



Kongsvinger Kommune  
www.kongsvinger.kommune.no

2010

# Kommunedelplan for Helse og Omsorg 2010 - 2021



7.12.2010

## Innhold

<b>1 Innledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Status og utfordringer .....	5
<b>2 Laveste effektive omsorgsnivå – LEON .....</b>	<b>8</b>
2.1 Utfordringer.....	8
2.1.1 Helse- og omsorgstrappa .....	9
2.2 Spesielle utfordringer.....	15
2.2.1 Demens.....	15
2.2.2 Palliasjon/kreftomsorg.....	18
2.2.3 Brukere med flere diagnoser/gråsoneproblematikk.....	20
2.2.4 Utfordringer utviklingshemmede .....	21
2.2.5 Lavterskeltilbud til rusmisbrukere .....	22
2.2.6 Innovasjon.....	23
2.3 Mål og strategier for LEON.....	24
<b>3 Folkehelse.....</b>	<b>26</b>
3.1 Utfordringer.....	26
3.1.1 Særtrekk ved helsefremmede og forebyggende arbeid .....	26
3.1.2 Helsefremmende vs. forebyggende arbeid.....	27
3.1.3 Primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid .....	27
3.2 Mål og strategier for folkehelse .....	29
<b>4 Kompetanseutvikling .....</b>	<b>30</b>
4.1 Utfordringer.....	30
4.2 Mål og strategier for kompetanseutvikling .....	31
<b>5 Sentrale lover og forskrifter.....</b>	<b>33</b>
5.1 Gjeldende regelverk som regulerer kommunens helse- og omsorgsarbeid .....	33
5.2 Nytt sentralt regelverk ute på høring .....	33
<b>6 Referanseliste.....</b>	<b>34</b>

## Sammendrag

Kommunedelplan for Helse- og Omsorg tydeliggjør en dreining mot hjemmebaserte tjenester og innsats for folkehelse.

Utkastet til kommunedelplan for Helse har i forlengelsen av vedtatt planprogram tre satsingsområder med mål og strategier under hvert område:

- LEON – Laveste Effektive Omsorgsnivå
- Folkehelse
- Kompetanseutvikling

Første del gir en status i form av en swot-analyse som gir begrunnelse for å velge satsingsområder. I forhold til de tre satsingsområdene med forslag til mål og strategier griper områdene tett inn i hverandre.

I kommunedelplanutkastet utgjør LEON den overordnede og prinsipielle tilretteleggingen av virksomhetsområdets kjernevirksomhet. LEON-prinsippet er i planutkastet visualisert ved helse- og omsorgstrappa. Essensen i strategiene er fokus på brukers egenmestringsevne og dreining mot hjemmebaserte tjenester.

### **Mål LEON:**

- Kongsvinger kommune skal etablere helse- og omsorgstrapp ved å dreie innsatsen mot hjemmebasert tjenesteyting og bruk av helsefremmende og forebyggende tiltak
- Kongsvinger kommune skal gi tjenester på riktig nivå og sørge for god ressursutnyttelse ved å utnytte alle trinn i helse- og omsorgstrappa

Folkehelse er et nytt område som skal utvikles og er en forutsetning for å kunne lykkes med LEON-prinsippet. Hovedstrategien er å utarbeide en folkehelseplan for Kongsvinger.

### **Mål Folkehelse:**

- Kongsvinger skal ha en tydelig helsefremmende og forebyggende innsats

Kompetanse er en innsatsfaktor som skal styrke fag, ledelse, innovasjon og samhandlingsevne.

### **Mål kompetanse:**

- Kongsvinger kommune skal ha nødvendig generalist- og spesialistkompetanse for å gi et tilpasset tilbud
- Kongsvinger kommune skal øke og bedre sitt samarbeid med ulike utdanningsinstitusjoner, universiteter, helseforetak og andre det er relevant og samarbeide med

# 1 INNLEDNING

Kapitlene er bygget opp ved at første del peker på utfordringene innenfor hvert område. Så følger målsettinger som uttrykker hvilke forbedringer som kan svare på utfordringene. Etter hvert mål følger strategier i forhold til hvordan målet kan nås.

Utfordringer, mål og strategier ses i tilknytning til de 3 satsningsområdene som er fastslått i planprogrammet:

- Laveste effektive omsorgsnivå – LEON
- Folkehelse og forebygging
- Kompetanseutvikling

De 3 områdene er ofte overlappende – det er vanskelig å tenke seg en dreining mot mer folkehelsearbeid uten at kompetansen er på plass.

## Visjon: Livskvalitet hele livet

*-Figuren til høyre illustrerer sammenhengen mellom høringsutkastet og økonomiplan- og budsjettarbeidet.*

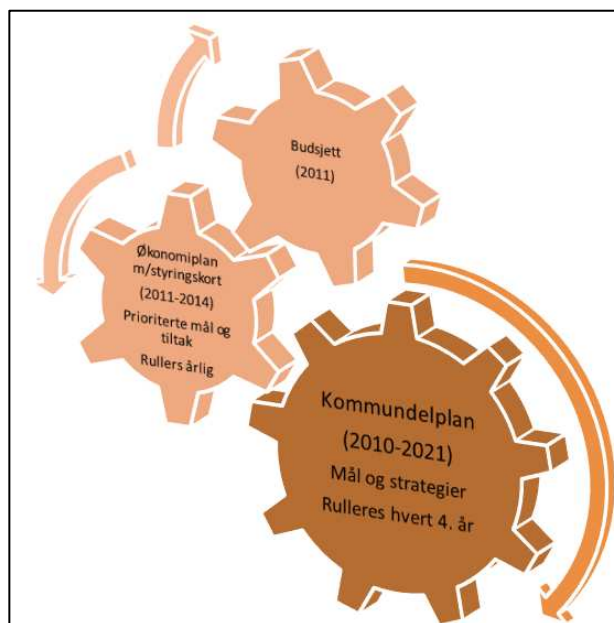
*- Høringsutkastet har et 12 års perspektiv og planen skal rulleres hvert fjerde år. Gjennom den offentlige høringen inviterer kommunen til en offentlig debatt om det er de riktige målene og strategiene kommunen skal fokusere på i planperioden (2010-2021).*

*-I desember skal kommunestyret vedta kommunedelplanen. Vedtatte mål og strategier skal konkretiseres ytterligere gjennom et handlingsprogram, som skal ligge til grunn for økonomiplanen herunder styringskortene (2011-2014). Dette blir vedtak som gir budsjettmessige og innovasjonsmessige konsekvenser for helseområdet.*

*-Endelig vedtak av økonomiplanen gjøres på nyåret 2011*

Vedtatt plan vil gi føringer for den enkelte virksomhet knyttet til gjennomføringen – det er her de viktige endringene vil finne sted.

Kommunedelplan for Helse og Omsorg skal rulleres i 2012.



## 1.1 Status og utfordringer

Kommunedelplanen skal gi oversikt og legge til rette for helhetlig styring av helseområdet og den skal legges til grunn for å videreutvikle helse- og omsorgstilbudet i Kongsvinger kommune.

Kommunen har ansvar for viktige tjenester til syke, eldre og funksjonshemmede, og for å drive forebyggende helsearbeid. Det dreier seg om hjemmebaserte tjenester og institusjon, helsesøstertjeneste, legetjenester, aktiviseringstiltak og forebyggende virksomhet. Bakgrunnen for behovene er ofte og finne i et komplekst sykdomsbilde. Tjenestevirksomheten er økonomisk omfattende og utgjør i 2010 35 % av kommunens budsjett. De økonomiske rammevilkårene er stramme.

Den overordnede utfordringen for virksomhetsområdet er å ta de grepene som bidrar til at de 3 satsningsområdene på en riktig måte virker i sammenheng med hverandre, samtidig som det sikres at driften er i samsvar med bevilgede ressurser.

Det er gjennomført en kartlegging som vises i nedenstående SWOT-analyse. Målet vil være å opprettholde det kommunen er god på i dag (styrkene), iverksette tiltak på de områder hvor det er avdekket et forbedringspotensiale (svakheter), være åpne for alternative måter i forhold til dagens oppgaveløsning (muligheter) og unngå/omgå/påvirke det som kan true kommunens målsetninger (trusler).

Styrker	Muligheter
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kongsvinger kommune har bred kompetanse innenfor de fleste områder</li><li>• Kongsvinger kommune driver godt forebyggende helsearbeid bl.a. innenfor jordmortjenesten, helsestasjonen, skolehelsetjenesten og smittevern</li><li>• Kongsvinger kommune har gode sykehjem med kvalifisert personell</li><li>• Kongsvinger kommune har et av sine sykehjem som er ISO - sertifisert</li><li>• Bygningsmassen for institusjoner og bygninger er generelt god</li><li>• Det er god samhandling mellom lokalsykehuset og Helsetjenesten</li><li>• God produktivitet</li><li>• Generell høy brukertilfredshet jfr. gjennomførte brukerundersøkelser i 2009</li><li>• God tilgang og tilsøking av svensk kvalifisert arbeidskraft</li><li>• Alle kommunale bygg/virksomheter skal være "Rasismefri sone"</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ta i bruk flere tilbud i de lavere trinn i helsetrappen =LEON</li><li>• Øke andel forebyggende hjemmebesøk hos eldre over 75 år</li><li>• Økt grad av samarbeid med andre kommuner</li><li>• Bedre samhandling og fordeling av oppgaver mellom Helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten</li><li>• Videreutvikle tildelingspraksisen</li><li>• Tilrettelegge for økt samarbeid med høgskoler, forskningsinstitusjoner og andre</li><li>• Benytte seg av og initiere til kunnskapsbasert (evidence-based) praksis</li><li>• Økt bruk av IKT, Smarthusløsninger, installasjon av heiser i boligblokker, slik at brukergrupper får bedre tilpasset egen livssituasjon</li><li>• Ytterligere utvikling av det forebyggende arbeidet</li><li>• Etablere flere organiserte dag-, kultur- og aktivitetstilbud for funksjonshemmede og eldre</li><li>• Bedre samordning mot Oppvekst i forhold til folkehelseperspektivet/forebygging</li></ul>

Svakheter	Trusler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utnytter ikke i tilstrekkelig grad de laveste trinn innenfor helsetrappen</li> <li>• Dagens drift og fokus er for institusjonsbasert</li> <li>• For lite samhandling på tvers av virksomhetsområder i egen kommune</li> <li>• Kulturforskjeller mellom Helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten</li> <li>• For lite utviklet kunnskapsbasert praksis ved forskning</li> <li>• For få tilpassede boliger for enkelte brukergrupper</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgang på kvalifisert personell</li> <li>• Høyt sykefravær innenfor enkelte tjenesteområder</li> <li>• Merforbruk i forhold til bevilgede budsjettammer</li> <li>• Kraftig økning av aldersgruppen 67-79 år</li> <li>• En negativ dreining i levekårsforskjeller mellom ulike grupperinger i samfunnet</li> <li>• For lite fokus på folkehelse representert ved for eksempel rusproblematikk og psykososiale problemer</li> <li>• Stor arbeidsledighet, mange i gruppen under 25 år</li> </ul>

Drifts- og ressursanalysen som ble gjort høsten 2008/vinteren 2009 (Agenda-rapporten) viste at kostnadsnivået til pleie- og omsorgstjenester i Kongsvinger kommune er på et noe høyt nivå. Kostnadsnivået kan ikke forklares med en enkelt årsak, men henger trolig sammen med mange ulike forhold. Det er klare indikasjoner på at pleie- og omsorgstjenestene i kommunen har et relativt høyt nivå på flere av kommunens tjenester. Når det gjelder tjenester til eldre, har kommunen et noe høyt kostnadsnivå til institusjonstjenester. Videre tyder det på at kostnadene i ordinære hjemmetjenester er noe lavere. Det er høye kostnader til psykisk helsearbeid og til funksjonshemmede (fysisk handikappede og utviklingshemmede). Sykefraværet har vært og er gjennomgående høyt innenfor deler av virksomhetsområdet.

Tabellen under viser den økonomiske ressursfordelingen mellom institusjoner og hjemmetjenester belyst ved KOSTRA-tall (2009) - prosentandel av netto driftsutgifter til pleie- og omsorg

**Tabell 1: Økonomisk ressursinnsats – fordeling institusjon/hjemmetjenester**

	Kongsvinger	KOSTRAGRUPPE 8	Hedmark	Landet
Institusjoner	51 %	43 %	47 %	46 %
Hjemmetjenester	46 %	51 %	49 %	49 %

Tabellen over viser at Kongsvinger bruker en større andel av ressursene på institusjoner enn hva sammligningsgruppene gjør. Parametrene nedfelt i virksomhetsområdets styringskort tydeliggjør en ønsket dreining mot hjemmebasert tjenesteyting, ved å utvide forebyggende hjemmebesøk med 50% innen 2014, ved å øke antall HDO-boliger for å nå en dekningsgrad for heldøgns pleie- og omsorg til 25% i 2013.

Samhandlingsreformen, vedtatt av Stortinget i april 2010, påpeker 3 hovedutfordringer:

- pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok - tjenestene er fragmenterte.

- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utfordring og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne

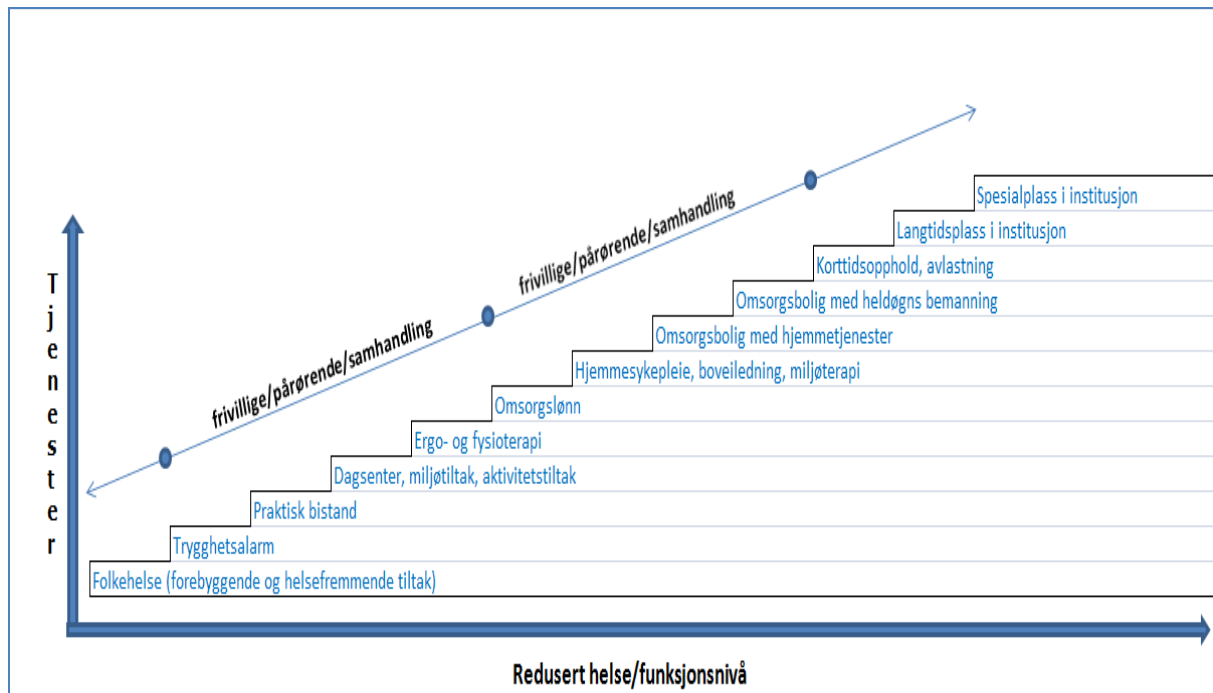
Tilknyttet planarbeidet og i tråd med vedtatt planprogram er det gjort 5 interne utredninger om:

- LEON-prinsippet
  - Demens
  - Lindrende omsorg og behandling
  - Ansvarsfastsettelse i forhold til dobbeltdiagnoser/gråsoneproblematikk
- Kompetanse

Utredningene ligger til grunn for planen og er vedlagt.

## 2 LAVESTE EFFEKTIVE OMSORGSNIVÅ – LEON

Figur: Helse- og omsorgstrappa – en visualisering av tiltakskjeden:



Forebyggende og helsefremmende tiltak gjelder for hele befolkningen i Kongsvinger – samfunnet. Samhandling mellom ulike tjenestenivåer, anvendelse av frivillighet og samarbeid med og bistand fra pårørende er avgjørende for å lykkes, jfr. Rekkverket i trappa.

### 2.1 utfordringer

Fordelingen av ressurser mellom de ulike trinnene i helse- og omsorgstrappa er avgjørende for effektiv utnyttelse av LEON-prinsippet. Prinsippet innebærer at behandling og tjenestetilpassning skal skje på Lavest Effektive Omsorgsnivå. Helse- og omsorgstrappa illustrerer ulike nivåer i tjenestene. Hvordan disse er dimensjonert og fungerer er avgjørende for både kvalitet for brukerne og kostnadseffektiv utnyttelse av de kommunale ressursene. Det er av overordnet viktighet at brukere gis tilbud så langt ned i helsetrappa som mulig, og riktig i forhold til behov. I praksis gjelder dette alle kategorier brukere - uavhengig av diagnose. Det legges vekt på at brukerne skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, og at man skal kunne bevege seg mellom nivåene på en fleksibel måte, og at det i anvendelsen av trappa fokuseres på mestring, muligheter og forebygging. Det forebyggende og helsefremmende perspektivet må implementeres i forhold til grupper og individer i hele tiltakskjeden som trappa representerer.

Trappa viser til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud.

Rett anvendelse av helse- og omsorgstrappa er betinget av god samhandling, riktig kompetanse og tjenestevalg, samt forebyggende og helsefremmende tiltak som retter seg mot personer i alle aldersgrupper med ulike behov og forutsetninger.

*LEON- prinsippet er både mål og strategi*



Dersom LEON-prinsippet og dreining av tjenestetiltak fra de øverste trinn til de laveste trinn skal kunne gjennomføres, forutsetter dette en styrking i ressurser på trinn i trappa under langtidsplass i sykehjem.

### 2.1.1 Helse- og omsorgstrappa

#### Forebyggende trinn:

I dette trinn bør det etableres forebyggende og helsefremmende tiltak til alle aldersgrupper og brukergrupper etter en vurdering og prioritering av tiltak. Trinnet kan ideelt sett omfatte kommunale tiltak fra mange ulike enheter, og tiltak utført ved hjelp av frivillige. Trinnet kan også omfatte tiltak i samarbeid med andre kommuner, andre samarbeidspartnere eller eksempelvis lokalsykehuset.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter har god kompetanse i forhold til forebyggende og helsefremmende tiltak spesielt i forhold til fysisk miljø, trivsel og aktivitet. De har i stor grad "friskfokus".

Eksempel på tiltak som kan iverksettes: fallforebyggende tiltak som forebygger skade med ev. varig nedsatt funksjonsnivå.

I dette trinn bør det utvikles aktivitetstiltak for forholdsvis friske grupper som et helsefremmende tiltak.

#### Aktivitetstiltak, arbeidstiltak

Aktivitetstiltak og arbeidstiltak kan legges på ulike trinn i trappa avhengig av hvilken brukergruppe tiltaket retter seg mot. Tiltaket kan legges som et helsefremmende tiltak i det nederste trinnet som et tilbud til forholdsvis friske mennesker. Et slikt tiltak for eldre kan med fordel drives ved hjelp frivillige ressurser. Dersom et aktiviseringstiltak skal driftes med kommunale ressurser, bør dette tiltak rettes mot brukere med redusert helse som et forebyggende tiltak for å redusere utvikling av sykdom.

#### Ergoterapi og fysioterapi

Ergoterapi og fysioterapi er tjenester som bør ha mulighet til å arbeide forebyggende med tidlig intervensjon. Ergo- og fysioterapitiltak kan iverksettes for å opprettholde mulighet til egenomsorg, eller redusere behov for annen tjeneste før tiltak som eksempelvis hjemmesykepleie iverksettes.

Kommunen har i dag knappe ressurser i faggruppene.

Det bør vurderes om det i samarbeid med helseforetak er hensiktsmessig å etablere et lærings- og mestringssenter, som bør bli en del av kommunens tjenestetilbud. Oppgavene kan omfatte bl.a. kurstilbud og selvhjelpsgrupper, mestringkurs og innføringskurs for likemenn.

#### Hjemmesykepleie/ biveiledning, miljøarbeid.

Hjemmebaserte tjenester – inkludert HDO - vil med en dreining fra tiltak i de øverste trinn i trappa til de lavere trinn møte et økende press på tjenesten. Dette forutsetter at

trinnet styrkes. Dette forsterkes ytterligere i forhold til en stor økning av "yngre" eldre i aldersgruppen fra 67-79 år.

Prinsipielt og praktisk er tjenestene også i HDO og bemannede bofellesskap drevet som hjemmesykepleie og praktisk bistand: Selv om tjenestene utføres hovedsakelig av stedbundet personell, arbeides det i henhold til tjenesteinnhold og omfang gitt i individuelle enkeltvedtak. Dette gjelder også for tjenester rettet mot utviklingshemmede og innen psykiatrien.

Kongsvinger legger opp til en dreining av ressursbruken mer mot hjemmebaserte tjenester. Sett i lys av dette er det viktig at kommunen skaffer seg mulighet til å se sammenhengen mellom de tjenester som ytes og de ressurser dette vil kreve. Forholdet mellom tidsbruk, bemanning og timesummen av enkeltvedtak er viktig å ha oversikt over for å kunne dimensjonere riktig framover, slik at tjenesteomfanget samsvarer med de rammer som kommunen disponerer.

Kommunen vil kunne skaffe seg innblikk i dette ved å ta i bruk et system som måler disse forholdene, og som samtidig er tilpasset de lokaleforhold og utformet i samarbeid mellom enhetene. En nøytral tjenesterapportering må sikres

I dette arbeidet er det viktig å enes om en norm som avklarer hvor stor prosentandel av personalets tid som skal gå direkte til bruker.

Arbeidet med dette starter i 2010.

### Omsorgslønn

Omsorgslønn skal gi en økonomisk ytelse til personer som yter særlig tyngende omsorgsarbeid over tid, og stimulere til fortsatt innsats. Ordningen er et viktig incitament til opprettholdelse av privat tjenesteyting. Det er viktig å opprettholde mulighet for tildeling av omsorgslønn. Det kan være hensiktsmessig å tildele mindre ytelser til flere mottakere. Dette kan stimulere flere til å yte en innsats. Omsorgslønn kan tildeles i forhold til alle brukergrupper. Omsorgslønn kan lette presset på hjemmebaserte tjenester, og er et kostnadseffektivt tiltak.

### Tilrettelagte boliger med hjemmetjenester<sup>1</sup>

Tiltaket virker helsefremmende og forebygger behov for tjenester.

Befolkningsutvikling i forhold til eldre for de kommende år kan indikere at det vil bli behov for flere tilrettelagte boliger. Det kan imidlertid virke som om flere ønsker å beholde den bolig de har framfor å flytte til tilrettelagt bolig uten bemanning.

---

<sup>1</sup> Kongsvinger kommune ønsker å benytte betegnelsen tilrettelagt bolig fremfor omsorgsbolig. Tilrettelagt bolig er en bolig for personer med nedsatt funksjonsevne. Boligen er praktisk tilrettelagt slik at man best mulig skal kunne mestre dagliglivets gjøremål. En tilrettelagt bolig skal også bidra til at behovet for hjemmebaserte tjenester reduseres og/eller lettere blir lagt til rette for. Dette vil kunne forbygge/utsette behov for tjenester på et høyere nivå.

Det skal vurderes om det er hensiktsmessig å etablere egne tilrettelagte boliger for eldre rusmisbrukere.

Det finnes i dag tilrettelagte boliger med stedfast bemanning i perioder av døgnet, for eksempel dag og kveld. Disse boliger blir nærmest å betrakte som soner eller avdelinger med fast bemanning. En slik organisering vil være mest hensiktsmessig på arenaer med flere brukere med moderat bistandsbehov, eller for få brukere med omfattende og kompliserte bistandsbehov. Tjenestetiltak organisert som bofellesskap uten fast bemanning er ikke lagt inn som eget trinn i trappa

#### Tilrettelagte boliger med heldøgns bemanning - HDO

Dersom Kongsvinger kommune skal kunne redusere antall langtidsplasser i institusjon, ha god effekt av korttidsplasser og bruke LEON-prinsippet i tiltakskjeden, forutsetter dette en styrkning av heldøgns omsorgstjenester i HDO. Tilrettelagte boliger med samlokalisering av brukere gir effektiv utnyttelse av ressurser i hjemmebasert tjenester. Tiltaket virker helsefremmende og forebygger behov for tjenester høyere i trappa. HDO - leiligheter for eldre vil erstatte langtidsplasser i sykehjem når flere langtidsplasser gjøres om til korttidsplasser.

HDO-tiltaket skal kunne gi et tilbud til personer med omfattende behov for hjelp, som er avhengig av nær tilgang på bistand 24 timer i døgnet. Brukere i HDO må også kunne nyttegjøre seg tiltaket og boligen over tid.

Brukerne med tjeneste i HDO bør i mindre grad være i behov for medisinsk faglig kompetanse.

HDO er i mindre grad egnet for brukere med en langtkommet demenssykdom. Grunnen til dette er at våre HDO-bygg ikke bygningsmessig er tilpasset denne målgruppen.

Behovet for hjemmebaserte tjenester til brukere med demenssykdom vil øke, herunder også behov for heldøgnsomsorg i HDO. Det er usikkert hvorvidt det er hensiktsmessig å gi brukere med demens et tilbud i HDO. Dette avhenger av funksjonsnivå hos den enkelte demente bruker som eventuelt får plass i HDO. og muligheten for å kunne fungere i HDO.

HDO bør ideelt sett kunne møte en økende grad av bistandsbehov hos brukerne. Et større antall HDO- plasser samlet på samme sted med nært samarbeid til ordinære hjemmetjenester, gir en fleksibilitet og god effektivitet ved at en har flere brukere med ulik grad av bistandsbehov.

Økende bistandsbehov ved HDO, kvalifiserer ikke i seg selv til tjenestetilbud på et høyere nivå i trappa. Det er faglige begrunnelser for behov av tiltak på et høyere nivå i tjenestetrappa. Bemanningsfaktorer ved institusjoner hensyntar et generelt høyt bistandsbehov hos brukergruppen.

Det er nødvendig å utarbeide styringssystemer som gjør det mulig å vurdere tildelt tjenesteomfang i forhold til ressursrammer i hjemmebaserte tjenester, herunder også HDO. Tjenestebehov til HDO brukere vil øke når andre heldøgnsstilbud reduseres. I praksis bør HDO-tilbudet utøkes så langt det praktisk er råd. Dette vil gi hjemmetjenestene en mer fleksibel og effektiv arena å imøtekomme behov til brukere med omfattende bistandsbehov.

Det arbeides med planer om å øke HDO-tilbudet fra 2013 ved å bygge ut Holttunet.

Det blir nødvendig å øke resurstilgangen i hjemmetjenestene når behovet for tjeneste i dette trinn øker.

Det er nødvendig med en stor grad av fleksibilitet mellom avdelinger i enhetene, mellom enhetene (for eksempel i forhold til geografiske grenser) i forhold til kapasitet og ressursbruk.

#### Sykehjem, korttid, avlastning, opptrening

Dersom flere brukere skal kunne bo lenger i eget hjem, er dette avhengig av at en har tilstrekkelig med korttidsplasser som et midlertidig forsterket helsetiltak. Utfordringen blir å få dette til, og holde plassene operative som nettopp korttidsplasser.

Tilgjengeligheten til sykehjemstilbudet bestemmes først og fremst av tilbudet av korttidsplasser, i mindre grad av den samlede sykehjemsdekningen. Det er en høy andel av utskrivningene som skjer fra korttidsplassene: i perioden mai 2009 til mai 2010 var det 21 utskrivninger fra langtidsplass, mens det var 320 fra korttidsopphold – det utgjør 94 %.

Den gjennomsnittlige liggetiden på langtidsplasser er 2,05 år. Endringen av Roverudhjemmet med en omlegging til 24 korttidsplasser, vil i alt gi kommunen 30 korttidsplasser, og enda større tilgjengelighet til sykehjemstilbudet. Korttidsplasser er viktig for å få til et fleksibelt og varierende tjenestetilbud og bidrar til at den enkelte kan bo i eget hjem så lenge som mulig.

Den overordnede hensikt med korttidsplasser er å hjelpe den enkelte til å nå sitt optimale funksjonsnivå. Sett i lys av dette har korttidsopphold i sykehjem en forebyggende virkning; oppholdene kan være primær-, sekundær- og tertiærforebyggende (for nærmere forklaring vises til 3.1.3)

Det er avgjørende at korttidsplassene kombineres med fleksibel og riktig bruk av HDO-tilbudet, som vil utgjøre en større samlet del av kommunens langtidsopphold innen heldøgns pleie- og omsorg.

Behandling som tidligere ble gjort i sykehus, utføres nå i større grad i hjemmet og på sykehjem. Eksempler på dette er hjemmedialyse og respiratorbehandling.

#### Sykehjem langtids- ordinære plasser og spesialplasser.

Færre sykehjemsplasser i kommunen vil gjøre det nødvendig å bruke sykehjemmene til brukere med omfattende behov for tjeneste.

Sykehjem er et tiltak for personer som har helse-/funksjonssvikt og/eller mental/kognitivt svikt som medfører behov for varig heldøgns pleie- og omsorgstjenester, og som har behov for varig medisinsk behandling og tverrfaglig oppfølging, omsorg og pleie. Tilbudet av plasser for heldøgns omsorg må ses på som den samlede kapasitet av HDO og sykehjem

**Tabell 2: Utvikling av kombinert dekningsgrad: HDO og sykehjem**Utvikling samlet dekningsgrad heldøgns omsorgstjenester 2010 – 2013 i prosent av befolkningen 80+<sup>2</sup>

Type tilbud	HVOR	01.01.10	Endring	27.10.10	Endring	2011	Endring	2013	Endring 01.01.2010 til 2013
<b>HDO</b>		30	7	37	26	63	14	77	47
	Holt	17	0	17	18	35	0	35	
	Austbo	13	7	20	8	28	0	28	
	Holttunet	0	0	0	0	0	14	14	
<b>Sykehjem</b>		140	-5	135	-26	109	0	109	-31
<b>langtidsplass</b>	Langeland	76	0	76	0	76	0	76	
	Roverud	48	-5	43	-26	17	0	17	
	Skyrud	16	0	16	0	16	0	16	
<b>Sykehjem</b>		11	0	11	19	30	0	30	19
<b>korttidsplass</b>	Langeland	0	0	0	0	0	0	0	
	Roverud	0	5	5	19	24	0	24	
	Holt (Gnisten)	5	-5	0	0	0	0	0	
	Skyrud	6	0	6	0	6	0	6	
Totalt antall plasser inkl. HDO		181	2	183	19	202	14	216	35
Antall plasser i sykehjem		151	-5	146	-7	139	0	139	-12
Faktisk dekningsgrad		21,2		21,5		23,7		24,4	
Befolkning 80 +		852		852	2	854	33	887	35
Antall plasser ved 25% dekning		213		213		214		222	
<b>Underskudd</b>		<b>32</b>		<b>30</b>		<b>12</b>		<b>6</b>	
7 plasser Roverudhjemmet		7		7		7		7	
<b>Underskudd/overskudd</b>		<b>25</b>		<b>23</b>		<b>5</b>		<b>1</b>	
Dekningsgrad med 7 ekstra		22,1		22,3		24,5		25,1	

Tabellen over viser at dekningsgraden er relativt stabil. Det er i tabellen markert en økning av 14 HDO-plasser i 2013 – ved Holttunet. For 2010 viser antall plasser det som faktisk er i bruk. I 2011 er potensialet tatt i bruk. Denne tabellen utdyper utvikling av de ulike tilbud og deres lokalisering. Dekningsgrad på 25% av befolkningen 80+ blir nådd i 2013 ved benyttelse av alle plasser ved Roverudhjemmet.

<sup>2</sup> Det er SSB sin befolkningsframskrivning MMMM som er lagt inn i tabellene. Det vises for øvrig til vedlegget "Befolkningsprognoser 2010-2022".

**Tabell 3: Utvikling av kombinert dekningsgrad: HDO og sykehjem i planperioden**

Utvikling samlet dekningsgrad heldøgns omsorgstjenester 2010 - 2021, sykehjem og HDO-boliger												
ÅR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Befolkning 80+	845	854	866	887	901	918	924	920	921	931	947	969
Faktisk dekningsgrad 80+	21,7	23,5	23,2	25,1	24,8	24,3	24,1	24,2	24,2	24,0	23,5	23,0
Antall plasser ved 25 % dekning	211	214	217	222	225	230	231	230	230	233	237	242
Holt HDO	17	30	30	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Austmarka HDO	20	25	25	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Roverudhjemmet	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Langelandhjemmet	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
Holtunet HDO				14	14	14	14	14	14	14	14	14
NKS Skyrud Demenssenter	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
<b>Antall plasser totalt</b>	<b>183</b>	<b>201</b>	<b>201</b>	<b>223</b>	<b>223</b>	<b>223</b>	<b>223</b>	<b>223</b>	<b>223</b>	<b>223</b>	<b>223</b>	<b>223</b>
Differanse: antall plasser for å nå 25% dekn.	<b>-28</b>	<b>-13</b>	<b>-16</b>	<b>1</b>	<b>-2</b>	<b>-7</b>	<b>-8</b>	<b>-7</b>	<b>-7</b>	<b>-10</b>	<b>-14</b>	<b>-19</b>
Antall plasser sykehjem	146	146	146	146	146	146	146	146	146	146	146	146
Antall HDO - boliger	37	55	55	77	77	77	77	77	77	77	77	77
Dekningsgrad sykehjem 80+	17,3	17,1	16,9	16,5	16,2	15,9	15,8	15,9	15,9	15,7	15,4	15,1

Tabellen over viser utviklingen i dekningsgrad i forhold til befolkningen 80+ i planperioden. Roverudhjemmet er medregnet med 48 plasser, Skyrud Demenssenter 22 plasser. Tabellen hensyntar en langsommere oppbygging av HDO-tilbudet og korttidsplassene ved Roverudhjemmet skal etableres innen utgangen av 2012. Dekningsgrad på 25 % vil bli oppnådd i 2013 – deretter vil dekningsgraden igjen falle. Forhandlinger med N.K.S. Skyrud vedrørende samarbeidsavtale gjennomføres innen 1.7 2011.

Antall plasser for personer med demens vil i 2011 være 71, dvs. 48,6 % av det totale antall sykehjems plasser. Tilsvarende prosentandel for KOSTRA-gruppe 8 var 2009 21,9 %, mens den for landet unntatt Oslo utgjorde 23,4 %, også i 2009.

I 2009 utgjorde Kongsvinger andel av korttidsplasser 9,7%, for KOSTRA-gruppe 8 var tilsvarende prosentandel 15,5%, mens landet unntatt Oslo utgjorde 14,5%. I 2012 vil Kongsvinger ha en prosentandel for korttidsplasser på 20,5 % av antall plasser i sykehjem, eller 13,45 % av alle heldøgns plassene.

#### Legetjenesten i sykehjem og HDO

Det er behov for økt tilgjengelighet for legetjenester i sykehjem og HDO. Graden av tilstedeværelse skal utnyttes fullt ut i sykehjem. HDO har ikke tilsynslegeordning. Dette er ikke i dag en del av fastlegeordningen i form av bistillinger, og kan derfor ikke pålegges fastlegene. Derfor må det ses på andre muligheter for å styrke legetilsynet. Kommunen ser på muligheten for på sikt å ansette en lege i fast stilling knyttet mot disse tjenesteområdene

#### Innbyggere med minoritetsbakgrunn

Det er utfordringer med hensyn til språkproblemer og kulturell forståelse. Det er en kompetanseutfordring å kunne avklare og forstå minoritetenes forventninger til helsetjenestene, og å legge til rette for individuelt tilpassede tjenester. Minoritetene er en sammensatt gruppe; spredningen i språk og kultur er stor. Utfordringer for tjenestene

er reell brukermedvirkning og gode individuelle planer - spesielt hvis norsk språk, mattradisjon, religionsutøvelse og kulturtradisjon oppleves vanskelig å forholde seg til.

Personer med innvandrerbakgrunn bør benyttes som en ressurs i tilnærming og forståelse. Frivillighet er et godt utgangspunkt for felles møteplasser.

Det er viktig for riktig behandling, men også viktig for en god livskvalitet og som forebyggende tilbud for å hindre ensomhet, utrygghet og depresjoner. Et samarbeid mellom kommunen og frivillige enkeltpersoner og organisasjoner vil gi den beste løsningen. Også ved å bruke minoritetsgruppens ressurser og kompetanse til å berike lokalsamfunnet.

## 2.2 Spesielle utfordringer

### 2.2.1 Demens

Demens er fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder. Demens medfører symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring i adferd. Tilstanden fører til redusert evne til egenomsorg. Sykdommen forverrer seg over tid og den syke blir mer og mer avhengig av hjelp fra andre. Sykdomsforløpet kan vare fra 2 – 20 år. Gjennomsnittlig 12 år.

Demenssykdom er den hyppigste årsak til innleggelse i sykehjem i Norge. Det finnes ingen effektiv forebyggende eller kurativ behandling for noen av demenssykdommene. De fleste er over 65 år. Ca. 60 % av de med demens bor i eget hjem, hvor av halvparten regnes å være ukjent for helsevesenet. Ca. 40 % av de med demens bor i institusjon/ trenger heldøgnsstilbud.

**Tabell 4: Forventet antall personer med demens i Kongsvinger og prosentuert forekomst av demens i befolkningen:**

Aldersgruppe og forekomst		2010	2015	2020	2021	Endring
<b>65-69 år</b>	Antall personer	1007	1307	1243	1246	
0,90 %	antall med demens	9	12	11	11	2
<b>70-74 år</b>	antall personer	677	940	1217	1195	
2,10 %	Antall med demens	14	20	26	25	11
<b>75-79 år</b>	Antall personer	624	589	822	893	
6,10 %	antall med demens	38	36	50	54	16
<b>80-84 år</b>	Antall personer	450	484	466	488	
17,60 %	antall med demens	79	85	82	86	7
<b>85-89 år</b>	antall personer	293	280	315	315	
31,70 %	antall med demens	93	89	100	100	7
<b>År 90+</b>	Antall personer	102	154	166	166	
40,70 %	antall med demens	42	63	68	68	26
Antall personer med demens		<b>275</b>	<b>304</b>	<b>336</b>	<b>344</b>	<b>69</b>
Antall personer med behov av heldøgnsstilbud (ca. 40%)		<b>110</b>	<b>122</b>	<b>135</b>	<b>138</b>	<b>28</b>

Tabellen over viser forventet antall personer med demens i Kongsvinger, basert på alderssammensetning og tilgjengelige studier for forekomst av demenssykdommer.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens påpeker forsiktighet ved tolkning av tallene. Uansett presenterer tabellen en utfordring det er viktig å møte riktig.

## Utredning og diagnostisering

Tidlig utredning og diagnostikk er viktig, og gir pasient, pårørende og hjelpeapparat en realistisk mulighet til planlegging og iverksetting av nødvendige tiltak, samtidig som det muliggjør konkret informasjonsarbeid.

Ansvar for utredning og diagnostikk av demens ligger i primærhelsetjenesten.

Diagnostisering og utredning forutsetter samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse – og omsorgstjenesten.

Koordineringen av arbeidet med demens legges til tildelingsteamet og det opprettes stilling som demenskoordinator.

Oppgaver tilknyttet denne funksjonen:

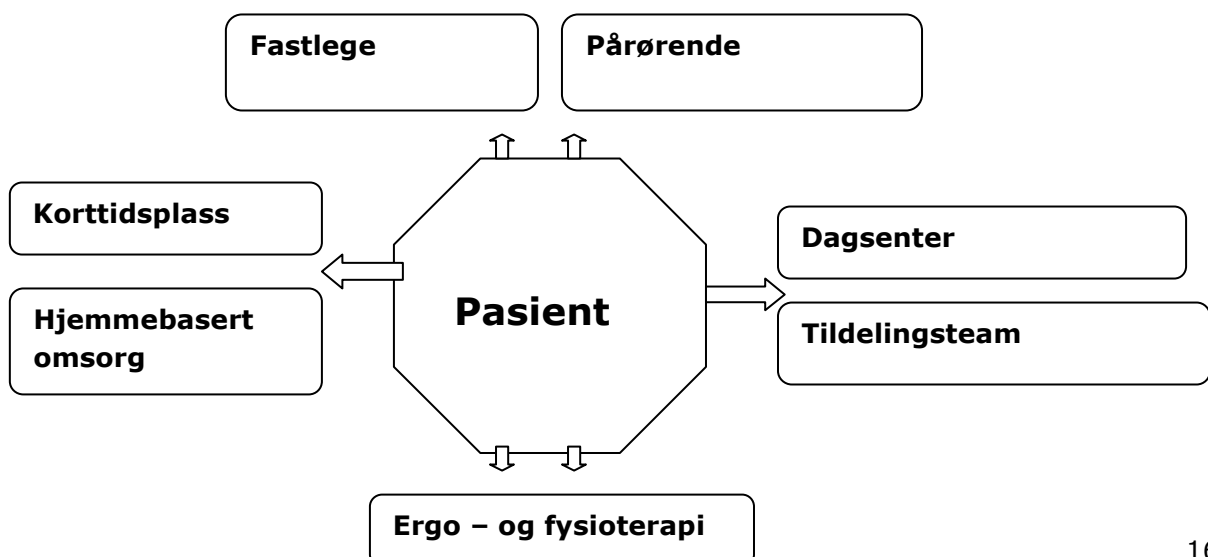
- Å bistå fastlegene med utredningsarbeidet som grunnlag for diagnostisering
- Å utarbeide oppfølgingsoppgaver, særlig for hjemmeboende personer med demens
- Å bistå i vedtaksprosessen ved vurdering av behov og tildeling av tjenester
- Å bidra med undervisning og veiledning av personell og pårørende.

Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å gi det beste tilbudet til personer med demens. Det er de samme forventninger til de, som til andre om å bo hjemme lengst mulig. Dette antas å være best for den enkelte, forutsatt bistand i hjemmet. Dette er utfordrende, da personer med demens har problemer med å huske å tilpasse seg hjemmetjenestens rutiner. Det er vanskelig for pasienten å forholde seg til stadig nye tjenesteytere. Mange bor alene og er overlatt til seg selv de fleste timer av døgnet. Et stort antall av tjenestemottakere i hjemmebaserte tjenester og sykehjem er og vil være personer med demens.

Det finnes ingen spesiell organisering for personer med demens innen hjemmebaserte tjenester. Disse brukerne vil være hjemmeboende i store deler av sykdomsperioden og de vil være i behov for ulike typer omsorgstilbud i helse- og omsorgstrappa.

Opprettelse av arbeidslag på demens i hver sone av hjemmebaserte tjenester vil være et tiltak for å få til et tett, hensiktsmessig og smidig samarbeid mellom samarbeidspartnere i demensomsorgen i Kongsvinger. Hovedaktørene i dette samarbeidet vil være som skissert under.

**Figur: Hovedaktører i samarbeidet i forhold til en person med demens**





Skissen viser viktige personer og tilbud rundt pasienten. Med et godt samarbeid vil pasient og pårørende oppleve at hverdagen er trygg og bærer preg av kontinuitet. Det tverrfaglige samarbeidet er en styrke i utredning og omsorg. Dagtilbud til personer med demens drives 2 dager i uken. Dette bør utvides til 5 dager i uken, og økes til 3 dager i uken høsten 2010. Tilbudet virker avlastende for pårørende, bidrar til at den enkelte kan bo lenger hjemme og utsetter behov for langtids plass i institusjon. Dagtilbud er gunstig for ernæring og opprettholdelse av egenmestringsevne.

**Heldøgntilbudet til personer med demens må planlegges nøye.** Arbeidet med dette må starte i 2010 og basere seg på vurdering av føringene som ligger i forslaget til demensplan som er laget i forbindelse med kommunedelplanen. Særlig viktig vil det være å øke korttidstilbudet for å nå målsetningen om å kunne bo lenger i eget hjem. Fra høsten 2010 disponerer kommunen 59 plasser for demens, i tillegg foreslås det å vurdere en omgjøring om 12 plasser på Langelandhjemmet, for pasienter med en demensdiagnose og en somatisk tilleggdiagnose.

**Der er tre grupper innen demensomsorgen som vil ha særskilte behov.** Det er yngre personer med demens, personer med utfordrende adferd og personer med utviklingshemming og demens.

For yngre personer med demens vil en prinsipielt kunne følge den samme tilretteleggingen som til personer med demens for øvrig, men en må konkret vurdere tilrettelegging av botilbud og samarbeidsmodeller med regionale helseforetak og kommuner. Diagnostisering av demens hos yngre kan være vanskelig og kan ta lang tid (2 ½ år). Ansvar for utredning og diagnostikk ligger hos spesialisthelsetjenesten. Det er viktig med en lokal kontaktperson når diagnose er satt

Personer med demens med særlig utfordrende adferd vil øke når antall eldre med demens øker. Det vil si at behovet for forsterkede plasser vil bli større og interkommunalt samarbeid vil være hensiktsmessig

Undersøkelser sier at risikoen for utvikling av demens hos utviklingshemmede er tilsvarende befolkningen for øvrig. Det er imidlertid en klar oppfatning at Downs syndrom øker risikoen for utvikling av demens av Alzheimer type. Flere med utviklingshemming lever opp og blir gamle. Dette medfører at vi får flere eldre med utviklingshemming som utvikler demens.

I likhet med andre personer med demens vil det være behov for tilrettelagte tilbud i heldøgns pleie og omsorg, samt kunnskap om utredning og diagnostikk.

Ut fra dagens brukere i Kongsvinger kommune, vil personer med utviklingshemming og demens variere noe framover. I dag er det 5 personer med sykehjemsbehov, hvorav 2 har demens

Kommunen må utvikle sin kompetanse i forhold utredning og diagnostikk av demens hos personer med utviklingshemming. Dette må skje i nært samarbeid med Aktivitet- og bistandsenheten. Personer med utviklingshemming og demens som trenger heldøgntjeneste grunnet demens, skal tilbys den samme individuelle tilrettelegging som

personer med demens for øvrig. Dette betinger at sykehjem øker sin kompetanse i forhold til utviklingshemming og demens.

**Pårørende er i de fleste tilfeller ektefeller og voksne barn** og deres behov og belastning varierer. Å være familieomsorgsgiver for en person med demens øker risikoen for helseskader, noe som kan dokumenteres. Yngre omsorgsgivere, i første rekke kvinner, velger deltidsarbeid eller førtidspensjon for å kunne ivareta den syke. Dette får økonomiske konsekvenser. Pårørendes rolle må vies oppmerksomhet skal en nå prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå. Straks en person har fått en demensdiagnose bør det opprettes kontakt med en person i omsorgstjenesten som har fagkunnskaper om demens.

En sammenhengende og differensiert demensomsorg både i og utenfor institusjon vil bedre kvalitet og ressursutnyttelse. Å få til kontinuitet i hjemmebaserte tjenester med faste personer, tilpassede boliger med tilbud om 24 timer tilsyn og fast bemanning og krav til minimum kunnskap betyr høyere funksjonsnivå, mindre bruk av medisiner, større trygghet og antatt større grad av livskvalitet for den syke og dens pårørende.

### 2.2.2 Palliasjon/kreftomsorg

"Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet." (European Association for Palliative Care, EAPC, og verdens helseorganisasjon, WHO.)

På grunn av en voksende og stadig eldre befolkning øker antall kreftpasienter i landet. Befolkningsprognoser for 2009-2022, tilsier en stor økning i aldersgruppen 67 år+.

I følge krefregisteret ble 26121 nye krefttilfeller diagnostisert i 2008. Vel halvparten av disse tilfellene ble påvist hos pasienter som var 70 år eller eldre.

Moderne kreftbehandling vil medføre at flere pasienter lever lengre med sin sykdom. Mange kreftpasienter har også andre sykdommer i tillegg til kreftsykdommen som fører til ofte til at behandlingen og omsorgen blir mer komplisert. Disse forhold vil føre til at antall pasienter med behov for palliativ behandling, pleie og omsorg vil øke.

I dag betegnes samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten i Kongsvinger og spesialisthelsetjenesten (sykehuset innlandet Kongsvinger) som tilfredsstillende. Kommunen kontakter sykehuset ved behov, og sykehuset melder kommunen om aktuelle pasienter.

Kommunen har ingen fast kontaktperson som sykehuset kan henvende seg til i forhold til palliativ pleie/kreftomsorg. Det blir ofte rent tilfeldig hvem som blir primærkontakt, og mye viktig informasjon kan ha lett gå tapt.

Sykehuset ønsker at kommunehelsetjenesten mer aktivt tar kontakt ved usikkerhet/behov rundt palliativ pleie. Samarbeidsmøter mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i forhold til palliativ pleie, forekommer ikke i dag.

Informasjonsutveksling er ofte for mangelfull, mange pasienter hadde vært spart innleggelse dersom dette hadde vært bedre.

Samarbeid med ulike faggrupper innad i kommunen fungerer tilfredsstillende.

Å få til et godt og kontinuerlig samarbeid med fastleger oppleves ofte som utfordrende, det er kun avtalt et møte årlig hvor den enkelte bruker i hjemmebasert diskuteres hos sin fastlege.

En oversikt over kompetanse på palliasjon/kreftomsorg i kommunen viser kun 1 sykepleier som har videreutdanning innenfor kreftomsorg (2 sykepleiere er under utdanning), og en sykepleier har videreutdanning i palliasjon. Kun 3 hjelpepleiere har denne utdannelsen.

Palliativ pleie krever kontinuerlig fagoppdatering.

**Det vil derfor bli utarbeidet en egen plan for palliasjon/kreftomsorg**, der det er nødvendig å etablere koordinatorfunksjon og palliativt team som samarbeider tett med sykehuset. Det palliative arbeidet i kommunen bør ledes av en sykepleier med spesialkompetanse. Denne koordinatoren kan ha hovedansvar for kontakt med spesialisthelsetjenesten og samarbeidende faggrupper. Koordinatoren bør ha arbeidsplass på Langelandhjemmet i tilknytning til spesielt tilrettelagt avdeling der. Hver enhet bør ha minimum en sykepleier med spesialutdanning innen paliasjon/kreftomsorg. Disse utgjør et ressursnettverk og skal kunne ha ambulerende praksis. I stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen - trekkes palliativt arbeid fram som innsatssområde.

Utfordringen i forhold til "spesialteam" knyttes også til ressursituasjonen: det er ikke mulig å etablere team som "bare" arbeider med sitt spesialfelt, de må samtidig drive ordinær tjenesteyting.

### 2.2.3 Brukere med flere diagnoser/gråsoneproblematikk

Det kan lett oppstå uavklarte ansvarsforhold og samarbeidsproblemer rundt brukere som har flere eller diffuse diagnoser. ADHD<sup>3</sup> og Tourettes syndrom<sup>4</sup> er eksempler på tilstander som ikke automatisk "tilhører" noen enhet. Hva skal så være bestemmende for plassering av hovedansvar for tjenester til ulike diagnoser, og hvilke hjelpebehov skal "veie tyngst" når ulike lovverk, for eksempel barnevernsloven og sosialtjenesteloven, aktualiseres?

En annen relevant spørsmålsstilling er hvor langt særtjenestene innenfor psykiatri, rusomsorg og tjenester for utviklingshemmede skal strekke seg, for eksempel når brukerne får betydelig alderdomssvekkelser.

Når en bruker har flere diagnoser, er det naturlig at brukers bistandsbehov, sett i lys av diagnose og sykdomshistorikk, er avgjørende for hvilken enhet som skal gis hovedansvaret for brukeren. Det er kommunens tildelingsteam for helse- og omsorgstjenester som må foreta disse vurderingene og tildele aktuelle tjenester. Dette betyr ikke at det bare er en enhet som kan gå inn med tjenester, men det er hensiktsmessig at hovedansvaret plasseres hos én enhet.

Brukere som har flere eller uklare diagnoser og som har et stort hjelpebehov, bør få tilbud om en individuell plan (IP). En IP skal gjennom et samarbeid med aktuelle instanser sikre et helhetlig tilbud til bruker, der bruker er involvert i utformingen av planen. Den personlige koordinatoren som skal lede dette arbeidet bør plukkes ut i samarbeid med gjeldende bruker. Retten til IP utløses av behov for koordinerte tjenester over tid i ht forskrift. Samtidig utløses rett til personlig koordinator

Når brukere med utviklingshemning eller psykisk lidelse har behov for tjenester på de høyeste trinnene i helsetrappa, dvs. først og fremst er sterkt pleietrengende, vil det være andre årsaker enn den opprinnelige diagnosen som utløser dette behovet. Det er i slike situasjoner naturlig at disse brukerne behandles på lik linje som andre søkere.

---

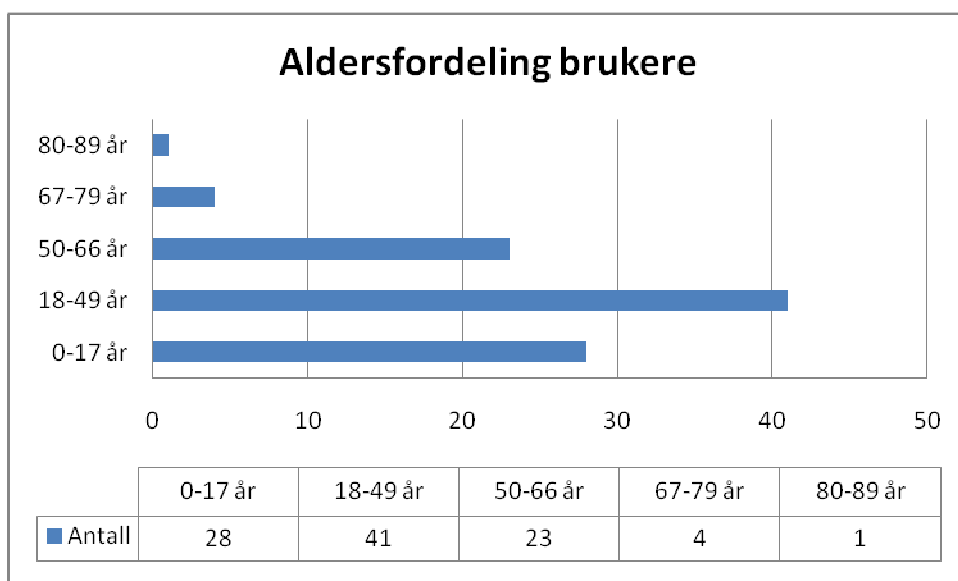
<sup>3</sup> ADHD står for Attention Deficit Hyperactivity Disorder og er en psykiatrisk diagnose. Tilstanden er preget av forskjellig grad av oppmerksomhetssvikt, impulsivitet og hyperaktivitet.

<sup>4</sup> Tourettes syndrom er en arvelig, nevrobiologisk tilstand som består av gjentatte ufrivillige bevegelser og ukontrollerbare lyder som kalles tics.

Det vil ofte bli en økonomisk utfordring når det tilkommer en ny ressurskrevende bruker. For å sikre at bruker får et helhetlig tilbud må det vurderes om enheten som får hovedansvaret for brukeren skal tilføres midler, enten gjennom tilleggsbevilgninger eller gjennom omfordeling innen helse- og omsorgssektoren.

## 2.2.4 Utfordringer utviklingshemmede

Diagrammet nedenfor viser aldersfordelingen innenfor brukergruppen utviklingshemmede i Kongsvinger kommune pr. 1. november 2010.



I aldersgruppa 13-17 år er det atten brukere som potensielt er i behov av bolig i et 1-5 års perspektiv. Tre av disse har omfattende bistandsbehov og vil kreve store ressurser når de flytter i egen bolig. Det er også sju brukere i alderen 18-20 år som ikke har bolig i dag, men som bor hjemme hos foresatte. Noen av disse har uspesifikke diagnoser (gråsonediagnoser) og vil kunne klare seg med en kommunal leilighet eller ev kjøpe eller leie på det ordinære boligmarkedet. Det knytter seg derfor usikkerhet til hvor mange av personene i gruppa 13-20 år som vil ha behov for en tilrettelagt bolig. Kommunen må kartlegge behovene nærmere for å få mer klarhet i dette spørsmålet.

Når det gjelder førstegangstildeling av boliger til yngre brukere er kommunens strategi å tildele en tilrettelagt bolig med tett oppfølging. Formålet er å gå inn med opplæring og veiledning i dagliglivets ferdigheter for etter kort tid å kunne tildele bolig på et lavere nivå i helse- og omsorgstrappa. På den måten vil kommunen få en viss sirkulasjon i noen tilrettelagt boliger, som også vil gjøre det enklere å løse ev. akutte boligbehov som oppstår.

Personer med utviklingshemning blir stadig eldre på lik linje med resten av befolkningen. Frafallet i den eldste aldersgruppa er derfor vanskelig å beregne. Av enhetens brukere er fem personer over 67 år og åtte personer er mellom 60 og 66 år. Hele 23 brukere er mellom 50 og 66 år. Det kan se ut som om personer med utviklingshemning eldes

raskere enn funksjonsfriske mennesker og får aldersrelaterte sykdommer på et tidligere tidspunkt. Tjenesteapparatet opplever utfordringer med demensutvikling hos flere av brukerne kombinert med større somatiske lidelser. Det må forventes at dette vil forsterke seg i årene som kommer. Enheten gir tjenester til sju personer med Downs syndrom som er i en alder mellom 34 og 64 år. Forskning viser at denne gruppen er spesielt utsatt for tidlig demensutvikling, og det er viktig at disse brukerne følges opp dette området og at det settes inn forebyggende tiltak tidlig.

Et sentralt satsningsområde for kommunen i de nærmeste årene er utvidelse og utvikling av dag- og aktivitetstilbudet for personer med utviklingshemning. Et meningsfullt dagtilbud virker fremmende for brukernes helse og trivsel, og dette gjelder uansett hvilket funksjonsnivå brukeren innehar.

### 2.2.5 Lavterskeltilbud til rusmisbrukere

Tilbud og oppfølging av rusmisbrukere i kongsvinger har lenge vært etterspurt og etterlengtet, både fra brukere og fagfolk.

Når ruspolitisk handlingsplan ble utarbeidet, var det for å fokusere på feltet og konkretisere aktuelle tiltak.

I prosessen ble fokus mot etablerte rusmisbrukere uten tilbud i Kongsvinger viktig. Det har lenge vært ønskelig å gi denne gruppen en mulighet til å opprettholde livskvalitet eller bedre den. I lys av dette ble "Linken" og "Jobben" aktuelle tiltak.

"Linken" er et lavterskeltilbud hvor man kan bli ivaretatt med gratis mat, dusjmuligheter, vasking av klær, ulike tilbud som enklere sårskift, samtaler som ivaretar deres behov og bidrag til å hjelpe dem videre ift. behov for andre tjenester i systemet.

"Jobben" er et tiltak hvor man ønsker å gi etablerte rusmisbrukere et arbeidstilbud med mulighet for å tjene litt ekstra penger uten at man blir trukket ift andre ytelser. Det kan f. eks være diverse ryddeoppdrag, pleie av uteareal, eller oppussing av gamle møbler på oppdrag fra avdelinger i kommunen. Brukerne får ansvar for oppdrag som gjør at de, opplever en ekstra tilfredsstillhet i det å kunne bidra litt tilbake til kongsvinger kommune. Samt at de tjener noen kroner på det.

Dette er tilbud som i første omgang retter seg mot etablerte rusmisbrukere uavhengig av type rusmiddel.

Som forebyggende tiltak kan dette ha ulike, gunstige effekter. Kortsiktig vil man kunne få en større mulighet til å få kartlagt rusmiljøet, ivareta helsen og livskvaliteten, samt at den økonomiske fordelene med jobben og ansvaret er med på å få ned en del av kriminaliteten rusproblematikken medfører. Samt at rusmisbrukerne er med på å gi litt tilbake til samfunnet igjennom jobben, Over tid kan dette få positive konsekvenser for både for rusmisbrukere og Kongsvingers befolkning.

Boliger:

Sidestilt med lavterskeltilbud er det ønskelig å kunne gi et botilbud til rusmisbrukere, samt ettervernsboliger. Det er planer om ferdigstillelse av 7 boliger for aktive rusmisbrukere samt 2 akuttboliger og 6 konkrete ettervernsboliger hvor det må være et

klart fokus på rusmisbrukere som ønsker en rusfri fremtid eller er under et godt ivaretatt oppfølging fra LAR, og som ikke har sidemisbruk.

De 6 boligene for ettervern er godt etablert i Gullivegen, mens de resterende ventes ferdigstilt medio midten av 2011, hvor oppfølging forventes utført av Enhet for psykisk helse og rusomsorg. De nye boligene medfører at vi større grad kan hjelpe de som i mer eller mindre grad har behov for hjelp til å kunne bo, samt få tilgang til bedre oppfølging etter behov.

**Plan for psykiatri og plan for rus** skal rulleres for ferdigstilling i forhold til økonomiplan. Dette arbeidet starter i 2010.

## 2.2.6 Innovasjon

Det er regjeringens mål at Norge skal bli en nasjon som ligger i teten internasjonalt når det gjelder ny teknologi, kompetanse og kunnskap, jmf St. meld 20 - Vilje til forskning.

Tre strukturelle områder skal prioriteres:

- Internasjonalisering skal være et gjennomgående perspektiv i forskningspolitikken.
- Grunnforskning skal fortsatt være en hovedprioritering.
- Regjeringen vil satse på forskningsbasert innovasjon og nyskaping.

Økt forskningsinnsats henger nært sammen med utviklingen mot mer kunnskapsbaserte samfunn. Fremveksten av nye fag- og teknologiområder krever konkrete nasjonale satsinger. Mer kunnskap og forskningsinnsats må til for å bidra til å løse sentrale samfunnsutfordringer som økt verdiskapning, videreutvikling av det norske velferdssamfunnet, demokratisk deltakelse, rettferdig fordeling og en langsiktig bærekraftig utvikling

Innovasjon betyr at "noe er nytt", men for at det skal være en innovasjon, må det som er nytt utvikles og tas i bruk.

Det er ulike innovasjonstyper: prosessinnovasjon og organisatorisk innovasjon som betyr at man "jobber smartere" og organiserer tjenestekjeder bedre. Produktinnovasjon vil si at man utvikler eller modifiserer produkter – eller tjenester.

I stortingsmelding nr. 7(2008-2009), Et nyskape og bærekraftig Norge, er innovasjon i helsesektoren et viktig område. Det påpekes at styrket innovasjonsevne vil gi økt verdiskapning ved hjelp av bedre løsninger for pasientene og bedre ressursutnyttelse. I stortingsmelding nr.47(2008-2009) understrekes det at forskning, innovasjon og utvikling bør skje i samspill med Fou-miljøer, næringsliv og offentlig sektor, fordi et utviklings samarbeid av varer og tjenester innen helsesektoren lykkes best i et slikt samspill.

### Utfordringer

Det er viktig at kommunen er i stand til å nyttiggjøre seg erfaringer fra utviklingsarbeid og forskning. Det er en erkjennelse at innovasjoner ikke utvikles i isolasjon.

En innovasjonsstrategi må bygges opp med innovasjonskompetanse og tilretteleggingsevne som gjør det mulig å få til den rette, langsiktige samhandling med ulike aktører, kunnskapsdeling og læring innad i kommuneorganisasjonen. Et innovasjonssystem kan virke både regionalt og nasjonalt.

Samhandlingsreformen setter krav til kommunehelsetjenesten på flere områder. Det krever kunnskap om dataprogrammer, ressurser til opplæring og oppfølging av nye versjoner. I praksis blir det viktig å knytte seg til elektroniske nettverk som muliggjør samhandling og meldingsoverføring mellom aktører på områder som journalføring, rapportering, informasjonsdeling, medikamenthåndtering, sykemeldinger og fagstøtte. Dette er også viktig i forhold til kvalitetssikring og dokumentasjon.

Andre former for samhandling vil også være gjenstand for utvikling og nytenking.

## 2.3 Mål og strategier for LEON

**Mål: Kongsvinger kommune skal etablere helse- og omsorgstrapp ved å dreie innsatsen mot hjemmebasert tjenesteyting og ved bruk av helsefremmende og forebyggende tiltak**

Hvordan:

- Opprette, dimensjonere og differensiere korttidsplasser for at brukere skal nå/bibeholde sitt optimale funksjonsnivå
- Legge til rette for tverrenhetlig og tverrfaglig kompetanseutnyttelse med fokus på brukers egenmestringsevne og muligheter
- Styrke dagtilbud i samarbeid med frivillige
- Styrke dagtilbud for brukere med store/moderate bistandsbehov
- Sikre at tildelingsteamet er kompetansemessig relevant oppdatert og sammensatt og ha internkontrollsystem som sikrer tjenestekvalitet

**Mål: Kongsvinger kommune skal gi tjenester på riktig nivå og sørge for god ressursutnyttelse ved å utnytte alle trinn i helse- og omsorgstrappa**

Hvordan:

- Utforme tjenestetiltak i samspill med formelle tjenester, organisert frivillig innsats og brukers eget nettverk
- Utvikle felles begrepssett og verktøy som gjør det mulig å vurdere tildelt tjenesteomfang i forhold til ressursrammer i alle hjemmebaserte tjenester inkludert HDO
- Informasjonsutveksling mellom og innen kommunehelsetjenesten og med spesialisthelsetjenesten skal i hovedsak skje elektronisk.



- Vurdere og realisere muligheter innenfor eksisterende boligmasse med tanke på universell utforming<sup>5</sup> (Deltakelse i boligsosialt handlingsprogram sammen med Husbanken)
- Legge til rette for egenomsorg ved bruk av velferdsteknologi<sup>6</sup>
- Legge til rette faglig og organisatorisk – og gjøre det mulig å flytte ressurser mellom avdelinger og enheter (for eksempel i forhold til geografiske grenser) når behov oppstår
- Styrke innovasjonsevnen

**MÅL: Kongsvinger kommune skal sikre at viktig informasjon til enhver tid når ut til innbyggerne**

Hvordan:

- Utarbeide og holde oppdatert en lettforståelig "helsetrappguide"

---

<sup>5</sup> Definisjon: Universell utforming betyr at alle mennesker – uansett alder og funksjonsevne – skal på likeverdig måte kunne bruke de samme bygde omgivelsene.

<sup>6</sup> Definisjon: Velferdsteknologi er teknologi som bidrar til å opprette et selvstendig og verdi liv for personer med funksjonstap, og som kan bidra til å bedre tjenestene som disse personene er avhengig av. Et eksempel på dette kan være "trygghetspakker": Boligen skal settes i stand til å kunne alarmere omgivelsene om noe er galt, eller om det er behov for oppmerksomhet/oppmøte fra personell. Boligen selv varsler, også når brukeren selv ikke er i stand til det. Brukerne vil også få mulighet til selv å utløse et varsel via systemet. Dette kan gjøres via strategisk plasserte brytere. Varslet kan tas i mot av ulike mottagere, og i prinsippet håndteres som en tradisjonell trygghetsalarm. Rent konkret innebærer dette at det installeres ulike typer sensorer som kan innhente tilstrekkelig informasjon for avdekke situasjoner som bør påkalle oppmerksomhet fra hjelpepersonell. Det må også installeres en enhet som kan kommunisere med omverdenen via internett i tilknytning til boligen.

## 3 FOLKEHELSE

### 3.1 utfordringer

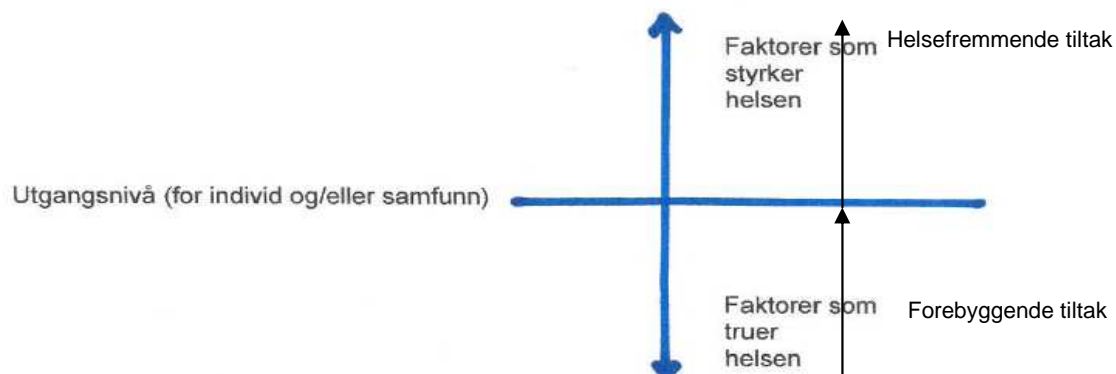
#### Om folkehelse

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen i en befolkning.

Folkehelsearbeidet er et felles ansvar: alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer – på politisk, administrativt og faglig plan – har ansvar for å fremme folkehelsen.

Folkehelsearbeidet og utvikling av aktive og trygge lokalsamfunn er to sider av samme sak, og konkrete tiltak må planlegges, utvikles og iverksettes i et forpliktende samarbeid mellom berørte parter, og planer og tiltak må evalueres i forhold til effekten på helsa.

Figuren under viser en prinsipiell framstilling av helsefremmende og forebyggende arbeid; det er viktig å heve faktorer og tiltak i forhold til den horisontale linjen.



Figuren er hentet fra Peter F. Hjort

#### 3.1.1 Særtrekk ved helsefremmede og forebyggende arbeid

Helsefremmende og forebyggende arbeid har særtrekk som gjør det vesensforskjellig fra behandling av syke. Disse særtrekkene er i seg selv utfordrende:

- Det tar ofte svært lang tid fra man iverksetter et tiltak og til resultatene kommer. Tiden kan variere fra måneder til tiår
- Når resultatene (omsider) kommer, synes de ikke. Resultatet er der, men i kraft av at noe galt *ikke* skjedde, d.v.s. at sykdom, skade eller lyte *ikke* inntraff

- Folkehelsearbeidet må i stor grad iverksettes utenfor helsevesenet
- Det er andre enn de som investerer i tiltak, som høster gevinstene; gevinstene hentes oftest ut i 2.linjetjenesten, mens arbeidet drives i andre sektorer. Dette tar samhandlingsreformen sikte på å gjøre noe med
- Tiltakene (folkehelsearbeidet) dreier seg om *politikk* og politiske prioriteringer

### 3.1.2 Helsefremmende vs. forebyggende arbeid

- *helsefremmende tiltak*: tiltakene er gjerne svært uspesifikke eller indirekte og i stor grad avhengig av nasjonale trender. Tiltakene har også gjerne et svært langt tidsperspektiv. Må være solid forankret i kommunale planer. Ofte er tiltakene også av mer strukturell art.

*Eksempel*: trygge nærmiljøer, boligstruktur, gang- og sykkelstier

- *sykdomsforebyggende tiltak*: tiltakene er gjerne mer spesifikke og direkte og i noe mindre grad avhengig av politiske trender. Tiltakene kan også sies oftere å ha et kortere tidsperspektiv. Tiltakene er ofte av mer pedagogisk art.

*Eksempel*: holdningskampanjer mot røyking, vaksinasjoner

### 3.1.3 Primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende arbeid

- Det primærforebyggende arbeidet består i tiltak som iverksettes *før* sykdom, skade eller lyte har oppstått i en befolkning. Følgelig vet vi heller ikke hvem som egentlig vil dra nytte av tiltaket. Målet er å oppnå god helseadferd, være frisk og unngå sykdom og skade
- Det sekundærforebyggende helsearbeidet består i å begrense allerede oppstått skade, f. eks. hindre komplikasjoner eller senvirkninger til sykdom og forebygge tilbakefall.
- Tertiærforebyggende arbeid er ofte synonymt med rehabilitering eller sosialmedisinske tiltak. Man tar for gitt at sykdom, skade eller lyte er etablert, men ønsker allikevel å legge forholdene til rette for et godt videre liv. Mange av tiltakene for funksjonshemmede, personer med langvarige psykiatriske lidelser og eldre består i slike tertiærforebyggende tiltak. Målsetningen er at man lærer å leve med problemene, men hindre forverring.

En satsning på folkehelse og forebygging innebærer at det forebyggende arbeidet styrkes innen alle tjenestetyper, og at innsatsen prioriteres mot de områdene hvor forebygging har størst effekt. Dette betinger også at virksomhetsområdet har en omforent forståelse av begrepet, og at arbeidet med dette tilpasses den enkelte tjeneste, slik at det på ulike måter og i ulike enheter kan omsettes i praksis.

Arenaer for helsefremming og forebygging bør ideelt sett være alle steder der innbyggere i kommunen lever og oppholder seg som i hjemmet, barnehager, skoler, arbeidsplasser, bomiljøet og nærmiljøet.

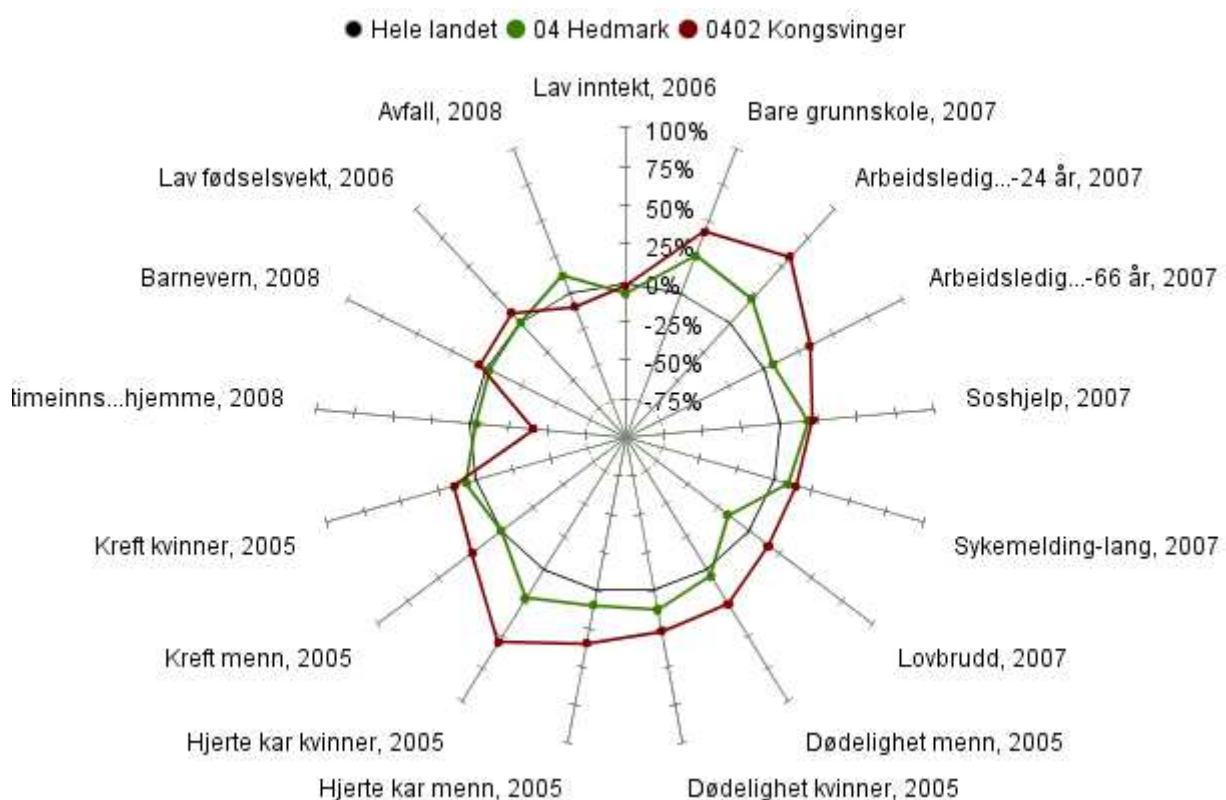
Generelt må kommunen som helhet arbeide med tiltak og påvirkning av befolkningen så vel som tiltak rettet mot risiko i miljø, blant grupper, og på individnivå

Det å fremme folkehelse betinger et samvirke mellom flere kommunal aktører og eksterne partnere. Det må legges til rette for trygge oppvekstvilkår, like muligheter til utvikling og fremme sunne levevaner i befolkningen. Viktige sektorer er plan, miljø, samferdsel, vei, bolig NAV, utdanning og forskning.

Det betinger at det som utgangspunkt for arbeidet foreligger en god oversikt over – og forståelse for sammenhengen mellom - innbyggernes helsetilstand og levekår, utdanning og arbeid, næringsstruktur, befolkningsstruktur og beskyttende faktorer som for eksempel fullført videregående skole, nettverk, trivsel, tilhørighet og selvfølelse.

Når denne kunnskap foreligger kan tiltak vurderes, prioriteres og iverksettes. Vurdering og prioritering skal sikre tiltak i forhold til behov for kortsiktig eller langsiktig effekt. Tverrsektorielt samarbeid er avgjørende for å lykkes.

Levekårsdata forteller at kommunen har utfordringer inn det helsefremmende arbeidet:



Figuren over viser hvordan kommunen avviker fra landsnitt og fylke ved indikatorer som har betydning for folkehelsen. Verdier utenfor den blå ringen uttrykker resultat som er dårligere enn landet for øvrig, mens verdier utenfor den grønne sirkelen viser resultat i forhold til Hedmark fylke.

Som grunnlag for folkehelsearbeidet er det viktig at det stilles en oppdatert kommunediagnose.

## 3.2 Mål og strategier for folkehelse

### **Mål: Kongsvinger skal ha en tydelig helsefremmende og forebyggende innsats**

Hvordan

- Ha oversikt over faktorer som påvirker helsetilstanden og har betydning for folkehelsearbeidet
- Utarbeide folkehelseplan for Kongsvinger
- Inngå forpliktende partnerskap for forebyggende helsearbeid
- Samhandle med helseforetak og andre kommuner

## 4 KOMPETANSEUTVIKLING

### 4.1 utfordringer

Det er en utfordring å kontinuerlig bygge nødvendig kompetanse for fagpersonell og ledere. Rekruttering av fagfolk skjer i konkurranse med andre kommuner som ønsker samme type kompetanse. Det regionale samarbeidet og samarbeid med Universitet, høyskoler og forskningsmiljø, er helt nødvendig for å lykkes med utfordringene knyttet til kompetansebygging.

#### **Utfordringen med å beholde og bygge kompetanse er knyttet til hvorfor, hvem, hva og hvordan.**

Innen virksomhetsområde Helse er det behov for spisskompetanse. Å forebygge, og å kunne gi et riktig tilbud, er nært knyttet opp mot kompetanse. Enkelte brukere krever sammensatte tilbud som må forankres i spesiell fagkompetanse. Ved kompetansesentra og hos andre samarbeidspartnere forventes gjennomføring på kommunenivå som fordrer høy grad av spesialisering. Innenfor hele virksomhetsområdet kreves det i økende grad generalist- og spesialistkompetanse. Spisskompetanse betyr i denne sammenhengen f. eks videreutdanning innenfor demenssykepleie, kreftomsorg, folkehelse og ergo- og fysioterapi.

Hvem som skal kompetanseheves må bygge på behov ut fra alderssammensetning, og etterspurt kompetanse. I Kongsvinger viser tall som bygger på 2010-personale innenfor virksomhetsområdet at vi de neste 10 årene har en rekrutteringsutfordring. I tillegg kommer sentrale krav til kompetanse – jfr. Kompetanseløftet i regi av Helsedirektoratet via Fylkesmannen. Det vil også være behov for å erstatte kompetanse fordi folk flytter. Noen i seniorgruppen (60+) kan velge tidlig pensjonering.

**Tabell 5: Prognoser for personellavgang 2011-2020**

Ansatte eldre enn 55 år	Ansatte eldre enn 60år
130 personer, 93,7 årsverk	67 personer, 46 årsverk
Spesialkompetanse	Spesialkompetanse
2 spesialfysioterapeuter	4 spesialsykepleiere
9 spesial hjelpepleiere	Helsefag-, omsorgfagarbeidere og hjelpepleiere med kompetanse innen demens, rehabilitering og kreftomsorg
6 spesialsykepleiere	

Det er viktig å ha oversikt over kompetansebeholdningen, hvilken kompetanse det er behov for fremover, samt når og hvordan denne skal rekrutteres og anvendes.

Analyse internt i hver enhet og på tvers av enheter er nødvendig for å planlegge kompetanseheving innenfor virksomhetsområdet Helse. Både generalist og spesialistkompetanse er viktige satsninger for å dekke kompetanse kommunen ønsker spesielt, for eksempel demens, kreftomsorg og folkehelse.

Tverrfaglighet og tilfang av utfyllende profesjoner i Helse er tema i en kompetanseplan. Personlige ønsker om utdanning må inngå i enhetens totale prioritering for å bli med i et kommunalt kompetansehevingsprogram.

Skolering av ledere er en nasjonal satsning og er forankret gjennom St.meld. 25 (2005-2006), Omsorgsplan 2015. Uten å fokusere på lederne vil ikke en plan for kompetanseheving innen Helse være fullstendig, ut fra den betydning ledelse er påvist å ha. For å motivere til lederutdanning er det en forutsetning at utdanningene gir studiepoeng.

Det må utarbeides et overordnet og langsiktig kompetansehevingsprogram. Pr i dag er det ikke tilstrekkelig midler avsatt til kompetanseheving innenfor Helse, og det byr på åpenbare utfordringer. Det er også knyttet store utfordringer til kompetanseheving da ansatte i tjenestene går i tredelt turnus. Ut fra kartlegging og analyse vil det være nødvendig med et kortsiktig og et mer langsiktig perspektiv på kompetanse. Ambisjonsnivået og prioriteringer innenfor Helse, er avhengig av økonomien som knyttes til området "Kompetanse og rekruttering".

Satsing på lærlinger/lærlingeordningen er et viktig rekrutteringstiltak i årene som kommer.

En av kommunens utfordringer i planperioden er den høye andelen av personer i aldersgruppen 67-79 år. Dette kan bety at sektoren må styrkes med flere fagstillinger ut over naturlig avgang.

Levekår og kommunehelseprofil må hensyntas når man skal vurdere fremtidig behov for å motta kommunale tjenester. På lang sikt er målet at færre får livsstilsykdommer slik at færre blir pasienter.

## **4.2 Mål og strategier for kompetanseutvikling**

**Mål: Kongsvinger kommune skal ha nødvendig generalist- og spesialistkompetanse for å gi et tilpasset tilbud**

Hvordan

- Utarbeide kompetanseplan for å styrke spesialistkompetansen i forhold til demens, kreftomsorg og folkehelse.
- Satse på innovasjonskompetanse for å bedre helsetilbudet
- Utvikle lederkompetanse

**Mål: Kongsvinger kommune skal øke og bedre sitt samarbeid med ulike utdanningsinstitusjoner, universiteter, helseforetak og andre det er relevant og samarbeide med**

Hvordan

- Inngå gjensidige og forpliktende avtaler om hospitering i sykehus og andre relevante tjenestesteder

- Inngå prosjektsamarbeid med høyskole og Seksjon for medisinsk etikk ved UiO for å bygge etisk kompetanse og sikre etisk refleksjon
- Initiere forskningsprosjekter i forhold til kunnskapsbasert praksis



## **5 SENTRALE LOVER OG FORSKRIFTER**

### **5.1 Gjeldende regelverk som regulerer kommunens helse- og omsorgsarbeid**

Det er en rekke lover og forskrifter som regulerer helse- og omsorgsarbeidet. Det er regelverk for folkehelse, miljørettet helsevern, pasientrettigheter, kommunens tjenestetilbud, vederlagsbetaling, plikter for helsepersonell, saksbehandling og husleieforhold.

De viktigste lovene og forskriftene er:

- Kommunehelsetjenesteloven med forskrifter
  - Forskrift om pasientjournal
  - Forskrift om fastlegeordning
  - Forskrift om sykepleietjeneste
  - Forskrift om akuttmedisinske tjenester
  - Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste
  - Forskrift om habilitering og rehabilitering
  - Forskrift om legemiddelhåndtering
  - Forskrift om individuell plan
  - Forskrift om sykehjem
  - Forskrift om vederlag for opphold i institusjon
  - Forskrift om disponering av kontantytelser
  - Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Sosialtjenesteloven med forskrifter
  - Forskrift til sosialtjenesteloven
- Pasientrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Lov om barn og foreldre
- Vergemålsloven
- Forvaltningsloven
- Offentlighetsloven
- Kommuneloven
- Husleieloven

### **5.2 Nytt sentralt regelverk ute på høring**

Som en oppfølging av samhandlingsreformen foreligger forslag til to nye lover. Disse er på høring til 18. januar 2011. Når disse lovene trer i kraft, vil kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven oppheves.

- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Forslag til ny folkehelselov

## 6 REFERANSELISTE

Demensplan 2015 "Den gode dagen, Helse – og omsorgsdepartementet, 2007

Rapport, Glemsk, men ikke glemt, Sosial – og helsedirektoratet, 2007

Stortingsmelding nr. 7(2008-2009), Et nyskapende og bærekraftig Norge, Nærings- og Handelsdepartementet

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening, Helse – og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding nr. 16(2002 – 2003), Resept for et sunnere Norge, Helsedepartementet

Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997), Handlingsplan for eldreomsorgen, Sosial- og helsedepartementet

Stortingsmelding nr. 47 (2008 – 2009), Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet

Stortingsmelding nr 20 (2004 – 2005), Vilje til forskning, Utdannings- og forskningsdepartementet

NOU 1998:18, Det er bruk for alle, Sosial- og Helsedepartementet

Rundskriv 1998:18 Styrking av folkehelsearbeidet i Kommunene

Stortingsmelding 16 – Resept for et sunnere Norge - folkehelsepolitikken

Rundskriv IS-1/2010 Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010

Sluttrapport fra Agenda, Gjennomgang av pleie- og omsorgstjenestene, 4. januar 2010

Sluttrapport fra Agenda, Nye Roverudhjemmet, 7.mai 2010

Planprogram, kommunedelplan for Helse, 26.3.2010

Kommunedelplan for Oppvekst, høringsutkast

Utredning LEON – rapport fra arbeidsgruppe, Kongsvinger kommune 2010

Utredning demens – rapport fra arbeidsgruppe, Kongsvinger kommune 2010

Utredning kompetanse – rapport fra arbeidsgruppe, Kongsvinger kommune 2010

Utredning lindrende omsorg - rapport fra arbeidsgruppe, Kongsvinger kommune 2010

Utredning flerdiagnosebrukere/"gråsonerbrukere" - rapport fra arbeidsgruppe, Kongsvinger kommune 2010