



**Regionplan  
for helsesamarbeid  
i Nord-Gudbrandsdal  
Plandokument**

***En forskjell for framtida!***

Oktober 2012

---



## Innhold

1	Bakgrunn og prosess .....	3
1.1	Innledning.....	3
1.2	Mandat og mål.....	4
1.3	Styringsgruppe og prosjektgruppe.....	5
1.4	Brukermedvirkning .....	5
1.5	Administrativ og politisk behandling.....	6
2	Definisjoner .....	7
3	Folkehelse .....	8
3.1	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Nord-Gudbrandsdal.....	9
3.1.1	Befolkningssammensetning .....	9
3.1.2	Oppvekst og leveårsforhold.....	10
3.1.3	Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern) .....	11
3.1.4	Skader og ulykker .....	11
3.1.5	Helserelatert atferd .....	11
3.1.6	Helsetilstand.....	12
4	Helse- og omsorgstjenester .....	13
4.1	Helse- og omsorgstjenester i kommunen.....	13
4.2	Spesialisthelsetjenesten .....	14
4.3	Koordinerte tjenester .....	15
5	Samarbeid – en forskjell for framtida .....	16
5.1	Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS).....	17
5.2	Helsefremmende og forebyggende arbeid barn og unge .....	19
5.3	Lærings- og mestringstilbud .....	20
5.4	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten .....	21
6	Referanser og fotografer .....	22
6.1	Referanser .....	22
6.2	Foto – kilder/fotografer .....	22
7	Vedlegg.....	23
7.1	Handlingsprogram 2012-2016.....	23



# 1 Bakgrunn og prosess

## 1.1 Innledning

Samhandlingsreformen har vært et gjennomgående tema i norske kommuner i flere år. Fokus i reformen er dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Den tar utgangspunkt i tre hovedutfordringer (1):

*Utfordring 1:*

### **Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.**

Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlige koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

*Utfordring 2:*

### **Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.**

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene.

*Utfordring 3:*

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

Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov.

Regjeringen ønsker at pasienter og brukere skal få tilbud om gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. For å oppnå dette vil mange små kommuner være tjent med å samarbeide. (2)





Våren 2010 vedtok kommunestyrene i Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk å inngå et helsesamarbeid. Oppstart av arbeidet med Regionplan for helsesamarbeid i Nord-Gudbrandsdal ble samme år vedtatt i Regionrådet, Rådmannsutvalget og Arbeidsutvalget.

Regionplan for helsesamarbeid består av et plandokument med handlingsprogram som vedlegg. Plandokumentet omfatter bl.a. prosessen, definisjoner, utfordringer i regionen og prioriterte områder for samarbeid. Handlingsprogrammet for 2012 til 2016 omfatter en oversikt over iverksatte tiltak som bør videreutvikles og forslag til nye tiltak. En rekke av tiltakene som er nevnt i handlingsprogrammet er av overordnet karakter og må utvikles videre i de ulike fagmiljøene.

## 1.2 Mandat og mål

### Mandat

Prosjektgruppa skal sette i gang arbeid for å kartlegge/analysere utfordringene i regionen nå og fremover innenfor folkehelse, helse og omsorg i Nord-Gudbrandsdal. Ut i fra resultater av kartleggingen, bidra til å foreslå tiltak for å møte utfordringene.

Det vesentligste i en regional plan er hva det er nyttig å samarbeide om og hvordan dette samarbeidet skal være. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal bidra inn i arbeidet med å finne de områdene som det er nyttig å samarbeide om, og avgrense de områdene som en regional plan ikke skal omhandle.

Planarbeidet må til en hver tid tilpasses sentrale føringer og lovverk – og være dynamisk ut ifra skiftende utfordringer. Planarbeidet forankres i kommunenes og SI sine styringssystemer.

Prosjektgruppa legger fortløpende frem planer, resultater og råd for styringsgruppa for Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) til godkjenning.

### Hovedmål

Bedre tjenester og tilbud gjennom samarbeid

### Delmål

**Tjenestene er likeverdige, stabile og effektive.**

**Kommunene deler, utnytter og utvikler kompetanse.**



## 1.3 Styringsgruppe og prosjektgruppe

### Styringsgruppe

- ✚ Ole Aasaaren, regionsjef og leder i styringsgruppen
- ✚ Lars Innset, rådmann Dovre
- ✚ Jan Rune Fagermoen, rådmann Skjåk
- ✚ Sjur Mykletun, administrasjonssjef Sel
- ✚ Randi Mølmen, divisjonsdirektør SI
- ✚ Vigdis Rotlid Vestad, daglig leder NGLMS og sekretær i styringsgruppen

Styringsgruppen for regionplan for helsesamarbeid var den samme som for hovedprosjektet NGLMS frem til 31.12.2011. Fra 01.01.2012 er styringsgruppen omgjort til drifts- og utviklingsrådet for NGLMS og har samme ansvar for regionplan som før.

### Prosjektgruppe

- ✚ Vigdis Rotlid Vestad, daglig leder NGLMS og leder for prosjektgruppen
- ✚ Ludvig Gråtrud, helse- og sosialsjef Lesja
- ✚ Rune Pettersen, kommunalsjef Dovre
- ✚ Kåre Eide, kommunalsjef Sel
- ✚ Svein Holen, sektorsjef Vågå
- ✚ Bjørn Bakke, helse- og velferdssjef Lom
- ✚ Unnvald Bakke, leder personale, kompetanse og utvikling Skjåk
- ✚ Hege Lorentzen, koordinator i samfunnsmedisin NGLMS og sekretær i prosjektgruppen etter 01.10.2012
- ✚ Mai Lis Fremstad, prosjektrådgiver NGLMS og sekretær fram til 30.09.2012

### I tillegg har følgende deltatt på enkelte møter

- ✚ Therese Gjersøe Hole, folkehelse- og rådgiver Fylkesmannen i Oppland (fram til desember 2011)
- ✚ Ane Bjørnsgaard, folkehelsekoordinator Oppland Fylkeskommune
- ✚ Jon Halvor Midtmageli, rådgiver-plan-helse Oppland Fylkeskommune
- ✚ Eystein Brandt, divisjonsrådgiver Sykehuset Innlandet
- ✚ Anders Smith og Asle Moltumyr, begge seniorrådgivere i Helsedirektoratet.

## 1.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært ivarettatt gjennom eget brukerutvalg som var tilknyttet prosjekt NGLMS og på vanlig måte i de kommunale prosessene.





## 1.5 Administrativ og politisk behandling

Regionplan for helsesamarbeid har blitt behandlet i følgende utvalg:

- ✚ Regionrådet 15. november 2011
- ✚ Felles formannskap 25. november 2011
- ✚ Drifts- og utviklingsrådet 18.april og 24. mai 2012
- ✚ Regionrådet 08. juni 2012

Regionrådet la ut planen til høring i kommunene 01.08.2012 med høringsfrist 12.09.2012. Høringsinnspillene er vurdert og innarbeidet i planen med behandling i arbeidsutvalget 26.10.2012 og sluttbehandling i kommunene innen 31.12.12

Etter vedtak i kommunene har den enkelte kommune ansvar for sitt bidrag inn i helsesamarbeidet i Nord-Gudbrandsdal.





## 2 Definisjoner

### **Folkehelse**

er befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (3).

### **Folkehelsearbeid**

er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (3).



### **Forebyggende arbeid**

omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (4).

Forebyggende arbeid kan bl.a. igjen deles inn i primær- sekundær og tertiærforebygging.

### **Helsefremmende arbeid**

er den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse (5).

### **Primærforebygging**

er å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår (6).

### **Sekundærforebygging**

er å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall (6).

### **Tertiærforebygging**

er å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering (6).

### **Habilitering og rehabilitering**

er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (7). Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer (8).

### **Sosiale helseforskjeller**

er helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå (9).



### 3 Folkehelse

Folkehelseloven trådte i kraft 01.01.2012. Alle sektorene i kommunene har ansvar for folkehelsearbeidet, og det meste av dette arbeidet foregår utenfor helsevesenet – i planavdelingen, teknisk sektor, barnehage, skole i tillegg til kultursektoren. I kommunene er det en lang rekke frivillige organisasjoner og foreninger som driver et bredt spekter av aktiviteter og tilbud. Mange gode tiltak for innbyggerne er avhengig av ildsjeler i kommunene.



De fem grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeidet er (6):

- ✚ Utjevning av sosiale helseforskjeller: I helsesammenheng betyr det ikke at noen skal redusere sitt helsenivå til fordel for andre, men at de med dårligst helse skal løftes opp.
- ✚ "Helse i alt vi gjør": Det innebærer at det man foretar seg i politikk og forvaltningen på alle nivåer har en helsemessig betydning.
- ✚ Bærekraftig utvikling: En utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov.
- ✚ Førre-var: Forebygging har lange tradisjoner innen helsetjenesten og kan knyttes til tiltak der årsakssammenhenger er kjent, mens førre-var handlinger slår inn der det er usikkerhet.
- ✚ Medvirkning: Brukermedvirkning og samarbeid med frivillig sektor.

Etter folkehelseloven og -forskriften har kommunene ansvar for å utarbeide oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oversiktene skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten. (3)

Oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer utarbeidet for kommunene i Nord-Gudbrandsdal danner grunnlaget for utfordringsbildet beskrevet i denne planen. Oversiktene for den enkelte kommune finnes på [NGLMS.no/ Samfunnsmedisin og folkehelse](http://NGLMS.no/Samfunnsmedisin_og_folkehelse).





### 3.1 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Nord-Gudbrandsdal

Følgende oversikt viser noen av folkehelseutfordringer kommunene i regionen har, men oversikten er ikke uttømmende.

#### 3.1.1 Befolknings sammensetning

Nord-Gudbrandsdal består av små kommuner fra i overkant av 2 000 til 6 000 innbyggere. Pr. 1.1.2012 var det 19 357 innbyggere i regionen. Befolkningsframskriving for regionen basert på folketall pr. 01.01.12 viser en gradvis økning til 19 522 innbyggere i 2040. Befolkningsframskriving basert på tall fra 01.01.11 viste en nedgang. Aldersgruppen 80+ antas å øke med 759 personer frem til 2040. (11)

Med endret alderssammensetning vil sykdomsbildet i kommunen sannsynligvis bli mer preget av kroniske og sammensatte helseproblemer – inkludert demens - enn i dag. Befolkningsframskrivingen tyder på at det blir færre innbyggere i yrkesaktiv alder, noe som igjen sannsynligvis fører til at det blir færre som jobber i helse- og omsorgstjenestene. Av den grunn blir det spesielt viktig for kommunene å arbeide målrettet for å fremme helse og forebygge sykdom.

Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre forventes å øke i alle de seks kommunene. Det er store helsemessige forskjeller mellom grupper av innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Forskjellene omfatter både fysisk og psykisk helse i tillegg til helseadferd (12). Kommunal kompetanse om helse blant flyktninger og innvandrere er en forutsetning for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tiltak som reduserer språkproblemer og letter integreringen er viktig folkehelsearbeid.

**Diagram 1: Befolkningsframskriving for Nord-Gudbrandsdal**

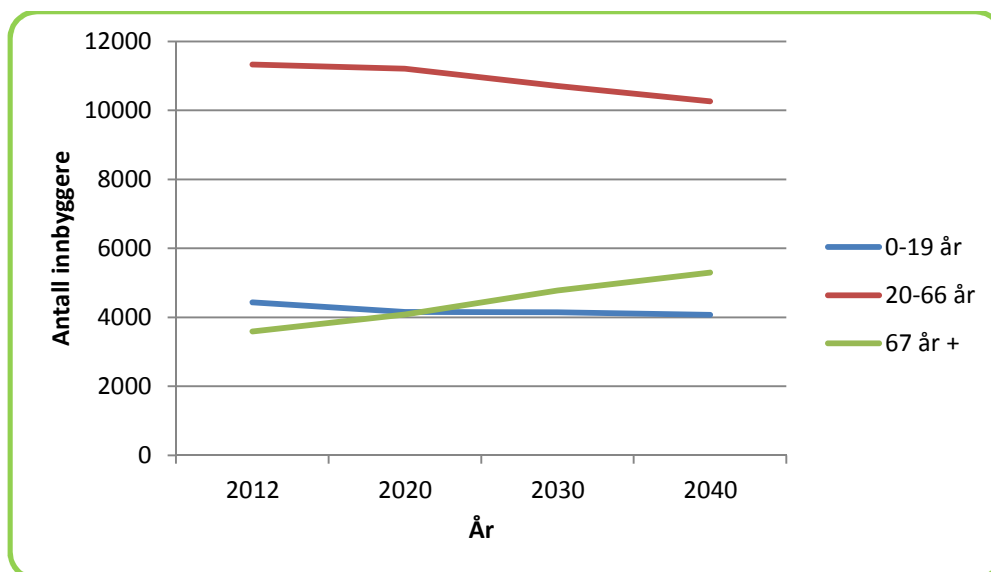


Diagram 1: Framskrevet folkemengde, begge kjønn for utvalgte år til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2012. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen, basert på middels vekst i de nevnte kriteriene (MMMM). Kilde: SSB



### 3.1.2 Oppvekst og levekårsforhold

Trivsel på skolen for barn i 7. og 10. trinn varierte fra ca. 75 % til 94 % målt i årlig gjennomsnitt for perioden 2007-2011. Andel barn som opplevde mobbing på skolen varierte fra 4,5 % til 12,6 % i samme periode. (10)

Antall barn som har hatt undersøkelse eller tiltak i barnevernet i kommunene har økt fra 159 til 297 fra 2001 til 2011. (13) Tallene sier ikke noe om årsak til økning – om det er flere barn som trenger undersøkelse/tiltak, om det er flere som ser barn med problemer og melder fra til barnevernet eller om barnevernet fanger opp flere saker av andre årsaker.

Frafall fra videregående skole varierer fra kommune til kommune. For regionen som helhet representerer frafallet en stor utfordring. Utdanning, og særlig det å fullføre en grunnutdanning, er en avgjørende ressurs for sikre god helse gjennom livsløpet (10).

De fleste kommunene i Nord-Gudbrandsdal har hatt en reduksjon av lavinntekthusholdninger de senere år (10), men forskjellene øker mellom personer med lavinntekt og resten av befolkningen (9). Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen, og en målsetting for alt folkehelsearbeid er å redusere de sosiale forskjellene.





### 3.1.3 Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø (miljørettet helsevern)

Det er lite statistikk og oversikter i Nord-Gudbrandsdal når det gjelder fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø. Organisering av arbeidet med miljørettet helsevern er forskjellige fra kommune til kommune, og enkelte oppgaver innenfor miljørettet helsevern har vært vanskelig å prioritere.

Det er mange eksempler på at kommunene gjør en innsats som påvirker muligheten for innbyggerne til å være fysisk aktive og/eller som skaper sosiale møtearenaer.

Eksempelvis kan nevnes utbygging av gang- og sykkelveier i Lesja, utbygging av skiskytter stadion og skatebane i Dovre, prosjekt universell utforming i Sel, prioritering av frivilligsentral i Vågå, gjennomføring av Barnetråkk i Lom og i Skjåk stimerking og «På tur i Skjåk».



### 3.1.4 Skader og ulykker

Totalt i Nord-Gudbrandsdal ble 267 personer lagt inn på sykehus etter skader i årlig gjennomsnitt i perioden 2008-2010. Av disse var det totalt 59 pasienter med hoftebrudd. (10)

### 3.1.5 Helserelatert atferd

Det finnes lite statistikk fra de siste årene over helsereelatert atferd i regionen, men det ble gjort en undersøkelse i 2010 som omhandler fysisk aktivitet og kosthold blant barn og unge på 4. og 10. klassesnivå. (14)

I denne undersøkelsen oppga bl.a.:

- ✚ 60 prosent av 10. klassingene at de var regelmessige fysisk aktive
- ✚ 18 prosent av 10. klassingene at de brukte mer enn tre timer på TV- titting etter skoletid
- ✚ 24 prosent av 10. klassingene at de brukte mer enn 5 timer på data og TV-spill hver dag
- ✚ 9 prosent av 10. klassingene at de røykte/snuste regelmessig
- ✚ 77 prosent av 4. klassingene og 56 % av 10. klassingene at de spiste frokost hver dag

Når det gjelder rusmisbruk, er kartleggingsarbeid planlagt igangsatt i løpet av 2012 og 2013.



### 3.1.6 Helsetilstand

De fleste grupper i samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene, og levealderen har økt betraktelig. Det er likevel en rekke utfordringer knyttet til befolkningens helse – også i Nord-Gudbrandsdal:

- ✚ Hjerte- karsykdommer er en viktig årsak til sykdom og død selv om dødeligheten har gått ned etter 1995 i Nord-Gudbrandsdal. Bruken av medikamenter mot hjerte- karsykdommer har hatt en gradvis økning i regionen de siste årene. (10)
- ✚ Diabetes type 2 øker i Norge. I Nord-Gudbrandsdal har bruken av medikamenter mot denne sykdommen økt i de fleste kommunene de siste årene (10). Risikofaktorer for utvikling av diabetes type 2 er usunt kosthold, inaktivitet og overvekt.
- ✚ Kroniske lungesykdommer er et økende helseproblem i Norge. Det mangler pr. i dag gode data fra Nord-Gudbrandsdal når det gjelder disse sykdommene, men i 2010 tok ca. 750 personer i alderen 45 – 74 år ut resept på minst et medikament mot kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma i de seks kommunene (10).
- ✚ Alzheimer sykdom, demens og andre sykdommer knyttet til nedbrytning av nervevev er i sterk økning fordi det som tidligere nevnt blir flere eldre.
- ✚ Muskel- og skjelettsykdommer er en viktig årsak til kroniske smerter og uførhet i Norge. Kroniske smerter rammer ca. 30 prosent av den voksne befolkningen (16). Statistikk over bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter i Nord-Gudbrandsdal viser at kroniske smerter sannsynligvis er et stort og kostbart folkehelseproblem også her. Nær 4000 innbyggere tok ut minst en resept mot et smertestillende medikament i 2010. (10)
- ✚ Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser er de vanligste psykiske lidelsene i Norge. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at 1 av 2 vil rammes av en psykisk lidelse en eller flere ganger i livet. Ca. 8 % av barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse. (16) Psykisk helse er et gjennomgående tema i arbeidet med barn og unge ved helsestasjonene og skolehelsetjenestene i regionen.





## 4 Helse- og omsorgstjenester

Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Det er helsetjenestene som har ansvar for samordne og ha nødvendig oversikt over de ulike nivåer.

### 4.1 Helse- og omsorgstjenester i kommunen

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, dvs. personer med somatiske og psykiske sykdommer, skade eller lidelser, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. (17) Den enkeltes individuelle behov skal være grunnlaget for tjenestetilbudet.

For å oppfylle kommunes ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen blant annet tilby følgende (17):

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), plass i institusjon (sykehjem) og avlastningstiltak



Samhandlingsreformen trekker bl.a. fram følgende eksempler på framtidige kommunale oppgaver:

- ✚ Forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud
- ✚ Tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering
- ✚ Tverrfaglige team, herunder ambulante team
- ✚ Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling
- ✚ Forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser
- ✚ Lavterskel helsetilbud til rusavhengige

En rekke oppgaver som tidligere er utført i spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunene, noe som vil medføre en betydelig vekst i kostnader og behov for kompetanse. Dette gir et betydelig press på helse- og omsorgstjenestene i kommunene, men også andre sektorer som barnehager, skoler og planavdelinger.



## 4.2 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten i Norge skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse. Tjenesten skal legge vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. (1) Dette gjelder både somatikk og psykiatri. Spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanse, råd og veiledning ut til kommunene, men også ta imot lærdom fra kommunene.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal sykehusene og kommunene inngå samarbeidsavtaler.

Spesialisthelsetjenesten i regionen er overordnet styrt av det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst som eier bl.a. helseforetaket Sykehuset Innlandet (SI). SI dekker 48 kommuner, 10 regioner og 390.000 innbyggere.



### Oversikt over avdelinger HF sør-øst som ligger i Oppland:

Listen er ikke uttømmende. Pr. 01.11.2011.

- ✚ Akuttmedisin Gjøvik og Lillehammer
- ✚ Akuttmottak Gjøvik
- ✚ Alderspsykiatri SI Reinsvoll og Sanderud
- ✚ Anestesi Gjøvik
- ✚ Barneavdelingen Lillehammer inkludert seksjon store barn
- ✚ Barnepoliklinikk Gjøvik og Lillehammer
- ✚ Bildediagnostikk (radiologi) Lillehammer, Otta og Gjøvik
- ✚ BUP Døgnavdeling med enheter på Sanderud, Elverum, Brumunddal, Gjøvik og Lillehammer
- ✚ BUP Gjøvik og Lillehammer / Otta
- ✚ Dialyse Lillehammer / Otta
- ✚ Divisjon Rehabilitering og rehabilitering med underavdelinger bl.a. på Gjøvik
- ✚ Divisjon Prehospitale tjenester
- ✚ DPS - Distriktpsykiatriske sentre Gjøvik og Lillehammer / Otta
- ✚ DPS Gjøvik og Lillehammer / Otta, Døgnet
- ✚ Ergoterapi og fysioterapi Gjøvik og Lillehammer
- ✚ Familieenheten Hov
- ✚ Øyeavdelingen Lillehammer
- ✚ Fysikalsk medisin og rehabilitering Ottestad
- ✚ Geriatri SI Gjøvik
- ✚ Granheim lungesykehus
- ✚ Gynekologi, føde og barsel Gjøvik og Lillehammer
- ✚ Habiliteringstjenesten i Oppland
- ✚ Indremedisin Gjøvik og Lillehammer
- ✚ Intensiv- og oppvåkningsavdeling Gjøvik
- ✚ Kirurgi og ortopedi Gjøvik og Lillehammer
- ✚ Laboratoriemedisin
- ✚ Lærings- og mestringssenteret (LMS)
- ✚ Mammografi Lillehammer
- ✚ Nevrologi Lillehammer
- ✚ Nyfødtsseksjonen Lillehammer
- ✚ Palliativt (smerte-) team Gjøvik
- ✚ Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik
- ✚ Religionspsykologisk senter
- ✚ Rusrelatert psykiatri og avhengighet Reinsvoll
- ✚ Skjermet enhet for gravide, Hov
- ✚ Stråleterapienheten Gjøvik
- ✚ Sørlihaugen Reinsvoll
- ✚ Øre-nese-hals Gjøvik

Enkelte enheter som ligger i Hedmark er inkludert der tilsvarende tilbud ikke finnes i Oppland. Det finnes i tillegg en rekke avtalespesialister innen psykologi og psykiatri, samt legespesialister. Det er omlag 1100 i Helse Sør-Øst.



### 4.3 Koordinerte tjenester

Pasientene blir utskrevet tidligere fra sykehuset, og kommunene får dermed ansvar for både flere og sykere pasienter som trenger oppfølging og tilbud fra en til flere forskjellige tjenester i kommunene.

Et av de mest sentrale punktene i Samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og spesialisthelsetjenesten er løftet fra forskrift til lov for å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det. I tillegg har pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester lovfestet rett til en individuell plan og personlig koordinator, som skal bidra til å sikre oppfølging og samordning av tjenestetilbud.



#### Koordinerte tjenester i kommunene

I kommunene blir de koordinerende enhetenes rolle som tilrettelegger for koordinering på individnivå mer fremtredende. Dette forsterkes gjennom lovendringen i samhandlingsreformen om at kommunene skal ha hovedansvaret for at det blir utarbeidet Individuell plan når en pasient/bruker trenger tjenester fra begge nivåer.

I henhold til Nasjonal helse- og omsorgsplan (18) skal kommunene:

- ✚ sørge for at tjenester ses i sammenheng
- ✚ sikre kontinuitet i tjenesteytingen
- ✚ bidra til at tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av tilbudene
- ✚ tilrettelegge for brukermedvirkning

Ulik organisering i kommunene med hensyn til ansvar og koordinerende enhet kan være utfordrende både for interkommunalt samarbeid og for samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

#### Koordinerte tjenester i spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten er det i dag koordinerende enheter på to nivåer. Det er enheter i alle fire helseregioner i tillegg til på helseforetaksnivå. De regionale enhetene har etablert og drifter faste nettverk og møteplasser for samhandling mellom de koordinerende enhetene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har de en viktig rolle i å tilrettelegge og oppdatere informasjon om rehabiliteringstilbud på regionalt og nasjonalt nivå. De samarbeider også om en nasjonal informasjonstelefon. Enhetene på helseforetaksnivå har hovedvekt på samhandlingen med kommunene.



## 5 Samarbeid – en forskjell for framtida

Etter innføring av samhandlingsreformen har det vært økende fokus på nytten av samarbeid på tvers av kommunegrensene, spesielt i små kommuner. Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i regionen og krav og forventninger viser de store utfordringene kommunene har fremover.

Samarbeid er ikke noe nytt i Nord-Gudbrandsdal. Gjennom mange år har det blitt etablert formelle og uformelle fora og nettverk over kommunegrensene. Det er etablert en lang rekke fora/nettverk i regionen som viser med all tydelighet behovet de ansatte i kommunene har for samarbeid.

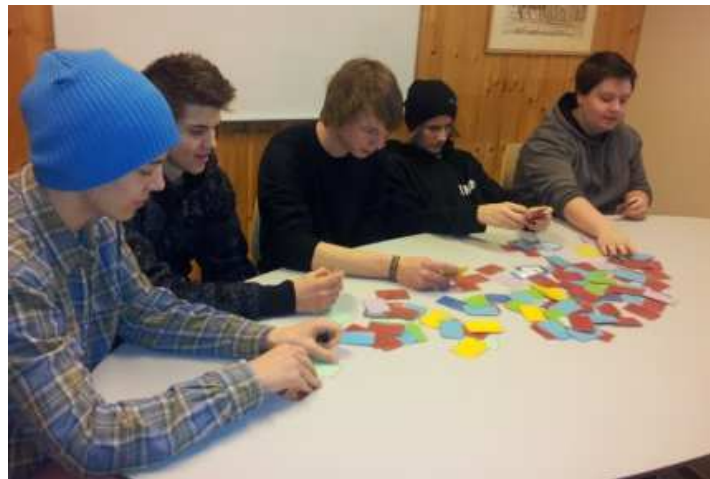
Gevinsten av samarbeid på tvers av kommunegrenser kan være bedre utnyttelse av kompetanse og styrking av fagmiljøene. Små fagmiljøer og ressurser kan gi sårbare tjenester i kommunene. Samarbeid kan på sikt føre til bedre helse, færre sykehusinnleggelse, likeverdige samordnede helhetlige tilbud samt økt tilgjengelighet og trygghet for innbyggerne. Innspill fra kommunene i forbindelse med arbeidet med regionplanen viser at det vurderes som sentralt å forsterke og utvikle helsesamarbeidet.

### Prioritere samarbeidsområder i Nord-Gudbrandsdal

- ✚ NGLMS
- ✚ Helsefremmende og forebyggende arbeid barn og unge
- ✚ Lærings- og mestringstilbud
- ✚ Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I tillegg prioriteres tiltak innenfor psykisk helse og helse for eldre. Det vises til handlingsprogrammet for en nærmere oversikt.

Regionplanen er forankret i den enkelte kommune med 6K helse som den praktisk utøvende arbeidsgruppe.







## 5.1 Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter (NGLMS)

Nord-Gudbrandsdal er et stort geografisk område med spredt bosetning. En utfordring er store avstander, plassering av ambulanse og lang vei til sykehus. Befolkningen kan være bekymret for om de får rett helsetjeneste til rett tid på rett sted

Mange av kommunene i Nord-Gudbrandsdal har de senere årene hatt problemer med kontinuitet av faste leger, og mange av de yngre legene har blant annet vegret seg for vaktbelastningen ved det tidligere 2- kommune-legevaktsamarbeidet. Som tidligere beskrevet er befolkningsandelen over 67 år økende, samtidig som antall yrkesaktive i er synkende. Rekruttering er allerede nå en utfordring til mange kompetansekrevende oppgaver, og befolkningsutviklingen tilsier at den kan bli vanskeligere. Kommunene i regionen har derfor startet et viktig arbeid gjennom helsesamarbeidet og NGLMS for å kunne møte utfordringene.

NGLMS er i dag en viktig aktør i det å levere helsetjenester og i utviklingsarbeid. Et eget Drifts- og utviklingsråd for NGLMS tar både befolkningens bekymring og utviklings-trekkene på alvor. Rådet har derfor nedfelt egne mål for drift og utvikling av NGLMS og helsesamarbeidet.

Gjennom Prosjekt NGLMS 2010 og 2011 er det utarbeidet samarbeidsavtale vedrørende helsetjenester, samfunnsmedisin og utviklingsarbeid innen helse mellom kommunene Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk med Sel som vertskommune. Samarbeidsavtalen er hjemlet etter kommunelovens § 28 b - administrativt vertskommunesamarbeid - og er vedtatt i de enkelte kommunestyrer.

### Samarbeidsavtalen omfatter:

- ✚ Legevakt inklusiv bakvaktsordning for Lom/Skjåk og Lesja/Dovre
- ✚ Legevaktvarsling
- ✚ Jordmorvakt
- ✚ Øyeblikkelig hjelp senger (to senger i 2012 og planer om økning til fire i 2013)
- ✚ Seks intermediære sengeplasser
- ✚ Kommunelegeoppgaver (koordinator for samfunnsmedisin)
- ✚ Helsefremmende og forebyggende arbeid

### NGLMS skal medvirke og legge til rette for:

- ✚ Undervisning og praktisk opplæring
- ✚ Videre- og etterutdanning
- ✚ Forskning
- ✚ Hospiteringer
- ✚ Studenter
- ✚ Kompetansebygging
- ✚ Telemedisin
- ✚ Regionplan for helsesamarbeid
- ✚ Nettverksbygging
- ✚ Utviklingsarbeid





Relatert til utviklingsarbeidet ved NGLMS er det ansatt en prosjektleder for et rusprosjekt – et samarbeid mellom Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk. Målsettingen med prosjektet er bl.a. kartlegging, reduksjon av skadevirkninger ved rusmiddelmissbruk, bidrag til et helhetlig tilbud til rusavhengige og økning av kompetansen.

Samarbeid mellom NGLMS og spesialisthelsetjenesten har også ført til en rekke spesialisttilbud i Nord-Gudbrandsdal som det er viktig å videreutvikle. Kortere reisevei for pasientene har stor betydning i en region der avstanden mellom ytterpunktene er lang.

#### **Tilbudet ved NGLMS er pr. okt. 2012:**

- + Røntgen
- + Seks dialysesenger
- + Cellegiftbehandling
- + Infusjonsbehandling ved MS
- + Lysbehandling
- + Hørselsentral
- + Gynekolog
- + Neurolog
- + Hudlege
- + Reumatolog

Videre utvikling av NGLMS til et ressurscenter for pasienter og brukere i regionen er en høyt prioritert oppgave de neste årene.





## 5.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid barn og unge

Det er mye fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i samfunnet i dag. Det er også mye fokus på at endret alderssammensetning medfører at vi må forebygge for å redusere omfanget av helseplager og sykdom – for fortsatt å kunne ha en bærekraftig utvikling. En av grunnpillarene i folkehelseoven er reduksjon av sosiale helseforskjeller.



En forutsetning for å få det til er å redusere frafallet i videregående skole. Ut i fra dette må en av hovedprioriteringene i regionen være helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge. Arbeid i forhold til barn og unge er også et gjennomgående tema i regional plan for folkehelse i Oppland (19).

Barnehage, skole og helsestasjons- og skolehelsetjeneste er sentrale aktører i folkehelsearbeidet blant barn og unge.

De enkelte kommunene prioriterer på mange områder arbeid med barn og unge høyt i egen kommune. Frivillige lag og organisasjoner legger ned mye innsats for å gi barna i kommunene en god og aktiv oppvekst.

På en rekke felt har det utviklet seg et samarbeid mellom kommunene når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge. I tillegg til tidligere nevnte fora/nettverk kan nevnes en rekke gode prosjekter:

- ✦ Ammekyndige helsestasjoner - helsesøstre og jordmødre
- ✦ Måling av depresjonsymptomer i forbindelse med svangerskap og fødsel, tidlig oppdaging og forebygging av depresjon (EPDS) - helsesøstre og jordmødre
- ✦ Tidlig intervensjon av barn i risiko (TIBIR) – barnevern
- ✦ Ansettelse av idretts- og FYSAKkoordinator - regionrådet
- ✦ Ansettelse av prosjektleder «Ung i Nasjonalparkriket» - regionrådet

Idretts- og FYSAKkoordinator bl.a. hatt ansvar for danseprosjektet GLAD, UNG og SPRÆK, aktivitetsprisen, en annerledes skoledag, og flere kompetansehevende tiltak innenfor fysisk aktivitet og kosthold.

Målet med prosjektet «Ung i Nasjonalparkriket» er å bidra til økt bolyst og skape en kultur som gjør at ungdom får lyst til engasjere seg i samfunnsspørsmål. To sentrale oppgaver er å etablere et regionalt ungdomsråd med to representanter fra hver kommune og ungdomsmusikalen.

Det er mange gode tiltak i regionen, men en av utfordringene i arbeidet med barn og unge, er at det ikke har vært samordnet ut i fra en helhetlig vurdering av behovene i Nord-Gudbrandsdal. Fylkeskommunen i Oppland planlegger å gjennomføre en ungdomsundersøkelse i løpet av 2013. Kartlegging av oppvekstsituasjonen kan gi et godt grunnlag for prioriteringer knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor barn og unge.



### 5.3 Lærings- og mestringstilbud

Helt sentralt i det forebyggende arbeidet er å gi innbyggerne muligheter til å kunne ivareta egen helse. Støtte og veiledning for å hindre at sykdom utvikler seg er en del av det daglige arbeidet i kommunehelsetjenesten. Brukere, pasienter og pårørende får her informasjon om livsstiltiltak, endringer i helseadferd og mestring.

Mestringsgrupper for pasienter med bl.a. angst, depresjon, rusmisbruk, diabetes, hjertekarsykdommer, muskel- skjelettlidelser og kreft tilbys blant annet av fastleger, helsestasjoner, skolehelsetjenester, lokalt psykisk helsevern, frisklivssentraler og frivillige organisasjoner.

Lærings- og mestringstilbud kan være både primærforebyggende og sekundærforebyggende. Lavterskeltilbud om røykeslutt, kostveiledning og fysisk aktivitet til høyrisikogrupper som står i fare for å utvikle enkelte livstilssykdommer, kan karakteriseres som primærforebygging. Kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk kan betegnes som sekundærforebygging. (1)

Etablering av lærings- og mestringsssentre er en nasjonal satsing i oppbyggingen av dette fagfeltet, og er i dag helseforetakenes ressurs for å støtte opp under pasient og pårørendeopplæring, som er en av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver. Formålet med lærings- og mestringsssentrene er å gi inspirasjon, motivasjon og konkret kunnskap gjennom læringstilbud og veiledning for å håndtere hverdagen bedre, samt sikre økt kunnskap om hva som fremmer læring og mestring. (1)

Etablering av lærings- og mestringstilbud i kommunene vil kunne sikre en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt.

Utfordringen i regionen vil igjen være oppbygging av kompetanse og utnyttelse av ressurser. Det har vist seg å være vanskelig i små kommuner å etablere grupper av en tilstrekkelig størrelse for å kunne gjennomføre kurs. Ved å samarbeide på tvers av kommunegrensene har det latt seg gjøre å tilby innbyggerne for eksempel kurs innen kreft, diabetes og muskel- og skjelettlidelser.

Organisering og oppbygging av læring- og mestringstilbudene er et av de prioriterte områdene i regionplanen. En forutsetning er at kompetansen i den enkelte kommune kan brukes på tvers av kommunegrensene.





## 5.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Kommunene og spesialisthelsetjenesten er helt avhengig av et godt og forpliktende samarbeid hvis brukerne og pasientene skal oppleve en «sømløs» helsetjeneste. Veiledning fra spesialisthelsetjenesten og kunnskapsoverføring mellom nivåene er en forutsetning for å gi pasientene best mulig behandling. Oppbygging av lærings- og mestringstilbud i regionen krever også et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal sykehusene og kommunene inngå en samarbeidsavtale. Avtalen skal minimum inneholde:

- ✚ Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- ✚ Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
- ✚ Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- ✚ Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- ✚ Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
- ✚ Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- ✚ Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- ✚ Samarbeid om jordmortjenester
- ✚ Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- ✚ Samarbeid om forebygging
- ✚ Omforente beredskapsplaner og planer den akuttmedisinske kjeden

Samarbeidet mellom SI og kommunene og mellom SI og NGLMS er fra 2012 formelt hjemlet i "Overordnet samarbeidsavtale", 11 tjenesteavtaler og samhandlingsrutiner. Det er for tidlig å si om avtalene fungerer etter hensikten, men de skal evalueres og revideres. Evaluering krever at de ansatte i kommunen kjenner avtalene godt og at de gir tilbakemelding når samarbeidet fungerer bra, ev. ikke fungerer optimalt.





## 6 Referanser og fotografer

### 6.1 Referanser

- 1) St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- 2) Regjeringen.no/Helse- og omsorgsdepartementet/Samhandling/Fakta om reformen/Samarbeid mellom kommuner
- 3) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- 4) Forebygging.no – en kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid (Hesledirektoratet) Hva er forebygging, Vegard Schancke (2005)
- 5) Ottawa-charteret; WHO, 1986 i Hesledirektoratet, 1987 / Artikkel v. Erik Iversen, Forebygging.no (Hesledirektoratet)
- 6) Prop. 90 L. (2010–2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).
- 7) Forskrift om habilitering og rehabilitering
- 8) St.prp. nr. 1 (2007–2008). Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011.
- 9) St.meld. nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- 10) Folkehelseinstituttet, Kommunehelsa.no
- 11) SSB, Befolkningsfremskriving
- 12) Rapport 2008:7. The Oslo Immigrant Health Profile
- 13) Kostra
- 14) Fysisk aktivitet blant barn og unge i Nord-Gudbrandsdal. En kartlegging av aktivitet blant 4. og 10. klassinger, Mathisen, Alnes, Skålholt, 2010
- 15) Nasjonalt folkehelseinstitutt, strategi 2011-2013
- 16) Rapport 2009:8. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv
- 17) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- 18) Nasjonal helse og omsorgsplan (2011 – 2015)
- 19) Oppland fylkeskommune: Regional plan for folkehelse i Oppland 2011-2015

### 6.2 Foto – kilder/fotografer

Side 3: Kilde: NGLMS.no

Side 5: Aud Hove

Side 6: Aud Hove

Side 7: Marit Tynnøl / VIGGA

Side 8: Alexander Weidemann

Side 10: Sander Holen Loentzen

Side 11: Therese Gjersøe Hole

Side 12: Therese Gjersøe Hole

Side 13: Kari Sveen

Side 14: Vidar Heitkøtter

Side 17. Kilde: NGLMS.no Liv Annette Nygjerdet

Side 18: Aud Marit Sveinhaug Marstein

Side 19: Aud Hove

Side 20: Aud Hove



## **7 Vedlegg**

### **7.1 Handlingsprogram 2012-2016**



# **Regionplan for helsesamarbeid i Nord-Gudbrandsdal Handlingsprogram 2012-2016**

## **Hovedmål**

Bedre tjenester og tilbud gjennom samarbeid

## **Delmål**

**Tjenestene er likeverdige, stabile og effektive.  
Kommunene deler, utnytter og utvikler kompetanse.**

Prosjektgruppen har etter drøfting og innspill fra kommunene valgt å prioritere følgende fire hovedområder:

- ✚ NGLMS
- ✚ Helsefremmende og forebyggende arbeid barn og unge
- ✚ Lærings- og mestringstilbud
- ✚ Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I tillegg prioriteres tiltak innenfor psykisk helse og helse for eldre.

Tiltak som har blitt iverksatt i løpet av 2012 (ev. tidligere) er tatt med i handlingsprogrammet for oversiktens skyld. For tiltak som er besluttet iverksatt eller allerede er iverksatt er det markert deltakende kommuner.

6K helse har ansvar for prioriteringer og oppfølging av handlingsprogrammet.





### Delmål 1: Tjenestene er likeverdige, stabile og effektive

Tiltak	Lesja	Dovre	Sel	Vågå	Lom	Skjåk	Ansvar
Regionplan for helsesamarbeid.	X	X	X	X	X	X	NGLMS 6K helse
Videreutvikle felles legevakt, legevaktsvarsling og jordmordvakt.	X	X	X	X	X	X	NGLMS
Utvikle programvare for regional jordmordvakt.							NGLMS
Videreutvikle intermediære senger (før, i stedet for og etter sykehus-opphold, ø.hj. senger).	X	X	X	X	X	X	NGLMS
Utarbeide samhandlingsrutiner mellom kommunene og NGLMS som bl.a. omhandler pasientkategorier som kan behandles på NGLMS og rutiner ved innleggelse og utskrivning.							6K NGLMS
Vurdere opprettelse av regionalt senter for rehabilitering.							NGLMS
Vurdere opprettelse av ambulerende rehabiliteringstjenester.							
Vurdere opprettelse av forsterket skjermet enhet i regionen.							Vågå
Vurdere samarbeid psykisk helsevern. (Lom og Skjåk har felles tjeneste. Lesja og Dovre samarbeider om drift av dagsenter.)							
Vurdere samarbeid psykososiale kriseteam.							
Vurdere opprettelse av ambulerende ruspoliklinikk.							
Videreutvikle interkommunal barneverntjeneste.					X	X	Skjåk
			X	X			Sel
Gjennomføre felles rekrutteringstiltak.							
Utrede muligheten for felles "vikarpool" innenfor helse- og omsorgstjenestene, ev. etablere							NGLMS



avtale opp mot ett vikarbyrå.							
Vurdere samarbeid om hjelpemiddelverksted og -lager.							Vågå
Utrede muligheter for felles institusjonskjøkken.							
<b>Tiltak</b>	<b>Lesja</b>	<b>Dovre</b>	<b>Sel</b>	<b>Vågå</b>	<b>Lom</b>	<b>Skjåk</b>	<b>Ansvar</b>
Implementering og oppfølging av samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler med Sykehuset Innlandet.							6K Helse
I regi av 6K helse anbefales det en gjennomgang og en vurdering av eksisterende samarbeidsfora og -linjer med tanke på fremtidige behov i løpet av 2013.							
Oppretthold og videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbud inkludert røntgen, dialyse, cellegiftbehandling, gynekologi, hud, reumatologi, indremedisin, ortopedi og hørsel.	X	X	X	X	X	X	NGLMS
Etablere og videreutvikle rutiner for kompetanseoverføring og utveksling med spesialisthelsetjenesten (somatikk og psykiatri).							6K NGLMS SIL
Videreutvikle samarbeidsrutiner med BUP og distriktpspsykiatrisk senter.							
Etablere elektronisk overføring mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (bl.a. epikriser og fødselsmeldinger).							6K NGLMS SIL
IKT pasientjournal.	X	X	X	X	X	X	NGLMS
Etablere en felles IKT plattform for alle helsestasjonene.							
Utarbeide felles mal KS / IK i helsetjenesten: helsestasjoner, miljørettet helsevern, frisklivs-sentraler, psykisk helsevern.							
Utarbeide felles mal for beredskapsplaner inkludert	X	X	X	X	X	X	6K



helse- og sosialberedskaps-, smittevern- og pandemiplaner.							NGLMS
Felles brosjyre brannforebygging (i samarbeid med Midt-Gudbrands- dalen.)	X	X	X	X	X	X	NGLMS
Felles brosjyre fallforebygging (i samarbeid med Utviklingssenter for hjemmetjenester).	X	X	X	X	X	X	NGLMS
Fallforebyggende prosjekt.							
<b>Tiltak</b>	<b>Lesja</b>	<b>Dovre</b>	<b>Sel</b>	<b>Vågå</b>	<b>Lom</b>	<b>Skjåk</b>	<b>Ansvar</b>
Utarbeide felles aktivitetsskalender.							
Ta i bruk regionale "opplevelseskort" for barn (ulike aktivitetstilbud).							
Vurdere å opprette et aktivitetstilbud for funksjonshemmede barn.							
Ungdomsmusikal 2. hvert år.	X	X	X	X			Sel
Integrere folkehelse tiltak i barnehage og skole (for eksempel kor, dans, fotografering, fysisk aktivitet, aktivitetspris).							
Utarbeide felles mal for rutiner for det psykososiale arbeid i skolene.							
Etablere prosjekt reduksjon av frafall i skolen.							
<b>Tiltak</b>	<b>Lesja</b>	<b>Dovre</b>	<b>Sel</b>	<b>Vågå</b>	<b>Lom</b>	<b>Skjåk</b>	<b>Ansvar</b>
<i>Opprette en arbeidsgruppe med ansvar for organisering og prioritering av det regionale helsefremmende og forbyggende arbeidet for barn og unge.</i>							
Videreutvikle eksisterende regionale fora/nettverk. Regionråd, rådmannsutvalg, 6K helse, skole, personal og beredskap, brannforebyggende forum, nettverk plan, legevakts- og ø-hj-gruppe, kommuneoverlege- og	X	X	X	X	X	X	6K NGLMS



fastlegeforum, rehabiliteringsnettverk, nettverksmøte ergoterapeuter & fysioterapeuter, nettverk helsesøstre/jordmødre, folkehelsekoordinatorforum, nettverk psykisk helse, rusprosjektgruppe							
Etablere nettverk innen barnevern.							
Etablere forum for universell utforming – samarbeid planfaglig-, helsefaglig- og brukerkompetanse.	X	X	X	X	X	X	
Koordinator i samfunnsmedisin.	X	X	X	X	X	X	NGLMS
Vurdere samarbeid m h t folkehelsekoordinatorressurser.							NGLMS
Vurdere videreføring av stilling som idretts- og fysakkoordinator i løpet av prosjektperioden.	X	X	X	X	X	X	Regionrådet
Vurdere videreføring av prosjektstilling for ruskoordinator.		X	X	X	X	X	NGLMS
Vurdere videreføring av stilling som prosjektleder ungdomsarbeid.	X	X	X	X	X	X	Regionrådet
Vurdere tilsetning av følgende fagkompetanse interkommunalt eller regionalt: logoped, ernæringsfysiolog, geriater, psykolog, miljøhygieniker, koordinator for oppfølging av pasienter med kreft.							NGLMS
Desentralisert høyskoleutdanning – 60 studie-poeng, oppstart med tema samhandlingskompetanse.							6K NGLMS OPUS
Etablere hospiteringsordninger i kommunene.							6K NGLMS
<b>Tiltak</b>	<b>Lesja</b>	<b>Dovre</b>	<b>Sel</b>	<b>Vågå</b>	<b>Lom</b>	<b>Skjåk</b>	<b>Ansvar</b>
Kartlegge eksisterende kompetanse og kompetansebehov. Sette opp en plan for kompetansehevede tiltak.							6K NGLMS
<i>Opprette et regionalt</i>							6K



<p><i>kompetansesenter og en lærings- og mestringseenhet.</i></p> <p><i>Opprette et organ for koordinering av lærings- og mestringstilbudene i kommunene.</i></p> <p>Aktuelle tema: Folkehelse, universell utforming, tidlig innsats, foreldreferdigheter, psykososialt miljø i barnehager og skoler, psykisk helse og mobbing i skolen, mestring av sorg, angst og depresjon, rus, vold og trusler, inkludering og mestring i idretten, flerkulturell helse, integrering av innvandrere, kosthold, overvekt, fysisk aktivitet, søvn og helse, røykeavvenning, egenmestring, etikk, helse for eldre, rehabilitering, muskel-skjelettlidelser, diabetes, KOLS, kreft, neurologiske lidelser, demens</p>							NGLMS
Videreutvikle Utviklingssenter for hjemmetjenester i Vågå, Lom og Skjåk med spredning av erfaringer til andre kommuner (rehabilitering, diabetes, demens, kreftomsorg, etikk, brukervedvirkning).				X	X	X	Vågå
Ammekyndige helsestasjoner.	X	X	X	X	X	X	6K
EPDS prosjekt (forebygging av depresjon gravide og barselkvinner) – helsesøstre og jordmødre (samarbeid MG).	X	X	X	X	X	X	6K
TIBIR (tidlig intervensjon av barn i risiko) – barnevern.	X	X	X	X	X	X	6K
Videreutvikle nettbasert kunnskapsbase for samfunnsmedisin og folkehelse.	X	X	X	X	X	X	NGLMS
<i>Gjennomføre en ungdomsundersøkelse (helseadferd, helse og trivsel) i samarbeid med fylkeskommunen.</i>							
Kartlegge innbyggernes helse og trivsel.							



Kartlegge påvirkningsfaktorer i forhold til helse.	X	X	X	X	X	X	
Utarbeide oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	X	X	X	X	X	X	6K NGLMS

- Ønsker å ha med Rusarbeid, felles rutiner/ tiltak i NG.
- Ønsker å ha med Videreutvikling Frisklivssentraler i NG. (Sterke sentrale føringer lar seg vanskelig gjennomføre uten samarbeid og felles holdninger.)
- Velferdsteknologi bør med som et satsningsområde