



Os kommune
Aktive opplevelser for barn

HELSE- OG OMSORGSPLAN

År 2018 - 2022

FORORD

Planen skal gi overordnede føringer for helse og omsorgssektoren i Os kommune i perioden fram til 2021 og bygger på nasjonale og lokale føringer. Den tar også utgangspunkt i de utfordringene kommunen står overfor på dette området.

Planen synligjør de verdier og mål utviklingen av gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester for kommunens innbyggere. Planen og oppfølgingen av denne skal bidra til å gi innbyggerne trygghet for at de som trenger det, får rett hjelp til rett, i rett omfang.

Helse- og omsorgsplanen viser retningen Os kommune ønsker å utvikle dette tjenesteområdet i de neste årene. Utfordringsbildet viser at kommunen må gjennomføre betydelige omstillinger. I dette ligger også vanskelige prioriteringer innenfor økonomiske rammer som ikke forventes å bli vesentlig romsligere enn det de er i dag.

Helse, livskvalitet og gode levekår må være samfunnets felles prosjekt. Hver enkelt må på eget initiativ og i fellesskap med andre, ta ansvar for egen helse og så langt som mulig utnytte de mulighetene man har for å påvirke egen livssituasjon.

Kommunen må sørge for god tilrettelegging og gode strukturer, samtidig som vi må ha kompetanse og kapasitet til å gi nødvendige tjenester til dem som har behov for det.

Det er første gang det legges frem en helhetlig plan for helse- og omsorgstjenester i Os kommune. Dette bygger blant annet på en erkjennelse av at det i økende grad er nødvendig å se de ulike deltjenestene i sammenheng.

Det er nedsatt ei bredt sammensatt arbeidsgruppe med representanter for de politiske partiene som er representert i dagens kommunestyre, fagpersoner/ledere innenfor tjenesten og tillitsvalgte («3-partssamarbeid») med oppgave å fremme forslag til plan. Arbeidsgruppa er gitt følgende mandat:

Helse- og omsorgsplanen skal gi en status over dagens situasjon og beskrive de viktigste utfordringene de neste 4 årene, herunder rekrutteringsutfordringer og demografiske utfordringer.

Planen skal også beskrive fremtidige behov og trender og vurderer bruk av velferdsteknologi og eventuelle etiske utfordringer i forbindelse med dette, gjennom ulike framtidsscenerier.

Planen skal beskrive organisering av og målsettinger for helse- og omsorgstjenestene som skal bidra til at tjenestene løser de fremtidige utfordringene innenfor en realistisk økonomisk ramme.

Planen skal i tillegg belyse behovet for omsorgsboliger og hvordan slike boliger eventuelt kan bidra i det totale omsorgstilbudet i kommunen gjennom en faglig og økonomisk vurdering av de fremtidige omsorgstjenester.

Der hvor det er naturlig å ha et interkommunalt samarbeid skal gruppen fremme hensiktsmessige samarbeidsløsninger og påpeke hvor og hvordan samarbeidsløsninger bør utvikles.

I vedtaket om mandat i planutvalget 12.01.17 fremgår også endelig plan skal være ferdig innen 01.11.17



HENSIKTEN MED PLANEN OG HVEM DEN ER FOR

Planen understreker den betydning samarbeid, samhandling og sammenheng vil ha for å utvikle gode tjenester og årene fremover. Dette gjelder både tverrfaglig samarbeid internt i kommunen, mellom kommunen og andre kommuner, samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, samarbeid mellom de som gi og de som mottar tjenesten, samt mellom offentlig, privat og frivillig tjenesteyting.

Planen gjenspeiler den enkeltes ansvar for egen helse og at den enkelte er ansvarlig for sine valg.

Planen tar utgangspunkt i overordnede mål i kommuneplanen, blant annet om «levende lokalsamfunn med tydelig identitet» og bidrag til sikring av god folkehelse og «aktiviteter som fremmer helse i helse befolkningen i et forebyggende perspektiv», - og: levering av «riktig tjeneste på rett tid på riktig nivå», blant annet ved å «beholde og rekruttere fagkompetanse i en omskiftelig tjeneste med krav om kvalitet og ressursutnyttelse». (Kommuneplan for Os 2015 -2025. Samfunnsdelen)

Planen skal bidra til å underbygge verdien av at den enkelte innbygger opplever å være en viktig og nyttig samfunnsborger som mestrer utfordringene som livet byr på og de muligheter det gir. Det er et mål at alle skal delta i en felles utvikling av et godt samfunn og oppleve mestring i hverdagen.

Planen angir også et folkehelseperspektiv gjennom å påpeke og legge til rette for at tjenesteområdene i kommunen, også ut over helse- og omsorgstjenestene, understøtter fysisk aktivitet og sosialt fellesskap.

Planen skal gjenspeile en satsing på velferdsteknologi og ambisjon om at dette skal kunne bidra til at dette kan bidra til økt trygghet og mulighet til å bo i eget hjem og mestre eget liv lengst mulig.

Kommunen er avhengig av et godt samarbeid med den enkelte og frivillige aktører gjennom lag og foreninger og individuelt engasjement. Et slikt samarbeid er nødvendig å styrke og bygge ut.

Kommunens deltakelse på ulike faglige arenaer for utveksling av erfaringer og deling av kunnskap er avgjørende for å utvikle nødvendig kompetanse. Medarbeidernes kompetanse er avgjørende for å realisere blant annet samhandlingsreformens intensjoner og andre statlige satsinger og målsettinger.

En meningsfull hverdag for de ansatte med tanke på involvering, arbeidsmiljø og oppgaver må også ligge som et mål for utviklingen av tjenestene i årene fremover.

Planen skisserer både langsiktige satsingsområder og konkrete tiltak og er derfor et viktig politisk styringsdokument for perioden frem til 2021.

Planen må ses i sammenheng med andre plandokumenter som «Kommuneplan for Os 2015-2025 Samfunnsdelen», «Plan for idrett og friluftsliv i Os kommune 2016-2010» og «Rus og psykiatriplan for Os kommune 2017-2020», - for å nevne noen av de sist vedtatte planene.

Planen gjelder for alle barn, unge, voksne og eldre som bor i Os kommune. Den angår både de som mottar helse- og omsorgstjenester i dag og alle øvrige innbyggere. Samarbeidet mellom kommune og frivillighet er gitt en sentral plass i dokumentet.

En særlig viktig gruppe er eldre med behov for helsehjelp og funksjonshemmede i alle aldre er særlig viktige målgrupper.

Planen er også et viktig dokument for medarbeidere i helse- og omsorgstjenesten, samt andre tjenesteområder som barnehage, skole, teknisk sektor og kultur.



NASJONALE FØRINGER OG VERDIGRUNNLAG

På det nasjonale nivået utgjør bl.a. helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og pasient- og brukerrettighetsloven det juridiske grunnlaget for ansvaret kommunene er pålagt av oppgaver innen helse og omsorg.

En rekke forskrifter konkretiserer og supplerer de aktuelle lovene. Viktige forskrifter er eksempelvis: forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenesten og forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter.

Det er i tillegg utformet en rekke rundskriv, veiledere og planer som legger føringer for hvordan kommunene organiserer og utvikler sitt tjenestetilbud. Et lite utvalg: rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene (2016), rundskriv om ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid (2011), opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017 -2019 og Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området. Stortingsmeldinger som Meld St 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» har lagt grunnlag for enkeltstående tiltak og planer: f.eks. lovfesting av kommuners plikt til å ha psykologkompetanse, kommunal ø-hjelp døgnpå for psykisk helse og rus samt ny opptrappingsplan for rusfeltet. St Meld 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» anlegger et bredt perspektiv på hvordan utfordringer knyttet til økende omsorgsbyrde kan møtes. Sittende regjering har signalisert en omfattende eldreomsorgsreform.

Ifølge nasjonale mål skal alle i Norge ha et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Gode levekår for alle og reduserte sosiale helseforskjeller er stikkord.

Gjennom samhandlingsreformen skal vi forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Reformen forutsetter en oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og stiller økte krav til kapasitet og kompetanse. Samhandlingsreformen utfordrer kommunene på prioritering og organisering. Det samme gjelder mange av de temaer og tiltak som omtales i primærhelsetjenestemeldinga, hvor blant annet en sentral erkjennelse er at helse- og omsorgstjenestene er for oppstykket og at en helhet mangler, - til tross for at tjenestene kan være gode hver for seg.

I henhold til de føringer som er lagt i samhandlingsreformen skal helsefremmende og forebyggende arbeid styrkes. Folkehelsearbeidet skal være helhetlig og sektorovergripende.



UTFORDRINGSBILDET NASJONALT

Flere av de større utredningene som er presentert for Stortinget som meldinger fra tidlig 2000-tall og til i dag peker på følgende hovedutfordringer:

1. Det blir flere yngre brukere med nedsatt fysisk og psykisk funksjonsevne.
2. Det blir flere eldre kombinert med knapphet på tjenesteytere.
3. Det trengs godt medisinsk tverrfaglig samarbeid og å sikre koordinerte tjenester
4. Det er behov for å forebygge og begrense mer, - og behandle mindre.
5. Det må legges vekt på aktivitet i omsorg og på å møte psykososiale behov.

Flere av utfordringene kan sies å være forsterket over tid: unge voksnes psykiske helse, eldre som lever lenger og får flere helseplager og kroniske ledelser og dermed behov for økt omfang av tjenester, omfanget av personer som overlever alvorlig sykdom pga. bedre behandlingsmetoder (medisinsk-faglig utvikling) utløser også økt pleie- og omsorgsbehov, livsstilssykdommer som diabetes type 2, KOLS eller overvekt øker i tillegg behovene for behandling innen pleie- og omsorg.



OS KOMMUNES UTFORDRINGER PÅ KORT OG LANG SIKT

I all hovedsak dekker listen i foranstående avsnitt også de utfordringene en ser i Os.

Men Os kommune har en høyere andel eldre enn i den nasjonale befolkning. Og har i likhet med de fleste små kommuner i distriktene en mye høyere andel eldre enn bykommuner og bynære kommuner. Os kommune vil derfor sammenliknet med landet som helhet komme til å få en styrket utfordring som følge av demografien i årene fremover. I planperioden 2018 – 2021 viser imidlertid antallet eldre over 80 år en liten nedgang, men fra omkring 2025/2026 og til omkring 2040 blir økningen i antall eldre meget stor (ca 65 %)

Det vil bli viktig at Os kommunen bruker planperioden til å gjøre organisatoriske og strukturelle grep som gjør at en står best mulig rustet når den store økningen i antallet eldre kommer fra midten av 2020-tallet.

Tabellen under viser utviklingen i sammensetningen av befolkningen i Os i perioden 2016 -2040, fordelt på ulike alderskategorier og kjønn:

	2016	2018	2020	2022	2024	2026	2028	2030	2035	2040
Menn	194	180	174	170	171	172	180	182	198	193
Kvinner	177	170	167	164	169	173	177	178	185	182
0-17 år	371	350	341	334	340	345	357	360	383	375
Menn	393	384	379	374	370	359	351	347	338	337
Kvinner	357	356	343	341	331	319	323	328	322	328
18-49 år	750	740	722	715	701	678	674	675	660	665
Menn	247	243	241	250	256	261	254	251	232	228
Kvinner	240	224	231	239	237	243	236	226	208	190
50-66 år	487	467	472	489	493	504	490	477	440	418
Menn	126	139	154	155	155	155	157	159	174	188
Kvinner	121	137	141	141	146	147	146	153	169	179
67-79 år	247	276	295	296	301	302	303	312	343	367
Menn	43	45	40	44	46	54	61	70	75	72
Kvinner	56	49	50	50	52	60	71	73	75	77
80-89 år	99	94	90	94	98	114	132	143	150	149
Menn	7	8	10	7	8	9	9	8	12	18
Kvinner	15	20	16	14	16	13	12	13	15	23
90 år og eldre	22	28	26	21	24	22	21	21	27	41
Sum m/k										
80-89 år	99	94	90	94	98	114	132	143	150	149
90 år og eldre	22	28	26	21	24	22	21	21	27	41
	121	122	116	115	122	136	153	164	177	190



Men samtidig med økningen av de eldste eldre (80 -89 år og 90 år og eldre) viser også folketallsfremskrivningen til 2040 en stor nedgang (12 -15 %) i andel i yrkesaktiv alder (18-49 år og 50-66 år)

År	2016	2040
Antall innbyggere 18 – 66 år	1237	1083
Antall innbyggere 80 år og eldre	121	190

Rekruttering av tjenesteytere vil derfor settes under kraftig press, det samme vil opprettholdelse og stimulering av økt behov for innsats fra familie/pårørende og fra frivilligheten.

Det er en viktig erkjennelse at bruk av velferdsteknologi både vil bli nødvendig på grunn av behov for større omfang av tjenester. Velferdsteknologien har samtidig et potensial for kvalitetsforbedring av mange tjenester innen helse- og omsorg. Men prosesser som sikrer vellykket tilpasning av teknologiske løsninger er ressurs- og kompetansekrevende. Det er derfor svært utfordrende for en liten kommune som Os både å inneha kompetanse og avsette ressurser til å utrede og etablere løsninger og ikke minst til å drifte og videreutvikle implementerte løsninger.

Helse- og omsorgstjenesten i Os er til dels preget av små fagmiljøer. Kravene til kompetanse og hvordan et godt brukertilpasset tilbud skal være blir stadig skjerpet. Dette gjelder så vel tjenester med er klart kommunalt ansvar så vel som samhandling med spesialisthelsetjeneste.

Gjennomgående skjerpes kravene til dokumentasjon av systemer og individuell tjenestetildeling og til planer (fra individuelle planer til obligatoriske fagplaner og planer som kreves for eksempelvis og blir tildelt satsingsmidler).

Som det fremgår ovenfor er ikke behovet for tjenester fra en kommunal helse- og omsorgstjeneste statistisk. Vi vil ha behov for et større volum av tjenester vi nå tilbyr, - men det vil også være behov for å gi tjenester vi ikke kan tilby i dag. Den medisinsk-faglige utviklingen gjør som nevnt at flere overlever alvorlig sykdom, men dette kan utløse et omsorgsbehov som ikke er noen dominerende del av sykdomsbildet i dag. Allerede omtalte livsstilssykdommer indikerer at det ligger en usikkerhet i hvorvidt dagens mønster for sykdomsforekomst vil være gyldig. Levealderen vil med stor sannsynlighet være økende i overskuelig fremtid. Og hva slags tjenester vil fremtidens eldre ønske og ha behov for? Det er svært sannsynlig at dagens 50-åringer som fremtidige brukere av helse- og omsorgstjenester vil ha andre behov og kreve andre tjenester enn dagens 80-åringer.

Hvilken kapasitet og kompetanse vil Os kommune ha til å planlegge for endring og til å gjennomføre endringsprosesser? Det er gitt at dette er krevende for en liten kommuneorganisasjon. Dette er kapasiteter som må søkes utviklet i et samarbeid over kommunegrensene.

Det er dessuten hevet over tvil at både nasjonale myndigheter og helsevesenet generelt vil legge til grunn at ansvaret for å gi helse- og omsorgstjenester må legges på så nært brukerne som mulig. Det kan derfor forventes at nye oppgaver i årene fremover vil bli tillagt kommunene. Dette vil forsterke Os kommunens utfordringer som liten kommune.

Os kommune og de øvrige kommunene i regionen opplever det i den aktuelle situasjon høsten 2017 problematisk å rekruttere sykepleiere. Etter at de over flere år fra omkring tusenårsskiftet ble gjennomført desentralisert sykepleierutdanning i regionen (først med Høgskolen i Sør-Trøndelag som ansvarlig og senere i flere år i regi av Høgskolen i Hedmark). I all hovedsak rekrutterte en til studiet



voksne studenter som var bosatt i regionen. Dette sikret god tilgang på sykepleiere. Denne situasjonen er nå endret. Det er behov for en ny offensiv fra en samlet region for å få på plass et tilbud om sykepleierutdanning. Hvorvidt det er mulig å få etablert et fast studietilbud (filial av en høgskole), kan diskuteres. Et desentralisert tilbud basert på fjernundervisning, samlinger og ulike former for individuell veiledning vil i et kort perspektiv være det som er mest realistisk. Dette vil med all sannsynlighet kreve prosjektfinansiering med lokal/regional andel.

På landsbasis er det mange signaler som tilsier at vi er på vei inn i en fase med større problemer med å rekruttere allmennleger til tjeneste i kommunene. Færre utdanner seg med spesialisitet i allmenntillegener, fastlegene har fått økende byrder og nye administrative oppgaver, - som konsekvens av dette er nå fastlegeordningen kommet under debatt. God organisering og tilstrekkelig størrelse på legevakt og dermed utsikter til moderat vaktbelastning har over tid vært et viktig element i legerrekruttering lokalt. Dette skyldes blant annet at yngre leger har andre preferanser i forhold til total arbeidssituasjon og tilpasning til familieliv enn det som har vært tilfellet tidligere. Det er stor usikkerhet med hensyn til virkningen av ny forskrift for akuttmedisin i distriktene.

Konsekvensen av den debatt som pågår høsten 2017 og tiltak som følger av oppfølgingen av Meld St 26 (2014-2015) (blant annet lovfesting av psykologkompetanse og primærhelseteam, sterkere vekt på ledelse og samordning av helse og omsorgstjenesten og oppfølgings- (og oppsøkende) team), er så langt usikker både for legetjenesten og øvrige profesjoner og tjenester innenfor helse- og omsorgstjenesten totalt. Det som er vektlagt i flere utredninger i kjølvannet av samhandlingsreformen peker klart i retning av større og mer sammensatte fagmiljøer og dermed også i retning av samarbeid over dagens kommunegrenser.

Rekruttering av nødvendig kompetanse for å dekke behovene for helsehjelp for Os befolkningen i årene framover vil derfor betinge et aktivt engasjement for å skape gode fagmiljøer, sikre god ledelse og rasjonell organisering i felleskap med andre kommuner. Arbeidsgruppa anbefaler at en utvikler samarbeidet med kommunene Holtålen og Røros videre og til nye områder innenfor helse- og omsorgsfeltet. Arbeidsgruppa avvirket våren 2017 flere felles møter med representanter for Holtålen og Røros. På det faglige plan er det stor samstemmighet om nødvendighet av samarbeid og motivasjon for å gå inn i felles prosesser. Likevel skal en ikke undervurdere at det kan ligge mange utfordringer i dette knyttet til ulikhet i kultur, ulike faglige prioriteringer og status innen de enkelte tjenesteområder. Men i all hovedsak er en stilt overfor de samme problemstillinger og utfordringer knyttet til å sikre et godt tjenestetilbud i fremtid.

Et helt nødvendig grunnlag for gode prosesser og realisering av gode samarbeidsløsninger er tilstrekkelig politisk forankring og engasjement og en tydelig og engasjert administrativ ledelse.

SAMARBEID MED HELSEFORETAKET - NASJONAL HELSE – OG SYKEHUSPLAN

Som en del av gjennomføringen av samhandlingsreformen har alle kommuner etablert avtaler med «sitt» helseforetak. Alle kommunene innen Sykehuset Innlandets området har en overordnet samarbeidsavtale samt 10 tjenesteavtaler og 9 fastsatte rutiner.

Samarbeidsavtalen skal ivareta kravene i helse- og omsorgstjenestelovens §§6-1 og 6-2 og spesialisthelsetjenestelovens §§2-1 og 2-6. Formålet med avtalen er å sikre at pasienter/brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester både innen somatikk, psykisk helse og rus.



Det er et mål at brukerne/pasientene skal oppleve at tjenestene:

- er faglig gode
- er samordnet og helhetlige
- er preget av kontinuitet
- blir utført på en god måte på tvers av forvaltningsnivåene
- gis til rett tid og på rett sted

Under formålsavsnittet er det også nedfelt formuleringer om at «samarbeidet skal preges av likeverdighet», «en løsningsorientert tilnærming» og prinsippet om at «avgjørelser tas så nær brukeren som mulig».

Nasjonalt helse- og sykehusplan legger føringer for sykehusstrukturen i landet vår i årene fremover. Planen ble behandlet i Stortinget i 2016 og ble endelig bekreftet gjennom foretaksmøtene våren 2017.

For Os kommunes lokalsykehus, Sykehuset Innlandet Tynset, fremgår følgende av helse- og sykehusplanen:

Under forutsetninger/spesielle forhold:

«Lange avstander gjør det nødvendig med fortsatt akuttkirurgi på Tynset. Videreføring av akuttkirurgien på Tynset forutsetter et nært samarbeid med de øvrige sykehusene i Sykehuset Innlandet om tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulering, hospitering og overføring av planlagt kirurgi»

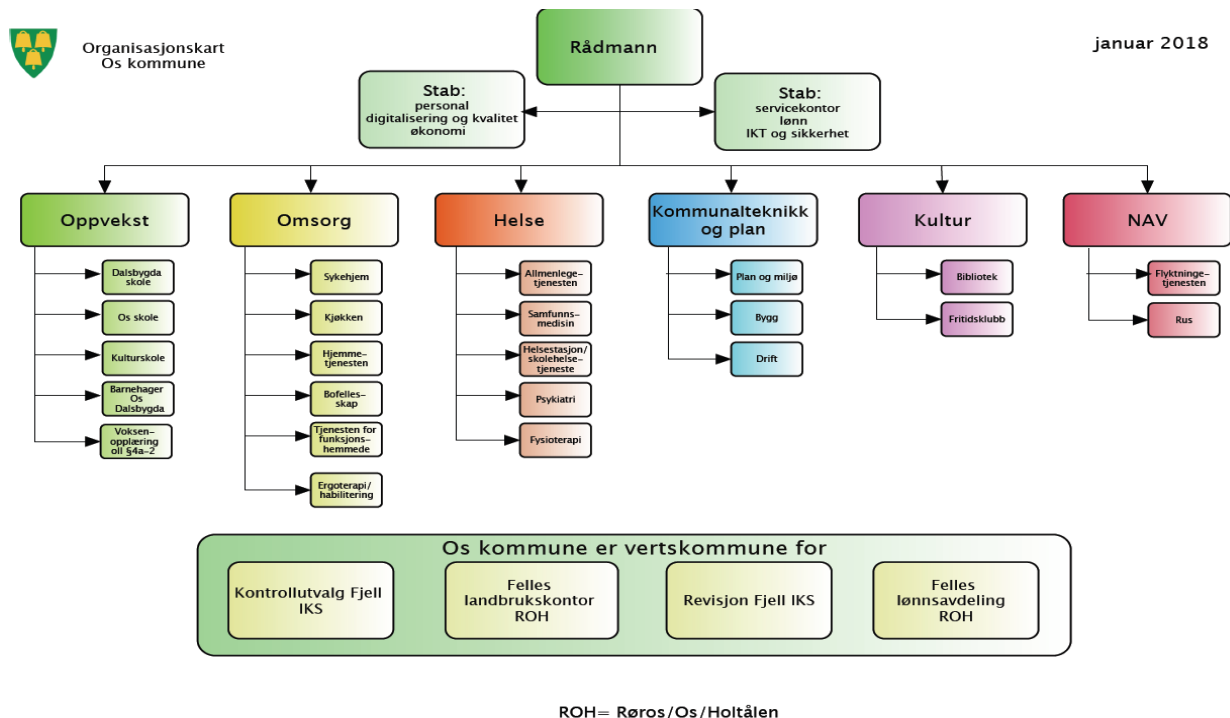
I begge de to scenariene som er skissert for Tynset sies følgende:

«Tynset beholder akuttkirurgi. Øvrig struktur avhenger av resultat av pågående utredninger».



ORGANISERING, RESSURSER OG MÅL I OS KOMMUNE

Helsetjenesten og Omsorgstjenesten i Os er 2 av 8 virksomhetsområder som ledes av hver sin virksomhetsleder



10

Under Helseleder ligger allmenlegetjeneste (2 leger og turnuslege: 3 årsverk), helsestasjon-/skolehelsetjeneste (helsesøster 1,0 årsverk), psykiatritjeneste (sykepleiere 1,8 årsverk), fysioterapi (fysioterapeuter 1,8 årsverk) og miljørettet helsevern (dekket av legeressurs).

Antall årsverk innen helsetjenesten har vært stabilt de siste 5 årene, bortsett fra at fysioterapi er redusert med 0,5 årsverk.

Os kommune har i en årrekke frem til 1/1-2018 solgt tjenester innen medisinsk-faglig rådgivning (kommuneoverlege) til Røros og Holtålen. Os samarbeider med Holtålen og Røros om kommunale øyeblikkelig hjelp plasser (KAD-senger).

Omsorgsleder har ansvar for sykehjem (Verjåtunet, inkl. kjøkkendrift: 26 årsverk), tjenesten for funksjonshemmede TFF (30,4 årsverk), hjemmetjenesten (16,8 årsverk) ble, bofellesskap for enslige mindreårige (6,2 årsverk).

Årsverk i TFF har over tid variert relativt mye avhengig av tjenestebehov i henhold til enkeltvedtak. Bofellesskapet for enslige mindreårige ble 1/7-17 redusert med omkring 2 årsverk. Noen år tilbake ble institusjonstjenesten redusert, men ressurser ble tilført hjemmetjenesten.

Omsorgstjenesten i Os selger tjenester innenfor TFF for brukere bosatt i Røros. Det kjøpes også kapasitet av tilbudet for etterbehandling av somatiske pasienter ved Røros sykehus.

Det er innenfor omsorgstjenesten en stor faglig bredde og stor andel høgskoleutdannet personell: barnevernspedagoger, vernepleiere, sosionomer, pedagog, ergoterapeut, barnehagelærere, - og ikke minst sykepleiere. Totalt er det ca. 17 årsverk sykepleierressurs. Under halvparten av sykepleierne har 100 % stilling. Den største stillingskategorien i omsorgstjenesten er imidlertid fagarbeidere. De tre største avdelingene (TFF, Verjåtunet og hjemmetjenesten) har samlet 38 årsverk med



fagarbeiderressurs. Mens Verjåtunet har en stor del av de ansatte i 100 % stilling, er det både på Rytrøa og i hjemmetjenesten vesentlig overvekt av deltidsstillinger i varierende prosenter. Os kommune er imidlertid en av de kommunene i Hedmark som blir rangert høyest når det gjelder «heltidskultur».

Generelt vil unge arbeidssøkere i større grad enn de som er rekruttert tidligere, og har sittet i sine stillinger over lengre tid, foretrekker 100 % eller nær fulle stillinger. Erfaringene i Os så langt er deltidsstilling i seg sjøl ikke har vært særlig problematisk å rekruttere til.

For øvrig gir «Kompetanseplan for omsorgstjenesten 2016-2025» en god oversikt over personell/fagkompetanse som må erstattes de nærmeste årene. Denne planen fastsetter også mål og har en omfattende oversikt over aktuelle tiltak. Det er imidlertid ingen angivelse av ressursbehov for gjennomføring av tiltak. Os kommunen har på en god måte utnyttet de tilskuddsmidler som stilles til rådighet av fylkesmannen. En vil fortsatt være avhengig av eksterne midler for å vedlikeholde og utvikle nødvendig kompetanse innen helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås ingen organisasjonsendringer for helse- og omsorgstjenesten i Os kommune. Imidlertid kan realisering av samarbeidsløsninger medføre endringer ved at en annen kommune får vertskommuneansvar for en eller flere deltjenester på vegne av de andre samarbeidskommunene. Et eventuelt vertskommuneansvar i Os kommune for tjenester kan også medføre behov for å tilpasse organisasjonen. Arbeidsgruppa vil påpeke viktigheten av at den positive, utviklingsorienterte kulturen som i stor grad preger tjenestene i Os også må søkes bevart i nye samarbeidsordninger. Uavhengig av de samarbeidsprosesser som videreføres og iverksettes, vil arbeidsgruppa også påpeke behovet for å se på muligheter for en felles virksomhetsleder for helse- og omsorgstjenestene. Dette med bakgrunn i sterkere krav til tverrfaglig samarbeid innenfor tjenestene, behov for kapasitet til endrings- og utviklingsarbeid og tilrettelegging for samarbeid med et større tilfang av eksterne aktører som i økende grad må aktiviseres i omsorgsarbeid og helsefremmende arbeid.

Tilpasning av dagens lokaler vil i noen tilfelle være nødvendig, endret lokalisering for enkelttjenester er aktuelt: Ombygging av den eldste sykehjemsdelen kan gi behov for ny lokalisering av fysioterapi, legesenteret har behov for opprustning, plassbehov er avhengig av eventuelt interkommunalt samarbeid, - både knyttet til samarbeid om NAV-kontor og frigjøring av plass i kommunehuset og hvor mye av en samarbeidende helsetjeneste som lokaliseres til Os. Gruppa vil også understreke at fleksibilitet i bofunksjoner/-kapasitet som utvikles er overordnet viktig.



Det overordnede målet for helse- og omsorgstjenesten i Os kommune er:

Innbyggerne i Os skal ved hjelp av egne ressurser og nødvendig bistand oppleve mestring og egenverd i møtet med sykdom, funksjonsnedsettelse og aktivitetssvikt.



12

UTVIKLING AV TJENESTEOMRÅDER – SATSINGER FOR FREMTID

FOLKEHELSE - ANSVAR FOR EGEN HELSE

Norges befolkning har aldri være friskere enn den er i dag. Store epidemiske sykdommer er utryddet. Flere og flere alvorlige lidelser kureres av helsevesenet.

Samtidig er fravær fra ordinært arbeid en økende utfordring. Det samme gjelder uførhet, - økningen i antallet uførepensjonister, særlig i aldersgruppen 18 – 29 år, er svært bekymringsfull.

De sosiale helseforskjellene er betydelige. Personer med lav utdanning og lav inntekt kommer dårligere i forhold til kjente helseindikatorer, samtidig rapporterer disse gruppene hyppigere en opplevelse av dårlig helse enn andre grupper.

Folkehelseloven som ble vedtatt i 2011 som en del av samhandlingsreformen. Folkehelseloven skal «bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale forskjeller.» Loven er sammen med helse- og omsorgstjenestelovens bestemmelse de rettslige virkemidlene for å nå samhandlingsreformens mål om å fremme folkehelse, forebygge sykdom og utjevne sosiale



helseforskjeller. I rundskrivet om iverksetting av folkehelseloven uttrykkes det at det fortsatt er et stort potensial i å fremme folkehelse og forebygge sykdom og for tidlig død og at det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen.

Loven løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet: prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør» (Health In All Policies), bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning. Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har alle ansvar i folkehelsearbeidet og loven retter seg mot alle forvaltningsnivåer. Det skal samordnes på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene er gitt en tydelig rolle i å bistå kommunene. Mens kommunehelsetjenesteloven la oppgavene innenfor folkehelse direkte til helsetjenesten i kommunen, er ansvaret nå flyttet til kommunen som sådan. Prinsippet om å fremme folkehelse i alle sektorer («helse i alt vi gjør») innebærer at helse skal integreres i beslutningsprosesser og for eksempel i utøvelse av roller som eier av virksomhet og eiendom, arbeidsgiver, utviklingsaktør, tjenesteyter mv.

Loven bygger på og er samordnet med plan- og bygningsloven. Loven legger også til rette for politisk forankring av folkehelsearbeidet.

For kommunen er det viktig å få oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å identifisere folkehelseutfordringer. Disse skal kunne gi grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven og legge grunnlag for tiltak.

Kommunens plikt etter lovens § 7 kan gi grunnlag for tiltak knyttet til f.eks. oppvekst og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, og levevaner som fysisk aktivitet, ernæring, tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk, samt ulykker og skader.

Etableringen av folkehelseprofiler utgjør en støtte for kommunenes arbeid med å identifisere sine folkehelseutfordringer (www.fhi.no/folkehelseprofiler).

«Folkehelsebarometeret for Os» plasserer kommunen i forhold til fylkesgjennomsnitt og landsgjennomsnitt innen 6 temaer (befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner og helse og sykdom) og et ulikt antall indikatorer under hvert tema, - til sammen 34 indikatorer.

Folkehelselovens krav til helhetlig kommunalt ansvar betyr at skole, barnehage, sosialtjeneste, kultur- og bibliotek og tekniske tjenester alle må medvirke til god helse i Os-befolkningen og ikke bare helsetjenesten. Helsetjenesten i Os har imidlertid med hell over lang tid arbeidet med å forebygge ulykker (arbeidet innenfor Trygt lokalsamfunn).

På et konkret plan må dette blant annet bety at både skole og barnehage må medvirke til at barn og unge oppdras til levevaner som fremmer helse, - det være seg evne til å bli omsorgs- og hensynsfull så vel som etablering av godt kosthold og fysisk aktivitet (i den alminnelige skolehverdagen og gjennom programmer/prosjekter; MOT, antimobbeprogrammer), sosial- og barnevernstjenesten har en viktig oppgave i å fange opp de som står i fare for å falle utenfor eller har falt utenfor og kan bli låst fast i en økonomisk og sosial situasjon som svekker helsen (BTI, avdekke og avhjelpe fattigdom), kultur- og biblioteket har et særlig ansvar for oppfølging av frivilligheten og organisasjonsaktivitet på mange plan, f.eks. å gi råd i forbindelsen med tilskudd til nærmiljø- og idrettsanlegg og tilrettelegge for gode møteplasser og gi folk opplysning og gjennom egne arrangementer/tilbud og samarbeid med andre aktører. Virksomhet for tekniske tjenester bidrar til god vannforsyning, godt inn klima, trafiksikkerhet og ikke minst til planprosesser der helsehensyn er integrert.



Likevel er spørsmål og god eller dårlig helse i et folkehelseperspektiv i stor grad spørsmål om individuelle valg, valg som treffes av foresatte gjeldende barn og unge og voksnes etablering av vaner i hverdagen.

Ingen kommune kan gjøre valgene for det enkelte individ i et livsløpsperspektiv, - eller med hjemmel i folkehelselov pålegge den enkelte levevaner som fremmer helse. Kommunen kan imidlertid legge til rette for at det kan treffes gode valg og unngå risiko for uhelse. Råd og opplysning og ulike stimuleringsvirkemidler kan ha god effekt. Lokalsamfunnets kunnskap om ulike lidelser kan påvirkes med virkemidler som målrettede kurs, aksjoner og prosjekter. Dette kan blant annet kan bidra til å bygge ned fordommer og gjøre det mulig for personer med gitte lidelser å følge seg inkludert og mestre hverdagen på en bedre måte. Eksempler på tiltak kan være: opplæring/kurs om demensvennlig samfunn, aksjonsdager/arrangementer knyttet til psykisk helse.

Kommunen kan i svært begrenset grad påvirke samfunnsmessige strukturer som ligger under og vedlikeholder forskjeller knyttet til utdannings- og inntektsnivå og som i vesentlig grad også bidrar til å opprettholde sosiale helseforskjeller.

Deltakelse på sosiale arenaer fremmer god helse og vil være et område der frivillige organisasjoner og mer uformelt preget fellesaktivitet har en styrke. I Os er det en omfattende frivillig sektor som dekker svært mange typer aktivitet og ulike preferanser og som retter seg inn mot individer i alle aldre. – Og som fremmer god fysisk og mental helse!

At det er lav terskel for deltakelse, at aktiviteten fremmer humor og gjerne forener flere generasjoner og folk med ulike kulturbakgrunn er en styrke. Nyere aktiviteter som Barnas turlag, O-gruppenes «stolpejakt» og seniordans har kvaliteter som må stimuleres.

Frivilligsentral kan utvikle sin rolle mot organisasjonslivet gjennom å organisere nettverk, kurs og opplæring, felles idedugnader og andre tiltak. Det er viktig at kommunen også bidrar til at Frivilligsentralen har en økonomisk basis for sin virksomhet.

Kommunen må videre medvirke til at organisasjonslivet og frivilligheten er preget av åpenhet og toleranse slik at det i minst mulig grad er grupper som faller utenom. Det er for eksempel slik at en vesentlig del av innvandrerbefolkningen nok har lavere organisasjonsdeltakelse enn de som har norsk etnisk bakgrunn. Os-samfunnet er fortsatt et likhetspreget og egalitært samfunn, men både større mobilitet (innenlandske flyttinger og innvandring) og globalisering/mediepåvirkning gjør at det i dag er et større kulturelt mangfold og større spredning i behov og interesser i befolkningen enn det var for få år tilbake.

Hva slags fellesskap vi har i Os påvirker helsa. En klok mann har sagt: «Helsevesenet påvirker helsa 10 %, resten er miljø, moral, kultur etc. Det er viktig å ha noe å være glad for og noen å være glad i. Og ikke minst: trene mere, spise sunnere, mindre bruk av tobakk og alkohol».

Mål for folkehelsearbeidet i Os kommune:

- Styrke oppmerksomheten om folkehelse i Os-befolkningen generelt, i frivillig sektor og i de kommunale virksomhetene.

Tiltak:

- Gjennomføre en «folkehelsekonferanse» årlig hvor frivillige organisasjoner sammen med alle kommunale virksomheter og hvor status og aktuelle utfordringer tas opp
- Vurdere bruk av kommunens hjemmeside til aktuell helseinformasjon.



- Bruke tilgjengelig statlige ressurser og aktuelle sentral initierte aksjoner til lokale arrangementer.

SAMFUNNETS OMSORGSRESSURSER – PÅRØRENDES INNSATS OG FRIVILLIG SEKTORS POTENSIAL

Utredninger innen helse- og omsorgsfeltet de siste 10 – 15 år har i økende grad pekt på fremtidsutfordringene knyttet til demografi og en aldrende befolkning ikke kan løses av en kommunal helse- og omsorgstjeneste alene. Det vil kreves at vi leter fram, mobiliserer og tar i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter.

Det er i diskusjonen om utviklingen av helse- og omsorgstjenester lagt lite vekt på muligheter brukerne selv har til å delta i planlegging og produksjon av tjenesteytinger og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbedre sitt funksjonsnivå. I for stor grad har en sett brukerne som passive tjenestemottakere. Men den tradisjonelle brukerrollen er i rask endring. Framtidas eldre og yngre brukere utgjør en mer mangefarget gruppe med ulike muligheter og behov. Mange vil ha god helse, god personlig økonomi og høyt utdanningsnivå. Forventningene som fremtidige brukere stiller vil være mer omfattende, men de vil også ha større evne til å påta seg ansvar og være selvhjelpne og selvstendige.

Det stilles nye forventninger om et bredere engasjement fra innbyggerne i planleggingen av velferdssamfunnet, ikke bare til de offentlige ordningene, men også andre fellesskapsløsninger. Dette kan gjelde deltakelse i frivillige organisasjoner, samvirkeforetak, velforeninger, brukerorganisasjoner eller mer uformell innsats i lokalsamfunnet, familie og sosialt nettverk. Til grunn for dette må ligge en oppfatning om et felles ansvar og en tillit til at folk vil delta aktivt, ikke bare gjennom offentlige, men også ved å stille opp og utgjøre en forskjell for hverandre i det daglige.

Det ligger mange utfordringer i å virkeliggjøre å slikt «medborgerskap». Det krever imidlertid at en i større grad enn tidligere må ha samtidig fokus på rettigheter og plikter, personlig ansvar og valg, deltakelse og selvstendighet.

Både det å utløse den enkeltes ressurser til egenomsorg og tilrettelegge for den enkelte i «samskaping» av en fremtidig omsorgstjeneste, krever en endring av de tradisjonelle rollene som mange har i omsorgstjenesten. Brukerne kan ikke lenger oppfattes som passive tjenestemottakere. De må gis informasjon og kunnskap om viktige årsaker til egen sykdom og funksjonssvikt slik at de vet når det er riktig og be om råd eller oppsøke profesjonell hjelp. I større grad vil det forutsettes det at omsorgstjenestene kartlegger og forstår brukernes behov og gir informasjon og støtte som grunnlag for aktiv deltakelse i beslutninger som angår den enkelte og som kan bidra til å forbedre og utvikle tilbudet

I et samskapingsperspektiv er det viktig at ansatte har en tverrfaglig tilnærming og kan søke etter nye måter å samarbeide med andre på.

Gode kommunikasjonsferdigheter blant helse- og omsorgspersonell har betydning for samhandling med ulike aktører og mobilisering av brukernes egne ressurser. God kommunikasjon er praktisk ferdighet det tar å utvikle.

En viktig del av det å styrke egenomsorgen kan være etablering av selvhjelpsgrupper (alt fra barselgrupper til seniorgrupper) og likemannsarbeid. I mange kommuner er det gode erfaringer med



selvhjelpsgrupper. Likemannsarbeid, ofte organisert gjennom brukerorganisasjoner, finnes det en tilskuddsordning for.

Omsorgstjenesten i Norge får gjennomgående svært god karakter i brukerundersøkelser. En dimensjon som er gitt til dels lav skår er «respektfull opptreden» (fra omsorgspersonalet). Dette kan gi en indikasjon om at en holdnings-/kulturendring er viktig hvis vil skal oppnå en tjeneste der vi utløser et større mangfold av ressurser.

En brukerorientert omsorgstjeneste krever omstilling og nytenkning. Det er nødvendig med opplæring i nye arbeidsformer og kultur- og holdningsendringer. Kompetanse på å kartlegge og forstå brukerbehov må forsterkes. Brukerstyring, og ikke bare brukermedvirkning, vil utvikles i større omfang. Brukerstyrt personlig assistanse er en ordning som mange har erfaringer med, også i Os.

Menn representerer kanskje den største uutnyttede ressursen i omsorgstjenesten. Menn utfører i dag drøyt 10 % av årsverkene i sektoren. Studier har imidlertid vist at bedre kjønnsbalanse vil øke trivselen på arbeidsplassene i helse- og omsorgssektor. Arenaen er og har vært dominert av kvinner og i noen grad av en kvinnerolle som kan være utgått på dato. Det finnes forskning som viser at menn kan oppleve seg fremmed og møte med kvinnedominert kultur i omsorgssektoren. Samtaleform og «husmorstandarder» til vasking og rydding kan være en utfordring. Og både den tradisjonelle manns- og kvinnerollen er i endring. Overraskende nok er situasjonen en annen i den uformelle og mer familiebaserte omsorgen. Ifølge SSBs tidsutnyttingsundersøkelse bruker menn i aldersgruppen 67 – 74 år gjennomsnittlig 50 % mer tid på slik omsorgsyting enn kvinner.

De pårørendes omsorg og familieomsorg er den usynlige omsorgen. Den registreres knapt i saksbehandling, statistikk og utredninger. Det er gjort anslag i forskningen på et omfang på omkring 100.000 årsverk, noe som nesten er på størrelse med den offentlige omsorgstjenesten (om lag 130.000 årsverk). Erfaringene fra de nordiske landene viser at en omfattende offentlig omsorg ikke utkonkurrerer den uformelle omsorgen, men at de støtter og utfyller hverandre. Pårørende til brukerne i den kommunale omsorgstjenesten har ulike livssituasjoner og behov. Pårørende til eldre brukere er den største gruppen og vil øke i årene som kommer. Men i de siste 10- 15 årene er andelen tjenestemottakere under 67 år mer enn fordoblet. Kommunal helse- og omsorgstjeneste må derfor forholde seg til pårørende og nærpersoner til brukere i alle aldersgrupper.

Den eneste gruppen pårørende som fortsatt har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg er foreldre til barn under 18 år. Det offentlige hjelpeapparatets dreining bort fra institusjonsomsorg og mot hjemmetjenester har ført til at noen foreldre har fått større omsorgsansvar for barn med nedsatt funksjonsevne både når de er barn og etter at de har blitt voksne. For Os kommune har avlastningstjenester for foresatte vært en viktig satsing, - i samarbeid med nabokommuner.

Pårørende til eldre består i hovedsak av ektefeller, barn og barnebarn. Forskning som er gjennomført viser at voksne barn sjelden er hovedomsorgskilde for eldre foreldre. De fleste eldre får hjelpebehov dekket ved hjelp av partner når de har det og fra offentlige tjenester. I Os ytes det betydelig innsats fra andre enn partner (annen slekt, naboer, frivillighet).

For mange pårørende kan det være vanskelig å orientere seg om helse- og omsorgstjenestens tilbud og den enkeltes rettigheter. Det kan være utfordrende å sikre tilstrekkelig, god og tilpasset informasjon til pårørende.

Framtidens omsorgstjenester må samhandle med pårørende slik at de opplever at det er behov for dem, men uten at de blir utnyttet. Det offentlige tjenesteapparatet må støtte og stimulere familieomsorgen og sørge for at de som påtar seg krevende omsorgsoppgaver ikke pådrar seg store



helsemessige belastninger eller kommer i økonomiske vanskeligheter. Langvarig og omfattende omsorgsinnsats kan øke risikoen for helseskader. Avlastningsordninger vil være nødvendig for at pårørende ikke blir utbrent og får behov for hjelp. Dette kan gjelde både unge og eldre tjenestemottakere (avlastningsbolig for barn/unge og korttidsopphold i sykehjem).

Det er i flere sentrale utredninger understreket at de ansattes holdninger og kompetanse bør utvikles. Samarbeidskompetanse bør få en større plass aktuelle utdanningene.

Det er også pekt på opplevelsen av manglende samordning og målrettethet i dagens stønadsordninger og i det kommunale tjenestetilbudet. På samme måte kan mange pårørende oppleve lite fleksibilitet i samspillet mellom arbeid og omsorgsoppgaver (tidsklemme).

Totalbelastning med lønnsarbeid og store omsorgsoppgaver vil ofte, særlig for kvinner, utløse sykemeldinger. Dette reiser spørsmål om hensiktsmessige permisjonsordninger.

En helhetlig pårørendepolitikk er signalisert. Det er innført en pleiepengeordning fra høsten 2017 som gir foreldre rett til godtgjørelse for pleie av egne barn.

Det er gjennomført ulike tiltak i kommuner rundt om i landet. F.eks. «pårørendeskole», samtalegrupper, ulike kurs og opplæringstiltak med stor variasjon i relevant og tilpasset innhold. Ofte i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Frivillig sektor i Norge er meget omfattende. Omtrent halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid i løpet av et år. Organisert frivillig innsats tilsvarer omkring 115.000 årsverk. Hovedinnsatsen foregår i kultur- og idrettssektoren (55%). Bare ti prosent av det frivillige arbeidet skjer i omsorgssektoren. I løpet av de siste 20 år har den eldre befolkningens frivillige bidrag økt betydelig. Midt på 1990-tallet var ungdom mer aktive enn pensjonistene. Nå er forholdet det motsatte.

Potensialet for å få flere til å delta i frivillighet er stort. Frivillig sektor er i endring og frivillighet tar nye former, hvor også brukerne av omsorgstjenester er aktive. Folk søker ikke i samme omfang som tidligere livslange medlemskap i frivillige og humanitære organisasjoner, men tar gjerne del i mer intense og kortvarige prosjekter. Frivillighet ser (ifølge forskere) ut til å gi økt tilfredshet med livet og økt mestringfølelse. Organisasjonsaktive eldre har bedre helse og livskvalitet. For enkeltpersoner bidrar organisasjonsaktivitet blant annet til å skape sosiale nettverk, identitet og tilhørighet. Frivillig aktivitet gir mulighet for personlig utfoldelse og kreativitet, og gode arenaer for mestring og læring. For samfunnet som helhet betyr et høyt nivå av frivillig aktivitet også et høyt tillitsnivå med sterke sosiale bånd.

En nasjonal strategi for frivillighet som bygger på avtale mellom Frivillighet Norge og KS tar utgangspunkt blant annet i følgende elementer:

- mobilisering, organisering og koordinering
- nettverksarbeid
- arenaer for frivillighet

Det har vært ordninger for nettverksbygging, som blant annet har gått på å revitalisere nettverk som forsvinner når en person flytter på sykehjem.

«Innsats for andre» kan være et hensiktsmessig valgfag og prosjektarbeid på ungdomstrinnet i grunnskolen. Opplæringen kan sette ungdom i stand til å identifisere behov for frivillig arbeid i lokalmiljøet. Et samarbeid mellom skole og frivillige organisasjoner vil også kunne være mulig.

Frivilligsentralene i kommunene har vokst frem i løpet av 20 – 25 år og har blitt viktige aktører i samhandlingen mellom offentlige sektor og frivillig sektor. Pensjonistene utgjør for de fleste



frivilligsentralene den største gruppen frivillige. Vanligvis har frivilligsentralene rekruttert og organisert personer som ikke deltar i det tradisjonelle organisasjonslivet.

Os kommune har en godt fungerende frivilligsentral som har hatt et nært samarbeid med helse- og omsorgstjenesten i mange år, blant annet gjennom utkjøring av mat til hjemmeboende eldre. Andre tilbud er også etablert med vekslende varighet og ut fra aktuelle tidsavgrensede behov.

Frivilligsentralen har vært et viktig fysisk treffpunkt /møtested for ulike frivillige organisasjoner og mer uformell aktivitet.

Frivilligsentralen i Os har potensial til å spille en mer omfattende rolle i forhold til frivilligheten i Os gjennom rekruttering til frivillig innsats, koordinering av innsats mellom ulike aktører, herunder samarbeid mellom frivillige organisasjoner, kurs- og informasjonsarrangement, organisering av aksjoner etc. Og svært mye av det som ovenfor er skrevet om arbeidet med å utløse ressurser fra pårørende, vil også frivilligsentral kunne ha en rolle i.

En viktig forutsetning for en videreutvikling av den lokale frivilligsentralen er at den har et stabilt økonomisk fundament. Dette krever også kommunal medvirkning.

Til slutt: frivillig innsats har innbygget en dobbelthet som på en side er knyttet til egenverdi med stor trivsels- og helsefremmende effekt for individet som frivillig aktør, og på den andre siden produksjon av en tjeneste det er behov for i samfunnet, og med tilsvarende positivt bidrag til bygging og vedlikehold av nettverk og samfunnsmessig tillit på overordnet plan.

Mål for arbeidet med å styrke pårørendes og frivilliges rolle i helse- og omsorgstjenesten

- Bringe nye grupper inn som bidragsytere i omsorgstjenesten og øke innsatsen fra pårørende og frivillige med 100 % i planperioden.
- Utvikle frivilligsentralens koordinerende rolle innenfor mobilisering, rekruttering og opplæring av frivillige.
- Utvikle kompetansen i hele lokalsamfunnet i forhold til omsorgsbehov, eks demensvennlig samfunn.

Tiltak

- Gjennomføre prosjekt for rekruttering av menn i kommunal omsorgstjeneste (evt. i samarbeid med andre kommuner)
- Utvikle selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid
- Kurs i nye organisasjonsformer for tilsatte i omsorgstjenesten
- Utrede program for pårørendeskole
- Utrede og iverksette ny modell for brukermedvirkning

VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi er et begrep som går igjen i de fleste diskusjoner om endring og tilpasning av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene fremover. Dette ikke minst på bakgrunn av økningen i antallet eldre og utfordringen med å rekruttere pleie- og omsorgspersonell som kan dekke brukernes behov. Velferdsteknologi kan gi en mulighet for nær sagt å erstatte direkte menneskelig bistand med teknologiske løsninger. De siste nær ti år har bruk av velferdsteknologi vært gjenstand for store sentrale utredninger (NOU 2011: 17, NOU 2011: 11), utviklingsprogrammer (samarbeid mellom Helsedirektoratet og KS, 2013 – 2016) og utarbeiding av veiledere (blant annet fra Husbanken).



Mange stiller store forventninger til bruken av velferdsteknologi, men det er viktig å understreke at vellykkede løsninger stiller store organisatoriske og prosessmessige krav. Teknologien vil bare være en del av løsninger, - formell organisering må tilpasses, holdninger og kultur må endres, både i og utenfor kommuneorganisasjonen. Ansatte, brukere og pårørende må gis muligheten for påvirkning og deltakelse og relevant opplæring. Sjansen for feilinvestering og dårlig utnytting av dyr teknologisk utrustning er tilstede.

I Helsedirektoratets definisjon fremgår: «Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet.»

Velferdsteknologi kan deles i fire hovedkategorier:

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi
2. Kompensasjons- og velværeteknologi
3. Teknologi for sosial kontakt
4. Teknologi for behandling og pleie.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene tar i bruk følgende løsninger:

1. Lokaliseringsteknologi (særlig aktuelt for personer med demens og annen kognitiv svikt).
2. Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisin dispenser).
3. Elektroniske dørlåser.
4. Digitalt tilsyn.
5. Oppgraderte sykesignalanlegg/pasientvarslingssystem.
6. Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester
7. Digitale trygghetsalarmer.
8. Responstjenester.

For en liten kommune som Os er det svært krevende å gjennomføre prosesser og treffe «riktige» valg av løsninger. Området ligger til rette for nært samarbeid over kommunegrensene. Samtidig må det stilles krav til standardisering av komponenter og fagsystemer og åpne grensesnitt.

Kompleksitet i innkjøp av utstyr og programmer stiller ekstra krav til aktsomhet i forhold til regelverket om offentlige anskaffelser.

Alle bygg- og anlegg som inngår som en del av helse- og omsorgstjenesten i Os kommune må ha nødvendig elektronisk infrastruktur.

De teknologiske mulighetene er i dag mange, samtidig er det ikke mulig å se bort fra de etiske aspektene og personvern hensynene ved bruk av velferdsteknologi. På grunnlag av den aktuelle situasjonen i 2002 knyttet til «smarthusteknologi» uttalte Datatilsynet (høringsuttalelse 29. august 2002):

«Datatilsynet er generelt negative til at elektroniske hjelpemidler, av økonomiske hensyn, benyttes for å erstatte menneskelig kontakt, særlig i pleie- og omsorgssektoren».

Da Hagen-utvalget la frem sin utredning i 2011 ble det redegjort for at dette var et utsagn for ble lagt til grunn for kommunenes vurdering av velferdsteknologi.

De teknologiske løsningene som er aktuelle å vurdere i forhold til dette innebærer former for overvåking av enkeltpersoner. Det kan være lagring av bevegelsesmønstre gjennom GPS-sporing,



helseovervåking gjennom kroppssensorer og overvåking i form av kamera og eller bevegelsessensorer.

Men også Datatilsynet har erkjent at teknologien har gitt muligheter innen helse- og omsorg og kan bidra til økt frihet og trygghet for den enkelte. Samtidig er det potensial i teknologien til at den kan føre til inngrep i den enkeltes rett til personvern og privatliv.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven krever all helsehjelp samtykke fra pasienten. Loven angir krav til samtykkets form og hvem som har samtykkekompetanse. Det angis også hvordan samtykkekompetanse kan bortfalle.

For en vesentlig del av omsorgstjenestens tjenesteyting vil en ha å gjøre med personer som ikke har samtykkekompetanse (mest typisk senil demens).

I 2013 ble det vedtatt en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven om «bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi». § 4-6a lyder:

«Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker som er over 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Bruk av medisinsk utstyr for varsling reguleres av § 4-6.

(.....)

Tiltaket må være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade på pasienten eller brukeren og skal være pasientens eller brukerens interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket fremstår som det minst inngripende alternativet og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Der et er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket. (....)»

En annen side ved bruk av velferdsteknologi er at det kan bringe oss nærmere et «fremmedgjørende robotsamfunn» som reduserer eller fjerner naturlig menneskelig kontakt, nyansert kommunikasjon og utøvelse av empati. En utvikling som går langt i antydning kan oppleves som å være i et grenseland i etisk forstand. En vidtgående «automatisering» av omsorgstjenesten vil ikke være forenlig med de verdier som har vært underliggende i utvikling av norsk helse- og omsorgstjeneste i årtier. Det er vanskelig å se bort fra at fjerning av en stor del av den menneskelige kontakten, og i ytterste fall risikere å gjøre tjenesteyteren til en «teknisk operatør», gjør noe med menneskenes mentale kapasitet både på brukersiden og tjenesteytersiden. Kan det tenkes å oppstå nye lidelser, - og vil yrkesetiske standarder flyttes?

Et tredje område hvor det ligger utfordringer i omfattende bruk av velferdsteknologi er den sårbarhet som kan oppstå særlig i integrerte systemer og som kan føre til driftsproblemer/funksjonssvikt.

En kan heller ikke se bort fra den risiko som ligger i en uforholdsmessig stor avhengighet av leverandører av fysisk utrustning og programvare.

Mål for bruk av velferdsteknologi i Os kommune

- I løpet av planperioden sikre infrastruktur som gjør det mulig hente effektiviseringsgevinster og kvalitetsforbedring innen helse og omsorgstjenesten i Os.



Tiltak:

- Bygge ut bredbåndsdekning i hele kommunen.
- Alle sentralt plasserte kommunale omsorgsboliger og sykehjemsrom skal ha tilgang til nett med tilstrekkelig kapasitet for hele det aktuelle digitale tjenestespekteret.
- Avklare design og systemkrav i samarbeidprosjekt for velferdsteknologi (Os, Røros, Holtålen) i samsvar med felles ikt-strategi for kommunene.
- Prioritere innfasing av applikasjoner.

OMSORGSTJENESTENE

Omsorgstilbudet i kommunene er omfattende. Det er vanlig å bruke begrepet Omsorgstrapp for å beskrive tilbudet av tjenester som en tiltakskjede. Tiltaksmottakerne kan være innom mange trinn i denne «trappa», ikke nødvendigvis hvert trinn, trinn kan «hoppes» over, brukere kan sågar gå tilbake på lavere trinn.

Omsorgstrappens tankegang er LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) som har vært et grunnprinsipp i norsk helsevesen siden 1970-tallet. Prinsippet innebærer at helsetjenester skal ytes på lavest effektive omsorgsnivå. Kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten) skal behandle den overveiende del av befolkningens helseproblemer og være basis for helsetjenestens øvrige ledd. Kommunehelsetjenesten skal være bindeleddet mellom befolkningen i en kommune og de spesialiserte helsetjenestene.

Kommunenes tjenesteyting og omsorgstrappen er uavhengig av alder, men begrepet omsorgstrapp assosieres som oftest med eldreomsorg.

Tankegangen bak begrepet er at tjenestene kan plasseres eller rangeres på ulike nivå. Det er minst tre kriterier for hvor i trappa tjenestene skal plasseres:

1. Spesialiserte tjenester.

I noen tilfeller er det graden av spesialiserte tjenester som tilsier hvor i trappa tjenesten er plassert. I starten av trappa ligger ofte kommunal bistand som støtter innbyggernes egenomsorg. Eksempler på dette kan være aktivitetstilbud, fritidssentra og hjelpemidler. På de øverste trinnene kan spesialisthelsetjenestens tilbud ligge. Som oftest i kommunenes egne fremstillinger er det kommunens tilbud av spesialiserte tjenester som er plassert på de øverste trinnene.

2. Bistandsbehov.

Omsorgstrappen reflekterer brukernes/tjenestemottakernes sykелighet og funksjonsnedsettelse og dermed graden av behov for tjenester. Kommunens innbyggere som har mindre bistandsbehov tildeles og gis tjenester på de første trinnene i trappa. Ved økte bistandsbehov/behov for mer spesialiserte tjenester ytes tjenester på de høyere trinnene i trappa. Eksempler her kan være lindrende/palliativ behandling, øyeblikkelig hjelp døgntilbud og sykehjem langtids/psykogeriatri.

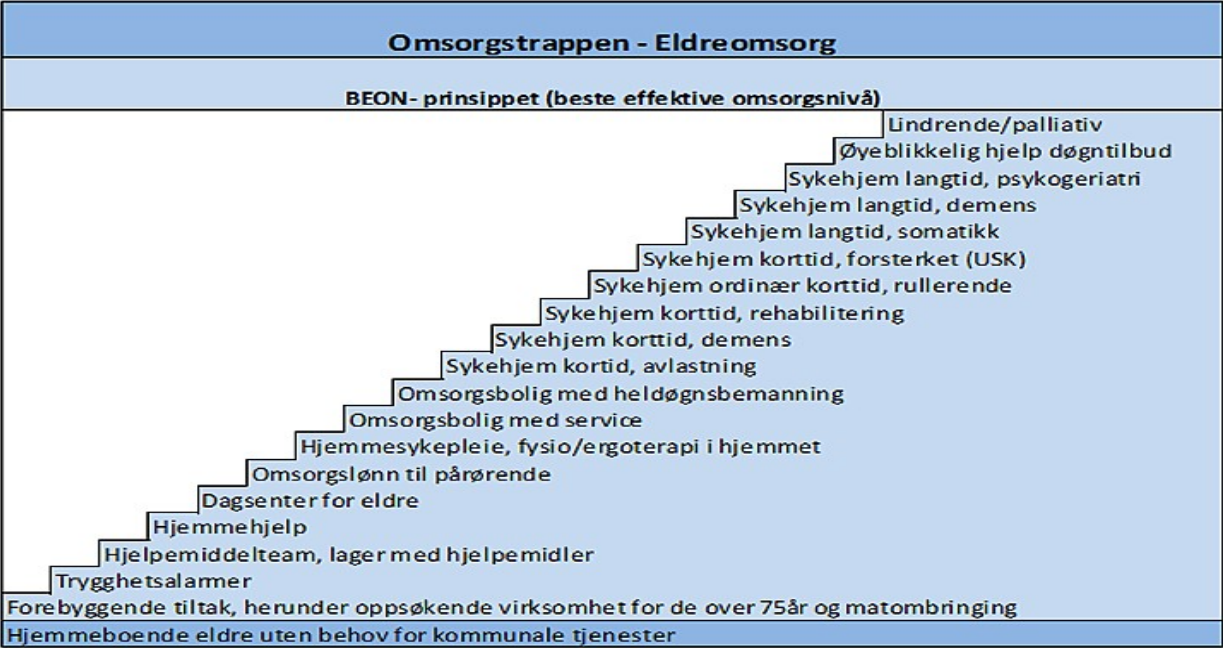
3. Ressursinnsats.

Denne dimensjonen følger til dels grad av bistandsbehov og spesialiserte tjenester og betegner det omfang som er ressursinnsats nødvendig pr bruker. I tilfeller med større behov for hjelp til hverdagslige gjøremål, eller i tilfeller med økt «sykелighet», vil det være nødvendig å øke volumet av eksisterende tjeneste (på samme trinn), eller vurdere tjenester på høyere trinn.



Kommunale omsorgstjenester kan være langvarige og ofte vare livet ut, og er rettet mot hele mennesket – i motsetning til kortvarig sykehusbehandling som er mer rettet mot spesifikk sykdom og skade. Omsorgstrappen kan sies å være et verktøy for kommunen for å ivareta brukernes sammensatte behov. Den er også en illustrasjon av kommunens tjenestetilbud på flere nivåer og en rettesnor for fagfolk og saksbehandlere. Mange kommuner har informasjon om omsorgstrappen på sine hjemmesider for å informere innbyggerne om hvilke tjenester kommunen kan tilby og fungerer derfor som en tjenestemeny. De fleste av kommunenes tjenester er lovpålagte i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven og ulike forskrifter hjemlet i lov.

Eksempel på omsorgstrapp fra Drammen kommune:



Det er et mål for omsorgstjenesten (i samsvar med LEON-prinsippet) og vil også være et ønske fra de fleste brukerne at tjenester i størst mulig grad kan gis i brukernes eget hjem. Velferdsteknologi styrker mulighetene for et mer omfattende tilbud i eget hjem ved bruk av ulike former for sensorer, medisindispensere, toveis trygghetsalarm etc.

Os har i mange år valgt å prioritere ernæring som en viktig faktor i arbeidet med å tilrettelegge for at eldre kan bo hjemme lengst mulig. Det er lokalt institusjonskjøkken og omfattende matombringing til et økende antall eldre hjemmeboende personer.

Data fra IPLOS-registeret gir grunnlag for å vurdere hvordan ulike trinn i omsorgstrappen utnyttes, herunder hvilke tjenester som er den typiske introduksjon til omsorgstjenestene. Men inngang til trappa på lavt nivå kan også være tjenester som ikke registreres i IPLOS.

I tall fra 2008 når det gjelder førstetildeling av omsorgstjeneste, i alt 62.000 tjenester, utgjør hjemmesykepleie overlegent første tildelte tjeneste med 31.000 tjenester. Deretter følger praktisk bistand, daglige gjøremål med 7.600 tjenester, rehabilitering/habilitering utenfor institusjon med 5.600 og trygghetsalarm med 43.

Omsorgstjenesten i Os kommune har både vært omstillingsvillig og utviklingsorientert. Over tid er det foretatt omprioriteringer med en nedbygging av institusjonsdrift og styrking av hjemmetjeneste. Tjenesten har vært pådriver for samarbeid over kommunegrensene og samhandling med andre organisasjoner (herunder frivilligsentral). God personalledelse og hensiktsmessig organisering (bruk



av ønsketurnus var et pionerprosjekt) har blant annet gitt effektiv drift av tjenesten med gjennomgående lavt sykefravær.

Nedenstående tabell viser bruk av tjenester i perioden 2014 - 2017. Tjenestetype svarer i hovedsak til trinn i omsorgstrappen. Bruk av tjenester viser stor stabilitet i den aktuelle perioden.

Tjenestetype	2015	2016	2017
Korttidsopphold (inkl.avlastning), Verjåtunet	1481 døgn	1251 døgn	2244 døgn
Antall pasienter på langtids plass:	29 personer, 10 tildelt i 2015	27 personer, 4 tildelt i 2016 Snittalder 87, 7 over 90 år	29 personer, 9 tildelt i 2017. Snittalder 88, 15 over 90 år
Hjemmesykepleie:	99 personer, snittalder 77	89 personer, sn.alder. 79 år, 22 over 90 år	107 personer, sn.alder 78. 23 over 90 år
Hjemmehjelp:	37 personer, snittalder 81	32 personer, sn.alder. 81 år, 9 over 90 år	31 personer, sn.alder 82. 9 over 90 år
Trygghetsalarm:	67 personer	63 personer	70 personer
Matombringning	47 personer	46 personer	42 personer
Inn på tunet, 1-2 d/uke	13 personer	10 personer, sn.alder 86 år, 2 over 90 år	11 personer, sn.alder 86 år, 2 over 90 år
Kommunale leiligheter for eldre på Nørnesjordet (partall nr. 10-18)	12 beboere	14 personer	18 personer (+ 2 tildelt i Osheimen)
Boveiledning (praktisk bistand opplæring)	13 personer	15 personer	15 personer
Barnebolig/barneavlastning	3 personer	4 personer	2 personer
Avlastning for barn fra annen kommune	4 personer	4 personer	3 personer
Dagsenter for funksjonshemmede 1-3 dager/uke	6 stk, hvorav 1 person fra annen kommune	7 stk, hvorav 1 person fra annen kommune	7 stk, hvorav 1 person fra annen kommune
Støttekontakt fra Omsorgstjenesten	16 personer	16 personer	16 personer
Omsorgslønn	2 personer	2 personer	2 personer
Ergoterapeut	39,5 brukere pr. mnd i snitt	39,4 brukere pr. mnd i snitt	42,3 brukere pr. mnd i snitt

23

Kommunekompasset for 2016 rangerer Os kommune som 34. beste kommune i landet (og best i Fjellregionen) innen eldreomsorg.

Viktige mål for omsorgstjenesten Os:

- Videreføre prioritering av hjemmebasert omsorg der hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er et avgjørende fundament i tjenesten.
- Sikre at brukerne kan være hjemmeboende så lenge som mulig, blant annet ved å utvide bruken velferdsteknologi og sikre tilgang flere sentralt lokaliserte omsorgsboliger.
- Utfylle omsorgstrappen slik at tilbudet som gis blir mest mulig differensiert og behovstilpasset, inkludert avlastning for pårørende som har omsorgsoppgaver.
- Utvikle samarbeidet over kommunegrensene og med frivillig sektor i egen kommune

Tiltak:

- I planperioden bygge 8 omsorgsboliger for personer med omfattende tjenestebehov, lokalisert ved sykehjem
- Bygge om den eldste sykehjemsdelen til omsorgsboliger for heldøgns omsorg/sykehjem med 6-8 plasser, bl.a. for å sikre kapasitet til avlastning
- Utrede samarbeidsområder med Os frivilligsentral som grunnlag for utviklingsprogram.
- Avklare kommunesamarbeid om mer omfattende og differensiert oppgaveløsning enn det som fremgår av ovenstående prioritering av samarbeid.
- Opprettholde lokalt institusjonskjøkken



HELSETJENESTER

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fastslås det overordnede kommunale ansvaret for tjenestene:

«Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk og psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.»

Av nevnte paragraf (§3-1) fremgår også at tjenesten kan ytes av kommunen selv eller ved at det inngås «avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere»

I § 3-2 konkretiseres tjenestene, uten at dette er en uttømmende oppstilling. Som teksten i paragrafen antyder skal kommunen «blant annet tilby følgende»:

- Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste.
- Svangerskaps- og barselomsorgstjeneste.
- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste
- Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordningen.
- Sosial, psykososial og medisinske habilitering og rehabilitering
- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon, herunder sykehjem.

Lov om pasient- og brukerrettigheter supplerer helse- og omsorgstjenesteloven når det kommunal plikt og brukernes rettigheter.

I tillegg pålegger lov om helsemessig og sosial beredskap kommunene å utarbeide planer, hvor innhold er nærmere presisert i egen forskrift. Det foreligger blant annet plikt til å gjennomføre ROS-analyse og på bakgrunn av denne vurdere skadeforebyggende og skadereduserende tiltak og legge plan for gjennomføring av tiltak.

En rekke forskrifter gir mer detaljerte føringer for blant annet organisering og dimensjonering av tjenestene. Organisatorisk er ansvaret i kommunene delt på ulike virksomheter/avdelinger. I Os kommune er ansvaret for de 4 første strekpunktene samt arbeidet med helsemessig og sosial beredskap tillagt Helsetjenesten, mens ansvaret for de to siste strekpunktene i all hovedsak ligger i Omsorgstjenesten.

For mange brukere med sammensatte behov kan tjenestene virke fragmenterte og lite koordinerte. Det er også en erkjennelse hos sentrale myndigheter som har iverksatt satsinger og opptrappingsplaner (blant annet innen rus og psykiatri og innen habilitering og rehabilitering) som ikke minst har hatt målsettinger om helhet og sammenheng i tjenester som mål. Regjeringen starter på i begynnelsen av 2018 forsøk med primærhelseteam, som nettopp også skal sikre en mer helhetlig tjeneste. Primærhelseteam er en tverrfaglig gruppe (bestående av fastlege, helsesekretær og sykepleier) som skal arbeide sammen for å gi helse- og omsorgstjenester til innbyggerne på fastlegens liste. Det antydes at f.eks. pasienter med kroniske lidelser (på sikt) kan følges opp av sykepleiere slik at fastlegene får brukt mer tid på behandling.



Viktige bestemmelser finnes i forskrift om krav til og organisering av legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste vm (akuttmedisinforskriften) og i fastlegeforskriften.

Helsen er Norges befolkning har generelt neppe vært bedre enn den er i dag. Mange samfunnsmessige forhold som boforhold, hygiene, generell levestandard, men ikke minst gode helsetjenester og vaksiner gjør at epidemier og alvorlige smittsomme sykdommer ikke er noen stor helseutfordring i dag. Spedbarnsdødeligheten er svært lav og nedgangen i hjerte- og karsykdommer er også betydelig. Stadig oppnår høy alder. Men visse kreftformer er økende og kreft øker sterkt hos kvinner. For øvrig er nye lidelser som i vesentlig grad har med levevaner og en lengre liv å gjøre i vekst. Dette gjelder overvekt/fedme, KOLS, Diabetes type 2 og demens.

Sykdomsprofil, forbruk av legetjenester og årsaker til legekonsultasjon i Os skiller seg lite fra landsgjennomsnittet.

Hver osing gikk i 2016 til lege 2,3 ganger i gjennomsnitt. Tallet for landet var 2,6 ganger mot 2,3 ganger i 2000.

Årsakene til legekonsultasjon var grovt sett:

- 25 % førstegangskonsultasjoner på pasientens eget initiativ for tilstander de tidligere ikke har gått til lege for
- 50 % oppfølging og kontroller på legens initiativ
- 25 % er rekonsultasjon (reklamasjon?) på pasientens initiativ for tilstander som legen anser seg ferdig med.

Nasjonale tall for sykdommer/helseplager pr 1000 legekonsultasjoner:

Årsak	Antall	Årsak	Antall
Feber	46	Vondt i øret	23
Vondt i halsen	41	Forkjølet	20
Engstelig for sykdom	38	Utslett	19
Slapp/sliten	27	Svimmel	19
Vond rygg	25	Hodepine	18

Dette svarer grovt sett også til mønsteret av sykdomsforekomst og konsultasjoner i Os.

Ethvert nytt tilbud på helsetjenester vil uansett få brukere. I så måte vil helsetilbudet aldri bli tilstrekkelig.

De to fastlegene i Os kommune har samlet 1853 listepasienter. De har hhv. 194 og 153 plasser ledig på sine lister. Os kommunes plan for helsemessig og sosial beredskap er noen år gammel og bør revideres.

For helsetjenesten er det viktig å få til en raskest mulig avklaring av samarbeidsløsninger m.h.t. omfang av samarbeid og lokalisering av tjenester. Ønsket er knyttet til at dagens lokaler ikke er hensiktsmessige og at det er en uavklart situasjon i forhold til kommuneoverlegefunksjon og et pågående prosjektsamarbeid innenfor helsesøstertjenesten.

Arbeidsgruppa mener helsesøstertjenesten tradisjonelt har spilt en svært viktig rolle for folkehelse og forebygging og ønsker at den i en samarbeidende tjeneste kan utvikle denne tjenesten,



eksempelvis med helsestasjon for eldre, ungdom, evt. andre målgrupper og mer allment opplysningsarbeid.

Det vises ellers til Rus- og psykiatriplan for Os kommune 2017 – 2020 når det gjelder mål og tiltak på disse områdene. Denne planen viser i begrenset grad til videreutvikling av samarbeid med Røros og Holtålen kommune.

Mål for helsetjenesten

- Dekke de lovpålagte oppgavene innen helsetjenesten på en forsvarlig måte.
- Sikre rekruttering og god kompetanse gjennom kommunesamarbeid.

Tiltak:

- Organisere felles prosess for helhetlig organisatorisk samarbeid på helseområdet.
- (re)etablere felles kommuneoverlegefunksjon i løpet av 2018.

UTVIKLING AV INTERKOMMUNALT SAMARBEID

Tidligere i dokumentet er sårbarheten ved små tjenester med få ansatte understreket. Sårbarhet i denne sammenhengen vil si at tjeneste ikke er tilgjengelig hvis den aktuelle fagpersonen/tjenesteyteren er syk eller har fravær av andre årsaker. Vikar som kan fylle stillingen på kort varsel og/eller for kortere tid er ikke lett å skaffe. Ansatte i en liten tjeneste (en-to personer) vil heller ikke alltid kompetansemessig eller faglig kunne imøtekomme krav til tjenesten i henhold til lov og forskrift og vil kanskje heller ikke like enkelt kunne prioritere kurs eller andre tiltak for faglig oppdatering. Manglende kompetanse vil kunne føre til at tjenesten oppfattes som ikke å ha god nok kvalitet. Nye eller endrede pålegg og utvidet ansvar har vært en del av hverdagen innen helse- og omsorgstjenesten nær sagt kontinuerlig over lang tid.

I økende grad synes det også innebære utfordringer å rekruttere til små fagmiljøer. I konkurransen kommuner imellom om kompetanse vil de fleste aktuelle kandidater tendere mot å velge større fagmiljøer. Nyutdannede kandidater som ikke når opp i konkurranse om tilsetning i en større kommune (hva som vurderes som stor kommune kan variere), vil ofte ha relativt mye lettere å få jobb i en liten kommune. Men forblir der inntil et minimum med praksis gjør det lettere å få jobb i en annen og større kommune. Mao en sterk gjennomtrekk som mange småkommuner har erfart.

Innenfor helse- og omsorgsfeltet forventes rekruttering å bli mer krevende i årene fremover. Blant annet fordi en del faggrupper/profesjoner i mindre grad vil å preferere å ha jobb i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunal sektor vil da på lengre sikt ha en utfordring

Os kommune har flere samarbeidsordninger med Røros og Holtålen kommuner innenfor helse- omsorgsområdet. Arbeidsgruppa med ansvar for utarbeidelse av helse – og omsorgsplanen har hatt møter med det faglige og administrative nivået både i Røros og Holtålen kommuner. Det er i stor grad felles tenkning omkring samarbeid og et aktivt ønske om å utvikle dette videre i de tre kommunene.

Det formelle grunnlaget for utvikling av samarbeid foreligger i samarbeidsavtale av mai 2016 (revidert høsten 2017). For en vellykket realisering av samarbeidsløsninger er det nødvendig med en godt strukturert prosess og en tilstrekkelig koordinator-/prosjektlederressurs.



Følgende samarbeidsløsninger prioriteres i planperioden:

- Samarbeid om TFF. Her foreligger det er praktisk samarbeid basert på kjøp og salg av tjenester over mange år. Det er fra 2014 lagt betydelige ressurser (også med tilskudd både fra FMHE og FMST) i etablering av et mer formelt samarbeid med felles ledelse. Prosess har stoppet, - denne må på skinner igjen.
- Felles legetjeneste. Tidligere faglige og administrative prosesser for samarbeidsløsning ut over kommuneoverlegefunksjon.
- Felles fysioterapi- (og ergoterapi-) tjeneste. Også her faglige/administrative vurderinger for få år siden.
- Felles psykiatritjeneste (utredet i 2006-2007).

Lege, fysio- og ergoterapi- samt psykiatritjeneste anbefales lagt inn under felles ledelse i en vertskommune. Det naturlige er at vertskommunen er Røros, hvor felles legevakt, felles KADsenger og etterbehandlingssenger allerede er lokalisert. Hvorvidt det er økonomisk forsvarlig å legge til rette for kontordager med tilgjengelighet i hver kommune må vurderes. Dette vil være et forhold som det kan komme brukerkrav om.

Arbeidsgruppa finner grunn til å understreke at kvaliteten på tilbudet som gis er viktigere enn hvor det gis og hvem av kommunene som er ansvarlig vertskommune.

Mål for samarbeid mellom kommuner

- I løpet av planperioden etablere organisatorisk samarbeid mellom Os, Røros og Holtålen innenfor ovennevnte områder
- Styrke arbeidet med rekruttering og kompetanseutvikling gjennom et mer omfattende samarbeid mellom kommuner og helseforetak i Fjellregionen.

Tiltak

- Etablere en helhetlig prosjektplan for samarbeid på helse- og omsorgssiden som er basert på en organisatorisk gjennomgående ikt-struktur i de tre samarbeidskommunen og en felles og forankret tilnærming til organisasjons- og utviklingsarbeid i kommunene.



AVSLUTNING

Arbeidsgruppa har som utgangspunkt at tjenestene i planperioden skal drives innenfor dagens rammer og at det ikke vil være rom for at bemanningsøkninger eller omfattende styrking av tjenester totalt sett. Styrking av deltjenester må løses ved at innsatsen på andre tjenesteområder reduseres.

Arbeidsgruppa mener at det vil være en viktig oppgave for kommunen i planperioden å endre strukturer, utvikle organisasjon og kompetanse med tanke på at utfordringene innen eldreomsorg fra midten av 2020-tallet vil bli kraftig forsterket.

Dette vil stille store krav til utredningskapasitet/-kompetanse, prosessledelse og ledelse generelt.

For å løse fremtidens oppgaver mener arbeidsgruppa at det må videreutvikles og formaliseres samarbeidsrelasjoner til nabokommuner, jmf. vedtatt revidert samarbeidsavtale mellom Os, Røros og Holtålen høsten 2017.

9/1-2018

