkes. Dette gjelder spesielt helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgstjenester og frisklivssentraler.

Holdningsskapende arbeid i alle sektorer er viktig. Innbyggernes ansvar og mulighet til å ta vare på og bedre egen fysisk og psykisk helse må vær i fokus.

##### 3.1.3 Endring i brukergrupper

Den nye eldregenerasjonen (Kilde: Meld. St. 29(2012–2013) Morgendagens omsorg) Det er selvfølgelig riktig at den sterke veksten i tallet på eldre om noen år kan gi dagens kommunale omsorgstjenester flere og mer krevende oppgaver. Men det er også slik at den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner.

De nye eldre har både høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre funksjonsevne enn noen tidligere eldregenerasjon. De er også mer teknologivante og vil bestemme mer på egenhånd.

Regjeringen har i St meld nr 25 (2005-2006) om framtidens omsorgsutfordringer pekt på 5 framtidensutfordringer.

To handler om det det blir mer av:

- nye yngre brukergrupper
- flere eldre med hjelpebehov

Tre av utfordringene handler om det som det blir for lite av:

- Knapphet på frivillige omsorgsyterere og helse og sosialpersonell.
- Manglende samhandling og medisinsk oppfølging.
- Mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov.

### 3.1.4 Arbeidskraft utfordringer.

Kilde: Meld. St.16 Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten.

Personell- og kompetanseprofilen i sektoren må utvikles i tråd med målene i samhandlingsreformen. Utdanningene må i større grad vektlegge forløpstenkning, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid.

Arbeidsoppgavene i helse- og omsorgssektoren må fordeles riktig mellom personellgruppene for å utnytte arbeidskraften og for å oppnå best mulig kvalitet i tjenestene.

Omfattende bruk av deltidsstillinger medfører en betydelig arbeidskraftreserve som kommunen må søke å finne gode løsninger på.

### 3.1.5 Velferdsteknologi

**Kilde:** NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

For å møte framtidens utfordringer er det nødvendig med virkemidler som er tilpasset kommunenes behov og som sikrer at velferdsteknologiske løsninger tas bredt i bruk. En slik satsing forutsetter kommunal tjenesteinnovasjon.

Velferdsteknologien vil ikke skape revolusjon i omsorgstjenestene. Sterkere fokus på å utnytte de muligheter teknologien gir, vil ikke alene være avgjørende for omsorgstjenestenes evne til å møte framtida. Utvalget ser imidlertid at velferdsteknologien kan understøtte en ny utvikling og være et av flere tiltak for å endre disse tjenestenes innretning, med større vekt på «hjelp til selvhjelp», selvstendighet, sosial deltakelse, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering.

Smarthusteknologi kan bidra til å kompensere for funksjonstap, bedre sikkerheten og legge til rette for å klare seg bedre i hverdagen. Dette ved hjelp av fjernstyring, alarm- og varslingssystemer og ulike kommunikasjonsmedier. Telemedisin, smarthusteknologi og annen velferdsteknologi må kunne benyttes både i egen bolig og boliger og institusjoner som er bygd for helse- og omsorgsformål.

## 3.2 Sentrale føringer

### **Kilde: IS-1/2013 Nasjonale mål og prioriterte områder, Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011-2015)**

Alle i Norge skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte.

Helsetjenesten skal fortsatt være blant verdens aller beste, medisinsk, teknologisk og når det gjelder omsorg.

Tjenestene skal ha høy kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive, og med kortest mulig ventetider.

**Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015** gir de overordnede føringene for folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene.

Samhandlingsreformen er en reform for økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

**St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen**, «Rett behandling – på rett sted - til rett tid», beskriver tre hovedutfordringer i helse- og omsorgstjenesten:

Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok

Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Gjennom samhandlingsreformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor.

I rusmiddelpolitikken står forebygging og tidlig innsats sentralt.

Behandlingstilbudene skal videreutvikles og samhandlingen mellom de ulike nivåene i tjenesten skal bedres.

Kommunen skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunen har ansvar og oppgaver. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegen og kommunen.

Alle som trenger heldøgns omsorg skal få dette innen 2015. For å nå målet må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å bo hjemme eller i omsorgsbolig kan motta nødvendige helse- og omsorgstjenester der. Innsatsen til etablering av dagaktivitetstilbud til mennesker med demens skal styrkes.

Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. Reell brukermedvirkning skal vektlegges.



**Regjeringen har tidligere lagt fram Meld. St. 10 (2012–2013)** «God kvalitet – trygge tjenester», om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, blant annet med mål om et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, en mer aktiv pasient- og brukerrolle, mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder og bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon.

**Demensplanen 2015 «Den gode dagen»** er en av delplanene under Omsorgsplan 2015, som ble presentert i **Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening»** Framtidas omsorgsutfordringer.

Hovedstrategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer:

Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

Kapasitetsvekst og kompetanseheving

Bedre samhandling og medisinsk oppfølging

Aktiv omsorg

Partnerskap med familie og lokalsamfunn

**Kompetanseløftet 2015** er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kompetanseløftet inneholder strategier og tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenestene.

**Kompetanseløftet er forankret i St.meld. nr. 25 (2005–2006)** som en delplan under Omsorgsplan 2015.

Kompetanseløftet har i perioden 2007–2010 fem delmål:

- 10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning.
- Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene.
- Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år.
- Skape større faglig bredde.
- Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning.

### **Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser. Kommunenes ansvar for rus- og psykisk helsearbeid IS-1948**

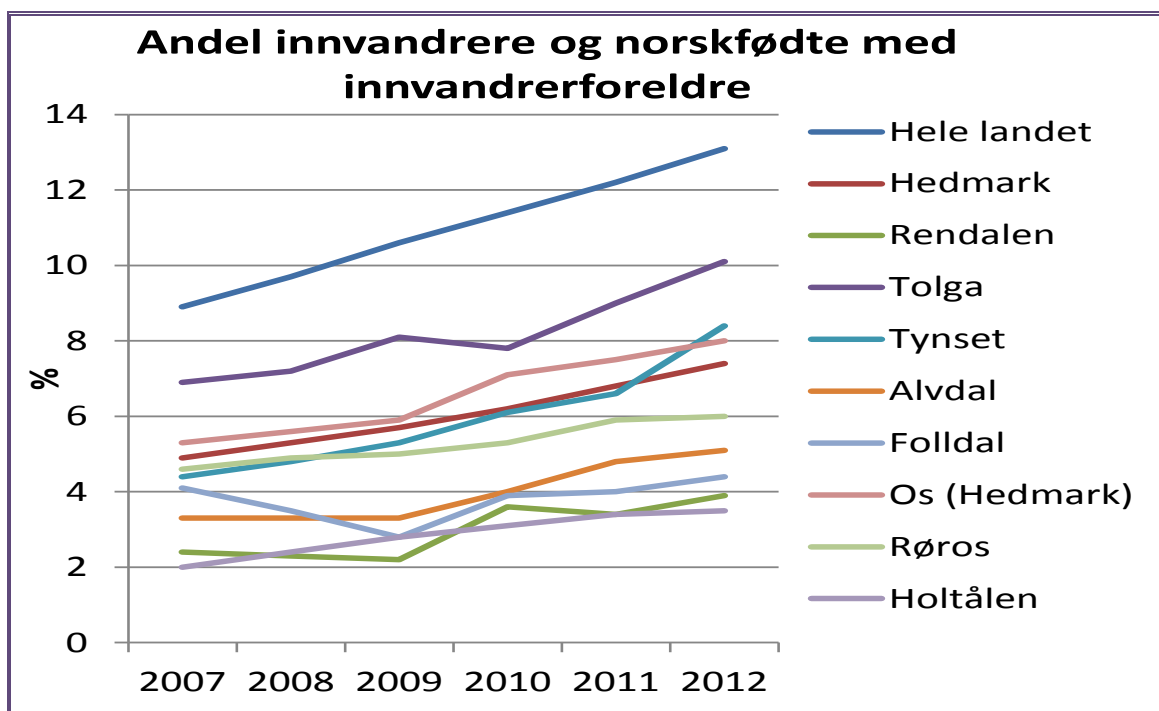
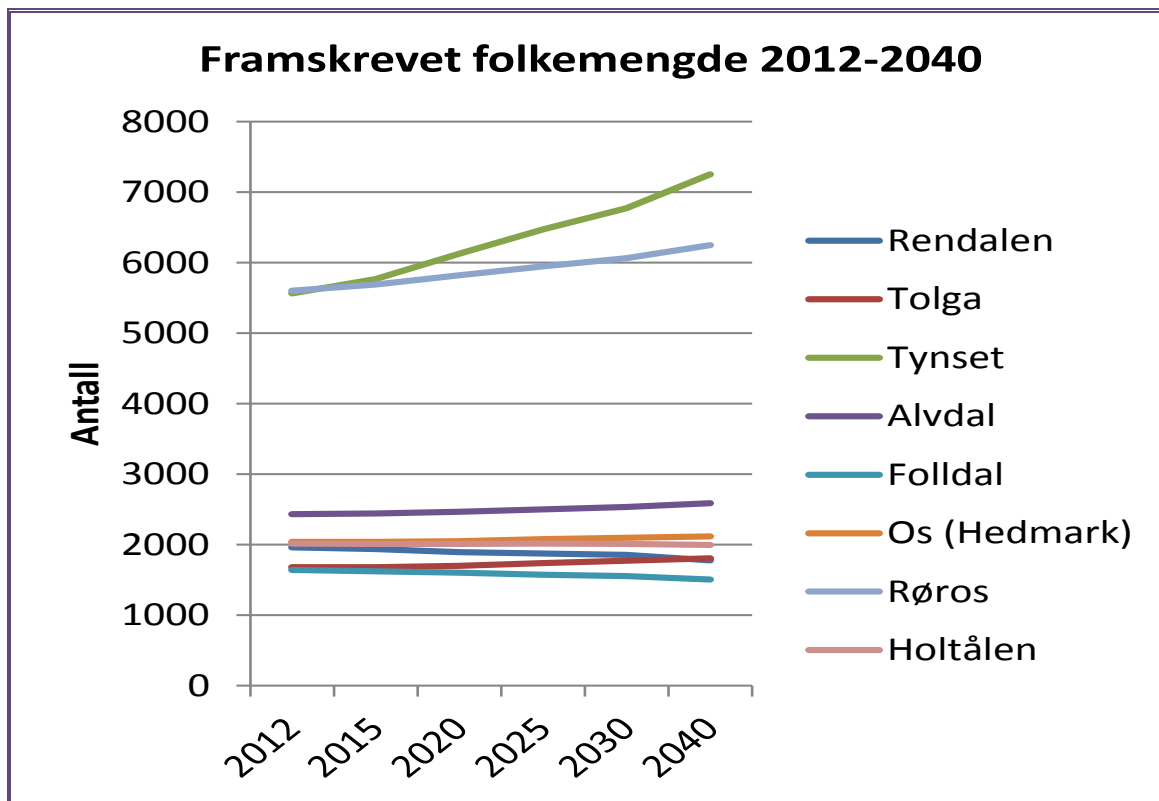
Kommunen er en svært viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med ROP- lidelser. Kommunenes ansvar omfatter blant annet:

- kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer
- Ruskartlegging og psykososial oppfølging
- Forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg)
- Fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig.

### 3.3 Lokale føringer

#### 3.3.1 Demografiske utfordringer for Tynset

Kilde: «Helsetilstand og påvirkningsfaktorer på Helse Fjellregionen 2013»



Kilde: Strategisk kompetansedelplan Helse og Omsorg Tynset.

Aldersgruppe/År		2013	2015	2020
0437 Tynset	60-69 år	650	720	826
	70-79 år	396	431	517
	80-89 år	262	252	239
	90-99 år	43	48	56
<b>Totalt</b>		<b>1351</b>	<b>1451</b>	<b>1638</b>

Statistikken over er hentet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og er en fremskrivning og en oversikt over forventet utvikling i de ulike befolkningsgruppene.

### 3.3.2 Kriterier for tildeling, vedtatt i kommunestyret 2011.

Kommunens tjenestetilbud skal dekke et bistandsbehov som er individuelt vurdert, stå i forhold til grad av funksjonssvikt og tilpasses den enkeltes behov for tjenester.

Hovedmålsetting ved fastsetting av kriterier for tildeling er:

- Sikre søker en tverrfaglig, rettferdig og lik vurdering av alle typer pleie- og omsorgstjenester.
- Vi ønsker å tildele rett hjelp til rett tid på rett sted, for å bygge opp om brukernes mestringsevne til å møte dagliglivets utfordringer både i og utenfor hjemmet.
- Det foretas en totalvurdering av ressursbehov og kompetanse / faglig forsvarlighet

Delmål:

- Kvalifiserte medarbeidere gjør vurderinger av tjenestebehov
- God kommunikasjon mellom de som vurderer og vedtaksansvarlige
- Vi skal ha et felles grunnlag for behandling av søknader som gir størst mulig likhet i vurderinger.

To førende prinsipper er lagt for framtidige omsorgstjenester i Tynset kommune. Det ene er **mestringsprinsippet**, som tar utgangspunkt i at folk ønsker å ha ansvar for å mestre eget liv og helse. Det andre er **BEON-prinsippet** (beste effektive omsorgsnivå), som blant annet innebærer at folk etter en individuell vurdering av sine behov skal få et korrekt og individuelt tilpasset tilbud på rett nivå.

#### Kort oppsummert innebærer dette

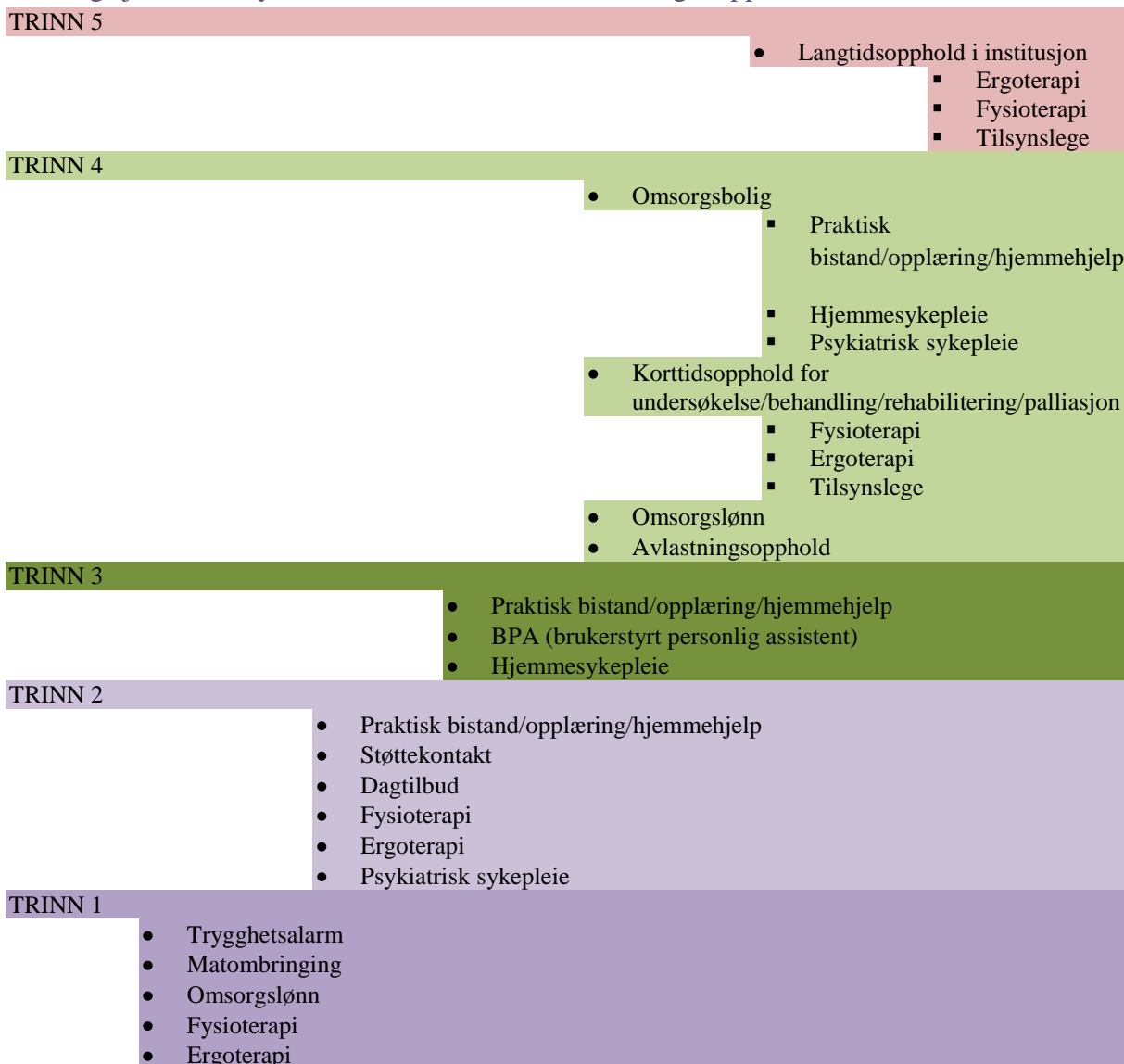
- økt fokus og satsing på aktiv omsorg og forebyggende arbeid, inkl. frivillig arbeid.
- styrking av hjelpetiltak (ulike hjemmetjenester med mer) slik at folk kan bo hjemme lengst mulig.
- At institusjonsplasser ved Tjønnsosenteret fortrinnsvis blir brukt til korttidsopphold med vekt på medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning

og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, avlastning, etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold og omsorg ved livets slutt. Det anbefales imidlertid langtidsplasser for spesielle brukergrupper. Mennesker som har behov for varig bo og heldøgnsstilbud, bør tilbys dette i omsorgsbolig med heldøgnsbemanning.

### 3.3.3 Omsorgstrappen

Omsorgstrappen illustrerer her de ulike tjenestenivåer og LEON- prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå). Hensikten er å tildele tjenester ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har, men på så lavt trappetrinn som mulig for å bygge opp om og ha fokus på brukerens egne ressurser og derved bidra til størst mulig grad av selvhjulpenhet og livskvalitet. I samhandlingsreformen kalles prinsippet for BEON – prinsippet, Beste Effektive Omsorgs Nivå.

Omsorgstjenester i Tynset kommune illustrert i «Omsorgstrappa»



**TRINN 0 – Et godt samfunn**

- Kulturhus, Lag og foreningsarbeid
- Brukermedvirkning, Seniortrim.
- Universell utforming, Folkehelsefokus.
- «Kulturelle spaserstokken» Generelt forebyggende arbeid.
- Sosiale møteplasser Kosthold/sosiale måltider
- Godt naboskap
- Kafeer
- Frivilligsentralen

### 3.3.4 Tjenesteavtaler fra A-Å

Tjeneste avtaler ligger på hjemmesiden til Tynset Kommune, [Tjenester A - Å - \( Tynset kommune \)](#).

### 3.3.5 Virksomhetsplan, mål for Helse og omsorgstjenesten.

- Kompetente og myndiggjorte medarbeidere skal yte helse og omsorgstjenester med fokus på egen mestring og samhandling.
- Tjenestene skal bære preg av koordinering, sammenheng og bygge på «beste praksis»

## 3.4 Samhandling i Fjellregionen

### 3.4.1 Strategisk helseplan for fjellregionen 2011-2016, «På samme lag».

- Visjon for dette arbeidet er: PÅ SAMME LAG!
- Målsettingen er den samme uavhengig om det dreier seg om tjenester i en enkelt kommune, mellom kommuner eller mellom ulike nivåer i helsetjenesten.
- Mål: Fjellregionens helsestrategi skal legge grunnlag for et mest mulig likeverdig, samordnet og helhetlig tilbud innenfor forebygging og behandling.

I strategisk helseplan anbefales i hovedtrekk to konkrete tiltak som ikke er bundet til en fastlagt struktur eller oppgavefordeling. I strategisk helseplan vurderes det at dette bidrar til at både regionen samlet, og kommunene som selvstendige enheter bedre kan møte utfordringene på kort og lang sikt:

- Prioritere målrettet utviklingsarbeid i kommunene med fokus på intern samhandling og helhetlig tenking. Verktøy som internopplæring, koordinerende team/enheter og bruk av individuell plan må styrkes
- Etablering av FJELLHELSE, - et organ som kan takle kontinuerlig utvikling og endring, samtidig som den kan se ressursene i vår region i sammenheng. Fjellhelse

koordinerer ulike faglige nettverk der samhandling er særlig viktig for utvikling av kvalitative og kostnadseffektive tjenester i regionen

**I det videre arbeidet anbefales det at den enkelte kommune tar inn regionens satsingsområder i egen helse- og omsorgsplan/-strategi. Dette vil sikre eierskap og forankring på det kommunale beslutningsnivået.**

**Fjellhelse:** Mål :Etablere Fjellhelse som et rådgivende organ for kommunene, fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen.

- Delprosjekt 1: Organisasjonen Fjellhelse.  
Mål: Et mest mulig likeverdig, samordnet og helhetlig tilbud innen forebygging og behandling i hele Fjellregionen.

Status: Ikke gjort noe så langt, men Prosjektgruppa må arbeide mer aktivt med dette nå som Intermediær-/ ø-hjelpssenger og kommuneoverlege delprosjektene fremlegges.

- Delprosjekt 2: Intermediær – og ø-hjelpstilbud.  
Mål: Gi et intermediært tilbud i hele regionen med organisering, innhold og pasientgrupper som ivaretar brukernes og kommunenes behov.

Status: En prosjektgruppe arbeider med dette området. Kommunene som ikke er med på Intermediæravdelingen på Røros ser på sitt behov.

- Delprosjekt 3: Kompetanse.  
Mål:
  - Løfte den helsefaglige kompetansen i hele regionen.
  - Bygge kompetanse og spre kompetanse på tvers.
  - Sikre rekruttering av helsefaglig kompetanse til helsesektoren på kort og lang sikt.Status: Bestemt å etablere ny prosjektgruppe i desember 2013. Flere kommuner hadde ikke oppnevnt deltaker, kommer i gang nå.

Status pr.aug.2013:

- Delprosjekt 4: Kommuneoverlege.  
Mål:
  - Samarbeid om kommunelege1-funksjonen/ samfunnsmedisin.
  - Lette rekrutteringen av leger til kommunehelsetjenesten.
  - Samarbeid og kompetanseløft om smittevern og miljørettet helsevern.

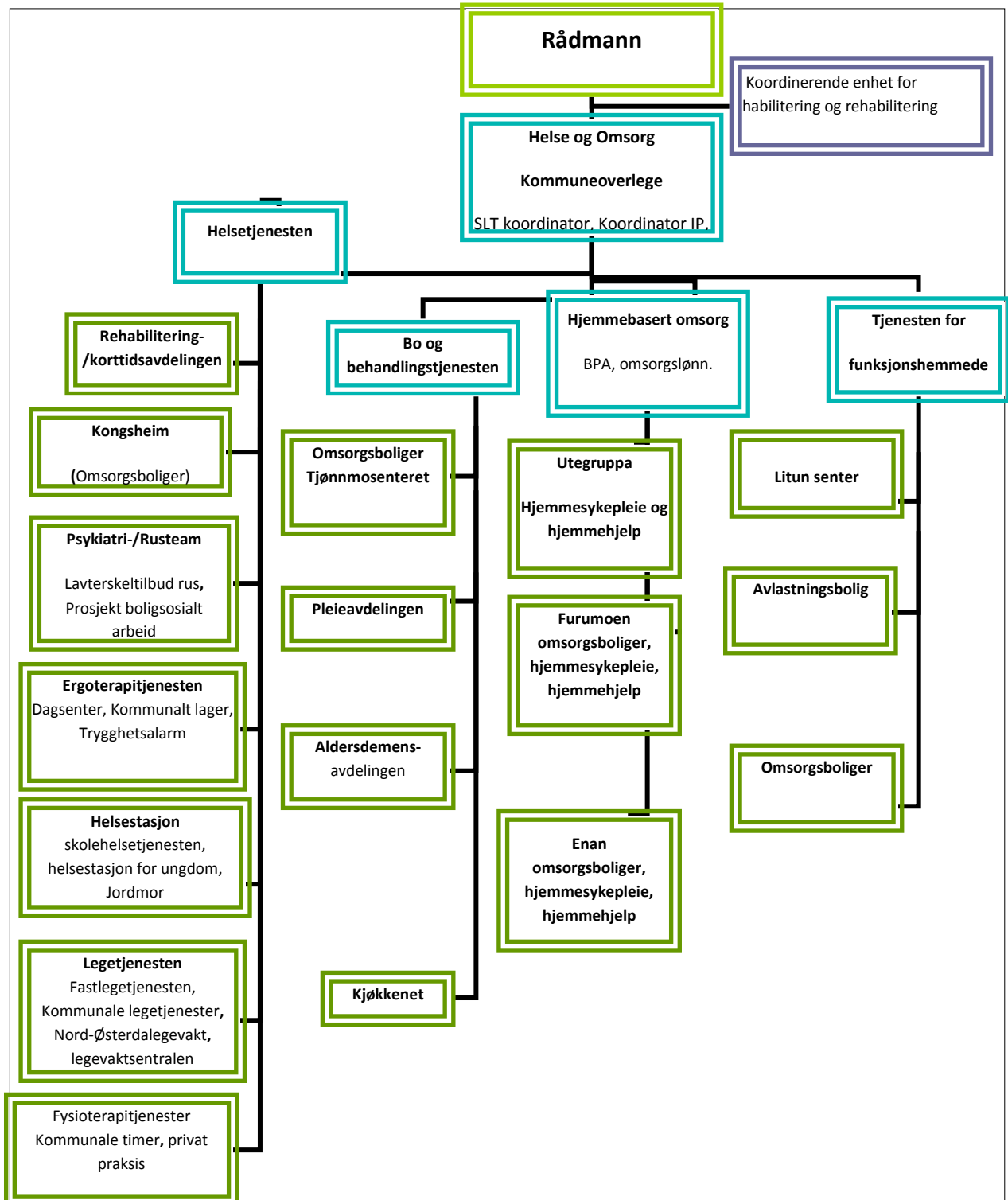
Status: Ferdig med forslag i februar med kommuneoverlege funksjonen, supplert med økonomiske. Ble behandlet 21.06.13. i styringsgruppa. Ut til høring til kommunene. Forslag å ha 2 felt ordning. Røros en og Tynset den andre. Bemannes med kommuneoverlege og en helsekonsulent.

- Delprosjekt 5: Rehabilitering.  
Mål: Interkommunalt samarbeid om rehabilitering for å sikre et særdeles godt rehabiliteringstilbud i regionen.  
Status: NØRF har vært et etablert forum gjennom 12 år. Var et møte 09.05.12. Etter dette møtet har NØRF har jobbet med sitt eget mandat.

- Delprosjekt 6: Kreftomsorg.  
Mål: Alle kommunene i regionen skal ha et godt tilbud innen kreftsykepleie, kompetanse skal deles og det skal etableres gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.  
Status: Et eksisterende nettverk for Kreftomsorg i Fjellregionen. Utvidet med Røros Rehabiliteringssenter. Avholder 2 fagdager i året. Det er jobbet opp mot kommunene Follidal og Rendalen i forhold til om de vil gå inn i samarbeidet med kreftkoordinator med Alvdal, Tynset og Tolga. Det er gitt signaler fra Kreftforeningen at sjansen er stor for 100% stilling hvis vi får med de to kommunene. Holtålen/Røros og Os søker sammen om en kreftkoordinatorstilling.
  
- Delprosjekt 7: Folkehelse og forebyggende helsearbeid.  
Mål: Alle kommunene i Fjellregionen skal skåre høyt på folkehelsestatistikk på kort og på lang sikt.  
Status: Delprosjektet fikk nytt mandat og frist til først fremlegg i juni. Røros repr. trukket seg fra arbeidsgruppa. Gruppa har hatt noen møter. De er ikke ferdig, men vil prøve å gjøre det i løpet av juni.  
Spesialisthelsetjenesten i Fjellregionen. Endelig rapport lagt frem til styringsgruppa for Fjellhelse til høring 21.06.13. Behandles av HF'ene i september/oktober.

## 4. Status og utfordringer

### 4.1 Organisering av tjenestene i Tynset kommune 2013.





## 4.2 Tiltak/tjenester innen forebyggende arbeid / med forebyggende effekt i dag:

**Prosjekt frisklivssentral.** Fysioterapeut er frigjort i 20% stilling som folkehelsekoordinator fra mars 2013-feb 2014. Målet er å utrede frisklivstilbud som en del av kommunens folkehelsearbeid -kartlegge hvilke tiltak og behov som allerede eksisterer og hvordan man best kan etablere et kommunalt frisklivstilbud og lærings og mestringsstilbud.

**FYSAK** som helsefremmende tiltak fra 2006, innlemmet og grundig beskrevet i ” Plan for idrett og annen fysisk aktivitet i Tynset kommune”, vedtatt for 4 år av kommunestyret.

«**Den kulturelle spaserstokken**» det søkes årlig om midler for kulturelle formål. Dette er et samarbeid mellom Kulturtjenesten, frivilligsentralen, Hjemmebasertomsorg og Bo- og behandlingstjenesten.

**Lavterskel tilbud til rusmisbrukere**, målet er å heve livskvaliteten til brukerne og redusere de helsemessige skadene av rusmiddelbruk, uten å kreve rusfrihet. Gi rusavhengige en mulighet til å få mer kontroll over egen hverdag, eget liv, motivere til forandring og eventuelt komme helt ut av rusproblemet. Samarbeidspartnere har gitt tilbakemeldinger om god effekt av at en voksen person opptrer oppsøkende i dette miljøet, og dermed demper trykket og uroen i andre tjenester som NAV og Politietaten.

**Individuell Plan**, er en overordnet plan og skal vise ansvarsfordelingen mellom bruker/pasient og de fagpersonene som jobber rundt. Planen er en arbeidsprosess som går over tid, der mål og tiltak evalueres og justeres ved behov.

**Fysioterapitjenesten.** Fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd (4,8 Årsverk), følger vedtatt prioriteringsnøkkel.

**Kommunale fysioterapi timer** benyttes bl.a. til veiledning og opplæring, og i samarbeidet med andre tjenester og aktører iverksetting av tiltak innen forebygging.

**Prosjekt «De utrolige årene»** er et samarbeid mellom PPT, Barnevernet og Helsestasjon, det består av program for foreldre, barn og lærere. Disse programmene er utviklet for å hjelpe barn med tidlig begynnende atferdsvansker. De utrolige årene er basert på dokumenterte og anerkjente metoder som alle familier kan benytte for å fremme sosial kompetanse og forebygge atferdsproblemer hos små barn.

### **Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.**

Tjenesten er grundig beskrevet i Handlingsplan 2010-2014 for helsestasjons-og skolehelsetjeneste. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tilgjengelig for alle barn, unge og deres foreldre. Ved å være tilgjengelig for alle, finner man lettere de som har behov for ekstra hjelp og oppfølging. Tjenesten har fokus på foreldreveiledning og tidlig intervensjon. God skolehelsetjeneste er god forebygging. Gjennom tilgjengelighet, undersøkelser og veiledning, og miljøskapende tiltak. Det er tilgjengelighetstid for Tynset barne-og ungdomsskole henholdsvis tre og to ganger pr uke.

**Demens teamet.** Tidlig kartlegging, dialog med pasienter/ brukere og pårørende.

**Dagsenter tilbud til demente,** Tynset kommune mottok i 2013 tilskudd til å tilpasse 4 nye dagplasser til demente.

**Ergoterapitjenesten.** Hjemmesykepleien og psykiatri-rusteamet.

**Hjemmebesøk/kartleggingssamtaler.** Alle som henvender seg eller søker tjenester tilbys hjemmebesøk eller kartleggingssamtale.

**Trygghetsalarm.** Alle som søker får hjemmebesøk, alle informeres om muligheten for å finne andre private løsninger som kan gis på enkelte mobiltelefoner.

### 4.3 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Tynset kommune har ett nært og godt samarbeid til Sykehuset Innlandet Tynset. Samhandlingsreformen medfører store utfordringer for kommunene, men det er spennende og bidrar til faglig og kvalitativ utvikling av tjenestene, dette bidrar også til at vi blir en mer attraktiv

Kommunehelsetjenesten har vært i stand til å ta de oppgavene som er blitt tilført. Oppgavene vi står ovenfor er i tillegg med på å gjøre det mer attraktivt å jobbe hos oss.

Hospiteringer mellom sykehuset og kommunen på avdelingsledernivået har bidratt til økt forståelse og innsikt og bidratt til et mer likeverdig samarbeid.

For å kunne ta imot de dårlige pasientene og for å kunne drive avdelingene kostnadseffektivt og faglig forsvarlig med en god pasientflyt, er det viktig å ha tilstrekkelig tilgang til medisinsk kompetanse. Tilsynslege kapasiteten for institusjon er svært begrenset og er under utredning.

Alle aktuelle avdelinger og tjenester vil kunne ta i bruk e-meldinger (Pleie og omsorgsmeldinger via Helsennett) i løpet av høsten 2013.

Helse og omsorgsenhetene i Tynset deltar i interkommunalt samarbeid for innføring av meldingsløftet i kommunen. Faglig støtte til innføring av elektronisk meldingsutveksling, gjennom samhandlingsprosjektet KomUt, Sykehuset Innlandet, Gjøvik og Hamar kommune. Koordinerende enhet samt flere tjenester som samhandler med spesialisthelsetjenesten opplever uklarhet i forhold til koordinerende enhetsfunksjon og individuell plan. Ergoterapitjenesten har erfart uklar oppgavefordeling i forhold til hjelpemiddelformidling

**Tynset kommune har inngått 11 tjenesteavtaler i tillegg til samhandlingsrutiner med Sykehuset Innlandet**

**[Samarbeidsavtaler mellom Tynset kommune og Sykehuset Innlandet HF - \( Tynset kommune \)](#)**

#### 4.4 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

FARTT samarbeidet har nå tatt i bruk nytt journalsystem for fastlegene, ved Nord-Østerdal legevakt og helsestasjon. E-resept og elektronisk meldingsutveksling er dermed mulig internt i kommunen og opp mot spesialisthelsetjenesten.

Oppbygging og implementering av et internkontroll- kvalitetssikringssystemet «Kvalitetslosen» skal være gjennomført og tas i bruk høsten 2013.

#### 4.5 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn omfatter innvandrere, asylsøkere, flyktninger og den samiske befolkning. Lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet forutsetter i mange tilfeller tilrettelagt informasjon og kommunikasjon.

Pr i dag foreligger det ikke informasjonsskriv om helsetjenester i Tynset på flere språk, helseråd utgitt fra helsedirektoratet foreligger på mange språk og benyttes til informasjon og veiledning.

I rullering av plan for integrering av flyktninger skisseres det et behov for ytterligere helsesøster ressurser.

#### 4.6 Beredskap

Nasjonalt nummer (**116 117**) til legevakt tas i bruk ved Nord-Østerdal legevakt til høsten. Det er inngått samarbeidsavtaler for hvordan vi bemanner dette telefonnr. 24t i døgnet.

Det er inngått samarbeidsavtale med det SITynset for å sikre et helhetlig akuttmedisinsk tilbud til kommunens innbyggere.

Det vil også være stort behov for faglært helsepersonell på videregående nivå.

#### 4.7 Personell og kompetanse

På grunn av desentralisert sykepleierutdanning er det bra tilgjengelighet på sykepleiere i regionen, utfordringen for enkelt avdelinger er å være attraktiv for nyutdannede sykepleiere. Enkelt avdelinger har større utfordringer med rekruttering enn andre. TFF har utfordringer med å skaffe riktig personell med relevant høyskoleutdanning.

Tynset kommune har gode praksisplasser, og legger til rette for god praksisundervisning. Det foreligger nå en ny **Strategisk kompetansedelplan for Tynset Kommune, Helse og Omsorg**.

Tynset kommune har flere ansatte med høyskoleutdanning som har tatt videreutdanning innen psykisk helse, kreftomsorg, geriatri, helsesøster.

Styrking av ledelseskompetansen i omsorgstjenestene, de fleste avdelingslederne og tjenesteområdelederne deltar nå på lederutdanning i samarbeid med KS og Høyskolen i Hedmark.

#### 4.8 Allmennlegetjenester

Allmennlegetjenestene styres til enhver tid av ASA 4310

[http://www.ks.no/PageFiles/2402/ASA4310\\_Arundskriv4-2012.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/2402/ASA4310_Arundskriv4-2012.pdf) og ASA 4301

[http://www.ks.no/PageFiles/2402/Arundskriv3\\_2013.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/2402/Arundskriv3_2013.pdf) Den reviderte «Fastlegeforskriften»

[FOR 2012-08-29 nr 842: Forskrift om fastlegeordning i kommunene](#) stiller tydeligere kvalitets- og funksjonskrav til alle deler av allmennlegetjenesten inklusive legevakt.

Kommunen har det overordnede ansvaret for at kravene innfris og samhandlingsreformen kommer på plass. Kommunen har gjennom Samarbeidsutvalget en tett oppfølging av Fastlegeforskriften. Det medisinsk faglige ledelsesansvaret i kommunen og samarbeidet med fastlegene er sentrale virkemiddel for å nå målene for allmennlegetjenesten.

Organisering av den akuttmedisinske kjeden og legevakten er sentrale elementer i tjenestetilbudet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etablering av felles interkommunal legevakt lokalisert ved Sykehuset Innlandet Tynset fungerer godt.

Høsten 2013 innføres et nytt journalsystem som bedre skal ivareta sentrale myndigheters krav.

Som regionsenter og med et stort legekantor, 6 fastleger og 1 turnuslege, med stabil legedekning er det stort press på listeplassene i kommunen. Mange innbyggere i nabokommunene velger fastlege på Tynset.

#### 4.9 Omsorgstjenester

Tynset kommune deltar i «SAM-AKS» prosjektet, som er en samarbeidsavtale mellom Tynset kommune og Sykehuset Innlandet, avdeling for alderspsykiatri. Gjennom samhandlingsprosjektet er målet å øke kvaliteten på behandling og omsorgstilbud til eldre pasienter med sykdommer som demens, depresjon, angst og delir. Flere kommuner i regionen er tilsluttet samme prosjekt.

Hovedmålet er å komme fram til bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem og utvikle modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjem med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem.

«Kreftkoordinator», er et interkommunalt prosjekt mellom Tynset, Alvdal, Tolga og kreftforeningen. Hovedmålet med denne stillingen er å bidra til å skape helhet og sammenheng, samt bedre trygghet og livskvalitet for kreftpasienter og deres pårørende. Tynset, Tolga og Alvdal kommuner har ved hjelp av midler fra Kreftforeningen og egenandeler opprettet 50% stilling som kreftkoordinator. Koordinatoren har kontor på Tynset, men foretar hjemmebesøk i alle tre kommunene. Kreftkoordinatoren er tilgjengelig for alle kreftrammede, uansett alder og kreftform, og deres pårørende gjennom hele pasientforløpet.

Det er et stort press på institusjonsplasser og omsorgsboliger, for å sikre riktig prioritering av plassene blir det foretatt grundige vurderinger gjennom hjemmebesøk/ kartleggingssamtaler utredningsopphold, sykepleiefaglige og medisinske vurderinger.

Det er en utfordring for tjenestene å sikre pasientene/ brukerne tilstrekkelig fagkompetanse gjennom hele døgnet. Dette er knyttet til rekruttering av sykepleiere spesielt og helsepersonell generelt, samt turnusløsninger og arbeidstidsbestemmelser som medfører utstrakt bruk av helge-stillinger og vikarer.

Organiseringen av tjenestene, utforming og geografisk plassering av lokaler og inndeling av tjenestetilbud er en utfordring for å kunne nytte tilgjengelige personalressurser og økonomiske ressurser optimalt.

#### 4.10 Psykisk helse og rus

Det er gode rutiner for å identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Ansatte i Psykiatri-/rusteamet innehar kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer ved hjelp av anbefalte kartleggingsverktøy og kompetanse for å kunne gjennomføre en kartlegging av funksjonsnivå og ressurser. Motiverende intervju er tatt i bruk for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte.

AUDIT og DUDIT er i dag implementert i våre prosedyrer i vurderingssamtalene. Dette gir oss mulighet til å avdekke og behandle et problematisk rusbruk på et tidlig tidspunkt. Personer med ROP-lidelser trenger oppfølging over lang tid og helst av personer/team med stor stabilitet, det er et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ved tilsyn fra Fylkesmann i Hedmark vår 2013 ble det ikke funnet avvik ved tjenesten til voksne personer med ROP-lidelser.

##### «Prosjekt boligansvarlig», Prosjekt mål:

- Gi rusmisbrukerne en tettere oppfølging for å styrke boevnen og bedre livskvaliteten.
- Øke samhandlingskompetansen på systemnivå, utarbeide boveiledningsrutiner og avdekke svakheter og styrke hjelpeapparatet.
- Minske kommunens restanser på husleie.
- Bidra til å gjøre kommunen til en positiv og synlig aktør som utleier og leietaker i boligmarkedet for rusmiddelmisbrukerne.

##### Videreføring av prosjekt «Lavterskel», mål:

- å heve livskvaliteten til brukerne og redusere de helsemessige skadene av rusmiddelbruk, uten å kreve rusfrihet. Gi rusavhengige en mulighet til å få mer kontroll over egen hverdag, eget liv, motivere til forandring og eventuelt komme helt ut av rusproblemet.

## 4.11 Tiltak og tjenester innen Habilitering og rehabilitering

**Koordinerende enhet** for habilitering og rehabilitering har en tverrsektoriell innretning og har oppgaver både på systemnivå og individnivå. Den skal ivareta brukergrupper med et bredt spekter av problematikk, både fysisk, psykisk og sosialt. I tillegg til statlig pålagte oppgaver er enheten en meldeinstans og et samordningsforum i forhold til saker som i utgangspunktet ikke har noen naturlig adresse. Enheten har myndighet til å plassere ansvar for videre avklaring av behov og for å gi aktuelle tjenesteområder oppdrag om å utnevne personlige koordinatorene.

### **Fysioterapi:**

Fysioterapitjenesten er drevet som privat praksis med driftstilskudd siden 2004, pr i dag 4,8 årsverk. Tynset kommunen kjøper 18t pr uke til tjenester av forebyggende art og tjenester inn i institusjon som ikke dekkes gjennom refusjonsordninger fra NAV. Bland fysioterapeutene med driftstilskudd/kommunale avtale innehar 1 fysioterapeut spesialkompetanse i lymfedrenasje og en innehar spesialkompetanse innen psykomotorisk fysioterapi.

Fysioterapitjenesten/driftsavtalen styres til enhver tid etter gjeldende ASA 4313  
[http://www.ks.no/PageFiles/5841/asa4313\\_arundskriv1\\_2013.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/5841/asa4313_arundskriv1_2013.pdf)

Pr. i dag er det en privat praksis som drives uten driftstilskudd fra kommunen.

Gjeldende prioriteringsnøkkel for fysioterapitjenestene (privat praksis):

1. Tidlig intervensjon ved:
  - Akutt luftveisproblematikk
  - Akutt lymfeødem
  - Pasienter i palliativ fase
  - Forstyrret motorisk utvikling
  - Sykmeldte
  - Små barn med feilstillinger
  - Pasienter i overføringsfaser institusjon-hjem.
2. Barn/unge/voksne/eldre uten akutte problemstillinger

Kommunale fysioterapi ressurser:

18t i uka fordelt på 3 fysioterapeuter.

- Helsestasjon/barn/hjelpemidler barn -6t
- Rehab.avd.-9t
- Institusjon -2t
- Samarbeid HBO -1t

**Individuell Plan (IP)**, kommunen har et relativt godt fungerende system for bruk av individuell plan, forankret i koordinerende enhet og ledelse.

#### **Ergoterapi:**

1,8 årsverk ergoterapeut knyttet til tjenesten, deltar i tillegg til ordinære ergoterapi oppgaver i byggekomiteer som rådgivere for universell utforming.

- Hjelpemiddelformidling i forhold til Rikstrygdeverket (NAV) i hjem/institusjon, fritid, barnehage og skole.
- Kommunalt hjelpemiddellager.
- Vurderingsbesøk på oppdrag for tiltaksgruppa. Generelt godt på vei til et bedre og mer helhetlig system for tildeling og evaluering av omsorgstjenester.
- Demensomsorgen med utredning og oppfølging av demensgruppa
- Bidrar til å oppnå universell utforming i offentlige bygg, ved deltakelse i byggekomiteer.

### 4.13 Næromsorg

Tynset kommune har et stort potensiale i næromsorgen, det er mange som har familie og sosialt nettverk i nærområdet.

Med bare 5500 innbyggere er det gode muligheter for å ha kjennskap og oversikt over befolkningen både for den enkelte og for Tynset kommune som tjenesteyter.

Det er viktig å bruke dette fortrinnet til bedre å kunne utnytte potensialet som ligger i nærmiljøet, tilpasse tjenestetilbudet og å utnytte samlede ressurser til beste for befolkningen og folkehelsen.

### 4.14 Innovasjon

Helse og omsorgstjenestene har vært åpen for og vært tidlig ute med å nyttiggjøre seg ny teknologi og utvikling innen for datasystemer og hjelpemidler. Organisering av tjenestene og utnyttelse av personell ressurser er allikevel tradisjonell og i henhold til lov og avtaleverk både for tjenestene og for personalet.

Tynset kommune deltar og er vertskommune for prosjektet «**PsykiØsterdalen**», prosjektet er et samarbeid mellom Tynset kommune og Sykehuset Innlandet, prosjektet ledes av Tromsø Telemedisin Konsult ved Bodil Bach.

Prosjektets målsetning er å tilby en forbedret helsetjeneste innen psykisk helsevern, «der pasientene bor», gjennom tilgang på helsepersonell ved bruk av videokonferanse (VK). Prosjektet skal også gi økt kompetanse hos helsepersonell innen psykisk helse basert på bruk av VK for felles kompetansetilbud.

Kompetanse og erfaringer bør bli implementert i flere tjenester/avdelinger i kommunen de nærmeste årene.

#### 4.15 Pårørende en ressurs!

Tjenestene samarbeider tett med pårørende, men inngår i liten grad forpliktende samarbeid/avtaler som nedfelles skriftlig, unntak er der pårørende er en aktiv part i Individuell Plan. Pårørende er en ressurs for sine og ønsker å bistå der det er mulig, hvilke forventninger og holdninger tjenestene har til deres bistand og rolle er avgjørende for en god utnyttelse av denne ressursen til beste for brukerne/pasientene.

### 5. Handlingsplan med satsningsområder veivalg og tiltak

#### 5.1 Forebyggende helsetjenester

Et viktig budskap i Samhandlingsreformen er at de forebyggende helsetjenestene i kommunen skal styrkes. Dette gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgstjenester og frisklivssentraler.

Veivalg/tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Tilrettelegge for at skolehelsetjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud plassert på skolene med regelmessige daglige åpningstider. Utrede alternative løsninger for grendeskolene.	Jan. 2014	Okt. 2014
2. Styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet innen psykisk helse og rus, spesielt arbeidet med tidlig intervensjon. Videreutvikle og videreføre lavterskeltilbudet for rusmisbrukere.	Jan 2014	
3. Opprette Folkehelsekoordinator. Etablering av «Frisklivssentral». Helsedirektoratet har i brev til alle landets kommuner i mai 2010 anbefalt etablering og utvikling av frisklivs/mestringstilbud overfor personer med økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner. Dette som et ledd i opptrappingen i forbindelse med Samhandlingsreformen. Fra mars Det fremlegges en rapport fra i løpet av høsten som vil underbygge dette behovet.	Mars 2014	
4. Etablerer oppfølgingstilbud for endring og mestring av levevaner til personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse i henhold til «Veileder for kommunale	Mars 2014	



<p>frisklivssentraler».</p> <p>5. Bedre utsatte grupper i befolkningen sin kompetanse ved å benytte kursmaterieell fra Helsedirektoratet «Bra Mat». Bra Mat er et inspirasjonskurs for å få til varig endring av levevaner i forhold til matvaner og matvarevalg.</p>	Mars 2015	
<p>6. Utrede om jordmor kapasiteten er tilstrekkelig for utvikling og gjennomføring av desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oppfølging av gravide for å forebygge sykemelding ved tilrettelegging og tett dialog mellom jordmor, den gravide og arbeidsgiver bør være et mål.</p>	Jan. 2015	Okt. 2015

## 5.2 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er viktig for at pasienter og brukere med kroniske tilstander eller nedsatt funksjonsevne, og pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, får helhetlige tjenester.

Det er viktig at avtalene fremmer en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide om jordmortjenester.

Sykepleierdekning gjennom hele døgnet ved Rehabilitering-/korttidsavdelingen og tilstrekkelig tilsynslege tid er avgjørende for at vi skal kunne ta imot pasientene i henhold til tjenesteavtale 2 og samhandlingsrutine for utskrivning fra SI.

Sykepleiefaglig, medisinsk kompetanse, rehabiliteringskompetanse og tilgang på ergoterapeut og fysioterapeut er også avgjørende for drive avdelingene med god ressursutnyttelse, riktig behandling til riktig tid og sikre god brukermedvirkning

Veivalg/tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Gjennom prosjekt «Utvikling av gode pasientforløp ved overføring mellom lokalsykehus og sykehjem/hjemmebaserte tjenester samarbeidsprosjekt sykehuset innlandet tynset og tynset kommune», tilrettelegge og være pådriver for samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere for å sikre helhetlige pasientforløp.	Er i gang.	
2. Etablerer samarbeid med SI om den nye turnusordningen for leger.	Er i gang.	
3. Følge opp konklusjoner og føringer i Fjellhelseprosjektet.	Nov.2013	

### 5.3 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Arbeid med internkontroll, kvalitet og pasient- og brukersikkerhet er et prioritert område jf. kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 4.2, kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS, «Nasjonal strategi for kvalitetsarbeid i sosial- og helsetjenesten (veileder IS 1162)» og «Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten». Det er utviklet elektroniske meldinger som bør benyttes i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastleger, og mellom pleie- og omsorgstjenesten og helseforetak.

Veivalg/tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Gjennom arbeidet med Kvalitetslosen, utvikle og implementere rutiner og systemer som ivaretar internkontroll, kvalitet og pasient- og brukersikkerhet.	Er i gang.	Okt 2014
2. Opplæring, implementering og igangsetting av elektronisk meldingsutveksling. Oppfylle kravene i Normen ( <a href="http://www.normen.no">www.normen.no</a> ). Sørger for opplæring og bevisstgjøring av ansatte for å sikre forsvarlig håndtering av helse- og personopplysninger i det daglige arbeidet.	Okt 2013	
3. Gjennom rutiner, introduksjon av nyansatte og internundervisning tydeliggjøre krav og forventninger til bruk av «Praktiske Prosedyrer i sykepleie» (PPS).	Jan 2014	
4. Vurdere og evt. ta i bruk tiltakspakker «I trygge hender» for riktigere legemiddelbruk i sykehjem og i hjemmetjenesten, samstemming av legemiddellister, samt tiltak for å forebygge og redusere infeksjoner, trykksår og fall.	Mars 2014	Okt.2014

## 5.4 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Tynset kommune skal sikre at helsepersonell får økt kunnskap om hvordan bruke tolk, jamfør «Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene». Sikre at kommunikasjonsarbeidet i helsetjenesten på alle nivåer tar hensyn til minoriteter i befolkningen. Øke kompetansen på kulturforskjeller og hvordan dette vil få konsekvenser for kommunikasjonsform og krav til enhetlig kommunikasjon fra tjenesteapparatet.

Veivalg/tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Utarbeide overordnet rutine for Opplæring i bruk av tolk til ansatte der dette er relevant.	Jan 2014	Jan 2015
2. Utvikle standardpermer med viktig helserådgivning og veiledning.	Jan 2014	Jan 2016
3. Sikre tilgang til brosjyrer om elementære helseråd på flere språk.	Aug 2014	
4. Utvikle informasjon om Tynset, helsetjenester og tilbud/aktiviteter på flere språk.	Jan 2015	Jan 2016

## 5.5 Beredskap

Det nye nødnettet skal bygges ut i hele landet. Legevakttilbudet gjøres også mer tilgjengelig gjennom etablering av et nytt nasjonalt nummer (**116 117**) til legevakt. Den nye teknologien legger til rette for vesentlig bedre samhandling i helsetjenesten og med de andre nødetatene. Samhandling om, og koordinering av akuttmedisinske tjenester skal omfattes av avtaleinstituttet som trer i kraft fra 1. januar.

Veivalg/tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Opplæring av personell på legevakt og legevaktsentral høsten 2013	Jan 2014	
2. Sikre informasjon til øvrige ansatte og til innbyggerne.	Jan 2014	

## 5.6 Personell og kompetanse

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjeneste. For kommunen innebærer dette kontinuerlig vurdering av kompetansebehovet og etablering av kompetansehevede tiltak i tjenestene.

Utfordringene knyttet til å nyttiggjøre seg tilgjengelige personalressurser på en fleksibel og kostnadseffektiv måte til beste for pasientene/brukerne må utredes.

I tillegg bør det jobbes systematisk med ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær, seniorutfordringer og gode rekrutteringstiltak.

Både arbeidsgivere og myndighetene har ansvar for å sikre at helse- og sosialpersonell er kvalifisert til jobben de skal gjøre.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Tynset kommune skal få styrket sin kompetanse og legge til rette for bruk av tilgjengelig kompetanse for å imøtekomme krav og føringer gitt i samhandlingsreformen. Jmf. Strategisk kompetansedelplan.	Nov 2013	
2. Ledere må gjøre seg kjent med WHO-koden om retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.	Nov 2013	
3. Utvikle og implementere gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell, dette er et viktig virkemiddel for god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.	Jan 2014	
4. Basert på Kostra rapport iverksette en prosess med partene som skal se på alternative løsninger knyttet til ressursutnyttelse, bemanningsfaktorer, strukturer og organisering.	Jan 2014	Okt 2014

### 5.7 Medisinsk kompetanse/tilsynslege

Pasientene innlagt i institusjon følges ikke lenger opp av fastlegen. Disse pasientene har ofte mange diagnoser og komplekst sykdomsbilde mange har relativt korte livsutsikter. Uforutsett sykdom i denne populasjonen forekommer ofte. Selv om kurativ behandling ofte ikke er aktuelt som den beste løsningen for pasienten, er prosessen rundt behandlingen krevende.

Legeforeningens normtall vil kunne brukes som rettesnor for å beregne tilsynslege behovet i institusjon, for Tynset kommune vil det si:

- 5t/uke på pleieavdelinga,
- 6t/uke på AD.
- 15t/uke Rehabiliterings/korttidsavdelingen., avdelinga er som nevnt sammensatt.  
Basert på følgende belegg:
  - 5 pasienter på korttids plass
  - 4 pasienter på akutt plass
  - 1 pasient som får palliasjon/terminalpleie.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Opprette fast stilling som sykehjemslege, konklusjoner i slutt rapport, juni 2014 på prosjektet med sykehjemslege må legge føringer for omfang og innhold. Målet med stillingen må være: - Videre utvikle behandlingslinjer sammen med SI.	Okt 2014	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha betydning for innleggelser/re-innleggelser i spesialisthelsetjenesten.</li> <li>- Rask utskrivning til kommunen</li> <li>- Direkte innleggelser til Rehabiliteringsavdelingen for enklere avklaringer uten å måtte via sykehusinnleggelse først</li> </ul>		
--	--	--

## 5.8 Allmennlegetjenester

Tilstrekkelige listeplasser er en stadig tilbakevendende flaskehals for kommunen. Resultatet av prosjekt «sykehjemslege» og fordeling og omfang av andre kommunale legeoppgaver har innvirkning på antall listeplasser. Dette er i tillegg en del av de individuelle avtalene som forhandles frem for fastlegene.

Samhandling og helhetlige tjenester internt i kommunen, spesielt til pasienter som mottar hjemmesykepleie er viktig.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Utarbeide en plan for utvikling og omfang av fastlegetjenesten.	Høst 2014	Jan 2015

## 5.9 Omsorgstjenester

I tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om en målrettet satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid legges det opp til at det i Tynset kommune skal tilbys et helhetlig pasientforløp, aktiv omsorg, trygghet, samarbeid med frivillige og familie og med spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene skal innrettes slik at mottakerens behov for koordinerte tjenester blir ivaretatt der det er nødvendig. Alle med behov for en individuell plan skal få det, og tjenestene må ivareta hensynet til brukermedvirkning.

I tråd med beskrivelsen i Omsorgstrappa skal det settes inn tiltak på lavt nivå som forebygger og utsetter tiltak som er mer ressurskrevende. Dette ut fra en erkjennelse av at de fleste ønsker å klare seg selv og bo hjemme så lenge som mulig, men også ut fra en nøktern vurdering av at det er nødvendig å holde kostnadsnivået så lavt som råd selv om innbyggerne skal få oppfylt sine rettigheter.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Evaluere kriterier for tildeling.	Jan 2014	
2. Utarbeide en plan for ytterligere dreining av ressurser fra institusjon til hjemmetjenester.	2015	

<p>3. Utprøving av velferdsteknologi. Gjennom Fjellhelse er det søkt på prosjekt midler fra helsedirektoratet for å være med i et større utviklings- og utprøvningsprosjekt innen velferdsteknologi. Benytte «Veikart for velferdsteknologi» <a href="#">KS - Veikart for velferdsteknologi</a>, som et hjelpemiddel for å ta i bruk ny velferdsteknologi. Det er et av KS sine bidrag inn i arbeidet med å utforme morgendagens omsorg. Det er også et av de første konkrete verktøyene som er laget for kommunene rettet mot bruk av velferdsteknologi.</p>	2014	
---	------	--

### 5.10 Psykisk helse og rus

Overføring av ansvar og pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen har ført, og vil føre til større arbeidsmengde. Behovet for en kommunepsykolog er, etter innføring av reformen, igjen høyst aktualisert.

For å gi våre brukere et godt nok tilbud, er vi svært avhengig av et godt samarbeid med NAV. Anslagsvis 80% av brukerne av psykiatri/rus teamet har en ytelse fra Nav, og det er svært viktig at våre tjenester samordnes på best mulig måte.

Rus miljøet i Nord-Østerdalen følger ikke kommunegrenser, det er et tett samarbeid mellom spes. Alvdal kommune og Tynset kommune både på grunn av «felles» brukere og for å utveksle faglig kompetanse. Det har vært dialog mellom Tynset, Alvdal og Tolga på tjenestenivået om at det er ønskelig å få utredet en interkommunal psyk- rustjeneste.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Utrede muligheter for en interkommunaltjeneste.	Vår 2014	

### 5.11 Habilitering og rehabilitering

Kommunen har et tydeligere og større ansvar for habilitering og rehabilitering. Pasienter og brukere som har et potensial i å forbedre sitt funksjonsnivå må få tilbud om målrettet rehabilitering.

Rapport fra Rambøll oktober 2012. "Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø». Metodikken er å sette inn en forsterket, tverrfaglig innsats til hjemmeboende med pleie- og rehabiliteringsbehov, med fokus på rehabilitering og mestring. Med dette kan grad av selvhjulpenhet økes, behov for varig og omfattende pleie reduseres og behovet for institusjonsplass utsettes.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Sikre at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er godt forankret i organisasjonen og synlig for befolkningen.	Jan 2014	
2. Arbeide for økt bruk av individuell plan (IP).	Jan 2014	
3. 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.	Jan 2015	

Endret Prioriteringsnøkkel for privat fysioterapi praksis med avtale med kommunen:

1. Tidlig intervensjon ved
  - Akutt luftveisproblematikk
  - Akutt lymfeødem
  - Pasienter i palliativ fase
  - Forstyrret motorisk utvikling
  - Sykmeldte
  - Små barn med feilstillinger
  - Pasienter i overføringsfaser institusjon-hjem.
2. Situasjoner hvor fysioterapi er nødvendig for å opprettholde best mulig funksjonsnivå og aktivitesnivå hos bruker.
  - Forebygging av sykefravær.
  - Smertereduksjon
  - Avspenning
  - Individuell veiledning og utvikling av treningsprogram
3. «Gjestepasienter», pasienter som ikke ligger under kommunens ansvar Kommunehelsetjenesten §3-1. og 3-2. [LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)

Endret fordeling og prioritering av kommunale timer:

- Rehabiliteringsavdelingen 6 timer.
- Forebygging og rehabilitering for pasienter i institusjon 3 timer.
- Helsestasjon/barn/hjelpemidler barn 6timer.
- Veiledning av personalet og utvikling av treningsprogram i institusjon 3timer.

## 5.12 Næromsorg

Det meste og det beste er næromsorg, der Tynset kommunes helse- og omsorgstjenestene er en del av nærmiljøet i nært samspill med brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, frivillige, lokale organisasjoner og virksomheter.

Bedre tilrettelegging av boliger og omgivelser, ny teknologi og nye faglige metoder gir folk muligheten til å klare hverdagslivet lenger på egenhånd.

Tynset kommune må utvikle kompetanse og være pådriver for å ta i bruk velferdsteknologi for å være med i samfunnsutviklingen og for å bidra til egenmestring og god ressursutnyttelse.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering.	2014	
2. Ta i bruk ny velferdsteknologi som både kan gi større trygghet, bedre mestringsevne og tilgang på informasjon og veiledning.	Når lovverket gjør det mulig.	

## 5.13 Innovasjon

Innovasjons- og utviklingsarbeid i omsorgstjenesten skjer først og fremst i den enkelte kommune og det enkelte lokalmiljø.

For Tynset kommune skal innovasjon være å lete etter hva som kan bli en bedre neste praksis. Innovasjon er å skape nytt. Da handler det om å åpne fremtida og utvide handlingsrommet gjennom å identifisere flere utveier, vise fram alternativer og finne nye spor og løsninger.

## 5.14 Pårørende en ressurs! Kilde NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Avtaler som gjøres med pårørende og frivillige, bør nedfelles i saksutredninger og i individuell plan, både for å samordne innsatsen med det offentlige hjelpeapparat, og vurdere tiltak overfor pårørende i form av opplæring (pårørendeskoler), veiledning, avlastning og økonomi.

Veivalg/Tiltak	Oppstart	Avsluttes
1. Innarbeide dialog/samarbeid med pårørende i faste rutiner.	Nov 2013	
2. Avklare forventninger til pårørende i dialog og i skriftlig informasjon.	Nov 2013	



## Kilder/ referanser.

Demensplan 2015 «Den gode dagen», [Demens - Helsedirektoratet.no](http://Demens - Helsedirektoratet.no)

Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013, rundskriv IS-1/2013 Helsedirektoratet. [Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013 - Helsedirektoratet.no](http://Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013 - Helsedirektoratet.no)

Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med sammensatte ruslidelser og psykisk helse- ROP-lidelser. IS-1948 Helsedirektoratet. [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser - Helsedirektoratet.no](http://Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser - Helsedirektoratet.no)

Meld.st.10 (2012-2013) «God kvalitet-trygge tjenester, om kvalitet og pasientsikkerhet». [Meld. St. 10 \(2012–2013\) - regjeringen.no](http://Meld. St. 10 (2012–2013) - regjeringen.no)

St.meld. nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen». [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) - regjeringen.no](http://St.meld. nr. 47 (2008-2009) - regjeringen.no)

Meld.St. 16 (2010-2011) Nasjonal Helse og Omsorgsplan (2011-2015). [Meld. St. 16 \(2010–2011\) - regjeringen.no](http://Meld. St. 16 (2010–2011) - regjeringen.no)

Meld.St.29 (2012-2013) «Se meg!». [Meld. St. 29 \(2012–2013\) - regjeringen.no](http://Meld. St. 29 (2012–2013) - regjeringen.no)

St.meld. nr.25 (2005-«006)(Omsorgsplan 2015) «Mestring, muligheter og mening». [St.meld. nr. 25 \(2005-2006\) - regjeringen.no](http://St.meld. nr. 25 (2005-2006) - regjeringen.no)

Lov om Kommunale Helse og omsorgstjenester m.m. [Helse- og omsorgstjenesteloven - Helsedirektoratet.no](http://Helse- og omsorgstjenesteloven - Helsedirektoratet.no)

Lov om Folkehelsearbeid. [Folkehelseloven - Helsedirektoratet.no](http://Folkehelseloven - Helsedirektoratet.no)

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. [NOU 2011: 11 - regjeringen.no](http://NOU 2011: 11 - regjeringen.no)

Helsetilstand og påvirkningsfaktorer på Helse i Fjellregionen 2013.

Strategisk kompetansedelplan Helse og Omsorg Tynset.

Komiterapport 2008, «Nye utfordringer i Helse- og omsorgssektoren Tynset kommune».

Strategisk Helseplan for Fjellregionen 2011-2016, «På samme lag» <http://www.fjellregionen.no/FLIB/1554-Strategisk%20Helseplan.pdf>