



HELSE- OG OMSORGSPLAN for SKJÅK KOMMUNE

2013 – 2025

September 2012

Framlegg frå plangruppa.

Innhald:

0	SAMANDRAG:	4
1.0	INNLEIING:	5
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Mandat	5
1.3	Om planarbeidet	5
1.4	Rammer for planen	7
1.5	Nasjonale føringar	8
1.6	Love	8
2.0	DEMOGRAFI	9
2.1	Vurdering av konsekvensar for Helse- og omsorgsteneste:	9
2.2	Helseutfordringar knytt til ulik kulturell bakgrunn.	10
3.0	HOVUDUTFORDRINGAR FOR SKJÅK:	10
3.1	Økonomi	10
3.2	Sjukdomsbilete - statistikk	13
3.2.1	Diabetes:	13
3.2.2	Hjarte-/ karsjukdomar:	13
3.2.3	Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og astma	14
3.2.4	Smerter	14
3.2.5	Psykiske lidningar	14
3.2.6	Kreft	15
3.2.7	Smittsame sjukdomar	15
3.2.8	Skadar og ulykker	15
3.2.9	Psykiske lidningar blant unge	15
3.2.10	Muskel- og skjellettledingar	16
3.2.11	Demens	16
3.3	Utviklingstrendar	17
3.3.1	Rus blant eldre	17
3.3.2	Rus blant unge	17
3.4	Vald i nære relasjonar.	18
3.5	Kompetanse	18
3.6	Rekruttering	18
4.0	HOVUDSTRATEGIAR	18
4.0	Gjennomgåande utviklingsprinsipp	18
4.0.1	Tryggleik	19
4.0.2	Kvalitet	19
4.0.3	Heilskap	19
4.0.4	Samarbeid	19
4.0.5	Velferdsteknologi	21

4.1 Omsorgstrapp:	22
4.1.1 Tenesteinnhald i omsorgstrappa	23
4.2 Hovudmål i utvikling av helse- og omsorgstenestene	31
4.2.1 Hjelp til sjølvhjelp - Betre førebygging av sjukdom:	31
4.2.2 Betre koordinering av tenester – meir saumlaus pasientbehandling:	31
4.2.3 Utfordringar knytt til demografisk utvikling:	32
5.0 HANDLINGSPLAN 2013 - 2025	33
1. Hjelp til sjølvhjelp - Betre førebygging av sjukdom:	34
2. Betre koordinering av tenester – meir saumlaus pasientbehandling:	36
3. Utfordringar knytt til demografisk utvikling:	40
6.0 TILTAKSPLAN 2013	45
6.1 Frisklivssentral	45
6.2 Omsorgsbustadar og HFF –bustadar.	45
6.3 Kompetanseplan	45
6.4 Organisering av rusarbeidet og regionalt samarbeid.	45
6.5 Oppfølging og evaluering av tenesteavtaler.	46
6.6 Etablering av NAV, Lom og Skjåk.	46
6.7 Vurdering av felles brukarkontor og KE med Lom.	46

0 SAMANDRAG:

Helse- og omsorgsplan for Skjåk 2013-2025 tek utgangspunkt i at tal på eldre med behov for Helse- og omsorgstenester ikkje vil auke i planperioden.

Talet på eldre vil ikkje endre seg vesentleg, og eldre si helse vil truleg på sikt endre seg til det betre.

Førebyggjande arbeid som hindrar og forsinkar utviklinga av helseplager for befolkninga må få høg prioritet. Dette vil i stor grad skje gjennom Folkehelseplanen for Skjåk, men og ut frå Helse- og omsorgstenestene vil dette måtte vere sentralt.

Krava til Helse- og omsorgstenestene i kommunen vil likevel auke. Nye oppgåver og auka krav til tenestene fører til auka behov for effektive og fleksible tenester. Auken i krav til omfang og innhald i tenestene vil i stor grad kome i forhold til yngre brukarar (under 64 år). Tenester må kunne gjevast på eit forsvarleg og berekraftig nivå både ut frå tilgang på kompetanse og ressursar elles.

Å etablere realistiske forventningar til tenesteinnhald og omfang blir viktig for å skape forventningar som er i samsvar med eit berekraftig omsorgsnivå i framtida. Det må arbeidast med serviceerklæringar for tenestene som definerar eit berekraftig tenestnivå for framtida.

For å møte mange av utfordringane, og for å etablere sikre og trygge kommunale tilbod for framtida må vi i stor grad samarbeide med andre kommunar i regionen.

Kvar for oss blir alle kommunane i regionen små og sårbare. Vi må samarbeide om utvikling av tenestetilbod og kompetanse, og med å etablere og drifte tenester som innbyggjarane i kommunane i regionen vil ha behov for.

Samarbeid med sjukehus og eksterne tenester, ikkje minst private aktørar i forhold til folkehelse og omsorgstenester, vil stå sentralt.

Oppgåver og utfordringar er i endring, ikkje minst gjennom etableringa av samhandlingsreform og dei endringar den vil føre med seg i tida framover. Her vil det stadig skje ei utvikling som vil kunne endre på oppgåver og vilkår for å løyse oppgåver.

Det blir derfor foreslått at planen blir rullert allereie i 2013, og at særleg Handlingsplan - delen og Tiltaksplanen blir rullert ofte.

Handlingsplanen bør rullerast i kvar kommunestyreperiode og Tiltaksplanen årleg.

Forslaget er tre hovudsatsingsområde med Helse- og omsorgsplanen:

1. *Hjelp til sjølvhjelp - betre førebygging av sjukdom.*
2. *Betre koordinering av tenester - meir saumlaus pasientbehandling.*
3. *Utfordringar knytt til demografisk utvikling.*

1.0 INNLEIING:

1.1 Bakgrunn:

I 2007 vart det lagt fram forslag til Pleie- og omsorgsplan til politisk behandling. Planen vart vedteken i Oppvekst- og omsorgsutvalet og i Formannskapet. I Kommunestyret vart det vedteke å utsette planen. Ein ville først gjennomføre den planlagde gjennomgangen av Pleie- og omsorgstenestene.

Denne gjennomgangen vart gjennomført i 2008. Det resulterte i rapporten "*Vurdering av tenesteområdet helse, pleie og omsorg i Skjåk kommune*" (RO mai 2008)

Etter det vart det sett i gang prosessar for å fylgje opp resultat og tilrådingar frå Rapporten. Denne prosessen vart så langt fullført med tilsetjing av PO- leiar ved årsskifte 2011/2012.

1.2 Mandat:

- Ta opp tidlegare arbeid, jf. utarbeidd PO-plan.
- Lage ein plan for heile helse- og omsorgsfeltet.
- Arbeidet må vere koordinert med arbeidet med Regional helse og omsorgsplan, og forebyggingsgruppa / Folkehelseplanen.
- Vurdere økonomiske og administrative konsekvensar.
- Frist 25. august 2011 for utarbeiding av planskisse med prioriteringar.
- Frist for framlegging av endeleg plan 15. november 2011.
- Innspel til budsjett 2012 må meldast inn så raskt råd er.

Plangruppa:

Margrethe Øvrelid

Gunnvor Hesla

Ingvild Mork

Beate Stø

Unnvald Bakke

Brit Forberg

Jan Rune Fagermoen

Planutkastet er lagt fram av rådmannen etter oppsummering av arbeidet i plangruppa.

1.3 Om planarbeidet

Dette har vore ein lang planprosess dersom ein ser attende og tek med arbeidet med PO-plan. Det har skjedd store endringar i denne tida.

Det har vore mange omstillingar som er med på å legge føringar for utviklinga av helse- og omsorgstenestene til innbyggjarane i kommunen.

Både nasjonalt, regionalt og kommunalt har det skjedd endringar i rammer og vilkår for arbeidet i sektoren.

Døme på slike endringar er nye lover, samhandlingsreforma, regionalt helsesamarbeid og utviklinga innanfor dei kommunale tenester, når det gjeld organisering, tilrettelegging og tenesteinnhald.

Endra budsjetttrammer, bygging av omsorgsbustader, felles barnevernstenester, legevaktordninga, Brukarkontor og leiarstruktur i pleie- og omsorg er berre nokre av dei endringar som er gjennomført sidan 2007.

Mangel på ein samla plan for dette arbeidet og den utviklinga som har skjedd, kan synast å vere påtrengande.

Men det vil og vere feil å seie at utviklinga har vore planlaus.

Arbeidet som vart gjort med pleie- og omsorgsplanen og dei prosessar som den hadde i seg har vore med på å gje retning. Organisasjonsgjennomgangen, som har vore viktig for mange sider av endringane, er eit døme på dette.

Det har og vore ei gjennomgåande bevisst haldning å sjå etter moglegheiter for å samarbeide med andre kommunar der dette kan styrke tryggleiken og kvaliteten på tenestene for innbyggjarane.

Oppdragsrapport frå 2007.

I samband med arbeidet med pleie- og omsorgsplan 2007 vart det utarbeidd ein rapport over helsetilstand og utfordringar i pleie- og omsorgstenestene. Det meste av rapporten er framleis aktuelt. På ein del område har vi i dag nyare statistikk og meir statistikk enn for berre nokre år sidan, men hovudbiletet er lite endra.

Tilrådingane i rapporten var :

”22 Anbefalinger

Kommunen bør være tydelig på hvilket nivå det skal være på tjenestene, dette er viktig for å avklare forventninger mellom innbygger og tjenesteapparat. Tjenestene må beskrives på en slik måte at innbyggerne skjønner hva som kan forventes av hjelp og støtte, på hvilket nivå og hva som skal kjennetegne måten tjenesten skal ytes på.

22.1 Brukermedvirkning

22.2 Ledelse

22.3 Kvalitet i tjenestene

22.4 Flere trinn i omsorgstrappa

22.5 Rehabilitering

22.6 Samhandling og samarbeide på tvers

22.7 Rekruttering, kompetanseheving og opplæring

22.8 Effektivitet

22.9 IKT

22.9.1 Frivillighetsarbeide”

(utdrag frå kap. 22 i rapporten -. Brit Forberg 2007, vedlegg).

Fleire av desse tilrådingane er teke tak i og gjennomført i tida fram til no. Andre tiltak må vi følgje opp gjennom denne planen.

Tenesteområdegjennomgang frå 2008.

”Sammenfatning/tilråding

Skjåk bør arbeide vidare med å utvikle sine tjenester innenfor helse, pleie og omsorg med forslaget til pleie- og omsorgsplan som grunnlag. RO mener det spesielt er viktig at man i Skjåk gjør noen strategiske valg. Slike valg vil være:

- *En beskrivelse av hvilke tjenester innbyggerne i Skjåk kan vente seg og på hvilket nivå tjenester vil ligge.*
- *En beskrivelse av omsorgskjeden som inkluderer en beskrivelse de funksjoner sykehjemmet i framtida skal fylle.*
- *En beskrivelse av hjemmebaserte omsorgstjenester som også vurderer behovet for omsorgsboliger med tilbud om tjenester hele døgnet.*
- *En gjennomgang av vedtaksmyndighet med sikte på å komme fram til en mer ensartet tjenestetildeling hvor samme myndighetsorgan tildeler alle tjenester ut fra en tydelig tjenestebeskrivelse.*

Pleie- og omsorgsplanen som nå er til høring har et langt tidsperspektiv med mange forslag til langsiktige tiltak og det kan derfor være nyttig å utarbeide en handlingsplan med for eksempel et toårig perspektiv og med prioriterte tiltak innenfor en slik begrenset tidshorisont. Når ledelse og ansatte skal arbeide vidare med tiltak ut fra planen, bør man hele tiden inkludere et ressursmessig perspektiv. Dette vil innebære at alle nye tiltak må vurderes ut fra ressurskrav og at alle tiltak som krever mer ressurser må følges av tiltak som sparer ressurser. Først og fremst må tjenestene som helhet redusere ressursbruken, det betyr at tjenestene må klare seg med færre ansatte.”

(Tilråding frå tenesteområde-gjennomgangen av pleie og omsorg, RO)

Tilrådingane frå denne rapporten er fylgt opp gjennom mellom anna oppretting av Brukarkontor og utarbeidd ”Kvalitetsstandardar i pleie og omsorg, desember 2010”.

Det er og arbeidd med tiltak for å redusere ressursbruken innanfor tenestene.

Arbeid med strategiske val, omstille tenestene, effektivisere og redusere ressursbruken må vi halde fram med i lys av samhandlingsreforma og samarbeidet i regionen.

1.4 Rammer for planen

Dei kommunale helse- og omsorgstjenestene omfattar tenester frå barnevern, psykisk helse, rus, sosialtenester gjennom NAV, fysioterapitenester, helsestasjon, legetenester og pleie- og omsorgstjenester.

Desse tenestene spenner over eit breitt spekter av ulike tilbod innanfor førebygging, rehabilitering, habilitering, omsorgstjenester og helsetenester. Tenester blir gjeve på ulike nivå. Dei dekkjer heile livsløpet med tenestetilbod frå svangerskap, familiar med barn, ungdom og vaksne med ulik funksjonsevne og hjelpebehov, til eldre med ulik grad av sjukdom og funksjonstap. Tenestene blir gjeve i alt frå førebyggjande tiltak, avlastningstilbod for barn til omsorgsbustadar og sjukeheim.

Kommunane har eit overordna ansvar for helse- og omsorgstenestene. Dei har eit “sørgje for - ansvar”, det vil seie planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere tenestene slik at omfang og innhald er i samsvar med lov og forskrift. Sentrale myndigheiter har som mål å dempe veksten i bruken av sjukehusenester og at ein større del av helse- og omsorgstenestene blir gjeve i kommunane. Samarbeidet og ansvarsfordelinga mellom kommunane og spesialisthelsetenestene skal tydeleggjerast. Dette skal sikrast gjennom nye kommunale oppgåver finansiert gjennom auka økonomiske rammer.

1.5 Nasjonale føringar

Den nasjonale utviklinga legg opp til at kommunen skal ha større ansvar for innbyggjarane si helse og uheld. Samtidig er det lagt vekt på at kvar einskild har ansvar for eiga helse. Veksten i folketal, og særleg talet på eldre, gjer at ein reknar med større etterspørsel etter helsetenester. For å bremse denne utviklinga er det nødvendig å satse på førebyggjande arbeid slik at folk kan halde seg friskare lengre. Mange sjukdomar har samanheng med livsstil, og det er eit mål å redusere veksten i slike sjukdomar og konsekvensar av desse. Større ansvar for behandling av sjukdomar vil auke presset på kommunale tenester, ikkje minst på behov for kompetanse.

Samhandlingsreforma tek utgangspunkt i at kommunane skal ta større ansvar for innbyggjarane si helse, både når det gjeld førebygging og behandling.

Førebygging

Folkehelsearbeid generelt er omtala i Skjåk kommune sin plan for folkehelse. Men førebyggjande helsearbeid er og ei oppgåve for helse- og omsorgstenestene.

Sosiale skilnadar har stor betydning for helse. Isolering og sosial utestenging / utmelding fører ofte til helseplager. Arbeid for å styrke sosial status og for å inkludere innbyggjarar som fell utanfor i mange samanhengar er viktig for å førebygge helseproblem.

Å skape gode sosiale arenaer der den enkelte kjenner seg heime og akseptert er viktig. For enkelte må det til eit bevisst målretta arbeid over tid for å bryte mønster og sosial rolleforståing som avgrensar sosial deltaking i mange samanhengar.

Arbeid for eit inkluderande lokalsamfunn som tek vare på den enkelte uansett alder, kjønn, kulturelt og sosialt opphav, psykisk og fysisk utgangspunkt er viktig for å kjenne at ein høyrer til og meistrar sosiale samanhengar.

Livsstil har stor innverknad på risiko for utvikling av sjukdom.

Helseåtfærd, primært fysisk aktivitet, kosthald og røykeslutt er viktige faktorar som direkte kan betre folk sin livssituasjon, men og indirekte redusere konsekvensar av sjukdom og sjukdomsbilete.

1.6 Lover

Nokre sentrale lover for helse- og omsorgstenestene:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)

- Lov om sosiale tjenester.
- Helsepersonell-loven
- Lov om pasientrettigheter

2.0 DEMOGRAFI

Tabell 3.1.1: Befolkningsframskriving, 2011 – 2040

Årstall			2011	2015	2020	2025	2030	2040
Geografi	Kjønn	Alder						
Skjåk	kjønn samlet	alle aldre	2299	2289	2299	2289	2273	2198
		0-14	367	368	336	333	330	314
		15-24	275	258	276	263	239	226
		25-44	508	499	484	477	475	429
		45-64	661	636	636	605	588	547
		65-74	260	295	300	300	307	301
		75-79	84	94	118	139	123	137
		80+	144	139	149	172	211	244

Tabellen viser framskrevet folkemengde for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2011. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene. Kilde: Kommunehelsa

2.1 Vurdering av konsekvensar for Helse- og omsorgsteneste:

”Eldre - bølga” vil dei næraste 10 åra ikkje vere særleg merkbar i Skjåk. Auke i tal på eldre vil ikkje gjere seg gjeldande før mot slutten av planperioden.

Analyse av utviklinga av folketallet generelt i Skjåk syner liten endring av innbyggartal over 80 år før mot slutten av planperioden. Vi ser ein gradvis reduksjon av innbyggartalet i aldersgruppene under 65 år.

Kommuneplanen sine målsettingar om auke i folketal vil truleg ikkje føre til særleg auke i dei eldste aldersgruppene. Truleg vil auken hovudsakleg kome i gruppene under 65 år.

Helse- og omsorgstenestene kan likevel i tida framover møte innbyggjarar/tenestemottakarar med andre krav, og som er vande med å bestemme sjølve. Dei vil legge vekt på individuelle verdiar, opplevingar og prestasjonar framfor det kollektive. Mange vil ha høgare utdanning og vere vande med høgare materiell standard. Truleg vil forventningane til kommunen som tenesteytar bli påverka av dette. Det vil kunne gjelde fagleg innhald, grad av medbestemming og individualitet, tenestenivå og kva arena tenester skal gjevast på. Framtida sine brukarar vil kunne ha andre behov og problem enn mottakarar i dag, men vil også ha andre ressursar for å meistre dei. Den teknologiske utviklinga innanfor medisin har vore omfattande dei siste tiåra. Dette er ei utvikling som truleg vil halde fram. Dei eldre si helse blir stadig betre og levealderen er venta å fortsette å auke. Utviklinga innanfor medisin kan kome til å endre behovet for helse- og omsorgstenester.

Tenestebehov og tenesteomfang til yngre brukarar (under 65 år) vil auke. Vi ser at ein stadig større del av ressursane innfor helse- og omsorgstenestene går til brukarar under 65 år. Ikkje minst for desse gruppene vil kommunane få eit større ansvar enn før.

Vi ser at utfordringar i forhold til rusproblematikk, psykisk helse og demens er aukande for fleire grupper i befolkninga, både eldre og yngre.

Tenestene i kommunen må tilpassast og leggast til rette med eit innhald og på eit nivå som gjer oss i stand til å møte framtidige utfordringar. Eit for høgt tenestnivå vil etablere forventningar som det i framtida kan bli vanskeleg å levere.

Tenestene må vere nøkterne og fagleg forsvarlege. BEON (Beste effektive omsorgsnivå) må vere grunnprinsippet.

2.2 Helseutfordringar knytt til ulike kulturelle bakgrunn.

Enkelte sjukdomar ser ut til å kunne ha ein høgare førekomst i innvandrarbefolkninga enn i befolkninga elles. For eksempel :

- [diabetes](#)
- [vitamin D-mangel](#)
- psykiske helseproblem

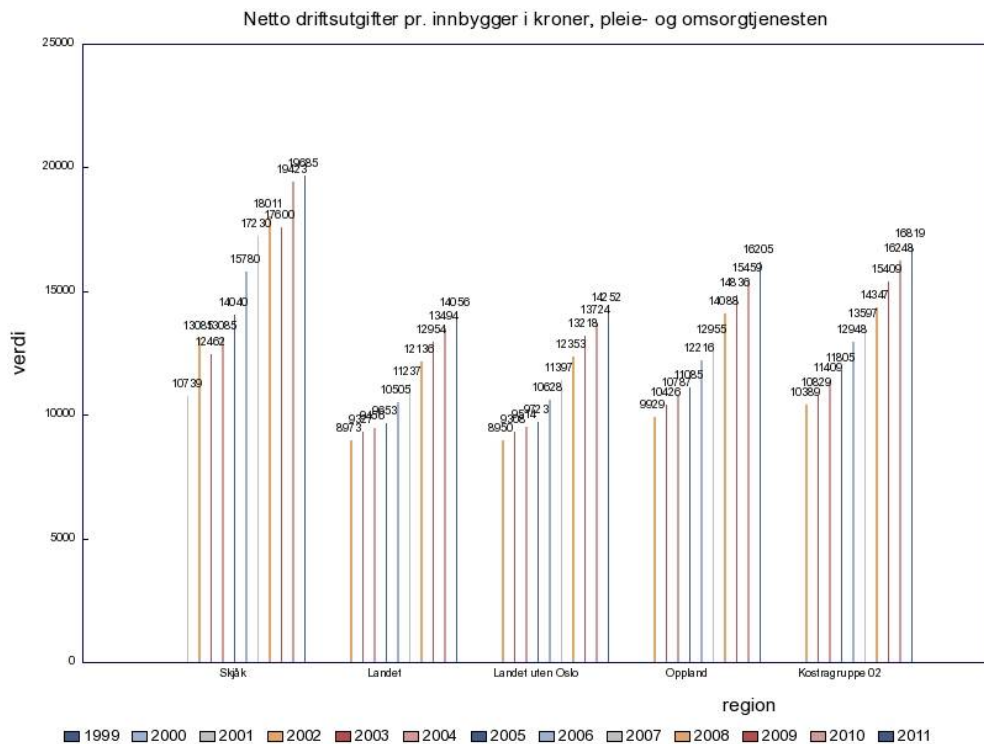
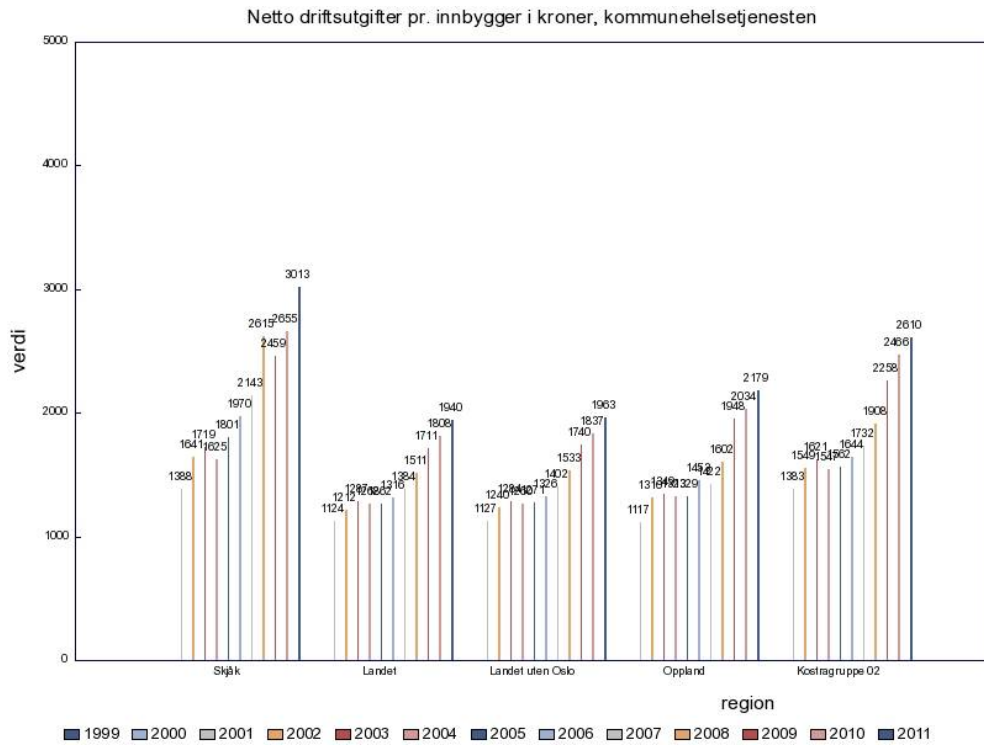
Det er store forskjellar mellom ulike nasjonalgrupper og mellom menn og kvinner.

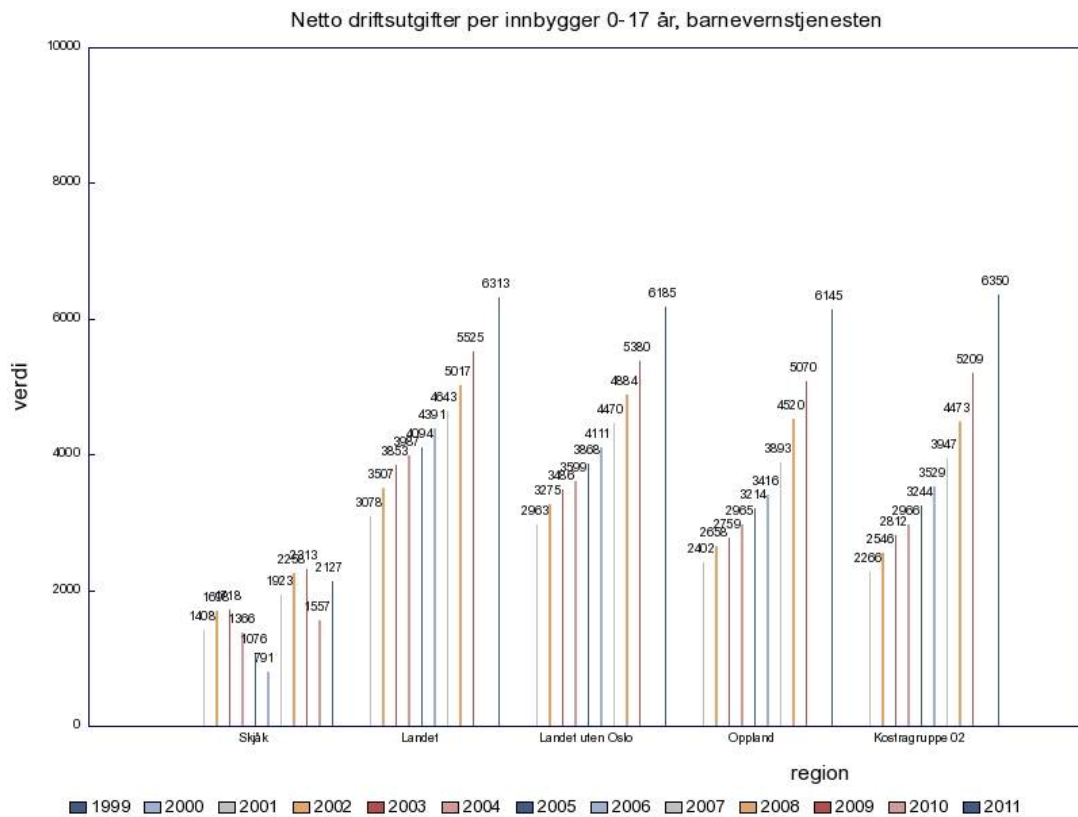
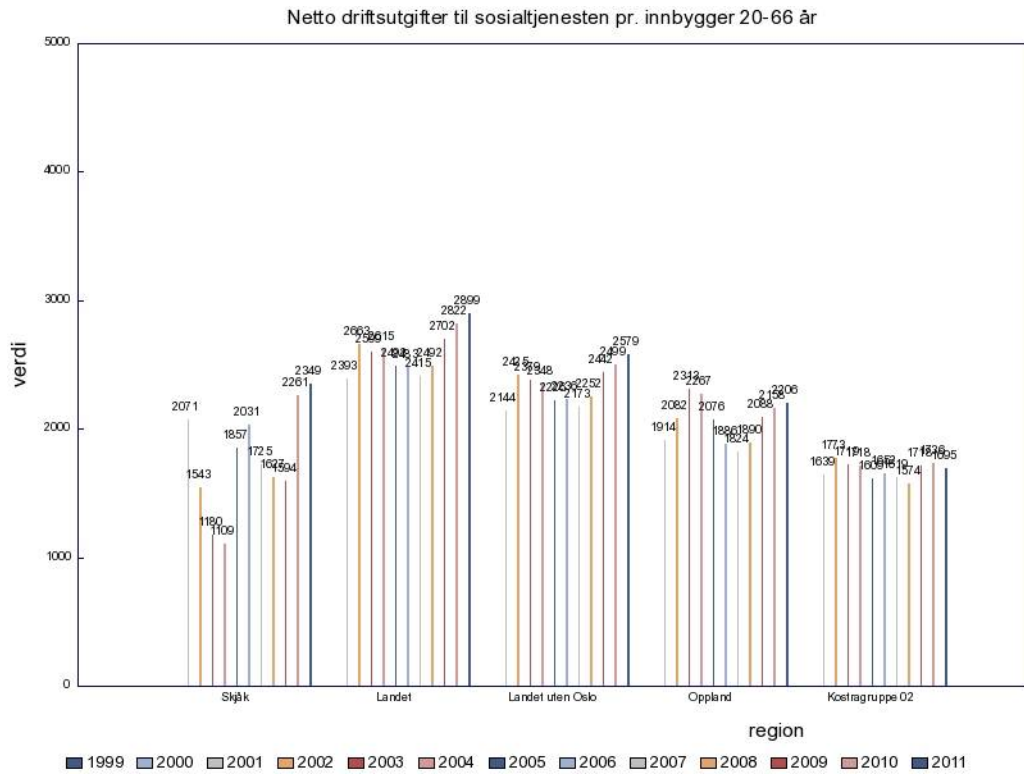
Forsking viser at helseforskjellar ikkje berre kan forklarast ut frå sosialøkonomiske forhold og eventuelle traumar innvandrarane måtte ha blitt påført før dei kom hit til landet. Det kan sjå ut som at etnisk bakgrunn, mottakinga i det norske samfunnet og korleis sjøve integreringsprosessen fungerer, påverkar innvandrarane si helse. Tilgang til helsetenester og kvaliteten på tenestene kan og ha betydning.

3.0 HOVUDUTFORDRINGAR FOR SKJÅK:

3.1 Økonomi

Dei økonomiske rammene for Skjåk kommune er gode samanlikna med mange andre kommunar. Men vi har eit høgt ressursnivå i tenestene, - ikkje minst innanfor delar av helse- og omsorgstenesta. På dei fleste område ligg ressursbruken over gjennomsnitt for grupper av kommunar vi samanliknar oss med.





Arbeidet med effektivisering og redusert ressursbruk innanfor delar av tenestene må halde fram, og vi må i større grad omfordele ressursar til område der det er behov for styrking.

Utvikling i økonomiske rammer for helse- og omsorgstenestene vil vere avgjerande for evna til å møte utfordringane og evna til å sette inn nok trykk på det førebyggjande arbeidet.

3.2 Sjukdomsbilete - statistikk

Sjukdomsbilete er i stor grad basert på analysar av tilgjengeleg statistikk slik det er sett saman og presentert av koordinator for samfunnsmedisin i Nord-Gudbrandsdal, Hege Lorentzen. På dei fleste område som omhandlar sjukdomsbilete er det tilgjengeleg statistikk for den enkelte kommune. For Skjåk blir tala små og usikre. Det er likevel interessant å sjå tendensar over tid og samanlikne utvikling med andre kommunar.

Vi meiner å sjå tendens til auka fysisk aktivitet blant innbyggerane, og det blir spennande å sjå i kva grad dette kan verke inn på sjukdomsbilete framover.

3.2.1 Diabetes:

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.1.1 og 3.3.1.2,

Diabetesmedisin: Skjåk kommune har hatt ein gradvis auke i bruk av diabetesmedisin i perioden 2007 – 2010. I 2010 brukte 29 per 1000 - dvs. 71 personar i alderen 0 – 74 år diabetesmedisin. 49 brukte glukosesenkande middel utanom insulin og 33 insulin og analogar (nokre brukte begge typar). I Skjåk har både bruk av insulin og blodglukosesenkande middel utanom insulin auka - sistnemnte har auka mest. Det er sannsynleg at mykje av aukinga kan relaterast til auke i diabetes type 2. Risikofaktorar for diabetes type 2 er arvelege faktorar, overvekt og lite fysisk aktivitet.

Det er fleire per 1000 som brukar diabetesmedisin i Skjåk kommune enn i dei fleste andre kommunane i Nord-Gudbrandsdalen og i landet elles. Kva dette betyr er usikkert – det kan vere fleire med diabetes, men det kan også vere færre ubehandla som lever med sjukdomen utan medikamentell behandling.

Nye forskingsdata vil kunne gje auka kompetanse på området.

3.2.2 Hjarte-/ karsjukdomar:

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.2.1 og 3.3.2.2,

Medikament mot hjarte- og karsjukdomar (unnateke kolesterolsenkande middel): I Skjåk kommune har det vore ein gradvis auke i bruken av desse medikamenta frå 2007 til 2010. Auken ser ut til å ha vore noko større i Skjåk enn i landet elles og dei fleste kommunane i Nord-Gudbrandsdalen. Det er ein jamn auke både for menn og kvinner, men det er nokre fleire kvinner per 1000 enn menn per 1000 som brukar desse medikamenta. I 2010 var det 343 personar som henta ut minst ein resept på legemiddel mot hjarte- og karsjukdomar.

Sjukehusinnleggingar hjarte- / karlidningar, 2010

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.2.3

Dødelegheit hjarte-/karsjukdom, 1995 – 2009

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.2.4, 3.3.2.5 og 3.3.2.6,

3.2.3 Kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) og astma

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.3.1 og 3.3.3.2,

Medikament mot KOLS og astma: Bruken av desse medikamenta har vore stabil i Skjåk kommune frå 2007 til 2010, men er høgare enn i dei andre kommunane i Nord-Gudbrandsdalen og landet elles. Det er store forskjellar i bruk av desse medikamenta mellom kommunane i Nord-Gudbrandsdalen. I Skjåk vart det henta ut minst ein resept av 123 personar i 2010.

3.2.4 Smerter

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.4.1 og 3.3.4.2,

Smertestillande medikament: Det har vore ein gradvis auke i bruk av andre smertestillande medikament (dvs. smertestillande utanom opoidar og inflammasjonshemmande medikament) på resept i Skjåk kommune. Auken ser ut til å ha vore noko lågare enn i landet elles. I 2010 var bruken omtrent som i landet elles og lågare enn i dei fleste andre kommunane i Nord-Gudbrandsdalen. Totalt sett vart det henta ut minst ein resept av 66 kvinner og 44 menn, og auken har vore størst for kvinnene.

Ved inkludering av opoidar og inflammasjonshemmande medikament viser statistikken at det vart henta ut minst ein resept av 497 personar i kommunen. Ikkje reseptpålagde smertestillande medikament er ikkje med i denne statistikken.

Tala viser sannsynlegvis at kroniske smerter er eit stort og kostbart folkehelseproblem – i Skjåk kommune som i landet elles.

3.2.5 Psykiske lidingar

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.5.1, 3.3.5.2, 3.3.5.3 og 3.3.5.4

Middel mot psykiske lidingar: Med unntak av auke i bruken av sovemedisin og roande medisinar, har det vore liten endring i bruken av middel mot psykiske lidingar (antidepressiva og antipsykotika) frå 2007 til 2010. Bruken i Skjåk kommune ligg totalt sett noko lågare enn i landet elles. 153 kvinner og 100 menn henta ut resept i 2010.

3.2.6 Kreft

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.6.

Dødelegheit på grunn av kreft i Skjåk kommune ser ut til å vere relativt stabil i perioden frå 2004 til 2009, men dette er svært små tal (2 i 2009) og statistisk vanskeleg å samanlikne. Den er lågare enn i dei andre kommunane i Nord-Gudbrandsdalen og i landet elles.

3.2.7 Smittsame sjukdomar

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.7.

Det er totalt sett få smittsame sjukdomar som blir melde til Folkehelseinstituttet (lovpålagte meldingar) i Nord-Gudbrandsdalen. Unntaket er genitale chlamydiainfeksjonar. Talet varierar frå år til år, høgaste tal var 7. Tal er ikkje gjeve i 2011.

3.2.8 Skadar og ulykker

Viser til vedlegg: Oversikt over helsetilstanden og påvirkingsfaktorer Skjåk kommune tabell 3.3.8.1 og 3.3.8.2,

I 2010 vart 32 personar innlagt på sjukehus etter ulykker. Diagrammet viser innleggingar per 1000 innbyggjarar, - Skjåk kommune ligg tett opp mot landsgjennomsnittet. Når det gjeld hoftebrot, ligg Skjåk kommune rett over landsgjennomsnittet, men det er svært små tal. 8 av sjukehusinnleggingane skuldast hoftebrot.

3.2.9 Psykiske lidingar blant unge

Vi har ikkje data på omfang av psykiske lidingar blant unge i Skjåk. Undersøkingar viser elles at 15-20% av unge i grunnskulealder har så store psykiske vanskar at dei har behov for hjelp.

Det kan vere vanskar som:

- åtferdsvanskar
- psykiske vanskar som følgje av overgrep
- spise-forstyrringar
- tvangslidingar
- frykt og angst
- skulevegving
- depresjon

(SinnetsHelse.no / Folkehelseinstituttet)

3.2.10 Muskel- og skjellettlingar

Muskel- og skjellettplager er eit fellesomgrep for smerte eller ubehag i musklar, sener, ledd eller nerver som fører til redusert funksjonsevne. Dei kan kome på grunn av skade, men ofte utviklar det seg over år. Elles er diagnosen ofte upresis og usikker.

Muskel- og skjellettplager er den største enkeltårsak til sjukefråvær i arbeidslivet. I Noreg har 40% av sjukemeldingane ein diagnose relatert til muskel- og skjellettplager.

Fysiske faktorar:

For stor fysisk belastning ved lyft, skyv/trekk, bering.

Uheldige arbeidsstillingar, for eksempel arbeid over skuldernivå eller i huksitjande stilling.

Einsformig arbeid, same arbeidsrørsler som blir gjentekne hurtig og/eller mange gonger.

Vibrasjonar, arbeid i kulde eller i ekstrem varme.

Organisatoriske og psykososiale faktorar:

- Krevjande arbeid, men lite kontroll over arbeidet.
- Mistrivsel.
- Manglande støtte frå leiing og/eller kollegar.
- Tidspress.

Individuelle faktorar:

- Dårlig fysisk form
- Sjukdom
- Alder
- Overvekt
- Røyking

3.2.11 Demens

Skjåk	Folketal fordelt på aldersgrupper						Tal på demente				
	2010	2015	2020	2025	2030		2010	2015	2020	2025	2030
65-69 år	139	169	145	161	152		1	2	1	1	1
70-74 år	110	128	158	138	152		2	3	3	3	3
75-79 år	100	95	113	139	121		6	6	7	8	7
80-84 år	67	76	75	90	115		12	13	12	15	19
85-89 år	45	43	48	49	61		14	14	15	15	19
90 år og eldre	20	23	25	27	29		8	9	10	11	12
						Sum	44	45	49	54	62
Totalbefolkning	2 265	2 199	2 134	2 069	2 032						

Frå SSB-Statistikkbanken 2010

3.3 Utviklingstrender

3.3.1 Rus blant eldre

Eldre og alkohol

Dagens eldre er vakse opp med eit anna forhold til alkohol enn tidlegare generasjonar, og det er grunn til å tru at dei som no nærmar seg pensjonsalder vil ha eit betydelig høgare alkoholforbruk.

Det gjennomsnittlege totalkonsumet av alkohol er dobla frå andre verdskrig og fram til i dag. Ein veit også at eldre har ein betydelig lågare toleranse for alkohol, slik at same mengde alkohol kan vere meir skadeleg for eldre enn for yngre (Kalant, 1998). I tillegg er eldre den største forbrukargruppa av roande medikament, sovemedikament og ulike typar smertestillande, og ein kombinasjon av alkohol og medisinar er særleg ugunstig for eldre si helse (Folkehelseinstituttet, 2010; Moore et al., 2007).

Dette kan mellom anna få konsekvensar for skadar og ulukker blant eldre.

(Frå fakta-ark frå Folkehelseinstituttet. Publisert 21.12.2010. Oppdatert 25.10.2011.)

3.3.2 Rus blant unge

Misbruk av rusmidlar er eit vidt område. Det førekjem i alle lag av befolkninga, frå 12årsalder til høgt opp i alderdomen. Det kan vere alkohol, narkotiske stoff og bruk av vanedannande medisin.

Det er mange utfordringar når det gjeld rusproblematikk. Vi må ha gode rutinar for arbeid med rus og klare ansvarsforhold. Alle som kjem i kontakt med dette problemområdet må vite kvar ein vender seg i kommunen, og alle som har dette som ansvarsområde må vite kva ein gjer med det, kven som har ansvar for dei ulike oppgåvene.

Ei av hovudutfordringane er rus blant ungdom. Ungdom er ikkje ei einsarta gruppe og misbruk artar seg forskjellig innan gruppa. Det er framleis slik at alkohol er det største problemet. Men vi har også bruk av narkotiske stoff, der vi reknar med at hasj er den største gruppa.

Bruk av diverse tablettar kombinert med alkohol førekjem, eller berre vanedannande tablettar. Under dette høyrer også bruk av tobakk. Det er framleis ein del unge som røyker. Tobakksbruk i svangerskap utgjer ein stor helserisiko for barnet.

Førebygging på dette feltet blir viktig. Haldningsarbeidet må ta til i skule og barnehage, og på foreldremøte. MOT- arbeidet i kommunen blir viktig å vedlikehalde og utvikle vidare og bruke det i alle lag av organisasjonen. Svangerskapsarbeidet hos jordmor må halde fram, likeins arbeidet på helsestasjonen. Vi har helsestasjon for ungdom, som framleis blir viktig når det gjeld rusførebygging.

I tillegg kjem oppgåvene med kartlegging, avdekking og motivering.

Hovudansvaret for rusarbeidet vil ligge på Fellestenesta for psykisk helsearbeid.

Samarbeidspartar vil vere: politi, helsetenesta med legane, helsestasjon, fysioterapeut og jordmor.

Vidare vil heimetenestene innan PO og NAV-kontoret vere samarbeidspartar innan rusområdet, så vel som skule og barnehage.

For ungdom under 18 år blir foreldra/ familie ein viktig samarbeidspart. For dei eldre vil familie, skule og arbeidsplass vere samarbeidspartar som kan bidra.

Utfordringane for kommunen blir å kartlegge omfanget av rusmisbruk i kommunen og strukturere rusarbeidet med ansvarsoppgåver for alle som kjem i kontakt med rusmisbruk.

3.4 Vald i nære relasjonar.

Vald i nære relasjonar er eit alvorlig samfunnsproblem, vurdert ut frå omsyn til kriminalitet, helse, likestilling og oppvekst. Vald skapar utryggleik, kan medføre helseskadar, tap av velferd og avgrensar den enkelte si livsutfalding. Vald i nære relasjonar dreier seg om vald i mange ulike samanhengar. Det kan vere mot barn, kvinner og menn i familiesituasjonar, eller andre situasjonar der samfunnet forventar at det skal vere trygt og tillitsfullt rundt enkeltindividet. Det kan vere i alle aldersgrupper og sosiale relasjonar. Det dreier seg om fysiske og/eller psykiske overgrep utført av omsorgsperson rundt den eller dei som blir utsett for dette.

Barnevern, helsetenestene, pleie- og omsorgstenestene, skular og barnehagar er ofte sentrale kommunale tenester til å medverke til å avdekke slike forhold.

Tidleg intervensjon og førebygging er viktig. Dess lenger ein slik «relasjon» varer dess vanskelegare er det å bryte ut, og dess større blir ofte skadane av situasjonen.

Satsing på krisesentertilbod er sentralt i oppfølging av dei som er utsette for slike handlingar. Gode samhandlingsrelasjonar, varsling, sikre trygge tenester er viktige tiltak lokalt.

3.5 Kompetanse

Nye oppgåver / større ansvar i høve til eksisterande oppgåver og rekrutteringsutfordringar vil gjere kompetanse til ein kritisk faktor for å lukkast.

Stabil, god kompetanse vil vere eit vilkår for at kommunen kan ta på seg dei oppgåvene det er forventa at vi skal ta oss av i framtida. Samtidig er dette avgjerande for at vi kan levere trygge tenester på eit forsvarleg fagleg nivå.

For å sikre kompetanse trengst det målretta og strategisk arbeid med etterutdanning, vidareutdanning og rekruttering for å sikre at vi har den kompetanse vi treng. Samarbeid om å bygge opp solide og stabile kompetansmiljø som kan vere attraktive for fagfolk og trygge for brukarar/pasientar. Tilrettelegging for desentraliserte tilbod innanfor grunnutdanning, etter- og vidareutdanning i regionen vil vere viktig.

Desse utfordringane må vi løyse i nært samarbeid med dei andre kommunane i regionen, Utviklingssenter for heimetenester, Nord- Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter, Karrieresenteret OPUS, og med Sjukehuset innlandet HF.

3.6 Rekruttering

For å møte framtida sine behov, er det viktig å tenkje rekruttering i alle tenester. Det må tenkjast tverrfagleg. Det interkommunale og regionale samarbeidet er viktig.

4.0 HOVUDSTRATEGIAR

4.0 Gjennomgåande utviklingsprinsipp

I kommunen sitt arbeid vil vi legge vekt på nokre grunnleggande og gjennomgåande prinsipp for tenestene.

4.0.1 Tryggleik

Innbyggjarane skal kjenne seg trygge på at dei får dei tenester dei har rett på og til den kvaliteten som det er krav om.

Brukarkontoret skal vere den staden ein kontaktar når ein har behov for tenester frå Helse- og omsorgstenestene i Skjåk.

Der får ein hjelp til å kontakte rett teneste, internt og eksternt, dersom det ikkje er Brukarkontoret sjølv som skal vurdere behov og gjere vedtak om tenester.

Vi skal ha eit tenestetilbod som samhandlar godt både internt og eksternt, for å sikre at pasienten opplever koordinerte tenester.

4.0.2 Kvalitet

Tenestene skal vere faglege og profesjonelle i si tenesteutøving, både i høve til organisering og tilrettelegging av tilbodet til den enkelte.

Det skal vere høg fokus på at tenestutøvinga blir vurdert opp mot dei etiske standardar som gjeld for utøving av ei fagleg, profesjonell, og omsorgsfull teneste.

Fokus på etisk refleksjon og diskusjon må ivaretaast i tenestene. Tenestene skal systematisk evaluere og prøve ut vurderingar ut frå etiske prinsipp.

Tenestene skal framstå slik at det er tydeleg at ein tek vare på den enkelte i respekt for individet sin eigenverdi, eigne moglegheiter og rett til å bestemme over eige liv.

Tenestene til den enkelte skal dokumenterast på ein forskriftsmessig måte for å sikre profesjonalitet, systematikk og den enkelte brukar sine rettar.

4.0.3 Heilskap

Tenestene skal vere tilrettelagt etter den enkelte brukar sine behov og rettar. Dei skal gjevast ut frå individulle vurderingar der ein legg vekt på å stimulere den enkelte sine eigne ressursar for eigenmeistring og på at brukaren skal oppleve å vere trygg.

Det skal leggast stor vekt på samhandling mellom tenester internt og med eksterne samarbeidspartar.

Etablere og vedlikehalde god forståing og samarbeidspraksis er viktig for at pasienten ikkje opplever seg som kasteball, eller tenestene som fragmenterte.

Brukaren må sikrast koordinerte og samordna tenester på tvers av tenestenivå, kommunal organisering og lover.

Vi må derfor sjå helse- og omsorgstenestene i samheng med andre kommunale tenesteområde og tenester gjevne av spesialisthelsetenestene.

4.0.4 Samarbeid

Eit viktig utgangspunkt for samhandlingsreforma er behovet for betre saumlause tenester. For lite samheng og oppleving av fragmenterte tenester som i for liten grad heng saman, er uheldig for pasienten som er avhengig av at tenester samarbeider og at overgangar mellom tenester og tenestenivå fungerer.

Med hjelp av rutinar som sikrar koordinerte tenester, koordinatorar og individuelle planar skal vi sikre at tenestene blir opplevd som saumlause i den grad det er mogleg.

Alle tenester skal bidra til at vi ser kommunen sine samla ressursar og oppgåver i samanheng, og at vi samarbeider om å planlegge og løyse oppgåvene på beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Koordinerende eining skal sikre at vi har system og rutinar for samhandling mellom tenester i organisasjonen.

- Samarbeid med Friviljugsentralen
- Samarbeid med Idrettslag
- Samarbeid med næringsbedrifter i kommunen.

Det vil bli viktig å støtte og utvikle nye former for friviljug engasjement frå familie og lokalsamfunn, brukarstyrte organisasjonar og verksemder basert på samhandling mellom det offentlege og sivilsamfunnet. Dette handlar minst like mykje om kva slags framtidssamfunn vi skal bygge, som korleis helse- og omsorgssektoren skal utvikle seg.

- Utviklingscenter for heimetenester (UHT) Vågå, Lom og Skjåk.
- Fellesteneste for psykisk helse, Lom og Skjåk.
- Felles barnevernsteneste Lom og Skjåk.
- Felles NAV, Lom og Skjåk.

- Regionplan for helsesamarbeid.
- Folkehelsesamarbeid.
- Russamarbeid.
- NAV- samarbeidet.
- 6K Helse
- Kompetansegruppa
- Felles regional jordmorkvakt.
- Samarbeid gjennom ulike fagnettverk, legemøte, helsesystemer

- Gjennom NGLMS samarbeid med spesialhelsetenestetilbod lokalisert på Otta.
- Samarbeid om kompetanse-utveksling og -utvikling.
- Tenesteavtaler om samhandling
 1. Einigheit om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for og ein felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre
 2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar / brukarar med behov for koordinerte tenester
 3. Retningslinjer for innlegging i sjukehus
 4. Beskriving av kommunen sine tilbod om døgnopphald for akutt hjelp
 5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som ein reknar å ha behov for kommunale tenester etter utskrivning frå institusjon
 6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglege nettverk og hospitering
 7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
 8. Samarbeid om jordmorktenester
 9. Samarbeid om IKT- løysningar lokalt
 10. Samarbeid om førebygging
 11. Semje om felles beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda.

4.0.5 Velferdsteknologi

Omsorgstenestene vil både i dag og i framtida vere arbeidsintensive og avhengige av møtet mellom menneske. Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskeleg omsorg og fysisk nærleik. Velferdsteknologi kan gje meir sjølvstende og tryggleik, og moglegheiter til å klare seg på eiga hand i dagleglivet. Ulike former for teknologi kan fungere som støtte både til brukarar, pårørande og tilsette i helse- og omsorgstenestene.

Vi må gjere oss nytte av og betre kvaliteten på tenestene ved bruk av teknologi.

Målet med dette må fyrst og fremst vere å:

- gje brukarane moglegheit til sjølv å meistre eigen kvardag ved hjelp av tekniske hjelpemiddel, tilrettelegging og støtte, og på den måten klare seg sjølv og bli mindre avhengige av andre.
- gje både brukarar og pårørande større tryggleik og avlaste dei for bekymring gjennom bruk av teknologi for sporing og observasjon, alarmer og sensorar.
- gje brukarar og pårørande moglegheit til å delta i brukarnettverk og halde kontakt med kvarandre og med hjelpeapparatet for eksempel gjennom bruk av nye sosiale medium.
- gje alle partar større moglegheit til å skaffe seg opplysning og få rettleiing gjennom nettbaserte program og sosiale medium.

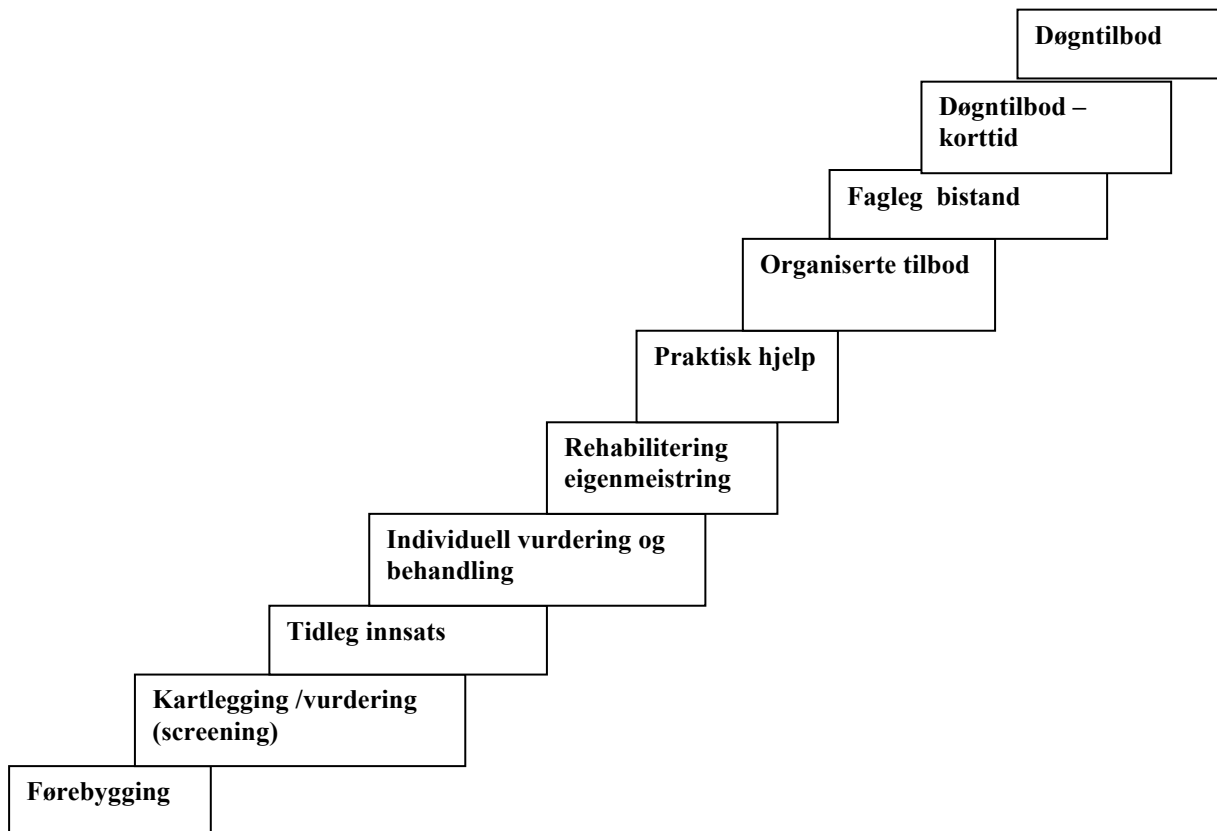
Dette kan i tillegg gje gode moglegheiter for å utnytte ressursane betre i framtida.

Mellom anna ved å legge til rette for større grad av brukarmedverknad gjennom sjølvbetjening og nettbasert kommunikasjon ved søknadsbehandling, tenestetildeling, informasjon og rettleiing.

Andre døme:

- redusere reisetid ved å nytte bildebasert kommunikasjon for enkle tilsyn, møte og rettleiing
- internkontroll- og sakshandsamingssystem
- unngå reiser til sjukehus og legesenter ved å nytte dei moglegheiter telemedisin gjev
- nytte automatar for å legge medisin i dosettar i staden for å gjere det manuelt

4.1 Omsorgstrapp:



Skjåk kommune har tilbod på alle trinn i denne trappa.

Det er likevel enkelte steg i trappa der tilbodet er meir omfattande enn på andre. Vi må vurdere behov og organisere nødvendige tilbod på ulike nivå i tenestene.

4.1.1 Tenesteinnhald i omsorgstrappa

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbod</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
Jordmor	Svangerskaps-omsorg Oppfølging av tilsette saman med tenesteleiar	Svangerskaps-kontroll	Barselomsorg Prevensjons-rettleiing.	Svangerskaps-kontroll	Informasjon og rådgjeving		Barselgrupper	Informasjon og rådgjeving		
Helsestasjon	Barselomsorg Rettleiing og rådgjeving Spedbarn- og småbarns-undersøking Vaksinasjon. Helse-opplysing og foreldre-rettleiing. Sosialt nettverks-arbeid. Samarbeid med fysioterapi og lege Ungdom og seksualitet. Livsstil og helse. FRI – tobakks-førebyggande undervisings-program.	Spedbarn- og småbarns-undersøking Besøk i barnehagar og skule	Spedbarn- og småbarns-undersøking Ammekyndig helsestasjon. Barselgrupper. Musikk frå livets begyning. EPDS – Psykisk helse for mor Besøk i barnehagen. Ungdom med spesielle behov. Psykisk helse. Somatisk helse. Besøk på skulane. Smittevern-arbeid. Tuberkulose-arbeid	Spedbarn- og småbarns-undersøking. Samarbeid med BUP / Småbarnsteam Samarbeid med fellestenesta psykisk helse Lom og Skjåk.			Røykeslutt-kurs i grupper.	Informasjon og rådgjeving. Vaksinasjon.		

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbod</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
	Prosjekt. "Alle har ei psykisk helse". Jente /gut-grupper. Reisemedisin – rådgjeving / vaksinasjon. Helseundersøking av nyinnflytte flyktningar									
Helsestasjon for ungdom	Samlivsundervising Kost og helse		Prevensjons – rettleiing.							
Helsestasjon for eldre	Heimebesøk Rettleiing og rådgjeving	Heimebesøk	.							
Fysioterapi	Helsestasjon Barnehage - besøk, Skule- besøk og eldre	Småbarn: 5 månader og 5 år	Samarbeid med helsestasjon og jordmor om tiltak barn og kurs for gravide.	Kurativ behandling	Tverrfagleg samarbeid	Tilpassing av hjelpemiddel	Grupper idrettshall og symjehall.			
Brukar-kontor				Behovs-vurdering, Saks-behandling, vedtak og evaluering						
Lege	Helse-informasjon Rettleiing ved	Helsestatisikk, utarbeiding og oppfølging av	Skulehelse-teneste. Deltaking ved	Konsultasjonar hjå fastlege. Akutthjelp			.	Adekvat behandling og rådgjeving		

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbod</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
	konsultasjonar Råd og rettleiing til andre tenester i samband med andre førebyggande tiltak. Skulehelse-tenest. Godkjenning av barnehagar og skular. Andre samfunns-medisinske oppgåver, ma helse i plan.	eventuelle risikogrupper.	spedbarn-kontrollar.	Legevakt				knytt til konsultasjonar og oppfølging. Tilvising til vidare oppfølging.		
PO HFF				IP	Samarbeid med Hab-team Spes.ped	Praktisk bistand/ Opplæring	Dagsenter/ aktivitetstreni ng	Hab-team	Avlastning for Funksjonshem ma heimebuande	HFF-bolig
PO Heime-tenester	Fokus ernæring/ ADL-trening	Demens-kartlegging		Primærkontakt Målsamtale		Praktisk bistand/heime-tenester	Dagsenter/de mensgruppe/ Psyk.gruppe			Omsorgsbustader
PO institusjon	Aktivisering/ gåtning/ ADL-trening	Demens/- Samaks – prosjekt / kartlegging	Aktivisering/ gåtning/ ADL-trening	Primærkontakt målsamtale	Fysioterapi	Aktivitør	Dagsenter	Tilsynslege/ Video-konferansar m/ spesialist – tenester / rettleiing	8 plassar	35 plassar
NAV	Gruppe for førebygging av sosial isolasjon.	Oversikt over brukarar og risikogrupper	Samarbeid med andre etatar. Rådgeving,	Samtaler, rettleiing og stønad.		Bistand med økonomi. Husbank-ordningar.	Gruppe for å motverke sosial isolasjon.	Råd og rettleiing		

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbod</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
			retteiing ma i forhold til gjeld.							
Oppfølgings Tenesta	Samarbeid med grunnskule og vidaregåande skule	Oversikt over målgruppe og risikogruppe	Ny – Giv?	Samtale og retteiing		Retteiing og hjelp til utdanning / arbeidstrening.		Retteiing og hjelp til utdanning / arbeidstrening.		
Barnevern	Rådgeving og retteiing. Tett kontakt med andre tenester. Informasjon.		Gjennom samarbeid med andre tenester få tidleg varsel som gjer det mogleg med tidleg kontakt med familiar med utfordringar og barn med vanskar.	Utgreiing og vedtak om tiltak for å hjelpe barn og familiar med vanskar.		Avlasting, støttekontakt og andre praktiske tiltak.				Avlasting, besøksheim, fosterheim.
Psykisk helse	Rusgruppa Barne og familievern-gruppa	Individuell vurdering /kartlegging av alle som tek kontakt.	Krisegruppe.		Samtaler Hjelp til å oppretthalde/ utvide nettverk Rådgeving og bistand til å fungere eigen bustad- Retteiing og hjelp til å finne fram til aktivitetar som byggjer på ressursar og meistring Hjelp ved kriser, påkjenningar og sjølvmonds-tankar Rådgeving til pårørande		Inn på TUNET Turgruppe for menn	Råd og retteiing til samarbeids-partnarar, fagfolk, pårørande og nettverk		

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbud</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
					Hjelp til å etablere kontakt og samarbeid med andre offentlege instansar Koordinering av tenester, individuell plan, kriseplanar					
Barnehagar	Gode barnehagar Dagleg observasjon Samarbeid med helsestasjon, fysioterapeut, barnevern, PPT m.m Foreldre-samarbeid	Ulike språktestar og observasjons-skjema Kartleggings-skjemaet "Alle med"	Samarbeid med helsestasjon, fysioterapeut, barnevern, PPT m.m. Foreldresamarbeid	Foreldresamtaler og -samarbeid		Dagleg omsorg Foreldrerettleiing	Tiltak / aktivitetar ut frå rammeplan og årsplan.	Foreldrerettleiing Spesialpedagogiske tiltak for enkeltbarn		
Skule	Gode skular MOT Godt skulemiljø. Turar og aktivitetar for sosial læring og fysisk utfolding. Systemretta tiltak ma med hjelp av PPT Foreldre-samarbeid. Leksehjelp	Testar og kartleggingar. Elevundersøking Foreldreundersøking. Elev -vurdering	TPO Lese-rettleiing Mobbeplan Leksehjelp. Ny - Giv	TPO Kartlegging og utgreiing ved hjelp av PPT. Elevsamtaler Elev-vurdering		Individuell hjelp / tiltak for å kunne gje elevane mest mogleg like vilkår for læring.	TPO Undervising i samsvar med Kunnskapsløftet. Leksehjelp Ny - Giv	TPO Spesialpedagogiske tiltak for enkeltelevar. Ny – Giv		

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbod</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
SFO	Godt SFO – tilbod		Mobbeplan. Stimulerande aktivitetar saman med andre born og vaksne.				Pedagogisk leia verksemd.	Særleg tilrettelagte tiltak for enkeltelevar		
PPT	Systemretta arbeid i samarbeid med rektorar og styrarar	Rådgjeving og opplæring av personale.	Systemretta arbeid og rådgjeving.	Kartlegging og vurdering av innmeldte born		Rådgjeving til personale og foreldre.		Sakkunnig uttale / vurdering / tilråding og rettleiing i spesial-pedagogiske tiltak.		
Ungdom og aktivitetsleiar										
Kultur	Tilrettelegging av eit mangfaldig kulturtilbod for alle. Ma for å gje gode opplevingar, sosiale møteplassar og tilrettelegging for individuell utvikling og utfalding innanfor idrett og andre kulturelle samanhengar.						Kulturskule, Bibliotek Tilrettelegging av faste arrangement gjennom året i samarbeid med andre tenester, friviljuge lag og andre aktørar. Idrettshall og idrettsanlegg, ljosløyper og tilrettelegging av anna idretts- og friluftsliv-tilbod.			
Kultur Bibliotek	Godt bibliotektilbod						Arrangement som tilbod for			

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbod</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
	ma som sosial møteplass.						ulike aldersgrupper ma som sosiale møteplassar og kulturopplevingar			
Kultur Kulturskule	Eit godt og allsidig kulturskuletilbod som ma er med å gje born og unge meistringsopplevingar og sosialt fellesskap.		Tilbod til dei aller yngste med ma i samarbeid med helsestasjonen , barnehagane og skulane. Karuselltilbod.	Individuell instrumentopplæring og rettleiing for å utvikle ferdigheiter og meistringsoppleving. Deltaking på konsertar og framføringar.			Opplæring og oppfølging av kompetente musikarar og rettleiarar individuelt og i samspel med andre.	Kompetente rettleiarar og lærarar.		
Teknisk	Gode reinhald og vaktmeister-tenester som sikrar ei forsvarleg drift av kommunale bygg og anlegg. Gjennomføring av nødvendig vedlikehald av kommunale bygg og installasjonar.									
Plan samfunn og miljø	Turkart Stigmerking Arealplanlegging Universell utforming –									

<i>Teneste</i>	<i>Førebygging</i>	<i>Kartlegging /vurdering (screening)</i>	<i>Tidleg innsats</i>	<i>Individuell vurdering og behandling</i>	<i>Rehabilitering eigen-meistring</i>	<i>Praktisk hjelp</i>	<i>Organiserte tilbod</i>	<i>Fagleg bistand</i>	<i>Døgntilbod – korttid</i>	<i>Døgntilbod</i>
	byggsak.									
Kyrkja										
Friviljuge organisasjonar	Breitt spekter av aktivitetar for ulike interesser som er med å fremjar sosialt fellesskap og individuell trivsel og helse.									

4.2 Hovudmål i utvikling av helse- og omsorgstenestene

4.2.1 Hjelp til sjølvhjelp - Betre førebygging av sjukdom:

Den enkelte har eit stort ansvar for å ta vare på si eiga helse. Viser elles til folkehelseplanen. Kommunane skal ha fokus på førebygging. Det kviler eit særleg ansvar på tilsette i helse- og omsorgstenestene for å arbeide ut frå eit førebyggjande perspektiv og formidle kunnskap og haldningar til andre tenester og etatar i kommunen. Alle etatar må innanfor sine felt bidra til god helse i befolkninga. Vi veit frå forskning at innbyggjarane sine levekår, livsvilkår og livsstil har stor innverknad på helsetilstanden.

Helsestasjons- og skulehelsetenesta, i tillegg til barnevernet er sentral i det helsefremjande og primærførebyggjande arbeidet.

Tidleg intervensjon i forhold til barn og unge er god førebygging og verkar helsefremjande. Aktivitetstilbod og førebyggjande arbeid retta mot eldre for å unngå eller utsette helseproblem og hjelpebehov vil vere viktig.

Kunnskapsnivå og sosial status er faktorar som statistisk har størst innverknad på levealder og sjukdomsbilete. Det å arbeide for at alle blir sosialt inkludert og finn sosiale arenaer der dei opplever meistring og at dei høyrer til, er viktig for å unngå isolasjon og motverke utvikling av uheldige konsekvensar, ikkje minst når det gjeld fysisk og psykisk helse.

Fleire grupper er utsette for, eller er i fare for å bli, sosialt isolerte. Fokus på å førebygge og å endre på slike livssituasjonar er sentralt, ikkje minst i helseførebyggjande arbeid. I dette inngår og integreringsarbeid i høve til innflyttarar frå andre kulturar. Dette krev samarbeid og tilrettelegging på mange område.

Døme på tiltak:

- Grøn resept, Frisk-livssentral
- Oppfølging og tidleg innsats overfor gravide, barselkvinner, barn og unge.
- Arbeid for mindre sosial isolasjon og utstøying for utsette grupper (Interkommunalt samarbeid?).
- OT (Oppfølgingstenesta) betre oppfølging av ungdom som står i fare for, eller som bryt av vidaregåande utdanning. (Samarbeid med fylkeskommunen.)
- Auka satsing på førebyggjande arbeid for eldre – Helsestasjon for eldre.
- Deltaking i regionalt samarbeid om barnevern. Med for eksempel bufetat, og åtferdssenteret om kompetanseheving innanfor programmet TIBIR (Tidleg intervensjon av barn i risiko).
- Arbeidstrening.

4.2.2 Betre koordinering av tenester – meir saumlaus pasientbehandling:

Samhandlingsavtaler og tenesteavtaler med HF skal vere med på å sikre gode samhandlingsrutinar mellom kommunen og SI HF. Målsettinga er gode og samanhengande tenester for pasientar og behandlingsrekker.

For å fylgje opp dette må vi vidareutvikle gode rutinar internt mellom tenester, og med eksterne samarbeidspartar.

Koordinerande eining (KE) må arbeide for at rutinar blir etablert, evaluert og justert.

For å sikre at alle kjenner til rutinar for samhandling og ansvarsfordeling i organisasjonen, bør

vi utarbeide handbok for samhandling med oversikt over tverrfagleg samarbeid i kommunen, kven som har ansvar for kva, kven ein bør kontakte i ulike samanhengar og aktuelle prosedyrar på området. Denne handboka må vi sørge for at alle tilsette kjenner til.

Samhandling og samarbeid med andre kommunar i regionen vil vere ein viktig ressurs i høve til å sikre trygge og stabile tenester for innbyggjarane. Sikre fagmiljø med nødvendig kompetanse, som i større grad kan møte dei faglege utfordringane kommunane får i framtida enn det vi kan på eiga hand.

Kompetanse vil vere eit viktig satsingsområde i tida framover for å kunne møte utfordringar i tenestene.

Samarbeidsavtaler internt mellom kommunane i regionen og med sjukehuset må legge til rette for dette, og det må utviklast gode samhandlingsrutinar som sikrar kompetanseoverføring og samhandling.

Satsinga på videokonferanseutstyr i regionen, hospiteringsordningar og ambulerande team er viktige tiltak for å sikre tilgang på kompetanse.

6K Helse, kompetansegruppa vil vere viktig i denne samanheng, ikkje minst i å vurdere felles kompetansebehov og legge til rette for felles kompetanseutviklingstiltak, og å bruke kompetanse på tvers i regionen.

Ein viktig ressurs og ei viktig utfordring framover blir og å få oversikt over og aktivisert ”den skjulte kompetansen”, eller kompetanse som finst, men som ikkje blir nytta.

Utviklingssenter for heimetenester vil vere viktig for å kartlegge og utvikle kompetanse i regionen.

Døme på tiltak:

- Kompetanseutvikling
- Arbeide for å framstå som likeverdige med eksterne samarbeidspartar
- Utvikle gode rutinar for, og organisering av, samarbeid internt mellom ulike tenester.
- Styrke samarbeid med nabokommunar, vurdere samanslåing av tenester med nabokommunar og region (utvide barnevernsamarbeidet til fleire kommunar?).
- Hospitering mellom kommunane
- Samarbeid med NGLMS
- Vurdere organisering av rusarbeidet. Tydelegar ansvar og oppgåvefordeling. (Organisere rusarbeidet under psykisk helsevern?) Samarbeid om rusførebyggande og behandlande arbeid i regionen. (Ruskoordinator, rusgrupper og rusforum).
- Samle alle psykiatritenester for alle aldersgrupper i ei teneste?
- Tidleg utskriving av pasientar frå sjukehus. (Kompetanse, rutinar, internt og interkommunalt/ regionalt samarbeid og gode avtalar med helseføretaket.)

4.2.3 Utfordringar knytt til demografisk utvikling:

Vi må sjå Helse- og omsorgssektoren i samanheng med dei andre samfunnsområda der kommunane har ansvar og oppgåver.

Den kommunale helse- og omsorgstenesta skal utviklast vidare slik at den gjev brukarane gode moglegheiter for livskvalitet og meistring, og slik at den kan oppfylle ambisjonane om førebygging og tidleg innsats.

Kommunane skal sørge for gode og heilskaplege tenestekjeder slik at pasienten blir teken vare på i kjeda av førebygging, tidleg innsats, tidleg diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging.

Helsestasjons- og skulehelsetenesta er sentral i det helsefremjande og primærførebyggande arbeidet, saman med barnehage og skule.

Vi har framleis mange institusjonsplassar samanlikna med andre kommunar. Den delen som bur i omsorgsbustadar med heildøgns omsorg er liten samanlikna med andre.

Utviklinga i retning av fleire omsorgsbustadar og reduksjon av institusjonsplassar er resultat av bevisst og ynskt utvikling. I pleie- og omsorgsplanen frå 2007 var eit av hovudmåla å auke tilbodet av omsorgsbustadar. Bygging av nye omsorgsbustadar vil auke kapasiteten ytterlegare og gje kommunen eit reelt alternativ til institusjonsplass. Tenester og tilbodet innanfor psykisk helse, rus og demens vil vere viktige utfordringsområde i planperioden.

Døme på tiltak:

- Sikre god tilgang på hjelp frå spesialisthelseteneste
- Omsorgsteknologi
- Ergoterapeut, -samarbeid interkommunalt?
- Tilgjengelege bustadar for ulike utsette grupper som har vanskar med å skaffe eigen bustad (Interkommunalt samarbeid?).
- Koordinerte tenester og tiltak for brukarar / pasientar med psykiske plager, rusproblem eller demens.

5.0 HANDLINGSPLAN 2013 - 2025

Denne planen må rullerast og justerast i høve til dei endringar som skjer i samband med oppgåver og rammer for kommunen.

Samhandlings- og tenesteavtaler skal i hovudsak vere på plass frå 01.07.2012. Desse avtalene er likevel ikkje endelege. Dei avtalene som vart inngått i januar 2012 gjeld berre for 2012. Avtalene skal reviderast og nye avtaler skal inngåast frå 01.01.2013.

Av den grunn er det truleg nødvendig å rullere Handlingsplanen allereie i 2013.

Ut over det må planen jamleg rullerast for å vere oppdatert og aktuell i høve til utvikling på fleire område. Både sjukdomsbilete i kommunen, regionale tiltak på ulike nivå og endringar i samarbeidsrutinar regionalt og med Si HF vil kunne endre vilkåra for dei prioriteringar som blir gjort.

1. Hjelp til sjølvhjelp - Betre førebygging av sjukdom:

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
Folkehelse	Frisklivssenter	Skjåk kultur og aktivitetsskule	Rådmann	2012
		Frisklivssentral	Rådmann	2013
	Tidleg innsats og oppfølging av gravide, barselkvinner, barn og unge. Her inngår mellom anna arbeid i høve til unge som fell ut frå vidaregåande utdanning.	Jordmortenester	Jordmor	
		Barselomsorg	Helsestasjonen	
		Oppfølgingstenesta	Samarbeid med fylkeskommunen	
		Barne- og familieverngruppa	Barnevernstenesta	
		Fysioterapi	Fysioterapi	
	Arbeid for redusert sosial isolasjon og utstøyting (sikre alle gode sosiale nettverk). Sosiale fellesskap, utdanning og arbeid. Fokus på å førebygge og å endre på uheldige livssituasjonar. Integreringsarbeid i høve til innflyttarar frå andre kulturar.	Arbeid mot utsette grupper	NAV	
		Møteplassar	Folkehelseplanen	
		Aktiviseringstilbod	Folkehelseplanen	
		Frisklivssenter	Folkehelseplanen, helsetenester	
	Oppfølging av ungdom som står i fare for, eller som bryt av vidaregåande utdanning (samarbeid med fylkeskommunen.)	Ny Giv	Ungdomsskulen	
		Oppfølgingstenesta	Samarbeid med fylkeskommunen	

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
	Helsestasjon Jordmor Lege Fysioterapi	Psykososialt arbeid blant barn og unge	Helsestasjonen, psykiatritenesta, barnehagar og skular	
		Barnehage	Barnehage	
		Skule	Skule	
		Helsestasjon for ungdom	Helsestasjonen	
		Meistringsgrupper for barn i kritiske livssituasjonar	Helsestasjonen, barnevern, Nav, skular og barnehagar	
	Folkehelsekoordinator FYSAK Frisklivssenter Folkehelseplan for Skjåk	Utvide stillingsstorleik	Rådmann, kommunestyret	
		Folkehelseplan	Plangruppe, rådmann	

2. Betre koordinering av tenester – meir saumlaus pasientbehandling:

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
Kompetanseutvikling	Sikre målretta og strategisk kompetansearbeid i høve til dei oppgåver og utfordringar tenestene får. Utvikling av kompetanse i eigen organisasjon, samarbeid om kompetanse med andre kommunar og tilgang på kompetanse frå andre samarbeidspartar, for eksempel SI.	Kompetanseplan	PKU, Tenesteleiar og tillitsvalde	2012
		Samarbeidsavtale	KS og HF	Feb. 2012
		Ev delavtaler med kommunar, region, Opus og høgskular.	6K Helse, rådmenn, K-styret	2012
		Regionplan helsesamarbeid	6K Helse, rådmenn og arbeidsgrupper	2012
		Avtaler med høgskular og andre utd.inst.	Tenesteleiar, 6K Helse ,	2013
		Hospiteringsordningar	Tenesteleiar	
		Utviklingscenter for Heimetenester	Interkommunalt prosjekt	
		Koordinator samfunnsmedisin	Sel kommune	2012
Arbeide for å framstå som likeverdig med eksterne samarbeidspartar.	Etablere gode rutinar og avtaler om samarbeid på mange ulike nivå, og med mange ulike aktørar. Samarbeidsavtaler med eksterne samarbeidspartar, nabokommunar	Samarbeidsavtale	K-styret og HF	Feb. 2012
		Ev delavtaler	6K Helse, rådmenn, K-styret	01.07.2012
		Avtalekompetanse		

	/region og andre.			
Utvikle gode rutinar for, og organisering av samarbeid internt mellom ulike tenester.	Samarbeidsavtaler internt mellom tenester og system / rutinar for samarbeid og koordinering av tenester.	Koordinerende eining (KE)	Rådmannen	01.01.2012
		System og rutinar for etablering, opplæring og oppfølging av koordinatorar	KE	01.04.2012
		System og rutinar for koordinering internt av tenester mm.	KE	2012
		System og rutinar for koordinering av tenester med eksterne aktørar	KE. NGLMS, nabokommunar, HF, mm	2012
		System og rutinar som sikrar alle med rett individuell plan (IP)	KE	
		Tverrfagleg førebyggings-forum	Rådmann NAV-leiar	2012 (kvart halvår)
Styrke samarbeid med nabokommunar, vurdere samanslåing av tenester med nabokommunar og region.	Vidareutvikle eksisterande samarbeid, vurdere å etablere nye samarbeid eller utvide eksisterande samarbeid om tenester der dette gjev tryggare og betre tenester for brukar, og der det er rasjonelt.	Jordmorvakt	Sel kommune (vert)	2012
		Legevakt	Sel kommune (vert)	2012
		Legevaktvarsling	Sel kommune (vert)	2012
		Intermediære senger	Sel kommune (vert)	2012
		Akuttplassar	Sel kommune (vert)	2012
		Psykisk helse	Lom kommune	2012
		Rus - fellesteneste med Lom	Lom kommune /Region	2012

		- ruskoordinator		
		NAV	Region - Stat	2012
		Barnevern	Skjåk /Lom / region?	2012
		Vurdere samarbeid om Brukarkontor	Skjåk og Lom	2012
		Vurdere samarbeid om Koordinerende Eining	Skjåk og Lom	2012
		Plan for rusarbeid og psykisk helse Lom og Skjåk	Fellesteneste for rus og psykiatri	2013
		NAV – fusjonering med Lom	NAV – leiar	2012
Hospitering mellom kommunane	Styrke fagleg samarbeid i regionen. Dele kompetanse og samarbeide om kompetanseutvikling	Avtale om hospitering i regionen	Tenesteavtale	2012
Samarbeid med NGLMS	Samarbeidsavtale i regionen	Vertskommuneavtale og andre samarbeidsavtaler.	Sel kommune (vert)	01.01.2012
Samle psykiatriteneste for alle aldersgrupper i ei teneste?	Samle psykiatritenestene for alle aldersgrupper i ei teneste?	Vurdere organisering av psykiatritenestene	Arbeidsgruppe – Lom	2012 ?

Tidleg utskriving av pasientar frå sjukehus.	Kompetanse, kapasitet, ressursar, interkommunalt/ regionalt samarbeid og gode avtaler med helseføretaket.	Samarbeidsavtale med HF	K-styret, HF	01.01.2012
		Interne rutinar /avtaler	KE	2012
		KE	Rådmannen	2012
		Regionale rutinar /avtaler	6K Helse, rådmenn, regionråd	2012
Forsvarlege tenester	Gode rutinar for dokumentasjon av tenester og internkontroll.	Etablere system for dokumentasjon av rutinar og prosedyrar.	Rådmann	2012
		Etablere fungerande avvikssystem	Rådmann	2012
		Etablere system for evaluering og tilbakemelding	Rådmann	2012
		Delegasjonsreglement	Rådmann	2012
Utviklingscenter for heimetenester	Samhandling med andre tenester internt og eksternt.	Kreftomsorg	Utviklingscenter for heimetenesta	2012
		Diabetes	Utviklingscenter for heimetenesta	2012
		Etikk	Utviklingscenter for heimetenesta	2012
		Brukarmedverknad	Utviklingscenter for heimetenesta	2012
		Rehabilitering	Utviklingscenter for heimetenesta	2012

		Demens	Utviklingssenter for heimetenesta	2012
		Førebygging for eldre	Utviklingssenter for heimetenesta	2012

3. *Utfordringar knytt til demografisk utvikling:*

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
Sikre god tilgang på hjelp frå spesialisthelseteneste	Samarbeidsavtale med HF Samarbeidsavtale i regionen NGLMS	Regionplan for helsesamarbeid	6K Helse, regionråd	2012
		Ambulante team	Samarbeid med HF,	2012
		Spesialisthelseteneste - tilbud på NGLMS	Sel kommune i samarbeid med HF	2012
		Samarbeidsavtale med HF	HF med gruppe gjennom KS	2012
Velferdsteknologi	Velferdsteknologi og telemedisin. Orienter oss om, og ta i bruk relevante hjelpemiddel som kan styrke eigenmeistring og tryggleik hjå brukar. Videokonferanse må utviklast som eit effektivt hjelpemiddel, mellom anna i samhandling mellom kommunen og samarbeidsaktørar...	Telemedisin	NGLMS, Helse- tenesta, HF	2012
		Smarthus	Byggekomite	2013
		Sporingsteknologi	Po – tenester,	2013
		Fagsystem og elektronisk samhandling.	Sentrale styresmakter	2012

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
Interkommunalt / regionalt samarbeid om kompetanse	Ergoterapeut, logoped , ruskoordinator	Ergoterapeut	6K Helse,	2013
		Logoped	6 K Helse	2013
		Ruskoordinator	6K Helse	2012
Bustadar	Tilgjengelege bustadar for ulike grupper som har vanskar med å skaffe eigen bustad (Interkommunalt samarbeid?).	Omsorgsbustadar	Plan, samfunn og miljø	2013
		HFF - bustadar	Samarbeid med Lom?	2012
		Avlastningsbustadar		
		Bustadsosial plan	Plan, samfunn og miljø	2012
		Sosiale bustadar	Bustadsosial plan	
		Bustadar for nøkkelpersonell	Bustadsosial plan	
		Bustadar for ungdom	Bustadsosial plan	
		”Prøve bu”	Bustadsosial plan	
		Tiretlegging av eigen bustad	NAV	2012
Demensomsorg	Utvikle ei hensiktsmessig og god teneste for demente. Planlegge og organisere ei teneste og eit tenesteinnhald som er framtidretta og trygg for brukarar og pårørande. Interkommunalt / regionalt samarbeid om tilbod.	Bustadar for demente	BEON	2013
		Tenestetilbod	BEON	2013
		Utgreiing og diagnostisering	BEON	2013

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
Rehabilitering	Tidleg utskrivne frå sjukehus som skal ferdigbehandlast i kommunen. Gode samarbeidsrutinar med sjukehus og internt i kommunen blir viktig. Dessutan blir samarbeid i regionen ein føresetnad i dette.	NGLMS		
		Samarbeidsavtalar HF	HF og gruppe gjennom KS	2012
		Samarbeidsavtale regionalt / interkommunalt	6K Helse, rådmenn, regionråd	2012
		Fysioterapi	NGLMS	
		Utviklingscenter for heimetenester	Samarbeid Vågå, Lom og Skjåk	2012
		Velferdsteknologi		
		Kvardagsrehabilitering	Po – tenesta, fysioterapi	2015
Akutthjelp	<i>Akutt helsehjelp i kommunen</i> Omfattar mellom anna døgnopphald ved behov for akutt helsehjelp. Organisering av, og rutinar/prosedyrar for akutt helsehjelp må seinast vere klart innan 1.1.2016.	Legevaktvarsling	Sel kommune (vert)	2012
		Legevakt	Sel kommune (vert)	2012
		Døgnplassar / observasjonsplassar	Sel kommune (vert)	2012
		Akuttmedisin	SI HF	2012
		Akuttplassar i NGLMS	Sel kommune	2012/2016
Førebyggjande arbeid	Styrke førebyggjande arbeid retta mot eldre og for barn og unge.	Rettleiingssamtalar	Helsestasjon for eldre	2012
		Sosiale møteplassar	Folkehelseplanen	2012
		Aktiviseringstilbod	Folkehelseplanen	2012

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
		Leksehjelp	Barneskulane	2012
Tilbod til pleietrengande	Tilbod i eigen bustad Tilbod i institusjon KOLS Diabetes Kreft Innskrivingsrutinar Utskrivingsrutinar	Heimetenester	Po-leiar	2012
		Omsorgsbustadar	Po-leiar	2012
		Korttidsplassar / avlastning i institusjon	Po-leiar	2012
		Langtidsplassar	Po-leiar	2012
		Ambulante team	Kommunalt / interkommunalt / regionalt	2012
		Innskrivingsrutinar	Kommunalt / regionalt	2012
		Utskrivingsrutinar	Kommunalt / interkommunalt / regionalt / HF	2012
		IP	KE	2012
		Individuelle tiltaksplanar	Po	2012
		Målsamtaler	Po	2012
Brukarmedverknad		IP	KE	2012
		Brukarråd	Leiar Servicetorg	2012
		Verje / hjelpeverje		2012
		Saksbehandling	Brukarkontor	2012

Utfordringar	Satsingsområde	Tiltak	Ansvar	Frist
Lærings og meistringstenester	Diabetes KOLS Kreft Demens		Regionsamarbeid	
Effektiv ressursutnytting	Rett kompetanse	Strategisk kompetanseplan	Rådmann	2013
	Differensierte tenester	Ho- plan	Plangruppe	2012
	God økonomistyring	Budsjett og økonomiplan, rapporteringsrutinar, budsjettoppfølging	Tenesteleiarar og rådmann	2012
	Samarbeid om tenester	Regionalt samarbeid	6K Helse, rådmenn. regionråd	2012

6.0 TILTAKSPLAN 2013

6.1 Frisklivssentral

”Frisklivssentralene har et strukturert henvisnings-, og oppfølgingsystem for personer med behov for å endre helseatferd, primært fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Personer kan bli henvist av helsepersonell eller kontakte frisklivssentralen på eget initiativ, og man trenger ikke å være syk eller ha en diagnose.

Utviklingsområder for frisklivssentralene er mestring av psykiske problemer, samt oppfølging av risikobruk av alkohol. Frisklivssentralene er forankret i kommunehelsetjenesten og har tett samarbeid med andre aktører i kommunen; frivillige organisasjoner, private aktører samt tjenester i andre sektorer og og andre nivå. Frisklivssentralen kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen.

Helsedirektoratet anbefaler etablering av frisklivssentraler i alle landets kommuner, alternativt gjennom interkommunale samarbeid. Nå har omtrent en tredjedel av landets kommuner etablert frisklivssentral.”

(<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Sider/default.aspx>)

Rettleiar for kommunale frisklivssentralar:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering/Sider/default.aspx>

Søknad til fylkesmannen om støtte til oppstart med prosjektplanplan for organisering og etablering blir utarbeidd innan 17. august 2012.

6.2 Omsorgsbustadar og HFF –bustadar.

Det er oppnemnd ei gruppe samansett av politikarar frå Lom og Skjåk som skal vurdere felles HFF-bustadar. Tiltråding skal leggast fram innan 15. mars 2013.

6.3 Kompetanseplan

Utarbeide strategisk kompetanseplan for alle tenesteområde i helse og omsorg.

Kommunal plan for strategisk kompetanseutvikling blir lagt fram til politisk vedtak hausten 2012.

Planarbeidet skal vere fullført i dei ulike tenester i løpet av våren 2013.

6.4 Organisering av rusarbeidet og regionalt samarbeid.

Prosjekt finansiert delvis av middel gjennom fylkeskommunen og eigen søknad til direktoratet.

Ruskoordinator er på plass frå våren 2012.

I tillegg skal organisering av felles interkommunal rusteneste mellom Lom og Skjåk utgreiast. Arbeidet skal startast opp hausten 2012.

6.5 Oppfølging og evaluering av tenesteavtaler.

Det er inngått 11 tenesteavtaler mellom kommunen og Sjukehuset innlandet HF. Disse skal gjennomgåast og evaluerast hausten 2012.

6.6 Etablering av NAV, Lom og Skjåk.

Etter vedtak om samanslåing av NAV-kontora i Lom og Skjåk skal lokalisering fastsettast tidleg haust 2012. Etablering skjer etter at lokale er klare.

6.7 Vurdering av felles brukarkontor og KE med Lom.

Det er nedsett ei gruppe samansett av politikarar frå Lom og Skjåk som skal legge fram tilråding innan 15. mars 2013.