

# Strategisk helseplan for Fjellregionen

## Statusrapport

**Mai 2010**

1. Innledning
2. Føringer og trender
  - 2.1 Nasjonale føringer
  - 2.2 Trender
3. Dagens situasjon
  - 3.1 Kommuner og planer
  - 3.2 Spesialisthelsetjenesten
    - 3.2.1 Somatikk
    - 3.2.2 Psykiatri
    - 3.2.3 Ambulansetjenesten
    - 3.2.4 Privatpraktiserende spesialister
    - 3.2.5 Tannhelsetjenesten
4. Folkehelse/forebygging
  - 4.1 Folkehelsearbeid
  - 4.2 Forebyggende helsetjenester
5. Pleie og omsorg i institusjon
  - 5.1 Forsterket sykehjem
6. Hjemmebaserte tjenester/ressurskrevende brukere
7. Demens/alderspsykiatri
8. Habilitering/rehabilitering
9. Rus/psykiatri
  - 9.1 Interkommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan – et felles prosjekt
  - 9.2 Rusteam Røros
  - 9.3 Interkommunalt prosjekt Tynset, Tolga og Os
  - 9.4 Hybelkontakt
10. Leger/legevakt
11. Beredskap
12. Kompetanse/rekruttering
13. IKT
14. Samhandling
15. utfordringer
16. Sammendrag

## 1. Innledning

Arbeidsutvalget i Regionrådet for Fjellregionen diskuterte i løpet av 2009 helsepolitiske spørsmål i flere sammenhenger, blant annet i lys av regjeringens forslag om Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr 47), som ble lagt fram i juni.

På sitt møte i februar 2010 vedtok arbeidsutvalget å igangsette et arbeid som skal munne ut i Strategisk helseplan for Fjellregionen. Planen skal gi en enkel oversikt over helsearbeidet i regionen, peke på sentrale og felles utfordringer, mål og strategiske tiltak for å møte morgendagens utfordringer innenfor fagområdet, heter det i prosjektplanen.

AU ga sin tilsutning til å gjennomføre arbeidet i tre faser:

- I. Status i vår region. Samling av nyere dokumentasjon og rapporter relatert til spørsmålet. Enkel spørreundersøkelse om status i kommunene i forhold til egne oppdaterte helse- og omsorgsplaner, rutiner for intern & ekstern samhandling o.l
- II. Informasjons- og diskusjonsdag for politikere og fagfolk i regionen
- III. Konkretisering av relevante tiltak for å møte morgendagens utfordringer innenfor fagområdet "helse" i vår region og utarbeidelse av forslag til Strategisk helseplan for Fjellregionen

Ei arbeidsgruppe bestående av Brit Kværness (rådmann i Folldal kommune), Mary Anne Bakos (helse- og omsorgssjef i Tynset kommune) og Marit Haanæs (helse- og sosialsjef i Røros kommune) med Rune Jørgensen (regionrådgiver i Regionrådet for Fjellregionen) som sekretær, ble oppnevnt med ansvar for å gjennomføre de to første fasene i prosjektarbeidet.

Arbeidsgruppa legger med dette fram sin statusrapport. Statusrapporten har vært til gjennomsyn blant fagfolkene i de sju kommunene som er med i Regionrådet for Fjellregionen. Den korte tiden som ble avsatt til dette arbeidet, gjør det nødvendig å innhente noe supplerende informasjon i det videre arbeidet. Statusrapporten drøfter som hovedregel ikke mulige tiltak for å møte morgendagens utfordringer, samtidig er utfordringer som kommunene er opptatt av nevnt i noen sammenhenger.

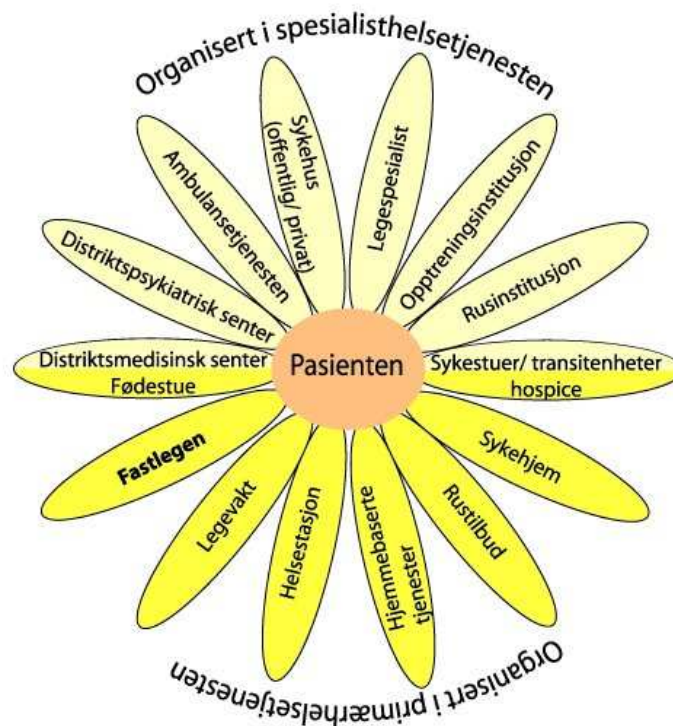
I henhold til prosjektplanen vil arbeidsutvalget i Regionrådet for Fjellregionen diskutere den videre framdrift etter at en informasjons- og diskusjonsdag er gjennomført i slutten av mai 2010.

Tynset mai 2010

Brit Kværness, Mary Anne Bakos, Marit Haanæs og Rune Jørgensen

## 2. Føringer og trender

### 2.1 Nasjonale føringer



Denne skissen er et grovt bilde på inndelingen av helsetjenestene. Bredden av fagområder er ikke vist i detalj.

Primærhelsetjenestene er kommunenes ansvar (nedre del i figuren). Noen tilbud er organisert med samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, som f. eks. distriktsmedisinske sentra, noen sykehjemstilbud og hospicetilbud.

De regionale helseforetakene (Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst i Fjellregionen) har ansvar for tilbudet av spesialisthelsetjenesten (øvre del i figuren). De eier også de offentlige sykehusene i regionen. De offentlige sykehusene er organiserte i helseforetak, som er styrt fra de regionale helseforetakene.

De viktigste nasjonale føringene for helsepolitikken i Norge og med betydning for innholdet i denne planen finnes i følgende dokumenter:

#### **Nasjonal helseplan (2007-2010)**

**Stortingsmelding nr. 47 – Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid**

**Nasjonale mål og hovedprioriteringer (årlig rundskriv fra Helsedirektoratet)**

**Stortingsmelding nr 25 – Omsorgsplan 2015**

**Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet**

## 2.2 Trender

En gjennomgående trend i de statlige føringene som foreligger, er at det bør satses mer på forebyggende tiltak og tiltak som gjennomføres i den enkelte kommune/primærhelsetjenesten, slik at presset på den mer kostnadskrevene spesialisthelsetjenesten blir (relativt sett) mindre. Nasjonal helseplan (2007 – 2010) skisserer utfordringene som ligger i alderssammensetningen i befolkningen og et endret sykdomsbilde kombinert med utviklingen av stadig nye (kostnadskrevene) medisinske metoder og medikamenter.

Hovedutfordringene for regjeringen ligger i å bidra til effektiv samordning av de ulike nivåene innen helsetjenester samtidig som hver enkelt pasient får den hjelpen han eller hun trenger. I mange år har det i helsevesenet vært brukt betegnelsen ”laveste effektive omsorgsnivå” (LEON) for å synliggjøre at det som hovedregel må være en grundig faglig vurdering som ligger til grunn for plasseringen i et omsorgsnivå (oftest et spørsmål om primær- eller spesialisthelsetjenesten). I den senere tid har dette begrepet dels blitt erstattet med begrepet ”beste effektive omsorgsnivå” (BEON). Denne dreiningen kan indikere et ønske om at det blir (ennå) mer oppmerksomhet på muligheter som ligger i valg av omsorgsnivå for den enkelte pasient.

I følge prognoser fra SSB (Statistisk sentralbyrå) så vil befolkningsutviklingen i Fjellregionen vise en svak nedgang i folketallet fram til 2020. Fra SSB sin base framkommer et folketall på 22.709 i 2010, og 22.291 i 2020 for regionen samlet, inkl. Holtålen. Riktignok ser det ut til at det vil være en viss økning i innbyggere i de to regionsentrene Tynset og Røros, imidlertid kan ikke dette kompensere for den sannsynlige (fortsatte) nedgangen i de andre kommunene i regionen.

I tillegg til den svake nedgangen i innbyggere generelt, viser tallene at befolkningen samlet sett har relativt høy alder. En relativ økning i antall eldre gjelder ikke bare vår regionen, dette er en nasjonal trend.

Sammen med endringer i sykdomsbildet gir denne utviklingen oss nye utfordringer. I tillegg til dagens helse- og omsorgsbehov for deler av den eldre befolkningen, så ser vi en økning av sykdommer knyttet til levevaner og såkalt ”helseatferd”. Kroniske lungesykdommer (KOLS), diabetes og ulike former for kreft er sykdommer i vekst. Det samme kan sies om demens og psykiske lidelser. Gjennomsnittsalderen for pasienter med demens går ned. En kombinasjon av en stadig eldre befolkning og stadig økning i diagnoser som er krevende med hensyn til ressurser (pleie og omsorg) gjør at situasjonen totalt sett er bekymringsfull.

Dette bildet har også vært en del av bakgrunnen for St. meld. Nr. 47 (Samhandlings-Reformen). Helse- og omsorgsdepartementet ønsket med meldingen å sette fokus på de utfordringene som storsamfunnet har når det gjelder et økende antall mennesker med helsemessige utfordringer og store forventinger til helsetjenesten sett i lys av samfunnets bæreevne.

Et blick på nyere lovgivning (også) innenfor helseområdet viser en markant økning av rettighetsbasert lovgivning: På stadig flere områder får den enkelte rettigheter til tjenester eller rettigheter knyttet til nivå på tjenester. Dette bryter på mange måter med prinsippene i den velferdsmodellen som Norge har vært tuftet på i tiden etter 2. verdenskrig. ”Den norske modellen” er i stor grad bygget på at det skal være lik tilgang på tjenester for alle, og at fellesskapet skal stå sterkt. Med økt bruk av rettighetslovgivning øker også etterspørselen etter helsetjenester. Samtidig går den medisinske utviklingen fort, og sykdommer og tilstander som man tidligere ikke kunne behandle effektivt kan det nå være mulig å behandle. Kostnadene

som er forbundet med flere av de mest avanserte behandlingsmetodene er enorme. Det er i denne (sub-)spesialiserte delen av helsetjenesten at den virkelige store ressursbruken ligger.

I de siste årene har ulike regjeringer ønsket å ha økt oppmerksomhet på såkalt ”svake grupper”, og i forlengelsen av dette har det vært initiert satsninger innenfor for eksempel rus, psykiatri og demens. På den ene siden har satsningene ført til økt fokus på grupper av pasienter som tradisjonelt sett i liten grad har blitt hørt i den allmenne debatten. På den andre siden fører statlige satsninger ofte til en dreining av ressurser innenfor tjenestene, slik at en mer detaljert styring på enkelte felt kan få uheldige effekter på andre fagfelt som er underlagt samme totale ramme (som et kommunebudsjett). Det er en allmenn trend at utviklingsmidler i svært liten grad blir tilført tjenestene i form av økt ramme, mens det i noen tilfeller er prosjektmidler som må finansiere økte satsninger. Unntak fra denne hovedregelen har i de siste årene vært psykiatrisatsningen.

Mange har i denne sammenhengen forsøkt å ta til orde for en viss prioritering av hvilke helsetjenester som det offentlige skal ta ansvar (og kostnadene) for, og i forbindelse med Nasjonal helseplan 2007 – 2010 ble det opprettet et ”Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering”. Rådet har ingen formell myndighet, men er tenkt som et virkemiddel for helseplanens strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering. Rådet skal evalueres i 2010, og det gjenstår å se om rådet skal fortsette i sin nåværende form, eller om det tas initiativ til endringer.

I forbindelse med et økt fokus på kvalitetsutvikling og egenkontroll innenfor helsesektoren fra tidlig 90-tall så har også overgangene fra ett tjenestenivå til et annet stått sentralt. Erfaring tilsa den gang, som nå, at pasienter kunne føle at de ”falt mellom to stoler” når de enten skiftet nivå for behandlingen (fra kommune til sykehus eller vis a versa), eller når det var flere typer tjenester involvert i behandlingen av den enkelte pasienten. Et virkemiddel for å øke samhandlingen både med pasienten selv og mellom tjenestenivåene var den gang å lovfeste retten til individuell plan for pasientgrupper. Også tiltak som felles rutiner knyttet til inn- og utskrivning av pasienter, felles møteplasser for faglige diskusjoner og annet har vært ”god praksis” i flere år, og dette bidrar til å lette samhandlingen mellom f.eks kommuner og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen (st. meld nr 47) ønsker å ha ytterligere fokus på blant annet dette feltet, og reformen ønsker også å dreie innsatsen i helsevesenet til mer forebyggende arbeid og mer ansvar til kommunene. Når man leser Stortingsmeldingen kan det være vanskelig å oppfatte at ordninger som en lovfestet rett til individuell plan, og også samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, er virkemidler som det har vært jobbet med i lengre tid.

27. april 2010 sluttet Stortinget seg til stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. I behandlingen påpekes det at det er regjeringens ønske at samhandlingen mellom sykehus og kommuner skal bli bedre. Samtidig skisseres det lite konkret hvordan dette skal/kan skje. Statsråden uttaler at det skal innføres økonomiske virkemidler som skal stimulere kommunene til å etablere tilbud nær befolkningen. Det antydes at det skal flyttes ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, imidlertid er det uklart både hvilke deler av spesialisthelsetjenesten som skal få færre ressurser og hvilke konkrete tjenester som eventuelt skal flyttes fra ett nivå til et annet. I tillegg virker det som om det er bred enighet om at kommunen også skal styrke det forebyggende arbeidet betydelig og at det skal tilføres ressurser til dette omfattende og langsiktige feltet.

I diskusjonen rundt samhandlingsreformen blir det stadig stilt spørsmål ved om dagens kommunestruktur er egnet til å påta seg de rollene som primærhelsetjenesten er tiltenkt i den

nye, framtidige tenkte oppgavefordeling. I regionen som vår, med spredt bosetting, vil det være en avveining hva som menes med et tilbud "nær pasienten" og hvilket befolkningsgrunnlag eventuelt regjeringen ønsker å legge til grunn for at primærhelse-tjenesten/kommunene skal ha en størrelse som gjør dem i stand til å ta oppgaver som forutsatt.

Det er vanskelig å se at Stortingets behandling av samhandlingsreformen har brakt noe mer klarhet i hva som konkret skal endres i helse-Norge framover, - bortsett fra et ønske om styrking av det forebyggende arbeid og samhandling mellom nivåene - og det framstår også fortsatt uklart hvilke økonomiske insitamenter som skal legges til grunn. Statsråden har opplyst at det nå arbeides med to nye lovforslag, folkehelseloven og helse- og omsorgsloven, som etter planen skal tre i kraft fra 1. januar 2012. Det er foreløpig uklart hvilken betydning disse lovene vil få både i forhold til utfordringer og finansiering av eventuelle konkrete tiltak.

I flere år har blant annet kommunene ved KS hatt fokus på utfordringene knyttet til å rekruttere og beholde tilstrekkelig arbeidskraft til helse-, pleie- og omsorgssektoren. Med de prognosene som er gjort om framtidens behov for pleie- og omsorgstjenester, - også sett i lys av forholdstallet mellom yrkesaktive og den eldre delen av befolkningen -, sier det seg selv at sektoren vil ha store utfordringer knyttet til å rekruttere tilstrekkelig kompetanse i årene framover.

Trenden er mye av den samme i store deler av Europa, og flere land som det er naturlig å sammenligne seg med har satt i verk tiltak for å bedre situasjonen. Både tanker om økt rekruttering og tanker om økt bruk av velferdsteknologi der dette er hensiktsmessig blir diskutert.

I Fjellregionen ligger vi ikke langt framme i utviklingen med tanke på bruk av ny teknologi, og det viser seg vanskelig å få ønsket antall lærlinger innenfor helsefag ut i kommunene. Dette er en bekymringsfull situasjon. (jf også kap 12 om kompetanse/rekruttering).

### **3. Dagens situasjon**

#### **3.1 Kommuner og planer**

Regionrådet for Fjellregionen omfatter sju kommuner og består i tillegg av Hedmark fylkeskommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune. Ved årsskiftet 2009/2010 hadde disse sju kommunene 20878 innbyggere, som fordelte seg på følgende måte:

Rendalen	1998
Tolga	1671
Tynset	5490
Alvdal	2441
Folldal	1669
Os	2033
Røros	5576

Holtålen kommune i Sør-Trøndelag r ikke med i det formelle samarbeidet i Regionrådet for Fjellregionen, men er samtidig en kommune som samarbeider nært spesielt med Røros kommune og noen grad i Os.

Stor-Elvdal kommune i Sør-Østerdal kommune er også med i en del samarbeid i regionen. (jfr. Kap 14).

Et stort antall besøkende har også betydning for det helsearbeidet som utføres. Det er i dag i overkant av 10.000 fritidsboliger i hele regionen.

Røros er den eneste kommunen i regionen som har en egen Strategiplan for helse- og sosialetaten med visjonen ”Trygg og mangfoldig”. Denne planen har følgende hovedmål: ”Helse- og sosialtjenesten i Røros skal gi alle grupper i befolkningen en helhetlig og kvalitativ god helse-, sosial- og omsorgstjeneste”.

Folldal kommune har utarbeidet et forslag til en helhetlig plan for helse og omsorg. Denne er nå ute på høring, og vil bli lagt fram for politisk behandling før sommerferien.

Rendalen og Tynset kommuner har varslet at de har vedtatt eller har planer om å starte arbeidet med strategiske planer med det første. Strategisk helseplan for Fjellregionen vil derfor være av betydning for dette arbeidet og kommunenes egne styringsdokumenter.

Flere av kommunene har delplaner innenfor fagområdet med ulik oppdatering, og det arbeides med ulike utviklingsoppgaver innen de enkelte kommunene.

Alle Hedmark-kommunene i samarbeidet har en oppdatert interkommunal ruspolitisk handlingsplan.

## 3.2 Spesialisthelsetjenesten

### 3.2.1 Somatikk

Sykehuset Innlandet Tynset er akuttstjukehuset for befolkningen i Fjellregionen og tilbyr følgende tjenester:

KIRURGI/ORTOPEDI	INDREMEDISIN	PSYKISK HELSE	PREHOSPITAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generell kirurgisk og ortopedisk post 15 senger</li> <li>▪ Ortopedi (alt unntatt rygg og nakke); spesialitet er <ul style="list-style-type: none"> <li>• hofte</li> <li>• kne</li> <li>• skulder</li> </ul> </li> <li>▪ Kirurgi <ul style="list-style-type: none"> <li>• gastro</li> <li>• urologi</li> <li>• generell kirurgi</li> <li>• plastiske inngrep</li> </ul> </li> <li>▪ Ortopedisk poliklinikk Oppdal</li> <li>▪ Operasjonsavdeling (3 stuer)</li> <li>▪ Jordmorstyrt fødestue (inkl. 1. gangsfødende): <ul style="list-style-type: none"> <li>• poliklinikk</li> <li>• ultralyd</li> <li>• barselpoliklinikk</li> </ul> </li> <li>▪ Radiologisk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ultralyd</li> <li>• konvensjonell rtg (skade og gjennomlysning)</li> <li>• CT (ny 2009)</li> <li>• MR (ny 2009)</li> </ul> </li> <li>▪ Tannbehandling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generell indremedisinsk post med 20 senger <ul style="list-style-type: none"> <li>• palliative senger</li> <li>• slagenhet (2009)</li> </ul> </li> <li>▪ Medisinske poliklinikker <ul style="list-style-type: none"> <li>• generell indremedisin</li> <li>• kardiologi</li> <li>• gastroenterologi</li> <li>• lungemedisin</li> <li>• endokrinologi <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabetestjeneste</li> </ul> </li> <li>• nefrologi</li> <li>• reumatologi</li> <li>• hud <ul style="list-style-type: none"> <li>• lysbehandling</li> </ul> </li> <li>• lærings- og mestringsskoler (LMS)</li> </ul> </li> <li>▪ Kreftpoliklinikk (dagbeh.)</li> <li>▪ Søvnnavsnitt</li> <li>▪ Klinisk-kjemisk lab</li> <li>▪ Blodbank</li> <li>▪ Tilsynsfarmasøyt</li> <li>▪ Fysikalsk m/poliklinikk</li> <li>▪ Klinisk ernæringsfysiolog <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akuttmottak</li> </ul> </li> <li>▪ Kirurgisk og medisinsk overvåkning (4+4 senger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distriktspsykiatrisk senter (DPS) med <ul style="list-style-type: none"> <li>• døgn (10 plasser)</li> <li>• dag</li> <li>• poliklinikk</li> <li>• rus</li> <li>• LMS</li> <li>• ECT</li> </ul> </li> <li>▪ Barne- og ungdomspoliklinikk (BUP)</li> </ul> <p>Andre tjenester:  Kvalitetskoordinator  Hygienesykepleier  Pasienthotell  Oppdragsforskning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eget forskningsprosjekt ”Den eldre pasient...”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Legevaktformidling for legevaktdistriktene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stor-Elvdal/Rendalen</li> <li>• Alvdal/Folldal</li> <li>• Tynset/Tolga</li> </ul> </li> <li>▪ Ambulans med stasjoner: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tynset (2 biler)</li> <li>• Rendalen</li> <li>• Stor-Elvdal</li> <li>• Folldal</li> </ul> </li> </ul>

Strategisk fokus for Sykehuset Innlandet for perioden 2011-2014 er under utarbeidelse. Prosessen vil beslutte innhold og struktur og vil tidligst være klar ved utgangen av 2010.

Røros Sykehus er en avdeling i enhet for samhandling ved St. Olavs Hospital med spesialitetene ortopedi, øre-nese-hals, gynekologi, kardiologi, dialyse og tannbehandling i narkose i samarbeid med tannhelsetjenesten på Røros.

I tillegg har Røros Sykehus øyeblikkelig hjelp-funksjon for Røros og omkringliggende kommuner.

Styret ved St. Olavs Hospital vedtok i 2009 å flytte den ortopediske virksomheten ved Røros sykehus til Trondheim når Bevegelsessenteret er tatt i bruk. Høsten 2009 ble det etablert ei prosjektgruppe for å utarbeide en mulighetsstudie for helsetjenestetilbudet på Røros. Styret i Helse Midt-Norge ga i februar 2010 sin tilslutning til at det etableres alternative helsetjenestetilbud på Røros i tråd med tilrådninger gitt i rapporten fra prosjektgruppa. Styret ba om at det tas kontakt med Helse Sør-Øst for å sikre samarbeid i Fjellregionen. Det er enighet mellom helseforetakene om at prosess for samordning skal starte opp snarest. De administrerende direktører ved henholdsvis St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet har ansvar for å utforme mandat og tidslinje for arbeidet. Prosess og resultat skal forankres i kommunene. Prosessen vil følges av RHFene.

### **3.2.2 Psykiatri**

Sykehuset Innlandet, Psykisk helsevern har følgende tilbud lokalisert ved SI Tynset: Distriktpsikiatrisk senter (DPS) med døgnenhet (10 plasser), dagenhet, poliklinisk virksomhet, ruskonsulent, lærings- og mestringsskoler, ECT-behandling. Opptaksområde til DPS Tynset er alle Nord-Østerdalskommunene samt Stor-Elvdal og Engerdal. Røros kommune samarbeider også med DPS Tynset spesielt på rusområdet. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) betjener de samme kommuner som DPS.

St. Olavs Hospital har DPS med døgnenhet (11plasser) og noe poliklinisk virksomhet lokalisert i Haldalen. Det tilbys også ambulante tjenester ved enheten. Opptaksområdet er Røros, Holtålen samt Midtre-Gauldal, Rennebu og Oppdal. Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk driver poliklinisk virksomhet på Røros og har ansvar for Røros, Holtålen samt Midtre-Gauldal og Tydal.

### **3.2.3 Ambulansetjenesten**

For kommunene Os, Holtålen og Røros er det en felles ambulansetjeneste lokalisert på Røros. For resten av kommunene i regionen er ambulansetjenesten organisert via Sykehuset Innlandet. Per i dag er det følgende stasjoner: Tynset, Folldal, Rendalen og Stor-Elvdal.

### **3.2.4 Privatpraktiserende spesialister**

De regionale helseforetakene (RHF) har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i sin region. I dette ”sørge for-ansvaret” inngår bruk av privatpraktiserende spesialister (avtalespesialister) som en integrert del. Avtalespesialistene er sidestilt med sykehuspoliklinikkene og inngår som en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Hjemlene opprettes av RHF som også bestemmer lokalisering og hvem som tildeles hjemmel. RHF yter et årlig driftstilskudd og kontrollerer og regulerer driften gjennom en Rammeavtale. Avtalespesialistene står for 35% av all poliklinikk og dagkirurgisk behandling i Norge. (innenfor Helse Sør-Øst over 40%)

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) har i drift to 100%-hjemler, en i Øyesykdommer og en i Nevrologi/nevrofysiologi på Tynset.

Helse Midt-Norge RHF (HMN) har i drift en 77% avtalehjemmel i Øre-nese-halssykdommer på Røros og benytter en tidligere avtalehjemmel i Gynekologi til ambulerende gynekologipoliklinikk 2/7 uker på Røros sykehus. Videre har RHF-et en 50% avtalehjemmel i Psykiatri lokalisert til DPS

RHF-ene tildeler/organiserer også driftshjemler i Psykologi for privatpraktiserende psykologer. HSØ besørger tre psykologhjemler på Tynset (60+80+100%). HMN har to psykologhjemler (20+100%) på Røros.

### **3.2.5 Tannhelsetjenesten**

Helsefremmende og forebyggende arbeid prioriteres foran behandling i den offentlige tannhelsetjenesten, som er organisert gjennom fylkeskommunene og er representert i alle kommunene. I tillegg kommer privatpraktiserende tannleger.

Det er fem tannklinikker i Fjellregionen: Os/Tolga, Tynset, Alvdal/Folldal, Stor-Elvdal/Rendalen og Røros. Alle klinikkene med unntak av Alvdal/Folldal er i øyeblikket bemannet med tannlege.

## **4. Folkehelse/forebygging**

Et av hovedsatsingsområdene i Samhandlingsreformen er forebyggende helsearbeid – dette med bakgrunn i at tjenestene, etter regjeringens mening, i dag preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.

Det blir lagt spesifikk vekt på tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultat i forhold til færre sykehusinnleggelses og mindre omfattende behandling, identifisering og oppfølging av personer/grupper med høy risiko for utvikling av sykdom.

### **4.1 Folkehelsearbeid**

Samfunnets samlede innsats for:

- Å fremme helse
- Å redusere risiko for sykdom og skade
- Å beskytte mot ytre helsetrusler

Mange kommuner har ansatt folkehelsekoordinator til å ivareta disse områdene – den vesentligste forskjellen fra forebyggende helsetjenester er at tiltakene retter seg mot hele befolkningen og at tiltakene krever en vesentlig samhandling på tvers av sektorer.

Frivillige lag og foreninger bidrar også sterkt i folkehelsearbeidet. ”Trygge lokalsamfunn” er en ordning hvor systematisk arbeid med kartlegging av skader og ulykker legger grunnlag for forebyggende tiltak. Flere kommuner deltar i ordningen.

”FYSAK”-tiltak (”helsefremmende kommuner”) er også vesentlig for folkehelsen. Alle kommunene i regionen er FYSAK-kommuner og de organiserer sitt arbeid på dette feltet noe ulikt. Felles for alle er at dette arbeidet har bidratt til at flere enn den tradisjonelle helsetjenesten tenker forebyggende helsearbeid..

Hedmark Fylkeskommune har invitert kommunene til et gjensidig forpliktende folkehelsepartnerskap. Flere kommuner deltar også her.

## 4.2 Forebyggende helsetjenester

Kan deles inn i tre områder:

- Primærforebygging Helsestasjon, skolehelsetjeneste, helseopplysning, smittevern, vaksiner, lavterskeltilbud, risikogrupper
- Sekundærforebygging Medisinering, aktivisering, røykeavvenning, kostholdsveiledning etc
- Tertiærforebygging Læring og mestring, trene opp funksjonsevne (rehab) etc

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lovpålagt lavterskeltilbud til alle barn, unge og deres foresatte. Tilbudet innbefatter svangerskapsomsorgen, helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjenesten 6-20 år og helsestasjon for ungdom.

Lavterskeltilbudet er stort sett sammenfallende i de fleste kommuner. I følge

Samhandlingsreformen vil det forebyggende arbeidet settes mer i fokus. Slik arbeidsgruppen ser det vil helsestasjonsvirksomheten være en aktuell aktør i dette arbeidet og ikke minst i planlegging av tilbud som kan fange opp brukere i tide.

## 5. Pleie og omsorg i institusjon

Arbeidsgruppa mener at det i forhold til dette området er nødvendig å innhente mer detaljert informasjon om situasjonen og utfordringene i kommunene for vektlegging i neste fase i arbeidet med Strategisk helseplan for Fjellregionen. Spesifikt tenker en da på hvordan kommunens behov dekkes gjennom langtids-/ korttidsplasser, skjermede plasser (aldersdemens), omsorgsboliger osv. og hva kommunene ser av utfordringer.

### 5.1 Forsterket sykehjem

”Forsterket sykehjem” var et prosjekt som så på om det er ønske og behov for en interkommunal forsterket sykehjemsavdeling (intermediæravdeling) i kommunene i regionen.

Med begrepene ”forsterket sykehjem” og ”intermediæravdeling” forstås det en sykehjemsavdeling som er bemannet med mer lege- og pleieressurs og som har kompetanse og utstyr til å håndtere mer krevende medisinske tilstander enn en regulær sykehjemsavdeling.

Hovedspørsmålene har vært ”Er det et problem for sykehuset å få skrevet ut pasienter som er utskrivningsklare ut til kommunene?” og motsatt ”Er det et problem for kommunene å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset” - og er det i tilfelle et kompetanseproblem (mangel på fagfolk i kommunene) eller et kapasitetsproblem (for lite antall senger)?

Det er helt entydige svar fra samtlige kommuner - og svarene er også helt sammenfallende med sykehusets svar på samme spørsmål: Nei.

Hadde vi gjort samme undersøkelse og spørreunde fem år tilbake, ville svarene vært mer i retning ja, men det har ut fra det vi får fram i samtale opplagt skjedd en markant utvikling innen pleie/helse/omsorg de siste årene. Sykehuset opplever nå kun sjelden at det er problematisk å få skrevet ut pasienter til kommunal helsetjeneste i regionen, mens det for fem år siden var et betydelig problem. De fleste kommunene forteller at det både er økt kompetanse og flere hoder og hender i sykehjem og hjemmetjeneste nå. Sammenliknet med fem år tilbake tar sykehjemmene i dag hånd om mange medisinske problemstillinger som pasientene tidligere måtte innlegges på sykehuset for (f. eks intravenøs tilførsel av væske og antibiotika). Det er på sykehjemmene kapasitet/kompetanse til å ta imot pasienter fra

sykehuset selv om det skal videreføres ganske avanserte medisinske prosedyrer som for eksempel peritoneal dialyse.

I alle kommuner sies det uttrykkelig at ”Vi ønsker å ha disse utfordrende oppgavene på vårt eget sykehjem”. Det er viktig fordi det er et klart mål for hver kommune at innbyggerne skal kunne få et best mulig sykehjemstilbud i hjemkommunen. I tillegg er det viktig for å rekruttere fagfolk til stillingene på sykehjemmene; en trenger utfordrende arbeidsoppgaver og faglig interessante problemstillinger for å holde på kompetente arbeidstakere.

Alle kommunene frykter at det vil tappe omkringliggende kommuner for helsepersonell dersom det blir en interkommunal intermediæravdeling.

Det rapporteres fra alle kommunene om stor tilfredshet angående samarbeidet med lokalsykehuset om enkeltpasienter.

Hovedkonklusjonen i prosjektet blir at ”alle ønsker å ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i egen kommune til å ta hånd om kommunens egne innbyggere” – og ut fra dagens situasjon er det ikke ønske eller behov for en intermediær avdeling i regionen verken sett fra kommunenes og eller fra sykehusets side.

## **6. Hjemmebaserte tjenester/ressurskrevende brukere**

I forhold til den demografiske utviklingen vil kommunene ha behov for mer av alle tjenestetilbudene i hjemmebasert omsorg. For å møte utfordringene i omsorgssektoren har regjeringen løftet frem fire hovedsaker:

- 12 000 nye årsverk
- 12 000 nye omsorgsplasser
- Demensplan 2015
- Kompetanseløftet 2015

Personer med funksjonshemninger, kronisk sykdom eller skader etter ulykker har ofte behov for langvarig og svært omfattende tjenester i samspill mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Denne brukergruppen har hatt den sterkeste vekst i den kommunale omsorgstjenesten de siste årene. Det er nødvendig å synliggjøre og trekke frem denne brukergruppen, og kommunene kan forvente at disse brukergruppene blir mer bevisst på sine rettigheter og vil i større grad forvente bistand i form av mer ergoterapi- og fysioterapitjenester, omsorgslønn, avlastning og brukerstyrt personlig assistanse.

Spennet i kompleksitet er stort, fra store ulykker til funksjonssvikt på grunn av alvorlig sykdom. Den enkelte kommune er pliktig til å bygge opp et tilbud som er nødvendig for den funksjonshemmede. For den enkelte kommune kan dette by på problemer fordi det er små miljøer. Samhandling og felles tiltak kan være en løsning for de små kommunene.

Kommunens utfordringer i de neste årene blir å få tak i nok personell, personell med den riktige kompetanse for å heve det faglige nivået. En viktig målsetting vil være å utvikle tjenester som aktivt kan drive forebyggende gjennom å styrke mestring og motvirke sykdomsutvikling hos kommunens innbyggere.

Arbeidsgruppa mener at det i forhold til denne problematikken er nødvendig å innhente mer detaljert informasjon om situasjonen og utfordringene i kommunene i det videre arbeidet.

## **7. Demens/alderspsykiatri**

Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir store utfordringer som kan true den økonomiske bæreevne. Frem mot 2050 vil antall eldre øke betydelig. I følge SSB vil antall eldre i Norge over 80 år øke fra 190 000 i 2000 til 320 000 i 2030 og over 500 000 i 2050. Høy levealder betyr at vi har gode levekår, men flere eldre betyr også at det blir flere syke og flere med demenssykdom. Demenssykdom krever mye pleie og omsorg og ofte institusjonsbasert omsorg som betyr nye store utfordringer for kommunene.

Samtidig må det synliggjøres den påkjenning det er for pårørende når yngre mennesker får en demensdiagnose. Pårørende er ikke forberedt når ektefellen gjennomgår en forandring som forandrer hele familiens liv. De er heller ikke forberedt på å gi opp et ansvar som de føler, og kan oppleve nederlag når sykehjem blir alternativet. Det er derfor viktig for kommunene å ha tilfredsstillende tilbud. Dagsenter er et tilbud som kommunene kan bygge opp alene eller i fellesskap avhengig av behov og økonomi. For å ivareta denne pasientgruppen er det nødvendig med tilleggskompetanse og dette er et satsningsområde som Fjellregionens kommuner eventuelt kan ivareta i fellesskap.

Alderspsykiatri er en spesialisert form for psykiatri som har som mål å forebygge, diagnostisere og behandle eldre med psykiske lidelser. Denne kompetansen finnes i spesialisttjenesten og i liten grad i kommunehelsetjenesten. Pasienter med demens kan ha mange tilleggsdiagnoser som blant annet psykiske lidelser. Pasienter med disse sammensatte diagnosene kan bli utagerende med manglende forståelse, og dette igjen stiller store krav til ressurser og kompetanse. Dette er et område som flere kommuner ønsker å samhandle om.

Kommunene i Fjellregionen har i dag i noe ulik grad øremerkede tilbud til demente (for eksempel demens-team og dagtilbud/egne sengeposter). Demens er et satsingsområde fra statens side, og de som arbeider med pasientgruppen mener at det er grunn til å tro at det er store mørketall.

## **8. Habilitering/rehabilitering**

Rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten bygges pr i dag ned og innholdet er i endring. Primærrehabilitering av pasienter med best prognose prioriteres. Grupper som tidligere fikk flere opphold for å bevare og øke sitt funksjonsnivå, når ikke opp.

Kommunene må i framtida kunne tilby ulike typer rehabilitering i og utenfor institusjon. Både rehabilitering i hjemmet og korttidsplasser på institusjon vil være gode virkemidler for å forebygge og utsette behov for langtidsplasser på sykehjem.

Et kommunalt heldøgntilbud bør i første rekke bestå av et tilbud om generell opptrening i de enkelte sykehjem. I tillegg vil kommunene ha behov for en rehabiliteringsenhet med kompetanse på spesialisert rehabilitering av yngre og eldre. Denne enheten må ha god tverrfaglig kompetanse og nok ressurser.

Habilitering av barn / unge forutsetter et utstrakt samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, oppvekstetaten, spesialisthelsetjenesten og foreldre / pårørende. En ser et stort behov for at den enkelte familie har sin egen koordinator som tar ansvar for dette samarbeidet og sikrer at barnet / familiens behov fortløpende blir ivaretatt (individuell plan). Flere barn blir reddet i forbindelse med for tidlig fødsel, komplikasjoner og medfødte tilstander. Dette fører til økt ansvar og store oppgaver for kommunene. Funksjonshemmede barn har behov for tett oppfølging av fysioterapeut. Kommunene har ulik organisering og kompetanse på dette området.

Fra sentrale myndigheter er det pålagt kommunene å ha ”koordinerende enheter” for samordning av tjenester knyttet til habilitering/rehabilitering. Kommunene har valgt ulike modeller for omfanget av dette arbeidet og hvilke konkrete oppgaver som ligger i ”koordinerende enheter”. Felles for alle er at de har en sentral rolle i arbeidet med økt bruk av individuell plan som verktøy.

Alle kommuner har et rehabiliteringstilbud, samtidig kom det fram under arbeidet med prosjektet ”Forsterket sykehjem” at det ønskes mer samhandling rundt fagområdet.

Røros rehabiliteringssenter er et ledende senter innen ulike typer rehabilitering i Midt-Norge. Senteret tilhører spesialisthelsetjenesten med 100 døgnbehandlingsplasser spesialisert for hjerte- og lungesyke, sykelig overvekt, kreftsyke og arbeidsrettet rehabilitering. De har avtale med RHF, HMN og NAV.

## **9. Rus/psykiatri**

Psykiatri er et omfattende fagfelt som i stor grad betinger tverrfaglig samarbeid i kommunene. Alle kommunene i regionen har opptrappingsplaner for psykiatri. Hvordan psykiaritjenesten er organisert varierer fra kommune til kommune. Fagområdet omfatter oppsøkende virksomhet, oppfølging av enkeltpersoner/individuell plan, arbeid i grupper og team, omsorgsboliger for psykiatri og annet. Det er nå vedtatt igangsatt et arbeid med omsorgsboliger for psykiatri på Tynset.

Tidlig intervensjon er et prioritert satsningsområde i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet (St.prp.nr.1 (2007-2008)). Med det forstås tidlig identifisering av risikogrupper/- personer og iverksetting av tiltak av både selektiv og indikativ art. Helsedirektoratet utarbeidet i 2009 ”*Fra bekymring til handling*”, en veileder til hjelp for kommunene i dette arbeidet. I disse dager ferdigstilles ytterligere en veileder om ”kommunalt rusarbeid”, denne vil sannsynligvis bli distribuert til kommunene i løpet av sommeren.

Rusproblematikken er økende også i Fjellregionen derigjennom også behovet for gode tiltak og tjenester. På Røros og Tynset er det henholdsvis 56 og 33 registrerte brukere som følges opp. På Os og Tolga til sammen 14. Fra de øvrige kommuner har vi ingen eksakte tall, men vi vet at problemet eksisterer i hver kommune og at en må ta høyde for at det her er en del mørketall.

Spesifikke tiltak i dag finansieres dels gjennom ramme, spesifikke tilskudd og prosjektmidler. Det er i hovedsak Fylkesmannen som tildeler midler til prosjekter.

Rusarbeidet i regionen i dag er noe ulikt organisert. I noen kommuner er tjenesten organisert i NAV og i andre sammen med psykiaritjenesten. Uansett organisering ser en et økende behov for samordning av ulike tjenester inn mot rusfeltet, og særlig psykiatri. Antall mennesker med dobbeldiagnose rus og psykiatri har økt de siste årene og i dag har omtrent halvparten av dem som legges inn på psykiatriske akuttavdelinger rusproblemer i større eller mindre grad.

Det er derfor et stort behov for samordning og kompetanseheving innen dette området.

### **9.1 Interkommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan – et felles prosjekt.**

Et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Åmot, Stor-Elvdal, Alvdal, Rendalen, Engerdal, Follidal, Tynset, Tolga og Os. Prosjektet varer fra oktober 2007 til oktober 2010.

Målsettingen for prosjektet er:

- Gi rusmiddelpolitikken et tydeligere folkehelseperspektiv
- Heve kvaliteten og kompetansen på rusfeltet
- Legge til rette for at de som yter tjenester samhandler og samordner seg
- Legge til rette for brukermedvirkning

Prosjektet er organisert i tre team (nord, midt og sør). Hvert team er tilknyttet en koordinator, og hver kommune har sine kontaktpersoner/kommunerepresentanter som i fellesskap skal oppdatere seg på fagfeltet, være ressurspersoner for alle som jobber med rus og rusrelaterte spørsmål i kommunene.

Noe av utgangspunktet for dette prosjektet var en interkommunal ruspolitisk handlingsplan som alle kommunene behandlet i perioden 2006 – 2007.

Til nå framstår prosjektet som vellykket. De deltagende kommunene er godt fornøyd med satsningen. Det oppgis at tiltaket allment har styrket den tverrfaglige jobbingen i kommunene, og ikke minst er det skolert mange hunder personer som ”ansvarlig vertskap” og ”ansvarlig salg” – et forebyggende tiltak som høyner bevisstheten og kompetansen blant de som søker om salgs- og/eller skjenkebevilling i vår region.

### **9.2 Rusteam Røros**

Røros har et stort rusproblem, statistikken viser at antall rusmisbrukere på Røros er 9,3 promille av befolkningen, mens antall misbrukere på landsbasis er mellom 2,3 og 4,6 promille av befolkningen (SIRUS 2006). I 2006 søkte Røros kommune og fikk tildelt statlige midler til et rusprosjekt *Boligsosialt arbeid - rus*. To personer ble ansatt i 2007. I ettertid har dette prosjektet blitt et fellesprosjekt for Holtålen og Røros.

Gjennom prosjektet ønsker kommunene å skape en ny modell i forhold til rus og rusrelatert problematikk, og skal prøve å gjennomføre nye strategier for å heve kvaliteten og virkningen av tiltak for rusmisbrukere. For å nå målet har rusteamet planlagt å differensiere tilbudet til rusmisbrukerne og fokusere på ulike områder, disse områdene er:

- Unge misbrukere i aldersgruppen 18-25
- Rusmisbrukere i aldersgruppen 30-40
- Pårørende

Rusteamet følger opp 56 brukere og 42 får oppfølging minst en gang pr. uke. Denne oppfølgingen består av veiledning, følge til andre tjeneste, sysselsettingstiltak og fritidsaktiviteter. For å få dette til er det opprettet fast samarbeid med:

- Frelsesarmeen
- DPS Haltdalen og Tynset
- Legetjenesten
- Politiet
- NAV
- Optimus med lavterskeltilbud

### **9.3 Interkommunalt prosjekt Tynset, Tolga og Os - ”Koordinerende tillitspersoner”**

Det ble søkt og innvilget midler for to år fra Helsedirektoratet til prosjektet. To personer ansatt med fordeling 100 % Tynset, 50 % henholdsvis Tolga og Os.

Målgruppen for prosjektet er personer i ferd med å utvikle, har utviklet eller er på vei ut av rusmiddelbruket. De som trenger oppfølging før og etter institusjonsopphold/behandling, soning og LAR-tiltak (legemiddelassistert rehabilitering) og de med behov for koordinerte og helhetlige tjenester (individuell plan).

Tillitspersonene skal være en brobygger på tvers av ulike tjenester og etater og har rollen som et koordinerende bindeledd mellom bruker og tjenesteyter(e). Tillitspersonene skal møte brukerne på deres egne premisser og løse dem gjennom tjenesteapparatet. Målet er å følge den enkelte tett opp og bistå brukerne med å få tjenester som de har behov for og lovmessig rett til.

Tillitspersonene skal bl.a. bidra til at brukere for individuell plan, tilgang på arbeid og aktivitet/fritid, økonomisk rådgivning, psykisk og somatisk helsehjelp, boligoppfølging, nettverks- og pårørende arbeid, henvisning til behandling/rehabilitering, oppfølging før, under og etter opphold i institusjon/fengsel osv.

Prosjektet er veldig godt mottatt i de tre kommunene, søkes derfor om videreføring av prosjektet.

#### **9.4 Hybelkontakt**

Tynset er et skolesentrum i Nord-Østerdal og det er registrert ca 100 videregående elever som bor på hybel i kommunen. Skolehelsetjenesten i samarbeid med psykiatritjenesten har kartlagt behovet for støtte og oppfølging blant hybelboere. Ungdommens respons gir en klar indikasjon for å bygge opp et tjenestetilbud som kan forebygge problemer hybellivet kan bringe med seg i tillegg til å fange opp dem som sliter med hybellivet.

Helsedirektoratet har innvilget midler til et tre-årig prosjekt med hybelkontakt i Tynset kommune, der et av hovedmålene er rusforebygging.

## **10. Leger/legevakt**

Alle kommunene har i øyeblikket kommuneleger, men det har til tider vært problematisk å rekruttere leger til disse stillingene.

Kommuneoverlegens oppgaver er knyttet til de samfunnsmedisinske oppgaver. Det handler om oppgaver hjemlet i kommunehelseloven, og dette er oppgaver oftest rettet mot grupper av eller for hele kommunens befolkning. Likeledes er det oppgaver knyttet opp til kommunens administrasjon og politiske ledelse. I noen kommuner er kommuneoverlegen også helseleder med personal og budsjettansvar for helseseksjonene.

I Fjellregionen er det flere legevaktdistrikter:

Røros legevaktdistrikt bestående av Os-Røros-Holtålen.

Tynset legevaktdistrikt som består av Tynset og Tolga.

Alvdal og Folldal er eget distrikt.

Rendalen er i vaksamarbeid med Stor- Elvdal.

Det har vært mange utredninger om felles legevakt for hele eller deler av Fjellregionen. Regionrådet for Fjellregionen ba i november 2008 at det skulle arbeides videre med en utredning om felles legevakt-tjeneste i deler av regionen, samlokalisert ved Sykehuset Innlandet, Tynset for kommunene Tolga, Tynset, Alvdal og Folldal. Resultatet av arbeidet skulle legges fram tidlig på nyåret 2009. Utredningen er ikke endelig ferdigstilt.

## 11. Beredskap

Alle kommunene og helseforetakene har allmenne beredskapsplaner. I tillegg har kommunene egne planer for helse- og sosial beredskap, beredskap i forhold til smittevern og pandemi. For samhandling i krisesituasjoner er det viktig at de involverte har kunnskap om hverandres planverk.

## 12. Kompetanse/rekruttering

I regionen ser en allerede nå en rekrutterings-/kompetanseutfordring innen ulike profesjoner og fagfelt. Denne utfordringen vil bare bli større sett i lys av:

- demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet
- medisinsk og teknologisk utvikling
- sterkere pasientrettigheter
- økonomiske forhold
- organisatoriske reformer
- politiske prioriteringer

Kompetanse og rekruttering må tillegges stor vekt i et regionalt perspektiv for å møte disse utfordringer. Kompetansgapet må identifiseres og det må legges en plan for hvordan dette gapet skal lukkes på kort og lang sikt. Dette gjelder behov for type kompetanse og antall helsepersonell.

Mange kommuner har problemer med å rekruttere læringer i helsefaget, her må det jobbes opp mot fylkeskommunalt nivå for å kunne smidiggjøre dagens ordning til et system som svarer kommunenes behov.

Det anses viktig å opprettholde grunnutdanning i sykepleie lokalt, det samme gjelder også andre relevante høyskoleutdanninger innen helse og omsorg. Videre blir det viktig å øke antall helsefagarbeidere og utforme strategier for legerekruttering totalt sett i regionen. Det må jobbes aktivt med å få lagt etter- og videreutdanningstilbud til regionen.

Felles regionale kompetansearenaer må videreutvikles og i større grad benyttes for utveksling av hverandres totale kompetanse og som læringsarena for ny kunnskapsbasert kompetanse

## 13. IKT

Når det gjelder informasjonsteknologi så er også kommunene i regionen noe ulike organisert: Kommunene Røros og Os har en ekstern driftsavtale om drifting/oppgradering av blant annet kommunenes pleie- og omsorgssystemer, mens legesystemet er lokalisert lokalt på hvert kontor. Begge kommunene er med i Norsk Helsenett.

Kommunene Tolga, Tynset, Rendalen, Alvdal og Folldal har et felles driftsselskap ("FARTT"). Kommunene i dette samarbeidet har felles leverandør og tilsvarende versjoner av pleie- og omsorgssystem og legesystem (inkl helsesøster). Alle kommunene i FARTT-samarbeidet er tilknyttet Norsk Helsenett.

Informasjonsutveksling innen og mellom helse- og omsorgstjenestene vil i framtiden i hovedsak skje elektronisk. En helhetlig satsning på IKT vurderes av mange som et av de mest virkningsfulle tiltakene for å styrke kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Parallelt med utviklingen av systemer og muligheter innen fagområdene må det imidlertid skje en ikke ubetydelig utvikling og satsning også på sikkerhet, kryptering og standarder, og på kompetanseheving i alle ledd.

KS har i sitt dokument e-Kommune 2012 definert noen satsningsområder for den elektroniske samhandlingen i helse- og omsorgstjenestene, og slik det ser ut har kommunene i Fjellregionen kommet langt satsningen på disse områdene. Likevel er også her potensialet i sektoren foreløpig bare hentet ut i begrenset grad, og vi kan forvente et økt fokus på elektronisk samhandling både i den enkelte kommune, direkte mot bruker/pasient og med spesialisthelsetjenesten i tiden framover.

## 14. Samhandling

Kommunene i Fjellregionen har generelt i noe ulik grad prioritert systematisk forbedringsarbeid (kvalitetsutvikling) de siste 10 – 15 årene. Tilgjengelig litteratur tilsier at organisasjoner som har satset mye på kontinuerlig forbedring vil ha et fortrinn i form av ”orden i eget hus”. Dette er også et fortrinn i forhold til intern samhandling mellom ulike tjenesteområder innefor en og samme kommune. Mye av usikkerheten som fortsatt er knyttet til blant annet verktøy som individuelle planer kan ha sitt utspring i uklar oppgavefordeling, manglende tydelighet i forhold til fagområder og for dårlig kommunikasjon innad i den enkelte kommune. På direkte spørsmål er det ingen av kommunene i regionen som ikke mener at det er mer å hente på forbedret intern samhandling i egen organisasjon.

Fjellregionen er en region med sterke tradisjoner knyttet til det å bruke nettverk aktivt til kompetanseutveksling og forbedring. Kommunene nord i regionen har et utstrakt samarbeid rundt regionsentret Røros, og kommunene sør i regionen har tilsvarende samarbeid rundt Sykehuset Innlandet Tynset.

Mye takket være denne utstrakte viljen til samarbeid ser vi flere eksempler på at større utredninger, felles behov for kompetanseheving og annet blir organisert som interkommunale prosjekter, - f.eks interkommunal ruspolitisk handlingsplan med ni samarbeidende kommuner, derav seks fra Fjellregionen. Det er ulikt fra gang til gang, og fra prosjekt til prosjekt hvor mange kommuner, og hvilke, som deltar på slike felles satsninger. Dels ligger det i at kommunene kan ha kommet ulikt langt i eget arbeid innefor det aktuelle fagfeltet, og dels utgjør fylkesgrensen et reelt skille; Kommunene i sør forholder seg til Fylkesmann i Hedmark og Hedmark fylkeskommune. Ditto forholder kommunene seg i nord til Sør-Trøndelag. Ikke minst er det naturlig at tilsynsmyndigheten (Fylkesmannen) vil gi føringer for ønsket prioritering fra kommunenes side.

Formelt er det etablert samarbeidsavtaler og -utvalg mellom kommunene og tilhørende helseforetak/lokalsykehus. Røros kommune har samarbeidsavtaler både med st. Olavs Hospital og med Sykehuset Innlandet (SI) Tynset. Kommunene sør for Fylkesgrensen har samarbeidsavtaler med SI Tynset. I tillegg har kommunene avtaler med Distriktpsikiatriske senter (DPS).

Som tidligere nevnt er det en trend i dag at det ønskes et større fokus på helseforebyggende aktiviteter i kommunene. Alle kommunene i Fjellregionen er såkalt ”helsefremmende kommuner” (også kalt ”FYSAK”), og samhandlingen med fylkesleddet i dette arbeidet oppleves jevnt over som god. Med ny lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (LOV 2009-06-19 nr 65) gjør vi oppmerksom på at det er to ulike fylkeskommuner, med ulik fokus og ønsker om prioriteringer, som regionen skal forholde seg til også i disse spørsmålene.(se også kap om forebygging).

For å gi et bilde av det interkommunale samarbeidet er det her listet opp noen aktuelle arenaer som kommunene forholder seg til i dag (**kun** fagområder relatert til helse og forebyggende arbeid, andre nettverk/samarbeid med ulike kompetansesentra o.a. er ikke tatt med ):

<b>TILTAK</b>	<b>MED</b>	<b>KOMMENTARER</b>
meSkano AS	Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal og Rendalen	attføringsbedrift
ToS asvo	Tolga, Os	Attføring
Optimus Kvisten	Røros Holtålen	Attføring Lavterskeltilbud
Geografisk samarbeidsutvalg	Fjellregionen (representanter valgt av Regionrådet)	Samhandling kommuner/ SI Tynset
Samarbeidsavtaler DPS, Tynset	Rendalen, Alvdal, Folldal, Tynset, Tolga og Os	Samhandlingsavtaler og basisavtaler
Samarbeidsavtale DPS, Orkdal avd Haldalen	Røros og Holtålen	
Samarbeidsavtale St.Olavs	Holtålen og Røros	
Samhandlingsavtaler SI, Tynset	Alle kommunene, inkl Stor-Elvdal og Holtålen	
PP-tjeneste	Røros, Holtålen	
PP-tjeneste, inkl logoped	Os, Tolga, Tynset, Rendalen, Alvdal, Folldal, Hedmark fylkeskommune	
Krisesenter, Nord-Østerdal	Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Rendalen, Stor-Elvdal og Folldal	Intensjonsavtale om deltagelse i krisesenter, Hamar
Krisesenter, Orkdal	Røros, Holtålen m.fl	
Legevakt	Alvdal, Folldal	
Legevakt	Tynset, Tolga	
Legevakt	Rendalen, Stor-Elvdal	
Legevakt	Røros, Holtålen, Os	
Kommuneoverlege	Røros, Os	
Jordmortjeneste	Tynset, Tolga, Os, Alvdal, Folldal, Rendalen, Stor-Elvdal	
Jordmortjeneste	Røros og Holtålen	
Barnevern	Tolga, Tynset, Alvdal	
Barnevern	Røros, Os, Holtålen	
Tverrfaglig opplæringskontor i Fjellregionen	Røros, Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Rendalen	
IKT drift: FARTT	Folldal, Alvdal, Rendalen, Tolga, Tynset	
NAV	Røros og Holtålen	
<b>NETTVERK</b>		
Flyktningforum	Kommunene i Nord-Østerdal	
N-Ø rehabiliteringsforum	Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Rendalen, Stor-Elvdal	
NAV leder forum	Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Rendalen, Folldal	
Kreftsykepleie	Alle kommunene (inkl Holtålen), SI Tynset,	
Sosiallederforum	Os, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Rendalen,	
Samhandlingsmøte sykepleie	Alle kommunene (inkl Holtålen), SI Tynset	

## 15. utfordringer

Arbeidsgruppa har utfordret fagavdelingene i kommunene til å gi innspill på hva de oppfatter som de tre viktigste utfordringene. Følgende tilbakemeldinger er gitt:

### Os

- Tilstrekkelig personale med relevant og god nok kompetanse (rammebetingelsene må være gode nok)
- Hensiktsmessige samarbeidsløsninger med intra- og interkommunale aktører innen mange faggrupper (god samhandling internt, med andre kommuner og spesialhelsetjenesten)
- God nok akuttmedisinsk service i tråd med sentrale føringer (legevakt en utfordring – bør samles om en storlegevakt for hele Fjellregionen på Tynset sykehus)

### Folldal

- Sykdomsutvikling og befolkningssammensetning. Kompleksiteten øker, alder på pleietrengende synker (demens tidligere?), alder på uføre synker, etc
- Mer rettighetsbasert lovgivning som fører til økte forventninger
- Rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft ved økende behov

### Rendalen

- Kompetanse og rekruttering (sykepleiere)
- Budsjett og forsvarlig tilstrekkelig tilbud
- Være forberedt på framtiden (eldrebølgen, samhandlingsreformen osv)

### Tynset

- Kompetanse/rekruttering (Dekke nåværende og fremtidige helse- og omsorgsbehov med riktig og nok kompetanse sett i lys av demografi, sykdomskompleksitet, statlige føringer, lovgivning osv. Rammebetingelser)
- Samhandlingsløsninger – interkommunalt og mot spesialisthelsetjenesten (innen små og sårbare fagområder eks rus, psykiatri, kommunal rehabilitering etc -akuttmedisinsk service – felles interkommunal legevakt)
- Økonomiske utfordringer (generelt stram kommuneøkonomi som vil tvinge frem andre arbeidsformer, prioriteringer)

### Tolga

- Lite fagmiljø i den enkelte kommunene,
- Oppnå og beholde stabilitet innen legebemanningen
- Beholde befolkningens tillit til kontinuiteten i tjenesten

### Røros

- Rus
- Antall eldre over 67 år fordobles innen få år og dette betyr langt flere eldre med demensproblemer
- Ressurskrevende brukere barn, unge og voksne.

### Alvdal

- Tilstrekkelig kompetanse og rekruttering av helsepersonell, særlig sykepleiere.
- Mer fokus på folkehelse og forebyggende arbeid i kommunen
- Interkommunalt samarbeid på psykiatri og rus må videreutvikles.

## 16. Sammendrag

Arbeidsgruppens funn viser at kommunene i Fjellregionen ser ut til å ha noe ulik fokus på de ulike områdene innenfor helse- og omsorgsfagene. Det skjer likevel en kontinuerlig og betydelig utvikling innenfor så å si alle fagfeltene. Dette arbeidet pågår innen den enkelte kommune, i samarbeid med andre kommuner eller i samarbeid med spesialhelsetjenesten.

Det ser ut til at hovedutfordringene som kommunene er opptatt av er tilsvarende de nasjonale utfordringene som nevnes blant annet i Nasjonal Helseplan. Flere kommuner nevner også en allmenn bekymring for både personmessige og økonomiske ressurser framover i tid. Spørsmålet om rekruttering ("hoder og hender") er også belyst på et nasjonalt plan, og flere tiltak er iverksatt. Det virker som om denne utfordringen er tatt på alvor i alle ledd, og derfor er det et paradoks at Norges satsning innenfor felt som "velferdsteknologi" må karakteriseres som meget svak til nå.

Når det gjelder økonomi er det kjent at kommunene til tider kan sitte igjen med en følelse av at sentrale politikere bidrar til å skru opp forventningene til de kommunale tjenestene enten i form av "satsninger" eller i form av rettighetsbasert lovgivning, mens en overføring av økonomiske ressurser til å ta nye oppgaver i liten grad kommer kommunene til del. Kommunene har i hovedtrekk i oppgave å ivareta innbyggernes interesser, og tjenestene kan bygges opp til å bli bedre når det er en viss balanse mellom forutsigbarhet og fleksibilitet. Det bidrar i hovedsak ikke til bedre kvalitet på tjenestene at relativt store deler av fellesskapets ressurser i dag ikke fordels via en ramme, men via ulike "prosjektmidler" som fordeles i et kort tidsperspektiv, - og når behovet er synliggjort faller midlene bort.

Oversikten over dagens arenaer for samhandling og nettverkjobbing i regionen viser at det er stor vilje til å gjøre en del oppgaver i fellesskap. Samtidig er det et klart uttrykt fra kommunene at det er viktig å beholde et visst mangfold av oppgaver lokalt, slik at kommunene fortsatt kan framstå som interessante og utviklende arbeidsplasser.

Det var forventet at den politiske behandlingen av samhandlingsreformen skulle gi et noe tydeligere signal om, og i tilfelle i hvilken grad, kommunene skulle overta oppgaver som til nå har ligget i spesialisthelsetjenesten. Den avklaringen har ikke kommet, og i det vil være opp til det videre arbeidet med en regional helseplan i hvilken grad enkelte – mer spesialiserte – fagområder ønsker et tettere faglig samarbeid i regionen. Denne arbeidsgruppen har ikke fått signaler om at det ønskes et overgripende samarbeid på brede deler av fagfeltet. Praksis viser også at faglig samarbeid er lettere innenfor ett og samme tilsynsregime (samme Fylkesmannsembete), og det betyr at fylkesgrensen som deler vår region i to i noen grad vanskeliggjør samhandling innefor et fagfelt der den faglige kontakten er såpass sterkt knyttet til Fylkesmannen som helse- og omsorgsfagene. Denne delingen langs fylkesgrensen vil bli mer synlig med økt fokus på forebyggende helsearbeid, med mindre Hedmark og Sør-Trøndelag fylkeskommuner velger en tydelig felles linje på arbeidet.