



**GJØVIK KOMMUNE**

**KOMMUNEDELPLAN:**

**HELSE- OG OMSORGSPLAN 2025  
FOR  
GJØVIK KOMMUNE**

*Vedtatt av kommunestyret 17.06.09  
Endelig utgave mars 2010*

**VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG**



<b>FORORD TIL HELSE OG OMSORGSPLAN 2025</b> .....	4
0 SAMMENDRAG.....	7
0.1 STATUS.....	7
0.2 INN I FRAMTIDA.....	8
0.3 MÅL OG OPPSUMMERING AV TILTAK.....	9
1 STATUS.....	10
1.1 FAKTA.....	10
1.1.1 ORGANISERING VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG.....	10
1.1.2 ANSATTE.....	12
1.1.3 DAGENS TJENESTEYTING MED NØKKELTALL.....	13
1.1.4 TJENESTER TIL BRUKERE UNDER 67 ÅR.....	20
1.2 UTVIKLINGSTREKK.....	21
1.2.1 NASJONAL DEMOGRAFI.....	21
1.2.2 FOLKEHELSEPERSPEKTIV.....	21
1.2.3 LEGETJENESTEN.....	22
1.2.4 NASJONALE TRENDER - TJENESTEYTING.....	24
1.2.5 HANDLINGSPLAN FOR ELDREOMSORGEN.....	25
1.2.6 SYKEHJEMMENES ROLLE OG FUNKSJONER I FREMTIDENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.....	25
1.2.7 KRAV TIL GOD KVALITET OG EFFEKTIV TJENESTE.....	26
1.2.8 HELSE OG OMSORG SOM LÆRENDE ORGANISASJON.....	28
1.2.9 UTVIKLING I VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG.....	30
1.3 FAGPLANER.....	31
1.3.1 PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING.....	31
1.3.2 PLAN FOR PSYKISK HELSEARBEID.....	32
1.3.3 DEMENSPLAN.....	33
1.3.4 KREFTPLAN.....	33
1.3.5 PLAN FOR KOMPETANSEHEVING OG REKRUTTERING.....	34
1.4 BYGNINGSMESSIG STATUS.....	34
1.4.1 BYGNINGSMESSIG VURDERING VED 3 OMSORGSSENTER, 2008.....	34
1.4.2 HAUGTUN OMSORGSSENTER.....	36
1.4.3 SØRBYEN OMSORGSSENTER.....	36
1.4.4 ÅSLUNDMARKA BO OG SERVICESENTER.....	36
1.4.5 GJØVIK BOLIGSTIFTELSE – OMSORGSBOLIGER.....	37
2 INN I FRAMTIDA.....	38
2.1 STATLIGE MÅL OG STYRINGSSIGNALER.....	38
2.1.1 LOVGIVNINGEN.....	38
2.1.2 INTENSJONER I LOVVERKET.....	38
2.1.3 KRAV TIL KVALITET.....	39
2.1.4 MESTRING, MULIGHETER OG MENING – OMSORGSMELDINGEN.....	39
2.1.5 NEDBYGGING AV FUNKSJONSHEMMENDE BARRIERER.....	40
2.2 KOMMUNALT PLAN OG STYRINGSGRUNNLAG.....	41
2.2.1 OVERORDNEDE MÅL OG STRATEGIER , LANGTIDSPLAN 2008.....	41
2.2.2 VERDIPLATTFORM OG HANDLINGSREGLER I GJØVIK KOMMUNE.....	43
2.2.3 ANDRE POLITISKE FØRINGER OG FAGLIGE UTREDNINGER.....	44
2.3 UTFORDRINGER OG MULIGHETER.....	45
2.3.1 PROGNOSE FOR FRAMTIDA.....	45
2.3.2 YNGRE MED FUNKSJONSNEDSETTELSE: ØKTE BEHOV – USIKRE PROGNOSE.....	47
2.3.3 UTFORDRINGER FOR VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG.....	48
2.3.4 NYE GENERASJONER BRUKERE - ANDRE FORVENTNINGER.....	50
2.3.5 LEGETJENESTENS ROLLE.....	51

		3
2.3.6	KOMPETANSEBEHOV OG REKRUTTERING.....	52
2.3.7	FRAMTIDIG BRUK AV INFORMASJONSTEKNOLOGI .....	54
2.3.8	SAMHANDLING, KOORDINERING OG KONTINUITET.....	55
2.4	FRAMTIDIGE PRINSIPPER OG INNSATSOMRÅDER .....	57
2.4.1	AKTIVT LIV .....	58
2.4.2	BRUKERMEDVIRKNING .....	62
2.4.3	REHABILITERINGSFOKUS I TJENESTETILDELINGEN.....	63
2.4.4	BO LENGST MULIG I EGET HJEM.....	65
2.4.5	TILRETTELAGTE TJENESTER TIL YNGRE FUNKSJONSHEMMEDE....	66
2.4.6	DESENTRAL MODELL - 6 HELSE OG OMSORGSSENTER .....	68
2.4.7	UTVIKLING AV HELSEHUSFUNKSJONER PÅ HAUGTUN .....	71
2.4.8	HELDØGNSTJENESTER I OMSORGSBOLIGER.....	74
2.4.9	SPECIALISERING AV DEMENSOMSORG .....	76
2.4.10	ORGANISERING.....	77
3	MÅL OG OPPSUMMERING AV TILTAK. ....	80
3.1	POLITISK VEDTATTE STYRINGSMÅL.....	80
3.2	TILTAKSOVERSIKT MED PRIORITERINGER.....	80
3.2.1	AKTIVT LIV: .....	80
3.2.2	BRUKERMEDVIRKNING:.....	81
3.2.3	REHABILITERINGSFOKUS I TJENESTETILDELINGEN: .....	81
3.2.4	BO LENGST MULIG I EGET HJEM:.....	81
3.2.5	TILRETTELAGTE TJENESTER TIL YNGRE FUNKSJONSHEMMEDE:....	81
3.2.6	DESENTRAL MODELL - 6 HELSE OG OMSORGSSENTER:.....	82
3.2.7	UTVIKLING AV HELSEHUSFUNKSJONER PÅ HAUGTUN: .....	82
3.2.8	HELDØGNSTJENESTER I OMSORGSBOLIGER:.....	83
3.2.9	SPECIALISERING AV DEMENSOMSORG:.....	83
3.2.10	ORGANISERING.....	83
3.3	KORTSIKTIGE TILTAK, 2010 – 2013.....	83
3.4	LANGSIKTIGE TILTAK, 2014 – 2025.....	85
4	VEDLEGG.....	86
4.1	GJØVIK – TALL OG TRENDER FRAM MOT 2025.....	86
4.2	HELSE OG OMSORG I GJØVIK KOMMUNE RO-RAPPORT.....	88
4.3	BYGNINGSMESSIG VURDERING AV SYKEHJEM I GJØVIK KOMMUNE ...	90
4.4	PROSJEKTSPEKIFIKASJON FOR UTARBEIDELSE AV HELSE OG OMSORGSPLAN 2025 .....	93
4.5	OPPSUMMERING AV INNSPILL TIL HELSE OG OMSORGSPLAN 2025 .....	96
4.6	KOMMUNESTYRETS VEDTAK AV 17.06.09 OM HELSE OG OMSORGSPLAN 2025 FOR GJØVIK KOMMUNE.....	100
5	HENVISNINGER .....	102

## **FORORD TIL HELSE OG OMSORGSPLAN 2025**

Helse og omsorgsplan 2025 er en overordnet plan som angir retningen for framtidig utvikling av helse- og omsorgstilbudene i Gjøvik kommune. Politikerne i Gjøvik har besluttet å satse på folkehelsearbeid og aktiviteter for å forebygge at behovet for tjenester blir større en nødvendig. Det er en målsetning at den enkelte innbygger skal ha et verdig og selvstendig liv og kunne bo lengst mulig i eget hjem.

Helse og omsorgsplan 2025 ble vedtatt av kommunestyret i Gjøvik den 17.06.2009 etter at et planutkast hadde vært ute til offentlig høring. I høringsperioden ble planen presentert i en rekke åpne møter og personalmøter. Det kom inn 23 skriftlige innspill som har vært med å prege vedtaket som ble fattet. I dette dokumentet er det som følge av kommunestyrets vedtak gjort noen tilpasninger i teksten i forhold til høringsforslaget. Kommunestyrets vedtak og et resymé av høringsinnspillene finnes som vedlegg til planen.

Tiltakene i planen besluttes i forbindelse med den årlige behandling av budsjett og styringsdokument, samt ved rullering av planen hvert fjerde år.

## INNLEDNING

Arbeidet med Helse og omsorgsplan 2025 ble initiert gjennom vedtak i HOM i desember 2006. Hovedutvalg for omsorg vedtok i HP 2007-2011 å:

*”utarbeide helhetlig strategi og handlingsplan for de ulike helse- og omsorgsnivå i Gjøvik kommune. Denne planen skal avklare fremtidige behov med tanke på utvikling i demografi og synliggjøre de mulighetene og utfordringene kommunen har på lang sikt.” Videre: ”Utrede de bygningsmessige investeringsbehov man står overfor i virksomhetsområdet.”*

Det har i perioden vært gjennomført en rekke aktiviteter som grunnlag for utarbeidelse av planen. Bygningsmessige og faglige utredninger, dialogmøter med politikere og ansatte, og studietur for HOV (utvalg for Helse, omsorg og velferd) er eksempler på dette. Føringer for planen er utarbeidet ut fra dialog med HOV, Eldrerådet og Rådet for funksjonshemmede. Vedtatte prinsipper (gjengitt i kap 2.2.3) legges til grunn for planen.

Regjeringens arbeid med en ny Samhandlingsreform mellom kommuner og sykehus legges fram som egen stortingsmelding i juni 2009. Det har så langt vært en bred prosess i forarbeidet til reformen. Mye informasjon og alle innspill er lagt ut på Helse og omsorgsdepartementets hjemmeside. Det har vært arrangert en rekke konferanser. Det forventes økt krav til samarbeid mellom sykehus og kommuner. Helseministeren har i flere sammenhenger benevnt reformen som en kommunereform. Det er klare føringer på stopp i veksten innenfor spesialisthelsetjenester til fordel for en styrking av kommunehelsetjenestene.

I arbeidet med Helse og omsorgsplanen er det forsøkt å ta hensyn til en del av disse føringene. Det vil imidlertid kunne bli nødvendig å gjøre nye vurderinger i forbindelse med rullering av planen. Blant annet stilles det økt krav til samarbeid mellom kommuner i tillegg til tydeliggjøring av kompetansebehov og samarbeidsarenaer.

Kommunedelplan Helse og omsorg 2025 skal være virksomhetsovergrepene plangrunnlaget for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Gjøvik kommune. Planen skal:

- avklare framtidige behov med tanke på utviklingen i demografi,
- synliggjøre de muligheter og utfordringer kommunen har på lang sikt,
- utrede de bygningsmessige investeringsbehov en står overfor i virksomhetsområdet,
- fastlegge mål og prioriteringer i utvikling av tjenester,
- avklare kommunens arbeidskrafts- og kompetansebehov,
- være grunnlaget for rullering av målrettede tiltak i kommunens Styringsdokument.

### **Om det foreliggende plandokumentet**

Kommunedelplanen er forsøkt lagt fram i en kortfattet og konsentrert form. Som **Vedlegg** i planen følger mer underlag for sentrale deler i planen. For mer utdypende vurderinger, vises det til de planer, dokumenter og utredninger som er listet opp under **Henvisninger**.

### **Planen i det kommunale plan- og styringssystem**

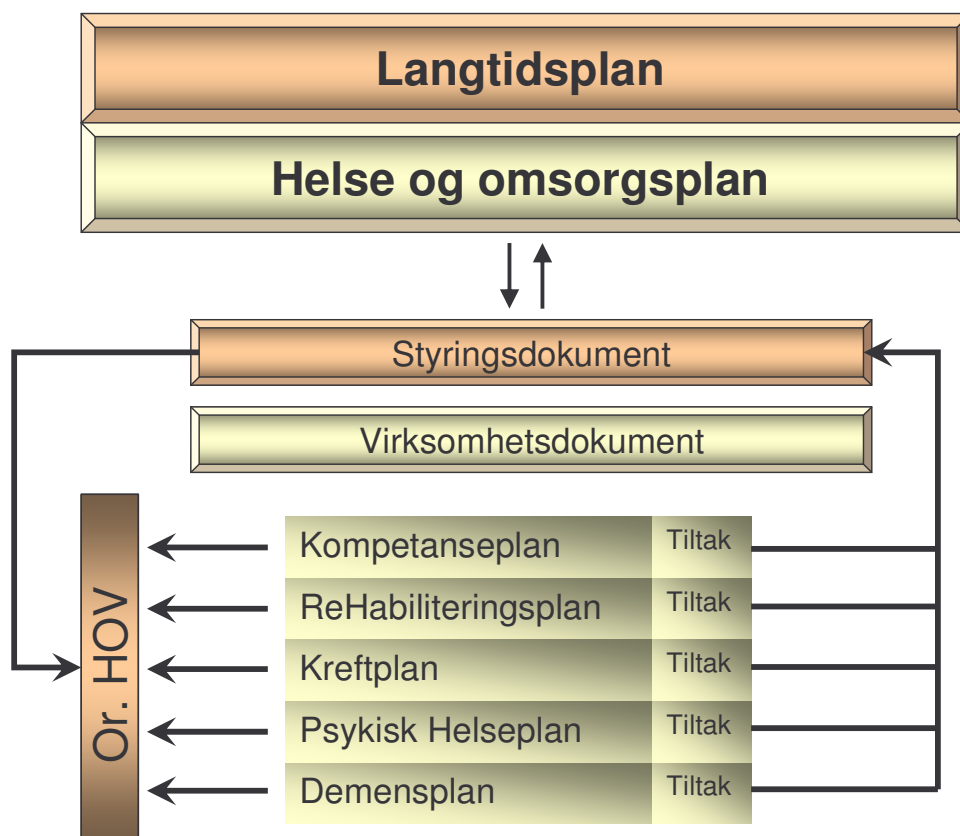
Kommunedelplanen er en helhetlig og koordinerende overbygningsplan for de administrative fagplanene for de ulike tjenesteområdene innen helse og omsorg.

Utvalg for Helse, omsorg og velferd står for politisk styring av arbeidet under planprosessen. Kommunedelplanen skal vedtas av kommunestyret. Administrativt er kommunedelplanen forankret hos virksomhetsleder helse- og omsorg.

Kommunedelplanen forutsettes *vurdert* samlet hvert 4.de år – en gang i kommunestyreperiode, i året *før* den samlede kommuneplanrevisjonen. For å gi kommunedelplanen førende virkning på kommuneplanrevisjonen i 2012, vil neste behandling bli i 2011. Som del av planprosessen inngår en offentlig høring og mulighet for medvirkning i samsvar med plan- og bygningslovens bestemmelser.

*Tiltaksdelen* i kommunedelplanen forutsettes rullert årlig og gir innspill til virksomhetsområdets forslag til mål og budsjettprioriteringer i forhold til det årlige styringsdokument og budsjetter. Kommunedelplanen er en helhetlig og koordinerende plan overbyggende for fagplanene for de ulike tjenesteområdene innen Helse og omsorg. Fagplanenes tiltaksdel rulleres årlig i forbindelse med utarbeidelse av styringsdokument.

De ulike administrative vurderinger koordineres administrativt i mai og legges fram for politisk drøfting i hovedutvalgets junimøte – vurderingene spilles inn og behandles i prosessen rundt utarbeiding og vedtak av styringsdokument og budsjetter om høsten.



I tillegg til fagplanene kommer lovpålagte planer som smittevernplan og beredskapsplaner. Disse utarbeides og godkjennes i tråd med sentrale føringer.

## 0 SAMMENDRAG

### 0.1 STATUS

Her beskrives dagens organisasjonsmodell for virksomhetsområde Helse og omsorg, med tjenestene organisert som en funksjonsmodell samt status i seksjonene og ved de respektive omsorgssenter i Gjøvik kommune. Dagens tjenesteyting med nøkkeltall gir et bilde av aktiviteter og dagens muligheter i virksomhetsområdet.

Utviklingstrekk beskriver demografi og trender både nasjonalt og i Virksomheten i Gjøvik kommune.

Den tradisjonelle eldreomsorgen utgjør ikke lengre største delen av ressursbehovet. En opplever i dag at yngre brukere, under 67 år med nedsatt funksjonsevne, har mer omfattende behov for tjenester på grunn av at deres behov ofte er mer sammensatte. Mer spesialisering, bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av virksomhetsområdets brukere samt rekruttering av kvalifisert personell er noen av dagens utfordringer.

I tråd med nasjonale strategier og føringer har virksomhetsområde Helse og omsorg i Gjøvik kommune utarbeidet egne fagplaner som beskriver dagens status samt innsatsområder i de kommende år. Fagplanenes tiltaksdel rulleres årlig i forhold til virksomhetsdokumentet.

Virksomhetsområdet er avhengig av å kontinuerlig å utvikle ny kunnskap. Etablering av undervisningssykehjem på Haugtun hvor en viktig intensjon er kunnskapsbasert praksis, vil bidra til økt faglig oppdatering og sikre at praksis i tjenesteytingen bygger på den nyeste kunnskap. Sammen med økt fokus på fellesskapets kunnskapsutvikling og erfaringslære, har Helse og omsorg lagt grunnlaget for å møte fremtidens tjenesteyting med økt kompetanse.

Folkehelseperspektivet vies stadig større fokus i form av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper mulighet for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Ansvar for befolkningens helse er i økende grad delt mellom den enkelte innbygger, egenomsorg og kommunen ved planlegging, helseopplysning og tjenestetilbud.

Et kjennetegn på kvalitativt gode Helse og omsorgstjenester er at tjenesten bygges opp rundt den enkelte innbygger, for å gi mulighet for et mest mulig verdig og selvstendig liv, samt tilrettelegging for å bo lengst mulig i eget hjem.

Nasjonale trender viser at utviklingen i den kommunale Helse og omsorgstjenesten går i retning av;

- Større satsning på hjemmebaserte tjenester og heldøgntjenester i omsorgsboliger.
- Sykehjemsplassene brukes i større grad enn tidligere som behandlingsplasser etter sykehusopphold, som tilbud for utredning og behandling lokalt samt som kortidsplasser.
- Det er en økende andel av øremerkede plasser i omsorgsboliger for innbyggere med diagnosen demens.

Som forberedelse til Helse og omsorgsplan 2025 har Gjøvik kommune fått gjennomført en bygningsmessig vurdering av omsorgssentrene med eldre bygningsmasse. Dette gjelder, Biri, Norbyen og Snertingdal. Videre gis det en bygningsmessig beskrivelse av de øvrige omsorgssenter i kommunen, da bygningenes samlede status og krav til universell utforming vil danne grunnlaget for planlegging av omsorgssentrenes fremtidige profil og bruksområde.



## 0.2 INN I FRAMTIDA.

Lover, forskrifter og politiske føringer og vedtak gir grunnlag for den daglige tjenesteytingen i virksomhetsområde Helse og omsorg. I dette kapittel gis det en oversikt over de statlige og kommunale mål og styringssignaler som Helse og omsorgsplan 2025 må forholde seg til. Blant annet nevnes

*Stortingsmelding 25, Mestring, muligheter og mening.* Her utpekes bl.a. retningen for utviklingen av omsorgstjenesten i kommunene, både i nær framtid fram til 2015 og de neste 20-30 år. Stortingsmeldingen anbefales lest i sin helhet av både av politikere og ansatte.

*Stortingsmelding 40, Nedbygging av funksjonshemmende barrierer* angir strategier, mål og tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne. Likeverd, selvbestemmelse, aktiv deltagelse samt personlig og sosialt ansvar utgjør sentrale verdier. Prinsipper for universell utforming har sitt utspring i denne Stortingsmeldingen. Gjøvik kommune har vært pilotkommune for denne strategien.

*Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten 27.06.2003* fremhever viktige verdier for at personer som er avhengig av kommunale tjenester, kan ha selvstendig styring av eget liv.

Det overordnede kommunale plan og styringsgrunnlaget ligger nedfelt i kommuneplanen, med Langtidsplan 2008 som en langsiktig del. Gjøvik kommunes arbeidsgiverpolitikk er forankret i organisasjonens verdier og handlingsregler, og er et virkemiddel for å nå målene i langtidsplanen.

I tillegg sammenstilles de mest sentrale politiske føringer som er vedtatt for virksomhetsområdet.

Dette er *Vedtatte prinsipper for Helse og omsorgstjenesten (sak 31/08 HOV)* samt *RO-rapport november 2007 – utredning vedrørende de ulike deltjenester innenfor Helse og omsorg i*

*Gjøvik kommune.* Utredningens vurderinger og tilrådninger er basert på prognose for befolkningsutvikling og alderssammensetning i tidshorisont fram til 2025.

Det er vanskelig å spå sikkert om de framtidige utfordringer som denne viktige tjenestesektoren står overfor, men noe framtidforskning kan være verdt å legge til grunn for videreutvikling av tjenestetilbudene:

- Framtidas eldregerasjon vil være friskere, ha store menneskelige og økonomiske ressurser, ha høyere utdanning og helt andre forventninger til sin alderdom og hvordan de vil leve og bo dersom de blir hjelpetredende.
- Antall innbyggere over 80 år vil gå ned fram til 2020, for deretter å stige kraftig fram til 2025.
- Det vil bli noe vekst i gruppen over 90 år fram til 2020.
- Utfordringene i demensomsorgen vil øke i perioden.
- Tydeliggjøring av sykehjem som behandling sinstitusjon vil bli forsterket.
- Veksten i den kommunale tjenesteyting vil ha sammenheng med økt antall brukere under 67 år med livslangt behov for omfattende tjenester.
- Det forventes vekst i antall innbyggere med tjenestebehov grunnet rus og psykiatri.
- Individuelle rettigheter og lovgivning gir enkeltborgeren større innflytelse på utforming av tjenesten og fokus på brukermedvirkning og brukerstyring vil øke.
- Legetjenesten vil få betydelige utfordringer som følge av utviklingen i punktene overfor.
- Utfordringen med å få besatt stillinger med kvalifisert fagpersonell vil tilta.
- Behovet for spisskompetanse i kommunen forsterkes pga endring i arbeidsfordelingen mellom primærkommune og spesialisthelsetjenesten.



- Det vil bli behov for økt tverrfaglighet for å dekke flere sider ved en helhetlig tjeneste
- Og det vil bli behov for andre kompetansegrupper innen virksomhetsområdet
- Begrensede økonomiske rammer for kommunene vil medføre at en større andel av budsjettene må disponeres til personell, ikke til bygningsmasse.

Når det gjelder framtidige innsatsområder for Virksomhetsområdet helse og omsorg, er det tatt utgangspunkt i de 10 førende prinsipper som er politisk vedtatt i sak 31/08 Hovedutvalg for Helse og Omsorg.

### **0.3 MÅL OG OPPSUMMERING AV TILTAK.**

For Gjøvik som helse-og omsorgskommune er målsettingen at:  
Gjøvik skal ha helse-og omsorgstilbud som gir alle mulighet for selvstendig og verdig liv.  
God folkehelse og universell utforming skal prege Gjøviksamfunnet.

Kommunedelplan Helse og omsorgsplan 2025 skal vise retning for utvikling av helse- og omsorgstjenestene i årene framover. Her beskrives tiltakene basert på de 10 førende prinsipper som er politisk vedtatt i sak 31/08 i Utvalg for Helse, omsorg og velferd og drøftinger av de 10 prinsipper som er beskrevet i pkt 2.4.1. til 2.4.10.

Tiltakene bygger på prinsippet om en hjemmetjenestebasert organisering i en desentral modell med Helse og omsorgssenter på seks steder. Tiltakene er basert på heldøgns trygge tjenester i ulike typer boformer utenfor institusjonene. Samtidig tar tiltakene høyde for de krav som stilles til økt kompetanse og spesialisering i samspill med spesialisthelsetjenestene og dermed behov for en viss sentralisering av tjenestetilbudet.

Inndelingen av tiltakene er forsøkt satt opp slik at en først fokuserer på det forebyggende helseperspektivet og enkeltindividets ansvar for egen helse og alderdom.

Videre har tiltakene fokus på en tverrfaglig tilnærming i tjenestetildelingen samt brukermedvirkning og selvbestemmelse hos brukere, tjenesteytere og pårørende.

Tiltakene bygges opp rundt den enkelte innbygger hvor målsettingen er tilrettelegging for å bo lengst mulig i eget hjem.

For yngre funksjonshemmede er tiltakene basert på boligetablering og samhandling samt helseoppfølging.

Tiltak i forhold til spesialisering av demensomsorgen vil muliggjøre et mer differensiert botilbud og tydeligere faglig fokus.

Tiltak vedrørende innretning av det fremtidige kommunale tjenestetilbudet tar høyde for de utfordringer en vil møte i planperiodens siste år fram mot 2025.

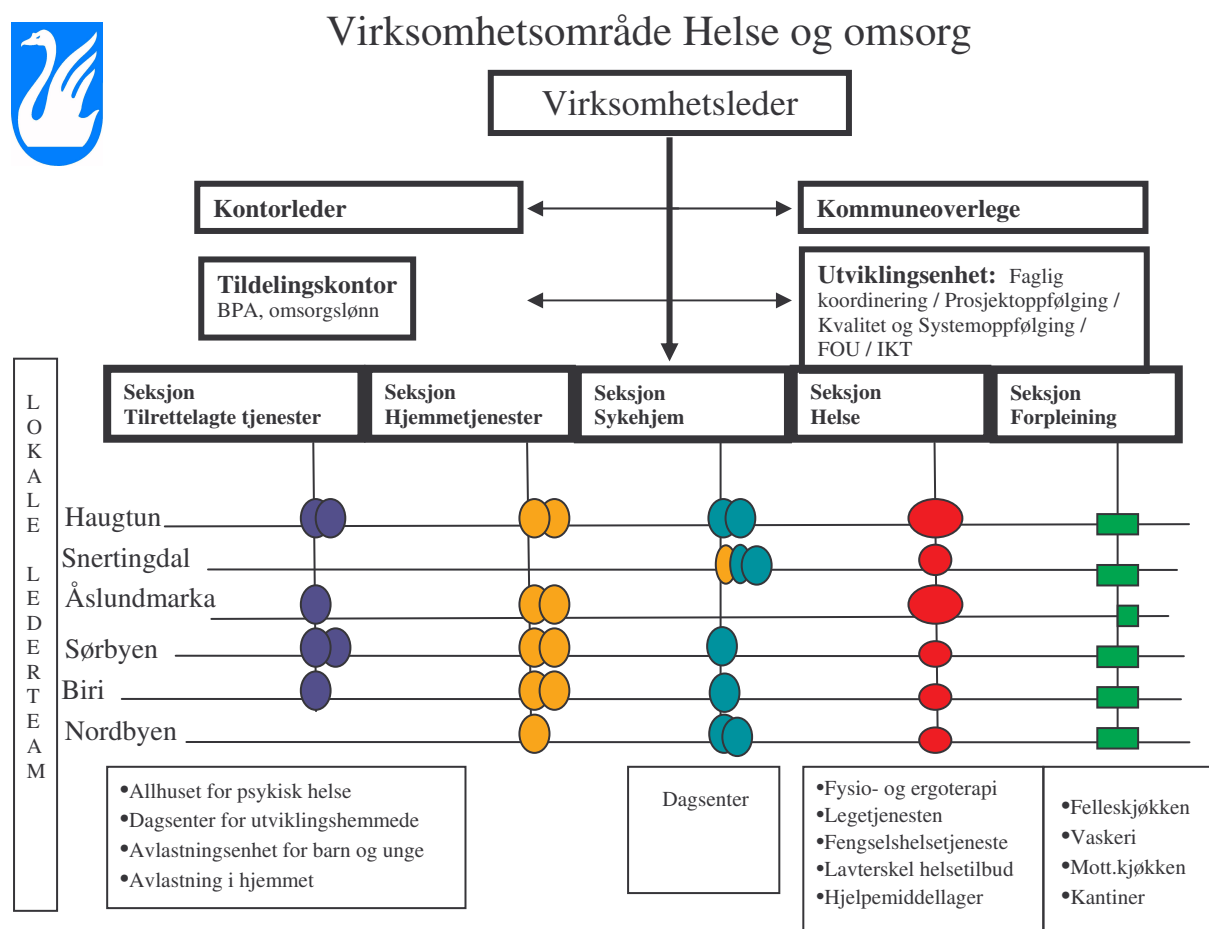
# 1 STATUS

## 1.1 FAKTA

Virksomhetsområdet er omorganisert og drift etter funksjonsmodell ble iverksatt fra 01.05.2005.

Oversikt over tjenester og administrativ oppfølging av disse:

### 1.1.1 ORGANISERING VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG



Virksomheten i Helse og omsorg er fordelt på 5 seksjoner og 6 omsorgssenter, henholdsvis Haugtun, Snertingdal, Åslundmarka, Sørbyen, Biri og Nordbyen.

### Seksjoner

Hver seksjon er ledet av en seksjonsleder som er plassert i virksomhetsområdets administrasjon i rådhuset. Sirklene under seksjon tilrettelagte tjenester, hjemmetjenester og sykehjem indikerer avdelinger med 15 - 27 årsverk fordelt på 35 – 45 personer.

Seksjon helse har aktivitet på mange steder og består av få ansatte på hvert sted og er ledet av en seksjonsleder. Seksjon forpleining har en avdelingsleder med ansvar for mottakskjøkken og kantine på omsorgssentrene, samt rådhusets kantine og egen avdelingsleder ved felleskjøkken og vaskeri.

**Seksjon Tilrettelagte tjenester** har ansvar for tjenester til personer med utviklingshemming og personer med psykiske lidelser.

**Seksjon Hjemmetjenester** har ansvar for hjemmesykepleie og praktisk bistand og opplæring (hjemmehjelp)

**Seksjon Sykehjem** har ansvar for alle sykehjemstjenester og dagsentervirksomhet til eldre.

**Seksjon Helse** har ansvar for legetjenesten, fysio- og ergoterapitjenester, fengselshelsetjeneste, transporttjenesten for tekniske hjelpemidler og lavterskel helsetilbud til rusmisbrukere.

**Seksjon Forpleining** har ansvaret for all matforsyning til sykehjem og mat til hjemmeboende. I tillegg har de ansvaret for vask og stell av tøy.

### Stabsfunksjoner

**Tildelingskontoret** har ansvar for tildeling av alle tjenester.

**Utviklingsenheten** har ansvar for faglig utvikling, kvalitets- og systemoppfølging.

Tildelingskontor og utviklingsenhet er plassert i stab til virksomhetsleder.

**Kontorleder** har ansvar for merkantile funksjoner i virksomhetsområdet, samt de kontoransatte.

**Kommuneoverlege** er virksomhetsområdets medisinskfaglige rådgiver.

### Omsorgssenter

De horisontale linjene i organisasjonskartet indikerer på hvilke omsorgssenter den enkelte seksjon har baser for sin drift. Omsorgssentrene er basert på et strukturert samarbeid mellom avdelingene gjennom lokale lederteam, hvor funksjonen som lokal koordinator går på omgang mellom avdelingslederne. Seksjonslederne er kontaktperson for hver sine lokale lederteam/ omsorgssenter.

**Haugtun omsorgssenter** flyttet inn i nytt og moderne bygg i 2000. Senteret består av 58 sykehjemsplasser fordelt på to etasjer/ avdelinger. Øverste etasje i bygget består av 20 omsorgsboliger, bygget rundt tre fellesarealer. Første etasje rommer kontorer, arbeidsrom og møterom for alle seksjoner. Seksjon tilrettelagte tjenester har to avdelinger tilknyttet Haugtun, det samme gjelder hjemmetjenesten. Seksjon helse har plassert voksenteamet innen fysio- og ergoterapi her. Seksjon forpleining er representert med kantine/ bydelskafe og mottakskjøkken.

Undervisningssykehjemmet for Oppland er en viktig funksjon her (nærmere beskrevet i pkt. 1.2.8.)

**Snertingdal omsorgssenter** har tilhold i det som tidligere var bygdas alders- og sykehjem, bygget i flere etapper i tida 1950-1985. Senteret består av 34 sykehjemsplasser, hvorav 4 i en ressursavdeling for demente med utagerende atferd. En av avdelingene ved senteret er organisert som en kombinert avdeling med både institusjon og hjemmetjenester, organisasjonsmessig plassert i seksjon sykehjem. Det gis dagtilbud tre dager pr uke, hvorav en dag er spesielt tilrettelagt for personer med psykiske helseproblemer. Seksjon forpleining er representert med kantine/ bygdekafe og mottakskjøkken. Seksjon helse har base for 1 fysioterapeut og 1 ergoterapeut.

**Åslundmarka bo- og servicesenter** er bygget i tre etapper mellom 1990-1998.

Senteret består av totalt av 62 omsorgsboliger, hvorav 22 plasser i samlokaliserte boliger med fellesareal. Disse er fordelt på 4 enheter; tre benyttes til aldersdemente, et til personer med psykiske helseproblemer. Avlastningsenhet for barn og unge og dagsenter for utviklingshemmede er midlertidig plassert i senteret. Seksjon helse har base for barneteamet innen fysio- og ergoterapi her, og kommunalt mottak for tekniske hjelpemidler. Senteret består forøvrig av kantine/ bydelskafe og kontorer og møterom for hjemmetjenesten og tilrettelagte

tjenester. Ved Åslundmarka bo- og servicesenter er det også helsestasjon, legesenter og fysikalsk institutt.

**Sørbyen omsorgssenter** er bygget i 1996

Senteret består av 30 sykehjemsplasser, fordelt på to adskilte fløyer. I senterets andre etasje er det 16 omsorgsboliger. Forøvrig består omsorgssenteret av kontorer, møte- og arbeidsrom for to avdelinger i seksjon tilrettelagte tjenester og to avdelinger innen hjemmetjenester, samt kantine/ bydelskafe og mottakskjøkken. I 2006 ble Bjørkelia bofellesskap med 24 plasser for aldersdemente åpnet. Dette ligger i nær tilknytning til omsorgssenteret. Fysio- og ergoterapitjenester ivaretas av tjenestens voksteam på Haugtun.

**Biri omsorgssenter** har tilhold i det som tidligere var Furulund alders- og sykehjem, bygget i tre etapper fra 1950-1978. Senteret har 27 sykehjemsplasser. Videre er et bofellesskap for aldersdemente med til sammen 16 plasser, bygget i 2003 tilknyttet senteret. Det er også en fløy med 10 omsorgsboliger, bygget på slutten av 1980 inntil omsorgssenteret. Det gis dagtilbud tre dager pr uke, hvorav en dag er spesielt tilrettelagt for personer med psykiske helseproblemer. Senteret består forøvrig av kantine/ bygdekafe og mottakskjøkken, samt kontorer og møterom for hjemmetjenesten og tilrettelagte tjenester. Seksjon helse har base for fysioterapeut og ergoterapeut i senteret.

**Nordbyen omsorgssenter** har tilhold i det som tidligere var Vardal alders- og sykehjem, bygget i tre etapper fra 1964-2004. Senteret har 42 sykehjemsplasser, fordelt på to avdelinger. Det gis dagtilbud/ dagplass i institusjon fire dager pr uke for brukere fra de sentrumsnære områdene. I tilknytning til senteret er det en fløy i to etasjer med til sammen 16 omsorgsboliger. Senteret består forøvrig av kantine/ bydelskafe og mottakskjøkken, samt kontorer og møterom for hjemmetjenesten. Fysio- og ergoterapitjenester ivaretas av tjenestens voksteam på Haugtun.

### 1.1.2 ANSATTE

Virksomhetsrådets budsjett utgjør 1. januar 2009 ca 347 mill. Dette utgjør ca 610 årsverk fordelt på ca 900 personer.

Det er en målsetting å ha myndiggjorte medarbeidere som har et felles engasjement for å gi brukerne av tjenestene en opplevelse av kvalitet. Ansatte opplever i dag en sterkere faglig myndiggjøring da det ikke i like stor grad som tidligere er lederen som fatter de faglige beslutningene. Mange ansatte har i tillegg roller som kreftkontakter, sårkontakter eller andre kontaktfunksjoner. Ofte benyttes disse til undervisning og veiledning av kolleger.

De ansatte har ervervet seg kunnskap om elektronisk dokumentasjon. Det er gjennomført omfattende og grundig opplæring av flere hundre ansatte i løpet av de siste årene. Dette har medført at alle ansatte er godt informert om organisasjonen og kan innhente ny og oppdatert kunnskap om de faglige oppgavene de skal utføre. Ansatte arbeider i større grad enn tidligere på tvers av avdelinger og geografiske grenser, spesielt i hjemmetjenesten. Dette gir grunnlag for økt kompetanseflyt og en mer effektiv og kvalitativt god tjeneste.

### Status og utvikling i sykefravær

Oversikt sykefravær Virksomhetsområdet Helse og omsorg, perioden 2005 - 2008:

2005	2006	2007	2008
11,0 %	12,5 %	13,9 %	14,3 %

Etter en nedgang i sykefraværet i perioden 2003 – 2005 har det vært en stigende tendens de siste årene fra 11 % i 2005, 12,5 % i 2006, 13,9 % i 2007, og 14,3 % i 2008. Dette til tross for en omfattende innsats i forhold til forebygging og oppfølging.

Virksomhetsområdet har lav grunnbemanning og stramme rammer, aktivitetsnivået er økende. Lav grunnbemanning kombinert med høyt sykefravær medfører økt behov for vikarer, samtidig med at arbeidsmarkedet er stramt. Dette kan medføre økt bruk av overtid og ekstra belastning på de ansatte.

Det arbeides kontinuerlig med oppfølging av sykmeldte etter rutiner for Inkluderende arbeidsliv. Alle avdelingsledere og seksjonsledere har deltatt på opplæring innen kommunikasjon over fem dager med fokus på helsefremmende arbeidsplasser. Oppfølging av sykemeldte krever stadig mer tid og ressurser. Avdelingene har mellom 15 og 27 årsverk med opp mot 45 ansatte. Det jobbes turnus de fleste steder. Dette kan være krevende for den enkelte leder å klare å prioritere dette arbeidet fullt ut. RO-rapporten som ble framlagt i november 2007 påpeker at det er et stort lederspenn. Den stiller spørsmål om det er tilstrekkelig med lederressurser med tanke på å kunne utøve synlig og tilstedeværende lederskap.

Medarbeidersamtaler gjennomføres kontinuerlig på alle avdelinger. Tilrettelegging av arbeid for de fleste langtidssykmeldte løses innenfor eget område. Noen saker overføres til personalseksjonen.

### **1.1.3 DAGENS TJENESTEYTING MED NØKKELTALL.**

Der ikke annet er oppgitt, er tallene hentet fra dokumentasjonssystemet Geric, pr. mars 2009

#### **Heldøgns omsorg**

Både seksjon tilrettelagte tjenester, hjemmetjenester og sykehjem gir tilbud med heldøgns omsorg. Helse og omsorg har totalt 248 plasser med heldøgns omsorg for eldre. Antall innbyggere 80 år og over er 1546 pr 01.01.09. Dette tilsvarer en dekningsgrad av heldøgns plasser for innbyggere 80+ på 16 %. 191 av disse er sykehjemsplasser. 57 plasser er i bofellesskap for demente som er organisatorisk plassert i seksjon hjemmetjenester.

For yngre personer med funksjonsnedsettelse og omfattende bistandsbehov gis heldøgnsstilbud innen seksjon tilrettelagte tjenester for 29 personer med utviklingshemming i samlokaliserte boliger, fordelt på 5 steder. 18 personer med psykiske helseproblemer er bosatt i bofellesskap på 3 steder med bemanning, men uten fast nattevakt.

#### **Dagaktivitetstilbud**

Seksjon sykehjem har ansvar for følgende tilbud:

- Dagopphold i institusjon (etter enkeltvedtak, hjemlet i kommunehelseloven) tilbys ved Nordbyen omsorgssenter for brukere fra sentrumsnære områder, samt ved Biri og Snertingdal omsorgssenter.
- Åpen dag ved Sørbyen, Åslundmarka og Haugtun

Seksjon tilrettelagte tjenester har ansvar for følgende tilbud:

- Allhuset i Siggeruds gate 4: tilrettelagte tilbud for personer med psykiske helseproblemer
- Dagsenteret for utviklingshemmede

- Grønn omsorg: Kjøp av tjenester/ arbeidstilbud til ulike brukere fra private tilbydere innen landbruket
- Kunstgrupper: Kjøp av tjenester fra privat tilbyder, i samarbeid med Kultur og fritid

I tillegg til dette er Gjøvik kommune medeier i arbeidsmarkedsbedriftene ATS og TOPRO hvor personer med yrkeshemming har ulike tilrettelagte arbeidsplasser, både varige og på kortere sikt for utprøving.

### **Seksjon sykehjem**

Det har til nå vært en målsetting at ca. 20 % av de 191 plassene i sykehjem er korttidsplasser. Sykehjemmene brukes både til permanent bolig og til kortere opphold for medisinsk behandling, rehabilitering, avlastning og som et tilbud ved livets slutt. Sykehjemstilbudet er differensiert med egen rehabiliteringsavdeling, skjermede enheter for demente og ordinære langtidsplasser.

Seksjon sykehjem har i tillegg ansvar for dagopphold i institusjon for hjemmeboende. 60 personer har slikt tilbud, hvorav 11 personer under 67 år. I tillegg er det tilbud om Åpen dag ved Sørbyen, Åslundmarka og Haugtun omsorgssenter.

### **Seksjon hjemmetjenester**

Seksjon hjemmetjenester har tre bokollektiver for aldersdemente og seks tradisjonelle hjemmetjenesteavdelinger. Hjemmetjenesten yter tjenester ut fra Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven slik som nødvendig helsehjelp og praktisk bistand.

Antall brukere totalt er 1140, med en snittalder på 76 år. 230 brukere er under 67 år. Av disse er det 15 personer med brukerstyrt personlig assistent. 665 brukere av trygghetsalarm betjenes av hjemmetjenesten.

### **Seksjon tilrettelagte tjenester**

Seksjonen gir et variert tjenestetilbud til personer med utviklingshemming, psykiske helseproblemer og andre funksjonsnedsettelse. I tillegg til botilbudene som er nevnt over, gis hjemmebaserte tjenester, avlastning i hjemmet, avlastning i institusjon for barn og unge og et variert dag og aktivitetstilbud.

Antall brukere totalt er 404, med en snittalder på 43 år. 43 brukere er 67 år eller eldre.

30 brukere har avlastning i hjemmet.

8 brukere benytter avlastningsenheten for barn og unge.

22 brukere har tilbud ved dagsenteret for utviklingshemmede.

18 brukere har vedtak på ulike tilbud ved Allhuset for psykisk helse, i tillegg er det ca 50 brukere som benytter ulike åpne tilbud.

273 brukere har vedtak innen psykisk helsearbeid.

### **Brukerstyrt personlig assistent ( BPA)**

Gjøvik kommune har pr. januar 2009 15 brukere i ordningen Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) Dette utgjør 560 vedtakstimer pr. uke. BPA er en måte å organisere hjelpen på for ”*de som har særlig hjelpebehov pga sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.*” Tjenesten er hjemlet i Sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a jf. § 4-3.



Formålet med å organisere tjenester som brukerstyrt personlig assistanse, er å sørge for størst mulig grad av selvstendighet og fleksibilitet for bruker. Det er en forutsetning at bruker, eller dens representant, skal være arbeidsleder for sine hjelpere. Tjenester som kan falle inn under ordningen er praktisk bistand og opplæring i hjemmet samt støttekontakt. Tjenester hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven skal normalt ikke inngå i ordningen. Utmåling av tjenesten vurderes ut fra hva kommunen ville ytt av tjenester gjennom de ordinære omsorgstjenestene.

Brukere som innvilges BPA kan selv velge om de ønsker å få tjenesten fra Gjøvik kommune eller fra private andelslag.

## **Seksjon helse**

**Fysio- og ergoterapitjenesten** i Gjøvik kommune er organisert i et voksenteam og et barneteam.

Faggruppene yter bistand til fysisk opptrening og veiledning til pasienter etter henvisning fra lege, den øvrige Helse og omsorgstjenesten eller tildelingskontoret. I 2008 fikk 1000 pasienter et tilbud om fysio- og/eller ergoterapitjenester.

### *Aldersfordeling:*

151 barn 0 – 18 år, 291 voksne 18-67 år, 558 eldre over 67 år

### *Tiltaksarenaer barn:*

I skoler 42 pasienter, barnehager 23 pasienter, hjemmet 33 pasienter, Åslundmarka 53 pasienter

### *Tiltaksarenaer voksne:*

I rehabiliteringsavdeling 37 pasienter, korttidsavdeling 113 pasienter, langtidsavdeling 54 pasienter og i hjemmet 796 pasienter

*Private fysioterapeuter* med kommunale driftsavtaler gir behandling til ca 5000 pasienter hvert år.

**Transporttjenesten for tekniske hjelpemidler** har ansvar for å bringe hjelpemidler som lånes ut fra NAV hjelpemiddelsentral hjem til brukerne. I 2008 ble det formidlet 7359 hjelpemidler i Gjøvik kommune.

**Lavterskel helsetilbud for rusmiddelmissbrukere** er et tilbud til de sykeste rusmiddelmissbrukere og har 30 -35 faste brukere. I tillegg er det mange som sporadisk kommer innom som er hjemmeboende i andre kommuner. Man ser at også yngre brukere oppsøker tiltaket. Av de yngre brukerne har noen en debut med rusmidler så tidlig som i 13 års alder.

## **Seksjon forpleining**

### **Fellesvaskeriet:**

Vask av privattøy til beboere fra 5 institusjoner, ca 20 tonn pr år, og vask av flattøy (sengetøy, håndklær, dyner, puter fra 5 institusjoner) som utgjør ca 100 tonn pr år.

### **Felleskjøkkenet:**

Felleskjøkkenet produserer ca 186 000 porsjoner mat pr år. Maten leveres til 6 omsorgsenter, 3 bokollektiv og ca. 280 hjemmeboende med vedtak om mat, i tillegg er Gjøvik fengsel fast ekstern kunde. I tillegg er det en liten andel cateringproduksjon, i hovedsak til kommunens egne kurs og konferanser.

### **Mottakskjøkken og kantiner:**

Leverer kolonialvarer og bistår avdelingene med reoppvarming av middagsmat til sykehjemsavdelingene. Drifter i tillegg kantinene på omsorgssenterne og i rådhuset.



## Omsorgsboliger

Omsorgsboliger tildeles av tildelingskontoret. Boligene eies av Gjøvik boligstiftelse, hvor Gjøvik og omegn boligbyggelag er forretningsfører og står for alt praktisk vedrørende utleie og vedlikehold av boligene. Det er totalt 456 omsorgsboliger i Gjøvik.

Omsorgsboliger (Mars 2009)	Frittstående boliganlegg	Boliger tilknyttet omsorgs senter	Demente	Psykisk helse	Utv hemmede/ Funksjons hemmede
<b>Åslundmarka/ Hunndalen</b>					
Rådyrveien 3-89 (Åslundmarka)		40	17	5	
Sigurd Islandsmoensvei 3- 9 (Almsfeltet)	20				
Bruhaugveien 41, 43	4				
Mårveien 29, 31					4
<b>Haugtun/ Sentrum</b>					
Øvre Torvgate 2 (Furubakken)	46				
Niels Ødegaardsgate 2 B (Mustadhagen)	16			8	4
Storgata 33 (Haugtun)		20			
<b>Nordbyen</b>					
Ekornveien 27		16			
Ekornveien 29-39	19				
Ekornveien 30-56 (Torke)	28				
<b>Sørbyen</b>					
Gimleveien 6		16			
Gimleveien 8			24		
Blåveisstien 2-11	35				
Jutulstien 1-27	22				
Kvartsveien 16, 18					4
Opsahlveien 2					3
Opsahlveien 6					4
Opsahlveien 12-20					4
Skoglundstien 1					4
Alf Prøysensvei 1					4
<b>Snertingdal</b>					
Doktorstien 2-20 (Solvangløkka)	10				
Snertingdalsveien 1739-1743	12				
<b>Biri</b>					
Biriveien 51			16		
Biriveien 55		10			
Sigstadplassen 8-18	6				
Altonaveien 17-19	10				
Disetsvingen 6-18	7				
Snippveien 27					9
Biriveien 91 (Adm.: Rex-bo Eiendom)	4			5	
<b>Antall omsorgsboliger totalt 456</b>	<b>239</b>	<b>102</b>	<b>57</b>	<b>18</b>	<b>40</b>

## Nøkkeltall og statistikk

### Trender i Gjøvik kommune

Det har stort sett vært en tiltakende økning i folketallet de siste årene – med en total økning på + 1 598 innbyggere siden år 2000. Den aldersgruppert befolkningsutviklingen har vært slik:

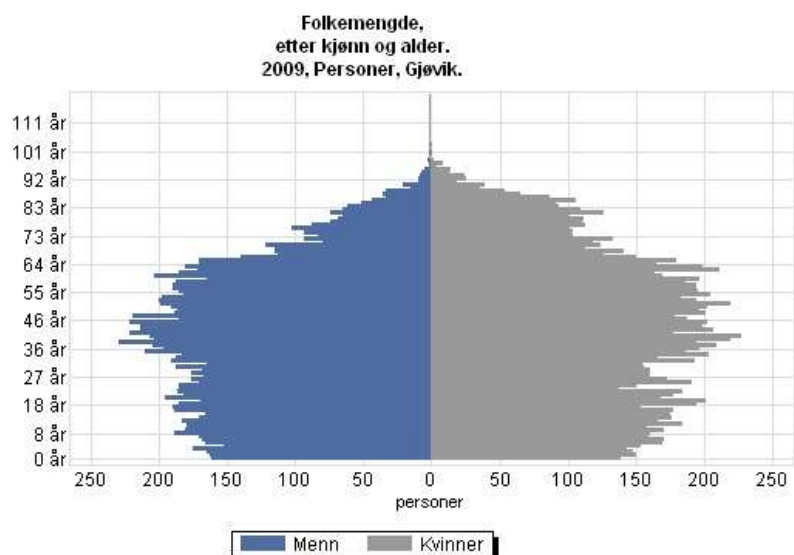
År	Totalt	0-19 år	20-66 år	67-79 år	80 år +	90 år +
2000	27 013	6 293	16 459	3 057	1 204	160
2001	27 179	6 394	16 532	3 005	1 248	164
2002	27 093	6 330	16 538	2 938	1 287	169
2003	27 349	6 646	16 692	2 862	1 326	175
2004	27 526	6 522	16 833	2 791	1 380	174
2005	27 648	6 542	16 940	2 755	1 411	178
2006	27 819	6 609	17 009	2 752	1 449	186
2007	27 931	6 653	17 064	2 716	1 498	195
2008	28 301	6 758	17 322	2 692	1 529	180
2009	28 611	6 748	17 604	2 713	1 546	210

#### Kommentarer:

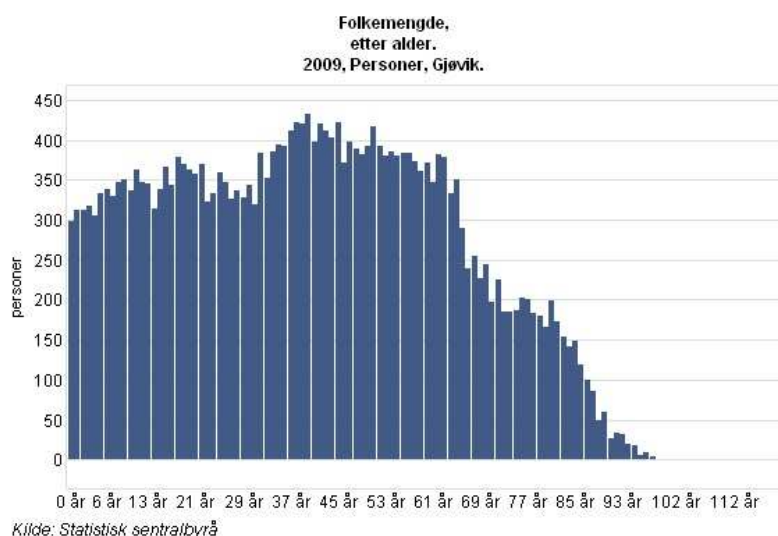
- Antall yngre eldre; 67-79 år, har stort sett avtatt siden 2000 (kun med økning i 2008), med totalt – 344 personer. Befolkningsandelen har gått fra 11,3 % i år 2000 til 9,5 % pr. 1.januar 2009.
- Antall eldre 80 år + har økt hvert eneste år siden år 2000, med samlet + 342 personer, eller med i snitt + 38 årlig. Befolkningsandelen har endret seg fra i underkant av 4,5 % i år 2000 til vel 5,4 % pr. 1.januar 2009.
- Antall eldre eldre; 90 år + har økt hvert eneste år siden år 2000 (bortsett fra i 2007), med samlet + 50 personer, eller med i snitt + 5-6 årlig. Befolkningsandelen har endret seg fra i underkant av 0,6 % i år 2000 til noe over 0,7 % pr. 1.januar 2009.

Pr. 1.januar 2009 hadde Gjøvik kommune 28 611 innbyggere – med aldersfordeling for de ulike aldersgrupper som angitt foran.

Dagens befolkningssammensetning kan også framstilles som et *befolkningstre* – gruppert med antall personer og stigende årsklasser:



Befolkningstretet gjenspeiler at størrelsen på fødselskullene de senere årene har vært lavere enn for noen år siden. Videre at kommune har større befolkningsgrupper i alderen 35-65 år. Dette er grupper som om noen år vil bringe kommunen inn i "eldrebølgen". Antallet personer i aldersgruppene 20-35 år er lavere enn antallet i gruppen over. I snitt fødes det noe flere gutter enn jenter, mens kvinner har lengre forventet levealder enn menn. Figuren under viser en annen framstilling av aldersfordelingen i dagens befolkning:



### Driftsutgifter pleie og omsorg.

KOSTRA 2008 – ureviderte rapporteringstall pr 16.03.09

	Gjøvik 2006	Gjøvik 2007	Gjøvik 2008	Lille- hammer 2008	Hamar 2008	Gj.snitt k.gruppe 13 2008	Gj.snitt Oppland 2008	Gj.snitt landet utenom Oslo 2008
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten	9 620	10 139	11 009	13 229	14 197	11 637	14 094	12 325
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over	179 372	187 668	203 733	247 016	226 149	264 201	247 984	267 185
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 67 år og over	63 764	67 980	73 954	87 647	87 124	90 912	88 769	93 937

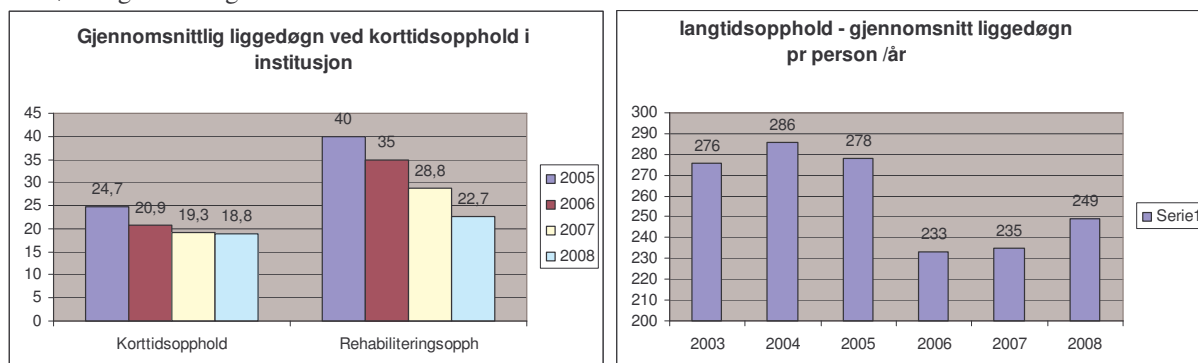
Tabellen over viser bruk av ressurser i Helse og omsorg i Gjøvik kommune sammenlignet med andre kommuner

## Dekningsgrad, Institusjoner for eldre og funksjonshemmede (KOSTRA 2008 – ureviderte rapporteringstall 16.03.09)

	Gjøvik 2006	Gjøvik 2007	Gjøvik 2008	Lille- hammer 2008	Hamar 2008	Gj.snitt k.gruppe 13 2008	Gj.snitt Oppland 2008	Gj.snitt landet utenom Oslo 2008
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	12,8	12,5	12,4	17,0	10,3	16,7	19,6	18,5
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+	17	21	21	23	20	27	27	28
Andel beboere på institusjon under 67 år	..	9,7	12,0	7,8	11,5	11,0	9,2	11,8
Andel innbyggere 67 år og over som er beboere på institusjon	..	4,3	3,9	5,7	5,0	5,2	6,1	5,7
Andel beboere 80 år og over i institusjoner	..	72,3	74,3	80,2	75,8	71,9	77,1	73,7
Andel innbyggere 67-79 år som er beboere på institusjon	..	1,3	1,0	1,1	1,2	1,5	1,6	1,7
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	..	9,2	9,2	13,9	11,1	12,3	14,9	13,9

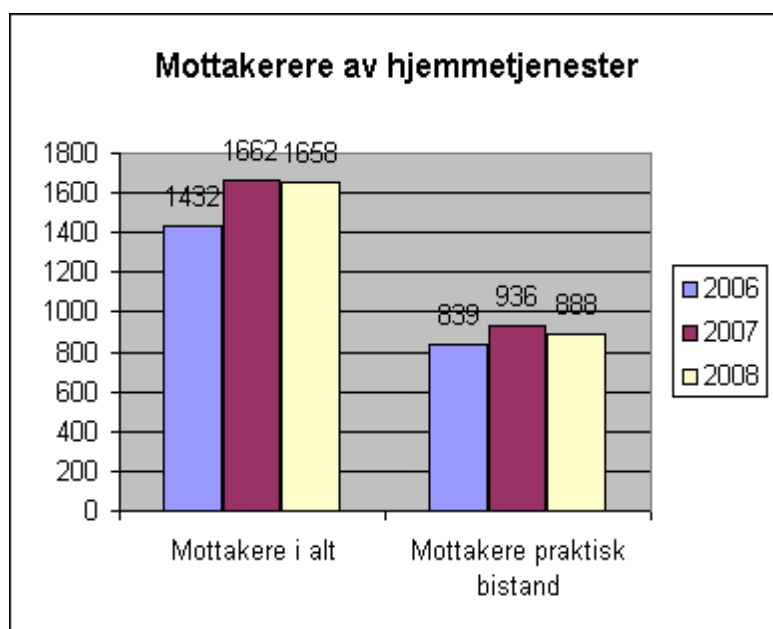
### Kortidsopphold.

Gjennomsnittlig liggetid pr. korttidsopphold i institusjon er blitt gradvis redusert fra 2005 til 2008. For langtidsopphold var det en markant nedgang fra 2006 til 2007, mens situasjonen har vært mer stabil med kun en liten økning i 2007 og 2008.



### Mottakere av hjemmetjenester

	2006	2007	2008
Mottakere i alt	1432	1662	1658
Mottakere praktisk bistand	839	936	888
Tjenestemottakere under 67 år	31 %	32 %	35 %



Tabellen under viser kompetansefordeling blant ansatte i virksomhetsområdet.

	Gjøvik 2005	Gjøvik 2006	Gjøvik 2007	Lille- hammer 2007	Hamar 2007	Kommune- gruppe 13 2007	Gj.snitt Oppland 2007	Gj.snitt Norge 2007
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	77	78	80	69	73	71	75	71
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	..	48	50	39	44	41	49	42
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	..	30	30	31	29	30	26	29

Tabellen over viser at Gjøvik kommune har en noe høyere andel av fagutdannet personell enn sammenlignbare kommuner. Forskjellen ligger i andelen med fagutdanning fra videregående skole. Andel med høyskoleutdanning ligger omtrent på landsgjennomsnittet, men noe høyere enn gjennomsnittet for Oppland.

#### 1.1.4 TJENESTER TIL BRUKERE UNDER 67 ÅR

Kommunale omsorgstjenester blir i mange sammenhenger omtalt som eldreomsorg. Imidlertid går en betydelig andel av ressursene til yngre mennesker med nedsatt funksjonsevne. Etter reformene innen psykisk helsevern og ansvarsreformen for personer med utviklingshemming, skal alle varige bistandsbehov innen bolig og levekår dekket i kommunen. Felles for mange av brukerne under 67 år er at de har omfattende, og ofte sammensatte behov for tjenester. Noen har behov for bistand hele livet.

Brukere under 67 år omfatter bl.a følgende grupper:

- personer med utviklingshemming
- aldrende utviklingshemmede
- personer med psykiske lidelser og store omsorgsbehov
- personer med psykiske lidelser, rus og store omsorgsbehov
- personer med ervervede hjerneskader
- yngre personer med demens
- personer med fysiske funksjonshemminger
- personer med kroniske sykdommer/syndromer/sammensatte funksjonsnedsettelse
- kreft
- barn og ungdom < 18 år med ulike bistands- og omsorgsbehov

Tallene viser at 37 % av alle som mottar tjenester i hjemmet er yngre enn 67 år. 20 % av brukerne innen seksjon hjemmetjenester er yngre enn 67 år, og innen seksjon tilrettelagte tjenester er andelen på 89 %

#### **Aldersfordeling for personer med utviklingshemming.**

Gjøvik kommune gir tjenester til 114 personer med utviklingshemming.

0-17 år: 20 personer  
 18-49 år: 68 personer  
 50-66 år: 26 personer

### **Aldersfordeling for personer med ressurskrevende tjenester.**

Staten gir tilskudd til kommunene for brukere med særlig ressurskrevende tjenester. Gjøvik kommune får tilskudd til 25 brukere som fordeler seg slik:

0-17 år:	2 personer
18-49 år:	17 personer
50-66 år:	6 personer

## **1.2 UTVIKLINGSTREKK**

Nasjonal demografi og nasjonale trender vedrørende tjenesteyting og trender i Gjøvik kommune.

### **1.2.1 NASJONAL DEMOGRAFI.**

Omsorgsmeldingen (Stortingsmelding 25, 2005/2006) samt øvrige relevante føringer fra myndighetene, peker på flere utviklingstrekk i årene framover. Tallet på personer i den eldste delen av befolkningen (80+) vil holde seg stabil fram mot 2020. Det anbefales en langsiktig planlegging for å imøtekomme forventet utvikling i denne tidsfasen. Det forventes en stor økning i behov for tjenester i det morgendagens brukere vil ha et langt mer omfattende og sammensatt tjenestebehov. Yngre brukere vil ha sammensatte behov for omfattende tjenester. Den tradisjonelle eldreomsorgen vil ikke lengre utgjøre størstedelen av ressursbehovet. Dette vil kreve mer spesialisering og bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av virksomhetsområdets brukere. I tillegg vil det være en økende utfordring å rekruttere nok personell til omsorgsyrkene.

### **1.2.2 FOLKEHELSEPERSPEKTIV.**

#### **Definisjon av folkehelsearbeid.**

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. I tråd med formålet med helsetjenesten (Lov om helsetjenesten i kommunene, khl § 1-2) skal kommunen ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Dette innebærer at helsetjenesten må (khl § 1-4) skaffe seg oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne og foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak. Helsetjenesten skal også (khl § 1-4) medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer når disse virksomhetene har betydning for helsetjenestens arbeid og befolkningens helse.

#### **Statlige føringer**

Utviklingstrekk i lokalbefolkningens helse er ofte det samme for hele landet. Nasjonale utredninger og anbefalinger fra statlige myndigheter gir derfor naturlige føringer for lokale vurderinger og valg av satsningsområder og tiltak. Folkehelse rapportene for 1999 og 2002 og Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) med tittelen Resept for et sunnere Norge er slike dokumenter som er naturlige å legge til grunn for kommuneplanen. Et av målene i denne stortingsmeldingen - å redusere ulikheter i helse - er videreført gjennom St.meld.nr.20 (2006-

2007), Nasjonal strategi for å forebygge helseforskjeller, og fulgt opp av Sosial og helsedirektoratet med egen handlingsplan. Helsedirektoratet peker på Nettverk av helse og miljøkommuner som foregangskommuner i denne sammenheng. Gjøvik er deltager i dette nettverket.

I noen grad kanaliseres økonomiske midler fra statlige satsningsområder via egne programmer til kommunene, som gjennom partnerskapsavtaler med fylkeskommunen bruker sitt utøvende apparat til formålet. Gjøvik kommune har inngått slik avtale med Oppland fylkeskommune blant annet i satsningsprogrammet "Helse i plan" der kommunen i tillegg er utpekt som pilotkommune.

### **1.2.3 LEGETJENESTEN**

#### **Kommuneoverlegen.**

##### **Samfunnsmedisin**

Kommunelegens oppgaver er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, med oppgaver og myndighetsutøvelse også i forhold til andre særlover. Det medisinske fagområdet er samfunnsmedisin, en medisinsk spesialitet med fokus på alt som kan påvirke befolkningens helse. Det innebærer rådgiving, saksbehandling og myndighetsutøvelse innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap.

På landsbasis har det vært vanskelig å rekruttere kvalifiserte samfunnsmedisinere. Stillingen krever mye spesialkompetanse som kan være vanskelig å dekke i hver enkelt kommune. En arbeidsgruppe i Helsedirektoratet har vurdert behovet og anbefaler at kommuner over 10.000 innbyggere minst bør ha en 100 % stilling som samfunnsmedisiner(kommunelege). Gjøvik har sammen med de andre kommunene i Gjøvikregionen vært dette bevisst og allerede fra 2006 etablert et interkommunalt samarbeid som skal sikre kompetanse, rekruttering og kontinuitet i arbeidet. I Gjøvik tilsvarer den samfunnsmedisinske ressursen som ligger i kommunelegestillingen, andel av den interkommunale samfunnsmedisin i Gjøvikregionen Helse og Miljøtilsyn (GHMT IKS), og i samfunnsmedisin i bistillinger hos fastleger, til sammen ca 80 % stilling.

##### **Miljørettet helsevern**

Miljørettet helsevern er fordelt mellom en lokal del med myndighetsplassering hos kommuneoverlegen og en interkommunalt selskap, GHMT IKS, med ingeniører og samfunnsmedisinsk kompetanse, som utfører saksbehandling for kommunene og koordinerer det interkommunale samarbeidet om fellesoppgaver og fordeling av spisskompetanse mellom kommuneoverlegene. Denne organiseringen er på landsbasis betraktet som svært vellykket sett på bakgrunn av at mange kommuner sliter med å fylle de økte krav og forventninger på området. Ressursbehovet må sees i sammenheng med det som er beskrevet under samfunnsmedisin.

##### **Smittevern**

Det individuelle arbeidet med smittsomme sykdommer hos den enkelte pasient ivaretas av fastlegene i forholdet til sine enkelte pasienter. Smitte mellom personer omfattes imidlertid av et omfattende regelverk med varsling, kartlegging, smittesporing og gjennomføring av ulike tiltak for å hindre smitte i befolkningen. Ansvaret for dette ligger hos kommuneoverlegen. I Gjøvikregionen samarbeider kommuneoverlegene gjennom Gjøvikregionen helse og miljøtilsyn om dette. Det omfatter både utarbeidelse av smittevernplaner, fordeling av spisskompetanse kommunelegene imellom og fra sommeren 2008 stedfortrederordning seg imellom ved ferieavviklinger.



Forebyggende smittevern ved vaksinerings dekkes av helsesøstertjenesten som organisatorisk er plassert i virksomhetsområde barn og familie, men under kommuneoverlegens faglige ansvar. Det omfatter barnevaksinasjonsprogrammet, vaksinerings ved utenlandsreiser, tuberkulosearbeid og sesongvaksinerings mot influensa. Reisevaksinerings vurderes organisert interkommunalt tilkoblet Gjøvikregionen helse og miljøtilsyn. Denne tjenesten er tilnærmet selvfinansierende med betaling fra brukerne.

Samfunnsutviklingen med stadig mer og raskere forflytninger av mennesker og varer mellom ulike deler av verden har økt muligheten for smittespredning av smittestoff som i tidligere tider var svært sjeldne i Norge. Utvikling av resistens for antibiotika har gjort det vanskeligere å behandle enkelte smittsomme tilstander og behov for strengere forebyggende og begrensende tiltak. Storproduksjon av næringsmidler og spredning av smittestoff ved utslipp fra industrivirksomhet kan medført større risiko for at smitten når den først er der, kan spres til mange mennesker. Dette har også ført til stor mediafokus på utbrudd av smittsomme sykdommer. Mer utfyllende beskrivelse av utfordringer i smittevernet finnes i kommunens smittevernplan.

Det har vært en betydelig økning i arbeidsmengde og krav til kompetanse for å håndtere smittevernet de senere årene, og dette må forventes å øke ytterligere. Foreløpig har dette vært dekket av interkommunale samordningsgevinster gjennom Gjøvikregionen helse og miljøtilsyn. Det må forventes økt ressursbehov utover samordningsgevinsten i løpet av første del av planperioden. Vedrørende ressursbehov knyttet til samfunnsmedisin og kommuneoverlegefunksjonen henvises til eget avsnitt om dette.

### **Beredskap**

Egen lov om helsemessig og sosial beredskap og forskrifter til denne pålegger kommunen å ha planer for uforutsette hendelser der det ordinære tjenesteapparatet ikke er tilstrekkelig. Det kan gjelde omprioriteringer av arbeidsoppgaver, innkalling av ekstrapersonell, evakueringer, lagerføring av ekstrautstyr og annet. Planen er underordnet kommunens kriseledelsesplan og har en rekke underliggende delplaner og rutinebeskrivelser for de enkelte tjenestesteder.

Et viktig element i beredskapsplanen er kommunal tverrfaglig gruppe for håndtering av psykisk og sosial omsorg ved alvorlige kriser, POSOM. Det er i samarbeide med spesialisthelsetjenesten (sykehuset, psykiatrisk divisjon) og andre kommuner i regionen utarbeidet ensartede retningslinjer for bruk og varsling av slik gruppe i hver kommune.

### **Allmennlegetjenesten**

Denne tjenesten er organisert gjennom fastlegeordningen der leger gjennom private avtaler med kommunen dekker primærlegetjenester for hele befolkningen og noen offentlige legeoppgaver til spesielle grupper. Legene kan gjennom denne ordningen tilpliktes tilsynslegeoppgaver for helsestasjon for barn, i sykehjem og i fengsler.

Det er behov også for primærlegetjenester til andre oppgaver, som ikke kan tilpliktes etter reglene i fastlegeordningen, som tjenester til asylmottak, krisegrupper og andre ordninger som krever spesiell organisering lik Legetjeneste ungdomskontoret, Stedfortrederfunksjoner for kommuneoverlege, Stedfortreder smittevern.

I Gjøvik er det inngått fastlegeavtaler med 25 leger med rundt 30000 pasienter på listene av en samlet listekapasitet på i underkant av 32000 pasienter. 6 av legene har ledig listekapasitet, men en stor andel av ledige plasser er knyttet til leger ved legesentrene i Biri og i Snertingdal. En tredel av legene er over 55 år.

## **Legevakt**

Legevakten er en del av allmennlegens ansvar og er organisert interkommunalt. Med slik organisering fordeles ansvaret for vakt på flere og demper arbeidsbelastningen på hver enkelt fastlege. Legevaktens deltagelse i prehospital akuttmedisin er avtagende og tas stadig mer over av sykehusene og ambulansetjenesten. Øyeblikkelig hjelp (legevakt) på dagtid ivaretas i dag av fastlegene. I Gjøvik med flere sentra der legene har fraværdeknning for hverandre sikres publikum slik hjelp fra egen fastlege eller annen lege med tilgang til pasientens journal. Det kan i planperioden bli aktuelt å organisere en egen daglegevakt.

### **1.2.4 NASJONALE TRENDER - TJENESTEYTING.**

I 2005 var det i overkant av 26 000 omsorgsboliger rundt om i norske kommuner, de fleste ble bygd etter 1994. I perioden 1989 til 2001 vokste antallet årsverk i hjemmetjenestene fra 18 000 til 48 000. Dette kan bety at de fleste kommunene la opp til en boliggyøring av omsorgstjenesten, andelen sykehjemsplasser per innbyggere 80 år og over er redusert fram til 2007.

Sykehjemsdekningen i norske kommuner varierer fra ca. 4 % - 80+ til 75 % - 80+. Dette indikerer at kommunene i ulik grad har tilpasset sine løsninger til Stortingsmelding 50's intensjoner og mål. Samtidig viser tall fra KOSTRA (2007) at dekningsgraden når det gjelder heldøgns plasser i kommunene (sykehjem og boliger med heldøgns bemanning) nå utgjør som gjennomsnitt for landets kommuner hele 28 % av antallet innbyggere 80+.

Gjøvik kommune har i dag en dekningsgrad av heldøgnsplasser for brukere 80 år og eldre på 16 %. Denne beregningen er gjort ut fra 191 sykehjemsplasser og 57 plasser i døgnbemannede omsorgsboliger. Med dette kan det hevdes at måltallet fra Stortingsmelding 50 er overoppfyllt. Fortsatt er det likevel store variasjoner i dekningsgrader mellom kommuner. Fornyet satsing med tilskudd for bygging av både omsorgsboliger og sykehjem, som tiltak i Stortingsmelding 25 (2005 – 2006) er ment å skulle utjevne noe av forskjellene mellom kommuner.

Kommunene rundt i landet velger ulike strategier for å møte innbyggernes behov for trygge og kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester. Kommunene prioriterer ulikt også fordi utfordringene er varierende mellom kommunene. I tillegg settes lokalt politisk preg på hvilke tiltak som iverksettes, hvilke strategier som legges til grunn for tiltakene og hvordan den enkelte kommune dokumenterer at den oppfyller myndighetskravene.

Det er få av de store kommunene som har gjennomført en faktisk hjemmetjenesteorientering av sine helse- og omsorgstjenester, særlig for gruppen eldre. Gjennomsnittlig institusjonsdekning for de store kommunene ligger på ca. 19 % per 80+, den laveste institusjonsdekning blant store kommuner er på 11 % 80+. De kommunene med lavest institusjonsdekning (fra 4 % til 10 % 80+) er små og mellomstore kommuner. Dette kan indikere at de store kommunene har valgt annen strategi enn de mindre, eller at omstillingen fra institusjonstung tjeneste til mer hjemmetjenesteorientert tjeneste tar lenger tid i store enn i små kommuner. Svaret på hvorfor de store kommunene har høyere institusjonsdekning enn de små og mellomstore kommunene, kan være ulike politiske prioriteringer.

Uansett kommunestørrelse, de samme statlige føringene gjelder for alle kommunene. Det finnes ikke forskning som belyser begrunnelsene for de ulike valgene og som tydeliggjør hvorfor kommunene har ulik strategi. De siste årenes rammepress og helsetilsynets påpekning av mangler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, har medført omstillingsprosesser i

mange kommuner der resultatet er mer eller mindre markante endringer i profil og tiltak i tjenesten.

Kort sagt går utviklingen i mange kommuner i retning av:

- Større satsing på hjemmebaserte tjenester for å redusere press på sykehjemsplassene. Heldøgns tjeneste i omsorgsboliger erstatter langtidsplass i sykehjem, men defineres som hjemmebaserte tjenester.
- Sykehjemsplassene brukes i større grad enn tidligere som behandlingsplasser etter sykehusopphold, som tilbud for behandling og utredning lokalt i stedet for sykehusinnleggelse, eller som andre korttidstilbud.
- Omsorgsboligene utgjør en stadig større andel av ”plassene” der innbyggere med behov for heldøgns tjeneste får trygghet for individuelt retta hjelp over lengre tid. Tjenestene i omsorgsboliger erstatter boform og tjenester som tidligere kun var å finne i sykehjem.
- Per 2005 var 20 % av øremerka plasser (i samtlige kommuner) for innbyggere med diagnosen demens, omsorgsboliger, fortrinnsvis i bofellesskap. Denne andelen er økende.

Utviklingen skissert ovenfor startet rundt 1990 og skjøt fart midt på 90-tallet og særlig etter statens eldresatsing med statlige midler for renovering og opprusting av sykehjem og bygging av omsorgsboliger mot slutten av 90-tallet. Dekningsgrad for sykehjem har gått ned (ca. 19 % - 80+ i 2007) mens samla dekningsgrad sykehjem og heldøgns bemannet omsorgsboliger på landsbasis er over 28 % av innbyggere over 80 år.

Det er de mindre og mellomstore kommunene som synes å ha gått foran i utviklingen når det gjelder å ta i bruk alternative boformer for eldre innbyggere med behov for omfattende og langvarig tjeneste. Alle kommunene er forpliktet til å gi tilbud om tjenester i bolig og ikke et institusjonstilbud, til:

- Personer med utviklingshemming.
- Yngre personer (under 50 år) med fysiske funksjonsnedsettelse.
- Innbyggere med psykiske lidelser.

### **1.2.5 HANDLINGSPLAN FOR ELDREOMSORGEN**

Stortingsmelding 50, 1996-97 skisserte en 4-årig handlingsplan med økt satsing på hjemmetjenestene, økt satsing på omsorgsboliger og med flere plasser med heldøgns pleie og omsorg. Det ble satt måltall for økt antall ansatte i hjemmetjenestene (6000 flere årsverk fram til 2001). Videre satte meldingen et veiledende måltall for antallet plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig (sykehjem og omsorgsbolig) til å utgjøre 25 % av befolkningen 80 år og eldre. Meldingen sier klart at dette forutsetter en godt utbygd hjemmetjeneste.

### **1.2.6 SYKEHJEMMENES ROLLE OG FUNKSJONER I FREMTIDENS PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.**

Høsten 1999 la en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet fram rapport om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Dette utvalget (Kvaase-utvalget) skisserer 3 ulike modeller for det framtidige sykehjems rolle og funksjon, men anbefaler at sykehjemsplasser for langtidsopphold omdefineres til private boliger. Resterende sykehjemsplasser reindyrkes til medisinsk institusjon for korttidsopphold. Dette betyr et skille mellom korttidsplasser for medisinsk behandling på den ene siden, og et mer tilrettelagt, varig botilbud for langtids omsorg utenfor institusjon.

Noen kommuner med lavest sykehjemsdekning har tatt denne tilrådingen til følge, og blir dermed definert som tydelig hjemmetjenesteorienterte kommuner i rapport til Helse- og omsorgsdepartementet fra Senter for Økonomisk Forskning AS i 2004. Rapporten er benevnt i Stortingsmelding 25: ”Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer”, s. 84.

De kommunene i landet som har lavest antall institusjonsplasser (4 % - 7 %), bruker sine sykehjems plasser nettopp kun som korttids plasser. Ofte er det i disse kommunene ledige institusjons plasser til enhver tid, og de satser stort på oppbygging av medisinsk faglig spisskompetanse hos sykepleierne og andre som jobber ved korttids plassene. Disse kommunene har ikke store vansker med å ta hjem utskrivingsklare fra sykehusene.

En av de virkelig store utfordringene i nesten alle kommuner, blir nettopp kapasitet og spisskompetanse for å utføre medisinsk behandling etter sykehusopphold, og i stedet for innleggelse i sykehus, særlig for eldre innbyggere. Gjøvik kommune har i dag også denne utfordringen, behovet vil bare øke.

### **1.2.7 KRAV TIL GOD KVALITET OG EFFEKTIV TJENESTE.**

Et kjennetegn på en kvalitativt god helse og omsorgstjeneste er at tjenesten bygger opp rundt den enkelte innbygger, for å gi mulighet for et mest mulig verdig og selvstendig liv. Flest mulig skal ha mulighet for å bo i eget hjem så lenge de ønsker og klarer det. Behov for gode sykehjem vil fortsatt være tilstede. Disse vil imidlertid fremover i større grad være en korttids og behandlingsinstitusjon. Langvarige og omfattende omsorgsbehov skal fortrinnsvis betjenes i bemannede omsorgsboliger ved og på omsorgssentrene.

Gjøvik kommune ønsker at tjenesten skal være kjennetegnet av god kvalitet. Et viktig bidrag i dette arbeidet vil være å ha fokus på følgende punkter:

**Fokus på forebygging, tilrettelegging og mestring – i praksis.** Det betyr at både behovsvurdering, enkeltvedtakene og oppfølging av vedtakene gjennom daglig tjenesteyting retter oppmerksomheten på muligheten og motivasjonen for mestring for den enkelte tjenestemottaker. I tillegg har kommunen økt satsing på fysisk tilrettelegging, arena for sosial trening og nettverksbygging samt varierte og meningsfylte aktivitetstilbud.

**God omsorg defineres som målrettet og systematisk forskjellsbehandling.** Kravet i lov om individuelt retta tjeneste omtales som positiv forskjellsbehandling. Målløsting er individuell, ingen tjenestemottakere tilbys tjeneste ut fra alder eller diagnose, men ut fra en grundig vurdering av den enkeltes særskilte behov. Konsekvens av denne tenkningen er blant annet at arbeidsplanene for ansatte i størst mulig grad baseres på summen av tjenestemottakernes behov.

**Ansatte har utviklet god kompetanse.** Dette betyr ansatte som er gode på å møte behovene hos den enkelte, utøve sitt faglige skjønn i det daglige møtet, motivere og skape positiv stemning samt begrunne på en trygg måte både et ja og et nei. Dette forutsetter trygge fagpersoner, som også er inneforstått med, og har gjort til sitt, et avklart verdigrunnlag som styring for sin daglige atferd.

**Nærværende og tydelig lederskap.** Dette er ledere som har handlingsrom for lederskap, i en organisasjon hvor medarbeiderne aksepterer tydelige ledere. Ledere som ser medarbeideren, er nær og med klare forventninger til tjenesteatferd. Det er stabilitet i ledergruppen, noe som også kan medføre ønsket stabilitet blant ansatte. Ledere berømmer forslag til nye arbeidsformer og

viser daglig stolthet over det en lykkes med. Feil læres av, og veiledning er systematisert. Ledere er bevisst sitt ansvar med å skape ”lærende organisasjoner”.

**En visjonær organisasjon.** Organisasjonen skal arbeide målrettet for å nærme seg visjonene. Ledere skal samle medarbeidere og bygge felles identitet. Det skal skapes felles visjoner hvor alle opplever at de har et felles oppdrag.

**Tydlig på forventningsavklaring mot befolkningen.** Tjenestene er beskrevet på en slik måte at innbyggerne forstår hva som kan forventes av hjelp og støtte, på hvilket nivå og hva som skal kjennetegne måten tjenesten skal ytes på. Dette er standarder og tjenestebeskrivelser som er politisk vedtatt, og begrunnet i myndighetskrav. Politikk og fag går hand i hand.

**Sykepleierne er lett tilgjengelig for hele tjenesten, men er gitt spesielt ansvar for sykehjemsfunksjonen.** Sykepleiefaglig kompetanse er medisinsk spisskompetanse utviklet for å mestre en oppgradert helsetjeneste ved sykehjemmet. Sykepleierne er fagpersoner, ikke administratorer.

**Sykehjemmets korttidstjeneste er prioritert framfor sykehjemmet som boform.** Sykehjemmet vil først og fremst gi korttidstilbud til pasienter med stadig mer sammensatt og komplisert tjenestebehov. Det er et økende behov for kompetanse i avdelingene, og tjenestetilbudet er mer spesialisert enn tidligere. Dette fører til økt behov spesielt for legeressurser.

**Omsorgsboligene er i hovedsak bygd som gruppeboliger.** Omsorgsboligen er arenaen for de tjenestemottakerne med størst behov for tjenester gjennom hele døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærmet som ved nybygde sykehjem. Bofellesskap nyttes også som arena for tilrettelagt tilbud for innbyggere med demens.

**Omsorgssentrene er et hjem uten institusjonspreg.** Daglige rutiner, arbeidsmåter, arbeidsplaner, grad av samhandling med pårørende etc. er forskjellig fra sykehjem. Vedtakene er individualisert og tjenestebeskrivende i motsetning til praksis ved tildeling av plass for langtidsopphold i sykehjem.

**Egne kvalifiserte bestillere med budsjettansvar.** Kommunene har samlet forvaltningsoppgavene på færre hender, oppkvalifisert disse slik at faglig skjønn utøves på et tryggere grunnlag, rettssikkerheten for tjenestemottakeren søkes bedre ivaretatt, etc. Bestillerne samhandler godt med de som utfører tjenestene, uten at tjenesteyterne mister fleksibiliteten innenfor rammen.

**God samhandling med den kommunale legetjenesten.** Kommunene har avtaler med fastlegene i forhold til beboerne i omsorgssentrene, både som tilbud til beboerne og i forhold til veiledning av ansatte.

**Åpner opp for nye kompetansegrupper inn i tjenesten.** Øker mangfoldet av kompetanse for å bredde tilbudet, og for å møte andre typer behov sammenlignet med tidligere.

**Kompetanseheving med utgangspunkt i beste praksis.** Kommunen vektlegger å gjøre kunnskap om beste praksis lett tilgjengelig for de ansatte. Dette fører til større fokus på fellesskapets kunnskapsutvikling og erfaringslæring. Den enkeltes læring skjer ved å dele sin erfaring med andre og reflektere over egen praksis. Ved å etablere kunnskapsbasert praksis og arbeide målrettet med å skape en lærende organisasjon vil kvaliteten på tjenestene være forbedret.



### 1.2.8 HELSE OG OMSORG SOM LÆRENDE ORGANISASJON

Begrepet ”*lærende organisasjon*” er et relativt nytt begrep innen faget organisasjonsteori. Utover på 1990-tallet er det imidlertid stadig oftere brukt – også innenfor helse og omsorgssektoren. I praksis betyr dette at vi har fått større fokus på fellesskapets kunnskapsutvikling og erfaringslæring. Individets læring skjer ved å delta i praktisk problemløsning, dele kunnskapen sin med sine medarbeidere og ved å reflektere over praksis sammen med andre aktører. Det er mindre tro på at læring skjer ved å dra på kurs, borte fra arbeidsplassen.

Rent teoretisk er det ikke mulig å nærme seg begrepet ”*lærende organisasjon*” uten å vise til Peter Senge (1991: Den femte disiplin) som hevder at i lærende organisasjoner videreutvikler mennesker sine evner til å skape de resultatene som de egentlig ønsker, de oppmuntrer nye og ekspansive tenkemåter og kollektive ambisjoner får fritt utløp. Senge trekker frem fem vesentlige kjennetegn på lærende organisasjoner;

- **Personlig mestring** handler om den enkeltes vilje og evne til å mestre stadig nye utfordringer og til å kople personlig visjon opp mot organisasjonens visjon.
- **Mentale modeller** må utfordres, det betyr at inngrodde tanker og oppfatninger må utfordres. Speilet må snus innover og vi må oppdage våre egne forståelser, bringe dem opp på overflaten og granske dem kritisk.
- **Skape felles visjoner**, samle folk og gå samme vei. Bygge felles identitet og få til en felles følelse av at alle har et felles oppdrag.
- **Gruppelæring** der deltakerne inngår i dialoger og diskusjoner som utvikler økt innsikt og forståelse, innenfor fellesskapets rammer. Individet oppnår en forståelse og en innsikt de ikke kan få på egenhånd.
- **Systemtenkning** – den femte disiplinen – binder dette sammen, setter det i system, fokuserer på relasjoner og sammenhenger.

Læring vil være et sentralt begrep innen helse og omsorg i årene framover. Vi er avhengige av kontinuerlig å utvikle ny kunnskap, forstå sammenhengen mellom våre handlinger og de resultatene vi oppnår. Innenfor våre fagfelt eksisterer det i dag mye taus kunnskap (mange kan mye de ikke snakker om og mange kan noe de ikke vet de kan) og erfaringer som ikke blir språksatt og dermed ikke erkjent, anerkjent og delt. Skal Helse og omsorg utvikle seg til en lærende organisasjon må den tause kunnskapen få større plass, vi må i større grad ha dialoger rundt praksisen på den enkelte arbeidsplass. For å kunne jobbe systematisk med en slik kunnskapsutvikling, må vi etablere et rammeverk som støtter opp under dette arbeidet. Det må etableres arenaer, det må jobbes med en felles organisasjonskultur, det må jobbes med omsorg, relasjoner og ledelse.

Peter Daler Larsen, dansk teoretiker, har oppsummert sin forståelse av lærende organisasjoner slik:

- De har et presist språk som beskriver utfordringene
- De tåler feil
- De har åpne kommunikasjonskanaler - god flyt
- De håndterer flere ”regimer” – samtidig
- Ulike forståelser deles og diskuteres
- Nysgjerrighet / eksperimentering
- Passende ”fart” på utviklingsarbeidet
- Kulturelle forståelser kan utfordres (... her hos oss gjør vi det slik.....)

Med dette utgangspunktet har det i virksomhetsområdet blitt arbeidet med etablering av egen utviklingsenhet i tett samarbeid med at Haugtun er godkjent som undervisningssykehjem. Prinsipper for lærende organisasjon vil være viktige for å sikre at virksomhetsområdet som en ”kunnskapsbedrift” tilfredsstillende krav og forventninger som til enhver tid gjelder.

## Undervisningssykehjem

### **Haugtun omsorgssenter, Undervisningssykehjemmet i Oppland**

Det er etablert undervisningssykehjem (USH) i alle landets fylker. Haugtun omsorgssenter er undervisningssykehjemmet i Oppland og har Høgskolen i Gjøvik som hovedsamarbeidspartner. USH er definert som regionale ressursentra med ansvar for undervisning, forskning, fag og kompetanseutvikling i sykehjemmene, og i de kommunale helse og omsorgstjenestene. USH skal være modell for andre sykehjem i regionen og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Helsedirektoratet legger føringer for hva USH skal jobbe med. De faglige satsningsområdene skal bidra til at intensjonene i sentrale føringer og stortingsmeldinger realiseres.

Hovedmålsettingene for USH er:

- Heve og sikre kvalitet og kompetanse til pasienter i sykehjem
- Løfte geriatrisk omsorgsarbeid opp til et høyt faglig nivå og heve omsorgsarbeidets faglige prestisje
- Etablere et miljø på sykehjem som stimulerer til fagutvikling og forskning på spørsmål knyttet til pleie og behandling av pasienter i sykehjem
- Utvikle gode læringsmiljøer for studenter og elever
- Bedre rekrutteringen

Kunnskapsbasert praksis er en viktig forutsetning for å oppfylle intensjonene ved undervisningssykehjemmet ved Haugtun. Å arbeide kunnskapsbasert vil si at beslutninger omkring den pleie og behandling pasientene får, bygger på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen. Kunnskapsbasert praksis er nødvendig for å minske gapet mellom teori og praksis slik at kløften mellom det vi vet er rett, og det vi faktisk gjør reduseres. På denne måten holder vi oss faglig oppdatert og vi sikrer at praksis til enhver tid bygger på den beste og nyeste kunnskap. For å kunne utvikle seg som helsearbeider må man kunne reflektere systematisk og kritisk over egen praksis. Begrepet refleksjon handler om å tenke seg om. Det vil si tenke over det man gjør, skal gjøre og har gjort. Tid til refleksjon er formalisert og innført som metode i sykehjemsavdelingene ved Undervisningssykehjemmet.



G. Jamtvedt 2002



## 1.2.9 UTVIKLING I VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG

### **Distriktsmodell**

Gjøvik kommune satset fra midten av 1980-tallet på en bred utbygging av helse- og omsorgstjenester, ved oppbygging av 6 distrikter med vekt på at befolkningen skulle ha nærhet til tjenestene og at tjenestene kunne drives rasjonelt. Inndelingen i distrikter startet med hjemmetjenesten i 1988 og ble utvidet til å omfatte sykehjemmene i 1992. Den opprinnelige planen var at også sosialtjenesten skulle etableres i helse- og sosialsentrene, men dette ble bare gjennomført for en kort periode i Biri og Snertingdal.

Åslundmarka bo- og servicesenter ble bygget med lokaler for alle deltjenester, ut fra prinsippet om at alle helse- og sosialtjenester skulle finnes i hvert distrikt. Underveis i prosessen ble en planlagt sykehjemsavdeling omgjort til boliger; kun åtte institusjonsplasser ble beholdt og en rehabiliteringsavdeling ble opprettet.

Sørbyen omsorgssenter var det siste senteret som ble bygget etter planen om et senter i hvert distrikt. Nybygg av Haugtun omsorgssenter har vært et betydelig prestisjeprosjekt, både faglig og politisk. I samme periode er det bygget et betydelig antall tilrettelagte boliger for eldre og funksjonshemmede, både i tilknytning til omsorgssentrene og som frittstående prosjekter.

### **Organisasjonsgjennomgang, innføring av funksjonsmodell**

Distriktsmodellen ble beholdt fram til organisasjonsgjennomgangen i 2005, da man valgte å organisere tjenestene ut fra prinsippet om funksjonsdeling. Økte krav til kvalitet og kompetanse er faktorer som var avgjørende for denne utviklingen.

Etablering av samarbeid på tvers av steder og seksjoner vektlegges. Det er etablert faglige nettverk innenfor de fleste av fagområdene som f. eks rehabilitering, demens og kreftomsorg. Disse nettverkene bidrar til å spre faglig kunnskap og sikre at innbyggerne kan motta tjenester av god kvalitet uavhengig av bosted og behov.

I etterkant av organisasjonsgjennomgangen er det gjort et omfattende arbeid for å skaffe et godt grunnlag for å tilpasse aktiviteten til gjeldende krav og forventninger i virksomhetsområdet.

Her er noen utvalgte eksempler:

- Det arbeides ut fra egen demensplan som er under revidering
- Plan for psykisk helse har blitt rullert regelmessig og har ført til at tilbudet har blitt endret og utviklet
- Plan for bosetting av personer med utviklingshemming har blitt oppfylt så langt, og det er behov for en ny gjennomgang med tanke på fremtidig bosetting av yngre med funksjonsnedsettelse
- Det er opprettet stilling for kreftsykepleier. Kreftplan for Gjøvik kommune ble vedtatt høsten 2007. I planen inngår etablering av Lindrende enhet ved Haugtun omsorgssenter
- Gjennomgang av tilbudet til personer med utviklingshemming i f.t. sosialtjenestelovens kriterier for bruk av tvang og nødvendig kompetanse
- Det er utarbeidet egen plan for kompetanseheving og opplæring. Plan for kompetanseheving og rekruttering er under revidering (Kompetanseløftet 2015)
- BPA - ordningen er gjennomgått. Administrasjon av denne er endret
- Det er foretatt en utredning vedr. behov for sentralisering av korttidsplasser
- Det er utarbeidet rutiner for samarbeid med sykehus
- Lavterskel helsetilbud til rusmisbrukere er etablert som eget prosjekt
- Det er iverksatt tiltak og prosjekt vedr. uønsket deltid

- Avlastning og aktivitetstilbud for funksjonshemmede er utredet, og det er vedtatt at det skal bygges nye lokaler for denne virksomheten.
- Våren 2008 ble Haugtun omsorgssenter godkjent som Undervisningssykehjem i Oppland. Offisiell åpning ble avholdt i september. Dette forventes å ha stor betydning for videreutvikling av tjenestene både i Gjøvik og i resten av Oppland.
- Ca 5000 ulike kvalitetsrutiner knyttet til den faglige driften er gjennomgått og systematisert i et nytt elektronisk dokumenthåndteringssystem.
- Det er gjennomført et omfattende arbeid med skolering og iverksetting av Elektronisk pasientjournal.
- For å etterkomme myndighetenes krav til dokumentasjon er det gjennomført et omfattende arbeid med tidfesting av omsorgsvedtak.
- Det er utarbeidet kvalitetsstandarder for tildeling av alle omsorgstjenester etter at det ble opprettet eget Tildelingskontor i februar 2004. Standardene er revidert i 2009
- Gat er innført som elektronisk ressursstyringssystem, og VISMA er innført som økonomistyringssystem.
- Det er opprettet rutiner for håndtering av hjelpemidler som tildeles fra Hjelpemiddelsentralen, og det er etablert mindre akuttlager på alle omsorgssenter. Det er 2 stillinger til utkjøring av hjelpemidler.
- Kompetanseutvikling; internundervisning satt i system sentralt i virksomhetsområdet og lokalt på omsorgssentrene er Fagteam ansvarlige for lokal internundervisning.
- Endret ordning for utkjøring av mat til hjemmeboende.
- Tjenestebilordningen i hjemmetjenesten er gjennomgått og oppgradert.
- Faglig nettverk er opprettet innenfor Demensomsorgen og for gruppen Vernepleier 1 / sykepleier 1.
- Etisk komité er opprettet i virksomhetsområdet.
- Mål og tiltaksplaner er innført for alle brukere i forbindelse med innføring av elektronisk pasientjournal.
- HMS / Brannvernledere innført ved alle bokollektiv / omsorgsboliger
- Partnerskap for Folkehelse er inngått med Fylkesmannen i Oppland/ Fylkeskommunen.

### 1.3 FAGPLANER

Helse og omsorg utarbeider egne fagplaner på fagområder der det gis spesifikke statlige føringer, eller der det av andre årsaker er behov for spesiell innsats. Fagplanene er delvis under utarbeidelse, og delvis arbeides det med oppdatering av planene. Planene skal ha lik form og struktur og inneholde en tiltaksdel.

#### 1.3.1 PLAN FOR HABILITERING OG REHABILITERING.

I tråd med nasjonale føringer skal det utarbeides en felles plan for habilitering og rehabilitering i Gjøvik kommune for perioden 2010 – 2013. Planen kalles ReHabiliteringsplan, slik at begge begrepene integreres. Gjøvik kommune har fra 1993 ”Plan for medisinsk habilitering og rehabilitering”.

ReHabiliteringsplanen skal bygge på sentrale føringer og dokumenter som blant annet:

- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, Helse og omsorgsdepartementet
- Storingsmelding nr. 25 (2005 – 2006): ”Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer”, Helse og omsorgsdepartementet

- Stortingsmelding nr. 40 (2002 – 2003) ”Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne”, Sosial og helsedepartementet
- Stortingsmelding nr. 21 (1998 – 1999): ”Ansvar og meistring - Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk”, Sosial og helsedepartementet

Planen skal bl.a. inneholde.

- Statusbeskrivelse for habilitering og rehabilitering i Gjøvik kommune
- Beskrive forventet befolkningsutvikling og sykdomsutvikling/brukergrupper
- Beskrive satsningsområder og tiltak for videreutvikling av tjenester, kapasitet, samhandling og kompetanse innen habilitering og rehabilitering i Gjøvik kommune for planperioden 2010 – 2013.

### **1.3.2 PLAN FOR PSYKISK HELSEARBEID**

Plan for psykisk helsearbeid er en plan for alle i befolkningen som har behov for tjenester innen Psykisk helsearbeid. Landets kommuner ble i 1998 pålagt av Helse- og sosialdepartementet å utarbeide handlingsplaner for utviklingen av tilbudet til mennesker med behov for psykisk helsehjelp. Planene skulle vedtas politisk og godkjennes av Fylkeslegen før utbetaling av øremerkede midler kunne foretas.

Bakgrunnen var at Stortinget ved behandlingen av psykiatrimeldingen vedtok å be regjeringen sørge for at handlingsplaner innen psykisk helsearbeid blir en del av de kommunale helse og sosialplaner. Disse planer legges til grunn for tildeling av øremerkede tilskudd.

Minimumskrav til planen fremsatte departementet i 5 hovedpunkter:

1. En vurdering av hvor mange mennesker med psykiske lidelser som har behov for tjenester i den enkelte kommune.
2. En beskrivelse av status for tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser i dag.
3. En tallfesting av hvor mange personer med behov for ulike typer tjenester som de ikke mottar i dag.
4. Plan for utbygging og utvikling/tilrettelegging av tjenester.
5. Økonomiske konsekvenser.

#### **Hovedmål for psykisk helsearbeid i Gjøvik kommune.**

Hovedmålsettingen med opptrappingsplanen for psykisk helse er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser skal kunne mestre eget liv. Et overordnet mål er derfor å styrke brukervedvirkning. De kommunale tjenestene og det psykiske helsevernet skal ha god tilgjengelighet, tilstrekkelig kapasitet, korte ventetider og god kvalitet.

(St. prop. 63,1997-98)

Opptrappingsplanen er bygd på følgende prinsipper:

- Forebygging der dette er mulig, og i hvert fall søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- Ansvar for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- Pasienten først, brukernes behov og medvirkning skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn
- Mest mulig frivillighet, behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former
- Mest mulig normalt liv, velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

### **Hovedmål for barn og unge**

Barn og unge har et oppvekstmiljø som fremmer tilhørighet og mestring.

Barn og unge som har eller er i faresonen for å få psykiske vansker, får tidlig og samordnet tilbud om hjelp.

### **Hovedmål for voksne**

Å fremme selvstendighet og tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser.

For mer utfyllende informasjon, henvises til Plan for psykisk helse i Gjøvik kommune 2007-2010

## **1.3.3 DEMENSPLAN**

I tråd med nasjonale føringer har Helse og omsorg i Gjøvik kommune utarbeidet egen demensplan. Denne planen gjelder for perioden 2009 – 2012 og beskriver blant annet områder som forekomst av demens og beskrivelse av sykdommen. Planen gir en statusbeskrivelse av demensomsorgen i Gjøvik kommune. I tillegg beskrives organisering av demensomsorgen i virksomhetsområdet Helse og omsorg, samt nødvendig samhandling. Demensplanen skal blant annet være et hjelpemiddel for prioriteringer innen demensomsorg i vår kommune i årene fremover. Det vil bli foretatt en årlig rullering av tiltaksdelen i planen.

Demensplanen beskriver fire fokusområder for demensomsorgen i Gjøvik kommune for planperioden 2009 – 2013:

- Økt kunnskap og kompetanse
- Organisering av demensomsorgen
- Kompetansesenter
- Dagtilbud
- Fokus på hjemmebasert omsorg

For mer utfyllende informasjon, henvises til Demensplan for Gjøvik kommune 2009-2013

## **1.3.4 KREFTPLAN**

I tråd med nasjonale føringer har Virksomhetsområde Helse og omsorg i Gjøvik kommune utarbeidet kreftplan. Denne planen gjelder for perioden 2008 – 2011 og beskriver områder som kreftforekomst, forebyggende arbeid, kreftpasienten og dens pårørende. I tillegg beskrives organisering av kreftomsorgen i virksomhetsområdet Helse og omsorg, samt nødvendig samhandling. Kreftplanen skal være et hjelpemiddel for prioritering innen kreftomsorgen i kommunen i planperioden. Det vil bli foretatt en årlig rullering av planen.

I planen defineres seks innsatsområder for kreftomsorgen i Gjøvik kommune i planperioden 2008 -2011:

- Fokus på forebyggende helsearbeid
- Etablere lindrende enhet i seksjon sykehjem
- Utvikle en god modell for kontaktsykepleienettverk
- Videreutvikle samarbeid med fastleger
- Styrke samarbeidet og samhandlingen med Sykehuset Innlandet HF
- Bidra til kompetanseløft innen kreftomsorgen

For mer utfyllende informasjon, henvises til Kreftplan 2008-2011.

### **1.3.5 PLAN FOR KOMPETANSEHEVING OG REKRUTTERING**

Kompetanse og rekrutteringsplan for virksomhetsområdet Helse og omsorg for perioden 2009-2013 er under arbeid. Planen utarbeides som en rullerende 4 årig plan.

Kompetanseplanens målsettinger bygger på nasjonale strategier og føringer. Det vises i denne sammenheng til Stortingsmelding 25 og kvalitetsavtalen mellom KS og Regjeringen, hvor det beskrives at partene skal bidra til tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten, herunder støtte opp under regjeringens mål om å øke andelen med høyskoleutdanning og et økt fokus på helsefagarbeiderutdanningen.

#### **Målsettingen blir da som følger:**

Økt andel fagutdannede medarbeidere i helse og omsorgstjenestene sett i forhold til 2008 nivå. Mer detaljerte målformuleringer om aktuelle fagutdanninger vil bli utarbeidet i en prosjektplan.

Fremtidens utfordringer går i retning av mer spesialiserte tjenester og et økende behov for kompetente medarbeidere. Det er stor konkurranse om fagutdannet personell med utdanning på videregående, høgskolenivå og universitetsnivå. Fremskrivninger fra SSB viser at utfordringene tiltar kraftig fra ca 2020.

Planen vil inneholde veiledende spesifiserte måltall for kompetansefordeling mellom de ulike profesjonene og tjenesteområdene, og inneholde tydelige og forutsigbare innsatsområder for kompetansebygging i organisasjonen. Planen må videre kunne benyttes som et styringsverktøy også for kompetanseflyt internt i organisasjonen.

Videre vil planen kunne brukes som veileder i forbindelse med omgjøring av stillinger, fordeling av støtte til utdanning, rekruttering, og i budsjettprosesser. Den skal være et godt kvalitetssystem og gi god styringsinformasjon for fremtiden

Det er viktig at planen er ambisiøs og setter høye krav til faglig utvikling av kvaliteten på tjenestene. Medarbeidere skal kunne gis gode utviklingsmuligheter for videre karriere i organisasjonen, og planen skal være rekrutterende og medvirkende til et godt omdømme for organisasjonen og tjenestene

## **1.4 BYGNINGSMESSIG STATUS.**

Helse og omsorg har virksomhet i mange ulike bygg i kommunen. Disse har svært varierende standard. Her beskrives det meste av denne bygningsmassen med vekt på de seks Helse og omsorgssentrene.

### **1.4.1 BYGNINGSMESSIG VURDERING VED 3 OMSORGSSENTER, 2008.**

Som forberedelse til arbeidet med Helse og omsorgsplan 2025 har Gjøvik kommune fått gjennomført en bygningsmessig vurdering av de omsorgssentrene som har den eldste bygningsmassen, nemlig Biri, Nordbyen og Snertingdal. Arbeidet er gjennomført høsten 2008 av Sweco Norge AS i samarbeid med JAF arkitektkontor. I vurderingene er dagens krav til universell utforming og tekniske anlegg lagt til grunn.

Bygg som er bygget før 1977 vurderes som modne for riving på grunn av mangelfulle tekniske anlegg og fravær av universell utforming. Bygg som er oppført på 1980-tallet kan vurderes ombygget, men da kun til kontorer. Ombyggingskostnader havner erfaringsmessig opp mot 70-80 % av kostnadene for et nybygg, og en får da ofte bygg som er mindre arealeffektive.

Se vedlegg 3, *Bygningsmessig vurdering av sykehjem i Gjøvik kommune- sammendrag november 2008*. For mer utfyllende informasjon, henvises det til Rapporten vedrørende: *Bygningsmessig vurdering av sykehjem i Gjøvik kommune, november 2008*.

### **Biri omsorgssenter**

Biri omsorgssenter, tidligere Furulund alders- og sykehjem, er bygget i tre etapper: 1950, 1956 og 1978. Bygget fra 1950 var tidligere aldershjem og benyttes i dag til kontorer og personalrom. Bygget har vesentlige mangler teknisk og bygningsmessig og har ikke ventilasjon. Anbefales revet.

Bygg fra 1956 inneholder vestibyle, kantine og kjøkken, samt garderober og møterom. Det mangler heis til 2. etasje. Også her store tekniske og bygningsmessige mangler. Anbefales revet.

Bygg fra 1978 rommer dagens sykehjemsavdeling. Beboerrom og bad er for små og gir dårlige arbeidsforhold. Kun vask og WC på beboerrommene. Mangelfull ventilasjon. Bygget kan vurderes ombygget – enklest til kontorer.

I tillegg er to omsorgsboligkomplekser bygget inntil omsorgssenteret: Furulia bokollektiv med to etasjer a 8 leiligheter rundt et fellesareal og et bygg i to etasjer a 5 leiligheter og fellesareal.

### **Nordbyen omsorgssenter**

Nordbyen omsorgssenter, tidligere Vardal alders- og sykehjem, er bygget i tre etapper: 1964, 1984 og 2004. Den eldste fløya ligger midt i bygningskomplekset og har tilbygg på tre kanter, hvorav en fløy med omsorgsboliger. Fløya består av beboerrom uten bad, kantine og fellesarealer. I underetasjen er det tekniske rom og behandlingsrom. Anbefales revet.

Bygg fra 1984 inneholder beboerrom med bad og WC som er for små etter dagens standard med tanke på rullestol brukere og personalets arbeidsforhold. I underetasjen er det kontorer og møterom for sykehjem og hjemmetjenester, samt lager og tekniske rom. Ombygging av dette bygget kan vurderes, men det innebærer flere ulemper for et nytt bygg.

Bygget fra 2004 er en sykehjemsavdeling med 18 plasser over 2 plan.

Fløya med omsorgsboliger eies av Gjøvik boligstiftelse og henger sammen med bygget fra 1964. Dette bygget er i to etasjer med 8 leiligheter og fellesareal i hver etasje.

### **Snertingdal omsorgssenter**

Snertingdal omsorgssenter, tidligere Snertingdal alders- og sykehjem, er bygget i tre trinn: 1950-tallet, 1972 og 1985. Den eldste fløya ligger midt i bygget og inneholder kantine, kjøkken, kontorer, vaktrom og 3 trappeopp ganger. I andre etasje er det garderober og møterom; heis mangler. Vesentlige mangler teknisk og bygningsmessig. Anbefales revet.



Bygg fra 1972 inneholder 10 beboerrom med bad og WC som er for små etter dagens standard med tanke på rullestol brukere og personalets arbeidsforhold. Foreldet teknisk utstyr. Anbefales revet.

Sykehjemsavdelingen fra 1985 har 24 beboerrom med egne bad. Også her er rommene for små etter dagens standard og teknisk utstyr er underdimensjonert og foreldet. Fløya kan vurderes opprettholdt tilnærmet som i dag, dersom en aksepterer redusert standard i forhold til universell utforming. Kan ellers brukes til kontorer, men det er ikke behov for så store arealer til dette.

Ved Snertingdal omsorgssenter er det omsorgsboliger i umiddelbar nærhet, men ikke bygningsmessig bundet sammen.

#### **1.4.2 HAUGTUN OMSORGSSENTER**

Haugtun omsorgssenter er et moderne og tidsmessig bygg fra 2000 med avanserte tekniske installasjoner. I plan 1 er det kantine, behandlingsavdeling for fysio- og ergoterapi, kontorer og møterom for hjemmetjenester, tilrettelagte tjenester og undervisningssykehjem. Det er stadige utfordringer når det gjelder å finne kontor plass og nødvendige fasiliteter til nye aktiviteter.

I plan 2 og 3 er det sykehjemsavdelinger med 29 beboerrom fordelt på 4 grupper i hver etasje. I plan 4 er det 20 omsorgsboliger som eies av Gjøvik boligstiftelse. Etasjen er inndelt i tre grupper rundt fellesarealer. Bygget er forberedt med tanke på mulig omgjøring til ulike formål for å ivareta heldøgns omsorg.

#### **1.4.3 SØRBYEN OMSORGSSENTER.**

Sørbyen omsorgssenter ble tatt i bruk i 1996. Her ble det lagt vekt på å bygge økonomisk og arealeffektivt. Bygget består av to sykehjemsfløyer med 15 beboerrom med egne bad i hver fløy. Alle kontorer og personalfasiliteter er plassert i kontorfløy utenfor avdelingen. Det er kantine som er bygget i tilknytning til møterom, slik at arealet kan utvides ved behov. I andre etasje er det 16 omsorgsboliger som eies av Gjøvik boligstiftelse.

Bjørkelia bofellesskap for aldersdemente med 24 plasser ligger i umiddelbar nærhet.

For tilrettelagte tjenester er det kontorer for avdelingslederne ved omsorgssentrene, mens øvrig personale har oppmøtested på samlokaliserte boliger på andre steder i bydelen.

#### **1.4.4 ÅSLUNDMARKA BO OG SERVICESENTER.**

Åslundmarka bo- og servicesenter er i sin helhet eiet av Gjøvik boligstiftelse. Store deler av senteret består av omsorgsboliger som leies ut til beboerne, mens "senterdelen" leies ut til Gjøvik kommune v/Helse og omsorg.

Senteret har to bofellesskap med 5 plasser i hvert, to bofellesskap med 6 plasser i hvert og 38 omsorgsboliger som ikke er bygget med fellesareal. Av disse er en fløy med 8 leiligheter bygget med tanke på at de kan gjøres om til 16 enkeltrom uten altfor store kostnader. Dette lar seg sannsynligvis ikke gjøre etter dagens krav om universell utforming.



Tre av bofellesskapene benyttes i dag til aldersdemente. Imidlertid er de ikke godt egnet til denne gruppen, hverken når det gjelder planløsninger eller størrelse på gruppene. Personalfasiliteter mangler i forbindelse med bofellesskapene.

Avlastningsenhet for barn og unge og dagsenter for utviklingshemmede har midlertidig tilhold i Åslundmarka i påvente av nybygg som er vedtatt og forventes utført innen ca 2010. Det må tas stilling til framtidig bruk av lokalene som blir ledige.

#### **1.4.5 GJØVIK BOLIGSTIFTELSE – OMSORGSBOLIGER**

Gjøvik kommune har siden midten av 1970-tallet gitt tilbud om utleieboliger, benevnt trygdeboliger, seinere omsorgsboliger, gjennom Stiftelsen Gjøvik trygdeboliger - en kommunalt eid boligstiftelse. I 2003 ble denne stiftelsen slått sammen med tre andre kommunale boligstiftelser til Gjøvik kommunale boligstiftelse, som har som formål å skaffe og forvalte boliger til boligsøkere som av ulike årsaker trenger bistand til å skaffe seg bolig. Stiftelsens formål er av ikke-økonomisk art.

Utgiftene ved stiftelsens virksomhet dekkes av leieinntektene og eventuelle tilskudd fra offentlige myndigheter, blant annet tilskudd fra Husbanken til bygging av omsorgsboliger. Boliganleggene innen boligstiftelsen er av svært varierende alder og standard og flere holder ikke livsløpsstandard.

I et samarbeid med Gjøvik boligstiftelse har administrasjonen fremskaffet detaljerte plantegninger over samtlige omsorgsboliger. Oversikten viser at det ved samtlige omsorgssentre er bestående omsorgsboliger som kan egne seg for fast bemanning, og tilrettelegging av bokollektive løsninger.

I tillegg til omsorgsboliger som er beskrevet i sammenheng med omsorgssentrene, er det mange frittstående boliganlegg av varierende standard, størrelse og grad av tilrettelegging. Noen av disse er frittstående bofellesskap med heldøgns bemanning for yngre med funksjonsnedsettelse. En erfaring etter snart 20 års drift av bofellesskap, er at det er lagt for lite vekt på nødvendige fasiliteter for å drive heldøgns omsorg. Garderober og vaktrom for personalet er mangelfulle, og det mangler eksempelvis skyllerom og lagerrom, som kan være en forutsetning dersom beboerne skal kunne gis tilbud i omsorgsboligen livet ut.

Det er behov for en nærmere gjennomgang av boligmassen med tanke på framtidig bruk av boligene, og tilfredsstillende personalfasiliteter for personalet.

## 2 INN I FRAMTIDA

### 2.1 STATLIGE MÅL OG STYRINGSSIGNALER.

Sammenstilling av hovedpunkter som Helse og omsorgsplan 2025 må forholde seg til med referanse til eventuelle vedlegg og henvisning til aktuelle dokumenter m.m.

#### 2.1.1 LOVGIVNINGEN

Gjøvik kommunes helse- og omsorgstjenester ytes med hjemmel i sosialtjenesteloven samt kommunehelsetjenesteloven. Kommunen er også pliktig til å oppfylle kravene i egen kvalitetsforskrift som er hjemlet i begge lovene. Avgjørelser om tildeling av de fleste helse- og omsorgstjenestene med hjemmel i disse lovene, skal regnes som enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler. Dette gjelder tildeling av praktisk bistand og opplæring, omsorgslønn, avlastningstiltak, støttekontakt, plass eller tjenester i sykehjem, bolig eller annen boform med heldøgns omsorgstjenester samt hjemmesykepleie.

#### 2.1.2 INTENSJONER I LOVVERKET

Vesentlige intensjoner i lovverket er blant annet garantien for nødvendig helsehjelp, der innbyggeren til en hver tid oppholder seg. Retten til individuell og nødvendig helsehjelp er absolutt, og kommunen er pliktig til å dokumentere på hvilken måte dette ivaretas.

En vesentlig intensjon i lovverket er kravet til individualitet i vurdering og tildeling av type hjelp, og at hjelpen skal innrettes slik at den bygger opp under enkeltmenneskets mulighet til å mestre eget liv.

I sosialtjenestelovens formålskapittel påpekes at tjenester gitt med hjemmel i loven skal bidra til at den enkelte har mulighet til å leve og bo selvstendig samt ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Denne formuleringen har konsekvens for hvordan kommunene innretter de ulike tiltakene, både typer boformer og den daglige tjenestep praksis. Formålsparagrafen har vært styrende for reformer de siste 20 årene innenfor, blant annet HVPU-reformen, endringene innenfor psykiatrien, retten til brukerstyring gjennom BPA (Brukerstyrt personlig assistanse) samt boliggyøringen av eldreomsorgen i mange kommuner.

Når det gjelder tildeling av langtidsplass i institusjon, kreves ikke tjenestebeskrivende enkeltvedtak. Forskrift krever kun enkeltvedtak på tildeling av plass. Det er både faglig og politisk reist som en utfordring at langtidsbeboere i institusjon ikke har krav på enkeltvedtak som sier noe om innhold i tjenesten og hva du får av type hjelp når du bor over lengre tid i institusjon. Her bryter både kravet til enkeltvedtak og praksis i de fleste institusjonene med intensjonen i lovverket for øvrig.

Ut fra lovgivning med tilhørende forskrifter, kan en si at pleie og omsorg i kommunene bør kunne ha blant annet følgende kjennetegn:

- Individualisering i type tjenester og tiltak, tjenestene skal ikke gis som et gruppetilbud (for eksempel til eldre).
- Tjenestene til innbyggere med sammensatte behov skal være samordna og helhetlige. Individuell plan er ett av flere redskaper for å sikre helhet i tilbudet. Dette legger også

føring for hvordan kommunene bør organisere sine tjenester, samt arbeidsformene i det daglige.

- For å bygge opp under selvstendighetsaspektet, skal tjenesten fokusere på den enkeltes egen evne til å mestre, samtidig som tjenesten skal gi trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie. For mye hjelp er like ille som for lite hjelp.
- Boformen som den enkelte tjenestemottakeren bor og lever i er medvirkende for opplevelsen av selvstendighet, normalitet og verdighet. Nybygde sykehjem ivaretar kravet til bokvalitet på en bedre måte enn de tidligere bygde sykehjemmene, fordi alle ser betydningen av boligen også som faktor for å bygge opp under mestring ut fra den enkeltes forutsetninger. Omsorgsboligen som alternativ arena til sykehjem er også et uttrykk for kommunenes oppfølging av lovverkets intensjon.
- En kvalifisert forvaltning som ivaretar kravet til innbyggerens rettssikkerhet ved vurdering av behov og utøvelse av faglig skjønn i saksbehandlingen.

### **2.1.3 KRAV TIL KVALITET**

Myndighetene har satset mye på at kommunene skal utvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene i de siste årene. Dette kommer fram i en egen stortingsmelding, i veileder, i avtale mellom KS og helse- og omsorgsdepartementet og gjennom en egen kvalitetsforskrift. (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 27.06.2003)

Kvalitetsforskriften skal i følge Sosial- og helsedirektoratet ivareta:

”Forskriften stiller krav om at kommunene skal ha prosedyrer som kan synliggjøre hva de gjør for å dekke tjenestemottakernes grunnleggende behov. Forskriften skal bidra til å sikre at tjenestemottakere får ivaretatt sine grunnleggende behov, og at dette gjøres med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”

Forskriften framhever en del viktige verdier knyttet til at også personer som er anhengige av kommunale tjenester, kan ha selvstendig styring av eget liv. Blant annet gjennom:

- at tjenestemottakere får dekket sosiale behov, som mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet ut fra egne ønsker og forutsetninger, og ro og skjermet privatliv når det er ønsket
- at tjenestemottakere får rimelig valgfrihet i forhold til mat, med et variert og helsefremmende kosthold
- at tjenestemottakere med stort behov for hjelp til praktiske gjøremål kan følge en normal livs og døgnrytme, og unngå uønsket sengeopphold
- at enkelte grupper som har vanskelig for å redegjøre for sine behov, for eksempel demente, får tilrettelagte tilbud
- at alle som har langtidsopphold på institusjon kan få eget rom

### **2.1.4 MESTRING, MULIGHETER OG MENING – OMSORGSMELDINGEN**

Stortingsmeldingen 25, 2005-06 peker retning for utvikling av omsorgstjenesten i kommunene både i nær framtid fram til 2015, og de neste 20 til 30 årene. Meldingen sier blant annet at kommunene vil møte den såkalte eldrebølgen først etter 2020, og at en må bruke tida fram til da til å planlegge hvilken strategi en skal møte utfordringene med.

Stortingsmeldingen bør leses i sin helhet av både politikere og fagansatte. Her nevnes noen av de signalene som meldingen gir.

- Av de nye årsverk som skal rekrutteres inn i omsorgstjenesten, skal 1/3 øremerkes personell som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning. Dette gjøres blant annet for å styrke fokus på aktivitet og innhold i hverdagen til de som er mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunene.
- Satsing på bedret samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, mellom kommunene og helseforetakene. Dette også for å sette kommunene bedre i stand til å ta hjem utskrivingsklare pasienter fra sykehusene.
- Styrking av legetjenesten i sykehjem. Dette er nødvendig for at kommunene skal kunne drive etterbehandling etter sykehusopphold og for at behandling kan skje lokalt i kommunen i stedet for sykehusinnleggelse.
- Det skal satses på partnerskap, der pårørende og frivillige ressurser rundt den enkelte tjenestemottaker skal motiveres og trekkes med som en kvalitativ ressurs.
- Myndighetene skal satse større ressurser på praksisnær omsorgsforskning for å ha bedre dokumentasjon av resultater av ulike strategier, som grunnlag for nye valg.
- Staten innfører nye tilskuddsordninger for renovering og nybygging av sykehjem og omsorgsboliger i kommunene.
- Kommunenes politikere utfordres til å ta et større ansvar for å definere innhold og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Større vektlegging av brukermedvirkning og brukerstyring.
- Behovet for alternative boformer til sykehjem for innbyggere med demens.

### **2.1.5 NEDBYGGING AV FUNKSJONSHEMMENDE BARRIERER**

Stortingsmelding 40, 2002-03 angir strategier, mål og tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne.

*”Med nedsatt funksjonsevne menes tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse pga. allergi, hjerte- og lungesykdommer.*

*Det er ingen selvfølge at personer med nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet. En funksjonsnedsettelse behøver ikke resultere i begrensninger i samfunnsmessig deltakelse. Funksjonshemming oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon.*

*En stor andel av befolkningen har nedsatt funksjonsevne. Risikoen for å få nedsatt funksjonsevne øker med økende alder. Samfunnet møter disse utfordringene gjennom ulike tilnærminger. ”*

(St. melding 40, 2002-2003: Nedbygging av funksjonshemmende barrierer)

Likeverd, selvbestemmelse, aktiv deltakelse og personlig og sosialt ansvar utgjør sentrale verdier.

Satsingsområder er utdanning og arbeid, tilgjengelighet og tjenester.

Stortinget har vedtatt to lover med bakgrunn i St.meld. 40:

- Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven: Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (2008-06-20)
- Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne m.m. (2005-06-17)

Statens kompetansesenter for deltakelse og tilgjengelighet - Deltasenteret – er opprettet.

Prinsippene om Universell utforming har sitt utspring i denne stortingsmeldingen. Gjøvik kommune har vært pilotkommune for denne strategien.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenester for personer med nedsatt funksjonsevne, er det et mål at de skal være mer individualiserte og brukerrettede og bedre koordinert. Stortingsmeldingen omfatter en gjennomgang av reformen for mennesker med utviklingshemming og peker på tiltak for å bedre levekår og livssituasjonen for denne gruppen. På bakgrunn av dette er det opprettet et nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, NAKU.

## **2.2 KOMMUNALT PLAN OG STYRINGSGRUNNLAG**

Det overordnede kommunale plan- og styringsgrunnlag ligger i kommuneplanen, med Langtidsplan 2008 som langsiktig del (rulleres hvert fjerde år) I tillegg sammenstilles de mest sentrale politiske føringer som ellers er vedtatt for virksomhetsområdet.

### **2.2.1 OVERORDNEDE MÅL OG STRATEGIER , LANGTIDSPLAN 2008**

#### **Langsiktige mål og strategier**

Kommunedelplan Helse og omsorgsplan 2025 skal vise retning for utvikling av helse- og omsorgstjenestene i årene framover. Mål og tiltak skal bidra til å nå kommunens overordnede visjoner, perspektiver og grep.

#### **Gjøvik skal preges av trygge levekår, med vekt på god oppvekst, helse og omsorg.**

Det skal være godt og trygt å vokse opp og bo i Gjøvik. Gjøviksamfunnet skal legge til rette tjenester og service som dekker innbyggernes behov – som trygge oppvekstforhold og med respekt og omsorg for enkeltmennesker. Det skal bygges ut møteplasser for samhandling og fellesskap. Kvalitet, universell utforming, folkehelseperspektiv og miljøhensyn skal være bærende verdier i lokalsamfunnsutvikling.

#### **Livskvalitet – trivsel og trygghet**

Kommunen står for et godt offentlig tjenestetilbud – både for barn, unge og eldre. Gjennom forutsigbarhet i dekning av behov for gode helse- og omsorgstjenester, skal befolkningen føle trygghet i hverdagen.

Det skal tilrettelegges og stimuleres aktiviteter som bidrar til å heve befolkningens livskvalitet, både når det gjelder tjenester og fysiske omgivelser. Et helhetlig og tilgjengelig tilbud av tjenester innenfor både den offentlige og private sektor skal sikre innbyggernes velferd og trivsel.

#### **Gjøvik som helse- og omsorgskommune**

##### **Utfordringer**

Andelen av eldre i befolkningen vil øke. Morgendagens eldre vil være friskere enn tidligere generasjoner, ha store menneskelige og økonomiske ressurser, ha høyere utdanning og ha andre forventninger til sin alderdom - og hvordan de vil leve og bo om de blir hjelpetruende.

Helse- og omsorgstjenesten har stadig flere brukere under 67 år. Mange av disse vil ha et stort hjelpe- og omsorgsbehov gjennom mange år. Ulike grupper vil trenge spesielt tilrettelagte bo- og tjenestetilbud. Stadig flere får kreftdiagnose.

Utviklingen vil kreve utbygging av kapasiteten i omsorgstjenestene og økt kompetanse på aldring, med mer fokus på demens og sammensatte lidelser.

Både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene har fått økte utfordringer, spesielt knyttet til pasienter som trenger langvarig oppfølging. Kommunen får, som følge av spesialisthelsetjenestens endrede driftsform - med stadig kortere liggetid og økende dag og poliklinisk behandling, flere pasienter som tidligere ble behandlet på sykehus. Dette utløser at de kommunale tjenestene får stadig større behov for høyt kompetent personell med ulik faglig bakgrunn og erfaring. Framover blir en av de store utfordringene rekruttering av enkelte faggrupper med etterspurt spisskompetanse.

Tallet på potensielle omsorgsytere vokser ikke i takt med tallet på innbyggere med behov for omsorg fram mot år 2025. Familieomsorgen i framtida vil utgjøre en mindre andel av den samlede omsorgen. Presset på andre eller offentlige omsorgsytere vil øke.

## Mål og strategier

### **Gjøvik skal ha helse- og omsorgstilbud som gir alle mulighet for selvstendig og verdig liv.**

Et kjennetegn på en kvalitativt god helse- og omsorgstjeneste er at tjenesten bygger opp rundt den enkelte innbygger - og gir mulighet for å kunne leve et mest mulig selvstendig og verdig liv. Flest mulig skal ha mulighet for å bo i eget hjem så lenge de ønsker og klarer det.

Strategier for målrettet utvikling og felles samspill i Gjøviksamfunnet:

- 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.
- Bevisstgjøre innbyggerne i forhold til eget ansvar for tilrettelegging og det å ta i bruk hjelpemidler, teknologiske muligheter og frivillige omsorgsressurser.
- Utvikle omsorgssentrene 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
- Legge til rette for et godt samarbeid og dialog mellom de ulike nivåene for helsetjenester.
- Sette fokus på flere tiltak for å møte morgendagens utfordringer – som folkehelsearbeid og forebyggende tiltak, investeringer i universell utforming av boliger og bedre omgivelser.
- Utvikle og etablere sosiale og kulturelle tiltak for styrking av sosiale nettverk og fellesskap.
- Prioritere volds - og ulykkesforebyggende arbeid i hjem og lokalsamfunn.

Strategier for målrettet utvikling av de kommunale tjenestene:

1. Ha desentraliserte tjenestetilbud knyttet til omsorgssentrene, med tilgang til en felles faglig sentral spisskompetanse i kommunen.
2. Utvikle hjemmetjenestetilbudet i takt med økende behov.
3. Møte med brukeren i eget hjem eller på sykehuset ved tildeling av tjenester.
4. Tilrettelegge og bemanne bofellesskap for å lette presset på sykehjemmene, herunder opprette egne tilbud til grupper av omsorgstrengende med særlige behov.
5. Sikre tjenestetilbudet tilstrekkelig tilgang av kompetent helse- og omsorgspersonell.
6. Legge forholdene bedre til rette for frivillig deltakelse og innsats i helse- og omsorgsvirksomhet.



## Folkehelse

### Utfordringer

Kommunen skal gjennom helsetjenesten fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, samt søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Videre skal kommunen spre opplysning om og øke interessen for hva en kan gjøre for å fremme trivsel, sunnhet og folkehelse.

### Mål og strategier

#### **God folkehelse og universell utforming skal prege Gjøviksamfunnet.**

Dette innebærer at man vil legge stor vekt på å forme de fysiske omgivelsene slik at flest mulig kan leve fullverdige liv lengst mulig - uten at det er nødvendig å sette inn spesielle tilretteleggingstiltak.

Strategier for målrettet utvikling og felles samspill i Gjøviksamfunnet:

- Dele ansvaret for befolkningens helse mellom enkeltindividet og samfunnet - med den enkeltes ansvar egenomsorg og det offentliges ansvar for helseopplysning og ulike helsetilbud.
- Redusere ulykkesrisiko, helseskadelig støy, luftforurensing, stråling og smittespredning gjennom bl.a. interkommunalt samarbeid mellom planmyndigheter og Gjøvikregionen helse og miljøtilsyn.

Strategier for målrettet utvikling av de *kommunale* tjenestene:

1. Støtte og bidra til at enkeltpersoner og grupper av befolkningen selv tar ansvar for egen helse.
2. Følge opp barn de første leveår, med tilbud om vaksiner, individuell rådgiving og grupperettet helseopplysning tilpasset de ulike aldersgruppene.
3. Gi barn og unge i barnehager og skoler gode kostholdsvaner, mulighet for friluftsliv, fysisk aktivitet og svømmeopplæring – og samt gi oppmerksomhet rundt psykisk helse hos elevene.
4. Legge tilrette og tilby kulturtilbud av betydning for befolkningens trivsel, herunder samarbeide med og støtte tilbud i regi av frivillige lag og foreninger.

## **2.2.2 VERDIPLATTFORM OG HANDLINGSREGLER I GJØVIK KOMMUNE.**

Arbeidsgiverpolitikken er grunnlaget for den organisasjonskultur som skal råde i Gjøvik kommune, og skal i det daglige gjenspeile de handlinger, holdninger og verdier alle ansatte i Gjøvik kommune innehar overfor alle brukere av tjenesten. Gjøvik kommunes arbeidsgiverpolitikk er forankret i organisasjonens verdier og handlingsregler og er et virkemiddel for å nå målene i langtidsplanen. I forbindelse med revidering av arbeidsgiverpolitisk dokument har det vært en bred prosess for å velge verdier og handlingsregler for virksomheten i alle enheter i Gjøvik kommune. Disse verdiene vil bli innarbeidet i alle relevante styringsdokumenter. Videre skal verdiene benyttes i omdømmebygging / profilering av Gjøvik kommune som arbeidsplass og de skal etterspørres i planer og strategier, rekrutteringsprosesser, brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler.

### **Følgende verdier er valgt:**

Kompetanse – Engasjement – respekt.

**Handlingsregler:**

Vi gjør som vi sier!

Vi gir tydelige og konstruktive tilbakemeldinger!

Vi følger med og tar initiativ!

Vi søker, bruker og deler kunnskap!

Også i Helse og omsorg vil verdiene prege utvikling av tjenestene og videre drift i alle avdelinger og enheter.

**2.2.3 ANDRE POLITISKE FØRINGER OG FAGLIGE UTREDNINGER**

Her vises til vedtatte prinsipper for Helse og omsorg i Sak 31/08 i HOV. Prinsippene er blant annet et resultat av dialog med politiske utvalg. Videre vises til den såkalte RO-utredningen med tilrådninger.

**Sak 31/08 HOV.****1. Dagens organisasjonsmodell videreføres som hovedstruktur, med faglig inndeling i seksjoner/ funksjonsmodell****2. Desentral modell – 6 omsorgssenter:**

*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 bostandsbehov, men vektlegges ikke ved behov for korttidsplass og behov for spesialiserte tjenester som for eksempel rehabilitering og lindrende behandling.*

**3. 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.*

**4. Bo lengst mulig i eget hjem:**

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

**5. Heldøgns tjenester i omsorgsbolig:**

*Den hjemmetjenesteorienterte strategien med stadig flere av tilbudene som heldøgns trygge tjenester i ulike typer boformer utenfor institusjonene videreføres*

**6. Utvikling av Helsehusfunksjoner på Haugtun:**

*Sykehjemmenes korttidfunksjoner sentraliseres med vekt på et helhetlig rehabiliteringstilbud, medisinsk og lindrende behandling i nært samarbeid med sykehus og øvrige omsorgssentre. De øvrige sykehjemsfunksjonene gjennomgås, tydeliggjøres og fordeles.*

**7. Spesialisering av demensomsorg:**

*Ved gjennomgang av sykehjemsfunksjonene vurderes å dedikere et av de sentrumsnære omsorgssentrene til demensomsorg. Dette vil muliggjøre et mer differensiert botilbud og et tydeligere faglig fokus innenfor demensomsorgen. Dette betyr ikke at alle med diagnosen aldersdemens vil få plass ved dette omsorgssenteret.*

**8. Rehabiliteringsfokus i tjenestetildelingen:**

*Tildelingskontoret videreutvikles med fokus på egenomsorg, mestring og rehabilitering, samt tydelige tjenstestandarder som synliggjør at kommunen er avhengig av partnerskap med pårørende og andre frivillige rundt den enkelte bruker for å sikre kvalitet innenfor en bærekraftig ramme. Dette betyr at gode prosesser vektlegges ved gjennomgang av faglige standarder og tildeling av tjenester. Det vektlegges å utvide kompetansen med fysio- og ergoterapikompetanse.*

**9. Brukermedvirkning:**

*Tjenesten skal preges av økt brukermedvirkning og bedre informasjon og opplysning om tjenestetilbudet for i større grad å avklare innbyggernes og brukerens forventninger til hjelpeapparatet. Dette betyr at det gjennomføres årlige brukerundersøkelser der fremkomne data brukes aktivt til å videreutvikle tjenestene.*

**10. Tilrettelagte tjenester til yngre funksjonshemmede:**

*For yngre funksjonshemmede utarbeides det en fortløpende plan for etablering i egne boliger. Det utarbeides prinsipper for boligetablering og prosedyrer for samhandling med bruker*

**RO – rapporten, november 2007**

Det er foretatt en utredning vedrørende de ulike deltjenestene innenfor helse og omsorg i Gjøvik kommune. Premissene for utredningen ble gitt av Hovedutvalg for omsorg i februar 2007. Utredningens vurderinger og tilrådninger er basert på prognose for befolkningsutvikling og alderssammensetning i tidshorisont fram til 2025.

Se vedlegg 2: *Ro-rapport november 2007, Kap 5. samla vurdering og tilrådning.*

Det henvises forøvrig til hele rapporten: *Helse og omsorg i Gjøvik kommune / RO-rapport, november 2007*

**2.3 UTFORDRINGER OG MULIGHETER.****2.3.1 PROGNOSER FOR FRAMTIDA****Prognosegrunnlaget**

Statistisk sentralbyrå gjør i sine prognoser alternative forutsetninger om de fire komponentene *fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet* (innenlands flytting) og *nettoinnvandring*. Hovedalternativet for framskriving av befolkningen har navnet MMMM, som står for mellomnivået for henholdsvis fruktbarhet, levealder, innenlands mobilitet og nettoinnvandring.

**Nasjonale trender**

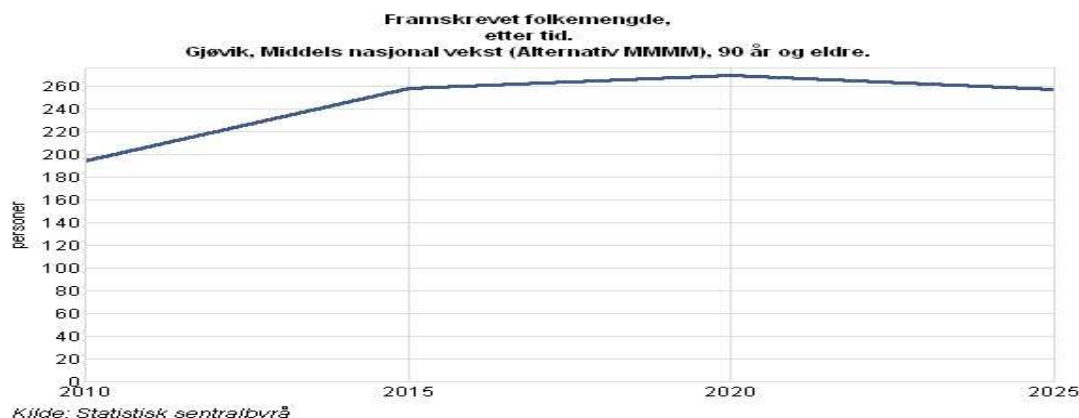
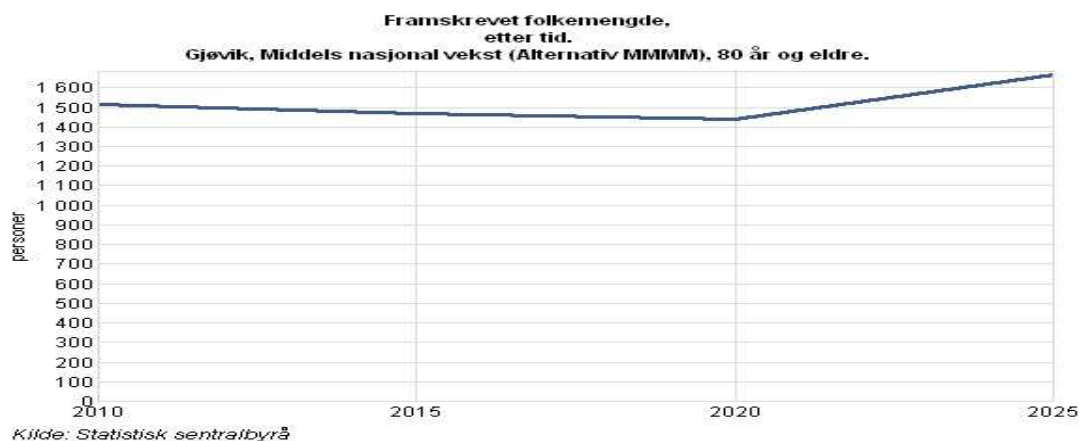
Befolkningsveksten fortsetter i Statistisk sentralbyrå sine befolkningsprognoser. Folketallet i Norge vil trolig øke sterkt fram til 2060. Den viktigste grunnen er at det regnes med fortsatt høy innvandring. Det er imidlertid stor usikkerhet i framskrivingene, spesielt om størrelsen på innvandringen. På sikt vil den trolig flate ut. På lang sikt vil en få en betydelig eldre befolkning. Antall personer over 67 år vil etter hvert vokse raskt, fra 614 000 i 2008 til om lag 1,6 millioner i 2060. Dette er over dobbelt så mange som i dag. Forventet levealder for nyfødte er forutsatt å øke fra nivået i 2007 på 78,2 år for menn og 82,7 for kvinner, til mellom 84,0 og 87,9 år for menn og mellom 87,7 og 92,7 for kvinner i 2060.

### Befolkningsutviklingen i Gjøvik (MMMM-alternativet)

Følgende tabell presenterer de mest sentrale tall for befolkningsutviklingen i Gjøvik – samlet og for aktuelle aldersgrupper: (med registrerte tall pr. 1.januar 2008 og prognosetall videre)

År	Totalt	0-19 år	20-66 år	67-79 år	80 år +	90 år +
2008	28 301	6 758	17 322	2 692	1 529	180
2009	28 611	6 748	17 604	2 713	1 546	210
2010	28 903	6 855	17 792	2 741	1 515	194
2015	30 435	7 135	18 543	3 290	1 467	258
2020	31 917	7 418	19 210	3 852	1 437	270
2025	33 417	7 767	19 768	4 218	1 664	257

Følgende figurer viser utvikling i aldersgruppene 80 år + og 90 år +:



**Kommentarer:**

- Samlet viser SSB sine befolkningsprognoser en betydelig befolkningsvekst i Gjøvik – samlet på + vel 4 800 personer, eller om lag + 300 årlig.
- Antall ynge eldre; 67-79 år, øker jevnt fram mot 2025, med total + 1 505 personer – eller + 94 årlig. Befolkningsandelen går fra 9,5 % i 2009 til vel 12,6 % i 2025.
- Antall eldre 80 år + avtar fra i dag fram mot 2020 (- 109 personer) – før det kommer en kraftig økning fram mot 2025 på hele + 227 personer i løpet av den siste 5-årsperioden. Befolkningsandelen synker fra vel 5,4 % i 2009 til om lag 4,5 % i 2020 – for så å øke til 5,0 % i 2025.
- Antall eldre eldre; 90 år + øker klart først i perioden (fram mot 2015) med + 48 personer, før veksten avtar markant fram mot 2020, med en etterfølgende svak nedgang til 2025 (til det samme nivået som i 2015). Befolkningsandelen holder seg rundt 0,7 % fram mot 2010 før den øker til 0,85 % i perioden 2015-2020. Til 2025 synker andelen til omlag 0,76 %.

### **2.3.2 YNGRE MED FUNKSJONSNEDESETTELSE: ØKTE BEHOV – USIKRE PROGNOSE**

Økningen i antall yngre brukere vil føre til behov for nye botilbud til ulike brukergrupper. Her følger noen anslag:

#### **Personer med nedsatt funksjonsevne/ yngre funksjonshemmede med antatt behov for bistand i bolig, Gjøvik kommune.**

Tildelingskontoret har i samråd med bl.a PPT og barneteamet i fysio- og ergoterapitjenesten utarbeidet en oversikt over personer med antatt behov for bistand i bolig.

Disse fordeler seg på følgende måte:

Fødselsår	Antatt behov		
	Heldøgns omsorg	Timebaserte tjenester	Usikre
< 1980	2	1	
1980-89	6	5	2
1990-99	13	11	6
2000-			14

Det er 8 personer som i dag er 20 år eller eldre som er vurdert til ha behov for heldøgns omsorg når de skal etableres ut av foreldrehjemmet. Det foreligger idag ikke konkrete planer for etablering av nye boliganlegg.

Gjøvik kommune har hatt en fortløpende etablering av utviklingshemmede i egnede boliger, hvorav de siste samlokaliserte boligene ble åpnet våren 2007. Prognosen viser at det vil være behov for etablering av nye samlokaliserte boliger med 4-6 boenheter ca hvert 4. år framover.

#### **Aldrende utviklingshemmede**

Levealderen for mennesker med utviklingshemning har økt betydelig de siste tiåra. Bedre medisinsk behandling og levekår er noen av forklaringene til at de blir eldre på lik linje med resten av befolkningen. Forskning viser at flere personer med utviklingshemning har en atypisk aldring. Blant annet er det en **økt forekomst** av aldersdemens hos utviklingshemmede, og demensutviklingen **starter i tidligere alder** enn hos andre.

I Gjøvik er det 26 tjenestemottakere med utviklingshemming over 50 år, ingen er over 66 år. Utvikling av tjenestemodell for aldrende utviklingshemmede vil dermed bli et sentralt utviklingsområde de nærmeste årene. Det kan være aktuelt å etablere et bokollektiv for eldre brukere med utviklingshemming, gjerne i tilknytning til et kompetansemiljø for aldersdemens.

### **Personer med psykiske lidelser og store omsorgsbehov**

Når det gjelder personer med psykiske lidelser og store omsorgsbehov og personer med samtidig rus, psykiske lidelser og store omsorgsbehov er det usikkerhet om brukergruppens størrelse. Plan for Psykisk helsearbeid viser til undersøkelser fra andre kommuner som konkluderer med at 1,4 % av befolkningen har en alvorlig psykisk lidelse. Dette tilsvarer i overkant av **390** personer i Gjøvik kommune. Det anslås at ¼ av disse i tillegg har et rusmiddelproblem, dvs. i underkant av **100** personer. Hvor mange av disse som vil ha behov for tilrettelagte botilbud, er usikkert.

Det er stor pågang av personer med alvorlige psykiske lidelser som søker om tjenester, og det er behov for flere tilrettelagte botilbud. Rapport fra Arbeidsgruppe om Rus og psykiske helseproblemer viser til at det er behov for differensiering av botilbud, ikke minst for personer som er under rehabilitering for å komme seg ut av et rusmisbruk. Intern arbeidsfordeling i Gjøvik kommune tilsier at NAV velferd har ansvar for botilbud for personer med rusmiddelmisbruk, mens Helse og omsorg har ansvar for øvrige tilrettelagte boliger og helse- og omsorgstjenester.

### **Personer med fysiske funksjonshemninger og/ eller ervervede hjerneskader**

Kommunen har ingen samlokaliserte boliger spesielt innrettet for personer med fysiske funksjonshemninger. Aktuelle personer bor i enkeltstående boliger/ leiligheter med individuelt tilpasset tjenestetilbud, hvorav 15 personer har BPA, brukerstyrt personlig assistent. Noen med spesielt krevende omsorgsbehov har plass i sykehjem. For personer med multifunksjonshemninger og stort omsorgsbehov, er det aktuelt med etablering i samlokaliserte boliger for å få til stabile fag- og tjenestetilbud.

## **2.3.3 UTFORDRINGER FOR VIRKSOMHETSOMRÅDE HELSE OG OMSORG**

Det er vanskelig å spå om de framtidige utfordringene som denne viktige tjenestesektoren står overfor, men noe framtidforskning kan være verdt å lytte til. Kort fortalt, kan Gjøvik, sammen med kommune-Norge forvente å gå inn i blant annet følgende framtid utfordringer:

### **Økt antall eldre**

Dersom prognoser på befolkningsutvikling slår til, vil antallet innbyggere i gruppen 80 år og eldre gå ned med ca. 60 personer fram til 2020, for deretter å stige kraftig fram til 2025 (+ 200). Stigende antall eldre vil fortsette videre etter 2025.

Gjøvik vil få vekst i gruppen over 90 år fram til 2020 med ca. 80 personer, mens nedgangen i aldersgruppen 80 – 89 år er på ca. 140 personer i samme periode. Det er usikkert hvordan eventuelt tilflytting eller fraflytting vil innvirke på tallene, men dersom tallene slår til, kan det bety et årlig inntektsbortfall fra staten til Gjøvik kommune i perioden fram mot 2020. Dette forutsatt at dagens objektive vekting ved overføring av statlige midler til kommunene, videreføres. Endringer i inntektssystemet for kommunene vil kunne endre dette i en eller annen retning.

### **Endringer i sykdomsbildet**

I rapport fra Sosial- og helsedirektoratet om utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren kan vi lese at for de største diagnosegruppene kan vi forvente visse endringer i sykdomspanoramaet



blant gamle i årene som kommer. Det vil trolig komme en ytterligere økning i antallet med type 2 diabetes som følge av mer overvekt. Akutt koronarsyndrom blir i økende grad en sykdom hos gamle. Forekomsten av kronisk obstruktiv lungesykdom vil fortsette å stige, særlig hos kvinner, som følge av høy andel røykere på 1970- og 1980-tallet. Den aldersspesifikke forekomsten av hjerneslag har gått noe ned de senere år, muligens som følge av bedret medikamentell forebygging.

Den aldersspesifikke forekomsten av kreftsykdommer vil muligens øke noe, men totalantallet av krefttilfeller vil øke markert som følge av at flere personer overlever til en alder der kreft er vanlig. Morgendagens kreftpasienter vil derfor i enda større grad enn i dag være gamle. Det er usikkert om tilfeller av hjertekarsykdommer vil fortsette og falle. De dystreste spådommer går ut på at vi på grunn av stadig flere diabetestilfeller, igjen vil kunne få oppleve en stor epidemi av hjerte- og karsykdommer som den vi hadde i 1950- og 1960-årene.

### **Tilflytting**

Gjøvik har erfaring for at det skjer en tilflytting av eldre til kommunen, stort sett fra nærliggende kommuner. Dette gjør at prognosene ikke vil stemme, dersom tilflytting av eldre også skjer i samme takt i årene framover. Spørsmålet er om tilflyttingen skjer som et resultat av ekspansiv boligbygging i byen, eller om flyttingen er motivert ut fra forhåpninger om lettere tilgang til tjenester enn i den kommunen de flytter fra. Tilflytting av eldre over 80 år vil øke statlige overføringer, nedgang vil kunne føre til reduserte overføringer.

### **Eldre som ressurs**

Staten ber kommunene bruke den relativt rolige perioden fram til 2015 – 2020 til å planlegge hvordan den såkalte eldrebølgen skal møtes. Flere kommuner velger en strategi der en også ser på "bølgen" som en ressurs. Morgendagens eldregenerasjoner vil være friskere enn tidligere generasjoner, ha store menneskelige og økonomiske ressurser, ha høy utdanning og samtidig ha helt andre forventninger til sin alderdom og hvordan de vil leve og bo dersom de blir hjelpetrengende.

### **Demensomsorg**

I Gjøvik, som i flertallet av kommunene, vil utfordringen innen demensomsorgen øke i perioden. Gjøvik har erfaringer innenfor dette feltet som er verdt å bygge videre på, men med en mulig større grad av sentralisering av noen av tiltakene. Dette blant annet for å få en ressursmessig samordningseffekt.

### **Yngre brukere**

De senere årene har veksten i kommunenes tjenesteyting i stor grad hatt sin årsak i veksten i antallet brukere under 67 år. Dette er en utvikling som trolig vil fortsette. Særlig melder mange kommuner om økende antall barn med multiple funksjonshemninger, og som vil ha et livslangt behov for omfattende tjenester. Videre forventes en vekst i antallet innbyggere med tjenestebehov grunnet rus og psykiske helseproblemer.

### **Rekruttering og kompetanse**

Allerede i 2007 opplever flere kommuner store utfordringer med å få søkere til ledige stillinger innen helse og omsorg, og for øvrig de fleste tjenesteområdene. Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006) anmoder kommunene om å åpne opp for flere kompetansegrupper inn i helse og omsorg. Ikke bare for å møte rekrutteringskrisen, men også for å få større tverrfaglighet inn i tjenesten for å dekke flere sider ved en helhetlig tjeneste. Kampen om arbeidskraften vil trolig øke.

Endringen i arbeidsfordelingen mellom primærkommunen og spesialisthelsetjenesten vil bare forsterke behovet for at kommunene må utvikle og rekruttere spisskompetanse, særlig på

sykepleiefaglig nivå. Behovet for tydeliggjøring av sykehjemmet som behandlingsinstitusjon, vil bare bli forsterket. Dagens kommunestruktur vil tvinge fram interkommunale eller regionale tiltak for å møte denne utviklingen.

### **Brukermedvirkning**

Økende fokus på brukermedvirkning og brukerstyring, individuelle rettigheter og en lovgivning som gir enkeltborgeren større innflytelse på utforming av tjenestene.

### **Begrensede rammer**

Uansett farge på regjering vil kommunene få begrensede rammer å forholde seg til. Den private rikdommen kan være en helt annen enn hva tilfellet er i dag. Dette vil reise spørsmålet også om finansielt partnerskap, særlig at brukerne i større grad enn i dag tar ansvar for å finansiere sin boform/bolig. Kommunene trenger å disponere større andel av sine budsjetter til personell, ikke til bygningsmasse.

## **2.3.4 NYE GENERASJONER BRUKERE - ANDRE FORVENTNINGER.**

Det er særlig yngre brukere som vil kreve mye omsorg fra Gjøvik kommune i årene framover. Det er rimelig å anta at utviklingen i Gjøvik i stort vil følge den nasjonale trenden. Hvor stor økningen vil bli og innenfor hvilke brukergrupper er vanskelig å beregne. Det er viktig å følge opp utviklingen nøye ved hjelp av erfaringer og nøkkeltall, slik at det kan utarbeides prognoser så langt det er mulig.

I perioden 1992 til 2004 økte (nasjonalt) andelen mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester under 67 år fra 17 prosent til 29 prosent av totalt antall mottakere. I flere kommuner meldes at mottakere av omsorgstjenester under 67 år står for over 50 prosent av den total ressursbruken. En KS-rapport fra 2004: "Kostnadsbilder i pleie og omsorg", viser at 1/3 av brukerne i kommunenes hjemmetjenester er under 67 år, men de legger beslag på 2/3 av ressursene i hjemmetjenesten.

Antall mennesker med utviklingshemming er relativt konstant – ca. 4 – 4,5 promille av befolkningen. Dette vil for Gjøvik bety ca 114 - 129 innbyggere i 2009.

På grunn av utvikling av medisinsk teknologi og spesialisthelsetjenestens behandlingsevne, vil stadig flere overleve ulykke og akutt sykdom. Resultatet kan bli stadig flere yngre innbyggere i Gjøvik som vil ha livslangt behov for kommunal pleie og omsorg. Det samme gjelder utfordringen med at flere barn overlever for tidlig fødsel, noen ganger med resultat – multiple funksjonshemminger.

Helse- og omsorgstjenesten vil møte tjenestemottakere som er mindre beskjedne, som vil bestemme selv og som er vant til å stille andre krav enn i dag.

### **Brukerstyrt personlig Assistent ( BPA )**

Helse og omsorgsdepartementet har utarbeidet forslag til sterkere rettighetsfesting av BPA. Forslaget har vært ute til høring med uttalelsesfrist 01.07.2007. Forslaget innebærer å endre sosialtjenesteloven slik at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring, og som har behov for omfattende tjenester, får en rett til å få hele eller deler av denne tjenesten organisert som BPA. Det er et mål å stimulere kommunene til å organisere praktisk bistand på nye måter og dermed bidra til større valgfrihet og brukermedvirkning. En lovendring vil innebære en utvidet plikt for kommunen til å kunne tilby praktisk bistand organisert som BPA.

Det har ikke kommet noen konklusjon etter høringsrunden. Det er uvisst hvilke konsekvenser en eventuell lovendring vil få for kommunen, men en ser for seg at BPA kan bli aktuelt for flere brukergrupper. Det stilles krav til større brukermedvirkning og mer individtilpassede løsninger. Gjennomgangen av ordningen BPA og de prinsipper som ligger til grunn utfordrer de ordinære hjemmetjenestene med hensyn til organisering og grad av brukertilpasning.

### **2.3.5 LEGETJENESTENS ROLLE**

Økende antall eldre og kronisk syke vil gi betydelige utfordringer for legetjenesten. Det vil også bli økende behov for samhandling med andre instanser for å gi nødvendig helsehjelp til grupper med sammensatte medisinske problemstillinger, særlig innen rus og psykiatri. Forskyvning av ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil også kunne gi fastlegene mer faglig ansvar og oppgaver overfor de sykeste pasientene. Sekundært vil økt belastning på primærlegetjenesten i kommunene kunne føre til utfordringer med rekruttering eller store og uvante prioriteringer mellom pasienter.

Disse endringene vil kunne gi store utslag i behov for allmennlegetjenester i befolkningen generelt, inkludert pleietrengende utenfor institusjon. Det vil også bli et stort behov for flere tilsynslegetimer ved kommunale pleieinstitusjoner, der en må forvente flere senger og sykere pleietrengende.

Behovet for flere leger i kommunen til dekning av økte behov i generell allmennlegepraksis er avhengig av mange usikre forutsetninger, og derfor vanskelig å tallfeste. Behovet for flere timer til offentlige allmennlegeoppgaver, særlig til pasienter i sykehjem, er beregnet på landsbasis. I 2005 var det på landsbasis registrert at det var 0,27 legetimer pr pasient pr uke, og anslått behov for 50 % økning til 0,41 legetimer pr pasient pr uke fram til 2010. I Gjøvik med 191 sykehjemssenger vil det utgjøre 78 legetimer pr uke. For å nå dette målet må dagens 55 timer øke med 23 tilsynstimer pr. uke.

Ved opprettelse av stillinger for tilsynsleger i de bemannede omsorgsboligene vil antall pasienter som ivaretas av tilsynsleger øke fra 191 i dagens sykehjem til 285 i boliger med heldøgns omsorg. Dette er en økning på 94 plasser som etter dagens norm for legedekning i sykehjem vil det kreve en økning med 28 timer pr uke.

Når det gjelder legetjenesten er det særlig 2 forhold som er viktig å ta tak i:

- a) Legenes rolle inn mot de spesialiserte funksjonene som korttidsplassene i morgendagens sykehjem representerer. Legene vil i framtid ikke være tradisjonelle tilsynsleger, men drive aktiv behandling støttet av sykepleiere med trygg spisskompetanse og i samarbeid med sykehus.
- b) Medisinsk tilsyn og oppfølging av heldøgns tjenester til beboere i omsorgsboliger og bokollektiv, samt veiledning av pleiepersonell.

Flere kommuner velger å tilby beboere i bokollektive boformer som ikke er hjemlet som institusjon, at de kan skifte fastlege slik at flesteparten i kollektivet har samme fastlege. Andre kommuner forholder seg helt og holdent til at hver enkelt beboer har sin egen fastlege, som de tidligere har utviklet en god kontakt med. Særlig viktig har dette vært for å videreføre kunnskapen om den enkelte "pasient" også inn i situasjon med heldøgns tjenestebehov.

### **2.3.6 KOMPETANSEBEHOV OG REKRUTTERING.**

Demografiske framskrivninger viser at framtidens brukere vil bli flere. Vi har sett at den største økningen av tjenestemottakere de siste tiår er under 67 år og denne utviklingen vil fortsette. Framtidens brukere vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, og de vil også ha andre ressurser til å mestre dem. I større grad enn i dag vil de være vant til og forvente å kunne bestemme over egen tilværelse. Den store veksten i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne vil kreve en annen fagkompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.

Tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 år, og den sterkeste tilveksten skjer rundt 2020. En høyere levealder og flere eldre vil føre til økt kompetansebehov om aldring med spesielt fokus på demens. Stortingsmelding nr.25 sier at det vil bli behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens hjemmetjenestemottagere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger (s.11). Spesielt gjelder dette mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske problemer.

På grunn av endringer i alderssammensetningen vil det ikke skje tilsvarende økning i tilgangen på arbeidskraft. Den største utfordringen for omsorgssektoren i de nærmeste tiår vil være å skaffe tilveie nok fagutdannet arbeidskraft. Det er noe usikkerhet i forhold til det framtidige behov men det anslås å være behov for 54 000 årsverk i Norge fram til 2030 for å opprettholde det nivå som er på tjenestene i helsesektoren i dag.

Det vil være viktig for Gjøvik å benytte den relativt stabile perioden fram til 2020 til å bygge opp nødvendig kompetanse. I dette arbeidet bør det vektlegges tverrfaglig kompetanseheving, kvalitetsarbeid og organisasjons- og ledelsesutvikling. Arbeidet med å styrke den faglige kompetansen er en av de viktigste strategier for å styrke kvaliteten på tjenestene. Dette er også en forutsetning for å sikre god ressursutnyttelse. Å rekruttere nye årskull elever og studenter til mangeårig utdanning er et langsiktig arbeid som må bygges ut gradvis. Å ha et godt fagmiljø og et godt omdømme er den beste måten å sikre rekrutteringen til virksomhetsområdet.

#### **Kompetansegap**

Helse og omsorg har våren 2009 foretatt en kartlegging av ansattes kompetanse og gjort en vurdering av kompetansebehovet i den enkelte avdeling. Analysen viser at det er stort behov for videreutdanning og spesialisering innen alle områdene innen helse og omsorg for både høgskoleutdannede og fagarbeidere. Innen seksjon sykehjem og hjemmetjenester er det i tillegg behov for en økning i andelen av høgskoleutdannede for å sikre kvaliteten på tjenestene 24 timer i døgnet året rundt. Analysen viser videre at det er et fåtall av lederne innen virksomhetsområdet som har formell lederutdanning.

#### **Ledelse i kommunesektoren**

På bakgrunn av *Stolt og unik – Arbeidsgivstrategi mot 2020 ( AGS 2020)* har Kommunenes Sentralforbund (KS) utarbeidet en ledelsespolicy.

Det overordnede begrepet i policyen er å lede i det skapende spenningsfeltet mellom de folkevalgte, den kommunale organisasjonen og innbyggere, brukere og andre interessenter. Den kommunale organisasjonen er åpen, kompleks, flertydig og preget av skiftende mål. Dette er viktige utfordringer å kunne forholde seg til som leder i kommunesektoren.

Ledelse i kommunesektoren er å:

- Skape forståelse for oppdraget som er å ha ansvar for en helhetlig utvikling av lokalsamfunn og velferdstjenester

- Skape forståelse og aksept for folkevalgtes oppgaver og demokratiske prosesser
- Formidle sektorens egenart og kvaliteter og å utvikle positivt omdømme
- Skape en virksomhet som er orientert mot utvikling og nyskaping
- Bidra til at medarbeiderne har kunnskaper om brukere, innbyggere og partnere samt deres ressurser, forventninger og krav til medvirkning
- Utvikle dialogarenaer for samhandling
- Involvere og legge til rette for medvirkning og å utløse medarbeidernes kunnskaper, kreativitet og engasjement
- Arbeide for at åpenhet og integritet kjennetegner våre handlinger og holdninger
- Leverer resultater i tråd med politiske vedtak
- Akseptere det ansvaret og den myndighet som følger av lederrollen

Dette viser at ledelse er en kompleks funksjon innen kommunen generelt, og av kommunale virksomheter må helse og omsorg kunne betraktes som den mest komplekse, der kun en liten andel av de ansatte er på jobb samtidig med lederen. De øvrige er på jobb kveld, natt, helg og i ferier. Helse og omsorg vil i framtida måtte satse på en målrettet rekruttering av nye ledere med bred kompetanse, og det må igangsettes tiltak for eksisterende ledere slik at de får mulighet til å skaffe seg formell utdanning og annen målrettet lederutvikling.

### Uønsket deltid

Det er fortsatt en stor utfordring vedrørende deltidsstillinger. I Helse og omsorg er det i dag ansatt 890 personer på 610 årsverk. Dette gir en gjennomsnittlig stillingsbrøk på 68 %.

Det gjennomføres et prosjekt ved en sykehjemsavdeling på Haugtun omsorgssenter, her har man økt grunnbemanningen for å kunne "ta høyde for et normalfravær". I den daglige driften vurderes det fortløpende om ledige stillinger kan deles opp og fordeles på fast ansatte, men dette har sine klare begrensninger grunnet helgebemanning.

Helse og omsorg deltar i arbeidsgruppe ledet av Personalsjef som skal legge frem aktuelle modeller for det videre arbeidet. Arbeidsgiver er innstilt på fleksible løsninger som kan gi rom for at flere ansatte får økt sin stillingsstørrelser. Videre ser man at ansatte med "heltidskompetanse" bidrar til en mer effektiv tjeneste med større kontinuitet.

Brukere med omfattende bistandsbehov gir ofte uttrykk for at de har for mange tjenesteytere å forholde seg til. Både for kommunen som tjenesteyter og for de som er brukere av tjenester, er det et mål å redusere antall hjelpere og skape mer kontinuitet i tjenestene.

Det er viktig å utnytte mulighetene for mer fleksible arbeidstidsordninger som ligger i arbeidsmiljøloven. Alternative turnusordninger kan gi mulighet for mer kontinuitet og færre ansatte hos den enkelte bruker. Arbeidstidsordninger som gjør det enklere å opprette større stillinger, og som skaper større fleksibilitet for ansatte til selv å bestemme hvor mye og når de vil jobbe, kan gjøre det mer attraktivt å fortsette å jobbe innen Helse og omsorg. Et forhold som bidrar til høyt antall hjelpere, er vikarer som benyttes for å få tilstrekkelig helgebemanning. Dette må ses opp mot arbeidstidsordninger som gjør at det faste personalet kan dekke en større andel av behovet for helgebemanning.

Det er flere kryssende hensyn når målet om redusert bruk av deltidsstillinger skal vurderes:

- brukernes behov for kontinuitet og færrest mulig tjenesteytere å forholde seg til
- behov for tilstrekkelig helgebemanning
- ansattes rett til å skjermes mot ubekvem arbeidstid
- deltidsansattes ønske om hele stillinger



## Rekruttering

Utfordringene ved rekruttering er ofte knyttet til størrelsen på den utlyste stillingen, om den er fast eller et vikariat, eller hvor i Gjøvik arbeidsstedet er. Det er størst problemer vedrørende rekruttering av avdelingsledere og høgskoleutdannet personell dersom man ser isolert på de større stillingsbrøkene. Det er opprettet en 2 årlig prosjektstilling som har som målsetting en bedre rekruttering og et bedre omdømme. Arbeidet vedrørende rekruttering av tilkallingsvikarer er sentralisert og knyttet direkte opp mot prosjektstillingen.

Det arbeides også mot ungdom, for å få disse til å velge en karriere innen helse og omsorgs yrker. Viktigste tiltak her er sommerjobbtilbud til ungdom mellom 16 og 18 år, hvor disse arbeider i tillegg til ordinær feriebemanning. Videre koordineres Aksjon helsefagarbeider blant annet ved besøk i alle 10. klassene i Gjøvikregionen. Videre drives markedsføring opp mot de ulike skolemiljøene. Det er etablert et tett samarbeid med NAV.

### **2.3.7 FRAMTIDIG BRUK AV INFORMASJONSTEKNOLOGI**

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting i helsesektoren. Nasjonal helseplan (2007- 2010) presiserer at riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvalitet og effektivisere arbeidet. Teknologifinnføring kan i seg selv fungere som en pådriver for samhandling og kvalitetsforbedring.

Samspill 2.0 som er den nasjonale strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren i perioden 2008- 2013 og den beskriver blant annet følgende innsatsområder:

- i løpet av denne perioden skal alle kommuner ha kommet i gang med elektronisk samhandling internt, med fastleger, med spesialisthelsetjenesten og med offentlige etater
- elektronisk pasientjournal skal bidra til at nødvendig helsefaglig informasjon er tilgjengelig på riktig sted til riktig tid med riktig presentasjon i alle ledd av behandlingsskjeden
- Pasienter, brukere og pårørende skal ha enkel og effektiv tilgang til kvalitetssikret og oppdatert informasjon om sykdom og behandling, samt om tjenestetilbudet i sektoren og god veiledning om rettigheter og støtteordninger.
- det er ønskelig at nye modeller for samarbeid innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester og mellom kommuner og spesialisthelsetjenester prøves ut og tas i bruk der det er hensiktsmessig

Virksomhetsområde Helse og omsorg har så langt valgt å ha en innovativ satsning på IKT. Dette er et godt utgangspunkt for å følge opp den målsettingen som er nedfelt i den nasjonale strategien.

Gjøvik kommune har en målsetting om at innbyggerne skal bo lengst mulig hjemme. Noe som er overens med den nasjonale føring om at framtidens omsorgstjenester skal gis der brukeren bor. Dette vil stille økt krav til omsorgsteknologi som nettbaserte tjenester, telemedisin og smarthusløsninger. Teknologien kan bidra til å utsette institusjonsinnleggelse, og den kan bidra til å gjøre brukerne mer selvhjulpne og gi dem et bedre lokalt medisinsk tilbud (St.meld.nr.25).

Omsorgsteknologi beskrives som IKT-baserte løsninger til bruk i omsorgstjenestene. De står nevnt som satsningsområder i Stortingsmelding nr. 25 og Nasjonal helseplan, men det er ennå ikke utarbeidet egen nasjonal strategi for denne teknologien.



Løsningene kan deles inn i følgende områder:

**Kroppssensorer** som kan brukes til å overvåke helsetilstanden. Det kan måles hjerterytme, blodverdier og lungekapasitet. Denne form for teknologi kan bidra til at kronikere kan motta hjemmebasert behandling, medisinerer eller automatisk tilkalling av akutt hjelp.

**Smarthusteknologi** er teknologier installert i boliger. Den kan brukes til å overvåke, varsle og utføre handling etter valgte kriterier. En smarthusteknologi kan brukes til å styre lys, varme, dører og vinduer. Den kan også varsle fall, brann og vannlekkasjer.

**Sporingsteknologi** er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Den kan f.eks. festes på kroppen og være til nytte for personer med svekket orienteringsevne samt for deres omsorgsansvarlige. Sporingsteknologi kan gi demente brukere sikkerhet og frihet til å bevege seg utenfor hjemmet.

**Administrativ teknologi** er datasystemer som kan brukes til å forbedre arbeidsflyt med tids- og funksjonsplanlegging, forenkle samhandling mellom ulike aktører, tilgjengliggjøre og sammenstille informasjon.

Gjøvik kommune ser at omsorgsteknologien vil være et viktig bidrag til å kunne yte kvalitative gode tjenester i framtida. Alle nye omsorgsboliger anbefales å bygges med infrastruktur for smarthusteknologi. Gjøvik kommune har tatt konsekvensen av dette og deltar i dag i et prosjekt hvor det installeres smarthusteknologi i to bokollektiv, en omsorgsleilighet og en privat leilighet.

### **2.3.8 SAMHANDLING, KOORDINERING OG KONTINUITET.**

#### **Individnivå:**

Samhandling mellom kommunens tjenester, helseforetakene, brukerne, deres pårørende og nettverk er svært viktig for å oppnå et godt helhetlig tilbud. Koordinering forutsetter høy grad v brukermedvirkning ved tilrettelegging av tjenestetilbud.

#### **Individuell plan og personlig koordinator**

Individuell plan er et viktig verktøy for å sikre brukermedvirkning, samarbeid og samhandling for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I arbeidet med individuelle planer er rollen som koordinator av stor betydning da denne skal sikre at tjenestene samarbeider og bruker opplever et helhetlig tjenestetilbud. Det er også vesentlig at bruker (og evt. pårørende) opplever at hans/ hennes ønsker og behov for utforming av tjenestetilbudet blir ivaretatt.

Systemansvar er viktig for å lykkes i arbeidet med individuelle planer. Med systemansvar menes at det er finnes en ansvarlig tilrettelegger som har ansvar for å ha oversikt over hvem som har individuelle plan, rekruttere koordinatorene, ha daglig oversikt over behovet for individuelle planer og hva som gjøres. Systemansvarlig har videre ansvar for å utarbeide rutiner og retningslinjer, tilrettelegge for opplæring og veiledning, samt fange opp og løse systemproblemer. Systemansvarlig har også ansvar for å evaluere arbeidet som utføres med individuelle planer bla. hvorvidt brukerne og deres pårørende opplever samhandling, koordinering og kontinuitet i tjenester.

#### **Personer med livslangt bistandsbehov**

## 1. Utfordring for koordinering ved overgang mellom livsfasene.

Familier som har barn med nedsatt funksjonsevne vil som regel ha et livslangt behov for bistand. Man erfarer stadig at det er en utfordring å få til gode prosesser rundt disse familiene fordi oppfølging og informasjon fra kommunen ikke blir godt nok ivarettatt. Dette gjelder særlig i overgangsfaser mellom ulike nivåer - barnehage/ skole, barneskole/ ungdomsskole, ungdomsskole/ videregående skole og etablering i arbeid og eget hjem. Langsiktig og målrettet planlegging i forhold til utdanning, arbeid og botilbud fordrer tverrfaglig samarbeid på tvers av virksomheter (Skole, NAV, Helse og omsorg)

Det bør utarbeides en langsiktig plan for å sikre alle disse overgangene.

## 2. Behov for utvikling av mer helhetlig tjenestemodell for barn og unge < 18 år med omfattende bistandsbehov

Andre utfordringer for familier med barn og unge med nedsatt funksjonsevne handler om tilsynsbehov i ungdomsskole og videregående skole. Med tilsynsbehov menes før, i og etter skoletid og i skolens ferier og fridager. Det er en utfordring å tilrettelegge et tilbud som bidrar til at foreldre/ pårørende skal kunne ha et fullverdig arbeidsliv og kunne være i arbeid så lenge barnet/ ungdommen bor hjemme. Det er ikke minst en utfordring overfor barnet/ ungdommen å kunne tilrettelegge et omsorgstilbud/ tilsyn som er trygt og forutsigbart og med minst mulige skifte av arena og ikke for mange personer å forholde seg til.

Det bør utvikles modeller/tiltak/retningslinjer for å tilrettelegge et helhetlig og forutsigbart tjenestetilbud som er gjeldende så lenge behovet er tilstede. Slik det er i dag må familier søke for hvert år og tilbudene som gis er organisert på ulike arenaer og med mange aktører: Hjem, skole, dagsenter. Det må vurderes om det samme personellet kan følge med på ulike arenaer.

- Utrede og vurdere aktuelle løsninger /kommunale tilbud som ivaretar tilsyn
- Kartlegge hvilke barn/ungdommer som vil ha behov for et slikt tilbud nå og frem i tid
- Utarbeide retningslinjer

### Systemnivå:

For å kunne sikre samhandling, koordinering og kontinuitet i tjenestene er det en del tiltak som kan være med på å bidra til å ivareta dette:

### **Etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester (jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering §8). Å etablere en slik enhet er en viktig strategi for å oppnå rehabiliteringsfokus i tjenestetildelingen.

Det anbefales at denne enheten tilknyttes tildelingskontoret til Helse og omsorg, selv om den skal ha en virksomhetsovergrepene funksjon.

### Hva kan koordinerende enhet bidra med/ivareta :

- Ha god kunnskap om habilitering og rehabilitering og sikre informasjon om dette til brukere, deres pårørende og ansatte
- Ha god oversikt over det totale habiliterings- og rehabiliteringstilbudet og hvem som har behov for dette og formidle kontakt med tjenester
- Koordinere tjenestetilbud innenfor habilitering og rehabilitering og ha en funksjon som går på tvers av virksomheter, avdelinger og tjenester

- Sørge for at tjenester til brukeren sees i sammenheng, er tverrfaglige og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret.
- Samarbeide med andre etater og eksterne tjenester for å sikre helhet og sammenheng i tilbudet til tjenestemottaker. Være pådriver for tverrfaglig samarbeid.
- Ha systemansvar for individuell plan: Ansvar for informasjon, vurdere retten til /tildele individuell plan og personlig koordinator, oversikt over antall, rutiner og oppfølging av koordinatorene.
- Ha ansvar for kartlegging, planlegging, og utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene
- Være kontaktpunkt både for enkeltpersoner med behov for tjenester og interne og eksterne samarbeidspartnere.
- Være hovedkoordinator for familier som har barn/ unge med nedsatt funksjonsevne (personer med livslangt bistandsbehov) og kunne følge disse familiene over tid for å sikre trygghet, forutsigbarhet, kontinuitet og tjenestebehov.

### **Kontinuitet i tjenestene**

Mange brukere innen Helse og omsorg har behov for omfattende tjenester av mange slag, noe som medfører at flere enheter og mange ansatte involveres. I en slik situasjon er det viktig at brukere og pårørende opplever forutsigbarhet og trygghet. Imidlertid gir brukere som har behov for omfattende kommunale tjenester, uttrykk for at det er for mange forskjellige ansatte som yter tjenestene. For noen blir antallet hjelpere så stort at det oppleves som en belastning, og at nødvendig forutsigbarhet og kontinuitet ikke ivaretas.

Det er en stor utfordring å skape kontinuitet i tjenestetilbudet, både når det gjelder at de ulike tjenestene er godt koordinert, og når det gjelder antall involverte tjenesteytere hos den enkelte bruker. Det blir viktig å vurdere muligheter for mer fleksible arbeidstidsordninger for bedre å imøtekomme brukernes behov. Dette må ses i forhold til behov for rekruttering og reduksjon av uønsket deltid. (se også kap 2.3.6)

### **Samhandlingsreformen:**

Helse- og omsorgsdepartementet har varslet en ny reform innen helsetjenesten våren 2009 som forventes å medføre endringer i ansvar for ulike tjenestetilbud ved at flere oppgaver enn i dag skal løses på kommunalt nivå. Dette vil trolig kreve kontinuerlig videreutvikling av samhandling mellom de ulike nivåene.

## **2.4 FRAMTIDIGE PRINSIPPER OG INNSATSOMRÅDER**

Under dette punktet drøftes grunnlag for tiltakene i planens tiltakskapittel. Det tas utgangspunkt i vedtak i HOV i sak 31/08. Helse og omsorgsplanen bygger på prinsippet om en hjemmetjenestebasert organisering i en desentral modell med Helse og 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 en viss sentralisering av tjenestetilbudet.

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.

## 2.4.1 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. (Fra sak HOV 31/08)*

I langtidsplanen for Gjøvik kommune (se kap 2.2.1) gis det føringer for innbyggernes ansvar for egenomsorg og tilrettelegging av egen livssituasjon. Kommunen legger til rette for dette gjennom sitt folkehelsearbeid.

### Folkehelsearbeid

#### **Lokale strategier og tiltak**

Gode strategier, og valg av tiltak for å få god helse i befolkningen avhenger av god kunnskap om lokalsamfunnet og hvordan ulike faktorer virker på innbyggernes helse. I tillegg til sentrale kunnskapsbaser er det viktig å systematisere fakta og kunnskap om lokale miljøfaktorer som kan påvirke helsa og om helsetilstanden i befolkningen. Dette arbeidet bør sammenfattes til en faktabasert kommunehelseprofil.

I tillegg til sentrale anbefalinger er det også nødvendig å bruke den flerfaglige kompetansen som finnes lokalt i kommunen, til å foreslå strategier som i størst mulig grad vil gagne befolkningens helse over tid. Det gjøres i dag en rekke gode tiltak innen de ulike fagområder og på tvers av disse. Det bør opprettes et tverrfaglig utvalg som samordner dette på basis av en samfunnsmedisinsk strategi for god folkehelse.

Det er viktig at hensynet til folks helse er med i all planlegging, både i utforming av arealplaner, infrastruktur og tjenestetilbud. Erfaringer har vist at det er størst sjanse for å lykkes over tid, dersom helsehensyn også er med i det små, på bred basis, med synergieffekter, slik at ”mange bekker små blir til en stor å”.

Godt samarbeid mellom planmyndigheter og miljørettet helsevern vil redusere ulykkesrisiko, helseskadelig støy, luftforurensing, stråling og smittespredning. God kompetanse på dette området sikres gjennom interkommunalt samarbeid mellom ingeniører og kommuneleger i Gjøvikregionen helse og miljøtilsyn.

Gjøvik er også med i nettverk av helse og miljøkommuner. I dette samarbeidet utveksles erfaringer og ideer til gjensidig nytte. Det gir også inspirasjon og påminnelse om å ha fokus på det ansvar kommunen har for befolkningens helse.

#### **Det ordinære tjenestetilbudets rolle i folkehelsearbeid**

**Kommuneoverlegen** har, i henhold til kommunehelsetjenesteloven, et overordnet ansvar for å ha oversikt over, gi råd og foreslå tiltak i forhold som har betydning for befolkningens helse. I Gjøvikregionen er det også et formalisert samarbeid mellom kommunelegene om samfunnsmedisinsk kompetanse og oppgaver.

**Helsestasjonstjenester** har et bredt ansvar for folkehelse overfor aldersgruppen 0-20 år. Dette omfatter tett oppfølging av barn de første leveår, for å kunne fange opp og intervensere i forhold til skjevutvikling på et tidlig stadium, gi tilbud om og vaksinere mot alvorlige sykdommer, samt gi omfattende individuell rådgiving og grupperettet helseopplysning tilpasset de ulike aldersgruppene. Helsesøstertjenestenes kompetanse kommer også til nytte for aldersgrupper

over 20 år, særlig innen smittevern med vaksinasjonstjeneste, men også ved generell helseopplysning.

I tillegg til den kurative tjenesten har **fysioterapitjenesten** en kompetanse som er særdeles nyttig i forhold til helsefremmende tiltak og informasjon overfor befolkningen. Gjennom fysiotek- tjeneste gis individuell og grupperettet rådgiving om sunn fysisk aktivitet.

Forebyggende og helsefremmende tiltak er også innebygd i andre tjenesteområder enn helsetjenester. **Skoler og barnehager** har gjennom rammeplan og ny læreplan stort fokus på helse, f eks gjennom læreplan: Mat og helse. Skole og barnehage jobber med regjeringens mål om at barn og unge skal ha gode kostholdsvaner. Det satses generelt mye på friluftsliv, fysisk aktivitet og svømmeopplæring. Det er ansatt miljøterapeuter i skolene med spesielt fokus på psykisk helse hos elevene. **Kultur- og fritidstjenesten** forvalter ulike typer tilbud av betydning for befolkningens trivsel, og idrettsarenaer av stor betydning for fysisk og psykisk helse.

Enkeltpersoners vanskelige sosiale situasjon kan gi helsemessige konsekvenser.

**Velferdstjenestene** er viktige aktører for å forebygge dette og å generelt redusere ulikheter i helse. **Ungdomskontoret** tilbyr generelt samtaler og veiledning samt veiledning i prevensjon og seksualitet. Helsetjenestens **lavterskel helsetilbud** for rusmisbrukere er et annet nyttig enkeltlement i dette arbeidet.

### **Befolkningens medvirkning og valg av tiltak**

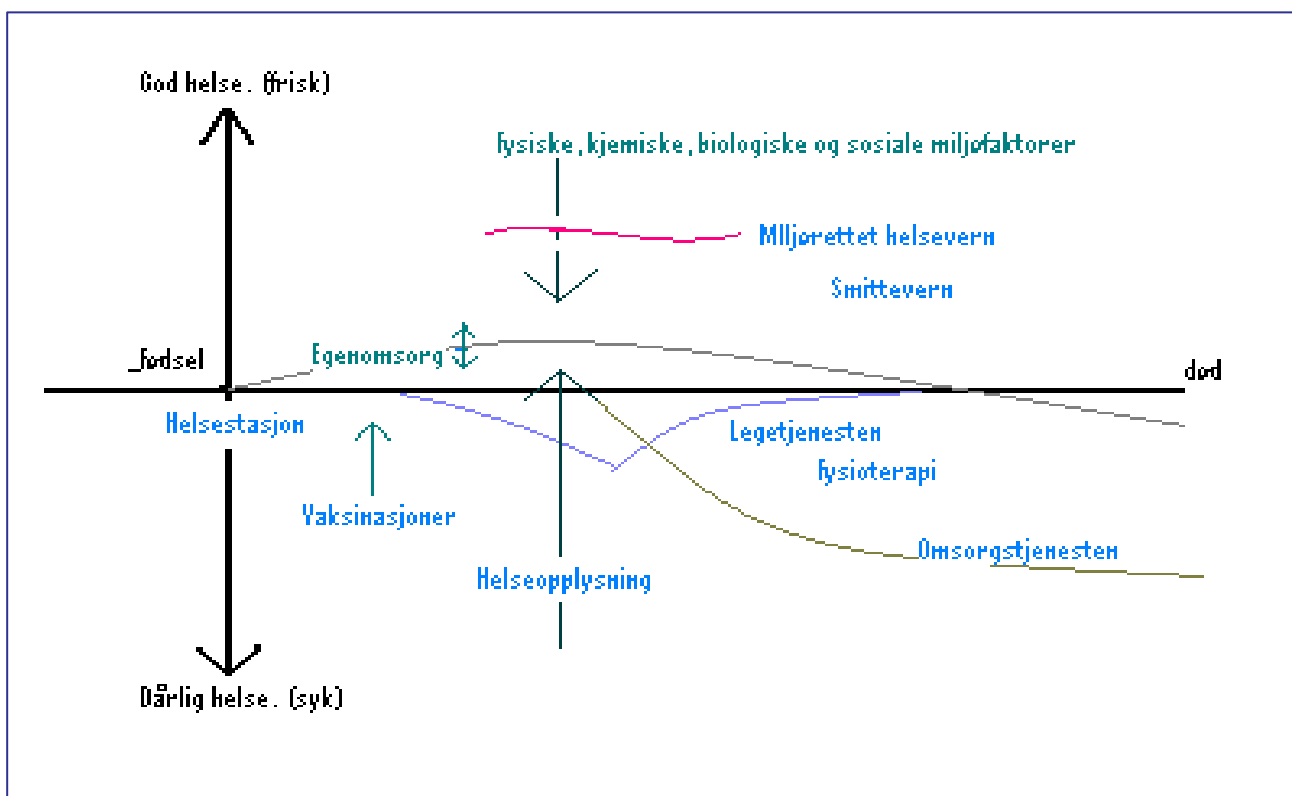
Ansvar for befolkningens helse må deles mellom enkeltindividet og samfunnet. Eller sagt med andre ord, mellom befolkningen selv, ved den enkelte innbyggers egenomsorg på den ene siden, og kommunen ved planlegging, helseopplysning og ulike tjenestetilbud på den andre siden.

Tilgjengelighet til gode og varierte aktivitetstilbud vil gjennom økt mestringsevne og sosial tilhørighet gi innbyggerne bedre helse både fysisk og mentalt. Kommunens støtte til og tilrettelegging for varierte tilbud innen kultur og idrett, i samarbeide med frivillige lag og foreninger er med på å fremme god helse i befolkningen og redusere mottageligheten for helsemessige plager og sykdommer. Slike tilbud er sammenfattet i egen plan for idrett og fysisk aktivitet.

Psykisk helse er avhengig av mange faktorer, både tjenestetilbud og den enkeltes muligheter for egne valg. Det er utarbeidet plan for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Denne sammenfatter tiltak fra flere tjenesteområder og utgjør en viktig del av kommunens folkehelsearbeid.

Gjennom kvalifisert helseopplysning tilpasset lokalsamfunnets behov skal kommunen bidra til at enkeltpersoner og grupper av befolkningen får støtte til selv å ta ansvar for egen helse (egenomsorg).

For personer som har plager og er i ferd med å utvikle sykdom har kommunen tiltak gjennom avtale med fylkeskommunen om partnerskap for folkehelse for å rettlede til aktiviteter som vil forebygge videre utvikling av sykdom. "Opplandsresepten" skrives ut av fastlegen og henviser til Fysioteket. Der kan den som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt få motivasjonssamtaler med fokus på livsstilsrelaterte utfordringer i forbindelse med fysisk aktivitet, kosthold eller røyk, samt tilbud om å delta på ulike treningsaktiviteter.

**FIGUR: Helse i et livsløpsperspektiv**

### Videreutvikling av Folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeidet er sammensatt og gir, med gjennomtenkt struktur, et vell av muligheter for å styrke befolkningens samlede helsetilstand over tid. Det skal i planperioden utarbeides et samlet tverrfaglig strategidokument for folkehelsearbeidet i kommunen. Dette skal innen rammen av tilgjengelige ressurser, på sikt gi befolkningen i Gjøvik optimale muligheter til god helse. Det vil også bli vurdert om dette kan gjøres i samarbeide med de andre kommunene i Gjøvikregionen.

I dette arbeidet må det vurderes ulike tiltak, så som:

- Helsestasjon for eldre
- Informasjon til frivillige lag og foreninger
- Individuell oppfølging, eksempelvis tilbud og hjemmebesøk til eldre med tanke på forebyggende tiltak og tilrettelegging i egen bolig
- Rådgivning og avklaring av forventninger
- Formidling av hjelpebehov og tiltak
- Økt samarbeid med frivillig sektor f.eks. Øverby helsesportssenter og Frivillighetssentralen
- Årlige kampanjer med aktuelle tema

### Tiltak:

#### Etablere oppsøkende rådgivningstjeneste for eldre

#### Utarbeide tverrfaglig strategi for Folkehelsearbeid

*For brukere av tjenester skal det legges vekt på selvstendighet og mestring gjennom et variert dag- og aktivitetstilbud i samarbeid med frivillig sektor. (Fra sak HOV 31/08)*

### Aktivitetstilbud

Kommunen skal etter sosialtjenesteloven § 4-3 yte et egnet tjenestetilbud til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp til å greie



dagliglivets gjøremål. Begrepet dagliglivets gjøremål må i denne sammenheng forstås som mer enn rene omsorgsoppgaver. Dette gjelder også muligheten til i så stor grad som mulig å ta del i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, holde seg orientert og være aktiv med utgangspunkt i egne engasjement og interesser. Tilbud om dagaktiviteter er derfor også en del av det kommunale tjenestetilbudet.

Dagens og morgendagens utfordringer krever økt vektlegging av tilpassede tjenester og aktiviteter med en bred tilnærming, hvor samspillet med den enkelte bruker er i sentrum. Dette kan være aktiviteter som er arrangert av kommunen selv og/ eller frivillige organisasjoner, for eksempel kulturtilbud.

En omsorgstjeneste med større fokus på aktivitet og livskvalitet stiller krav til den ansattes kompetanse. Det er ingen sykdom å være gammel eller å ha en funksjonsnedsettelse. Derfor må ikke omsorgstjenesten ha et ensidig fokus på det syke, men aktivt motivere brukeren til å benytte sine gjenværende ressurser.

Det er viktig å peke på at godt utbygde dagaktivitetstilbud har en forebyggende funksjon. Sammen med hjemmetjenester vil aktivitetstilbud bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Utbygging av gode og riktig tilpassede aktivitetstilbud vil være kostnadsbesparende for kommunen. Slike tilbud kan også være avgjørende avlastningstiltak for nære pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon. Regjeringen vil spesielt peke på den betydningen dagaktivitetstilbud har for mennesker med ulike demenslidelser eller andre med langvarige og sammensatte sykdomsforløp eller nedsatt funksjonsevne.

*Kilde: Rundskriv I-5/ 2007 Aktiv omsorg.*

Å ha et variert dagtilbud for ulike alderstrinn vil også være viktig for å lykkes i et rehabiliteringsforløp. Mange har behov for å komme ut og møte andre i en sosial setting. Tilbudene bør være varierte og plasseres på ulike steder i kommunen. Å ha et godt utbygd dagtilbud er helsefremmende og har en god effekt i rehabiliteringsarbeidet. Et bredt aktivitets- og kulturtilbud som vektlegger livskvalitet og gode opplevelser, er en viktig forutsetning for å kunne satse på langtids omsorg i egen bolig.

Dagtilbud kan med fordel gis utenom institusjonen som arena og en kan vinne mye på å utvide bredden av type arenaer hvor aktivitetstilbud kan drives, særlig overfor eldre. Aktivitetssentra hvor frivillige organisasjoner samt brukerorganisasjonene sjøl tar et langt større ansvar, bør være en større del av totaltilbudene og frivillige bør motiveres til økt innsats og medvirkning.

*Kilde: RO-rapport, 2007*

#### **Tiltak:**

**Økt satsing på aktivitetstilbud ved helse- og omsorgssentrene, både i egen regi og i partnerskap med lokalsamfunnet**

**Dagsenter med variert tilbud til både kvinner og menn bør etableres etter en desentralisert modell (Pkt 4 i vedtak KOM 54/09)**

**Aktivitetskoordinatorer på tjenestestedene**

#### **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)*

Kultur- og fritidsaktiviteter fyller mange funksjoner, hvor rekreasjon, avslapping og sosiale møtesteder er noen eksempler. Gjennom kultur og fritidsaktiviteter kan man leve ut viktige sider av seg selv. Ofte snakker vi om fritidsaktiviteter som noe vi gjør for avkoblingens skyld. For mange personer med utviklingshemming blir også fritiden en arena for trening på ulike ferdigheter. Men nettopp gjennom kulturelle aktiviteter kan det være rom for "å være seg selv".

En er tradisjonelt vant til at det er klare skiller mellom skole, arbeid og fritid. Det er skiller som i dagens samfunn i mange sammenhenger er i ferd med å viskes noe ut. (www.naku.no)

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.

Dagtilbud til yrkeshemmede bør videreutvikles. Som eksempel kan nevnes Trondheim kommune hvor man har organisert dagtilbud til yrkeshemmede i én enhet. Dagtilbudene gir sysselsettings- og aktivitetstilbud til personer i aldersgruppa 18-67 år som

- På grunn av fysisk eller psykisk sykdom er varig ufør
- Ikke kan konkurrere om arbeid i det ordinære arbeidsliv, og
- Ikke kan nytte seg NAVs tilbud om tilrettelagt arbeid

Tilbudet er i hovedsak rettet mot personer med store bistandsbehov, det vil si de som ikke ved egen hjelp kan oppsøke steder og miljøer som gir opplevelse av fellesskap, likeverdighet og mestring. Dagtilbudene tilbyr et sammensatt spekter av aktiviteter, fra arbeid og opplevelser, til det å bare være sammen med noen.

#### **Tiltak:**

**Videreutvikle og vurdere samordning av arbeids- og dagtilbud til yrkeshemmede**

### **2.4.2 BRUKERMEDVIRKNING**

*Tjenesten skal preges av økt brukermedvirkning og bedre informasjon og opplysning om tjenestetilbudet for i større grad å avklare innbyggernes og brukerens forventninger til hjelpeapparatet. Dette betyr at det gjennomføres årlige brukerundersøkelser der fremkomne data brukes aktivt til å videreutvikle tjenestene. (Sak HOV 31/08)*

**Brukermedvirkning** er brukerens innflytelse på utformingen av tjenester.

Brukermedvirkning er lovpålagt og skal være etterspørbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøverens plikter er ivaretatt. Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp. Målet er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenesten og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet.

Brukermedvirkning foregår på flere nivå:

**Individnivå:** Den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse på dette tilbudet ved at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid er

tilgjengelige, noe som innebærer større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv.

**Systemnivå:** Innebærer at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltakende i planleggings- og beslutningsprosesser fra start til mål. Brukere og representanter for brukerorganisasjoner eller brukergrupper velges inn i ulike utvalg og råd. System for innhenting av brukererfaringer, brukerundersøkelser m.m. er også brukermedvirkning på systemnivå. Resultatene skal benyttes til forbedring av tjenesten.

**Politisk nivå:** Brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i prosesser før politiske beslutninger fattes. På politisk og administrativt systemnivå bør det vurderes en kombinasjon av representativ deltakelse og brukerhøringer, hvor en inkluderer større brukergrupper i utviklingen av et område eller tiltak.

(Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Sosial- og helsedirektoratet Rapport IS-1315, 2006)

Brukermedvirkning ivaretas innen Helse og omsorg, men dette er et område med utviklingspotensial på alle nivå. Økt brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenester er viktige faktorer for å møte morgendagens samfunn. Dette er verdier som har større oppslutning blant yngre brukere av tjenester, sammenlignet med eldre.

Økt brukermedvirkning er tiltak som involverer Gjøvik kommunes verdier: Respekt – engasjement – kompetanse. Kommunens satsing på å heve personalets etiske kompetanse er et eksempel på tiltak som forventes å bidra til økt brukermedvirkning på individnivå.

#### **Tiltak:**

**Bevisstgjøre brukere, tjenesteytere og pårørende om betydningen av brukermedvirkning  
Øke bevissthet og kompetanse om temaet "Selvbestemmelse" hos brukere, tjenesteytere og pårørende**

**Videreutvikle individuell plan som verktøy i brukermedvirkning**

**Beslutte og iverksette system for brukermedvirkning på systemnivå**

**Opprette brukerråd innen tjenestoområdene**

**Gjennomføre systematiske brukerundersøkelser som grunnlag for forbedring av tjenestetilbudet**

*Ved gjennomføring av planen skal det fokuseres på å øke valgfriheten i pleie- og omsorgstilbudene, legges til rette for et nært samspill med pårørende og andre frivillige krefter og styrke brukermedvirkningen – spesielt på individnivå. Ved tilbud om hjemmetjenester skal det arbeides for at brukeren skal få innflytelse på hvem som kommer hjem til seg og hva som utføres. (Punkt 9 i Vedtak KOM 54/09)*

### **2.4.3 REHABILITERINGSFOKUS I TJENESTETILDELINGEN**

*Tildelingskontoret videreutvikles med fokus på egenomsorg, mestring og rehabilitering, samt tydelige tjenestestandarder som synliggjør at kommunen er avhengig av partnerskap med pårørende og andre frivillige rundt den enkelte bruker for å sikre kvalitet innenfor en bærekraftig ramme. Dette betyr at gode prosesser vektlegges ved gjennomgang av faglige standarder og tildeling av tjenester. Det vektlegges å utvide kompetansen med fysio- og ergoterapikompetanse. (Sak HOV 31/08)*

#### **Kriterier for tildeling:**

RO-rapporten (nov 2007) beskriver et inntrykk av at daglig tjenestep praksis i sum har et

overveiende fokus på hvordan tjenesten kan kompensere for oppståtte funksjonsnedsettelse, 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 seksjon 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.

### **Innsatsteam for rehabilitering i hjemmet**

Det bør vurderes å opprette innsatsteam for hjemmerehabilitering. Innsatsteamet settes inn i tillegg til ordinære hjemmebaserte tjenester. Det skal ha tverrfaglig helsefagkompetanse og bidra til trygghet og forutsigbarhet ved hjemkomst fra sykehus og andre institusjoner. Det skal gi rask og fleksibel hjelp, og hjelpe bruker i gang med intensiv trening og oppfølging av hjelpemidler, samt tilby opplæring og veiledning i brukers hjem.

Innsatsteam er en utradisjonell måte å organisere hjemmebaserte tjenester på. Det ytes fleksible tjenester i stort omfang i en kort periode, før innsatsteamet trekker seg ut og de ordinære tjenestene overtar.

### **Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering:**

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester (jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering §8). Se drøfting i kap 2.3.8.

Tildelingskontoret ivaretar i noen grad denne funksjonen, men det kan være behov for å spisse kompetansen hos noen utvalgte medarbeidere og gjennom det oppnå et større rehabiliteringsfokus i tjenestetildelingen.

### **Partnerskap og frivillig engasjement:**

Å bygge opp under opprettholdelse av brukerens nettverk og kontakt med pårørende, virker forebyggende og avlastende for den kommunale tjenesten.

I framtida bør tjenesten øke satsingen på å motivere og trekke pårørende og andre konkret på banen i utformingen av tilbudet til den enkelte tjenestemottakeren.

Kommuner som i større grad gir heldøgns omsorg i omsorgsboliger og bofellesskap utenfor sykehjem, beskriver større frivillig engasjement opp mot enkeltbrukerne.

Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006) peker på behovet for at tjenesten samhandler aktivt med pårørende og frivillige ressurser rundt den enkelte tjenestemottakeren. Dersom kommunene skal makte å gi fullverdig kvalitet på sine tjenester, er erkjennelsen av slikt partnerskap nødvendig.

Det er i dag gode tradisjoner for samspill med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner, med tilbud som i hovedsak rettes mot grupper.

Framtidig videreutvikling bør være å innarbeide dette fokuset med partnerskap på brukernivå, ved tilnærmet alle vurderinger av behov, og i den daglige tjenesteytingen, der det framgår av enkeltvedtaket hvilken dialog som er ført med pårørende og andre frivillige ressurser rundt den enkelte brukeren, og som beskriver hva disse frivillige ressursene kan bidra med av type støtte og hjelp. Dette vil på sikt bedre det totale opplegget rundt enkeltbrukeren.

#### **Tiltak:**

**Sette fokus på en mer tverrfaglig tilnærming i tjenestetildelingen**

**Beskrive brukers egne ressurser og frivillig innsats i enkeltvedtak om tjenester**

**Opprette team for hjemmerehabilitering**

**Styrke tildelingskontorets rolle som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**

#### **2.4.4 BO LENGST MULIG I EGET HJEM**

*I Gjøvik kommune skal det legges tilrette for at innbyggerne skal få bo lengst mulig i eget hjem. Dette betyr at hjemmetjenestetilbudet utvikles i takt med økende behov. (Sak HOV 31/08)*

I Langtidsplanen for Gjøvik kommune heter det:

*”Et kjennetegn på en kvalitativt god helse- og omsorgstjeneste er at tjenesten bygger opp rundt den enkelte innbygger - og gir mulighet for å kunne leve et mest mulig selvstendig og verdig liv. Flest mulig skal ha mulighet for å bo i eget hjem så lenge de ønsker og klarer det”*

Av strategier for målrettet utvikling og felles samspill i Gjøviksamfunnet, nevnes her:

- Spille på de muligheter og ressurser brukeren, familien og nærmiljøet rundt har.
- Bevisstgjøre innbyggerne i forhold til eget ansvar for tilrettelegging og det å ta i bruk hjelpemidler, teknologiske muligheter og frivillige omsorgsressurser.

#### **Bo lengst mulig i eget hjem**

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. Institusjon er ikke lenger en naturlig boform, og flere spørreundersøkelser slår fast at sykehjem ikke er et ønsket alternativ for nye generasjoner av eldre.

Sykehjemmene må oppgraderes til å drive mer 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 behov for økt volum av heldøgns bemanning i omsorgsboliger.

Kommunestyret har i sin behandling av Helse og omsorgsplan 2025 vedtatt at:

*”Sykehjemsbolig erstatter omsorgsbolig med heldøgns bemanning som begrep”.*

Med dette begrepet har en forsøkt å imøtekomme befolkningens behov for trygge tjenester.

Folk flest har en oppfatning av at det kun er sykehjem som representerer trygghet og omfattende helse- og omsorgstjenester på heldøgns basis, mens denne planen legger opp til å tilby omfattende omsorgstilbud i boligenheter som nevnt over.

Husbanken gir tilskudd til tilrettelegging av boliger, og personer med liten betalingsevne kan få bostøtte. Hjemmeboende kan gjennom hjelpemiddelsentralen låne tekniske hjelpemidler som gjør det mulig å klare seg selv til tross for nedsatt funksjonsevne.



For øvrig er strategiene som er beskrevet under aktivt liv, brukermedvirkning 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 bygging, ombygging og restaurering av private boliger må det stilles krav til livsløpsstandard.

### **Finansiering av boliger og eierformer**

Gjøvik kommune har siden midten av 1970-tallet gitt tilbud om utleieboliger, benevnt trygdeboliger, seinere omsorgsboliger, gjennom en kommunalt eid boligstiftelse. Utgiftene ved stiftelsens virksomhet dekkes av leieinntektene og eventuelle tilskudd fra offentlige myndigheter. Alle boliganlegg med heldøgns omsorg er organisert på denne måten. Byggekostnadene den senere tid har medført utfordringer opp mot husleiekostnader i det enkelte boligprosjekt. En kommunestyresak fra 2001 om boligforvaltning – retningslinjer og policy, fastla prinsippene rundt dagens organisering av boligtilbud. I denne saken står det blant annet at Gjøvik kommune ikke skal stå som direkte eier av boliger.

Inn i framtida bør det drøftes om utleiebolig skal være det eneste alternativet når det gjelder tilrettelagte boliger. Yngre personer med varig behov for tilrettelegging og bistand vil sannsynligvis kunne ønske å eie sin egen bolig. Eldre med boligkapital må kunne forventes å skaffe seg egen tilrettelagt bolig som forberedelse til alderdommen.

### **Bruk av teknologi**

”Tryggere hjem” er et konsept som gjør det mulig å bo lengre, tryggere og bedre i egen bolig. Fundamentet for dette oppnås ved å integrere moderne teknologi i boligen. Løsningene har som formål å bidra til å gi beboere og deres pårørende optimal trygghet og livskvalitet. Gjøvik kommune deltar i et prøveprosjekt hvor det skal installeres teknologi i tre omsorgsleiligheter.

Bruk av ny teknologi kan stille oss overfor nye dilemma og fordrer at det gjøres grundige etiske og juridiske betraktninger før tiltak iverksettes.

### **Tiltak:**

**Stimulere til at innbyggerne tilrettelegger sine boliger med tanke på god funksjonalitet**  
**Foreta en gjennomgang av eksisterende omsorgsboliger med tanke på funksjonalitet og framtidig bruk**

**Vurdere alternative eierformer på omsorgsboliger/ tilrettelagte boliger**

**Etablere heldøgns bemanning i flere omsorgsboliger**

**Delta i utprøving av ny teknologi som et ledd i å gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne og minst mulig avhengige av kommunale tjenester**

## **2.4.5 TILRETTELAGTE TJENESTER TIL YNGRE FUNKSJONSHEMMEDE**

*For yngre funksjonshemmede utarbeides det en fortløpende plan for etablering i egne boliger. Det utarbeides prinsipper for boligetablering og prosedyrer for samhandling med brukerne. (Sak HOV 31/08)*

### **Etablering av nye botilbud:**

Som det framgår i kap 2.3.2, er det mange ulike grupper av yngre med funksjonsnedsettelse, og det må påregnes en kontinuerlig etablering av nye botilbud.

Tildelingskontoret har utarbeidet en oversikt over kjente brukere med funksjonsnedsettelse og omfattende bistandsbehov, se kap 2.3.2. Det anslås 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 må 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
- Boliganleggene må være store nok til å gi et attraktivt fagmiljø/ arbeidsmiljø  
De fleste av dagens boliganlegg i Gjøvik er små (3-4 boliger) sammenlignet med andre kommuner
- Tilfredsstillende fasiliteter for personalet er en forutsetning

Botilbud til personer med store bistandsbehov krever omfattende personalressurser. For et boliganlegg med 4-6 enheter må det påregnes 15-20 årsverk.

Noen brukere med livslange omsorgsbehov har behov for spesielt tilrettelagte boliger, noe som byr på spesielle utfordringer i en utleiebolig. Ved framtidige boliganlegg bør det vurderes mulighet for andre eie- og finansieringsformer, som f.eks. borettslag med innskudd dersom brukerne ønsker det.

I Stovner bydel i Oslo finnes det et eksempel på et godt samarbeid mellom foreldre, bydelen, OBOS og Husbanken som har resultert i et vellykket borettslag for sju personer med utviklingshemming.

### **Aldrende utviklingshemmede**

I Gjøvik er det 26 tjenestemottakere med utviklingshemming over 50 år, ingen er over 66 år. Utvikling av tjenestemodell for aldre med utviklingshemming vil dermed bli et sentralt utviklingsområde de nærmeste årene.

Det kan være aktuelt å etablere et bokollektiv for eldre brukere med utviklingshemming, gjerne i tilknytning til et kompetansemiljø for aldersdemens.

### **Barn og unge med omfattende bistandsbehov**

En utfordring for familier med barn og unge med nedsatt funksjonsevne handler om tilsynsbehov i ungdomsskole og videregående skole, hvor det ikke er organisert skolefritidstilbud. Med tilsynsbehov menes før, i og etter skoletid og i skolens ferier og fridager. Det er ikke minst en utfordring overfor barnet / ungdommen å kunne tilrettelegge et omsorgstilbud / tilsyn som er trygt og forutsigbart og med minst mulige skifte av arena og ikke for mange personer å forholde seg til.

Det bør utvikles modeller/tiltak/retningslinjer for å tilrettelegge et helhetlig og forutsigbart tjenestetilbud som er gjeldende så lenge behovet er tilstede. Slik det er i dag må familier søke for hvert år og tilbudene som gis er organisert på ulike arenaer og med mange aktører: Hjem, skole, dagsenter. Det må vurderes om det samme personalet kan følge med på ulike arenaer.

### **Nye lokaler for dagaktivitetssenter og avlastning for barn og unge:**

Kommunestyret vedtok høsten 2008 å bygge nye lokaler for disse tilbudene på Kopperud.

### **Helsetilbudet til personer med utviklingshemming**

En rapport fra NAKU (kompetansemiljø om utviklingshemming) påpeker at helsetjenestetilbudet til personer med utviklingshemming er mangelfullt, og det er lav kompetanse i alle ledd. Særlige tiltak må iverksettes for å sikre gode helsetjenester. Det er behov for god samhandling med fastlegen og spesialisthelsetjenesten, og i mange tilfelle behov for styrket kompetanse om somatiske helseplager for omsorgspersonellet. Det kan i mange tilfelle være vanskelig å avdekke somatiske plager hos personer med kognitiv svikt og nedsatt kommunikasjonsevne, noe som krever at personalet har god innsikt i brukerens totale livssituasjon. Ved innleggelse i sykehus er det i mange tilfelle behov for at kjent personell følger med brukeren. Det er behov for avklaring av ansvarsforhold både praktisk og økonomisk i slike tilfelle.

#### **Tiltak:**

**Planlegge og etablere samlokaliserte boliger for yngre personer med nedsatt funksjonsevne**

**Aktiv dialog med brukere med stort bistandsbehov og deres pårørende i planlegging av etablering i egen bolig**

**Søke å finne gode beboersammensetninger i nye boliganlegg**

**Samarbeide med boligstiftelsen om nye boligprosjekter**

**Sikre tilfredsstillende fasiliteter for å kunne betjene brukere med stort bistandsbehov**

**Sikre tilstrekkelig bemanning med relevant kompetanse**

**Vurdere om noen av eksisterende boliganlegg kan omdisponeres til andre grupper, f eks om omsorgsboligblokk i Niels Ødegaards gate i større grad kan benyttes til yngre med ulike funksjonsnedsettelse**

**Bygge og ta i bruk nye lokaler for dagaktivitetssenter og avlastning for barn og unge på Kopperud**

**Planlegge og etablere bo- og tjenestetilbud til eldre utviklingshemmede**

**Planlegge og etablere forsterket heldøgns omsorgstilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser og stort bistandsbehov**

**Utrede helhetlig tjenestemodell for barn og unge med omfattende bistandsbehov**

**Heve kompetansen om helseoppfølging av personer med utviklingshemming**

### **2.4.6 DESENTRAL MODELL - 6 HELSE OG OMSORGSSENTER**

*Helse og 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. (Sak HOV 31/08)*

Helse og omsorgssenter kan bestå av mange ulike funksjoner i tillegg til å være et individuelt tilpasset botilbud med både døgnbemannede og ubemannede boliger, hvor personer uavhengig av alder, diagnose og funksjonsevne kan leve et aktivt og verdig liv basert på egne ønsker, premisser og trygghet i fellesskap.

#### **Grunnleggende premisser ved Helse og omsorgssenter vil være:**

- Brukerne opplever et meningsfullt og selvstendig liv med fokus på mestring av egen livssituasjon

- Aktivitetstilbud, både organisert og via samarbeid med frivillige organisasjoner i lokalsamfunnet, skal gi mulighet for livsutfoldelse og opplevelser til tross for sykdom eller funksjonstap.
- Hjelp til selvhjelp og individuell tilrettelegging i bolig for å opprettholde fysisk og psykisk funksjonsevne lengst mulig.
- Umiddelbar tilgang på profesjonell helsehjelp for å dekke grunnleggende behov, også i siste fase av livet.

Dagens desentrale modell med omsorgssentre på seks steder er godt politisk forankret. Det er liten tvil om at det både er mindre kostnadseffektivt og mer sårbart knyttet til rekruttering og opprettholdelse av godt faglig nivå enn en mer sentralisert modell vil være. Løsningen vil fortsatt være å styrke de faglige nettverkene og samarbeid mellom sentrene. Videre vil en fortsatt måtte dra nytte av felles tiltak knyttet til rekruttering og fagutvikling initiert sentralt i virksomhetsområdet.

Kapasiteten har heller ikke stått i forhold til folketallet som sogner til omsorgssenteret. Dette gjelder spesielt Snertingdal som i dag har en langt større kapasitet enn folketallet skulle tilsi. Dette betyr at innbyggere fra andre steder i dag har korttidsopphold i Snertingdal.

I tillegg er den såkalte "Ressursavdelingen" plassert i Snertingdal uten noen nærmere utredning av alternativer, men som et resultat av initiativ fra ansatte ved omsorgssenteret. Som det framgår i pkt 2.4.9. tilrås det en samling av dementtilbud ved et omsorgssenter. En flytting vil få konsekvenser for omsorgssenteret i Snertingdal.

Forslagene i kapittel 3 innebærer altså en videreføring av den desentrale modellen med økt antall plasser med heldøgns bemanning, dog færre sykehjemsplasser. Dette fører til at sykehjemsplassene kun vil være ved tre Helse og omsorgssenter, og med fokus på korttidsopphold og behandling i tillegg til demens. Noen få av de tyngste langtids pleieoppgavene vil måtte ivaretas på sykehjemsavdelinger.

Forutsetning for dette er at de omsorgsboligene som planlegges ved de øvrige helse og omsorgssentrene har en slik standard at det kan gjennomføres langtids pleie ut fra den enkelte beboers behov. Fasiliteter som skille- og vaskerom, lagringsmuligheter og nødvendige personalfasiliteter er avgjørende for dette.

Enheter med 8 beboere med åpne løsninger som legger tilrette for et aktivt sosialt liv for den enkelte regnes å være gunstig. Små leiligheter til fordel for større fellesarealer. Driften må også baseres på endring av den enkeltes pleie og omsorgsbehov over tid, noe som nødvendigvis gjør en langt større fleksibilitet når det gjelder bruk og fordeling av personalressurser mellom enhetene. Ved planlegging av nye løsninger må en velge organisatoriske løsninger som legger tilrette for dette slik at en på en praktisk måte kan drifte endrede behov.

Forslagene i punkt 3.2.6. beskriver en fordeling av kapasitet mellom sykehjem og omsorgsboliger fordelt på steder. Endringene foreslås fasett inn gjennom planperioden, men de bygningsmessige forholdene ved Biri, Snertingdal og Nordbyen forutsetter oppstart av planprosesser raskt. Parallell planprosesser legger til grunn at de samme prinsippene som beskrevet over legges til grunn ved alle stedene.

#### **Tiltak:**

**De framtidige Helse og omsorgssentrene beskrives jfr 2.4.7 og 2.4.8. Politiske og faglige tilrådninger legges til grunn**

**Følgende fordeling legges til grunn for framtidig innretning av tjenestene:**

**Total økning av heldøgnsbemannede plasser fra 248 til 285**  
**Redusert antall sykehjemsplasser fra 191 til 112**  
**Økning av heldøgnsbemannede plasser for demente fra 57 til 72**  
**Etablering av 101 døgnsbemannede omsorgsboliger for øvrige brukere.**

*Det forutsettes at antallet pleie- og omsorgsplasser og fordeling på ulike typer må være gjenstand for kontinuerlig vurdering. (Punkt 1 i Vedtak KOM 54/09)*

**TABELL: Beregning av framtidige plasser for heldøgns omsorg**

	NÅTID		FRAMTID			
	Bemannet Oms.bolig i dag	sykehjem i dag	Bemannet Oms.bolig	Demente	sykehjem	avlastning
	Demente		heldøgns omsorg			
Åslund Marka	17		33			
Sørbyen	24	30		24	30	
Haugtun		58	20		58	
Nordbyen		42	8	24	24	
Snertingdal		34	14	8		2
Biri	16	27	20	16		4
SUM:	57	191	95	72	112	6
totalt heldøgnsbemannet		248			285	

#### **Kommentarer til tabellen:**

Tabellen angir et nivå for fordeling av plasser, som vil være gjenstand for vurdering i forbindelse med rullering av planen. Tallene er derfor ikke endelige.

#### **Åslundmarka:**

Demenskollektivene i Åslundmarka vurderes flyttet til Sørbyen eller Nordbyen

Lokalene i Åslundmarka benyttes til beboere med sammensatte behov.

Den tidligere korttidsavdelingen samt 8 leiligheter i samme bygg benyttes til kollektive boløsninger.

Øvrige arealer gjennomgås og tilpasses ny driftsmodell

#### **Sørbyen:**

Sykehjemsavdelingen i Sørbyen tilrettelegges for personer med demens. Dette vil kreve en mindre ombygging og bygningsmessig tilrettelegging.

#### **Haugtun:**

Sykehjemsavdelingene gjennomgås med tanke på etablering av helsehusfunksjoner

4 etg. Haugtun brukes til brukere med spesielt behov for somatisk oppfølging og nærhet til kompetanse.

#### **Nordbyen:**

Sykehjemsavdeling B videreføres med fokus på personer med demens.

Bestående omsorgsboliger opprustes til et bofellesskap med 8 plasser. Det bygges i tillegg tre kollektive boløsninger med 24 plasser for personer med demens. Det planlegges og bygges nye fellesarealer.

**Snertingdal:**

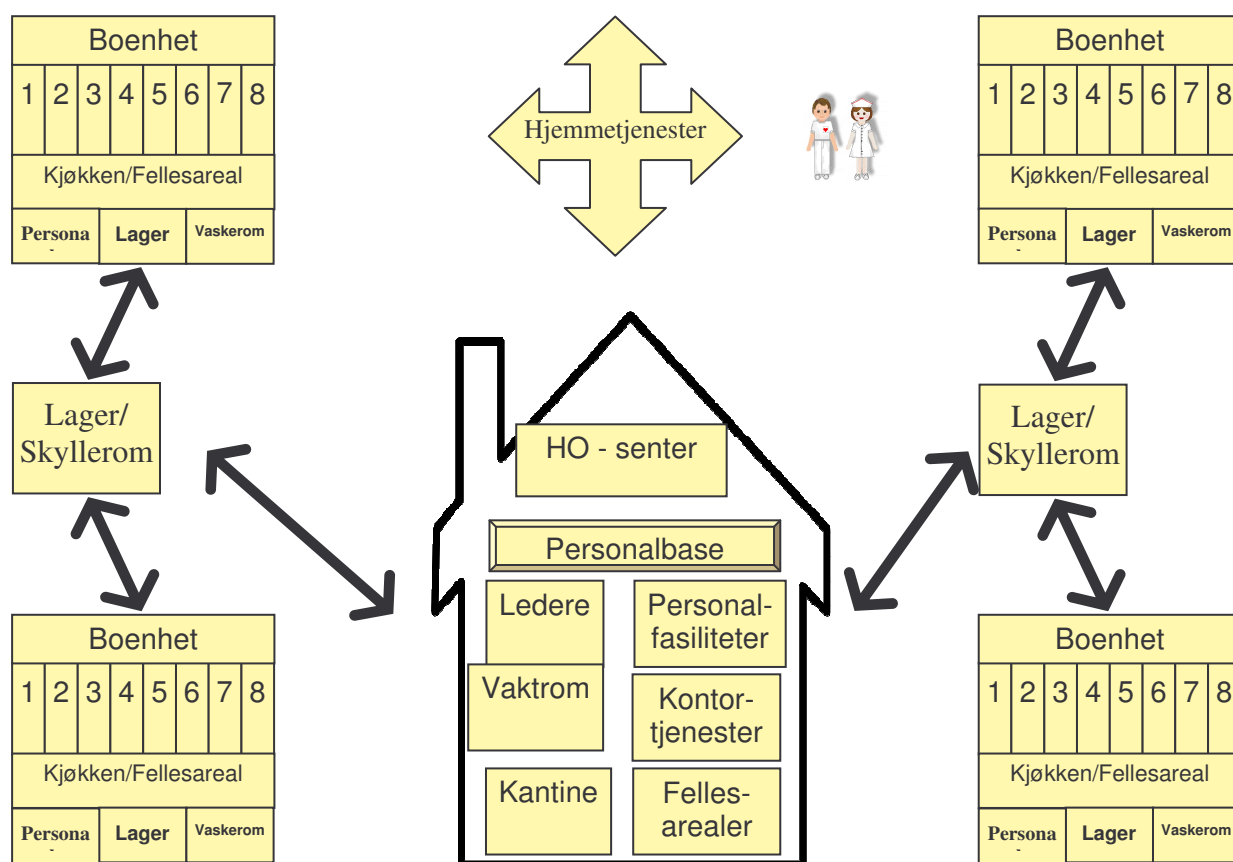
Flytting av ressursenheten for personer med demens til Sørbyen

Dagens sykehjemsavdeling erstattes med tre kollektive boløsninger der en prioriteres til personer med demens. Dette innebærer en reduksjon med 10 plasser. Det planlegges og bygges nye fellesarealer. I forbindelse med boligene bør det organiseres avlastnings- eller trygghetsplasser for korttidsopphold

**Biri:**

Furulia demenskollektiv opprustes og videreføres

Dagens sykehjemsavdeling erstattes med tre kollektive boløsninger med tilsammen 24 plasser der Birivegen 55 inngår. Det planlegges og bygges nye fellesarealer. I forbindelse med boligene bør det organiseres avlastnings- eller trygghetsplasser for korttidsopphold

**FIGUR: Helse- og omsorgssenter****2.4.7 UTVIKLING AV HELSEHUSFUNKSJONER PÅ HAUGTUN**

*Sykehjemmenes korttidsfunksjoner sentraliseres med vekt på et helhetlig rehabiliteringstilbud, medisinsk og lindrende behandling i nært samarbeid med sykehus og øvrige omsorgssentre. De øvrige sykehjemsfunksjonene gjennomgås, tydeliggjøres og fordeles. (Sak HOV 31/08)*

Med lengre levealder øker også hyppigheten og kompleksiteten av sykdommer, og den medisinske utviklingen fører til at flere tilstander kan behandles. Liggetiden i spesialisthelsetjenesten har som tidligere beskrevet gjennom flere år blitt betydelig redusert. Behovet for et mer variert tilbud med fokus på korttidsplasser, rehabilitering, og mer differensiering og spesialiserte tilbud i institusjon er økende. Det kan være ulike sykdomsgrupper hvor økt teknologi og kompetanse gir nye omsorgsbehov, og kommunen bør være i forkant og ha en beredskap for å klare å ivareta denne utviklingen.

Vedtak i HOV – sak 30/08, Styringsdokument for Helse og omsorg, innebærer gjennomføring av endringer ved Haugtun omsorgssenter der funksjonene gjennomgås med tanke på å etablere helsehuslignende funksjoner. Det er en forutsetning av virksomheten sees i forhold til driften ved øvrige Helse og omsorgssenter.

Haugtun omsorgssenter har fått status som Undervisningssykehjemmet i Oppland. Dette innebærer at Haugtun omsorgssenter skal være et regionalt ressurscenter med ansvar for undervisning, forskning, fag og kompetanseutvikling i sykehjemmene og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Endringsprosessene må derfor bygge på prinsippene om kunnskapsbasert praksis bygget på tett samarbeid med spesialisthelsetjeneste og høgskolemiljøer.

Det forekommer noe ulike definisjoner av helsehus. Felles for disse er at helsehus er et organisert tverrfaglig kompetansetilbud forankret i primærhelsetjenesten, hvor også folkehelse og forebyggingsaktiviteter er samlet, for å styrke innsatsen på dette området. Grunnleggende prinsipper for helsehusmodellen er:

- Forebyggingsaktiviteter for å motvirke at sykdom oppstår og utvikler seg.
- Samordning av tilbudet til brukere som trenger dette.
- Rask identifisering av helseproblem, iverksetting av relevant helsehjelp – inkludert videresending til sykehus når dette trengs.
- Videre oppfølging og behandling etter utskriving fra sykehus med tanke på videreføring til egen bolig eller bolig med heldøgns bemanning.

Her kan kortidstilbud så som behandling/mobilisering, medisinsk observasjon, respiratorbehandling, avlastning/vedlikeholdstrening, rehabilitering og trygghetsplasser samles.

Det blir viktig å ivareta og utvikle kompetansemiljø, og det vil derfor bli opprettholdt oppgaver på Haugtun som rehabilitering, intermedieerbehandling etter utskriving fra sykehus, rask utskriving og et mer omfattende tilbud til pasienter med diagnosen kreft. Denne kompetansen bygges opp i helsehuset.

Ved etablering og oppbygging må det legges vekt på tverrfaglighet. Man bør ta utgangspunkt i eksisterende ressurser og trappe opp virksomhet og bemanning over noe tid. Dette må fortrinnsvis skje ved tilførsel av friske midler, da det ikke er å anbefale å redusere tilbudet til hjemmeboende og ved øvrige sykehjemsavdelinger. Det er viktig å videreutvikle samhandling på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten. Det forventes at den såkalte samhandlingsreformen vil stille betydelige krav til dette.

### **Hvilke tjenester skal gis i sykehjem i framtida?**

Sosial- og helsedepartementet har gitt egne føringer der de beskriver sykehjemmenes framtidige rolle og funksjon. Et vanlig begrep som brukes i stadig flere sammenhenger er som nevnt over HELSEHUS. Erfaringer fra blant annet Sjøbustad Helsehus i Trondheim viser at langt flere av brukerne av slike tjenester kan fungere på et lavere omsorgsnivå enn tidligere.

Disse tjenestene grupperes i hovedsak etter følgende oversikt:

- Medisinsk behandling, pleie og tilsyn som ikke krever sykehusinnleggelse, men hvor det er behov for helsetjenester i institusjon i en periode med behandling og pleie ved sykdom. Dette kan være både av psykisk og somatisk karakter.
- Utredning og observasjoner med vurdering av tilstand og funksjonsnivå fysisk og mentalt med tanke på behandling, tiltak og framtidige omsorgsbehov.



- Medisinsk behandling og korttidspleie for kronisk syke og personer med komplekse og sammensatte behov. Hjemmeboende med kronisk sykdom kan i perioder ha behov for ekstra tilsyn og behandling med tilsyn døgnet rundt.
- Etterbehandling etter sykehusopphold innebærer videreføring av behandling og pleie etter sykehusopphold. Dette kan innebære medisinsk behandling med samtidig kontinuerlig sykepleiefaglig observasjon.
- Opphold for å gi sosial stimulering og opprettholde/ bedre funksjonsnivå betyr korttidsopphold for pasienter som har behov for lettere opptrening og miljømessig stimulering.
- Rehabilitering innebærer tidsbegrenset opphold i egen rehabiliteringsenhet. Søker har et forventet rehabiliteringspotensiale etter medisinsk vurdering, og det kreves en bred tverrfaglig tilnærming.
- Opphold hvor målet er å lindre pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer. Tiltak rettes mot psykiske, sosiale og åndelige/ eksistensielle behov.
- Langtids botilbud for andre pleie- og omsorgstrengende.

### **Lindrende enhet**

Det er under planlegging en lindrende enhet som en del av Haugtun. (Jfr. vedtatt kreftplan) Enheten skal være øremerket for pasienter med langtkommet, uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Sykdomsbildet er ofte sammensatt, har store individuelle variasjoner og kan endres raskt. Som regel har pasientene betydelig redusert fysisk funksjon. God behandling stiller derfor store krav både til pleie og medisinsk kompetanse. Oftest er det behov for samtidig innsats både fra pårørende og flere faggrupper innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten. Målet er å gi best mulig symptomlindring og livskvalitet og ta hensyn til pasientens og de pårørendes behov i livets siste fase.

#### **Tiltak:**

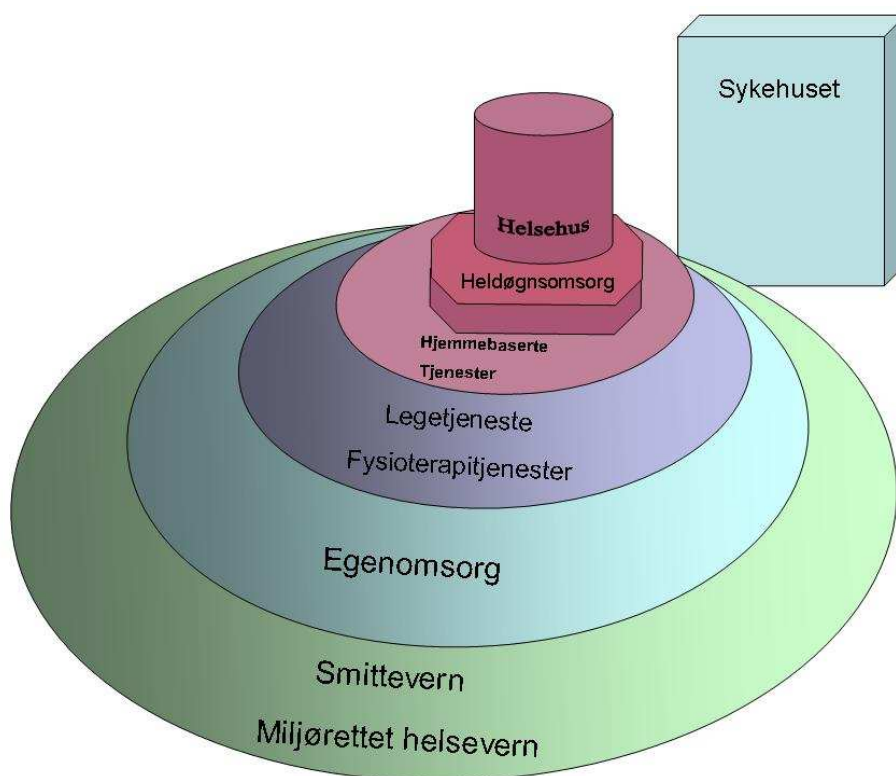
**Haugtun Helse og omsorgssenter tilpasses Helsehusmodellen. Det etableres egen lindrende enhet i tredje etasje.**

**Kompetanse og kapasitet tilpasses nye oppgaver basert på tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det sikres tilstrekkelig kompetanse med vekt på lege- og sykepleiedekning i tillegg til øvrige yrkesgrupper som fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsefagarbeidere (hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) aktivitører m.fl.**

**Endringene gjennomføres først i tredje etasje.**

**Aktivitet i andre etasje tilpasses avhengig av tempo i oppbygging av demenstilbudet i kommunen forøvrig.**

## FIGUR: Kommnehelseperspektivet



### 2.4.8 HELDØGNSTJENESTER I OMSORGSBOLIGER

*Sykehjemmenes korttidstjenester sentraliseres med vekt på et helhetlig rehabiliteringstilbud, medisinsk og lindrende behandling i nært samarbeid med sykehus og øvrige omsorgssentre. De øvrige sykehjemstjenestene gjennomgås, tydeliggjøres og fordeles. (Sak HOV 31/08)*

I planens tiltaksdel foreslås å konvertere sykehjemsplasser til bemannede omsorgsboliger. For å bygge opp under selvstendighetsaspektet i dagens lovverk skal tjenesten fokusere på den enkeltes egen evne til å mestre, samtidig som tjenesten skal gi trygghet for nødvendig hjelp, tilsyn og pleie. For mye hjelp er like ille som for lite hjelp. Boformen som den enkelte tjenestemottakeren bor og lever i er medvirkende for opplevelsen av selvstendighet, normalitet og verdighet. Selv om nybygde sykehjem ivaretar kravet til bokvalitet på en bedre måte enn de tidligere bygde sykehjemmene, vil omsorgsboligen som alternativ arena til sykehjem være et uttrykk for kommunens oppfølging av lovverkets intensjon.

I planen er sykehjemmenes korttidstjenester prioritert framfor sykehjemmet som boform. På denne måten vil en i større grad kunne takle stadig raskere utskrivningstakt fra sykehus. I tillegg unngås "unødvendige" sykehusinnleggelses, særlig av eldre som ellers får hjemmebaserte tjenester.

I en fremtidig løsning vil omsorgsboligene i hovedsak være bygd som gruppeboliger med trygghet for tilbud om tjenester hele døgnet. Omsorgsboligene vil utgjøre den viktigste arenaen for brukere med størst behov for tjenester gjennom hele døgnet. Nærhet til personell og til fellesarena er tilnærmet som ved nybygde sykehjem. Bofellesskap nyttes også som arena for tilrettelagt tilbud for innbyggere med demens.

Kommunestyret har i sin behandling av Helse og omsorgsplan 2025 vedtatt at:  
*”Sykehjemsbolig erstatter omsorgsbolig med heldøgns bemanning som begrep”. (Se kap 2.4.4)*

Daglige rutiner, arbeidsmåter, arbeidsplaner, grad av samhandling med pårørende etc. er forskjellig fra sykehjem. Vedtakene er individualisert og tjenestebeskrivende i motsetning til praksis ved tildeling av plass for langtidsopphold i sykehjem. Ressursmengde og type kompetanse er basert på summen av de behovene beboerne har. Reglene for egenbetaling er de samme som for øvrige hjemmetjenester i kommunen og arbeidsformen vil i større grad enn i sykehjem være individrettet. I tillegg betaler beboeren husleie. Det gis samme mulighet for bostøtte for beboere med lav inntekt som ellers i samfunnet.

Forutsetningen for at omsorgsboliger skal kunne nyttes som alternativ arena til langtidsplass i sykehjem, er tilstrekkelig nærhet til hjelp. Det betyr ikke at en skal overføre pleiefaktor og bemanningsorganisering fra sykehjem inn i omsorgsboligene. Det kan erfaringsmessig føre til videreføring av sykehjemmenes arbeidsmåter inn i en annen arena, og til at kompetanse og ressurser ikke i tilstrekkelig grad blir tilpasset beboernes individuelle behov.

Utforming av boligene må være mer normalisert med beboerens preg på møblering og utsmykning. Ofte har omsorgsboliger vært fullverdige boliger med funksjoner som eget bad og kjøkkenkrok. Størrelsen har variert fra 50-70kvm ned til 25 kvm for demente beboere. Da har en større del av arealet blitt bygd som fellesareale som kjøkken, stue og fellesrom. Omsorgsboliger skal ikke etter egen forskrift ha skyllerom, medisin-/ lagerplass etc. slik som sykehjem. For å kunne utføre individuell pleie vil dette være nødvendige fasiliteter i de fremtidige løsningene. I tillegg tilstrekkelig areal til personell.

Slik fastlegeordningen fungerer i dag, basert på den enkeltes eget valg av fastlege, vil det være nødvendig å legge tilrette for fast tilsynslegeordning også i omsorgsboliger. Om dette på grunn av lovverket vil måtte være en frivillig ordning for beboerne, må utredes nærmere. Dagens ordning der åtte beboere kan ha åtte ulike fastleger bør vurderes endret i forbindelse med samhandlingsreformen. Her signaliseres det en betydelig styrking av legetjenesten i kommunehelsetjenesten.

For å tilpasse driften til skiftende behov avhengig av beboernes samlede behov for bistand vil det være nødvendig med stor grad av fleksibilitet av personellressurser på tvers av enheter.

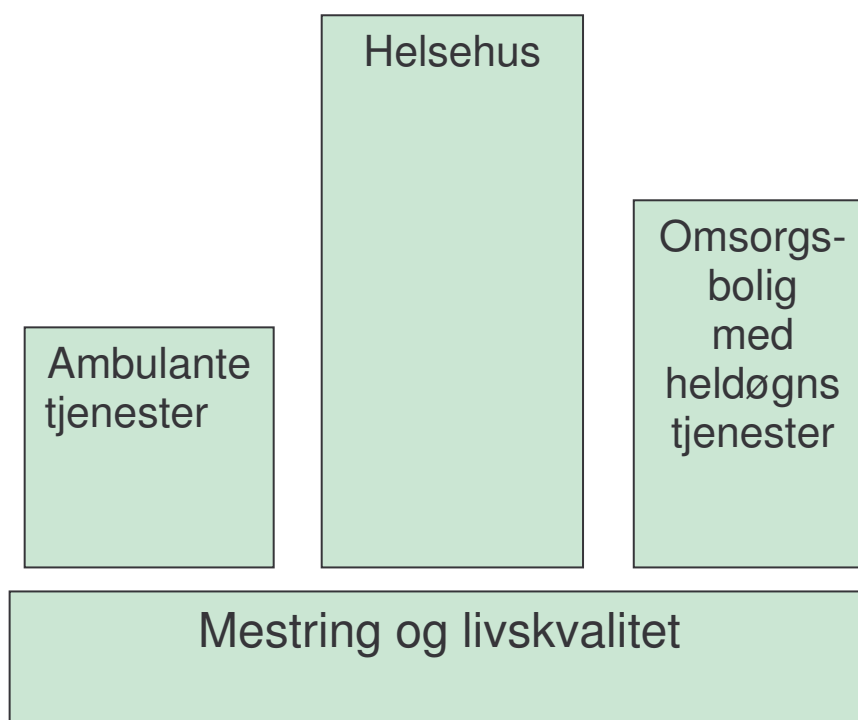
#### **Tiltak:**

**Planlegge og gjennomføre bygging av omsorgsboliger med døgnbemanning ved Biri, Snertingdal og Nordbyen Helse og omsorgssenter innenfor en helhetlig løsning med fellesarealer og tilstrekkelige arealer for ansatte og brukere. (Jfr pkt 2.4.6.)**

**Planlegging av Biri, Snertingdal og Nordbyen bygger på like prinsipper for etablering og drift av bokollektive løsninger og bør gjennomføres som et felles prosjekt.**

**Det legges tilrette for fast tilsynslegeordning ved de døgnbemannede omsorgsboligene**

## FIGUR: Omsorgstrappa / Tjenestetrappa



### 2.4.9 SPESIALISERING AV DEMENSOMSORG

*Ved gjennomgang av sykehjemsfunksjonene vurderes å dedikere et av de sentrumsnære omsorgssentrene til demensomsorg. Dette vil muliggjøre et mer differensiert botilbud og et tydeligere faglig fokus innenfor demensomsorgen. Dette betyr ikke at alle med diagnosen aldersdemens vil få plass ved dette omsorgssenteret. (Sak HOV 31/08)*

Ved behandling av Helse og omsorgsplan 2025 gjorde kommunestyret følgende vedtak om framtidig demensomsorg:

*”Nordbyen og Sørbyen Helse- og omsorgssenter spesialiseres til demensomsorg. Det skal fortsatt være kvalitativt gode botilbud med heldøgns bemanning for denne gruppen ved Biri og Snertingdal Helse- og omsorgssenter.” (Punkt 2 i Vedtak KOM 54/09)*

Det vil være nødvendig å utvikle spesiell kompetanse for demens ved to av omsorgssentrene. Parallelt med oppbyggingen av disse sentrene må det legges vekt på å sikre god kompetanse i hele tjenesten, særlig med vekt på de ordinære hjemmetjenesteavdelingene.

I dag er det Sørbyen omsorgssenter som har det nyeste bofellesskapet for personer med aldersdemens. Den bygningsmessige utformingen av dette bofellesskapet har vist seg å være den mest ideelle løsningen for målgruppen. Det anses derfor som hensiktsmessig å bygge videre på det grunnlaget som er lagt her.

Det foreslås at kompetansesentrene i Sørbyen og Nordbyen kan inneholde institusjonstjenester med langtids- og korttidsplasser for utredning og avlastning. Disse funksjonene er i dag fordelt på flere sykehjemsavdelinger. I tillegg vil det ved nybygging bli 24 plasser i bokollektiv i Nordbyen, i tillegg til eksisterende 24 plasser ved Bjørkelia bofellesskap i Sørbyen. Omsorgsboligene som i dag er plassert i 2. etg over sykehjemmet i Sørbyen vil kunne benyttes til personer med begynnende hukommelsesproblematikk. Det ville være ønskelig å knytte

dagtilbud for personer med demens til kompetansesentrene. Demenssykepleierstilling, som anbefales økt til 100 % stilling bør ha sitt utgangspunkt i forbindelse med kompetansesentrene.

Det vil i forbindelse med oppbygging av disse kompetansesentrene også være naturlig å drøfte organisering av tilbud til mindre grupper som personer med utviklingshemming og demens, samt yngre mennesker med demens.

Det skal opprettholdes bokollektive tilbud til personer med demens i Biri og Snertingdal. Dette ut fra blant annet geografi og behovet for partnerskap med pårørende og nettverk.

Forøvrig videreføres prinsippet om faglige nettverk på tvers i kommunen også innenfor demensfeltet. Dette betyr at personell med spesiell kompetanse i større grad enn tidligere må flytte mellom de ulike helse- og omsorgssentrene.

Gjennom arbeid med demensplan for Gjøvik kommune er det anbefalt bygging av ytterligere et bofellesskap etter tilnærmet samme modell som Bjørkelia. Et "Bjørkelia 2" bør planlegges med noe mer fasiliteter som letter arbeidet med å ivareta beboere med større pleiebehov. Det vil da kunne være et mål at pasienter kan få bli boende i bofellesskap også etter at de blir pleietrengende. Erfaringer viser at de færreste ønsker å flytte til sykehjem, men foretrekker boformen i et bofellesskap.

Ved etablering av et nytt bofellesskap i Nordbyen har man mulighet til å flytte bofellesskapet for personer med demens fra Åslundmarka hit. Gjennom et slikt tiltak vil man kunne få et tilbud til 24 beboere til tilnærmet den bemanningen som i dag betjener 17 beboere. Samtidig ville kapasitetsøkningen tilsvare det som er stipulert behov fram mot 2015 (7 plasser).

#### **Tiltak:**

**Sørbyen og Nordbyen Helse- og omsorgssenter dedikeres til kompetansesenter for demensomsorg.**

**Sykehjemsavdelingene tilrettelegges for personer med demens.**

**Nye omsorgsboliger i Nordbyen bygges tilsvarende dagens løsning i Sørbyen med spesiell tilrettelegging for personer med demens.**

#### **2.4.10 ORGANISERING**

*Dagens organisasjonsmodell videreføres som hovedstruktur, med faglig inndeling i seksjoner/ funksjonsmodell (Sak HOV 31/08)*

De endringer og omstillinger som foreslås i denne planen kan gjennomføres med dagens organisering av Virksomhetsområde Helse og omsorg. Noe endring i struktur og innretning av tjenestene gjør at størrelse på de ulike seksjonene vil måtte endres noe. Noe færre ledere i sykehjem, og flere i hjemmetjenesten vil bli resultatet av dette. Seksjon tilrettelagte tjenester blir større som følge av økt kapasitet for yngre brukere. Gjennomgående vil det være behov for sterk styring innenfor de økonomiske rammebetingelser som gjelder.

Det vil fortsatt være fokus på faglig og organisatorisk samarbeid på tvers av steder og seksjoner. De lokale lederteamene ved Helse og omsorgssentrene videreføres og vil være viktige i forbindelse av gjennomføring av vedtatte endringer. Utfordringer som lav grunnbemanning, deltid, sykefravær og stort lederspenn vil måtte ha fokus uavhengig av hvordan virksomhetsområdet organiseres.

Økt fokus på forebyggende og helseopplysende arbeid kan integreres i seksjonene med et spesielt ansvar i Seksjon Helse. Seksjon hjemmetjenester og seksjon tilrettelagte tjenester vil måtte ha et hovedansvar for å arbeide videre med felles rutiner og driftsmodeller for døgnbemannede omsorgsboliger, mens Seksjon sykehjem vil måtte være ansvarlig for videreutvikling av sykehjemsavdelingene/ helsehusfunksjoner.

Videreutvikling og tydeliggjøring av standarder for utmåling av tjenester er i dag Tildelingskontorets ansvar. Dette arbeidet gjøres i et tett samarbeid med de forskjellige avdelingene ved Helse og omsorgssentrene. Dette, sammen med framskaffing av relevante styringsdata vil fortsatt måtte ha et stort fokus.

Det har de senere år vært et sterkt fokus på faglig utviklingsarbeid, blant annet ved etablering av egen Utviklingsenhet i virksomhetsområdet. Dette vil, sammen med aktivt rekrutteringsarbeid også måtte ha et sterkt fokus i årene som kommer. Utvikling av de faglige nettverkene innenfor tjenestens hovedområder vil måtte videreutvikles og tydeliggjøres. Utvikling av virksomhetsområdet innenfor rammene til en lærende organisasjon vil sikre faglig kvalitet sammen med fokus på etiske utfordringer. Her kreves det systematisk fokus blant annet gjennom ressurser til etisk komité og drift av refleksjonsgrupper.

Kommunestyret har i sin behandling av Helse og omsorgsplan 2025 gjort følgende vedtak: *"Samarbeidet med sykehuset og høgskolen på Gjøvik videreutvikles, med sikte på at Gjøvik skal utvikle nasjonal kompetanse innen eldreomsorg."* (Punkt 7 i Vedtak KOM 54/09). Dette er føringer som tilsier at virksomhetsområdet må satse systematisk og målrettet på kunnskapsbasert praksis. Utvikling av omsorgsteknologi er et viktig tema i så måte.

Det vil i økende grad kreves at Helse og omsorg innehar nødvendig omstillings og prosjektkompetanse for å etterkomme de krav som stilles til tjenesten. Det må også legges grunnlag for et målrettet og systematisk rekrutteringsarbeid med både korte og langsiktige strategier.

Det må videre arbeides målrettet med krav til ledelse og lederutvikling. Det vil stilles store krav til drift og omstillingskompetanse. Virksomhetsområdet mangler i for stor grad ledere med formell kompetanse. I et mulig samarbeid med aktuelle utdanningsinstitusjoner bør det utvikles opplærings- og utdanningsprogrammer basert på gode rammevilkår for de lederne dette gjelder. Rekruttering og opplæring av leder vil måtte ha et større fokus enn det har i dag. Kommunen bør vurdere økt deltagelse i prosjekter initiert av KS.

Økte krav til forebygging og oppfølging av sykemeldte viser at lederspennet i dag er for stort. Noe kan løses ved å definere faglige lederfunksjoner på dagtid. Færre deltidsansatte vil også gi færre ansatte pr leder. Økt innsats fra kontoransatte for å avlaste ledere vil også mer tid til ledelse. Dette gjelder også bistand til de lokale lederteamene ved Helse og omsorgssentrene.

Det er i dag relativt lav bemanning i deler av virksomhetsområdet. Ved nyetableringer må dette tas hensyn til slik at det ikke skjer en ytterligere forverring av situasjonen. Iverksetting av tiltak for å redusere uønsket deltid og reduksjon av sykefravær må innebære en vurdering av nødvendig grunnbemanning. Dette må følges av en gjennomgang av avdelingenes vilkår for å drive aktiv fagutvikling og kompetansebygging.

#### **Tiltak:**

**Gjennomføring av framtidige tiltak gjennomføres innenfor dagens organisatoriske løsning. Dette vil innebære endring av antall avdelinger i den enkelte seksjon. I endringsarbeidet vektlegges deltidsproblematikk, tilstrekkelig grunnbemanning og kompetanse, og tidsmessige og funksjonelle arealløsninger.**



**Undervisningssykehjem videreutvikles i nært samarbeid med Utviklingsenheten. Utviklingsenheten har et særskilt ansvar for samarbeid med høgskole og sykehus med sikte på kompetanseutvikling.**

**Det settes av tilstrekkelige ressurser til tiltak for å øke lederkompetansen i virksomhetsområdet. Videre må antall ansatte for hver leder vurderes særskilt opp mot nye krav og forventninger. Det vurderes økt merkantil støtte til den enkelte leder og til lokale lederteam. Faglige lederfunksjoner defineres og søkes lagt til dagtid.**

**Ved etablering av nye enheter forutsettes det at det gis tilstrekkelige bemanningsmessige rammer og at krav til nødvendige personalfasiliteter ivaretas.**

**Uønsket deltid reduseres gjennom et sett med tiltak. Det forutsettes godt samarbeid med organisasjonene der tiltak får konsekvenser for den enkelte ansatte.**

### **3 MÅL OG OPPSUMMERING AV TILTAK.**

#### **3.1 POLITISK VEDTATTE STYRINGSMÅL.**

Kommunedelplan Helse og omsorgsplan 2025 skal vise retning for utvikling av helse- og omsorgstjenestene i årene framover.

Mål og tiltak skal bidra til å nå kommunens overordnede visjoner, perspektiver og grep.

Gjøvik kommunes visjon for framtida er:

**”Mjøsbyen Gjøvik – motor for vekst og utvikling!”**

Av flere overordnede grep som skal stimulere til vekst og utvikling, er følgende aktuelle for Helse og omsorg:

**Gjøvik skal preges av trygge levekår, med vekt på god oppvekst, helse og omsorg.**

**Gjøvik skal utvikles til en kommune med et variert bolig- og arbeidsmarked.**

**Gjøvik skal profileres som en kommune med spennende kvaliteter, rik på muligheter.**

**Gjøvik skal framstå som en kunnskapsby med varierte utdanningsmuligheter**

For Gjøvik som helse- og omsorgskommune er målsettingen at:

**Gjøvik skal ha helse- og omsorgstilbud som gir alle mulighet for selvstendig og verdig liv**

**God folkehelse og universell utforming skal prege Gjøviksamfunnet.**

#### **3.2 TILTAKSOVERSIKT MED PRIORITERINGER.**

##### **3.2.1 AKTIVT LIV:**

**Tiltak:**

- Etablere oppsøkende rådgivningstjeneste for eldre
- Utarbeide tverrfaglig strategi for Folkehelsearbeid
- Økt satsing på aktivitetstilbud ved helse- og omsorgssentrene, både i egen regi og i partnerskap med lokalsamfunnet
- Dagsentertilbud variert tilbud til både kvinner og menn bør etableres etter en desentralisert modell
- Aktivitetskoordinatorer på tjenestestedene
- Videreutvikle og vurdere samordning av arbeids- og dagtilbud til yrkeshemmede

### **3.2.2 BRUKERMEDVIRKNING:**

#### **Tiltak:**

- Bevisstgjøre brukere, tjenesteytere og pårørende om betydningen av brukermedvirkning
- Øke bevissthet og kompetanse om temaet "Selvbestemmelse" hos brukere, tjenesteytere og pårørende
- Videreutvikle individuell plan som verktøy i brukermedvirkning
- Beslutte og iverksette system for brukermedvirkning på systemnivå
- Opprette brukerråd innen tjenesteområdene
- Gjennomføre systematiske brukerundersøkelser som grunnlag for forbedring av tjenestetilbudet

### **3.2.3 REHABILITERINGSFOKUS I TJENESTETILDELINGEN:**

#### **Tiltak:**

- Sette fokus på en mer tverrfaglig tilnærming i tjenestetildelingen  
Beskrive brukers egne ressurser og frivillig innsats i enkeltvedtak om tjenester
- Opprette team for hjemmerehabilitering
- Styrke tildelingskontorets rolle som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

### **3.2.4 BO LENGST MULIG I EGET HJEM:**

#### **Tiltak:**

- Stimulere til at innbyggerne tilrettelegger sine boliger med tanke på god funksjonalitet
- Foreta en gjennomgang av eksisterende omsorgsboliger med tanke på funksjonalitet og framtidig bruk
- Vurdere alternative eierformer på omsorgsboliger/ tilrettelagte boliger
- Etablere heldøgns bemanning i flere omsorgsboliger
- Delta i utprøving av ny teknologi som et ledd i å gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne og minst mulig avhengige av kommunale tjenester

### **3.2.5 TILRETTELAGTE TJENESTER TIL YNGRE FUNKSJONSHEMMEDE:**

#### **Tiltak:**

- Planlegge og etablere samlokaliserte boliger for yngre personer med nedsatt funksjonsevne
- Aktiv dialog med brukere med stort bistandsbehov og deres pårørende i planlegging av etablering i egen bolig
- Søke å finne gode beboersammensetninger i nye boliganlegg
- Samarbeide med boligstiftelsen om nye boligprosjekter
- Sikre tilfredsstillende fasiliteter for å kunne betjene brukere med stort bistandsbehov
- Sikre tilstrekkelig bemanning med relevant kompetanse
- Vurdere om noen av eksisterende boliganlegg kan omdisponeres til andre grupper, f eks om omsorgsboligblokk i Niels Ødegaards gate i større grad kan benyttes til yngre med ulike funksjonsnedsettelse
- Bygge og ta i bruk nye lokaler for dagaktivitetssenter og avlastning for barn og unge på Kopperud
- Planlegge og etablere bo- og tjenestetilbud til aldrende utviklingshemmede

- Planlegge og etablere forsterket heldøgns omsorgstilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser og stort bistandsbehov
- Utrede helhetlig tjenestemodell for barn og unge med omfattende bistandsbehov
- Heve kompetansen om helseoppfølging av personer med utviklingshemming

### 3.2.6 DESENTRAL MODELL - 6 HELSE OG OMSORGSSENTER:

#### Tiltak:

De fremtidige Helse og omsorgssentrene beskrives jfr 3.2.7 og 3.2.8. Følgende fordeling legges til grunn for fremtidig innretning av tjenestene:

- Total økning av heldøgnsbemannede plasser fra 248 til 285
- Redusert antall sykehjemsplasser fra 191 til 112
- Økning av heldøgnsbemannede plasser for demente fra 57 til 72
- Etablering av 101 døgnbemannede omsorgsboliger for øvrige brukere.

*Det forutsettes at antallet pleie- og omsorgsplasser og fordeling på ulike typer må være gjenstand for kontinuerlig vurdering.*

	NÅTID		FRAMTID			
	Bemannet Oms.bolig i dag	sykehjem i dag	Bemannet Oms.bolig	Demente	sykehjem	avlastning
	Demente		heldøgns omsorg			
Åslund Marka	17		33			
Sørbyen	24	30		24	30	
Haugtun		58	20		58	
Nordbyen		42	8	24	24	
Snertingdal		34	14	8		2
Biri	16	27	20	16		4
SUM:	57	191	95	72	112	6
totalt heldøgnsbemannet		248			285	

### 3.2.7 UTVIKLING AV HELSEHUSFUNKSJONER PÅ HAUGTUN:

#### Tiltak:

- Haugtun Helse og omsorgssenter tilpasses Helsehusmodellen. Det etableres egen lindrende enhet i tredje etasje.
- Kompetanse og kapasitet tilpasses nye oppgaver basert på tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det sikres tilstrekkelig lege- og sykepleiedekning og annen spisskompetanse.
- Endringene gjennomføres først i tredje etasje. Aktivitet i andre etasje tilpasses avhengig av tempo i oppbygging av demenstilbudet i kommunen forøvrig.

### **3.2.8 HELDØGNSTJENESTER I OMSORGSBOLIGER:**

#### **Tiltak:**

- Planlegge og gjennomføre bygging av omsorgsboliger med døgnbemanning ved Biri, Snertingdal og Nordbyen Helse og omsorgssenter innenfor en helhetlig løsning med fellesarealer og tilstrekkelige arealer for ansatte og brukere. (Jfr. pkt 2.4.6.)
- Planlegging av Biri, Snertingdal og Nordbyen bygger på like prinsipper for etablering og drift av bokollektive løsninger og bør gjennomføres som et felles prosjekt.
- Det legges tilrette for fast tilsynslegeordning ved de døgnbemannede omsorgsboligene

### **3.2.9 SPESIALISERING AV DEMENSOMSORG:**

#### **Tiltak:**

- Sørbyen og Nordbyen Helse og omsorgssenter dedikeres til kompetansesenter for demensomsorg.
- Sykehjemsavdelingene tilrettelegges for personer med demens
- Nye omsorgsboliger i Nordbyen bygges tilsvarende dagens løsning i Sørbyen med spesiell tilrettelegging for personer med demens

### **3.2.10 ORGANISERING.**

#### **Tiltak:**

- Gjennomføring av framtidige tiltak gjennomføres innenfor dagens organisatoriske løsning. Dette vil innebære endring av antall avdelinger i den enkelte seksjon.
- I endringsarbeidet vektlegges deltidspromblematikk, tilstrekkelig grunnbemanning og kompetanse, og tidsmessige og funksjonelle arealløsninger
- Undervisningssykehjem videreutvikles i nært samarbeid med Utviklingsenheten. Utviklingsenheten har et særskilt ansvar for samarbeid med høyskole og sykehus med sikte på kompetanseutvikling
- Det settes av tilstrekkelige ressurser til tiltak for å øke lederkompetansen i virksomhetsområdet. Videre må antall ansatte for hver leder vurderes særskilt opp mot nye krav og forventninger. Det vurderes økt merkantil støtte til den enkelte leder og til lokale lederteam. Faglige lederfunksjoner defineres og søkes lagt til dagtid.
- Ved etablering av nye enheter forutsettes det at det gis tilstrekkelig bemanningsmessige rammer og at krav til nødvendige personalfasiliteter ivaretas.
- Uønsket deltid reduseres gjennom et sett med tiltak. Det forutsettes godt samarbeid med organisasjonene der tiltak får konsekvenser for den enkelte ansatte.

### **3.3 KORTSIKTIGE TILTAK, 2010 – 2013.**

Av kommunestyrets vedtak 17.06.09 framgikk det at følgende tiltak skulle forberedes fra høsten 2009:

- *Arbeid med utarbeidelse av en helhetlig Folkehelsestrategi*
- *Etablering av rådgivningstjeneste for eldre*
- *Forstudie som har som formål å utarbeide en framtidig modell for de aktuelle Helse- og omsorgssentrene (helsehus, sykehjem sykehjemsboliger)*

- *Arbeid med videreutvikling av tilbudene på Haugtun*
- *Helhetlig gjennomgang av eksisterende omsorgsboliger. Planlegging av nye boliger for yngre funksjonshemmede, må skje i tett dialog med brukere og pårørende grupper*

I styringsdokumentet for Helse og omsorg for 2010 er følgende tiltak med tilknytning til Helse og omsorgsplan 2025 vedtatt:

### **A. Omstilling av Haugtun jfr HO-plan**

*For å komme i gang med tiltakene i HO-plan foreslås det å foreta en gradvis endring gjennom 2010. Det er behov for å starte omstilling ved Haugtun omsorgssenter. Tiltakene under er nødvendig for å komme i gang med dette arbeidet.*

*En arbeidsgruppe tilrår å starte med tredje etasje. Her er det fire enheter med 6-8 plasser, til sammen 28 senger. Det planlegges en gradvis omgjøring av enheter fra langtidsplasser til korttidsplasser gjennom 2010 og inn i 2011.*

*6 senger dedikeres til Lindrende enhet (jfr Kreftplan og HO-plan) Enheten planlegges med til sammen 10,5 stillinger. Planlagt oppstart er 01.09.10.*

*Rehabiliteringsenheten (6-7 senger) styrkes og videreføres.*

*Det etableres en somatisk korttidsenheter på ca 15 senger.*

*For å starte dette arbeidet er det nødvendig å styrke ledelse og faglig koordinering med til sammen tre stillinger. Dette gir mulighet til å etablere en lederstilling i tillegg til at tre sykepleiere med fagansvar kan arbeide dagtid. Avdelingen har i dag lav grunnbemanning og kun en leder som har ansvar for nær 60 personer.*

*Videre foreslås det å etablere 75-100 % stilling som sykehjemsoverlege for å sikre tilstrekkelig medisinsk kompetanse. Stillingen skal inneha et overordnet faglig koordineringsansvar for alle sykehjemsavdelinger, samt ha et nært samarbeid med Tildelingskontoret og sikre medisinsk faglig kvalitet på tjenestene.*

### **B. Styrking av grunnbemanning i hjemmetjenesten -Forventet effekt av reduksjon av antall sykehjemsplasser**

*Sykehjemsavdeling A ved Nordbyen omsorgssenter skal avvikles innen 01.02.10. Plassene i Nordbyen har gjennom 2009 blitt endret fra langtid til korttid. Dette for å legge til rette for at færrest mulig langtidsbeboere må flyttes ved stengning av avdelingen. Samtidig er kapasiteten i hjemmetjenesten noe styrket. Delvis knyttet til omsorgsboliger på Haugtun 4 etg, i Åslundmarka, og i ordinære hjemmetjenesteavdelinger. I styringsdokumentet for 2009 ble det vedtatt at ressursene fra Nordbyen skulle fordeles mellom hjemmetjeneste og Haugtun.*

*Dette gir en såkalt "pukkelryggeffekt" høsten 2009 og vinteren 2010. Ressursene styres så mot hjemmetjeneste og Haugtun.*

*Som beskrevet under pkt A vil det ta tid å styrke korttidstilbudet på Haugtun.*

*Presset på hjemmetjenesten vil som følge av sykehusets praksis med færre liggedøgn være økende en periode fram til den planlagte somatiske enheten på Haugtun er i drift. Dette vil kunne medføre en større midlertidig økning av aktivitet. Denne forventes å avta når de nye planlagte enhetene ved Haugtun er i full drift.*



## E. Etablering av rådgivningstjeneste for eldre

*Tiltaket er beskrevet i HO-plan og utgjør en del av vedtak i saken. I årets statsbudsjett styrkes kommunene for å iverksette tiltak knyttet til forebyggende helsearbeid. Etablering av Rådgivningstjeneste for eldre regnes som et viktig tiltak også i forhold til vedtak i HO-plan. Det foreslås å gjennomføre en utprøving og oppstartsfasen i 2010 med videreutvikling og fast etablering fra 2011. For å ivareta krav om flerfaglig tilnærming foreslås ressurser tilsvarende tre halve stillinger fordelt på sykepleier, ergoterapeut og annen fagkompetanse som f.eks fysioterapeut.*

## F. Styrking av bemanning i Tilrettelagte tjenester

*Det er økning av antall brukere med omfattende bistandsbehov i seksjonen. Videre er det en markant økning av vedtak knyttet til psykisk helse. Dette nødvendiggjør en styrking av bemanningen. Videre vil det være nødvendig å vurdere etablering av en lederstilling for å hindre ytterligere økt antall ansatte pr. leder. Virksomheten er dessuten plassert på flere ulike steder i hver avdeling. Beregnes i forhold til forventning om økte inntekter til ressurskrevende tjenester.*

## G. Prosjekt for oppfølging av vedtatte tiltak i HO-plan

*Det er allerede bevilget kr. 700 000 fra investeringsmidler for å finansiere en stilling for å følge opp vedtak i HO-plan.*

### 3.4 LANGSIKTIGE TILTAK, 2014 – 2025

I kapittel 3.3. framgår konkrete tiltak som er besluttet iverksatt på kort sikt. Øvrige punkter fra kommunestyrets vedtak av 17.06.09 må betraktes som målsettinger og føringer på lengre sikt, sammen med planen som helhet:

- *Kommunestyret vedtar Kommunedelplan Helse og Omsorg 2025. Det forutsettes at tiltakene i planen besluttes i forbindelse med den årlige behandling av budsjett og styringsdokument, samt ved rullering av kommunedelplanen. Det forutsettes også at antallet pleie- og omsorgsplasser og fordeling på ulike typer må være gjenstand for kontinuerlig vurdering.*
- *Nordbyen og Sørbyen Helse og omsorgssenter spesialiseres til demensomsorg. Det skal fortsatt være kvalitativt gode botilbud med heldøgns bemanning for denne gruppen ved Biri og Snertingdal Helse- og omsorgssenter.*
- *Dagsenter med variert tilbud til både kvinner og menn bør etableres etter en desentralisert modell.*
- *Sykehjemsbolig erstatter omsorgsbolig med heldøgns bemanning som begrep.*
- *Samarbeidet med sykehuset og høgskolen på Gjøvik videreutvikles, med sikte på at Gjøvik skal utvikle nasjonal kompetanse innen eldreomsorg.*
- *Med utgangspunkt i uttalelsen fra UFO bes det om at det utarbeides en tverrfaglig fagplan med fokus på barn og unge.*
- *Ved gjennomføring av planen skal det fokuseres på å øke valgfriheten i pleie- og omsorgstilbudene, legges til rette for et nært samspill med pårørende og andre frivillige krefter og styrke brukermedvirkningen – spesielt på individnivå. Ved tilbud om hjemmetjenester skal det arbeides for at brukeren skal få innflytelse på hvem som kommer hjem til seg og hva som utføres.*

## 4 VEDLEGG

### 4.1 GJØVIK – TALL OG TRENDER FRAM MOT 2025

#### OM SSB SINE BEFOLKNINGSPROGNOSER

##### Modellbetraktninger

Statistisk sentralbyrå (SSB) oppdaterer jevnlig prognoser for befolkningsutviklingen i landet – og for den enkelte kommune, sist i pr. 01.01.2008. Ny prognose vil komme våren 2009.

Prognosemodell bygger på fire hovedfaktorer:

**fruktbarhet** – aldersspesifikke fødselsrater som angir antall barn kvinner i alderen 15-49 år får,  
**dødelighet** – aldersspesifikke sannsynlige levealder for menn og kvinner,  
**innvandring** – nettoinnvandring til Norge pr år, fordelt på alder, kjønn og landbakgrunn,  
**mobilitet** – flytterater og parametere som gir et bilde av det innenlandske flyttemønsteret.

Fruktbarheten er en svært viktig variabel for befolkningsutviklingen. Det er særlig fødselstallet som påvirker framtidig aldersstrukturen. Dødeligheten, flyttingen, herunder inn- og utvandring, bestemmer vesentlig befolkningens vekst og størrelse – i mindre grad aldersstrukturen.

Nivået på disse faktorene kan settes sammen på ulike måter. De siste prognosetallene fra 2008 på kommunenivå presenteres i flere ulike alternativer. SSB anbefaler kommunen å benytte alternativet MMMM – med middels nasjonal vekst – i aktuelle analyser. Usikkerheten i prognoseberegninger utover i perioden er slik at det kun har teoretisk interesse å analysere langsiktige forskjeller i befolkningsutviklingen mellom alternativene.

##### *Forutsetninger i MMMM-alternativet*

**Fruktbarhet:** Registrert 1,9 barn pr. kvinne i 2007. Usikkerheten er stor. Norske kvinner blir stadig eldre når de føder. I modellen er utviklingen i fødealder holdt konstant – da det stort sett bare er samlet antall fødsler som betyr noe for befolkningens størrelse og sammensetning. I M-alternativet er tallet satt til 1,85 fra 2012. Nivået er høyt i europeisk sammenheng, men ligger likevel under det som skal til for å unngå befolkningsnedgang på lengre sikt (2,06-2,07 %). Høy nettoinnvandring vil kompensere for dette nasjonalt. Innvandrekvinnerens fødselsfrekvens vil nærme seg befolkningens.

**Levealder:** voksende fra 78,24 år til 86,3 år for menn og fra 82,66 år til 90,2 år for kvinner (2007 vs. 2060). Levealderen vil altså fortsatt øke, men forskjellen mellom menn og kvinner vil synke.

**Innvandring:** Registrert nasjonal nettoinnvandring på 39500 i 2007. Nivået reflekterer den økte nettoinnvandringen til Norge de senere år. Når en topp i 41500 i 20098 og vil flate ut på 20000 i perioden 2040-2060. Tallet kan både stige og synke – avhengig av utvikling i faktorer som kriser og konflikter i verden, økonomisk utvikling, innvandringspolitikk og internasjonale politisk forhold.

**Mobilitet:** Er basert på de aldersspesifikke flyttesannsynlighetene i perioden 2003-2007 (en periode med høy mobilitet, høye konjunkturer og sterk sentralisering). Mobilitetsnivået er i framskrivings-perioden satt noe lavere enn 2007.nivået. Regional utflyttingssannsynlighet er også vurdert.

### **Nasjonale og regionale trender mot 2060**

Folketallet vil trolig øke sterkt fram til 2060. Framskrivningen viser at folketallet vil fortsette å stige, fra 4,7 millioner i 2008 til rundt 6,9 millioner i 2060. Det er imidlertid stor usikkerhet i framskrivningene, spesielt om størrelsen på innvandringen.

Den viktigste grunnen til befolkningsvekstene er at det regnes med fortsatt høy innvandring. Innvandringsoverskuddet er forutsatt å øke ytterligere de nærmeste årene. Deretter bygger framskrivningen på at overskuddet vil avta, men det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til utviklingen i innvandringen.

På lang sikt vil vi få en betydelig eldre befolkning. Antall personer over 67 år vil etter hvert vokse raskt, fra 614 000 i 2008 til om lag 1,6 millioner i 2060. Dette er over dobbelt så mange som i dag!

Flere kommuner vil oppleve en befolkningsnedgang dersom den innenlandske mobiliteten øker. Høyere nasjonal mobilitet vil medvirke til mer nettoutflytting fra Gjøvik, mens lavere mobilitet gir høyest befolkningsvekst i Gjøvik. SSB forutsetter en svak reduksjon i MMMM-alternativet – som gi nettoinnflytting og befolkningsvekst i Gjøvik.

Flyttemønsteret i Norge er svært livsfasebetinget. Flyttingen blant unge voksne utgjør en stor andel av samlet flytting og betyr mye for sentralisering av bosettingen. Ungdomsflyttingen har fra alle regioner klar retning inn mot de store byene. I påfølgende familieetableringsfase og fram til barna skal begynne på skolen, går flyttestrømmene i større grad ut fra de store byene. Andelen eldre i storbyene vil synke framover, noe som er naturlig da mange flytter ut av storbyene etter ungdomsfasen – og derfor velger å bli gamle i storbyenes omland.

## 4.2 HELSE OG OMSORG I GJØVIK KOMMUNE RO-RAPPORT Kap.5 samla vurdering og tilråding, november 2007

### 5. SAMLA VURDERING OG TILRÅDING

Helse og omsorg i Gjøvik har, etter ROs mening, svært mange positive trekk ved både kvalitet og drift. Ansatte som uttrykker stolthet ved å jobbe i tjenesten, har flere grunner til nettopp å føle det slik. Stort sett er tjenestene rimelig nøkterne i sine utmålinger av tiltak og bistand, ressursene oppleves som knappe.

Gjøvik er rimelig hjemmetjenesteorientert i betydningen at kommunen ikke har satset ensidig på institusjonelle løsninger når det gjelder tilbudene på trygg heldøgns omsorg. Dette er en modell som med fordel kan videreføres og videreutvikles. Denne strategien synes å ha som effekt at ressursene nyttes mest mulig effektivt, uten at kvaliteten blir rammet. Strategien blir også sett på som virkemiddel for å realisere Sosialtjenestelovens formålsparagraf om at alle skal kunne leve og bo selvstendig, med mulighet for fellesskap med andre. Videre legger noen kommuner føringen i lovverket om individualitet i tjenestetilbudet til grunn for valget av en slik strategi.

Gjøvik har gjennom år bygd mange omsorgsboliger, mange av dem i umiddelbar nærhet til institusjonelle bemanningsbaser. Kommunen har ikke lyktes i tilstrekkelig grad å gi heldøgns tjeneste til beboere i disse omsorgsboligene. Delvis fordi kommunen ikke har definert omsorgsboligen som en klar alternativ arena til sykehjem. Delvis fordi flere av omsorgsboligene ikke er bygd tilstrekkelig som kollektive boformer.

Kommunen har en utpreget desentralisert driftsmodell innenfor helse og omsorg. Dette er en tiltalende modell, men samtidig svært ressurskrevende dersom stort sett alle funksjonene og deltjenestene skal være representert ved de fleste sentrene. Snertingdal og Biri bør kunne videreføres som egne driftsenheter, men funksjonene eller typer tilbud bør reduseres og tydeliggjøres. De sentrumsnære sentrene vil trolig også kunne bestå, men fylle ulike funksjoner eller ha ulike typer funksjoner. Å legge opp til at stort sett alle sentrene skal ha de samme eller de fleste funksjonene eller fagtilbudene, vil føre til økende ressursknapphet, og ramme fagligheten i tilbudene.

Dagens organisasjonsmodell har overveiende stor oppslutning blant ansatte i tjenesteområdet. Denne bør videreføres, men følges nøye i forhold til hvordan den legger til rette for fleksibilitet i ressursbruk, grad av helhetlige tjenester etc.

Tilrådingene nedenfor baseres på det bildet som RO har av helse og omsorg, ut fra skriftlig informasjon, samtaler med ulike aktører i og utenfor tjenesten, sammenholdt med lov- og rammeverk for tjenesten, ulike styringssignaler fra staten gjennom meldinger og utredninger, resultater fra forskning samt utviklingstrekk innenfor tjenesteområdet i norske kommuner. Tilrådingene er satt opp i ikke prioritert rekkefølge.

#### 5.1 Tilrådinge

- 1) Dagens organisasjonsmodell videreføres som hovedstruktur. Avdelingsledernivået gjennomgås med tanke på å vurdere lederspenet til den enkelte leder, samt å rydde plass for ytterligere utvikling av nærværende lederskap.
- 2) Tildelingskontoret videreføres som forvaltningsenhet, men breddes i kompetansespenet. Ved ledighet i stilling ved kontoret, tilsettes nye personer med ergoterapi- og fysioterapi-kompetanse. I tillegg bør kontoret med fordel rekruttere annen sosialfaglig kompetanse inn i vurderingsteamet. Dersom gapet mellom tildelte tjenester gjennom enkeltvedtak og tilgjengelig

ramme blir opplevd som problematisk, kan kommunen vurdere at samla budsjettansvar tillegges tildelingskontoret.

3) Utviklingsenheten foreslås videreført som egen støtteenhet. Hovedbegrunnelsen vil være å få satt tilstrekkelig fokus på intern læring og kompetanseutvikling, innføring av ny teknologi som støtte for ledelse og drift, samt som drivkraft for å initiere utviklingstiltak og fange opp og bearbeide innspill på endrings- og utviklingsprosjekt ute i seksjoner og avdelinger.

4) Gjøvik tar ny runde på tjenestebeskrivelser og standarder for å skriftfeste forventningsavklarende kjennetegn ved morgendagens tjeneste, både nivå og en tydeliggjøring av grensene for kommunens ansvar etter lovverket. Herunder også en beskrivelse av hva som skal kjennetegne tjenestep praksis, og at kommunen er avhengig av partnerskap med pårørende og andre frivillige rundt enkeltbrukeren, for å sikre kvalitet innenfor en bærekraftig ramme.

5) Sykehjemmenes korttidsfunksjoner sentraliseres, behandlingsoppgavene, lindrende enhet etc. samles ett sted, på Haugtun. De øvrige sykehjemsfunksjonene gjennomgås, tydeliggjøres og fordeles. Dette gjelder blant annet spørsmål om ved hvilket senter (Nordbyen, Sørbyen eller Åslundmarka) kommunen eventuelt ønsker å samle bo- og tjenestetilbud til innbyggere med demens som har opprinnelig adresse i de by-nære områdene av kommunen. Det samme gjelder om kommunen ønsker å samle avlastningstilbudet ved ett av de 4 sentrene.

6) Gjøvik bør videreføre og videreutvikle den hjemmetjenesteorienterte strategien, med stadig flere av tilbudene om heldøgns, trygge tjenester i ulike typer boformer utenfor institusjonen. På det tidspunkt hvor det vedtas ombygging, sanering, nybygging eller renovering av den institusjonelle bygningsmassen, bør kommunen vurdere å bygge bokollektive omsorgsboliger, i stedet for institusjoner. Dette vil styrke den hjemmetjeneste orienterte profilen, og kunne gi en positiv kvalitativ og ressursmessig effekt.

7) Kommunen bør søke samarbeid med brukerorganisasjoner, frivillige lag og organisasjoner og enkeltpersoner for i fellesskap å bygge opp varierte typer aktivitetstilbud for eldre.

8) Lag eget program for intern læring av beste praksis, med mål tverrfaglige og rehabiliterende arbeidsformer.

9) Gjøvik bør stramme inn i tildeling av praktisk bistand. I stedet bør ressursene brukes til å styrke ressursene i hjemmetjenester til innbyggere i omsorgsboliger som har behov for døgntilbud.

10) Budsjettering bør være reell i den forstand at ressursene dekker ferieavvikling og noe vikarinneleie i tillegg til fastlønsutgifter.

### 4.3 BYGNINGSMESSIG VURDERING AV SYKEHJEM I GJØVIK KOMMUNE Kap.1 Sammendrag november 2008

#### 1.0 SAMMENDRAG

I forbindelse med en gjennomgang av omsorgstjenesten i Gjøvik frem mot år 2025, er det foretatt en vurdering av den eldste bygningsmassen kommunen disponerer. På Biri-, Nordbyen- og Snerthingdal omsorgssentre er bygningsmassen vurdert med tanke på teknisk tilstand og brukbarhet av planløsning. Det er utført befaring ved hvert av de tre omsorgssentrene. Hoveddata og dagens tilstand er kortfattet gjengitt i tabellen under.

<b>BIRI OMSORGS- SENTER</b>	<b>BYGG A</b>	<b>BYGG B</b>	<b>BYGG C</b>
<b>Byggeår</b>	1950	1956	1978
<b>Areal m<sup>2</sup></b>	530 i plan 1 (ingen kjeller)	490 i plan 1 250 i plan 2 490 i kjeller	1100 i plan 1, 1100 i kjeller.
<b>Funksjon</b>	Plan 1 - Kontorer/møterom for sykehjem og hjemmetjeneste.	Plan 1 - Kjøkken, kantine, stue, vestibyle. Plan 2 - garderobe, møterom I kjeller - lager, tekniske rom etc.	Plan 1- Sykehjem med beboerrom inkl. bad, stuer, fellesareal. I kjeller - lager, tekniske rom, vaktmestersentral etc
<b>Teknisk tilstand</b> (dagens forskrifter)	Vesentlige mangler teknisk og bygningsmessig, ingen ventilasjon.	Vesentlige mangler teknisk og bygningsmessig. Avtrekksventilasjon i deler av bygg, ikke forskriftsmessig.	Ventilasjon er ikke forskriftsmessig – Ca 30 % av luft- mengder.
<b>Universell utforming</b>	Store mangler	Store mangler, ikke heis til plan 2	Store mangler, bad og beboerrom er for små, dårlige arbeidsforhold for pleiere (liten plass).
<b>Ombyggings- mulighet</b>	Anbefales ikke ombygget – bør rives	Anbefales ikke ombygget – bør rives	Bygget kan vurderes ombygget, enklest til kontorer.



<b>NORDBYEN OMSORGS- SENTER</b>	<b>BYGG A</b>	<b>BYGG B</b>	<b>BYGG C</b>
<b>Byggår</b>	1964	1984	2004
<b>Areal m<sup>2</sup></b>	800 i plan 2, 700 i plan 1	320 i plan 2, 320 i plan 1, 30 i vent.rom.	2200 i sykehjem og kjeller med tekniske rom.
<b>Funksjon</b>	Plan 2 – Sykehjem med beboerrom uten bad, fellesbad på gang, stuer, fellesareal, kantine. Plan 1 - lager, Tekniske rom, behandlingsrom.	Plan 2 - sykehjem med beboerrom med bad, stuer. Plan 1 - kontorer og møterom for sykehjem og hjemmetjeneste, lager og tekn. rom.	Sykehjem
<b>Teknisk tilstand</b> (dagens forskrifter)	Vesentlige mangler teknisk og bygningmessig, ingen ventilasjon.	Ventilasjon er ikke forskriftsmessig – Ca 30 % av luft- mengder.	Ikke vurdert, antatt forskriftsmessig
<b>Universell utforming</b>	Store mangler, ikke bad i beboerrom, dårlige arbeids- forhold for pleiere (liten plass).	Bad og beboerrom er for små, dårlige arbeidsforhold for pleiere (liten plass).	Ikke vurdert, antatt forskriftsmessig
<b>Ombyggings- Mulighet</b>	Anbefales ikke ombygget – bør Rives	Bygget kan vurderes ombygget, enklest til kontorer.	Ikke vurdert

<b>SNERTINGDAL OMSORGS- SENTER</b>	<b>BYGG A</b>	<b>BYGG B</b>	<b>BYGG C</b>
<b>Byggeår</b>	1972	1950-tallet	1985
<b>Areal m<sup>2</sup></b>	390 i plan 1	350 i plan 1 350 i plan 2 350 i kjeller	1150 i plan 1, 320 i kjeller.
<b>Funksjon</b>	Plan 1 – Sykehjem med beboerrom inkl. bad, stuer, fellesareal.	Plan 1 - Kjøkken, kantine, vestibyle, stue. Plan 2 - garderober, møterom etc. I kjeller - lager, tekniske rom etc.	Plan 1 - Sykehjem med beboerrom inkl. bad, stuer, fellesareal I kjeller - lager, tekniske rom, tilfluktsrom og vaktmestersentral.
<b>Teknisk tilstand</b> (dagens forskrifter)	Ventilasjon er ikke forskriftsmessig – Kun avtrekksvifte med liten kapasitet. Øvrig teknisk utstyr er foreldet	Vesentlige mangler teknisk og bygningsmessig. Avtrekksventilasjon i deler av bygg, ikke forskriftsmessig.	Balansert ventilasjonsanlegg er ikke forskriftsmessig Ca. 30 % av luftmengder.
<b>Universell utforming</b>	Store mangler, bad og beboerrom er alt for små, dårlige arbeidsforhold for pleiere(liten plass).	Store mangler, ikke heis til plan 2.	Bad og beboerrom er for små, dårlige arbeidsforhold for pleiere(liten plass).
<b>Ombyggings- Mulighet</b>	Anbefales ikke ombygget – bør rives	Anbefales ikke ombygget - bør rives	Bygget kan vurderes ombygget. Enklest til kontorer, men behov for kontorer er neppe så stort.

#### 4.4 PROSJEKTSPEKIFIKASJON FOR UTARBEIDELSE AV HELSE OG OMSORGSPLAN 2025

### Prosjektnavn

Utarbeidelse av Helse og omsorgsplan 2025

### Prosjekt mål

Det utarbeides en helhetlig plan for Helse og omsorgstjenester i Gjøvik kommune med tidsperspektiv fram til 2025. Planen behandles politisk innen juni 2009.

Prosjektgruppen utarbeider et høringsutkast innen utgangen av mars 2009. Utkastet presenteres for ansatte, tillitsvalgte og brukerorganisasjoner før endelig behandling der relevante innspill innarbeides

HOV holdes fortløpende orientert om arbeidet.

### Nåsituasjon

Hovedutvalg for omsorg vedtok i HP 2007-2011 å:

*"utarbeide helhetlig strategi og handlingsplan for de ulike helse- og omsorgsnivå i Gjøvik kommune. Denne planen skal avklare fremtidige behov med tanke på utvikling i demografi og synliggjøre de mulighetene og utfordringene kommunen har på lang sikt."* Videre: *"Utrede de bygningsmessige investeringsbehov man står overfor i virksomhetsområdet"*

Det ble i møte i Hovedutvalg for omsorg (HOM) 14.02.07. gitt en presentasjon fra administrasjonen vedrørende grunnlag og aktuelle forutsetninger for utredningsarbeidet. Etter gruppearbeid og debatt ble det gjort en oppsummering av de mest sentrale elementene som bør ligge til grunn for arbeidet.

Med bakgrunn i disse føringene fikk Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO) høsten 2007 i oppgave å kartlegge aktivitet, innretning og organisering av virksomhetsområde Helse og omsorg. Rapporten legges til grunn for de valg som skal foretas knyttet til innholdet i den planen som skal utarbeides. Arbeidet bygger på en kartlegging av det økonomiske og faglige grunnlaget for Helse og omsorg i Gjøvik kommune. Det ble avviklet intervjuer av leder, ansatte og tillitsvalgte, samt leder i Eldrerådet og Rådet for Funksjonshemmede. I tillegg ble det avholdt temamøter for personell ved alle omsorgssenter. Rapporten ble presentert for politikere og administrasjon 16.11.07.

Det ble i februar 2008 arrangert seks personalmøter på omsorgssentrene. RO-rapportens føringer ble presentert, det ble avholdt gruppearbeid og presentasjon i plenum. Møtene var informative og hadde i tillegg som mål å motivere de ansatte til å forstå og delta i videre prosess. 230 ansatte møtte.

Det ble 10.03.08. avholdt felles dialogmøte for Rådet for funksjonshemmede, Eldrerådet og Utvalg for helse, omsorg og velferd. Her ble RO-rapporten presentert, noen problemstillinger diskutert i grupper med påfølgende diskusjon i plenum. Virksomhetsleder holdt presentasjon og leder HOV koordinerte innspill fra plenum.

I mai 2008 ble oppdrag om kartlegging av bygningsmassen ved Biri og Snertingdal omsorgssenter, samt deler av bygningsmassen ved Nordbyen omsorgssenter gitt til eksternt konsulentfirma. Begrunnelsen for å prioritere disse stedene er at dette er den eldste og minst formålstjenlige bygningsmassen i kombinasjon med at det foreligger varsel om

brannpålegg.(Nordbyen Avd A) Kartleggingen har som mål å vurdere aktuell bygningsmessig standard med tanke på å etablere omsorgsboliger med heldøgns omsorg.

I et samarbeid med Gjøvik boligstiftelse har administrasjonen fremskaffet detaljerte plantegninger over samtlige omsorgsboliger. Oversikten viser at det ved samtlige omsorgssentre er bestående omsorgsboliger som kan egne seg for fast bemanning, og tilrettelegging av bokollektive løsninger.

Langtidsplan 2008, kommuneplanens samfunnsdel ble vedtatt av Gjøvik kommunestyre 25.09.08. Planen beskriver blant annet Gjøvik som Helse og omsorgskommune, og har egen del om Folkehelse og universell utforming.

I HOV – sak 31/08 ble grunnlag for utarbeidelse oppsummert i ti prinsipper for utarbeidelse av en helhetlig plan. I disse prinsippene beskrives retningsvalg for Helse og omsorg i Gjøvik fram til 2025. Saken utgjør et sentralt grunnlag for utarbeidelse av en helhetlig Helse og omsorgsplan for Gjøvik kommune med en tidshorisont fram til 2025.

Planen vil defineres som en sektorplan som skal rulleres i forhold til kommunens øvrige planverk. Føringer i planen skal være retningsgivende for fremtidig innretning og prioritering av kommunens tjenestetilbud innenfor Helse og omsorg.

## Prosjektbeskrivelse

Det etableres en bredt sammensatt prosjektgruppe. (se under) Gruppen tar utgangspunkt i de føringer som er gitt og utarbeider ut fra dette et forslag til plan. Spesielt gjelder dette føringer i HOV – sak 31/08. Gruppen vurderer hvorvidt de utredninger som er foretatt er tilstrekkelig som grunnlag for planen og supplerer evt med relevant underlagsmateriale.

Planen må koordineres opp mot allerede sluttstilte planer og planer som er underutarbeidelse som:

- Rekrutteringsplan / Kompetanseplan
- Plan for psykisk helse
- Kreftplan og prosjekt etablering av Lindrende enhet
- Demensplan
- Plan for rehabilitering og habilitering

Planen skal gi en helhetlig beskrivelse av fremtidens Helse og omsorgstjenester. I planen foreslås innfasing av nødvendige tiltak knyttet til planens rullering i planperioden. Gruppen foreslår prioritering av tiltak.

Det skal foreligge et planutkast innen utgangen av mars 2009.. Med utgangspunkt i behandling i Ledermøte HO legges det til rette for presentasjon av planen for ansatte, tillitsvalgte og brukerorganisasjoner. Innspillene søkes innarbeidet i planen før politisk behandling. Planen behandles politisk innen sommeren 2009. HOV holdes fortløpende orientert om arbeidet.

## Organisasjon

Prosjekteier: Virksomhetsleder helse og omsorg

Plangruppe bestående av:

Virksomhetsleder: Jan Morten Andreassen  
(administrativ og politisk koordineringsfunksjon)

Prosjektsekretær: Solveig Skar (Planproduksjon)

Prosjektmedarbeider: Seksjonsleder Tilrettelagte tjenester Eli Linnerud  
(Bistand til å koordinere planproduksjon)

Prosjektgruppe bestående av:

Kommuneoverlege Olav Brunborg  
Seksjonsleder Sykehjem Heidi K Hagebakken  
Seksjonsleder Helse Aud Inger Ystgaard  
Leder utviklingsenheten Heidi Vifladd  
Leder Tildelingskontor Mette Hafstad  
HTV Fagforbundet Randi F Engen  
HTV NSF Gunn Nerseth  
HTV Delta Sonja Aaslund

Referansegruppe/personer: Vurderes av prosjektgruppen ut fra behov

Det forutsettes at plangruppen sammen utarbeider tekstutkast til prosjektgruppen før møtene. Prosjektgruppens medlemmer bidrar med innspill til planstruktur og tar del i drøftinger av konkrete problemstillinger underveis. De bidrar videre med innspill på ulike fagområder.

Ledermøte HO holdes fortløpende orientert om arbeidet. Det forutsettes at I:disk brukes aktivt til formidling og deling av underlagsmateriale til planen.

Virksomhetsleder er ansvarlig for nødvendig politisk dialog underveis i arbeidet.

### **Ressursbruk**

Det vurderes behov for frikjøp av prosjektsekretær og prosjektmedarbeider i arbeidets første fase. Det tas stilling til behov for tilrettelegging av arbeidsoppgaver for den enkelte deltager.

Kommuneplanlegger bidrar med bistand til at planen får en form som gjør at den er tilpasset de krav som gjelder til politisk og administrativ behandling.

#### **4.5 OPPSUMMERING AV INNSPILL TIL HELSE OG OMSORGSPLAN 2025**

Her følger en stikkordsmessig oppsummering av de totalt 23 skriftlige innspillene som kom inn i høringsperioden 15.04. – 31.05.09.

##### **Råd for funksjonshemmede**

Yngre brukere skal kunne opprettholde sin selvstendighet ved retten til å velge hvor de vil bo, til å eie sin bolig, få hjelp der de bor og å bo lengst mulig i eget hjem  
Antall enheter i samlokaliserte boliger må ikke være for mange  
Alle nye boliger må bygges med livsløpsstandard  
Det må finnes et variert avlastningstilbud for alle aldersgrupper og behov

##### **Eldrerådet**

Positivt med muligheter for å bo i egen leilighet/ omsorgsbolig/ bokollektiv med variert hjelpetilbud, møteplasser og aktiviteter  
Sykehjemsplass slik vi kjenner den i dag er i liten grad beskrevet, må beholdes  
Definisjoner bør tydeliggjøres for folk  
Legetilsyn ved alle boenheter

##### **Hovedverneombudet**

Vektlegging av myndiggjorte medarbeidere og nærværende ledelse, økt jobbnærvær  
Etterlyser bemanningsnormer istedenfor begrepet grunnbemanning  
Brukermedvirkning i byggeprosesser  
Behov for spesifikk plan for IKT-utvikling

##### **Delta**

Større vektlegging av dagtilbud til hjemmeboende  
Dagsentertilbud ved alle helse- og omsorgssenter  
Behov for endret organisering av aktivitører  
Ønske om fortsatt medvirkning i videre prosess, bl a ved utforming av bygg med tanke på aktivitet

##### **Fagforbundet, seksjon helse**

Behov for eget team som kartlegger behov og hjelpemidler i hjemmet før hjemmetjenesten skal inn og gi bistand  
Flere avlastningsplasser i Biri og Snertingdal  
Beholde ressursavdeling i Snertingdal  
Demensomsorg kan sentraliseres, men må også beholdes i distriktene

##### **Fagforbundet ved hjemmetjenesten, Haugtun**

Behov for styrket internopplæring  
Stort lederspenn, lav grunnbemanning  
Kompetansebygging ift habilitering og rehabilitering  
Fokus på Eldres psykiske helse  
Flere og bedre omsorgsboliger OG sykehjemsplasser. Brukerne må kunne velge  
Spørsmål om hvorfor alt skal sentraliseres rundt Gjøvik

##### **NSF**

Positivt med omsorg i omsorgsboliger  
Kapasitet – spm om den blir stor nok, både ift boliger, sykehjemsplasser og korttidsplasser  
Skepsis til reduksjon i sykehjemsplasser  
Årsverk pr. leder – synlige ledere



Tilstrekkelig bemanning og kompetanse  
 Personalfasiliteter og nødvendige rom for behandling med mer  
 Aktivitetstilbud ved alle helse- og omsorgssenter – aktivitører  
 Positivt med økt satsing på tildelingskontoret, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid  
 Forslag om institusjonsplasser i Biri, samlokalisert med legesenter  
 Antall plasser i Snertingdal bør vurderes nøye – arbeidsplasser  
 Oppgavefordeling – bruk av kompetanse  
 Behov for rekruttering og videreutdanning  
 Flere botilbud ift psykisk helse og rus/ psykisk helse  
 Positive til demensomsorg ved Nordbyen og Sørbyen  
 Større muligheter for sosial kontakt for aleneboende

### **Gjøvik Allmenlegeutvalg**

Kritiske til reduksjon i sykehjemsplasser  
 Behov for både sykehjemsplasser og heldøgnsbemannede omsorgsboliger  
 Savner beskrivelse av kompetansekrav, spes ift leger i sykehjem og omsorgsboliger  
 Påpeker utfordringer ift kompetanse og rekruttering  
 Etterlyser beskrivelse av dagsentertilbud  
 Etterlyser statistikk fra tildelingskontoret ift søknader, tilbud og avslag  
 Savner beskrivelse av hvem som har utarbeidet planen  
 Kritisk til dekningsgrad for heldøgns omsorg  
 Etterlyser system for avvikshåndtering  
 Påpeker mulighet for å søke investeringstilskudd fra Husbanken til etablering av plasser for heldøgns omsorg, samt dagtilbud  
 Demensomsorg: Positive til egne enheter, behov for differensiering ift funksjonsnivå  
 Positive til helsehus, men det krever betydelige friske midler  
 Rehabiliteringsfokus støttes, og kapasiteten bør økes  
 Behov for økt grunnbemanning  
 Anbefaler tilsynslegeordninger i omsorgsboliger

### **Mental helse – Gjøvik lokallag**

Positivt med helsehus på Haugtun; krever god legedekning  
 Sykehjemsplasser for heldøgns pleietrengende  
 Alle tilbud bør finnes i de fleste distriktene  
 Ny bygningsmasse må bygges fleksibelt med tanke på framtidig bruk  
 Tilbud om et sosialt liv og mulighet til å komme seg ut i friluft. Vektlegging av fysisk aktivitet i alle aldersgrupper  
 Alle som vil og kan bør få dagtilbud  
 Spørsmål om personer med psykiske lidelser vil få tilstrekkelig hjelp etter at opptrappingsplanen er avsluttet  
 Vektlegging av brukermedvirkning  
 Forebygging, oppfølging og behandling ift rus må prioriteres

### **Demensforeningen i Gjøvik**

Utfordringer knyttet til demens må i langt større grad synliggjøres i plandokumentene  
 Utfordringer knyttet til pasientrettighetslovens kap 4A  
 Styrking av dagtilbud  
 Bekymring vedr ensidig satsing på omsorgsboliger – sykehjemsplasser må beholdes  
 Sentralisering av demensomsorg – konsekvenser for pårørende  
 Brukermedvirkning og pårørendes innflytelse

### **Norsk Forbund for Utviklingshemmede - Gjøvik lokallag**

Positive signaler og holdninger at den enkelte skal gis mulighet for et mest mulig verdig og selvstendig liv, med økt brukermedvirkning og samhandling, rett til å velge hvor en vil bo  
 Uenige i begreper som "samløkaliserte boliger for utviklingshemmede" og "boliganlegg"  
 Støtter videreutvikling av dagtilbud til utviklingshemmede i samarbeid med NAV for å få flere med utviklingshemming over i arbeid  
 Flere tiltaksplasser i arbeidsmarkedsbedrifter

### **Hjemmets venner - Snertingdal**

Behov for flere sykehjemsplasser enn det som finnes i dag  
 Omsorgsboliger med heldøgns bemanning kan ikke erstatte sykehjemsplasser, men kan egne seg for personer med et høyere funksjonsnivå  
 Overkommelige utgifter i omsorgsboliger  
 Snertingdal trenger fremdeles sykehjemsplasser  
 Bevare kompetansen som er bygd opp i ressursavdelingen for demente

### **Demenssykepleier**

Ønske om at en benytter begrepet "personer med demens"  
 Opplæring av frivillige og pårørende  
 Behov for dag- og avlastningstilbud  
 Demensvennlig design  
 Spørsmål om planlagt kapasitet er tilstrekkelig  
 Behov for færrest mulig ansatte pr beboer

### **Rehabiliteringskoordinator**

Positivt med styrket fagkompetanse på tildelingskontoret  
 Sentralisering av korttidsplasser er positivt mtp rehabilitering  
 Døgnbemannede omsorgsboliger er et etterlengtet alternativ til sykehjem  
 Hjemmerehabilitering vil måtte bli et viktig satsingsområde  
 Varierte dagtilbud er viktig mtp rehabilitering

### **Biri omsorgssenter – sykeavdelingen**

Etterlengtet å få nye bygg på Biri  
 Totalt antall plasser med heldøgns bemanning på Biri må økes, og det må beholdes f eks 8 sykehjemsplasser, alternativt felles sykehjem for Biri og Snertingdal  
 Dagtilbud må framheves  
 Tiltak for å rekruttere og beholde personell

### **Biri omsorgssenter – lokalt lederteam**

Opprettholdelse av det antall plasser for heldøgns omsorg som finnes i dag  
 Beholde noen sykehjemsplasser  
 Flere plasser med heldøgns omsorg for brukere innen psykisk helse  
 God brannsikring i nye bygg  
 Vektlegging av dagsenter, både for eldre og yngre med funksjonsnedsettelse  
 Fasiliteter for personale og utstyr  
 Kompetanse og rekruttering  
 Nytt helse og omsorgssenter snarlig, samlokalisering med Biri legesenter

### **Biri omsorgssenter – hjemmetjenesten**

Positive til at de fleste sykehjemsplassene omgjøres til omsorgsboliger med heldøgns bemanning, men ønsker å beholde minst 8 sykehjemsplasser til korttidsopphold  
 Nybygg ønskes samlokalisert med Biri legesenter  
 Flere plasser med heldøgns omsorg for brukere innen psykisk helse  
 God brannsikring i nye bygg

Vektlegging av dagsenter, både for eldre og yngre med funksjonsnedsettelse  
 Fasiliteter for personale og utstyr  
 Kompetanse og rekruttering

### **Snertingdal omsorgssenter – demensgruppa**

Viktig å beholde skjermet avdeling for personer med demens og fagmiljøet som er bygget opp der

Kritiske til omsorgsbolig som tilbud til demente med lavt funksjonsnivå og uønsket atferd

Kritiske til reduksjon av antall sykehjemsplasser

Behov for både sykehjemsplasser og bemannede omsorgsboliger

Anbefaler enheter med 6 plasser istedenfor 8

Behov for tilrettelagte tjenester også i Snertingdal

Ekstraoppgaver som faller på omsorgspersonalet

### **Snertingdal omsorgssenter – Fysio- og ergoterapitjenesten**

Bevare tilbud og tjenester i Snertingdal som fungerer bra

Bevare den nyeste delen av bygningsmassen

Forslag om å bevare ressursavdeling og skjermet enhet for aldersdemente

Opprettholde 10 sykehjemsplasser

12 nye plasser i bemannede omsorgsboliger

### **Gjøvik Senterparti**

Positivt med heldøgns omsorg i omsorgsboliger, men for mange sykehjemsplasser legges ned

Behov for flere avlastningsplasser

Positivt med helsehus på Haugtun

Bør ha institusjonsplasser også i Biri og Snertingdal

Må sørge for flere heltidsstillinger

Bofellesskap for aldersdemente i alle by- og bygdeområder

Tilrettelagte dagtilbud i nærmiljøet

Positive til bruk av ny teknologi, men må brukes med vett

Positive til styrket samhandling med frivillige organisasjoner og frivillighetssentralen, men også behov for flere aktivitører

### **Gjøvik Pensjonistparti**

Går imot hele planen

Alle deler av kommunen skal ha demensavdelinger, sykehjemsplasser og omsorgsboliger og avlastningsplasser nok

### **Snertingdal arbeiderlag**

Støtter at tjenestene skal tilpasses slik at den enkelte kan bo hjemme lengst mulig, forutsatt at det oppleves som trygt

Snarlig styrking av grunnbemanning for å få troverdighet til tjenestene

Ingen skal fratras nåværende tilbud

Tydliggjøre innhold i ulike tilbud

Personlig økonomi i egen bolig vs institusjon

### **Siv Elin Mellum (tidligere leder i Råd for funksjonshemmede)**

Behov for både sykehjemsplasser og omsorgsboliger

”Heldøgns bemanning” må defineres

Bør legge opp til aldersblandede bomiljøer

Eierformer for omsorgsboliger – pris

Valgmuligheter for bosted

4.6 KOMMUNESTYRETS VEDTAK AV 17.06.09 OM HELSE OG OMSORGSPLAN 2025 FOR GJØVIK KOMMUNE

## Saksprotokoll

**Utvalg:** Kommunestyret  
**Møtedato:** 17.06.2009

**Sak:** 54/09  
**HELSE OG OMSORGSPLAN 2025**

**Vedtak:**

1. *Kommunestyret vedtar Kommunedelplan Helse og Omsorg 2025. Det forutsettes at tiltakene i planen besluttes i forbindelse med den årlige behandling av budsjett og styringsdokument, samt ved rullering av kommunedelplanen. Det forutsettes også at antallet pleie- og omsorgsplasser og fordeling på ulike typer må være gjenstand for kontinuerlig vurdering.*
2. *Nordbyen og Sørbyen Helse og omsorgssenter spesialiseres til demensomsorg. Det skal fortsatt være kvalitativt gode botilbud med heldøgns bemanning for denne gruppen ved Biri og Snertingdal Helse- og omsorgssenter.*
3. *Kommunestyret slutter seg til Rådmannens tilrådninger for arbeid med videre oppfølging av Helse- og omsorgsplan 2025 for inneværende år.*
4. *Dagsenter med variert tilbud til både kvinner og menn bør etableres etter en desentralisert modell.*
5. *Sykehjemsbolig erstatter omsorgsbolig med heldøgns bemanning som begrep.*
6. *I tillegg anbefales følgende tiltak forberedt høsten 2009:*
  - *Arbeid med utarbeidelse av en helhetlig Folkehelsestrategi*
  - *Etablering av rådgivningstjeneste for eldre*
  - *Forstudie som har som formål å utarbeide en framtidig modell for de aktuelle Helse- og omsorgssentrene (helsehus, sykehjem sykehjemsboliger)*
  - *Arbeid med videreutvikling av tilbudene på Haugtun*
  - *Helhetlig gjennomgang av eksisterende omsorgsboliger. Planlegging av nye boliger for yngre funksjonshemmede, må skje i tett dialog med brukere og pårørende grupper*
7. *Samarbeidet med sykehuset og høgskolen på Gjøvik videreutvikles, med sikte på at Gjøvik skal utvikle nasjonal kompetanse innen eldreomsorg.*

8. Med utgangspunkt i uttalelsen fra UFO bes det om at det utarbeides en tverrfaglig fagplan med fokus på barn og unge.

9. Ved gjennomføring av planen skal det fokuseres på å øke valgfriheten i pleie- og omsorgstilbudene, legges til rette for et nært samspill med pårørende og andre frivillige krefter og styrke brukermedvirkningen – spesielt på individnivå. Ved tilbud om hjemmetjenester skal det arbeides for at brukeren skal få innflytelse på hvem som kommer hjem til seg og hva som utføres.

## 5 HENVISNINGER

### Plandokumenter

Langtidsplan 2008, vedtatt september 2008

Styringsdokument 2009, vedtatt november 2008

Kommunale fagplaner for virksomhetsområde Helse og omsorg:

- Plan for kompetanseheving og rekruttering, sist behandlet 2009.
- Plan for psykisk helsearbeid, sist behandlet 2007
- Kreftplan for Gjøvik kommune, sist behandlet desember 2007
- Demensplan for Gjøvik kommune, sist behandlet 2009.
- Plan for Habilitering og Rehabilitering for Gjøvik kommune, under arbeid

### Statlige dokumenter m.m.

St.mld.nr.16(2002-2003) Resept for et sunnere Norge

St.mld.nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

St.mld.nr.25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer”  
Helse og omsorgsdepartementet.

St.mld.nr 40 (2002-2003) ”Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne” Sosial og helsedepartementet.

St.mld.nr 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted - til rett tid” Helse og omsorgsdepartementet.

St.meld.nr.50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, Helse og omsorgsdepartementet  
Rundskriv I-5-2007: Aktiv omsorg.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 27.06.2003

Kommunehelsetjenesteloven

Sosialtjenesteloven

Lov om helsemessig og sosial beredskap

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven: Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (2008-06-20)

Lov om råd eller annen representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsett funksjonsevne m.m. (2005-06-17)

### Kommunale utredninger og rapporter

Helse og omsorg i Gjøvik kommune / RO-rapport, november 2007

Bygningsmessig vurdering av sykehjem i Gjøvik kommune, november 2008

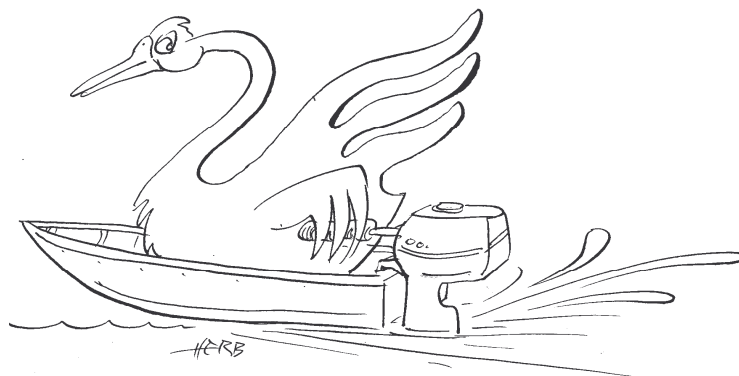
### Andre dokumenter

KS Ledelse i kommunesektoren, policy for god ledelse

Basert på *Stolt og unik - Arbeidsgiverstrategi mot 2020 (AGS 2020)*

Nøkkelstallshefte 2008, rådmannen september 2008





*Mjøsbyen Gjøvik – motor for vekst og utvikling*