

HELSE- OG OMSORGSPLAN 2025

OPPDATERT 2016/17

MAI 2017



GJØVIK KOMMUNE



INNHold

FORORD.....	3
0. SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING.....	3
Formål med planarbeidet.....	3
Statlige styringsdokumenter	4
Kommunale styringsdokumenter	5
2. MÅL.....	5
Mål for utvikling av Gjøvik som helse- og omsorgskommune:.....	5
Mål for utvikling innenfor folkehelseområdet:	6
Gjøvik kommune har to sentrale arbeidsgiverutfordringer.....	7
Målet for arbeidsgiverpolitikken	7
3. STATUS OG UTFORDRINGSBILDER FRAM MOT 2025	7
Hovedutfordringer for Helse og omsorg	7
Yngreomsorg – hovedutfordringer	7
Eldreomsorg – hovedutfordringer	8
Befolkningsprognose mot 2040 (Kilde: Nøkkelstallshefte 2016)	9
Ressursbruk i pleie- og omsorgstjenesten.....	10
Folkehelsebarometer Gjøvik 2017.....	10
Utvikling innen tjenester i hjemmet 2013-2016	11
NØKKELTALL 2017	12
INSTITUSJONSPLASSER OG BOLIGER pr. 01.01.17.....	13
Dekningsgrader innen tilbud til eldre	14
Omsorgsboliger til unge voksne med funksjonsnedsettelse - «yngreomsorg» 2016.....	14
Boligmasse som kan bidra til å dekke behov for heldøgns omsorg	14
Omsorgstrappa	16
Morgendagens omsorg	16
4. BESKRIVELSE AV SATSNINGSOMRÅDER OG ØNSKET UTVIKLING FRAM MOT 2025	18
Modell som beskriver sammenhengen i tjenestene.....	19
1. Aktivt liv.....	19
2. Brukerstyring og kontroll over egen livssituasjon	21
3. ReHabiliteringsfokus i tjenestene – lengst mulig i eget liv.....	22
4. Tilrettelagte tjenester til yngre med funksjonsnedsettelse	24
5. Bo lengst mulig i eget hjem.....	26
6. Desentrale botilbud og hjemmetjenester.....	27
7. Heldøgns tjenester i omsorgsboliger.....	28
8. Styrking av helsetjenester	29
9. Spesialisering av demensomsorg.....	32
10. Innovasjon, velferdsteknologi, ledelse, kompetanse og rekruttering	33
VEDLEGG: POLITISK BEHANDLING AV Helse og omsorgsplan 2025 – revisjon 2016.....	37

Gjøvik, 23. mai17, Eli Linnerud

FORORD

Helse- og omsorgsplan 2025 ble først vedtatt i 2009 og er en overordnet plan som angir retningen for framtidig utvikling av helse- og omsorgstilbudene i Gjøvik. Tiltakene i planen besluttes i forbindelse med årlig behandling av styringsdokument med økonomiplan. Formål med revidering av planen er å sikre at mål og vedtatte prinsipper og innsatsområder er i tråd med ny kommuneplan, endrede avtaler i forbindelse med samhandlingsreformen, politiske vedtak og nye statlige målsettinger og styringssignaler. Det tas sikte på å revidere planen hvert 4. år. Planen ble sist revidert i 2013.

0. SAMMENDRAG

Kapittel 1 og 2 inneholder vedtatte styringssignaler fra statlig og kommunalt hold. Hovedbudskapet er at det stilles høye krav og forventninger til kommunale helse- og omsorgstjenester i en tid som blant annet preges av at flere oppgaver skal løses i primærhelsetjenesten, istedenfor tidligere i spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 3 er rådmannens vurdering av status og utfordringsbilder i 2016. Hovedutfordringen framover er økt etterspørsel etter tjenester innenfor begrensede økonomiske rammer. Økt etterspørsel etter tjenester med økt krav til kompetanse og kapasitet setter sektoren under press. Kommunen har en desentralisert struktur med et bredt spekter av tilbud og tjenester på 6 omsorgssentra.

Kapittel 4 er organisert ut fra de 10 prinsippene fra opprinnelig Helse og omsorgsplan, med angivelse av sentrale tiltak og hendelser fra 2009 som fortsatt er aktuelle, og forslag til ønsket utvikling mot 2025. Noen av prinsippene har fått endret ordlyd for å svare bedre til en ønsket utvikling. Prinsippene danner en helhet og virker sammen.

For at sektoren skal være økonomisk bærekraftig i framtida må tjenestene effektiviseres, strukturen rasjonaliseres, innovasjons- og brukerfokus økes, velferdsteknologi implementeres og kompetansen økes. Samtidig må det forebyggende folkehelsearbeidet prioriteres, rehabilitering styrkes, og det må implementeres en framtidsrettet boligpolitikk som legger til rette for å kunne bo hjemme lengst mulig.

1. INNLEDNING

Formål med planarbeidet

Hovedformål med revidering av vedtatt Helse- og omsorgsplan 2025 er å sikre at mål og vedtatte prinsipper og innsatsområder er i tråd med kommuneplan, politiske vedtak og nye statlige målsettinger og styringssignaler.

Planen skal sikre

- At Gjøvik skal ha helse- og omsorgstilbud som gir alle et selvstendig og verdig liv.

Statlige styringsdokumenter

Gjøvik kommunes helse- og omsorgstjenester ytes etter *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, gjeldende fra 01.01.12. En rekke forskrifter og andre lover regulerer driften, og tjenestene er stadig gjenstand for ulike statlige tilsyn.

Gjennomføring av *Samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009))* preger i stor grad utviklingen av tjenestene. Reformens siktemål er å svare på følgende hovedutfordringer:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne

Våren 2013 la Regjeringen fram Meld. St. 29 (2012-2013), *Morgendagens omsorg – Omsorgsplan 2020*. Dette er en plan som legger vekt på å utvikle og innarbeide nye og framtidsrettede løsninger. Tiltak skal iverksettes innenfor følgende områder:

- Morgendagens omsorg – et innovasjonsprogram fram mot 2020
- Morgendagens omsorgstjenestebrukere – med et ressursorientert perspektiv
- Morgendagens omsorgsfellesskap – med et pårørendeprogram, en nasjonal frivillighetsstrategi og politikk for ideelle, samvirkebaserte og private tjenesteleverandører
- Morgendagens omsorgstjeneste – med faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid
- Morgendagens omsorgsomgivelser – med et program for utvikling og innføring av velferdsteknologi og tiltak for fornyelse, bygging og utvikling av framtidas sykehjem og omsorgsboliger

Våren 2015 la regjeringen fram Meld. St. 26 (2014-2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og framtidas utfordringer.

Et slagord i denne meldinga er å skape pasientens helsetjeneste. Tjenesten skal fungere godt, ha god tilgjengelighet, rask innsats, og beslutninger skal tas i samråd med brukerne. Tiltak skal iverksettes innenfor følgende områder:

- Team og samlokalisering
- Nye arbeidsformer – proaktivitet og forebygging
- Bedre tilgjengelighet
- Mer og bredere kompetanse
- Ledelse
- Data for forvaltning og tjenesteutvikling
- Ny teknologi
- Barn og unge
- Psykisk helse og rus
- Opplæring og rehabilitering
- Øyeblikkelig hjelp
- Vold og overgrep
- Omsorg
- En helhetlig tjeneste – pasientens helsetjeneste

Nasjonal helse- og sykehusplan (2015) påpeker at det er behov for endringer i framtidas helsetjenester, og at flere tilstander forventes behandlet i kommunen, uten å være konkret på hvilke tilstander dette gjelder. Det antydes at det kan bli flere desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunale styringsdokumenter

Kommuneplanens samfunnsdel – *Langtidsplan 2013* - presenterer følgende mål:

Mål for utvikling av Gjøvik som helse- og omsorgskommune:

Gjøvik skal ha helse- og omsorgstilbud som gir alle et selvstendig og verdig liv.

Det finnes i tillegg flere fagplaner som Helse og omsorg berøres av: Gjeldende *Helse- og omsorgsplan 2025*, *Rehabiliteringsplan 2011-2014*, *Demensplan 2009-2012*; ny demensplan legges fram høsten 2017, *Boligsosial handlingsplan* og tiltak i forbindelse med *BoSo* (boligsosialt utviklingsprogram); evaluering gjennomført 2016.

2. MÅL

Det vises til **Kommuneplanens samfunnsdel**:

Mål for utvikling av Gjøvik som helse- og omsorgskommune:

Gjøvik skal ha helse- og omsorgstilbud som gir alle et selvstendig og verdig liv!

Strategier:

- Bevisstgjøre innbyggerne i forhold til eget ansvar for tilrettelegging for egenomsorg, ved å benytte hjelpemidler, teknologiske muligheter og frivillige omsorgsressurser.
- Legge til rette for at innbyggerne skal få bo lengst mulig i eget hjem. Spille på de muligheter og ressurser brukeren, familien og nærmiljøet rundt har.
- Utvikle omsorgssentrene som en sentral plass i de lokalsamfunn de er en del av – med vekt på å få til enda bedre samspill og godt partnerskap i nærmiljøet.
- Vektlegge rehabilitering slik at brukerne blir mest mulig selvhjulpne
- Legge til rette for et godt samarbeid og dialog med de ulike nivåene for helsetjenester, og medvirke til interkommunal og offentlig-privat samhandling.
- Sette fokus på flere tiltak for å møte morgendagens utfordringer – som folkehelsearbeid og forebyggende tiltak, investeringer i universell utforming av boliger og bedre omgivelser.
- Bidra til å sikre kommunens innbyggere gode sykehustjenester.

Kommunal oppfølging:

1. Sikre hjemmetjenestetilbud, sykehjemsplasser og plasser med heldøgns omsorg i takt med befolkningsutviklingen.
2. Ha desentraliserte tjenestetilbud knyttet til omsorgssentrene, med supplerende spesialiserte tjenester sentralt plassert.
3. Videreutvikle spesialiserte tilbud ved Haugtun i samarbeid med sykehuset og andre aktuelle aktører.
4. Delta i utvikling og bruk av velferdsteknologi i samarbeid med blant andre NTNU i Gjøvik og NAV Hjelpemiddelsentralen.
5. Tilrettelegge og bemanne flere bokollektiver og opprette egne tilbud til grupper av omsorgstrengende med særlige behov.
6. Sikre tjenestetilbudet tilstrekkelig tilgang av kompetent helse- og omsorgspersonell.
7. Legge forholdene bedre til rette for frivillig deltakelse og innsats i helse- og omsorgsvirksomhet.
8. Arbeide for å øke arbeids- og aktivitetstilbud til ulike brukergrupper.

Mål for utvikling innenfor folkehelseområdet:

(jfr. Langtidsplan 2013)

Gjøvik skal fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller!

Dette innebærer at helsefremmende og forebyggende arbeid må tydeliggjøres som et prioritert satsingsområde i lokalsamfunnet og kommunen – og det skal legges til rette for samarbeid. Effekten av arbeidet skal kjennetegnes ved en positiv utvikling av de sentrale folkehelseindikatorne.

Strategier for målrettet utvikling innenfor plantemaet folkehelse:

- Stille krav og tilrettelegge for befolkningens helse – med den enkeltes ansvar for egenomsorg og det offentlige ansvar for helseopplysning og ulike velferdstilbud.
- Utarbeide oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorer og identifisere utfordringer som krever spesiell innsats.
- Utvikle møteplasser og fora for å fremme samhandling på tvers av sektorer og nivåer.
- Redusere ulykkesrisiko, helseskadelig støy, luftforurensning, stråling og smittespredning gjennom bl.a. interkommunalt samarbeid mellom planmyndigheter og Gjøvikregionen helse- og miljøtilsyn.

Folkehelsearbeidet er et ansvar for hele kommunen, og det er en målsetting i denne planperioden å få på plass et systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Styringsdokument for 2017

angir følgende prioriteringer for Helse og omsorg 2017-2020:

Drift

1. Styrke kompetansen i alle tjenester for å bidra til å bo lengst mulig i eget hjem.
2. Brukerstyring og kontroll over egen livssituasjon.
3. Helse og omsorg skal ha fokus på helsefremmende og forebyggende tiltak.
4. For personer som får funksjonsfall skal det settes inn tiltak slik at de blir mest mulig selvhjulpne.
5. Styrke tverrfaglig samarbeid internt og eksternt

Utvikling

1. Skape kultur for mer utvikling og iverksetting av nye idéer og kreative løsninger
2. Satse på hverdagsrehabilitering, egenmestring og aktiv omsorg.
3. Utvikle tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer.
4. Videreutvikle samarbeidet med fastlegene.
5. Benytte velferdsteknologi aktivt.

Kommunens Arbeidsgiverstrategi,

vedtatt i kommunestyret september 2016, gir følgende føringer:

Arbeidsgiverstrategien skal forberede oss på å møte et samfunns- og arbeidsliv i endring og gapet mellom forventninger og ressurser øker. Det innebærer at våre ansatte er utviklingsorienterte og

evner å gjennomføre de tiltak som er ønskelig for at Gjøvik kommune skal være en moderne og fremtidsrettet organisasjon.

Samfunnet utvikler seg mot større grad av individuell tilpasning, medvirkning og valgmuligheter. Rask teknologisk utvikling gir muligheter for nye løsninger. Digitalisering gir nye muligheter og skjer på alle områder i samfunns- og arbeidsliv. Det vil gripe inn i våre arbeidsprosesser og bidra til at medarbeidere kan løse oppgaver på nye måter. Teknologi og digitalisering er i seg selv en endringsfaktor for organisasjonen. Medarbeidernes kompetanse i bruk av IKT er avgjørende for utvikling og effektivisering av forvaltning og tjenesteutvikling.

Gjøvik kommune har to sentrale arbeidsgiverutfordringer

- **Evne til utvikling og nyskaping.**
- **Evne til å rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere.**

Målet for arbeidsgiverpolitikken

- **Yte tjenester med riktig kvalitet gjennom innovasjon, samarbeid og effektiv ressursbruk.**
- **Ha fornøyde brukere av kommunens tjenester.**
- **Være en attraktiv arbeidsgiver som klarer å rekruttere, beholde og utvikle sine medarbeidere gjennom meningsfylte oppgaver.**

3. STATUS OG UTFORDRINGSBILDER FRAM MOT 2025

Kommuneplanens samfunnsdel peker på følgende

Hovedutfordringer for Helse og omsorg

- Begrensede økonomiske rammer. Økt etterspørsel etter tjenester med økt krav til kompetanse og kapasitet setter sektoren under press. Kommunen har en desentralisert struktur med et bredt spekter av tilbud og tjenester på alle 6 omsorgssentra.
- Samhandlingsreformens krav om enda mer omsorg og behandling på kommunalt nivå stiller høyere krav til kapasitet, kompetanse, utstyr og tidlig innsats
- Flere pasienter med komplekse tilstander og utfordrende atferd behandles i kommunen, istedenfor tidligere i spesialisthelsetjenesten
- Forebyggende arbeid gjennom hele livsløpet krever mer samarbeid med andre sektorer
- Rekruttering av kompetente medarbeidere
- Kompetanse og fagutvikling
- Videreutvikling av tverrfaglig samarbeid
- Interkommunalt samarbeid
- Nye bygg medfører store investeringer
- For lite volum og variasjon i tjenestetilbudet innen psykisk helsearbeid overfor alle aldersgrupper

Yngreomsorg - hovedutfordringer

- Avlastningstilbud – stor etterspørsel; målsetting å ivareta foreldrene og unngå etablering av barneboliger
- Arbeids- og aktivitetstilbud: Behov for alternativ sysselsetting for personer som av ulike grunner ikke er i stand til å delta i ordinært arbeidsliv
- Psykisk helse: Reduksjoner og omlegginger i sykehusstilbudet vil kreve mer av kommunen – sannsynlig behov for flere tilbud med heldøgns bemanning

- Kontinuerlig behov for nye, bemannede botilbud. Målsetting at de som har omfattende bistandsbehov tilbys samlokaliserte boliger for å gi gode nok tjenester innenfor en økonomisk bærekraftig ramme.
- Behov for styrking av boveiledning og sysselsetting

Eldreomsorg - hovedutfordringer

- Store og økende forventninger og krav til tjenestene i befolkningen og i lovverket
- Lav grunnbemanning
- Høyere levealder, eldrebølgen gir kapasitetsutfordring
- Endret bosettingsmønster, økt behov i Gjøvik, redusert behov i distriktene.
- Tid og kapasitet til samhandling
- Nye investeringsbehov pga utdatert bygningsmasse på Biri og Snertingdal.

Kommunale utfordringer

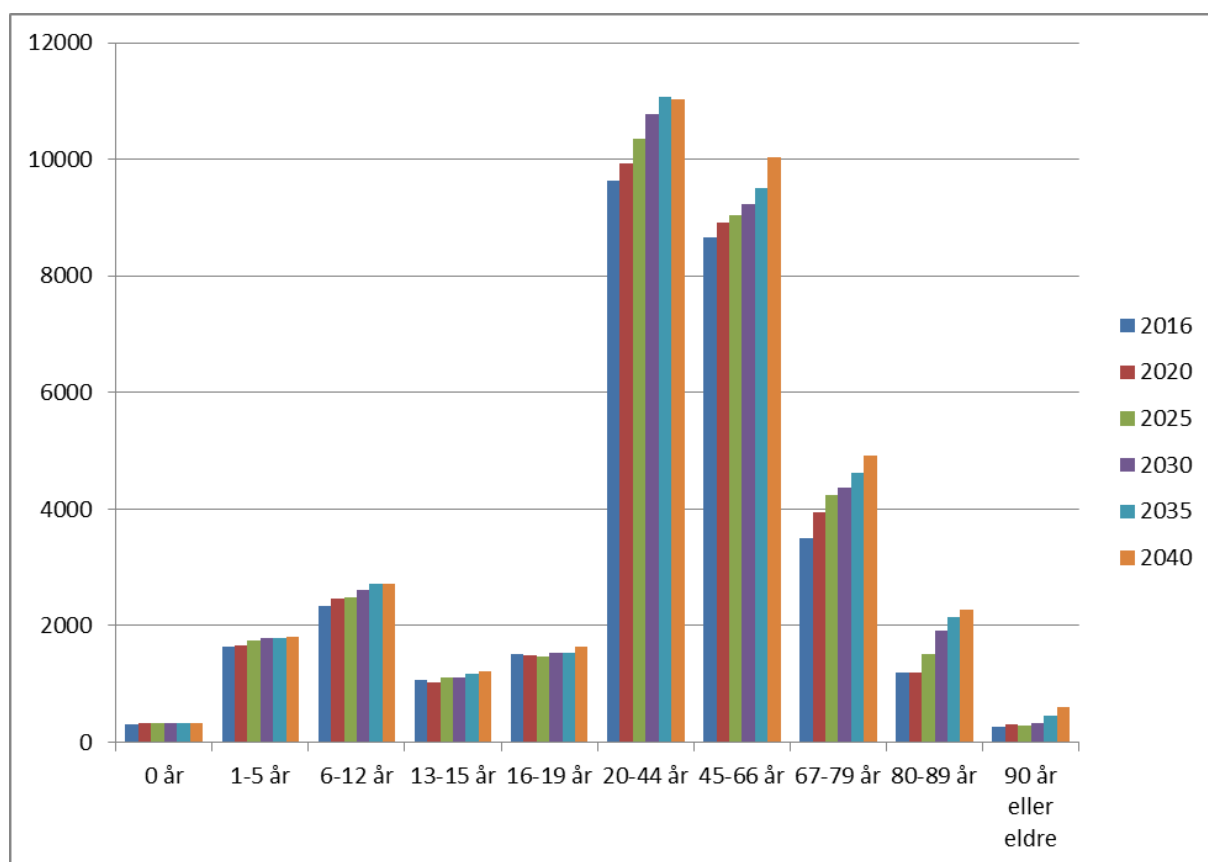
Med de utviklingstrekk og rammebetingelser som foreligger, stilles kommuneorganisasjonen overfor en rekke utfordringer. To sentrale arbeidsgiverutfordringer er evnen til utvikling og nyskaping, samt tilgang på og forvaltning av egen arbeidskraft.

Det er en utfordring å gi og videreutvikle kvaliteten på tjenester innenfor eksisterende økonomiske rammer. Disse forventes å bli strammere. Gjennom nytenking, kvalitetsutvikling og tverrfaglig samarbeid er det et mål å sikre en god faglig og økonomisk bærekraftig tjenesteproduksjon.

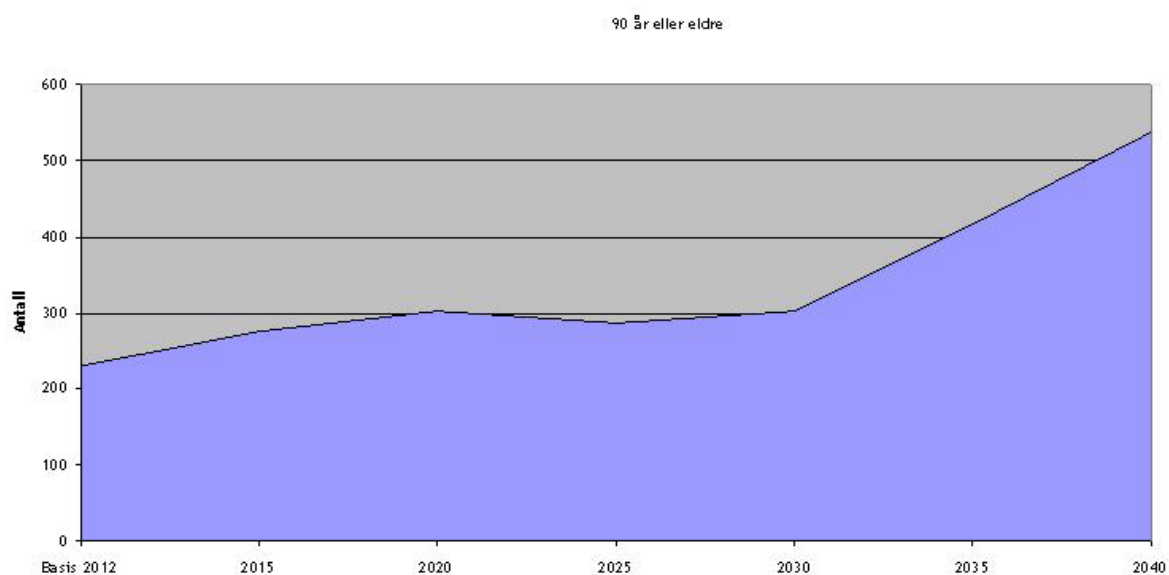
Overfor innbyggere og interessegrupper er det en utfordring å skape realistiske forventninger til hva kommunen skal løse og hva hver enkelt av oss må ordne og ta ansvar for. Kommunens servicetilbud og bruk av informasjonsteknologi skal utvikles slik at innbyggerne enkelt får kontakt med kommunen.

Befolkningsprognose mot 2040 (Kilde: Nøkkeltallshefte 2016)

(SSB, mellomalternativet, dvs med middels nasjonal vekst i fruktbarhet, levealder, mobilitet og innvandring)



Planlegging av helse- og omsorgstjenester har i flere år hatt fokus på at andelen av eldre i befolkningen vil øke sterkt. Andelen av personer 80 år og over øker særlig etter 2025. Innenfor eldrebefolkningen vil imidlertid andelen av personer 90 år og over ha en markant økning fram mot 2020.

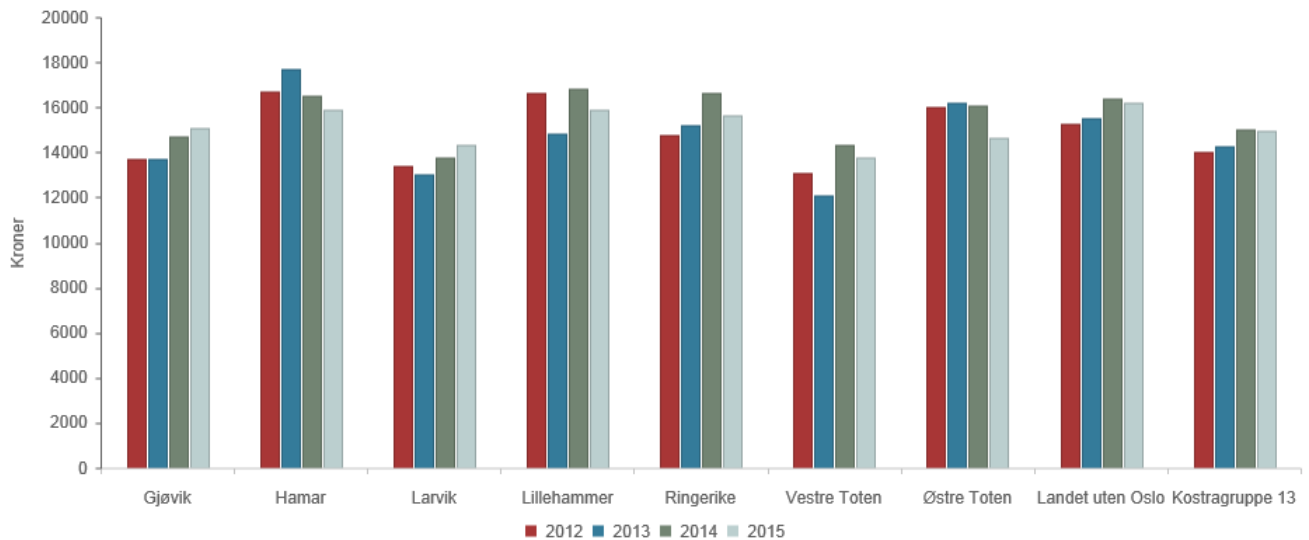


«Morgendagens omsorg» påpeker at det ikke er nok bare å framskrive problemene, men at framtidens brukere vil ha andre ressurser å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og sykdom med.

Ressursbruk i pleie- og omsorgstjenesten

Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten

**) Graf er justert med utgiftsbehov



Graf er justert med utgiftsbehov

Det fremkommer av tallene at Gjøvik kommune sine netto driftsutgifter utgjør kr 14.952 pr innbygger justert for behov. Dette er av de laveste i utvalget., omlag kr 1.245 lavere enn snittet for landet uten Oslo. Dette betyr at Gjøvik ville ha brukt omlag kr 37 mill. mer på pleie og omsorgstjenester i forhold til gjennomsnittet for landet uten Oslo.

Kilde: www.gjovik.kommune.no -> Nøkkeltallshefte 2016

Folkehelsebarometer Gjøvik 2017

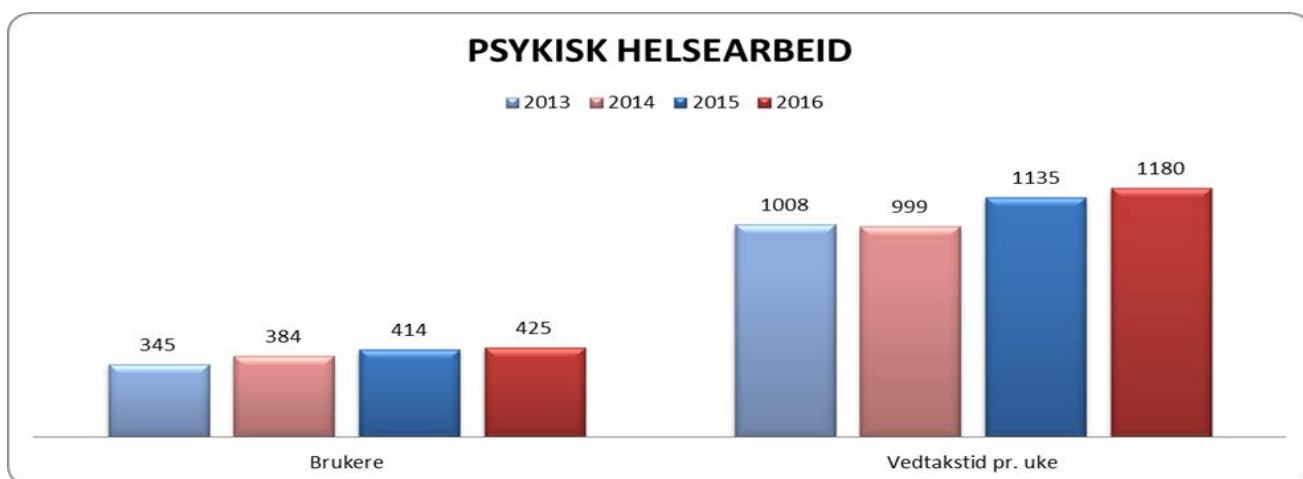
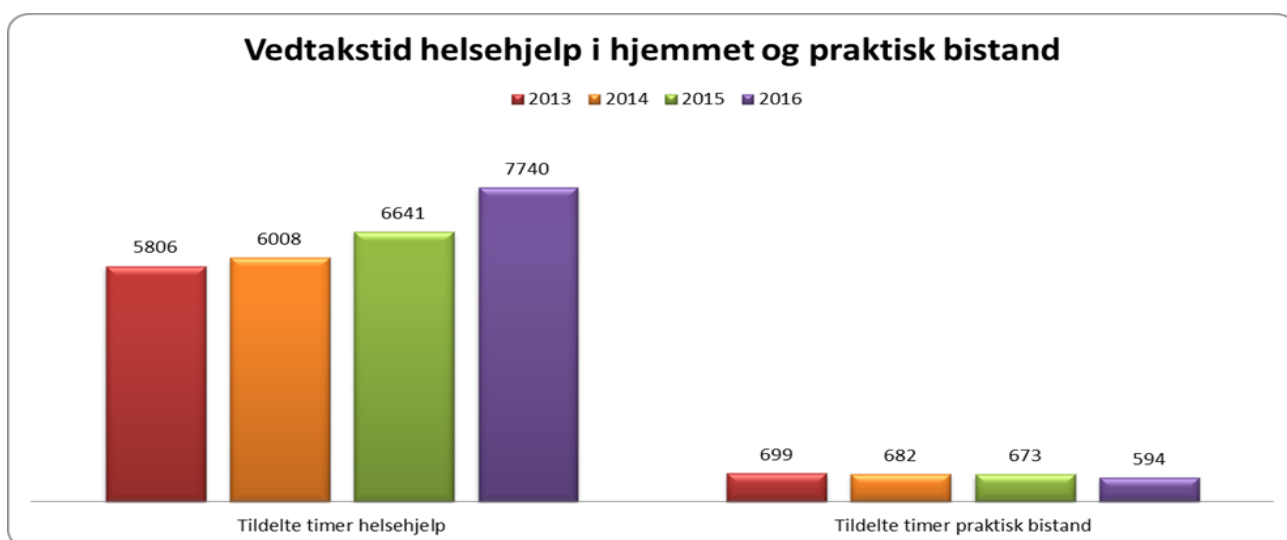
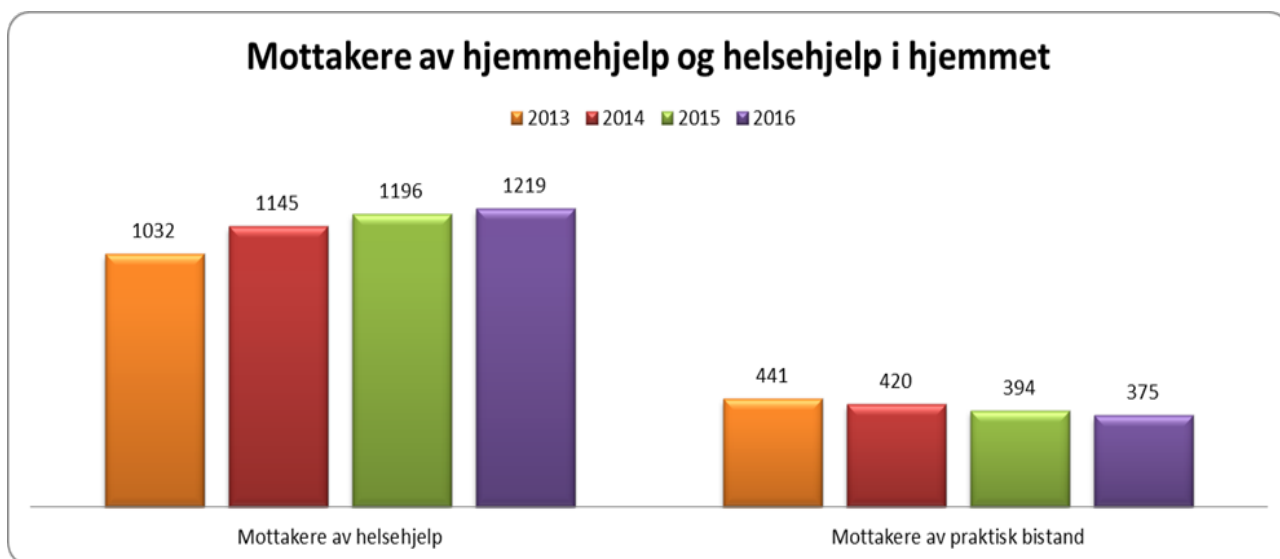
Kilde: Folkehelseinstituttet

<https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0502&sp=1&PDFaar=2017>

Utfordringer – områder der Gjøvik kommune ligger dårligere an enn gjennomsnittet for Norge:

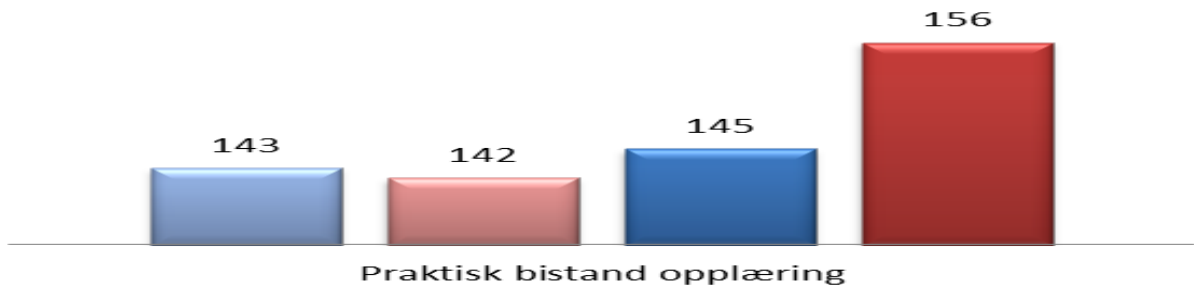
- Andel personer 30-39 år med videregående skole eller høyere utdanning
- Husholdninger med lav inntekt
- Barn av enslige forsørgere
- Uføretrygdde i alderen 18-44 år
- Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.
- Røyking, kvinner
- Psykiske symptomer, primærhelsetjenesten, 15-29 år
- Psykiske lidelser, primærhelsetjenesten
- Muskel og skjelettrelaterte plager
- Antibiotikabruk, resepter

Utvikling innen tjenester i hjemmet 2013-2016



Mottakere av praktisk bistand opplæring (Miljøarbeidertjeneste)

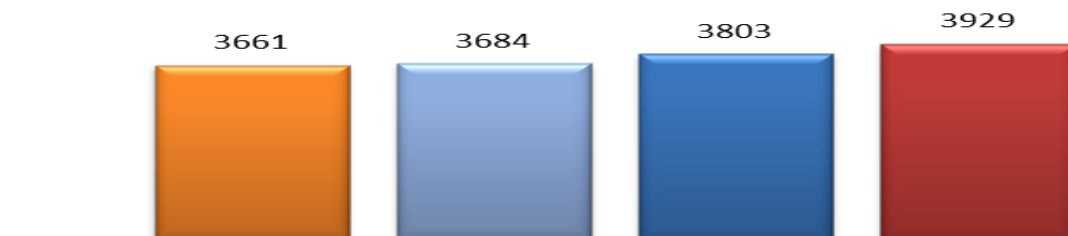
■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016



Praktisk bistand opplæring

Praktisk bistand opplæring - vedtakstimer pr. uke

■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016



Praktisk bistand oppl - vedtakstimer pr. uke

NØKKELTALL 2017

	Helse og omsorg totalt	Felles-oppgaver	Tilrettelagte tjenester	Hjemmetjenester	Sykehjemstjenester	Helse-tjenester	Forpleinings-tjenester
Antall brukere Pr 10.01.17	2549		551	1294 (+126 Sn dal)	177 inst pl 49 kort 129 lang	488	498 hjemmeboende 64 i bokoll 177 i inst
Antall årsverk	732,73	28,22	221,93 +1 (prosjekt)	221,61	188,5 +2 (USH)	41,57 +0,71 (prosjekt)	28,9
Antall ansatte (Lønn okt 2016)	1453	99	389	415	399	105	46
Antall ledere	40	3	10	10	11	3	3
Økonomisk ramme	Kr 548,9 mill						

INSTITUSJONSPLASSER OG BOLIGER pr. 01.01.17

Område	Institusjons- plasser	Bokollektiv	Øvrige omsorgs- boliger	Kommunale utleieboliger
Haugtun/ Sentrum	63		105	272
Snertingdal	34		10	18
Åslundmarka/ Hunndalen		24	45	125
Sørbyen	30+6	24	36	134
Biri	26	16	29	42
Nordbyen	24		16	52
Kjøpte plasser utenfor kommunen	1		1	
Sum	184	64	242	643
Institusjonsplasser består av 177 plasser i sykehjem og 6 plasser i avlastningsenhet for yngre funksjonshemmede.				
Omsorgsboliger er boenheter hvor det er fast tilknyttet bemanning hele eller deler av døgnet. I utleieboliger gis tjenester på timebasis, uten fast tilknyttet bemanning.				

Dagplasser for eldre (pr. dag):

Åslundmarka: 9 + 11

Nordbyen: 10

Biri: 5 (3 dager/uke)

Snertingdal: 7

Sørbyen: 10

I januar 2017 er det 120 brukere av dagtilbud.

Dekningsgrader innen tilbud til eldre

Område	Hele kommunen	Gjøvik/ Vardal	Biri	Snertingdal
Dekningsgrad %				
Sykehjem	9,7	4,8	8,1	6,1
Bokollektiv	7,2	6,4	8,1	12
Høyeste omsorgsnivå	16,9	11,2	16,2	18,1
Omsorgsbolig, med bemanning hele døgnet	5,9	5,4	13	0
Omsorgsbolig, med bemanning deler av døgnet	6,1	7,1	0	7,6
Alle tilbud med fast tilknyttet bemanning	28,9	23,7	29,2	25,7

Tall angir dekningsgrad for nåværende befolkningstall, og med antall plasser som er vedtatt i nye omsorgssentra.

Utvalg for helse, omsorg og velferd vedtok april 2013:

«Planlegging for tilbud på høyeste omsorgsnivå tar utgangspunkt i en dekningsgrad på 17 % for innbyggere 80 år og over.

Alle kommunens inntaksområder skal ha differensierte og likeverdige omsorgstilbud.»

Med «høyeste omsorgsnivå» menes plasser i sykehjem og bokollektiv med heldøgns omsorg.

Omsorgsboliger til unge voksne med funksjonsnedsettelse - «yngreomsorg» 2016

		Utviklingshemmede	Psykisk helse
Totalt GK	83	41	42
Gjøvik/ Vardal	63	32	31
Biri	19	9	10
Snertingdal	1	0	1

Boligmasse som kan bidra til å dekke behov for heldøgns omsorg

(Lagt fram for Utvalg for Helse, omsorg og velferd 13.04.16)

Gjøvik kommune har i samarbeid med Gjøvik boligstiftelse bygget en rekke boliganlegg siden slutten av 1980-tallet som i varierende grad ligger til rette for å kunne yte omsorg på heldøgns basis.

Boliger som er tilknyttet eller plassert nært omsorgssentrene anses som godt egnet til heldøgns omsorg. Noe bygningsmessig tilpasning må påregnes dersom det skal realiseres.

Følgende boliger vurderes som aktuelle for å kunne øke bemanning med tanke på å kunne tilby stor grad av fellesskap, som i bokollektiv:

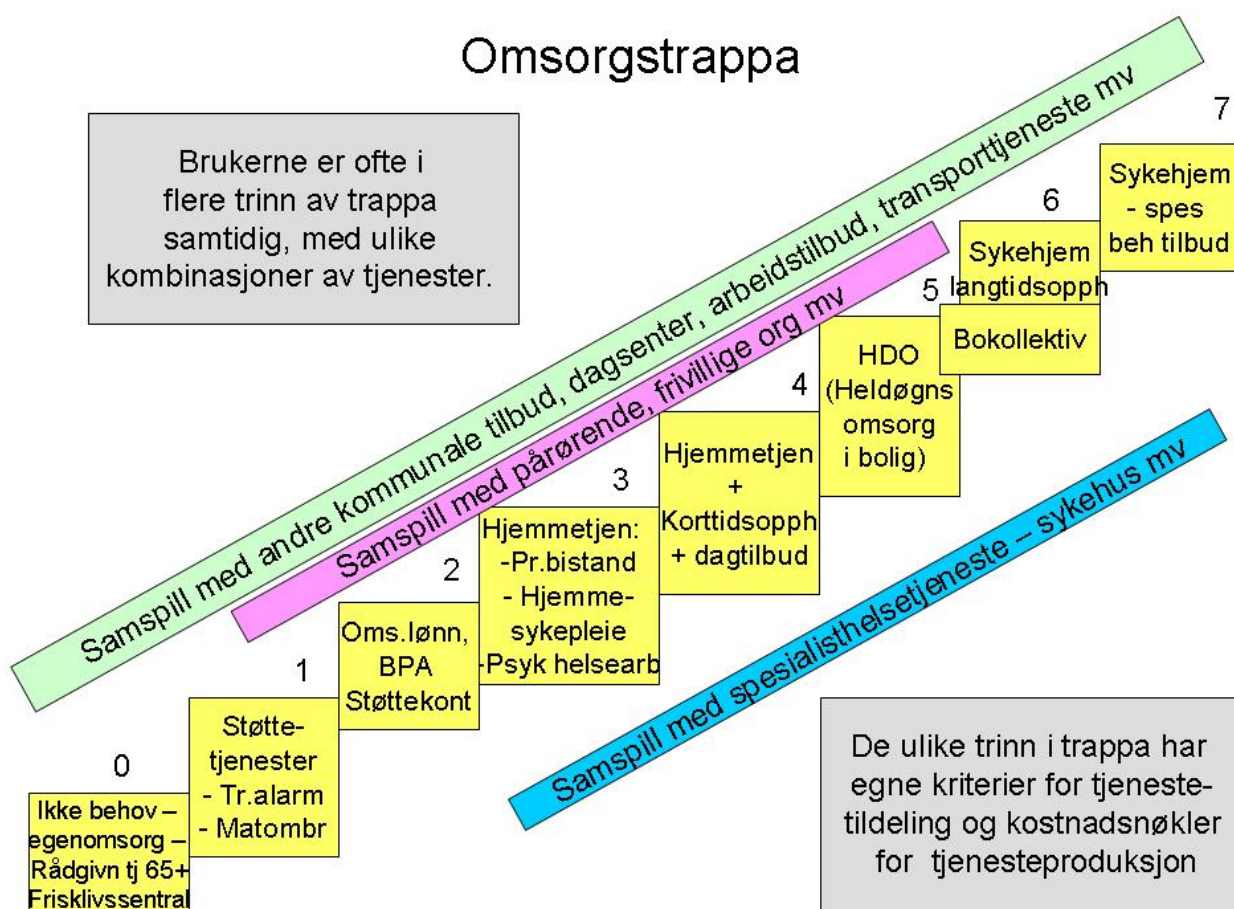
STED	ANTALL
Åslundmarka	40
Haugtun, 4. et – Storgt. 33	20
Furubakken _ Øvre Torvg. 2	47
Nordbyen – Ekornvn. 27	16
Sørbyen – Gimlevn. 6	16
Birivn. 55	10
Birivn. 51 (Furulua)	16
TOTALT	165

Fra kommunestyrets vedtak for Helse og omsorgsplan 2025, mai 2017:

Det henvises i administrasjonens vurderinger til den kommende eldrebølgen. Antall eldre i alle befolkningsgrupper som er avhengig av en eller annen form for offentlig omsorg vil øke. Det samme vil derfor gjelde alle former for botilbud samfunnet har ansvar for. Konsekvensene er:

- A. Administrasjonens forslag om omgjøring av dagens eldreboliger til heldøgns bemannede omsorgsboliger må vurderes nøye utfra egnethet i hvert enkelt tilfelle.
- B. En eventuell slik omgjøring til heldøgns bemannet omsorgsbolig må medføre at behovet for å bygge nye ordinære eldreboliger også vurderes nøye.
- C. Omgjøring av enkelte langtidsplasser må bare skje unntaksvis og etter en grundig faglig og politisk vurdering.

Omsorgstrappa



Omsorgstrappa viser et stort mangfold i tjenestetilbudet, og at det er mange ulike hjelpetiltak som kan settes sammen på ulike måter for å nå målet om at

"Gjøvik skal ha helse- og omsorgstilbud som gir alle et selvstendig og verdig liv!"

Den omhandler prinsippet om at utfordringer skal tas hånd om på laveste effektive omsorgsnivå i tjenesten (LEON-prinsippet), og det er viktig at kommunen har et godt utbygd og variert tjenestetilbud for å oppnå dette.

Det er viktig at brukeren får rehabilitering ved funksjonsfall, og som følge av det kan få et mer tilpasset tilbud på lavere omsorgsnivå. Brukeren skal m.a.o. kunne bevege seg både oppover og nedover i «trappa». Dette forutsetter høy grad av fleksibilitet, og ikke minst at sektoren holder idégrunnlaget klart for seg til en hver tid. Brukeren kan motta tjenester på de laveste nivåene i omsorgstrappa, selv om de samtidig også mottar tjenester på høyere nivå i perioder.

Morgendagens omsorg

Stortingsmeldingen som ble framlagt våren 2013 peker på nye muligheter for omsorgsfeltet:

"Den skal først og fremst gi helse- og omsorgstjenestens brukere nye muligheter til å klare seg selv bedre i hverdagen til tross for sykdom, problemer eller

funksjonsnedsettelse. Samtidig skal den gi grunnlag for å videreutvikle det faglige arbeidet, både for de som har størst behov for lindring og pleie, og de som daglig trenger assistanse gjennom et helt liv. Den skal også skape trygghet for at vi gjennom nyskaping og fornyelse fortsatt kan satse på de fellesskapsløsninger vi har bygd opp i vårt land. Vi skal ikke bare forsvare, men også utvikle velferdsstaten.”

4. BESKRIVELSE AV SATSNINGSOMRÅDER OG ØNSKET UTVIKLING FRAM MOT 2025

De 10 prinsippene som Helse- og omsorgsplan 2025 tar utgangspunkt i, anses fortsatt som relevante og aktuelle. Prinsippene danner en helhet og virker sammen.

Utgangspunktet for Helse- og omsorgsplanen er at etterspørselen etter tjenester øker i årene som kommer, mens de økonomiske og personellmessige ressursene ikke forventes å øke tilsvarende. Samtidig øker kravene til å yte høyere kvalitet og spesialiserte tjenester.

For at sektoren skal være økonomisk bærekraftig i framtida må tjenestene effektiviseres, strukturen rasjonaliseres, innovasjons- og brukerfokus økes, velferdsteknologi implementeres og kompetansen økes. Samtidig må det forebyggende folkehelsearbeidet prioriteres, rehabilitering styrkes, og det må implementeres en framtidsrettet boligpolitikk som legger til rette for å kunne bo hjemme lengst mulig.

Helse og omsorgsplanen bygger på prinsippet om en hjemmetjenestebasert organisering i en desentral modell med omsorgssenter på seks steder. Samtidig tar planen høyde for de krav som stilles til økt kompetanse og spesialisering i samspill med spesialisthelsetjenestene. Dette medfører behov for sentralisering av behandling og spesialiserte tjenester, mens botilbud og hjemmebaserte tjenester gis desentralt.

Befolkningsutviklingen i de ulike delene av kommunen innebærer et økt press i Gjøvik by og redusert etterspørsel i distriktene. Utvidelser og kapasitetsøkninger i tjenestene prioriteres av den grunn til Gjøvik by.

Nye og yngre brukergrupper med mer sammensatte behov vil føre til økt press på den tradisjonelle eldreomsorgen. Samtidig vil også gruppen eldre få mer sammensatte behov med bruk for tilsvarende tjenester. Inndeling av tiltakene er forsøkt satt opp slik at en først fokuserer på det forebyggende helseperspektivet og enkeltindividets ansvar for egen helse og alderdom. Innretning av det fremtidige kommunale tjenestetilbudet tar høyde for de utfordringer en vil møte i planperiodens siste år fram mot 2025.

På noen områder er utviklingen i ferd med å dreie, slik at det er nødvendig med noen justeringer. Tiltak vil måtte utvikles kontinuerlig og med ulik tidshorisont.

Prinsippene er:

1. Aktivt liv
2. Brukerstyring og kontroll over egen livssituasjon
3. ReHabiliteringsfokus i tjenestene – lengst mulig i eget liv
4. Tilrettelagte tjenester til yngre med funksjonsnedsettelse
5. Bo lengst mulig i eget hjem
6. Desentrale botilbud og hjemmetjenester
7. Heldøgns tjenester i omsorgsboliger
8. Styrking av spesialiserte helsetjenester og behandling
9. Spesialisering av demensomsorg
10. Innovasjon, velferdsteknologi, ledelse, kompetanse og rekruttering

Modell som beskriver sammenhengen i tjenestene

Tjenester i hjemmet Hjemmesykepleie/ helsehjelp i hjemmet Praktisk bistand Fysioterapi Ergoterapi Innsatsteam Matombringing Trygghetsalarm Teknologi og tekniske hjelpemidler	Institusjonsplasser for behandling i kommunen Observasjon Vurdering og behandling Kommunale akutte døgnplasser (KAD) Rehabilitering Etterbehandling Lindrende behandling Avlastning Spesialiserte institusjonsplasser for omsorg og behandling innen demens og/eller psykisk helse	Botilbud for langvarige, omfattende omsorgsbehov Omsorgsboliger Bokollektiv Bolig med fast tilknyttet bemanning Bofellesskap Samlokaliserte boliger
Helsefremmende og forebyggende arbeid Rådgivningstjenesten 65+ Frisklivssentral Legetjenester Pårørendeskole Dagtilbud Sosial aktivitet Sysselsetting og aktivisering Bydelskafé/ Bygdekafé Samarbeid med familie, frivillige lag og foreninger, lokalsamfunn		

1. Aktivt liv

Helse og omsorg skal være pådriver for at innbyggerne i Gjøvik tar ansvar for egen helse gjennom fysisk aktivitet, sosialt fellesskap og tilrettelegging av egen livssituasjon. For brukere av tjenester skal det legges vekt på selvstendighet og mestring gjennom et variert dag- og aktivitetstilbud i samarbeid med frivillig sektor.

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 helsa. I 2012 kom ny lov om folkehelsearbeid, hvor det heter at kommunen skal bruke alle sektorer for å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og utjevner sosiale helseforskjeller.

Aktiv omsorg

Kultur, måltider, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. For å utvikle en framtidsrettet og god omsorgstjeneste er det behov for større vektlegging av aktivisering både sosialt og fysisk og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov. Dagaktivitetstilbud blir ofte kalt det manglende mellomleddet i omsorgstjenestene.

(Morgendagens omsorg, 2013)

Brukere under 67 år: Arbeid og aktivitet - kultur og fritid

Prognosene viser at det vil bli en økning i brukergruppene innen yrkesaktiv alder (18-67 år). Dette gjelder personer som ikke er i stand til å konkurrere i det ordinære arbeidsmarkedet.

Arbeidslivet er en av de mest sentrale inngangsportene til fellesskap og deltagelse i samfunnet. Arbeidsplassen gir inntekter og er en arena for sosial deltagelse. Mange opplever også at arbeidsplassen gjennom meningsfylt aktivitet bidrar til økt livskvalitet (St. melding 40, 2002-2003: Nedbygging av funksjonshemmende barrierer)

Gjøvik kommune har et variert tilbud om arbeid og aktivitet for personer med ulike bistandsbehov, både på ordinær dagtid og på fritid, og tilbudene er under stadig utvikling. En antatt økning i brukergruppene innen yrkesaktiv alder (18-67 år) medfører behov for økt volum av meningsfylt arbeid og aktiviteter. Det må være en målsetting å få til økt samarbeid med NAV og få flere personer med funksjonsnedsettelse over i varig arbeid, og å få opprettet flere tilrettelagte arbeidsplasser innen både arbeidsmarkedsbedrifter og ordinære bedrifter.

Fra kommunestyrets vedtak for Helse og omsorgsplan 2025, mai 2017:

Gjøvik kommune må ha en gjennomgang av utviklingen i våre arbeidsmarkedsbedrifter (TOPRO, ATS, SPS) og se på nye løsninger og tilbud som baserer seg på utfordringene vi har i dag med å integrere yrkeshemmede i arbeidslivet. Dobling av uførhet blant unge menn, og et økende antall flyktninger med store krigstraumer, vil kreve en større satsing på tilrettelagte arbeidsplasser i disse bedriftene.

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Rådgivningstjenesten 65+

Tjenesten har som hovedoppgave å drive forebyggende og helsefremmende arbeid for pensjonister i kommunen. Tjenesten legger til rette for at seniorer kan opprettholde god helse og et aktivt liv, og ta i bruk muligheter som finnes i lokalsamfunnet. Tjenesten samarbeider både med private, offentlige og frivillige aktører. Tjenesten har et særlig fokus på tiltak for å forebygge ensomhet, ustøhet og fallulykker blant eldre. Tjenesten tilbyr blant annet veiledning gjennom hjemmebesøk og samtaler, arrangerer læring – og mestringstilbud og igangsetter ulike aktivitetstilbud i kommunen.

Frisklivssentralen

Frisklivssentralen gir et individuelt tilbud på Frisklivsresept til veiledning ift livsstilsendringer knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk til ca. 150 personer årlig. I tillegg deltar ytterligere 150 personer på Frisklivssentralens helsefremmende- og forebyggende gruppetilbud, som omfatter både treningsgrupper og lærings- og mestrings

tilbud. Frisklivssentralen ble etablert som et fast helsefremmende tiltak i forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012.

Dagtilbud for hjemmeboende personer med demens er opprettet i Åslundmarka i 2012 og i Sørbyen i 2015.

Aktivitetstilbud for yngre med funksjonsnedsettelse flyttet inn i nye lokaler ved Kopperud høsten 2011. Funksjon som aktivitetskoordinator ble opprettet. I 2016 er det etablert et utviklingsprosjekt i samarbeid mellom Helse og omsorg, NAV, ATS og NFU som ser på muligheter for å øke sysselsettings- eller aktiviseringstilbudet for personer med utviklingshemming.

Folkehelsestrategi: Forslag til felles strategi for folkehelsearbeid ble utarbeidet for kommunene i Gjøvikregionen i forbindelse med prosjekt rundt samhandlingsreformen. Statusdokument for folkehelsearbeidet i Gjøvik ble utarbeidet i 2012 med involvering av alle arbeidsgiverrepresentanter.

I 2014 vedtok kommunestyret at folkehelsearbeidet forankres politisk hos formannskapet som planutvalg. Administrativt er overordnet ansvar plassert hos sektor samfunnsutvikling, kommuneoverlegen. Lovpålagt oversikt over folkehelsen ble utarbeidet i 2015.

Frivilligmelding for Gjøvik kommune ble behandlet 2015. Denne synliggjør et bredt spekter av aktiviteter som foregår i lokalsamfunnet. Frivilligsentralen er en viktig samarbeidspartner for Helse og omsorg.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Stimulere til mer frivillighet og samhandling med lokalsamfunnet
- Tilby dagaktivitetstilbud til flere
- Øke antall arbeids- og aktivitetsplasser for yrkeshemmede
- Gjøre forebyggende og helsefremmende aktiviteter mer kjent for befolkningen

2. Brukerstyring og kontroll over egen livssituasjon

Morgendagens omsorg: Et levende velferdssamfunn skal hjelpe innbyggerne til å utnytte sine egne ressurser best mulig, og ikke gjøre dem til passive tjenestemottakere. Den største omsorgsressursen ligger derfor ofte hos brukerne selv.

Stortingsmeldingen bruker begreper som medborgerskap, samskaping, likemannsarbeid og brukerstyring, og inviterer brukere og deres representanter til aktiv deltakelse i morgendagens omsorgsfellesskap.

Det blir nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering.

«En fremtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet.» (Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld.St. 26 (2014-2015))

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Individnivå: Mål- og utviklingssamtaler mellom primærkontakt og bruker/ pårørende ved oppstart av tjenester gjennomføres i alle seksjoner. Alle brukere får tildelt primærkontakt som har spesielt ansvar for å tilrettelegge tjenestene i tråd med brukers ønsker og behov. Individuell plan er et sentralt verktøy i brukermedvirkning og benyttes til flere enn tidligere, men det er fortsatt utviklingspotensial på dette området.

Tjenestenivå: Innen tilrettelagte tjenester har man i lengre tid arbeidet med et system for brukerråd for personer med utviklingshemming lokalt på tjenestestedene, etter modell fra Bærum kommune. Helsedirektoratet har finansiert utviklingsarbeidet med ca 300 000 kroner pr år siden 2014. Målet er å etablere et sentralt brukerråd i kommunen. Tilrettelagte tjenester har i samarbeid med Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik gitt tilbud til pårørende av personer med psykisk sykdom om «Møteplass» siden 2010. Tiltaket skal sikre en erfaringsutveksling og kompetansespredning mellom pårørende og fagpersoner/ ledere med bistand fra LPP (Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse) og Voksne For Barn.

Systemnivå: Brukerrepresentanter oppnevnes i aktuelle prosjekter og prosesser, og Eldreråd og Råd for funksjonshemmede får jevnlig orientering om drift og får aktuelle saker til behandling. Brukerundersøkelser gjennomføres annethvert år, og resultatene benyttes til forbedringsarbeid.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Videreutvikle individuell plan som verktøy i brukermedvirkning
- Framtidas brukere har andre ressurser å møte sykdom og funksjonsnedsettelse med – dette vil åpne andre perspektiver og utfordre tjenesteapparatet til kommunikasjon, omsorg og tjenester på nye måter.
- Utvikle mer personorientert praksis
- Beslutte og iverksette system for brukerinvolvering og -styring på systemnivå
- Prøve ut system med brukerråd for flere målgrupper
- Gjennomføre systematiske brukerundersøkelser som grunnlag for forbedring av tjenestetilbudet

3. ReHabiliteringsfokus i tjenestene - lengst mulig i eget liv

Habilitering og rehabilitering er et prioritert satsingsområde innen alle tjenester i helse og omsorg og i samarbeid med andre aktuelle sektorer.

RO-rapporten (nov 2007) beskriver et inntrykk av at daglig tjenestepraksis i sum har et overveiende fokus på hvordan tjenesten kan kompensere for oppståtte funksjonsnedsettelser, resultat av "uhelse" og sykdom hos den enkelte innbygger som melder behov for tjenester. Tall tyder på at Gjøvik har en lavere terskel for tildeling av praktisk bistand enn gjennomsnittlig for andre kommuner.

Det vil være viktig at tjenestene i større grad orienterer seg mot hvordan den kan støtte opp under brukerens egenmestring og hvordan den enkelte kan tilrettelegge sin hverdag for å gjøre seg minst mulig avhengig av kommunale tjenester.

RO påpeker at kommunen har ubenyttet potensial når det gjelder tverrfaglig fokus. Ergo- og fysioterapikompetansen kan i større grad benyttes i vurdering av tjenestebehov, og kompetanse, arbeidsformer og metoder innen tilrettelagte tjenester kan med fordel

benyttes også overfor andre tjenestemottakere.

Dette kan innebære at flere brukere bør få tidsavgrensede vedtak der det legges opp til målrettede prosesser som har som formål at brukere får opplæring og veiledning til i størst mulig grad å tilpasse seg sin nye situasjon og gjøre seg uavhengig av kommunale tjenester. En slik praksis kan innebære større ressursinnsats over en kortere tidsperiode, framfor å gi lite bistand over lang tid.

KOSTRA-statistikk 2012, og i 2015, viser at Gjøvik fortsatt har en større andel av brukere med noe/ avgrenset bistandsbehov enn sammenliknbare kommuner.

Når det gjelder tilbudet til eldre med brått eller gradvis fall av funksjon, varierer tilbudet mellom kommunene. Den demografiske utviklingen tilsier at denne gruppen eldre vil øke sterkt de neste årene. Dette representerer kanskje den største rehabiliteringsmessige utfordringen. Samtidig er det også det største mulighetsområdet, ettersom det brukes svært store ressurser til kompenserende bistand og pleie til eldre.

Meld.St. 26 (2014-15)

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

ReHabiliteringsplan 2011-14 ble utarbeidet i 2011 for å konkretisere et viktig satsingsområde, og legges til grunn for planlegging av tiltak i årlige styringsdokumenter.

Tverrfaglig vurdering og tjenestetildeling: Lege, fysioterapeut, demenskoordinator og kreftkoordinator deltar nå fast i vurderinger som foretas i forbindelse med utmåling og vedtak om tjenester.

Individuell plan videreutvikles stadig som verktøy og det gis opplæring og oppfølging av tjenesteytere i rollen som individuell koordinator. Fra høsten 2016 blir planen elektronisk.

Innsatsteam for hjemmerehabilitering

Innsatsteamet ble opprettet i 2012 og er et tverrfaglig sammensatt team som følger opp intensivt i en periode for at brukere skal bo lengst mulig i eget hjem, koordinerer for å sikre gode og trygge overganger til hjemmet fra sykehuset og/eller institusjonsopphold, samt bistår Tildeling og koordinering med vurderingsbesøk på sykehuset.

Prosjekt Hverdagsrehabilitering ble gjennomført i 2013 med mål om å dyktiggjøre alle tjenesteytere i å stimulere brukermedvirkning og brukernes egen innsats for egenmestring. "Trening i stedet for pleie, selvhjelp i stedet for hjemmehjelp". Hverdagsrehabilitering ble implementert i hele hjemmetjenesten i 2015.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Revidere ReHabiliteringsplan
- Utvikle mer ressursorienterte arbeidsmetoder
- Flere vedtak bør være tidsavgrensede
- Øke grad av forebygging og tidlig intervensjon ved funksjonsfall
- Hverdagsrehabilitering skal være en innarbeidet metode for å redusere behov for vedvarende tjenester
- Kompetanseheving
- Etablere lærings- og mestringstilbud
- Øke stillingsressurser innen fysio- og ergoterapi
- Øke antall rehabiliteringsplasser i korttids sykehjem.

4. Tilrettelagte tjenester til yngre med funksjonsnedsettelse

Yngre med funksjonsnedsettelse omfatter to hovedgrupper: Personer med utviklingshemming og personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer.

For personer med utviklingshemming har det de siste 10-15 år vært en kontinuerlig utbygging av boliger og tjenester som har resultert i at kommunen i dag tilbyr relevante tjenester av god kvalitet.

Etablering av nye botilbud:

Tildeling og koordinering har oversikt over kjente brukere med funksjonsnedsettelse og omfattende bistandsbehov. For personer med utviklingshemming, anslås det å være behov for etablering av nye samlokaliserte boliger med 4-6 enheter hvert 4. år i fram mot 2025. I denne beregningen inngår ikke boliger til personer med alvorlige psykiske helseproblemer og stort bistandsbehov. Sistnevnte gruppe antas ikke å ha behov for samme grad av tilrettelegging i boligen, så for disse kan det vurderes om noen av eksisterende boliganlegg kan omdisponeres.

Ved etablering og tilrettelegging av boliger er utfordringen å optimalisere skjæringspunktet mellom individuelle behov, godt fagmiljø og effektive tjenester:

- Fleksible løsninger med vekt på individuell mulighet til å velge balanse mellom privatliv og fellesskap
- Vektlegge grundige prosesser sammen med brukere og pårørende for å komme fram til god beboersammensetning i hvert boliganlegg
- Universell utforming skal vektlegges
- Tilfredsstillende fasiliteter for personalet er en forutsetning

Utvikling av tjenestetilbud for personer med psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer:

Regjeringen vil styrke tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og med psykiske helseutfordringer. Meldingen beskriver hvordan regjeringen vil følge opp løftet om å bruke lov, plan og finansiering for å få på plass et lavterskel psykisk helsetilbud, herunder flere psykologer i kommunene. (Meld. St. 26(2014-15), sammendrag)

Samhandlingsreformen utvides fra 2017 til også å gjelde psykisk helsevern i større grad. Det er usikkert hvilke konsekvenser det vil få for kommunale tjenester, men det antas at etterspørselen vil øke. Økonomiske virkemidler er foreløpig uavklart.

Plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus innføres fra 2017. Veiledning fra Helsedirektoratet beskriver at personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, ofte også i kombinasjon med somatisk sykdom, er målgruppe for tilbudet.

Innføring av kommunal plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold for psykisk helse- og rusfeltet er ett av flere virkemidler og tiltak for å styrke det samlede tilbudet i kommunen. For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det et betydelig potensial for å unngå innleggelser gjennom etablering av gode kommunale tilbud, egnede boliger og tjenester, også for å forebygge kriser og akutt sykdom (s. 9).

De aller fleste kommuner har, etter at plikten trådte i kraft, opprettet et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter med somatisk sykdom. Samtidig vil de aller fleste

kommunene starte arbeidet med å planlegge hvordan tilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer skal ivaretas.

Formålet med å ta inn personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer er å gi et likeverdig tilbud til disse pasientgruppene innenfor det tilbudet som allerede er etablert for somatiske pasienter. (s. 5)

(Helsedirektoratet: **Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold** VeiledningsmaterieII, 2016)

Regjeringen tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling), men tidligst fra 1. januar 2018. (Meld.St. 26.)

I Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (Prop. 15 S 2015-2016) foreslår regjeringen følgende prioriteringer:

- Bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo
- Øke antall tiltaksplasser for de med nedsatt arbeidsevne
- Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer
- Åpne mottakssentre i de største byene og sørge for økt utbygging av oppsøkende behandlingsteam
- Økt kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk i alle sektorer

Sluttanalyse av Boligsosialt utviklingsprogram i Gjøvik (Rambøll 2016) påpeker at kommunen framover bør prioritere arbeidet med personer med rus- og/ eller psykiske helseutfordringer og styrke arbeid med fleksible, individuelt tilrettelagte booppfølgingstjenester.

BrugerPlan – en kartlegging av personer med rus- og/eller psykiske lidelser – gjennomført 2016; viser ca 470 personer i Gjøvik kommune som har en eller annen form for oppfølgingstjenester.

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Dialogmøter med brukere og pårørende er gjennomført jevnlig i forbindelse med planlegging av boliger og aktivitetssenter.

Avlastningsenhet og aktivitetssenter er bygget og tatt i bruk 2011.

Samhandling med Divisjon psykisk helsevern er i stadig utvikling både på individ- og systemnivå.

Planlegging og bygging av nye boliger pågår i en kontinuerlig prosess sammen med Gjøvik boligstiftelse, brukerorganisasjon og brukere/pårørende. Bygging av nye boliganlegg ble gjennomført i 2013 og 2015. Nye særskilt robuste boenheter er under planlegging.

Ansvar for oppfølgingstjenester til personer med ROP-lidelser er fra 2015 samlet i Tilrettelagte tjenester i Helse og omsorg ved at ruskonsulenter ble overført fra NAV.

STYRK-prosjektet er en oppfølgingstjeneste for personer over 16 år med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse) som har ønske og mål om rusfrihet.

FACT-team er under utredning i 2016 i samarbeid med NAV og Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik. Dette dreier seg om å utvikle en modell for en fleksibel, oppsøkende tjeneste for

mennesker som har alvorlige psykiske lidelser, ofte en kombinasjon av ulike lidelser som fører til alvorlige utfordringer på flere livsområder og svikt i fungering.

Helhetlig tjenestemodell for barn med store bistandsbehov: Oppvekst og Helse og omsorg prøver ut en samarbeidsmodell med tanke på å redusere antall personer som gir tjenester til barnet.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Opprette og utvikle tjenester for å oppfylle krav om å kunne tilby kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus
- Tilrettelegge for at yngre med funksjonsnedsettelse får et tilpasset bolig- og tjenestetilbud. For personer med behov for heldøgns bistand etableres samlokaliserte boliger i aktiv dialog med brukere og pårørende
- Tilrettelegge for samarbeid mellom familier som ønsker å bygge tilrettelagte boliger selv
- Utvikle differensierte bo- og tjenestetilbud til personer med ROP-lidelser
- Planlegge nye boliganlegg fortløpende ut fra behov
- Utvikle tiltak og tjenester innen psykisk helse og rusarbeid for å møte endringer i samfunnsutviklingen generelt og pågående endringer innen spesialisthelsetjenesten
- Utvikle nye samarbeidsmodeller mellom kommunen og 2.linjetjenesten for personer med ROP-lidelser

5. Bo lengst mulig i eget hjem

I Gjøvik kommune skal det legges til rette for at innbyggerne skal få bo lengst mulig i eget hjem. Dette betyr at hjemmetjenestetilbudet utvikles i takt med økende behov

I dette begrepet ligger det at en ønsker å satse på egen bolig – opprinnelig bolig eller omsorgsbolig – som boform framfor institusjon. Når bruker bor i egen bolig, bruker kommunen kun ressurser til tjenester, ikke til bo-funksjonen.

Kommunale sykehjem må oppgraderes til å drive aktiv behandling, mens mer langvarige behov for trygghet og omsorg ivaretas i egen bolig, da gjerne i bokollektive løsninger for de med størst omsorgsbehov. En slik satsing medfører økt behov for heldøgns bemanning i omsorgsboliger. Kommunen vil imidlertid ha behov for noen spesialiserte institusjonsplasser for omsorg og behandling innen demens og/eller psykisk helse.

..vil regjeringen bidra til en faglig styrket hjemmebasert helse- og omsorgstjeneste. Dette kan være et viktig supplement til legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Ved godt samarbeid mellom tjenestene kan det etableres alternativ til innleggelse i sykehus eller et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

(Meld. St. 26 (2014-15), sammendrag)

For øvrig er strategiene som er beskrevet under aktivt liv, brukerinnflytelse og rehabiliteringsfokus viktige faktorer i forhold til å kunne bo lengst mulig i eget hjem. Universell utforming legger vekt på å utforme omgivelsene slik at de fungerer for alle, også personer med ulike funksjonsnedsettelse. Ved planlegging, bygging, ombygging og restaurering av private boliger må det stilles krav til livsløpsstandard.

For barnefamilier med krevende omsorgsoppgaver, er støttetjenester som avlastning, støttekontakt og tilsynsordning etter skoletid etterspurte tjenester som gjør det mulig for unge med funksjonsnedsettelse å bli boende i familiehjemmet fram til voksen alder.

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Utvikling av tjenestetilbudet i hjemmetjenesten: Det er gjort en systematisk gjennomgang av arbeidsoperasjoner og ansvar innen hjemmetjenesten, der blant annet primærkontaktens oppgaver er tydeliggjort, med økt fokus på avklarings- og målsamtaler med bruker, pårørende og nettverk.

Ansatte er skolert i bruk av nytt medisinsk-teknisk utstyr, legemiddelhåndtering er omlagt til multidose gjennom apotek, og dokumentasjon skjer ved hjelp av bærbart, elektronisk utstyr. Kommunens hjelpemiddellager er sentralisert og oppgradert.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Ytterligere satsing på bokollektiv, heldøgnsbemannede omsorgsboliger og styrket hjemmetjeneste.
- Økt bruk av velferdsteknologi for å styrke brukernes egenomsorg
- I større grad støtte opp under og utløse ressurser hos brukerne selv, pårørende, nettverk og nærmiljø
- Vurdere modernisering og oppgradering av eksisterende omsorgs- og utleieboliger i samarbeid med Gjøvik boligstiftelse
- Økt satsing på tiltak som utsetter behov for heldøgns omsorg, som for eksempel dagtilbud og avlastning
- Bedre informasjon til brukere om Husbankens muligheter for ombygging av bolig
- Styrke ambulante tjenester og boligsosialt arbeid for personer med psykiske lidelser og/eller rus

6. Desentrale botilbud og hjemmetjenester

Omsorgssentrene videreutvikles som en sentral plass i de lokalsamfunn de er en del av, med fokus på å få til enda bedre samspill og godt partnerskap i nærmiljøet. Modellen bygger på gode faglige nettverk og utveksling av personell på tvers av steder. Geografisk tilhørighet er viktig ved ivaretagelse av langvarige bistandsbehov, men vektlegges ikke ved behov for korttidsplass og behov for spesialiserte tjenester som for eksempel rehabilitering og lindrende behandling. Disse tjenestene gis sentralt. Det forutsettes at antallet plasser og boliger til pleie- og omsorgsformål og fordeling på ulike typer må være gjenstand for kontinuerlig vurdering og ta hensyn til behovet for rasjonell drift samt befolkningsutviklingen i de ulike deler av kommunen.

Fra kommunestyrets vedtak, mai 2017:

Det kan ikke aksepteres en reduksjon av antall omsorgsdistrikt. Det vil svekke andre satsingsområder i HO-planen, slik som samhandling med lokalsamfunnet og aktiv omsorg, der familie og nærmiljø er viktige elementer, og geografisk tilhørighet er en forutsetning.

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Sammensetning av tjenestetilbud ved omsorgssentrene: I vedtak for Helse og omsorgsplan 2025 ble det forutsatt at antall og typer plasser til pleie- og omsorgsformål skulle være gjenstand for kontinuerlig vurdering. I 2013 er det gjort vedtak om dekningsgrad for tilbud på høyeste omsorgsnivå. I 2010 ble det gjort en forstudie "Modell for framtidige helse- og omsorgssenter" som legges til grunn for planlegging av nye bygg. Følgende rekkefølge for bygging ble vedtatt: Nordbyen, Biri og Snertingdal.

Antall og typer avdelinger som har base ved omsorgssentrene varierer, og samarbeid i lokale lederteam er derfor utviklet på hvert sted utfra ulike behov.

Omsorgssentrene fungerer i økende grad som møteplass i nærmiljøet, blant annet som resultat av organiserte aktiviteter og tilbud ved kafeene.

Nytt omsorgssenter i Nordbyen ble ferdigstilt i 2016.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Bygging av nytt omsorgssenter på Biri, bestående av 16 sykehjemsplasser og 16 bokollektivplasser
- Bygging av nytt omsorgssenter i Snertingdal, bestående av 16 bokollektivplasser, 8 sykehjemsplasser og 6 plasser for personer med demens og utfordrende adferd
- Antallet korttidsplasser i Snertingdal videreføres som langtidsplasser fram til nytt senter er ferdigstilt
- Rådmannen bes legge fram egen sak med utredning av alternative tomter i Snertingdal
- Skape mer aktivitet og stimulere til mer frivillighet og samhandling med lokalsamfunnet

7. Heldøgns tjenester i omsorgsboliger

Den hjemmetjenesteorienterte strategien, med stadig flere av tilbudene som heldøgns trygge tjenester i ulike typer boformer utenfor institusjon, videreføres.

”Det foregår en spennende utvikling i kommunene, der sykehjemsrommene begynner å ligne fullverdige boliger og dagens omsorgsboliger bygges sammen og blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. Snart ser vi ikke lenger forskjell på moderne små sykehjemsenheter med høy bostandard og lokale bo- og servicesentra med egne boliger....Regjeringen ønsker å ta med det beste fra de to ulike tradisjonene..”

(Morgendagens omsorg, 2013, s. 26)

Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger

Ved utgangen av 2014 bodde nesten 90.000 av omsorgstjenestenes 270.000 brukere i sykehjem eller omsorgsboliger. Dette er beboere i alle aldersgrupper med svært ulike boligbehov. Noen er inne til kort tids avlastning eller rehabilitering, andre skal motta heldøgns omsorg over lengre tid. Noen skal tilbringe livets siste dager, andre skal leve et langt liv der, med bistand fra helse- og omsorgstjenesten. Noen trenger mye rom rundt seg for ikke å ødelegge livet for andre. Andre har stort behov for fellesskap. Det finnes derfor ikke bare ett svar på hvordan omsorgstjenestens bo- og institusjonsformer bør bygges og organiseres. Skal dette være brukernes omsorgstjeneste og dekke deres ulike behov, krever det et mangfold av løsninger. “Det nye sykehjemmet” ser derfor ikke lenger ut som et tradisjonelt sykehjem med store avdelinger og like rom i mange etasjer med lange korridorer. Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger må utformes ut fra brukernes behov, og ha en mer fleksibel utforming.

Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

I kommunens vedtatte kvalitetsstandard for omsorgsboliger (2010) heter det at langvarige behov for trygghet og omsorg ivaretas i omsorgsbolig, da gjerne i bokollektive løsninger for de med størst omsorgsbehov. Det tilstrebes at beboere i omsorgsbolig får tilpasset tjenestetilbudet i boligen livet ut.

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Omsorgsboligbegrepet ble gjennomgått og presisert i egen sak i 2010, og siden da brukes omsorgsbolig om boliger som har fast tilknyttet bemanning hele eller deler av døgnet. Bokollektiv er den typen omsorgsboliger som har størst grad av fellesskap og -aktiviteter, blant annet felles måltider.

Heldøgns bemanning ble etablert i omsorgsboligene ved Haugtun i 2010.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Oppgradering av bemanning til heldøgns omsorg ved eksisterende boliger i Sørbyen, Nordbyen og Furubakken. Disse kommer til erstatning for langtids sykehjemsplasser.
- Ta i bruk flere velferdsteknologiske løsninger

Fra kommunestyrets vedtak for Helse og omsorgsplan 2025, mai 2017:

- Det er behov for å øke antall plasser med heldøgns omsorg i sentrum. Det må utredes et nytt byggetrinn på Haugtun eller å omgjøre 4. etasje eller en kombinasjon av begge tiltak. En slik utbygging/ending må gi både heldøgns bemannede omsorgsboliger og ordinære sykehjemsplasser.
- Som en foregangskommune innen det grønne skiftet søker Gjøvik kommune å etablere ordninger som kan nyttiggjøre seg ikke-standardiserte lokalproduserte matvarer til bruk i kommunale virksomheter.

8. Styrking av helsetjenester

Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, påpeker at de kommunale tjenestene er viktige, og blir i årene fremover stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.

Legetjenester

Alle innbyggere har rett til å ha en fastlege, og alle som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendige helsetjenester. Befolkningen i Gjøvik øker, blant annet som følge av at det bosettes 125 flyktninger pr. år, og antall studenter ved NTNU Campus Gjøvik øker. Det er i 2016 få ledige plasser på listene til fastlegene, og behovet for flere leger er påtrengende.

I Meld. St.nr 26 foreslås det at alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin. Dette kompetansekravet vil ytterligere utfordre rekruttering av leger.

Meld. St. 26 påpeker at avtalesystemet for leger og fysioterapeuter er en stor lederutfordring:

De individuelle avtalene motvirker intern ledelse på det enkelte legekantor/fysikalsk institutt, fordi den enkelte er ansvarlig for sine tjenester. Viktigere er at de vanskeliggjør styring og ledelse fra kommunens side, siden avtalene er livslange og tjenestene i stor grad reguleres av rammeavtaler inngått mellom KS og fagforeningene og finansieres av staten. Mye tyder på at kommunene i varierende grad har oppfattet det som sitt ansvar å styre virksomheten. Ansvaret er imidlertid tydelig plassert i kommunen, også for disse tjenestene.

Gjøvik interkommunale legevakt er et samarbeid mellom 7 kommuner med et befolkningsgrunnlag på 93500, hvor 60 fastleger deltar. I 2015 var det 58 000 henvendelser til legevakten, og antall legekonsultasjoner har økt med 38 % siden 2006.

Plikt til døgnåpen legevakt kom i 2013. All formidling til daglegevakt i alle 7 kommuner, skjer gjennom legevakten.

Fra 2015 tok kommunen over arbeidsgiveransvaret for sykepleiepersonalet i legevakta. Tidligere var det avtale med Sykehuset Innlandet om leie av denne tjenesten.

Behov for større areal

Legevakten opplever stadig, og i raskt økende grad å være underdimensjonert i forhold til de krav og belastninger som foreligger. Bemanningen for både sykepleiere og leger i vakt er økt for å møte den økte pågangen av pasienter og for å oppfylle kravet i akuttmedisinforskriften. Det kommer ofte flere ambulanser samtidig (opptil 20 i løpet av en helg).

Sykehjem

Sykehjemmenes korttidsfunksjoner sentraliseres med vekt på et helhetlig rehabiliteringstilbud, medisinsk og lindrende behandling i nært samarbeid med sykehus og øvrige omsorgssentre.

Behovet for korttidsplasser til rehabilitering og avlastning er sterkt økende, og bør så langt som mulig skilles fra bo- og institusjonstilbud som er innrettet for lengre opphold.

Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Lindrende enhet åpnet ved Haugtun i 2010, og med det var Gjøvik i forkant av samhandlingsreformen med å bygge opp tilbud som tidligere ble gitt i sykehus.

Flere korttidsplasser er en viktig forutsetning for at kommunen skal klare å ta ut pasienter fra sykehuset når de blir meldt utskrivingsklare. Fra 2011 har alle plasser i 3. etasje ved Haugtun vært benyttet til korttidsopphold, og kompetansen er styrket med flere spesialutdannede sykepleiere, fysioterapeuter og leger. Imidlertid er det stadig utfordringer knyttet til å skrive pasientene ut fra korttidsopphold til andre botilbud; dermed oppstår «køproblematikk».

Kommunale plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KAD) ble opprettet på Haugtun i 2014.

Endringer i pasientsammensetningen: Det har vært en økning i andel sykehjemsbeboere med mer komplekse helsetilstander. Som resultat av kortere liggetid i sykehus og at flere brukere betjenes lenger i eget hjem (opprinnelig bolig eller omsorgsbolig), har sykehjemsavdelingene fått nye og utvidede oppgaver. En større andel av plassene benyttes til korttidsplasser hvor det er flere medisinskfaglige oppgaver knyttet til smerte- og symptomlindring, rehabilitering og oppfølging/ viderebehandling etter sykehusopphold, noe som krever en oppgradering av kompetanse, medisinsk teknisk utstyr og ressurser. Planlegging av tjenester til disse pasientene krever en helhetlig tenkning som omfatter både omsorg i hjemmet og sykehjem.

Kvalitetsutvikling: Sykehjem har hatt fokus på flere kvalitetsprosjekter, blant andre:

- Gjennomgang av medikamentbruk hos beboerne i samarbeid mellom lege, farmasøyt og sykepleier
- Bedret ernæring, i samarbeid med forpleiningstjenesten
- Tiltak for å forebygge fall
- Miljøbehandlingsprosjekt – aktivisering i hverdagen av pasienter med demens
- SAM-AKS: Et samhandlingsprosjekt mellom alderpsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet og flere sykehjem i Oppland for å utvikle en modell for oppfølging av pasienter som bor i sykehjem

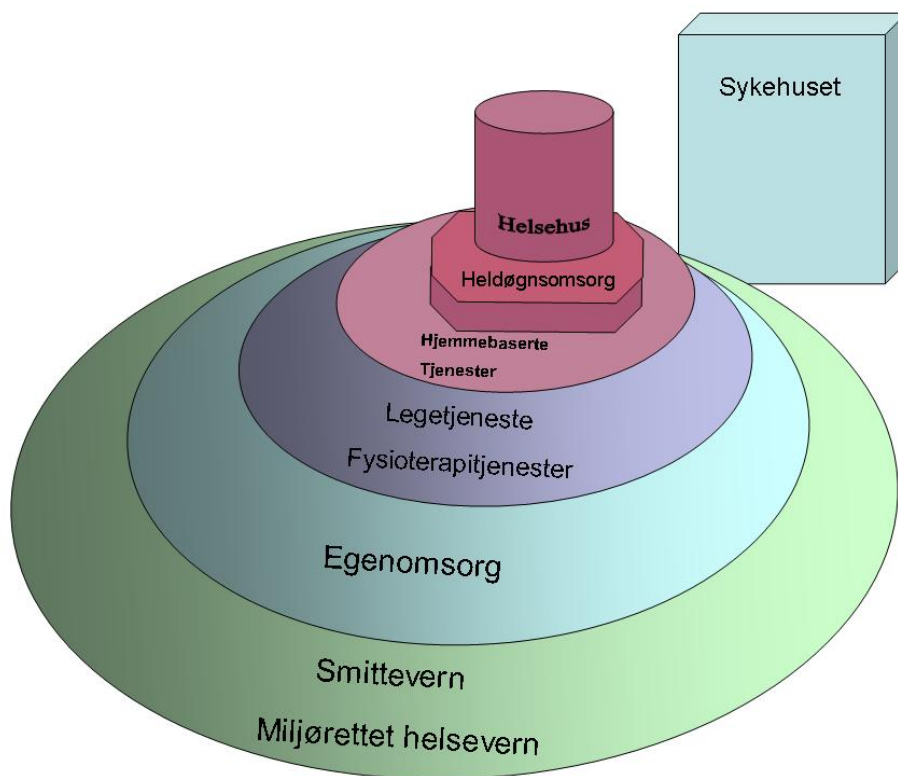
Ønsket utvikling mot 2025:

- Få på plass avtale med Sykehuset Innlandet om utvidelse og oppgradering av lokalene til Gjøvik interkommunale legevakt
- Opprette flere hjemler for fastleger
- Opprette tjenester for å oppfylle krav om å kunne tilby kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KAD) innen psykisk helse og rus
- Haugtun bygges opp som senter for behandling og spesialiserte tjenester. Dette omfatter kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KAD), kommunens korttids sykehjemsplasser, lindrende enhet og behandling for personer med tilstander som krever høy faglig kompetanse døgnet rundt
- Korttidsplassene sentraliseres til Haugtun
- Korttids institusjonsopphold for avlastning kan tilbys desentralt
- Ha kapasitet og kompetanse til å ta i mot samtlige utskrivningsklare pasienter fra sykehus
- Styrke og utvikle samhandling mellom fastlegene og øvrige helse- og omsorgstjenester, blant annet vurdere organisering av legetjenester i bokollektiv og heldøgns bemannede boliger

Fra kommunestyrets vedtak for Helse og omsorgsplan 2025, mai 2017:

- Innføring av samboergaranti - ektepar og samboere skal få mulighet til å bo sammen på institusjon selv om bare en har fått vedtak om langtidsopphold. Det forutsettes at den andre part også trenger helse- og omsorgstjenester, samt delvis oppfyller kriterier for tildeling av korttidsopphold.

FIGUR: Kommunehelseperspektivet



9. Spesialisering av demensomsorg

Spesialisering av demensomsorg består i å ha et spesialisert bo- og behandlingstilbud til personer med demens og utfordrende atferd, døgnenheter for personer med demens, egne dagtilbud og arbeidslag for demens innen hjemmetjenesten.

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Demensplan 2009-12 ble utarbeidet i 2009 for å konkretisere et viktig satsingsområde, og legges til grunn for planlegging av tiltak i årlige styringsdokumenter. Denne revideres i 2017 og nye tiltak og utviklingsbehov vil bli beskrevet der.

Demenskoordinator, stilling kom på plass i 2010. Dementsteam er opprettet ved hvert omsorgssenter og rutiner for diagnostisering av demenssykdom er utarbeidet.

Spesialisering av demensomsorg har dreid til å bestå i egne arbeidslag i hvert distrikt i hjemmetjenesten, kompetanseheving gjennom "Demensomsorgens ABC", egne dagtilbud, pårørendeskole, bokollektiver og spesialiserte avdelinger innen sykehjem.

Demensomsorg i Åslundmarka består nå av opprinnelige tre bokollektiv med 17 plasser, dagtilbud med 8 plasser daglig og ytterligere 7 plasser i bokollektiv åpnet i 2013.

Demensvennlig samfunn – kommunen har signert avtale med Demensforeningen om å bli demensvennlig samfunn.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Etablere et spesialisert bo- og behandlingstilbud med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for innbyggere med demens og/eller psykiske lidelser
- Etablere flere bokollektiv for demente ved omsorgssentrene
- Flere dagplasser ved omsorgssentrene for personer med demens
- Ytterligere kompetanseheving
- Tilrettelegging av tilbud ift demens og psykiske lidelser
- Utvikling av ideen om demensvennlig samfunn

10. Innovasjon, velferdsteknologi, ledelse, kompetanse og rekruttering

Morgendagens omsorg utfordrer til mer radikal innovasjon, mer intensivt implementering av velferdsteknologiske hjelpemidler, høyere krav til lederutvikling og kompetanseøkning og utvikling av attraktive arbeidsplasser for å sikre tilstrekkelig rekruttering.

Meldingen beskriver behovet for endringer og gir føringer for videre utvikling av tjenesten som i stor grad er å anse som en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten. Disse forutsettes iverksatt innenfor gjeldende økonomiske rammer. Eksempler på dette er systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet og ledelse av tjenestene.

(Meld. St. 26(2014-15))

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er blitt en stor og kompleks virksomhet som legger beslag på en stor del av samfunnets ressurser. Det er et stort behov for innovasjon og utvikling i årene fremover. Det stiller store krav til ledelse og til lederne. Tjenesten trenger et lederløft. Det er behov for å styrke ledelsen på alle nivåer. Det er behov for flere ledere, men fremfor alt for ledere med god lederkompetanse og tilgang på solid helse- og sosialfaglig kompetanse.

(Meld. St. 26(2014-15))

Ledelse

Det er mange tegn på at ledelsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag ikke er god nok. Helsetilsynet har gjentatte ganger sagt at deres tilsynsfunn tyder på mangelfull kvalitetssikring og kontroll, og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. Det er mange årsaker til ledelsesutfordringene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har med årene blitt en stor og kompleks virksomhet. For å ivareta det lovpålagte ansvaret og de krav som stilles til styringssystemer i form av internkontroll og kontinuerlig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, kreves kompetente ledere på alle nivåer. Det er lav ledertetthet i sektoren og lav lederkompetanse hos for mange av lederne.

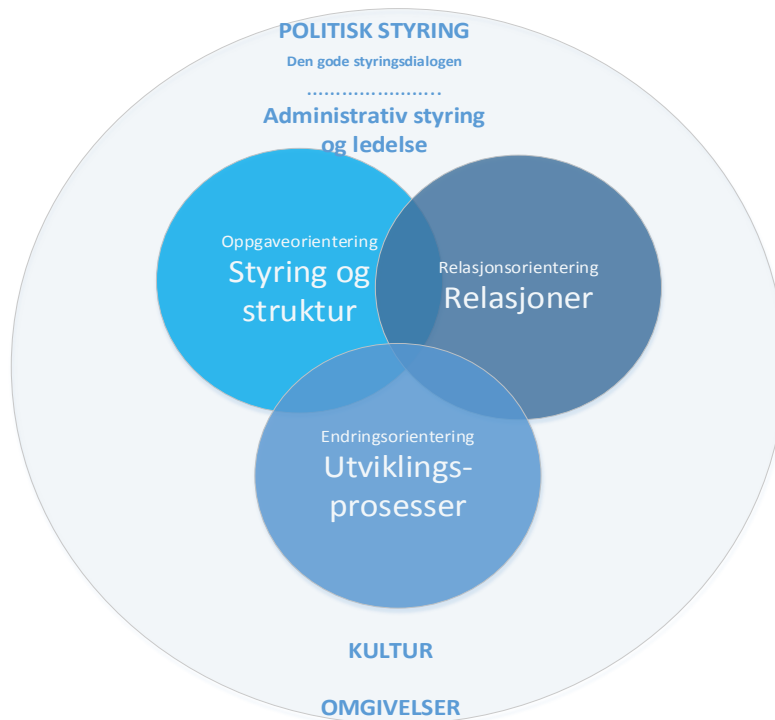
(Meld. St. 26(2014-15))

*Kommunens arbeidsgiverstrategi (2016) gir følgende føringer for **ledelse**:*

Ledere forvalter en del av rådmannens lederansvar, og har ansvar for å ivareta arbeidsgiverrollen ovenfor egne medarbeidere. Ledere har også et ansvar for å spille de folkevalgte gode. Ledere har ansvar for å iverksette politiske vedtak og oppnå politiske mål, fremskaffe god styringsinformasjon og vise åpenhet i beslutningsprosesser. Ledere må være i aktivt samspill med omgivelsene for å finne nye løsninger og involvere innbyggere og andre aktører i utviklingen av tjenestene, herunder frivillige organisasjoner.

Våre ledere har et særlig ansvar for å gjennomføre en levende og synlig arbeidsgiverpolitikk. Våre ledere skal legge til rette for at medarbeiderne opplever mestring og motivasjon. Vi

skal ha myndiggjorte medarbeidere som får tatt i bruk sin kompetanse til beste for tjensteytingen. Dette kan gjøres gjennom å kommunisere tydelige forventninger, gi råd, støtte og konstruktive tilbakemeldinger. Gode ledere rekrutterer gode medarbeidere. En god leder må kunne balansere mellom ulike hensyn som drift og utvikling, styring og ledelse samt samspill med omgivelsene i kontinuerlig endring og omstilling. Å legge til rette for endringsprosesser er derfor en kjerneoppgave for ledere. Ledere i Gjøvik kommune skal være kompetente til å utøve dette lederskapet. Det forventes at ledere mestrer ulike roller og forventninger.



Dette viser at krav og forventninger til ledere i Helse og omsorg er svært omfattende. En kompliserende faktor er at kun en liten andel av de ansatte er på jobb samtidig med lederen; de øvrige er på jobb kveld, natt, helg og i ferier. Lederspenet er i noen virksomheter svært stort; en leder kan ha over 30 årsverk, fordelt på 70 personer.

Innovasjon handler om å skape brudd med gjeldende praksis, redefinere behov og finne nye løsninger. Det kan beskrives som:

- Kjent eller ny viten kombinert på en ny måte eller brukt i en ny sammenheng
- Ideer omsatt til bedre praksis som skaper merverdi
- Driftig, dristig og eksperimenterende i formen
- En ny måte å forholde seg til oppgaven på – en kultur
- En prosess der resultatet ikke er kjent på forhånd

(NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg)

Helse og omsorg står overfor et framtidsbilde der vi må få til mer for mindre. Hvordan kan vi utnytte velferdsteknologi til å få til trygge tjenester med færre personalressurser? Er det mulig å få til dette og samtidig skape økt livskvalitet for innbyggerne? Er det mulig at flere kan klare seg lengre i eget liv uten hjelp fra det offentlige? Det er behov for en innsats for å endre tankesett hos ansatte, brukere, pårørende, politikere og innbyggere ellers og lete etter nye løsninger. Vi vet ikke nøyaktig hvor vi skal, og det er ønskelig å få med et bredt spekter av aktører til å finne ut av det.

Velferdsteknologi

Formålet med å bruke velferdsteknologi er å gi enkeltmennesket mulighet til å mestre eget liv og helse, styrke det offentliges oppgaveløsning gjennom innovasjon og anvendelse av ny teknologi og bedre kunne møte de fremtidige utfordringene. (NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg)

Kompetanseutvikling

Helse og omsorg har, i samarbeid med øvrige kommuner i Gjøvikregionen, utarbeidet egen kompetanseplan der det er en uttalt målsetting å benytte kompetansen strategisk for å oppnå organisasjonens faglige mål.

Rekruttering

Omsorgstjenestene kjennetegnes av stor andel deltidsansatte, samtidig med at det daglig er en utfordring å fylle vaktlistene med personale som innehar relevant kompetanse. Det er uheldig at nyutdannede og nytilsatte ikke kan tilbys hele stillinger, både ut fra deres egen kompetanseheving, men også fordi det tar lengre tid å bli funksjonsdyktig i arbeidet. I tillegg er det et alvorlig signal å gi fra arbeidsgiver, når vi vet at vi i fremtiden har behov for at flere velger yrker innen helsevesenet.

Det er behov for nye tiltak og løsninger for å møte disse utfordringene. For eksempel ved å etablere rekrutteringsstillinger med klare krav og tilbud, vil vi ha mulighet for å kunne inngå langsiktige avtaler med studenter.

Den nye arbeidsmiljøloven åpner for at partene i arbeidslivet kan inngå avvikende tariffavtaler. Kommunen må i samarbeid med tillitsvalgte i økende grad inngå avtaler om arbeidstid som går ut over arbeidsmiljølovens bestemmelser med tanke på å øke andelen av heltidsstillinger og øke rekruttering av høykompetente medarbeidere.

Fra kommunestyrets vedtak for Helse og omsorgsplan 2025, mai 2017:

Vedtaket i kommunestyret i april 2015 om at de gamle bestemmelsene i Arbeidsmiljøloven fortsatt skal gjelde i Gjøvik, skal være retningsgivende for ansettelsespolitikken i planen.

Sentrale tiltak og hendelser siden 2009:

Ledelse: Fra 2009-2016 har sektor Helse og omsorg vokst fra 605 til 733 årsverk, og omfang av ledernes ansvar og oppgaver utfordres stadig. Kontorfaglig enhet har forbedret rutiner og styrket støtte til lokale lederteam i betydelig grad. Mange av lederne har gjennomført lederutdanning, blant annet gjennom regionalt opplæringsprogram i samarbeid med Fagakademiet.

Personalfasiliteter: Krav til nødvendige lokaler for personalet har hatt fokus gjennom samarbeid med verneombud og tillitsvalgte, og lokaler er oppgradert ved flere boliganlegg.

Fagutvikling: Stilling som leder av utviklingsenheten ble fjernet i forbindelse med budsjettsaldering i 2011, likevel ivaretas fagutvikling kontinuerlig i tjenestene. Utviklingsenhet for hele tjenesteområdet er bemannet med 1,5 faste og 1,4 prosjekt-årsverk, og har ansvar for utvikling og drift av elektroniske pasient- og personaladministrative systemer, samt kvalitetssystem.

Utviklingssenter for sykehjem i Oppland, Haugtun, har ansvar for og deltar i en rekke forsknings- og utviklingsprosjekter og har ansvar for spredningsarbeid til hele fylket. Tre

kommuner i Nord-Gudbrandsdal har tilsvarende hatt ansvar for utviklingssenter for hjemmetjenester. I 2016 innføres en ny ordning for utviklingssenter, der Helsedirektoratet krever at utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester samles hos én vertskommune. Kommunestyret i Gjøvik har vedtatt at det søkes på nytt om å bli tildelt rollen som vertskommune i denne ordningen fra 2017.

Helse og omsorg har hatt deltaker på innovasjonsskolen i 2015 og skal ha det i 2017.

Regionalt kompetansesamarbeid (ReKs) for helse- og omsorgstjenester i Gjøvikregionen ble opprettet i 2015. En sykepleier er ansatt for å koordinere arbeidet, i tillegg til at hver av kommunene har en representant. ReKs utarbeider et omfattende kurstilbud som henvender seg til alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene i regionen.

Etisk kompetanseheving ble igangsatt som prosjekt i 2009 og etisk refleksjon er innført som system i alle avdelinger. For dette mottok Gjøvik kommune KS og Helse- og omsorgsdepartementets Etikpris i 2011.

Velferdsteknologi kan defineres som teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. (NOU 2011:11)

Helse og omsorg i Gjøvik benytter mange typer av hjelpemidler og teknologi i tjenestene, og deltar også i utvikling av nye produkter og tjenester. Her kan nevnes elektronisk meldingsutveksling mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og fastleger og sykehus; utprøving av spillteknologi i samarbeid med NTNU Gjøvik; økt bruk av medisinsk-teknisk utstyr i sykehjem og hjemmetjenester; planlegging av nye omsorgssenter med utstrakt bruk av teknologi.

I 2015 ble alle trygghetsalarmer skiftet ut til digital plattform, noe som gjør det mulig å kople til flere typer varslinger.

Høsten 2016 ble et arbeid igangsatt med en strategi for bruk av velferdsteknologi – forventes framlagt i løpet av 2017.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Innovasjon. Skape kultur for ytterligere utvikling og iverksetting av nye ideer og kreative løsninger. Utdanne flere medarbeidere innen innovasjon og øke utviklingsressursene innen Helse og omsorg.
- Velferdsteknologi – benyttes målrettet som ledd i brukernes egenmestring og tjenestens oppgaveløsning
- Ledelse og lederspenn. Økt fokus på lederutvikling. Lederspennet skal reduseres, dvs andelen lederressurser skal økes.
- Faglig omstillingsarbeid som både foredrer omsorgstjenestens pleiefaglige arbeid og tar i bruk bredere tverrfaglig kompetanse på rehabilitering, brukerstyring og sosialt nettverksarbeid
- Øke samhandling på tvers av tjenester
- Legge til rette for inntak av flere lærlinger og styrke oppfølging av lærlingene
- Vurdere økt lønn, endrede turnuser og inngå avtaler med fagforeninger for å øke andelen heltidsstillinger som tiltak for å bedre rekruttering
- Øke andelen med høyere utdanning og spesialutdanning ved rekruttering

VEDLEGG: POLITISK BEHANDLING AV Helse og omsorgsplan 2025 – revisjon 2016

35/2017: Helse- og omsorgsplan 2025 - revisjon 2016

Kommunestyret 04.05.2017:

Behandling:

Heidi Vifladt fremmet på vegne av posisjonen følgende tilleggsforslag:

1.

Det henvises i administrasjonens vurderinger til den kommende eldrebølgen. Antall eldre i alle befolkningsgrupper som er avhengig av en eller annen form for offentlig omsorg vil øke. Det samme vil derfor gjelde alle former for botilbud samfunnet har ansvar for. Konsekvensene er:

A. Administrasjonens forslag om omgjøring av dagens eldreboliger til heldøgns bemannede omsorgsboliger må vurderes nøye utfra egnethet i hvert enkelt tilfelle.

B. En eventuell slik omgjøring til heldøgns bemannet omsorgsbolig må medføre at behovet for å bygge nye ordinære eldreboliger også vurderes nøye.

C. Omgjøring av enkelte langtidsplasser må bare skje unntaksvis og etter en grundig faglig og politisk vurdering.

2.

Tilleggspunkt under «ønsket utvikling», side 26: Det er behov for å øke antall plasser med heldøgns omsorg i sentrum. Det må utredes et nytt byggetrinn på Haugtun eller å omgjøre 4. etasje eller en kombinasjon av begge tiltak. En slik utbygging/endring må gi både heldøgns bemannede omsorgsboliger og ordinære sykehjemsplasser.

3.

Det kan ikke aksepteres en reduksjon av antall omsorgsdistrikt. Det vil svekke andre satsingsområder i HO-planen, slik som samhandling med lokalsamfunnet og aktiv omsorg, der familie og nærmiljø er viktige elementer, og geografisk tilhørighet er en forutsetning.

4.

Vedtaket i kommunestyret i april 2015 om at de gamle bestemmelsene i Arbeidsmiljøloven fortsatt skal gjelde i Gjøvik, skal være retningsgivende for ansettelsespolitikken i planen.

5.

Følgende dimensjonering skrives inn i planen

a. Bygging av nytt omsorgssenter på Biri, bestående av 16 sykehjemsplasser og 16 bokollektivplasser

b. Bygging av nytt omsorgssenter i Snertingdal bestående av 16 bokollektivplasser, 8 sykehjemsplasser og 6 plasser for personer med demens og utfordrende adferd.

6.

Settes inn før «Sentrale tiltak ...» på side 18. Gjøvik kommune må ha en gjennomgang av utviklingen i våre arbeidsmarkedsbedrifter (TOPRO, ATS, SPS) og se på nye løsninger og tilbud som baserer seg på utfordringene vi har i dag med å integrere yrkeshemmede i arbeidslivet. Dobling av uførhet blant unge menn, og et økende antall flyktninger med store krigstraumer, vil kreve en større satsing på tilrettelagte arbeidsplasser i disse bedriftene.

7.

Ønsket utvikling s. 26: Som en foregangskommune innen det grønne skiftet søker Gjøvik kommune å etablere ordninger som kan nyttiggjøre seg ikke-standardiserte lokalproduserte matvarer til bruk i kommunale virksomheter.

8. Der rådmannens vurderinger og anbefalinger ikke er i tråd med de politiske føringene, tas disse ut av Helse og Omsorgsplanen. Det gjelder:

- Kpt 0 SAMMENDRAG der siste setning i andre avsnittet strykes («Rådmannen vurderer at.....»)
- Kpt 3 STATUSUTFORDRINGER OG UTFORDRINGSBILDER FRAM MOT 2025 ,rett under hovedoverskriften på linje 4 der ordet «kostbar» fjernes (i første prikkpunkt)
- Side 30 under «Ønsket utvikling mot 2025» : i første kulepunkt fjernes ordene «ved Biri omsorgssenter».

Torvild Sveen fremmet opposisjonens forslag til Helse- og omsorgsplan (eget vedlegg i saken).

Kjetil Weyde fremmet følgende forslag til punkt 9:

Innføring av samboergaranti - ektepar og samboere skal få mulighet til å bo sammen på institusjon selv om bare en har fått vedtak om langtidsopphold. Det forutsettes at den andre part også trenger helse- og omsorgstjenester, samt delvis oppfyller kriterier for tildeling av korttidsopphold.

Voting:

Helhetlig innstilling fra Formannskapet ble satt opp mot alternativet til opposisjonen. Formannskapets innstilling vedtatt mot 20 stemmer.

Pkt. 1 - Enstemmig vedtatt

Pkt. 2 - Enstemmig vedtatt

Pkt. 3 - Enstemmig vedtatt

Pkt. 4 - Vedtatt mot 20 stemmer

Pkt. 5a - Vedtatt mot 20 stemmer

Pkt. 5b - Enstemmig vedtatt

Pkt. 6 - Enstemmig vedtatt

Pkt. 7 - Enstemmig vedtatt

Pkt. 8 - Enstemmig vedtatt Tilleggsforslag fra Kjetil Weyde

Pkt. 9 - Enstemmig vedtatt

KOM- 35/2017

Vedtak:

Helse og omsorgsplan 2025 godkjennes med følgende endringer og presiseringer:

1. Endringer i teksten:

- a. Side 19, avsnitt vedrørende Allhuset fjernes.
- b. Kulepunkt 4 side 22 fjernes.
- c. Kulepunkt 3 side 24 endres til: «tilrettelegge for samarbeid mellom familier som ønsker å bygge tilrettelagte boliger selv».
- d. Side 30, første kulepunkt: skal være punktum etter psykiske lidelser. «ved Biri omsorgssenter» tas bort.

2. Antallet korttidsplasser i Snertingdal videreføres som langtidsplasser fram til nytt senter er ferdigstilt.

3. Korttidsplassene sentraliseres til Haugtun.

4. Rådmannen bes legge fram egen sak med utredning av alternative tomter i Snertingdal.

1.

Det henvises i administrasjonens vurderinger til den kommende eldrebølgen. Antall eldre i alle befolkningsgrupper som er avhengig av en eller annen form for offentlig omsorg vil øke. Det samme vil derfor gjelde alle former for botilbud samfunnet har ansvar for. Konsekvensene er:

A. Administrasjonens forslag om omgjøring av dagens eldreboliger til heldøgns bemannede omsorgsboliger må vurderes nøye utfra egnethet i hvert enkelt tilfelle.

B. En eventuell slik omgjøring til heldøgns bemannet omsorgsbolig må medføre at behovet for å bygge nye ordinære eldreboliger også vurderes nøye.

C. Omgjøring av enkelte langtidsplasser må bare skje unntaksvis og etter en grundig faglig og politisk vurdering.

2.

Tilleggs punkt under «ønsket utvikling», side 26: Det er behov for å øke antall plasser med heldøgns omsorg i sentrum. Det må utredes et nytt byggetrinn på Haugtun eller å omgjøre 4. etasje eller en kombinasjon av begge tiltak. En slik utbygging/ending må gi både heldøgns bemannede omsorgsboliger og ordinære sykehjemsplasser.

3.

Det kan ikke aksepteres en reduksjon av antall omsorgsdistrikt. Det vil svekke andre satsingsområder i HO-planen, slik som samhandling med lokalsamfunnet og aktiv omsorg, der familie og nærmiljø er viktige elementer, og geografisk tilhørighet er en forutsetning.

4.

Vedtaket i kommunestyret i april 2015 om at de gamle bestemmelsene i Arbeidsmiljøloven fortsatt skal gjelde i Gjøvik, skal være retningsgivende for ansettelsespolitikken i planen.

5.

Følgende dimensjonering skrives inn i planen

- a. Bygging av nytt omsorgssenter på Biri, bestående av 16 sykehjemsplasser og 16 bokollektivplasser
- b. Bygging av nytt omsorgssenter i Snertingdal bestående av 16 bokollektivplasser, 8 sykehjemsplasser og 6 plasser for personer med demens og utfordrende adferd.

6.

Settes inn før «Sentrale tiltak ...» på side 18. Gjøvik kommune må ha en gjennomgang av utviklingen i våre arbeidsmarkedsbedrifter (TOPRO, ATS, SPS) og se på nye løsninger og tilbud som baserer seg på utfordringene vi har i dag med å integrere yrkeshemmede i arbeidslivet. Dobling av uførhet blant unge menn, og et økende antall flyktninger med store krigstraumer, vil kreve en større satsing på tilrettelagte arbeidsplasser i disse bedriftene.

7.

Ønsket utvikling s. 26: Som en foregangskommune innen det grønne skiftet søker Gjøvik kommune å etablere ordninger som kan nyttiggjøre seg ikke-standardiserte lokalproduserte matvarer til bruk i kommunale virksomheter.

8.

Der rådmannens vurderinger og anbefalinger ikke er i tråd med de politiske føringene, tas disse ut av Helse og Omsorgsplanen. Det gjelder:

- Kpt 0 SAMMENDRAG der siste setning i andre avsnittet strykes («Rådmannen vurderer at.....»)
- Kpt 3 STATUSUTFORDRINGER OG UTFORDRINGSBILDER FRAM MOT 2025 ,rett under hovedoverskriften på linje 4 der ordet «kostbar» fjernes (i første prikkpunkt)
- Side 30 under «Ønsket utvikling mot 2025» : i første kulepunkt fjernes ordene «ved Biri omsorgssenter».

9.

Innføring av samboergaranti - ektepar og samboere skal få mulighet til å bo sammen på institusjon selv om bare en har fått vedtak om langtidsopphold. Det forutsettes at den andre part også trenger helse- og omsorgstjenester, samt delvis oppfyller kriterier for tildeling av korttidsopphold.