GJØVIK KOMMUNE

Helse- og omsorgsplan 2030

Vedtatt av kommunestyret

28.04.2022

Innhold

Forord **4**

1.0 Sammendrag **5**

2.0 Overordnede føringer for helse og omsorg **6**

2.1 Bakgrunn 6

2.1.1 Dagens organisering i helse og omsorg 7

2.1.2 Modell som beskriver sammenhengen i tjenestene 8

2.2 Nasjonale styringsdokumenter 9

2.3 Kommunale styringsdokumenter 10

2.3.1 Kommuneplanens samfunnsdel (2018) 10

2.3.2 Styringsdokument for 2021 11

2.3.3 Kommunens arbeidsgiverstrategi 11

2.3.4 Omsorgstrappa 12

2.3.5 Helseberedskapsplanen 12

2.3.6 Aktuelle fagplaner 12

3.0 Utfordringer **13**

3.1 Befolkningsutvikling 14

3.2 KOSTRA 2020 15

3.2.1 0-66 år, hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov 15

3.2.2 67-79 år, brukere pr. 1000 innbyggere 16

3.2.3 80 år og over, brukere pr. 1000 innbyggere 17

3.3 Kapasitet 19

3.3.1 Institusjonsplasser og boliger pr. 01.01.2022 19

3.3.2 Boliger der det er mulig å øke bistandsnivå 19

3.3.3 Kostnadsbilde for omsorgsboliger og sykehjem 20

3.3.4 Dagplasser for eldre (pr. dag): 21

4.0 Innsatsområder **21**

4.1 Bo lengst mulig i eget hjem 22

Ønsket utvikling mot 2030: 23

4.2 Ledelse, innovasjon, velferdsteknologi, kompetanse og rekruttering 24
Ønsket utvikling mot 2030: 26
4.3 Styrking av helsetjenester 27
Ønsket utvikling mot 2030: 29
4.4 ReHabiliteringsfokus i tjenestene 30
Ønsket utvikling mot 2030: 32
4.5 Aktivt liv 32
Ønsket utvikling mot 2030: 33
4.6 Brukerstyring og kontroll over egen livssituasjon 33
Ønsket utvikling mot 2030: 34
4.7 Tilrettelagte tjenester til yngre med funksjonsnedsettelser 34
Ønsket utvikling mot 2030: 35
4.8 Omsorgssenteret – en møteplass i lokalsamfunnet 36
Ønsket utvikling mot 2030: 36
4.9 Heldøgns tjenester i omsorgsboliger 36
Ønsket utvikling mot 2030: 37
4.10 Spesialisering av demensomsorg 38
Ønsket utvikling mot 2030: 38
4.11 Pårørende og frivilligheten som ressurs 38
Ønsket utvikling mot 2030: 39
5.0 Oppfølging av planen 39

Forord

Gjennom utvikling av en ny Helse- og omsorgsplan med tidshorisont fram mot 2030, skal helse- og omsorgsplanen styrkes som strategisk styringsdokument. Langsiktige strategier skal tydeliggjøres og mål og tiltak skal forankres innenfor sektoren og overfor kommunens innbyggere.

Helse- og omsorgsplanen skal angi retning for utvikling av helse- og omsorgstilbudene i Gjøvik i perioden der samfunnet treffer «eldrebølgen», samtidig som fødselstallene synker. Helse- og omsorgsplanen skal belyse hvorfor og hvordan tjenestene og befolkningen må omstille seg når ressursene ikke lenger kan forventes å øke i takt med behovene.

Blant mange ulike føringer helse- og omsorgstjenestene skal forholde seg til, er det i 2021 et krav om at kommunen skal vedta en plan for gjennomføring av eldrereformen Leve hele livet. Innsatsområder fra Leve hele livet skal derfor innarbeides i ny Helse- og omsorgsplan.

De som gir kommunale tjenester og tilbud skal ha den kompetanse som er nødvendig for å gi disse med fastsatt omfang, standard og kvalitet. Dette krever et sektorovergripende utviklingsarbeid – med målrettet stimulering av kvalitetsutvikling, effektivisering og nytenkning.

Helse- og omsorgstilbudene skal gi alle mulighet for et selvstendig og verdig liv. Innbyggerne skal samtidig bevisstgjøres om sitt eget ansvar for tilrettelegging for egenomsorg, ved å sørge for å ha hensiktsmessig bolig, benytte hjelpemidler, teknologiske muligheter og frivillige omsorgsressurser.

Gjøvik, mai 2022

Heidi Koxvig Hagebakken
Kommunalsjef, Helse- og omsorg

1.0 Sammendrag

Gjøvik kommune må tenke nytt om hvordan innbyggere blir tilbudt helse- og omsorgstjenester. Antall tjenestemottakere øker, det blir økt press på tjenestene i tillegg til at kommunen får et større ansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset.

Riktig og nok arbeidskraft, kompetanse og nye teknologiske muligheter vil være de viktigste faktorene for å løse utfordringene i tjenestene. Planen understreker den betydning samarbeid, samhandling og sammenheng vil ha for å utvikle gode tjenester i årene fremover. Dette gjelder både tverrfaglig samarbeid internt i kommunen, mellom kommunen og andre kommuner, samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, samarbeid mellom de som gir og de som mottar tjenester, samt mellom offentlig, privat og frivillig tjenesteyting.

Første del av planen tar for seg bakgrunn og utfordringer for planperioden. Deretter fortsetter innsatsområder med ønsket utvikling mot 2030. Sentrale tiltak og hendelser fra forrige plan er fortsatt aktuelle. Noen av prinsippene har fått endret ordlyd for å svare bedre til ønsket utvikling. Prinsippene danner en helhet og virker sammen.

2.0 Overordnede føringer for helse og omsorg

2.1 Bakgrunn

Gjøvik kommunes helse- og omsorgstjenester ytes blant annet etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, folkehelseloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det er det juridiske grunnlaget for ansvaret kommunene er pålagt av oppgaver innen helse og omsorg. En rekke forskrifter konkretiserer og supplerer de aktuelle lovene.

Sektor Helse og omsorg skal bidra til å fremme innbyggernes helse og mestringsevne, slik at de kan klare seg selv og være uavhengige av det offentlige hjelpeapparatet lengst mulig.

Sektoren forventer å foreta strengere prioriteringer for å kunne betjene de som har størst behov, og vedtatte standarder må gjennomgås for å tilpasses dagens virkelighet.

Tjenestene er organisert rundt brukerens/ pasientens behov.

Den demografiske utviklingen med flere eldre, samt satsningen på at flere skal kunne bo hjemme lengst mulig, øker behovet for behandling og tilrettelegging i hjemmet. Helse og omsorg har i flere år opplevd en stadig kraftigere økning i etterspørselen etter tjenester.

Flere brukere med endrede behov for tjenester kombinert med knappere ressurser gjør det nødvendig med en langsiktig strategisk omstilling av hvordan tjenesteytingen skal foregå, spesielt for å sikre en bærekraftig økonomi.

Det vil i tillegg være nødvendig at personalet utnyttes mer fleksibelt internt i tjenesten for å oppnå dette. (*Gjøvik kommune – styringsdokument 2021*)

Endringer innenfor helse- og omsorgstjenesten de neste årene vil først og fremst være knyttet til:

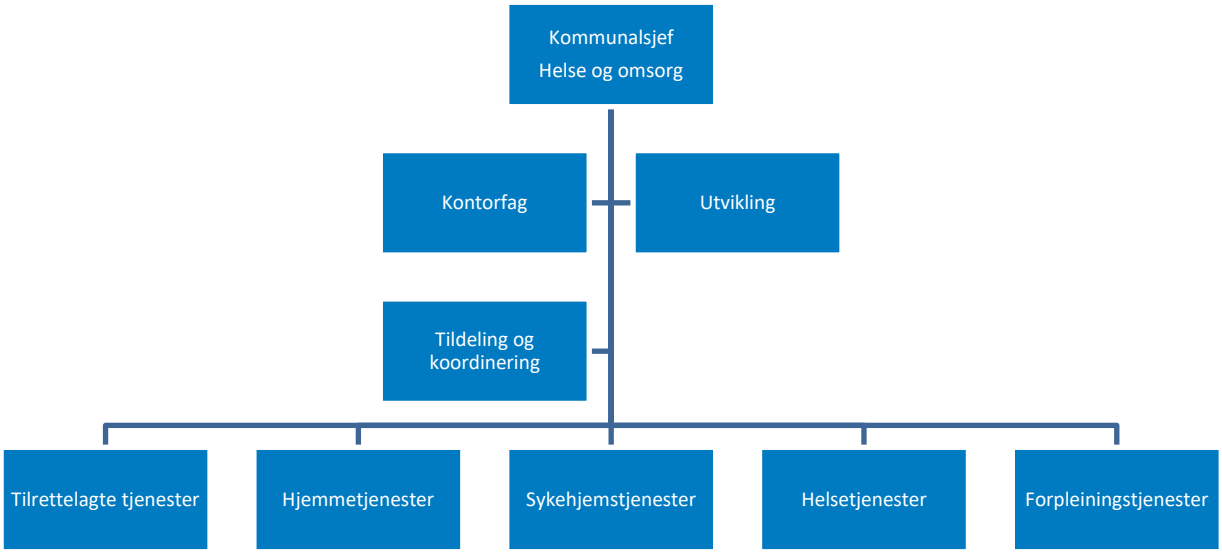
- et økende antall yngre brukere med mange ulike og sammensatte behov
- et økende antall eldre med kroniske og sammensatte behov
- et økende antall eldre med demenssykdommer
- et økende antall brukere med minoritetsbakgrunn
- et økt behov for medisinsk oppfølging, med behov for koordinering av tjenester
- et økt behov for aktiv omsorg, habilitering og rehabilitering
- et økt behov for forebyggende og helsefremmende tiltak
- knapphet på formelle og uformelle omsorgsgivere

Dette medfører at kommunene får et stadig større volum å ta hånd om med mer komplekse tilstander. I tillegg vil kommunen få et økt ansvar for behandling før, under og i stedet for sykehusopphold.

2.1.1 Dagens organisering i helse og omsorg

Helse- og omsorg har i dag følgende tjenester:

- Kontorfag
- Tildeling og koordinering
- Utvikling
- Tilrettelagte tjenester
- Hjemmetjenester
- Sykehjemstjenester
- Helsetjenester
- Forpleiningstjenester



2.1.2 Modell som beskriver sammenhengen i tjenestene

Tjenester i hjemmet	**Institusjonsplasser for behandling i kommunen**	**Botilbud for langvarige, omfattende omsorgsbehov**
Hjemmesykepleie/ helsehjelp i hjemmet Praktisk bistand Fysioterapi Ergoterapi Innsatsteam Matombringing Trygghetsalarm Teknologi og tekniske hjelpemidler	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	Omsorgsboliger Bokollektiv Bolig med fast tilknyttet bemanning Bofellesskap Samlokaliserte boliger
Helsefremmende og forebyggende arbeid		
Friskliv Friskliv senior Fysio- og ergoterapi til barn og unge Legetjenester Pårørendeskole Dagtilbud Sosial aktivitet Sysselsetting og aktivisering Bydelskafé/ Bygdekafé **Samarbeid med familie, frivillige lag og foreninger, lokalsamfunn**		

2.2 Nasjonale styringsdokumenter

De mest sentrale planene de siste årene er:

Samhandlingsreformen - rett behandling- på rett sted- til rett tid; Meld. St.47 (2008-2009)
Gjennomføring av samhandlingsreformen 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.

- **Morgendagens omsorg.** Meld. St. 29 (2012-2013)
  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.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet; Meld. St. 26 (2014-2015)
Stortingsmeldingen beskriver at Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Tjenesten skal fungere godt, ha god tilgjengelighet, rask innsats, og beslutninger skal tas i samråd med brukerne.

- **Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre;** Meld. St. 15 (2017-2018).
  Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til fem innsatsområder: Mat og måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp, sammenheng i tjenestene og aldersvennlig samfunn. Reformen tar utgangspunkt i at kommunene er avhengig av å jobbe på tvers av sektorer, inkludere næringsliv og akademia, samt involvere innbyggere og frivillige for å lykkes. *Leve hele livet*-reformen handler om mennesker. At de eldre skal få mulighet til å mestre sitt eget liv hjemme hele livet.

Kvalitet og pasientsikkerhet; Meld.St.11 (2020-2021)
Formålet med meldingene er større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet både i den nasjonale og den lokale helsepolitikken.

- **Folkehelsemeldingen - gode liv i et trygt samfunn;** Meld. St.19 (2018-2019).
  En viktig del av et effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid er å skape et trygt samfunn og fremme helsevennlige valg. Regjeringen ønsker å forsterke innsatsen på områdene tidlig innsats for barn og unge, forebygging av ensomhet og mindre sosial ulikhet i helse.

- **Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023;** Meld. St.7 (2020-2021)
  er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjenester på en bærekraftig måte. Ett tiltak er at spesialisthelsetjenesten skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, og samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester.

- **Kompetanseløft 2025**; Prop. 1S (2020-2021)
  Målet med Kompetanseløft 2025 er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Gode helse- og omsorgstjenester skapes når pasienten og brukeren møter personell med høy faglig kompetanse og faglig bredde, når det er flest mulig ansatte i hele og faste stillinger og god kontinuitet i bemanningen. Et godt samspill mellom pasienten og personellet er også avgjørende.

- **Nytte, ressurs og alvorlighet- prioritering i helse- og omsorgstjenesten;**
  Meld. St.38 (2020-2021)
  Regjeringen fremmer forslag til prinsipper for prioritering som skal gjelde gjennomgående i hele helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås tre prioriteringskriterier; nytte, ressurs og alvorlighet. I meldingen skisseres det hvordan forslag til prinsipper for prioritering bør følges opp gjennom ulike virkemidler.

- **Likeverdsreformen; meld st. 25 (2020-2021)**
  Målet med likeverdsreformen er at barn og familier med barn som har behov for sammensatte tjenester, skal oppleve et samfunn som stiller opp, og som gir alle mulighet til personlig utvikling, deltakelse og livsutfoldelse.

2.3 Kommunale styringsdokumenter

2.3.1 Kommuneplanens samfunnsdel (2018)

Angir følgende mål for tjenesteyting:

«Gjøvik kommune skal ha tjenester og tilbud som bidrar til velferd, trygghet og livskvalitet!»

Kjennetegn på måloppnåelse er at innbyggerne har mulighet til å benytte seg av kvalitativt gode tjenester og tilbud – og at de i økende grad vurderer disse som positive i forhold til behovet for tjenester og i forhold til egen velferd, trygghet og livskvalitet.

Tjenester og tilbud som gis skal dekke de behov og ha den standard som fastsettes. Informasjon om tjenester og tilbud må være hensiktsmessig formidlet og gjort enkelt tilgjengelig.

Mål for innsats – folkehelse og inkludering:

«Gjøvik skal drive en samfunnsutvikling som fremmer god folkehelse!»

2.3.2 Styringsdokument for 2021

Sektor helse og omsorg skal fremme innbyggernes helse og mestringsevne, slik at de kan klare seg selv og være uavhengige av det offentlige hjelpeapparatet lengst mulig. Samtidig skal de enkelte tjenestene sikre at de som har helse- og omsorgsbehov, og rett på tjenester, mottar nødvendige tjenester med rett kvalitet.

2.3.3 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:

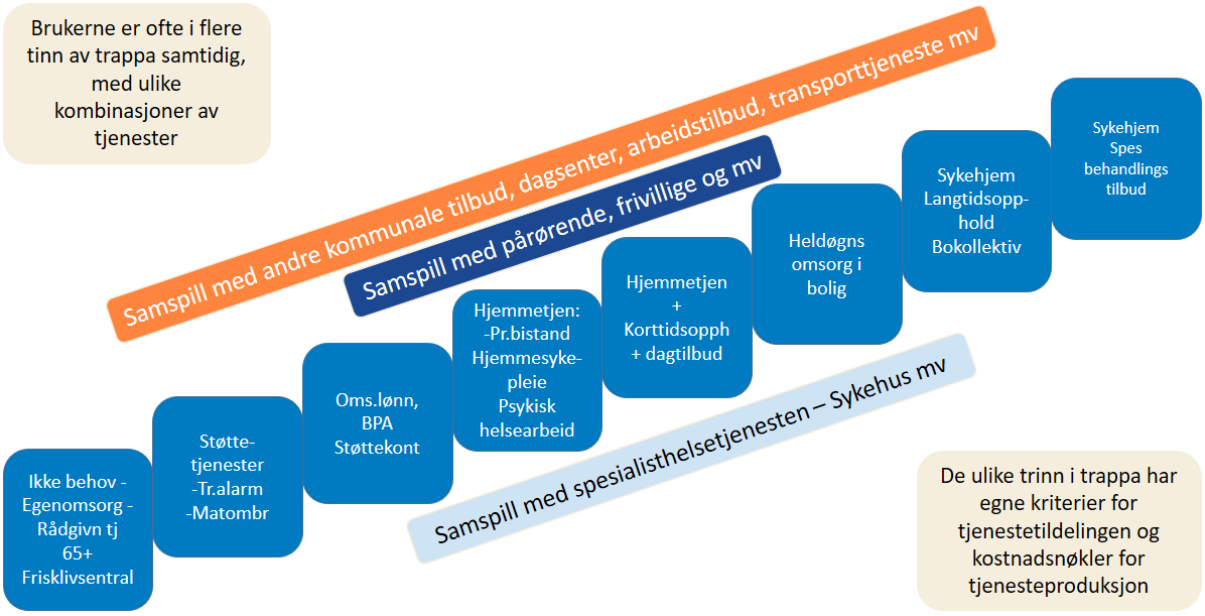
- **Evne til utvikling og nyskaping.**
- **Evne til å rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere.**

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.**

2.3.4 Omsorgstrappa

I Gjøvik kommune skal omsorgstrappa være en veiviser for helse- og omsorgstilbudet. Helse- og omsorgstilbudene skal gi alle mulighet for et selvstendig og verdig liv. Omsorgstrappa omhandler prinsippet om at utfordringer skal tas hånd om på **l**aveste **e**ffektive **o**msorgs**n**ivå i tjenesten (LEON-prinsippet).



2.3.5 Helseberedskapsplanen

Kommunen har plikt til å utarbeide egen helseberedskapsplan. Denne utgjør en del av den overordnede beredskapsplanen for kommunen, og ble sist revidert i 2018. Det er i tillegg utarbeidet smittevernplan.

2.3.6 Aktuelle fagplaner

På områder som krever spesiell innsats, enten med bakgrunn i sentrale føringer eller lokale utfordringer, er det utarbeidet egne fagplaner:

- Demensplan
- Kompetanse- og rekrutteringsplan
- Kreftplan
- Rehabiliteringsplan
- Ruspolitisk handlingsplan
- Handlingsplan for allmennlegetjenesten

3.0 Utfordringer

Gjøvik kommune, helse og omsorg forventer å foreta strengere prioriteringer for å kunne betjene de som har størst behov, og vedtatte standarder må gjennomgås for å tilpasses dagens virkelighet.

I 2021 har sektor helse og omsorg en samlet utfordring på over 40 mill. kroner i forhold til vedtatte økonomiske rammer. Med den demografiske veksten som Gjøvik kommune står foran, må sektoren planlegge for en langsiktig omstilling av tjenestene samtidig som de skal være effektive med riktig kvalitet, sikre et godt arbeidsmiljø og ha et redusert sykefravær. Det er en stor utfordring å holde seg innenfor de økonomiske rammene i en sektor der det aller meste er lovpålagt, og det ser ut til at presset på tjenestene vil opprettholdes i årene fremover. Det er svært bekymringsfullt med den videre økningen i antall timer og vedtak innenfor de store tjenestene, og dette er lovpålagte oppgaver som tjenestene vanskelig kan styre. Spesielt kan nevnes ivaretakelse av personer med en demensdiagnose, psykisk helse og rus, men det er også en realitet at kommunen har et høyt antall brukere under 67 år som har et livslangt behov for omfattende og tilpassede tjenester.

Den demografiske utviklingen med flere eldre, samt satsningen på at flere skal kunne bo hjemme lengst mulig, øker behovet for behandling og tilrettelegging i hjemmet. Helse og omsorg har i flere år opplevd en stadig kraftigere økning i etterspørselen etter tjenester.

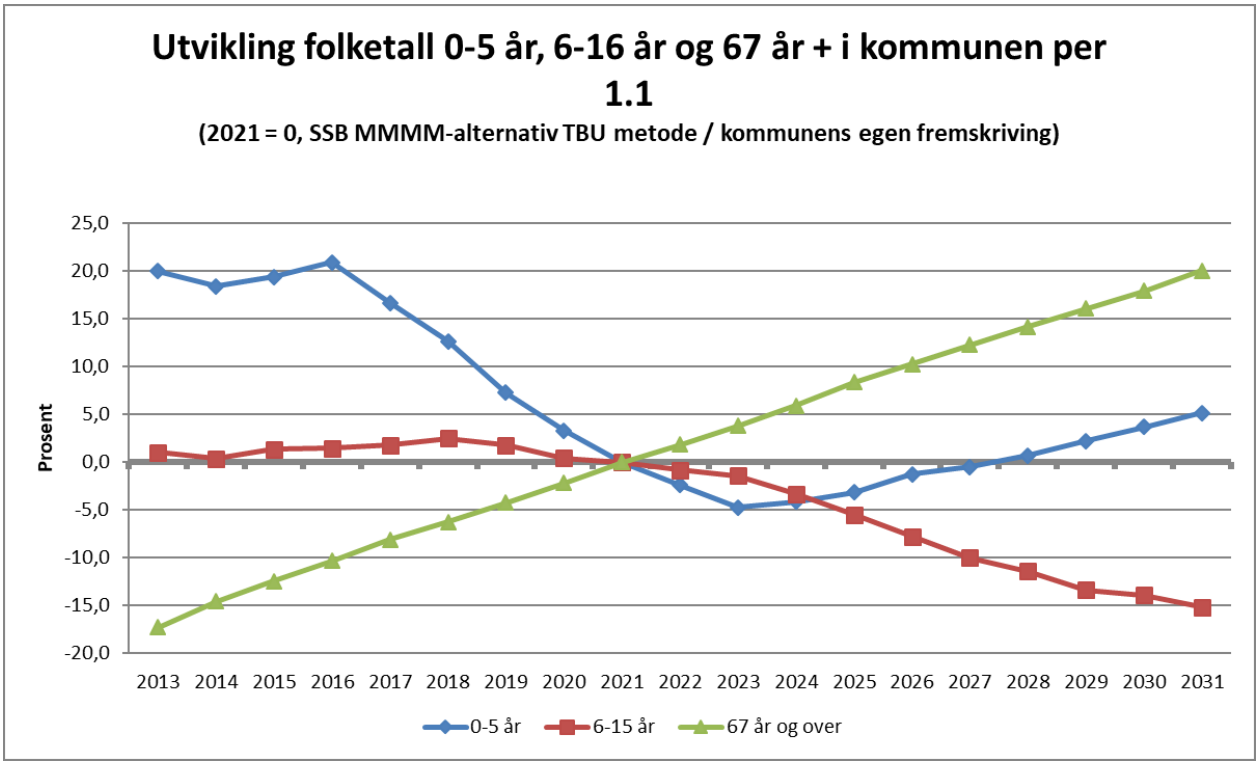
Flere brukere med endrede behov for tjenester kombinert med knappere ressurser gjør det nødvendig med en langsiktig strategisk omstilling av hvordan tjenesteytingen skal foregå, spesielt for å sikre en bærekraftig økonomi.

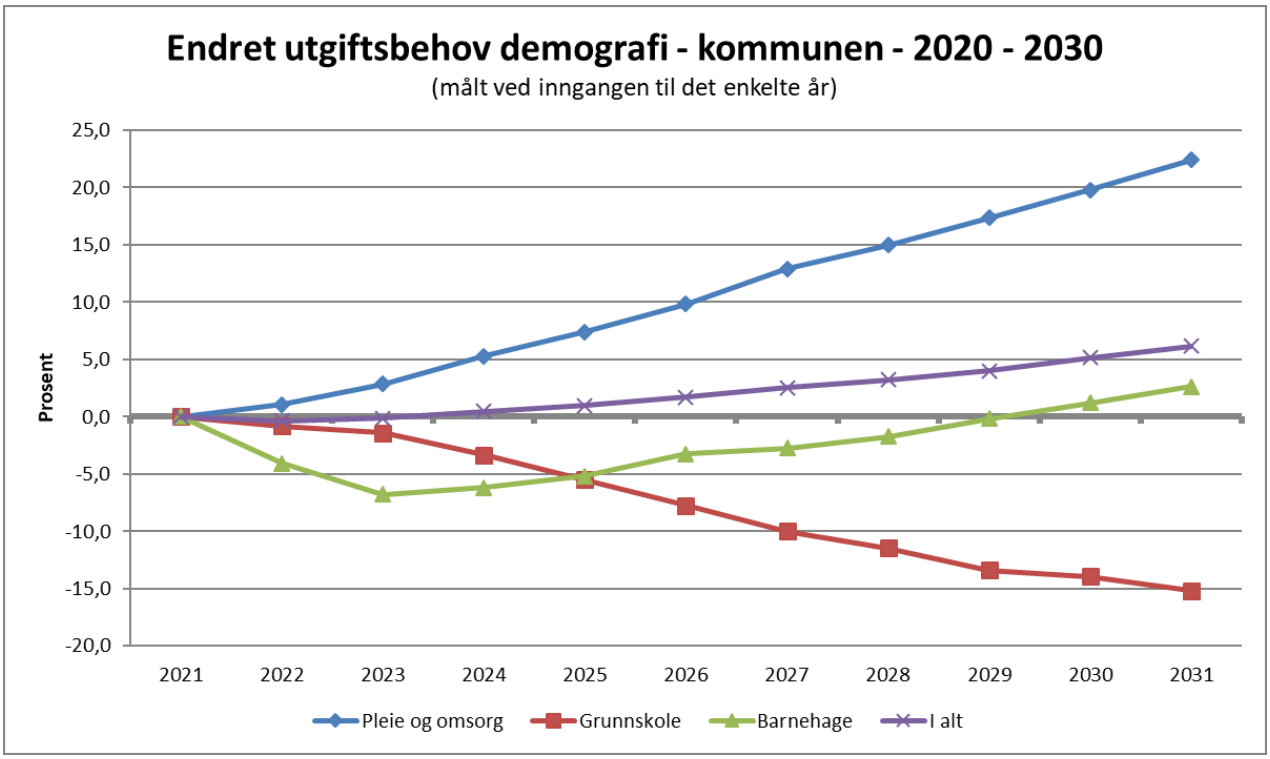
For å kunne opprettholde et desentralisert tjenestetilbud som bygger på seks omsorgssentre, er det nødvendig med en effektiv innretning av tjenestene. Det er behov for ytterligere spesialisering for å kunne behandle utskrivningsklare pasienter som krever stadig mer komplisert behandling. Sammen med økt fokus på mestring og rehabilitering betyr det en sentralisering og oppgradering av sykehjemstilbudet, i tett samarbeid med sykehuset. Rådmannen mener Haugtun omsorgssenter bør videreutvikles i tråd med dette, med sykehjemsplasser med økt kompetanse innenfor rehabilitering, medisinsk og lindrende behandling.

Heldøgns omsorgsplasser og bokollektiv, som kan gi et differensiert tilbud til flere grupper, herunder demens, kan etableres ved alle omsorgssentrene. Hjemmetjenesten vil på denne måten måtte utvikles i takt med det reelle behovet. Det vil i tillegg være nødvendig at personalet utnyttes mer fleksibelt internt i tjenesten for å oppnå dette. *(Gjøvik kommune - Styringsdokument 2021)*

3.1 Befolkningsutvikling

KS demografimodell



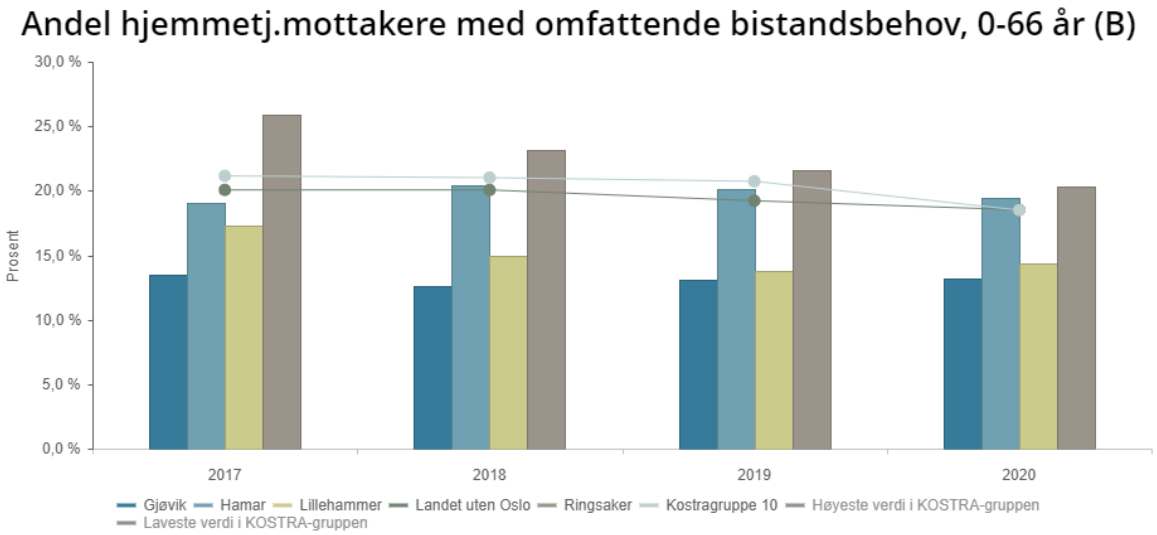


Modellene viser at antall innbyggere over 67 år øker jevnt fram mot 2030, samtidig som antall barn og unge forventes å synke. Dette medfører at kommunens utgiftsbehov øker totalt sett, og det er behov for en betydelig økning av rammene til pleie og omsorg sett i forhold til måten behovene løses på i dag.

3.2 KOSTRA 2020

KOSTRA (KOmmune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Nedenfor følger noen KOSTRA- tall 2020 for Gjøvik kommune, sammenliknet med et utvalg andre kommuner.

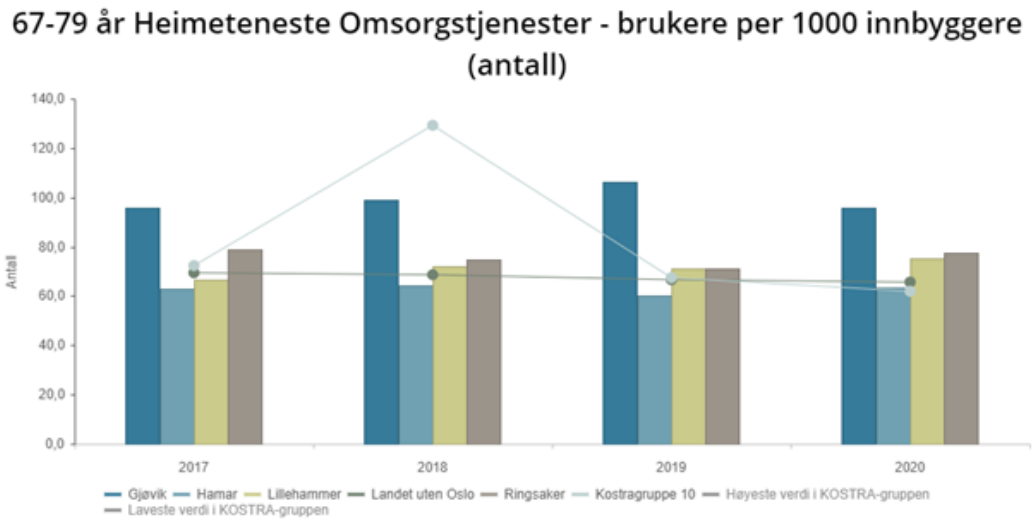
3.2.1 0-66 år, hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov



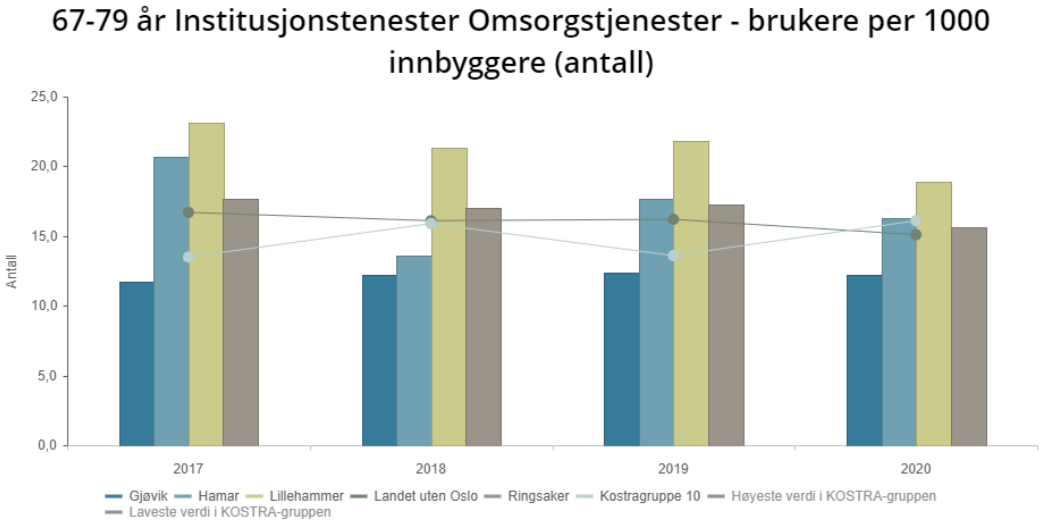
	2017	2018	2019	2020
Gjøvik	13,4 %	12,6 %	13,1 %	13,2 %
Hamar	19,1 %	20,4 %	20,1 %	19,5 %
Lillehammer	17,3 %	15,0 %	13,8 %	14,3 %
Landet uten Oslo	20,1 %	20,1 %	19,2 %	18,5 %
Ringsaker	25,9 %	23,2 %	21,6 %	20,3 %
Kostragruppe 10	21,2 %	21,0 %	20,7 %	18,5 %

Tabellen viser at av hjemmetjenestemottakere i Gjøvik i aldersgruppen 0-66 år, er det en mindre andel med omfattende tjenestebehov enn i de andre kommunene vi har sammenliknet med.

3.2.2 67-79 år, brukere pr. 1000 innbyggere



	2017	2018	2019	2020
Gjøvik	95,6	98,9	106,1	95,8
Hamar	62,9	64,5	60,3	63,2
Lillehammer	66,8	72,1	71,1	75,3
Landet uten Oslo	69,4	68,6	66,6	65,6
Ringsaker	78,7	75,0	71,1	77,4
Kostragruppe 10	72,3	129,2	67,4	61,9



	2017	2018	2019	2020
Gjøvik	11,7	12,2	12,4	12,2
Hamar	20,7	13,6	17,7	16,3
Lillehammer	23,1	21,3	21,8	18,9
Landet uten Oslo	16,7	16,1	16,2	15,1
Ringsaker	17,7	17,0	17,3	15,6
Kostragruppe 10	13,5	15,9	13,6	16,1

Andel innbyggere 67-79 år som har tjenester (hjemmetjenester + institusjon)

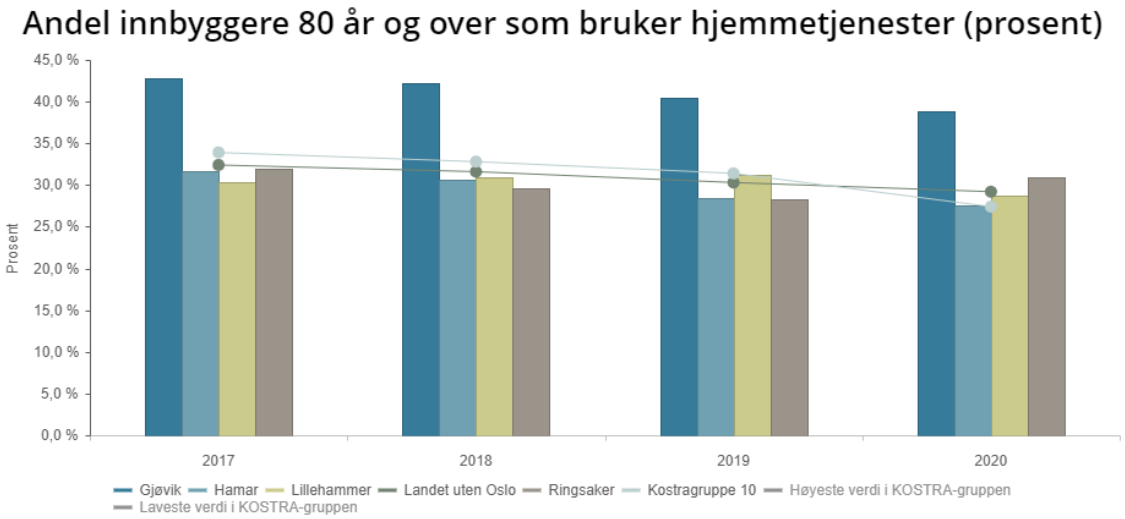
2020

Gjøvik	9,58%+1,22%=	10,8%
KOSTRA 10	6,19%+1,61%=	7,8%
Diff	3%	mer enn Kostragr 10

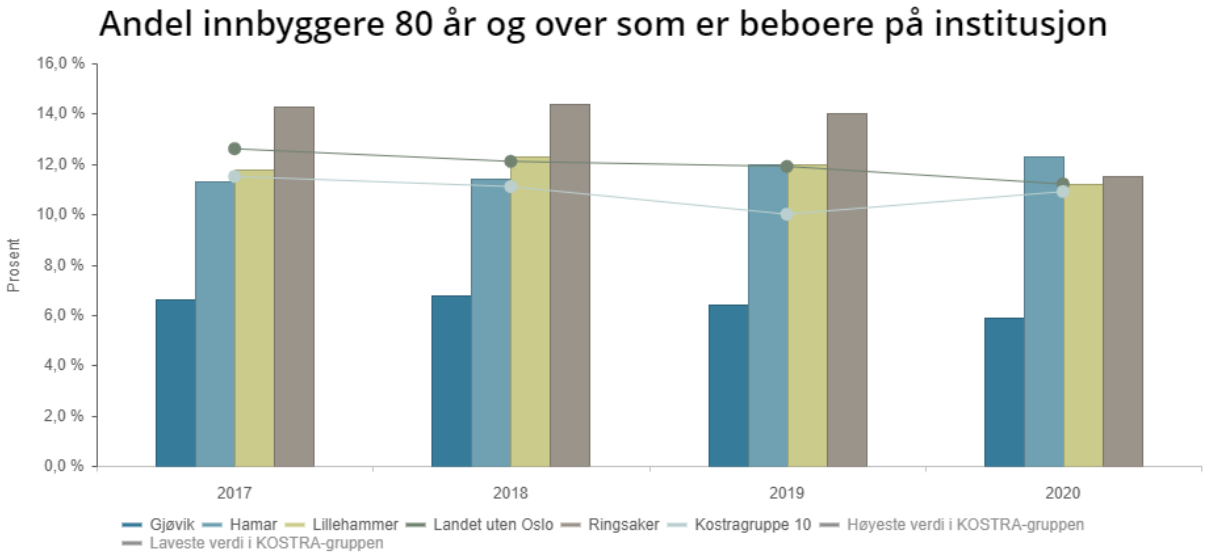
Antall innbyggere 67-79 i Gjøvik: 4010
3% av 4010= 120

Gjøvik kunne ha 120 færre brukere 67-79 år, for å være sammenlignbare med Kostragruppe 10.

3.2.3 80 år og over, brukere pr. 1000 innbyggere



	2017	2018	2019	2020
Gjøvik	42,8 %	42,2 %	40,4 %	38,9 %
Hamar	31,7 %	30,7 %	28,4 %	27,5 %
Lillehammer	30,4 %	31,0 %	31,2 %	28,8 %
Landet uten Oslo	32,4 %	31,6 %	30,3 %	29,2 %
Ringsaker	32,0 %	29,6 %	28,3 %	31,0 %
Kostragruppe 10	33,9 %	32,8 %	31,4 %	27,4 %



	2017	2018	2019	2020
Gjøvik	6,6 %	6,8 %	6,4 %	5,9 %
Hamar	11,3 %	11,4 %	12,0 %	12,3 %
Lillehammer	11,8 %	12,3 %	12,0 %	11,2 %
Landet uten Oslo	12,6 %	12,1 %	11,9 %	11,2 %
Ringsaker	14,3 %	14,4 %	14,0 %	11,5 %
Kostragruppe 10	11,5 %	11,1 %	10,0 %	10,9 %

Andel innbyggere 80 år og over som har tjenester (hjemmetjenester + institusjon) 2020

Gjøvik	38,9%+5,9%=		44,8%
KOSTRA 10	27,4%+10,9%=		38,3%
Diff		6,5%	mer enn Kostragr 10

Antall innbyggere 80+ i Gjøvik: 1522
6,5% av 1522= 99

Gjøvik kunne ha 99 færre brukere 80+ år, for å være sammenlignbare med Kostragruppe 10.

3.3 Kapasitet

3.3.1 Institusjonsplasser og boliger pr. 01.01.2022

Område	Institusjons-plasser	Bokollektiv	Øvrige omsorgsboliger	Kommunale utleieboliger
Haugtun/Sentrum	61	20	84	272
Snertingdal	34		22	6
Åslundmarka/Hunndalen		24	45	125
Sørbyen	30	24	36	134
Avlastning barn og unge	6			
Biri	16	42	27	35
Nordbyen	20	24	16	52
Kjøpte plasser utenfor kommunen	1			
Sum	**168**	**134**	**230**	**624**

Institusjonsplasser består av 162 plasser i sykehjem og 6 plasser i avlastningsenhet for yngre funksjonshemmede.

Bokollektiv er omsorgsbolig med fast døgnbemanning, med felles måltider og aktiviteter.

Øvrige omsorgsboliger er boenheter hvor det er fast tilknyttet bemanning hele eller deler av døgnet og med varierende grad av felles måltider og aktiviteter.

Kommunale utleieboliger tildeles av NAV Gjøvik til innbyggere som av ulike årsaker er vanskeligstilte på boligmarkedet.

3.3.2 Boliger der det er mulig å øke bistandsnivå

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. De senere årene har sektoren oppgradert bemanning og lokaler ved Haugtun 4. etasje og

Birivegen 55, og opprettholdt bokollektiv i Birivegen 51 (Furulia) slik at disse regnes med i antallet plasser i bokollektiv.

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
Furubakken - Øvre Torvgt. 2	47
Nordbyen – Ekornvn. 27	16
Sørbyen – Gimlevn. 6	16
TOTALT	119

3.3.3 Kostnadsbilde for omsorgsboliger og sykehjem

Beboers kostnader i omsorgsbolig/ bokollektiv:
Kostnadene er det samme som for andre som bor i eget hjem. Man betaler selv for utgifter til å bo og leve: Husleie, matinnkjøp, egenandeler for hjemmetjenester, lege, medisiner etc. Husleie varierer fra sted til sted, og det kan søkes om bostøtte fra Husbanken.

Kommunens kostnader i omsorgsbolig/ bokollektiv:
Det er hovedsakelig lønnskostnader. Her er det pr definisjon fast tilknyttet bemanning i bygningen hele døgnet, men kan økes med ambulante tjenester ved behov. Den enkelte beboer tildeles bistand gjennom enkeltvedtak etter vurdering av behov, og bemanningen kan dermed variere gjennom døgnet. Dermed finnes det ikke en fast enhetspris. I tillegg vil det være noen utgifter knyttet til personalrom/ vaktrom. Dette er bl.a. husleie til Gjøvik Boligstiftelse, strøm, forsikringer, datalinjer/ utstyr og annet forbruksmateriale.

Pasientens kostnader knyttet til langtidsplass i sykehjem:
Det betales et vederlag pr måned. Reglene om beregning av dette vederlaget følger av Helse- og omsorgsdepartementets forskrift om vederlag for opphold i institusjon. Det tas utgangspunkt i hver enkelt pasients økonomiske situasjon. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp på kr. 6000,-, kreves det betalt 75 % årlig. Av den delen av inntekten som overstiger folketrygdens grunnbeløp, kreves det 85 %. Det vil derfor være individuelle forskjeller på hva hver og en betaler for oppholdet. Vederlaget dekker kost og losji, nødvendig sykepleietjeneste, ergo/ fysioterapi, legebehandling, nødvendig tannhelsetjeneste, medisiner, medisinsk utstyr og forbruksmateriell, hygieneprodukter, lintøy og vask av tøy.

Kommunens kostnader knyttet til drift i sykehjem:
Lønnskostnader og andre driftskostnader som medisinske forbruksvarer, medikamenter, mat, strøm, forsikringer, alarmsystemer og vakthold, husleie, kommunale avgifter, vedlikehold, serviceavtaler, vaktmestertjenester, renhold, kontorrekvisita, driftsmateriell andre forbruksvarer, porto, telefoni, inventar og utstyr, serviceavtaler og div. reparasjoner.

3.3.4 Dagplasser for eldre (pr. dag):

Åslundmarka:	10
Nordbyen:	15
Biri:	10 (3 dager/uke)
Snertingdal:	5

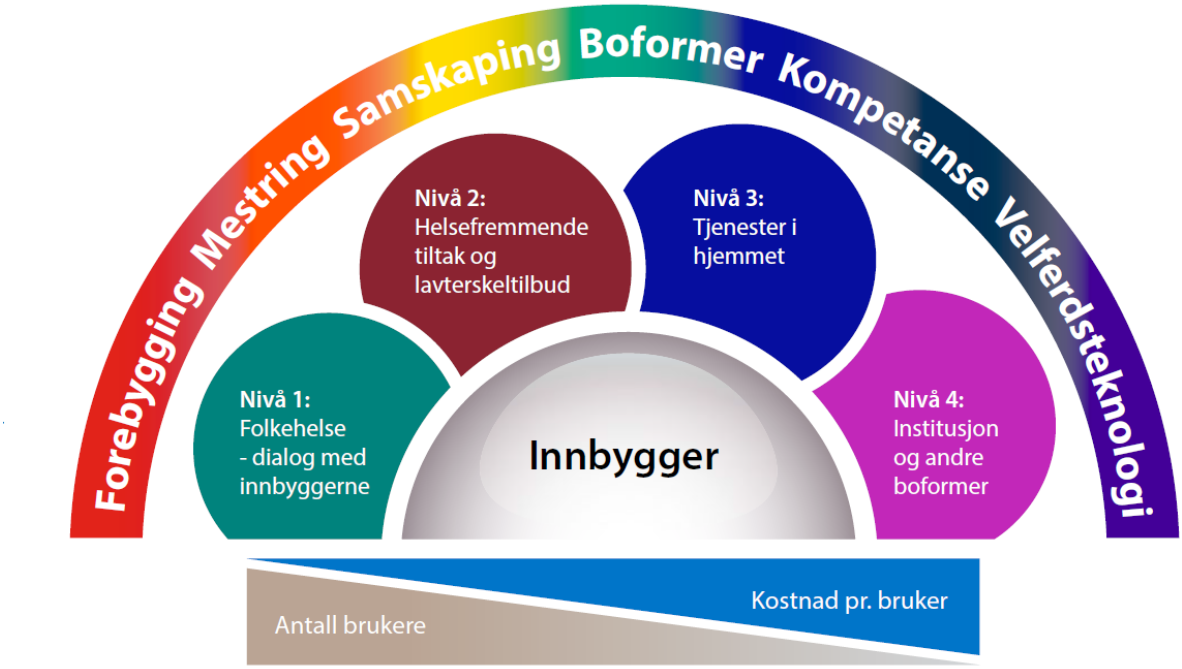
I november 2021 er det 101 brukere med vedtak om dagplass. I tillegg er det åpent dagtilbud i Åslundmarka, lavterskeltilbud, som benyttes av ca. 20 personer daglig.

4.0 Innsatsområder

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. 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.



Hentet fra Lørenskog kommune.

Figuren forklarer sammenhengen mellom antall brukere på de ulike nivåene, og kostnaden per bruker. På nivå 1 og 2 når en mange brukere med en lav kostnad per bruker, mens på nivå 3 og 4 er kostnaden per bruker vesentlig høyere. Hovedmålet med Helse- og omsorgsplanen er å styre en større del av sektorens ressurser fra kostnadskrevende tjenester til fokus på folkehelse, helsefremmende arbeid og lavterskeltilbud.

4.1 Bo lengst mulig i eget hjem

Helse- og omsorgstilbudene skal gi alle mulighet for et selvstendig og verdig liv. Innbyggerne skal samtidig bevisstgjøres i forhold til eget ansvar for tilrettelegging for egenomsorg, ved å benytte hjelpemidler, teknologiske muligheter og frivillige omsorgsressurser.

En økende andel av befolkningen sier at de ønsker å bo i egen bolig så lenge som mulig. Samtidig må det finnes en trygghet for at man vil få tilstrekkelig oppfølging dersom behovet oppstår.

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.

Leve hele livet reformen **(Meld. St. 15 (2017-2018)** er definert som en eldrereform, men som samfunnsreform involverer den hele livsløpet. Fundamentet i reformen er at vi blir flere eldre, og etter hvert en sterk vekst blant de eldste eldre. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative

utfordringene knyttet til reformens 5 innsatsområder: Aldersvennlig Norge, Aktivitet og fellesskap, Mat og måltider, Helsehjelp og Sammenheng og overganger i tjenester.

Sektor Helse og omsorg skal fremme innbyggernes helse og mestringsevne, slik at de kan klare seg selv og være uavhengige av det offentlige hjelpeapparatet lengst mulig.

Sektoren forventer å foreta strengere prioriteringer for å kunne betjene de som har størst behov, og vedtatte standarder må gjennomgås for å tilpasses dagens virkelighet.

Tjenestene er organisert rundt brukerens/ pasientens behov. Den demografiske utviklingen med flere eldre, samt satsningen på at flere skal kunne bo hjemme lengst mulig, øker behovet for behandling og tilrettelegging i hjemmet. Helse og omsorg har i flere år opplevd en stadig kraftigere økning i etterspørselen etter tjenester.

Flere brukere med endrede behov for tjenester kombinert med knappere ressurser gjør det nødvendig med en langsiktig strategisk omstilling av hvordan tjenesteytingen skal foregå, spesielt for å sikre en bærekraftig økonomi. Det vil i tillegg være nødvendig at personalet utnyttes mer fleksibelt internt i tjenesten for å oppnå dette.

(Gjøvik kommune – styringsdokument 2021)

> … 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, brukerstyring 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 funksjonsnedsettelser. 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 funksjonsnedsettelser å bli boende i familiehjemmet fram til voksen alder.

Ønsket utvikling mot 2030:

- Holdningsskapende arbeid rettet mot innbyggerne for planlegging av egen alderdom
- Hverdagsmestring skal være et innarbeidet tankesett for å selvstendiggjøre innbyggerne til å kunne bo lengst mulig i eget hjem
- Øke bruk av velferdsteknologi for å styrke brukernes egenomsorg og forenkle tjenesteytingen
- I større grad støtte opp under og utløse ressurser hos brukerne selv, pårørende, nettverk og nærmiljø

- Satsing på tiltak som utsetter behov for heldøgns omsorg, som for eksempel dagtilbud og avlastning
- Ytterligere satsing på bokollektiv, omsorgsboliger med heldøgns tjenestetilbud og styrket hjemmetjeneste
- Utvikle et aldersvennlig samfunn

4.2 Ledelse, innovasjon, velferdsteknologi, kompetanse og rekruttering

Morgendagens omsorg utfordrer til mer radikal innovasjon, mer intensivert 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)*

Ledelse

> 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)*

> 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 tjenesteytingen. 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. Lederspennet 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 fremtidsbilde 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)

Velferdsteknologi vil være et viktig verktøy for å øke produktivitet og kvalitet på tjenestene. Mer bruk av velferdsteknologiske løsninger er virkemidler som kan være med å endre arbeidsprosesser og videreutvikle tjenestene. Derfor er det viktig med riktig kompetanse og nok kapasitet i disse prosessene, både når det gjelder systemansvar og implementering i drift. (Gjøvik kommune - styringsdokument 2021)

Kompetanse og rekruttering

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. ReKs – regionalt kompetansesamarbeid i Gjøvikregionen - utarbeider et omfattende kurstilbud som henvender seg til alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene i regionen.

Tjenestene opplever nå en økende utfordring med å rekruttere fagpersonell i ledige stillinger. 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.

Arbeidsmiljøloven åpner for at partene i arbeidslivet kan inngå avvikende tariffavtaler. Kommunen må i samarbeid med tillitsvalgte i økende grad inngå avtaler om arbeidstid med tanke på å øke andelen av heltidsstillinger og øke rekruttering av høykompetente medarbeidere. I 2021 er det innført nye arbeidstidsordninger ved Biri og Nordbyen omsorgssenter som gjør det mulig å ansette flere i fulle stillinger.

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 tjenesteytingen.

Ønsket utvikling mot 2030:

- Øke fokus på lederutvikling. Lederes rammebetingelser gjennomgås med tanke på ansvar og arbeidsoppgaver, støttefunksjoner, kvalitetsstyring og økonomistyring
- Skape kultur for ytterligere utvikling og iverksetting av nye ideer og kreative løsninger
- Velferdsteknologi – benyttes målrettet som ledd i brukernes egenmestring og tjenestens oppgaveløsning

- Ta i bruk nye arbeidstidsordninger, vikarpool og inngå avtaler med fagforeninger for å øke andelen heltidsstillinger som tiltak for å bedre rekruttering
- Revidere kompetanseplan og definere kompetansekrav
- Vurdere regionalt samarbeid om bo- og behandlingstilbud med behov for spesialkompetanse
- Øke samhandling på tvers av tjenester
- Øke andelen med høyere utdanning og spesialutdanning ved rekruttering
- Vurdere hvordan bruker vi kompetansen vi har. Løfte faggruppene og utnytte deres kompetanse; rett kompetanse på rett plass
- Frigjøre ressurser for å kunne øke grunnbemanningen blant annet for å forebygge høyt sykefravær
- Øke samarbeid med NTNU Gjøvik og Fagskolen Innlandet blant annet ved å legge til rette for FoU innenfor våre egne tjenester. Ved å samarbeide om forskning, utdanning og nyskaping styrker vi også Gjøvik som universitetskommune
- Forbedre omdømmebygging og markedsføring av Helse og omsorg som karriereveg
- Utnytte potensialet i universitetskommunesamarbeidet

4.3 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.

Mestre hele livet - regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022), har som mål at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet - pasientens helse- og omsorgstjeneste.

Leve hele livet – (Meld. St. 15 (2017-2018) har helsehjelp som ett innsatsområde, og påpeker utfordringer i forhold til manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging, dårlig oversikt over sammensatte behov, manglende bruk av behandlingsformer, lite bruk av fysisk aktivitet og trening, og lite systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte.

Legetjenester

Alle innbyggere har rett til å ha en fastlege, og alle som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendige helsetjenester.

Gjøvik kommune skal gi legetjenester til egne innbyggere så vel som vel som 4 – 5000 studenter ved NTNU Campus Gjøvik, hvor mange fortsatt har bostedsadresse i hjemkommunen. I tillegg har kommunen til enhver tid et betydelig antall pendlere i regional sammenheng, turister og andre tilreisende som kan ha behov for helsehjelp. Kommunen ivaretar også fengselshelsetjenesten ved Vestoppland Fengsel avd. Gjøvik, samt er vertskommune for akuttilbud på kveld/natt/helg ved Gjøvik Interkommunale legevakt.

Kommunen har økt antall legehjemler siste 2 år, men har i 2021 fremdeles få ledige listeplasser. Behovet for ytterligere tiltak for å rekruttere og stabilisere legetjenesten er påtrengende.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 kom våren 2020. Den anerkjenner dagens utfordringsbilde. Planen har som uttalt mål på kort sikt å sørge for at det blir flere fastleger, og at de får færre arbeidsoppgaver. På lengre sikt omtaler planen å tilrettelegge for større og spennende fagmiljøer, kvalitetsarbeid og fagutvikling og nye måter å arbeide og samarbeide på. Bedre kvalitet på legetjenester til brukere med omfattende behov, nye måter å organisere legevaktsarbeid på, teambasert fastlegeordning, og nye arbeidsverktøy nevnes som satsningsområder.

Med ny Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger av 2019(spesialistforskriften), kom det krav om at fastleger må spesialisere seg i allmennmedisin. Kommunene er ansvarlig for spesialiseringsforløpet, noe som medfører et stort administrativt arbeid. Videre er kommunene avhengig av at dagens fastleger bidrar til obligatorisk veiledning og supervisjon. Pr 2021 har kommunen 6 LIS3, og antallet forventes å øke.

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

> De individuelle avtalene motvirker intern ledelse på det enkelte legekontor/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 ca. 60 fastleger deltar. Plikt til døgnåpen legevakt kom i 2013. All formidling til daglegevakt i alle 7 kommuner, skjer gjennom legevakten.

Nye legevaktslokaler
Gjøvik interkommunale legevakt flyttet våren 2021 endelig inn i nye lokaler, som er fremtidsrettede og ivaretar myndighetskrav.

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*

Helsefellesskap

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er å opprette helsefellesskap, som består av representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere. Formålet er å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres. Parallelt med utvikling av helsefellesskapet arbeides det med å organisere Helseregion Gjøvik - Hadeland, som en av sju regioner i opptaksområdet til Sykehuset Innlandet.

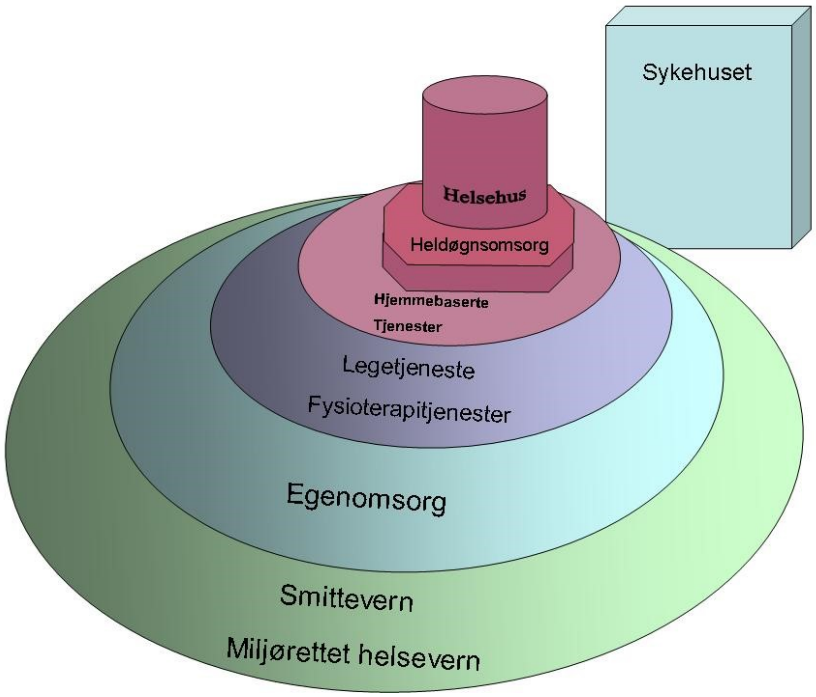
HelseINN

Gjøvik kommune er partner i HelseINN, en ideell forening som består av partnervirksomheter fra offentlig, privat og frivillig sektor, der målet er å bidra til bedre folkehelse og smartere helsetjenester for innbyggerne. Partnerskapet driver Verksted for integrerte helsetjenester i Bright House på Gjøvik, sammen med Gjøvikregionen Utvikling og NTNU.

Ønsket utvikling mot 2030:

- Stabilisere fastlegeordningen og opprette flere hjemler for fastleger
- Gjennomføre tiltak i Plan for legetjenesten
- Haugtun videreutvikles 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
- Ha kapasitet og kompetanse til å ta imot samtlige utskrivningsklare pasienter fra sykehus
- Styrke og utvikle samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegene, sektor oppvekst og øvrige helse- og omsorgstjenester, blant annet vurdere organisering av legetjenester i bokollektiv og øvrige omsorgsboliger med heldøgns tjenestetilbud
- Delta aktivt i helsefellesskapet for å planlegge og utvikle bedre helse- og omsorgstjenester for pasienter som har behov for både spesialist og kommunale helsetjenester

Figur:
Kommunehelseperspektivet



4.4 ReHabiliteringsfokus i tjenestene

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

Barn og unge

Sektor helse og omsorg yter tjenester til familier med barn og unge med nedsatt funksjonsevne eller kronisk sykdom i samarbeid med sektor Oppvekst og spesialisthelsetjenesten.

I meld st. 25 (2020-2021) – likeverdsreformen - påpekes det at mange opplever at det er utfordrende å forholde seg til hjelpesystemet som helhet og å få hjelp fra riktig instans. Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, vil ofte være i kontakt med mange offentlige etater, og antall kontaktpunkt vil endres i takt med at barnet vokser. Overganger vil ofte bety at brukerne må forholde seg til et nytt sett av regelverk eller til nye etater eller forvaltningsorganer. Det er derfor avgjørende med god koordinering og samhandling mellom offentlige etater for å sikre gode overganger. Det er nå lovfestet en rett til barnekoordinator for familier med behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Sektor oppvekst har hovedansvar for tjenester til barn og unge.

Voksne

Allerede i en rapport fra RO-senteret (Ressurssenter for omstilling i kommunene) fra 2007 beskrives et inntrykk av at daglig tjenestepraksis i kommunen 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 kan tyde 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 påpekte 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 bruker 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 2020 (kap. 3.2) viser at Gjøvik fortsatt gir tjenester til en større andel av befolkningen 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)*

Høsten 2021 har arbeidet startet med å oppdatere kommunens ReHabiliteringsplan med følgende hovedområder:

- Brukermedvirkning og involvering
- Samhandling
- Helhetlig pasient- og brukerforløp
- Kapasitet og ressurser
- Kompetanse og fagutvikling
- Aktivitet, arbeid og helse

Ønsket utvikling mot 2030:

- Styrke brukernes muligheter til deltakelse og mestring i et livsløpsperspektiv
- Utvikle mer ressursorienterte arbeidsmetoder
- Hverdagsmestring skal være et innarbeidet tankesett for å selvstendiggjøre innbyggerne til å kunne bo lengst mulig i eget hjem
- Øke grad av forebygging og tidlig intervensjon ved funksjonsfall
- Kompetanseheving
- Øke fokus på at bruker skal være aktiv i egen rehabilitering
- Planlegge for å skape gode overganger og kontinuitet i tjenestetilbudet
- Sette fokus på betydningen og behovet for sammenheng i tjenestene
- Oppfølging av ReHabiliteringsplan 2022

4.5 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.
I Gjøvik kommune utarbeides det en folkehelseoversikt til hver kommunestyreperiode. Tilrettelegging for god folkehelse er et sektorovergripende ansvar, og det er etablert et folkehelseforum med representanter fra alle sektorer.

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, Meld. St. 29 (2012-2013))

Sammen om aktive liv (2020-2029) har som mål å få et mer aktivitetsvennlig samfunn, og at andelen av befolkningen som oppfyller de helsemessige anbefalingene økes med 10 % innen 2025 og 15 % innen 2030. Dette innebærer universelle tiltak rettet mot hele befolkningen på arenaer som favner alle, med tidlig innsats og like muligheter for alle.

Leve hele livet rapporten påpeker at kommunen i stor grad evner å bidra til målet om økt aktivitet, gode opplevelser og fellesskap, men at det er potensiale i å fokusere aktivitetene noe mer rundt fysiske aktiviteter.

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 funksjonshemmede 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 funksjonsnedsettelser over i varig arbeid, og å få opprettet flere tilrettelagte arbeidsplasser innen både arbeidsmarkedsbedrifter og ordinære bedrifter.

Ønsket utvikling mot 2030:

- Aktivitet og fellesskap kan spisses i større grad mot fysisk aktivitet og forebygging av funksjonstap.
- Gjøre forebyggende og helsefremmende aktiviteter mer kjent for befolkningen gjennom en aktiv kommunikasjonsstrategi og holdningsskapende informasjonskampanje.
- Stimulere til mer frivillighet og samhandling med lokalsamfunnet.
- Benytte digitale plattformer for organisering av frivillige aktiviteter.
- Øke samhandling med Frivilligsentralen.
- Spre erfaringer fra aktivitet og fellesskap i Biri Pilot.
- Øke antall arbeids- og aktivitetsplasser for yngre med funksjonsnedsettelse.

4.6 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))

Leve hele livet rapporten påpeker mangler på området «Sammenheng i tjenesten». Involvering av pårørende har vært tema for fagutvikling i Gjøvik de siste årene og må fortsatt settes på dagsorden som en viktig strategi.

Ønsket utvikling mot 2030:

- Øke brukermedvirkning
- Forebygge digitalt utenforskap
- Øke involvering av pårørende
- Drive holdningsskapende arbeid
- Utvikle mer personorientert praksis
- Mobilisere de eldre som ressurser i sivilsamfunnet

4.7 Tilrettelagte tjenester til yngre med funksjonsnedsettelser

Yngre med funksjonsnedsettelser omfatter to hovedgrupper: Personer med utviklingshemming og personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer (ROP).

Personer med utviklingshemming:

For personer med utviklingshemming har det de siste 15-20 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 funksjonsnedsettelser 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 2030.

I 2021 har Helsedirektoratet utgitt ny veileder:
«Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming».

Veilederen gir anbefalinger om følgende hovedtemaer:

- Samarbeid og kompetanse

- Personsentrerte og individuelt tilrettelagte tjenester
- Livsfaser og -overganger
- Habilitering og bistand i hverdagen
- Helseoppfølging
- Samarbeid med familie, pårørende og verge
- Dokumentasjon og taushetsplikt

Utvikling av bo- og 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)

Samhandlingsreformen ble fra 2017 utvidet til også å gjelde psykisk helsevern, noe som blant annet medfører betalingsplikt for pasienter som blir definert som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. En konsekvens av dette er at tjenestene i økende grad forventes å stille med omfattende bo- og omsorgstilbud på relativt kort varsel.

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

Ønsket utvikling mot 2030:

- Videreutvikle differensierte bo- og tjenestetilbud til personer med ROP-lidelser
- Planlegge nye botilbud utfra behov
- Tilrettelegge for at yngre med funksjonsnedsettelser 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
- Videreutvikle samarbeidsmodeller mellom kommunen og 2.linjetjenesten for personer med ROP-lidelser
- Utvikle tilpassede og differensierte helse- og habiliteringstjenester for personer og grupper inkludert vurdering av transportmuligheter

4.8 Omsorgssenteret – en møteplass i lokalsamfunnet

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 folk på tvers av steder.

Gjøvik kommune har prioritert en desentral modell med omsorgssentra på seks steder, utformet med lokaler som gir muligheter for aktiviteter i samarbeid med lokalsamfunnet.

Ønsket utvikling mot 2030:

- Bygge nytt omsorgssenter i Snertingdal
- Stimulere til mer aktivitet, frivillighet og samhandling med lokalsamfunnet
- Tverrsektoriell innsats, øke samarbeid med Frivilligsentralen
- Samarbeid med frivillig sektor på en systematisk måte
- Bygge eller etablere et nytt omsorgssenter i sentrum eller sentrumsnære områder

4.9 Heldøgns tjenester i omsorgsboliger

Den hjemmetjenesteorienterte strategien, med stadig flere av tilbudene som heldøgns trygge tjenester i ulike typer boformer utenfor institusjon, videreføres. Geografisk tilhørighet er viktig ved ivaretakelse 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 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 …"

Meld. St. 29 (2012-2013) s. 26

I omsorgsbolig er beboeren å betrakte som hjemmeboende. Man har leiekontrakt, betaler husleie og egne utgifter selv, beholder egen fastlege og rettigheter til legemidler og medisinsk forbruksutstyr på blå resept og gratis lån av hjelpemidler fra NAV.
Beboeren tildeles omsorgstjenester i enkeltvedtak utfra en individuell vurdering av behovet.

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.

Kommunen har tidligere vedtatt at langtidsplass i sykehjem og plass i bokollektiv er å betrakte som høyeste omsorgsnivå.

I lokal forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester beskrives tilbudene slik:

a) Langtidsopphold i sykehjem
Med langtidsopphold menes tidsubegrenset opphold i institusjon der det ytes heldøgns helse- og omsorgstjenester med fastsatt egenbetaling for oppholdet.

b) Tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester
Med "tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester" menes bolig:
- der beboernes tjenestebehov vanligvis er så stort at det er sammenlignbart med tjenestebehovet som beboere i sykehjem har
- der det er mulig å gi døgnkontinuerlige tjenester
- der det er mulig å føre tilsyn med pasientene eller brukerne tilsvarende som i sykehjem
- der det er mulig å motta tjenester fra helse- og omsorgspersonell med kompetanse tilsvarende som personellet vanligvis har i sykehjem
- der muligheten for å tilkalle hjelp og responstida før personellet kan komme til boligen er tilsvarende som i sykehjem, og
- som kommunen tildeler disposisjonsrett til

Ønsket utvikling mot 2030:

- Ta i bruk flere velferdsteknologiske løsninger.
- Oppgradere teknologi og bemanning til heldøgns omsorg ved eksisterende boliger i Sørbyen, Nordbyen og Furubakken.
- Øke antall plasser med heldøgns tjenestetilbud i sentrumsnære områder.

4.10 Spesialisering av demensomsorg

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

Demensplan 2025 er den tredje nasjonale demensplanen for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det overordnede målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn, samtidig som vi er nødt til å finne bærekraftige løsninger i takt med at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker.

Demensplan 2025 har følgende tema:

- Personer med demens fanges opp til rett tid og sikres tilpassede tjenester
- Personer med demens sikres medbestemmelse, deltakelse og aktive liv
- Økt planlegging, forskning og kunnskap
- Forebygging og folkehelse
- Gode og sammenhengende tjenester

Ønsket utvikling mot 2030:

Øke satsing på tiltak som utsetter behov for heldøgns omsorg, som for eksempel velferdsteknologi, dagtilbud og avlastning

- Ytterligere kompetanseheving
- Tilrettelegge tilbud ift. demens og psykiske lidelser
- Videreutvikle kommunen som et demensvennlig samfunn

4.11 Pårørende og frivilligheten som ressurs

Det er anslått at pårørende står for nesten halvparten av den samlede innsatsen i helse- og omsorgssektoren. I dag er det mange pårørende i hele Gjøvik som tar viktige grep for sin familie og sine nærmeste, og på det viset er de en viktig aktør i vår kommunale helse- og omsorgstjeneste. Ikke minst er det viktig å sørge for at flere av dem kan få avlastning i perioder slik at de står styrket og motivert til videre innsats. Pårørende vil få en styrket rolle i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunen, noe som medfører at de vil få en selvstendig klagerett. Gjøvik kommune må sikre en slik medvirkning i våre tilbud. Barn og unge som har foreldre som sliter med psykisk sykdom, rusavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom har vi et særskilt ansvar for å følge opp med god informasjon og oppfølging. Ved Gjøviks omsorgssentre er det også ulike venneforeninger som skaper trivsel og hygge for beboerne. Dette, sammen med andre frivillige, er viktige å ta vare på framover. Frivilligheten må også løftes inn i arbeidet med utforming av fremtidens helsetilbud.

Ønsket utvikling mot 2030:

- Sikre fleksible avlastningstilbud for pårørende som tar seg av sine nærmeste
- Sikre at barn og ungdom som er pårørende blir ivaretatt
- Legge til rette for pårørende/ venneforening på hvert omsorgssenter

5.0 Oppfølging av planen

Helse- og omsorgsplan 2030 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.

Kommunen har ansvar for å gi befolkningen et tilbud av best mulig kvalitet innenfor de økonomiske rammene som stilles til rådighet. Velferdssamfunnet står foran en periode som vil kreve stor omstillingsevne for å nå målet om:

Gode nok tjenester innenfor vedtatte økonomiske rammer.