



LILLEHAMMER
KOMMUNE

Mestring hele livet



Foto: Esben Haakenstad

Kommunedelplan
helse og omsorg
2018-2028

VEDTATT AV LILLEHAMMER KOMMUNESTYRE 29. NOVEMBER 2018

«I møte med morgendagens omsorgsutfordringer, blir det nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringene som venter oss for fullt om 10-15 år, bør denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet som tar sin del av samfunnsansvaret. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Det forutsetter også at folk tar ansvar for best mulig tilrettelegging av egen bolig, og at vi i fellesskap legger til rette de fysiske omgivelser, slik at de blir tilgjengelige for alle og for alle generasjoner.»

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

Forord fra fagutvalg for helse og omsorg

Kommunedelplanen for helse og omsorg tar høyde for at vi står foran et paradigmeskifte i årene framover - et skifte av betydelig størrelse og rekkevidde. Velferdsteknologi, flere eldre og et ønske om at flere skal kunne bo hjemme, er noen av faktorene som bidrar til dette.

Når planen skal iverksettes, er det ikke bare et ansvar for helse- og omsorgssektoren selv. Politikerne har også et ansvar for å bidra til gode løsninger.

Løsningene må være tydelige og framtidsrettede. Det må tenkes nytt innenfor helse og omsorgstjenestene, da endringer skjer raskt. Volumveksten av eldre i årene framover har vi etter beste evne inkludert i denne planen, uten å bli for konkrete på spesifikke tiltak. Målet har vært å ta tydelige valg av overordnede målsetninger, slik at disse senere kan implementeres i de ulike tjenesteområdene innenfor sektoren.

Vi i utvalget har jobbet godt, lyttet til brukere, pårørende, ansatte og ikke minst tatt innover oss alle gode høringsinnspill.

De økonomiske rammene for kommunens virksomhet fastlegges i økonomi- og handlingsplanen. Det er her de reelle økonomiske prioriteringer finner sted. Det er opp til kommunestyret å følge opp, slik at tiltakene iverksettes.

Utvalget vil understreke betydningen av et godt system for implementering og rapportering på tiltakene i planen.

Vi har lagt stor vekt på mestring av eget liv. Dette favner mange tjenesteområder, og gjør at samhandling innenfor de enkelte tjenestene er et mål som må jobbes bredt med.

På vegne av fagutvalg for helse og omsorg,

Lise. J. Haugstad
Leder

Utvalget har bestått av Lise J. Haugstad (Ap), Endre Berger (Ap), Tor Magnus Lund (Ap), Hibo Mohamed Abdi (Ap)/Trine Plassen (Ap), Oda Frøisland (V), Astrid Gaasand (Frp), Hans Olav Sundfør (H), Ole Morten Melbø (Sp), Turid Thomassen (R).

Innholdsfortegnelse

Forord fra fagutvalg for helse og omsorg.....	2
1 Innledning.....	4
1.1 Formålet med planen	4
1.2 Hovedmål i planen.....	4
1.3 Avgrensning og forhold til andre planer.....	5
1.4 Føringer for planarbeidet	9
1.5 Om arbeidet med planen	10
1.6 Oppbygging av planen	11
2 Utfordringsbildet	12
2.1 Befolkningsutvikling	12
2.2 Folkehelse.....	14
2.3 Sosiale forhold	18
2.4 Utfordringer på særskilte områder	20
3 Mulighetsbildet	31
3.1 Brukermedvirkning og forventninger fra innbyggere	31
3.2 Digitalisering, innovasjon og velferdsteknologi	32
3.3 Tillitsbasert styring og ledelse	33
3.4 Samarbeid om helhetlige pasientforløp.....	33
3.5 Samarbeid med frivillige, pårørende og nære nettverk, regionalt samarbeid og samarbeid med private aktører	34
3.6 Tilgang på kvalifisert arbeidskraft	36
3.7 Forebygging og tidlig innsats.....	37
3.8 Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering	37
3.9 Inkludering.....	38
3.10 Oppsummering av utfordringer og muligheter	38
4 Handlingsdel	39
4.1 Fokusområde forebygging.....	39
4.2 Fokusområde inkludering.....	41
4.3 Fokusområde medvirkning.....	42
4.4 Fokusområde samarbeid.....	43
4.5 Fokusområde kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse	44
5 Oppfølging av planen	46
6 Referanser	47

1 Innledning

1.1 Formålet med planen

Lillehammer kommune både ønsker og forventer flere innbyggere de nærmeste årene. Det er grunn til å tro at dette vil medføre økt behov for tjenester. Lillehammer kommune må derfor bruke de neste årene til å bygge en fremtidsrettet helse- og omsorgstjeneste. Tjenestene må utvikles slik at vi kan møte framtidige utfordringer og behov hos innbyggerne på en bærekraftig måte.

Kommunedelplan helse og omsorg 2018-2028 avløser eksisterende kommunedelplan Omsorgstjenester 2009-2021. Kommunedelplanen har et tiårsperspektiv og skal revideres hvert fjerde år.

I henhold til plan- og bygningsloven kan kommunen velge å utarbeide kommunedelplaner for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder. Kommunedelplaner skal ha en handlingsdel som sier hvordan planen skal følges opp de fire neste årene eller mer (§§ 11-1 og 11-2).

Kommunedelplan helse og omsorg skal følge opp føringene fra kommuneplanens samfunnsdel 2014-2027 og bidra til å virkeliggjøre helse- og omsorgstjenestenes visjon om «mestring hele livet».

Kommunedelplanen er en overordnet plan som skal gi retning for helse- og omsorgstilbudet fram mot 2028 og være et grunnlag for strategiske valg og beslutninger i enkeltsaker i årene som kommer. Satsinger og tiltak vil bli konkretisert i virksomhetsplaner i de ulike tjenesteområdene og i andre underordnede planer med utgangspunkt i de føringer som gis i denne planen.

De økonomiske rammene for tjenestene fastlegges av kommunestyret gjennom økonomi- og handlingsplaner og de årlige budsjettene for Lillehammer kommune. Prioritering av tiltak og satsinger i kommunedelplanen og underliggende planer vil måtte skje innenfor de til enhver tid gjeldende økonomiske rammene.

Kommunedelplanen legger overordnede føringer for Lillehammer kommunes arbeid på helse- og omsorgsfeltet – alene eller i samarbeid med andre. De som ønsker mer detaljert kunnskap om tjenestetilbudet henvises til informasjon på kommunens nettsider, øvrig informasjonsmaterieil samt underliggende planer, økonomi- og handlingsplan og årsbudsjett.

1.2 Hovedmål i planen

Med samhandlingsreformen har kommunen fått en utvidet rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Det er viktig at kommunene blir satt i stand til å oppfylle reformens intensjoner om mer forebygging og tidlig innsats, koordinerte og helhetlige pasientforløp.

Et sentralt begrep innenfor de nasjonale føringene på helse- og omsorgsfeltet er *mestring*. Begrepet «mestring» er sentralt også i kommunens tjenester, både innen oppvekstfeltet og innen helse og omsorg. Sektor helse og omsorg har utarbeidet følgende visjon for egen virksomhet: «Mestring hele livet» som også sektor velferd har sluttet seg til. Sektor oppvekst har som visjon «Samordnet innsats gir trygghet, kompetanse og livsmestring».

Helse er mer enn fravær av sykdom og plager. Det handler om å mestre eget liv med de muligheter og begrensninger som finnes. Kommunen ønsker å sikre en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til god livskvalitet ved at innbyggerne får mulighet til å leve et aktivt og mest mulig selvstendig liv uavhengig av sykdom og funksjonstap. Det innebærer at tjenestene må organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressursene som innbyggeren selv har. Helse- og omsorgstjenestene må bli bedre i stand til å styrke den enkeltes muligheter til å ta ansvar for seg selv og andre.

Hjelpeapparat og innbyggere må forstås som likeverdige partnere som sammen identifiserer og mobiliserer tilgjengelige ressurser. Dette kan forhindre, redusere eller forsinke behov for varige tjenester, og er dermed et gode både for den enkelte og i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

For å bygge opp under visjonen om økt mestring, er det i kommunedelplanen valgt fem fokusområder med tilhørende hovedmål og delmål:

- **Forebygging og tidlig innsats**

Hovedmål: Kommunen forebygger, reduserer eller utsetter behovet for omfattende tjenester

- **Inkludering**

Hovedmål: Alle har muligheter for å bidra og delta i fellesskapet

- **Medvirkning**

Hovedmål: Beslutninger om tjenester fattes i dialog med den det gjelder

- **Samarbeid**

Hovedmål: Tjenestene er helhetlige og koordinerte

- **Kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse**

Hovedmål: Tjenestene har god kvalitet

Utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor er mange og sammensatte, noe som vil kreve nytenkning og innovative løsninger. Den store økningen i antall eldre, nye grupper yngre med bistandsbehov og endring i tjenestebehovet generelt, kan ikke alene møtes med å gjøre mer av det samme som vi gjør i dag. Det er behov for å iverksette flere tiltak som støtter den enkeltes evne til å mestre egen hverdag.

Omlegging til mer forebyggende innsats krever en bevisst og helhetlig utvikling av disse virkemidlene. Endringene representerer et skifte, der tjenestemottakerne får større innflytelse over egen hverdag. Det betyr at den enkeltes ressurser må aktiveres i større grad enn tidligere. Det grunnleggende premisset i helsetjenesten er hva som er viktig for den enkelte. I tiden fremover skal tjenestene utvikles sammen med tjenestemottakere og pårørende.

For å få til dette skiftet kreves god ledelse, bevisst arbeid med ny metodikk og økonomiske virkemidler som understøtter endringene. Også grunnleggende verdisyn, holdninger og forståelse i rollen som utøvere av offentlige velferdstjenester blir utfordret i et slikt skifte. Det vil stilles enda større krav til samhandling og samarbeid – både innenfor og utenfor den kommunale organisasjonen.

Gjennom forebygging, inkludering, medvirkning, samarbeid og kompetanse skal det legges til rette for at flest mulig blir i stand til å mestre eget liv best mulig og lengst mulig.

1.3 Avgrensning og forhold til andre planer

I planen gjøres prioriteringer samlet for kommunens helse- og omsorgstjenester.

Kommunedelplanen er førende for Lillehammer kommunes helse- og omsorgstjenester, uavhengig av hvilken sektor tjenestene er organisert innenfor. Pr. 2018 gjelder dette alle tjenesteområder i sektor velferd og sektor helse og omsorg, samt helsestasjonen som ligger under sektor oppvekst, utdanning og kultur. Planen søker videre å synliggjøre sammenhenger mellom helse- og omsorgstjenestene, andre samfunnsaktører og den generelle samfunnsutviklingen.

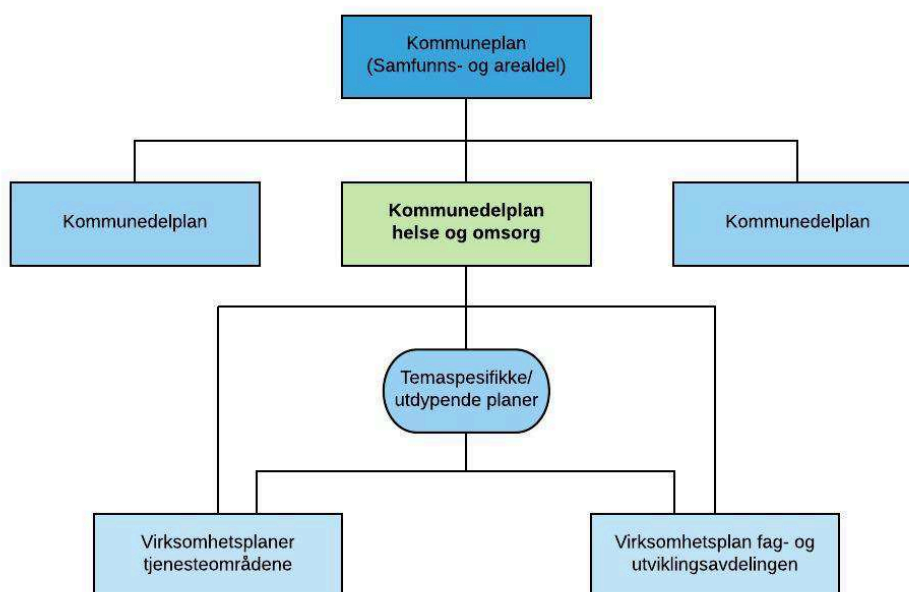
Arbeid, utdanning, helse og bolig regnes som de fire grunnpilarene i velferdspolitikken. Skal man oppnå varige resultater, må det arbeides med alle velferdspilarene samtidig. Det er derfor viktig å ikke se på helse- og omsorgstjenester isolert, men å jobbe på tvers av tjenesteområder og sektorer.

Kommunen har et ansvar for at helse- og omsorgsperspektivet tas inn i all planlegging, ikke bare i en kommunedelplan for helse- og omsorgstjenester. Helhetlig planlegging krever at Lillehammer kommune lykkes med samhandling på tvers i organisasjonen. For eksempel har boligbygging, arealplaner og by- og stedsutvikling stor betydning for innbyggernes muligheter til aktivitet, sosialt fellesskap, trygghet og trivsel. En god by- og stedsutvikling er også viktig for å redusere ensomhet, bedre befolkningens psykiske helse og gi økt livskvalitet for innbyggerne. For eldre vil god by- og stedsutvikling og særskilt tilrettelegging med nærhet til daglige tjenester gjøre at de kan greie seg lenger uten hjelp og ha bedre livskvalitet. Hvordan skole og barnehage blir drevet har stor betydning for barn og unges oppvekstvilkår og muligheter, og tilgang til kulturtilbud for alle grupper er avgjørende for trivsel, aktivitet og sosialt nettverk – faktorer vi vet har stor betydning for helsen.

Kommunedelplanen har i liten grad fokus på konkrete pasientgrupper eller diagnoser. I den grad dette blir gjort, dreier det seg om store pasientgrupper som f.eks. personer med demens, psykiske lidelser og ruslidelser eller mennesker med ulike former for nedsatt funksjonsevne. Planen tar heller ikke mål av seg til å gi noen fyllestgjørende beskrivelse av de enkelte tjenestene kommunen gir. De mål og tiltak som angis i planens handlingsdel er ment å gjelde på tvers av pasientgrupper og tjenesteområder.

Kommunedelplanen for helse og omsorg er ikke en folkehelseplan, men tydeliggjør helse- og omsorgstjenestenes bidrag i folkehelsearbeidet. Universelle forebyggende tiltak fanges ikke opp i sin helhet i helse- og omsorgsplanen.

Kommunedelplanen legger føringer for det årlige arbeidet med virksomhetsplaner i tjenesteområdene i sektor velferd og sektor helse og omsorg. Virksomhetsplanene forankres også i kommunens økonomi- og handlingsplan, og konkretiserer mål og tiltak for hvert tjenesteområde. Disse planene danner utgangspunkt for leveransemålene i årsbudsjettet. Ved behov utarbeides i tillegg temaplaner/utdypende planer. Enkelte av disse planene er angitt i kommunens vedtatte planstrategi, som for eksempel plan for psykisk helse- og rusarbeid.



Forholdet til kommuneplanens samfunnsdel

Lillehammer kommunestyre vedtok i 2014 kommuneplanens samfunnsdel 2014-2027. Planen angir to sentrale mål for helse- og omsorgstjenestene:

- Alle gis nødvendig helsehjelp og reell mulighet til å oppleve tilhørighet og mestring av egen hverdag
- Alle skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig

I kommuneplanen sies det videre at i arbeidet med å få til nye løsninger må aktuelle samfunnsaktører involveres. Det gjelder både offentlige, private og frivillige.

Videre legges det vekt på at Lillehammer kommune skal:

- involvere de som mottar tjenester i utforming og tilrettelegging
- sette inn effektive tiltak så raskt som mulig etter at problemer er oppdaget og kartlagt
- videreutvikle tverrfaglig samarbeid rundt de som trenger ekstra oppfølging
- legge til rette for og tilby et mangfoldig dag-, aktivitets- og sysselsettingstilbud
- sikre et mangfold av arenaer for deltakelse og tilhørighet
- tilrettelegge for ulike former for bofellesskap og boligfellesskap
- utvikle og ta i bruk nye løsninger som bidrar til at alle kan bo i eget hjem så lenge som mulig
- skape et mangfold av arenaer for deltakelse og tilhørighet
- bidra aktivt til at en større andel av personer med nedsatt funksjonsevne kommer inn i arbeidslivet



Forholdet til kommunedelplanens arealdel

Kommuneplanens arealdel er i 2018 under revisjon. Det er nødvendig å sette av tilstrekkelig areal til å dekke fremtidig behov for bl.a. seniorboliger, bofellesskap av ulik art, omsorgsboliger, sykehjemsplasser, boliger for personer med vansker knyttet til rus og psykisk helse og andre boliger til vanskeligstilte. Slike boliger behøver ikke nødvendigvis å bli bygget av Lillehammer kommune, men kan etableres i samarbeid med andre utviklingsaktører på boligmarkedet.

Lillehammer kommunes strategi for areal- og transportutvikling, Byutvikling 2044, har som visjon «Lillehammer 10-minuttersbyen – den levende og kompakte byen der det viktigste kan nås innen 10 minutter (fra Storgata og Skysstasjonen)». Strategien gir viktige føringer for videre arbeid med arealbruk og transportsystemer, samt innspill til kommunens øvrige arealplanlegging. Strategien beskriver boligsammensetningen i kommunen, med ca. 80 % eneboliger og bare 20 % leiligheter. Det finnes en del sentrumsnære leiligheter i høyere prisklasse, men få rimelige leiligheter.

Østlandsforskning gjennomførte i 2014 en undersøkelse om folkehelse og levekår bl.a. i Lillehammer-regionen. Funnene i studien viser at flere innbyggere i regionen ønsker seg leilighet, gjerne med et

servicetilbud og lokalisert sentrumsnært. Studien viser dermed at innbyggernes boligpreferanser samsvarer med kommunens mål om kompakt byutvikling.

I forbindelse med revidering av kommuneplanens arealdel (KPA) og byplan for Lillehammer, legges det opp til nettopp kompakt byutvikling gjennom fortetting. Fortetting som plangrep har flere positive virkninger: Kortere avstander gjør det lettere å være fysisk aktiv i hverdagen ved at flere kan gå og sykle til skole, barnehage, dagligvare, friluftsområder, møteplasser, bo- og servicesenter osv. Undersøkelser viser at de som bor i sentrumsnære strøk går mer enn de som har skogen til nærmeste nabo – fordi de kan gå til hverdagens aktiviteter og gjøremål.

I arbeidsutkast til planbeskrivelse for KPA slås det fast at Lillehammer skal være en by for alle. Det skal være mulig også for vanskeligstilte å finne et sted å bo. Møteplasser og byrom skal rette seg mot hele befolkningen i alle faser av livet, og på tvers av sosiale og kulturelle forskjeller. Da er det viktig med tilgjengelighet, trygghet og at møteplasser og byrom er interessante og tilpasset forskjellig bruk. Planbeskrivelsen operer med begrepet «flerkjernestruktur» som prinsipp for byutviklingen. Med flerkjernestruktur menes sentrum som en «hovedkjerne», med flere bydelssentra som mindre «kjerner» rundt.

Utadrettet virksomhet med høy besøksfrekvens, eller virksomheter med høyt antall arbeidsplasser og som betjener hele kommunen eller en større region, slik som NAV-tjenester, regionale utdanningsinstitusjoner, kino, bibliotek, kulturhus og lignende, skal lokaliseres i sentrum. Utadrettet virksomhet som betjener en del av kommunen, slik som skoler, barnehager, bo- og servicesentre og lignende, skal bygge opp under etablert flerkjernestruktur; altså rundt de bydels- og grendesentrene vi har i dag.

I videre arbeid med kommuneplanens arealdel og byplanen, med påfølgende område- og detaljregulering, må det legges til rette for ulike boligtyper i forskjellige prisklasser både for førstegangsetablerere og for en aldrende befolkning.

Forholdet til kommunedelplan oppvekst og plan for psykisk helse- og rusarbeid

Kommunedelplanen berører på enkelte områder temaer som også omfattes av andre planer. En plan for psykisk helse- og rusarbeid er under arbeid. Forebyggende arbeid og tidlig innsats rettet inn mot barn og unges oppvekst gjennom helsestasjon, barnevern, barnehage, skole og fritidsaktiviteter er sentralt i kommunedelplan oppvekst som behandles parallelt med kommunedelplan helse og omsorg. Oppvekstplanen berører ellers utfordringer og muligheter knyttet til blant annet:

- Folkehelse
- Psykiske helseplager
- Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Barn og unge som pårørende
- Vold og seksuelle overgrep
- Utenforskap
- Overganger

Innsatsen som gjøres for utsatte barn og unge vil ha stor betydning for den enkeltes livskvalitet og tjenestebehov i voksen alder.

Forholdet til plan for demensomsorg

Kommunestyret vedtok i 2010 en egen plan for demensomsorgen (2009-2021) som bygger på mål og strategier i kommunedelplan for omsorgstjenester (2009-2021). I lys av ny kommunedelplan for helse- og omsorgstjenester bør det tas stilling til behovet for å revidere demensplanen.

1.4 Føringer for planarbeidet

Regelverk

Kommunens helse- og omsorgstjeneste er berørt av en rekke lovverk, stortingsmeldinger, planer, retningslinjer og strategier på nasjonalt nivå. En mer uttømmende oversikt over dokumenter som gir føringer for kommunens helse- og omsorgsarbeid følger til slutt i plandokumentet.

De viktigste lovene er:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om helsepersonell
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Lov om barneverntjenester

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester danner en ramme for kommunedelplanen for helse og omsorg. Kommunenes ansvar angis i lovens kapittel 3. Loven slår fast at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunenes ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I lovens kapittel 4 angis krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Kommunens skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

Folkehelseloven stiller krav til kommunen om planlegging av folkehelsearbeidet basert på lokale folkehelseutfordringer. Formålet med folkehelseloven er å bidra til

- en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller
- at folkehelsearbeidet fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold
- å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse

Øvrige nasjonale føringer og planer

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid ble lagt fram av regjeringen i juni 2009. Formålet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

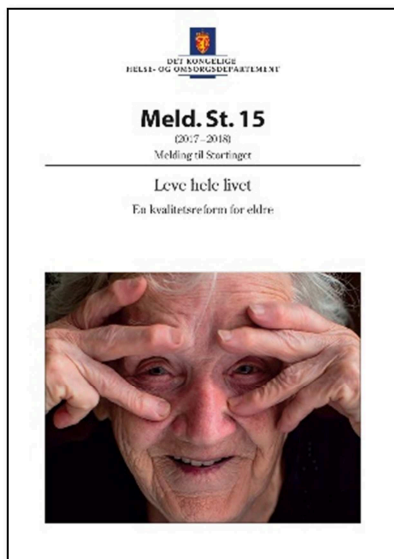
Noen av de viktigste målene i samhandlingsreformen er:

- Å forebygge framfor bare å reparere
- Å sette inn tidlig innsats
- Å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Å flytte tjenester nærmere der folk bor
- Å samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Å gjennomføre sterkere brukermedvirkning

- Å samarbeide med frivillige, ideelle og private aktører
- Å overføre flere oppgaver til kommunene, blant annet innen habilitering, rehabilitering, psykisk helse og rus.

1. januar 2012 ble første del av samhandlingsreformen satt ut i livet, og reformen ble gradvis innført i løpet av de fire neste årene. Det har skjedd en betydelig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Et virkemiddel for gjennomføringen har vært at kommunene betaler for pasienter med somatiske sykdommer som er klare til utskrivning fra sykehusene. Lillehammer kommune har hatt – og har fortsatt – store utgifter til dette.

Fra 1. januar 2019 legger regjeringen opp til at kommunene også skal betale for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling (TSB).



Stortingsmelding 15 (2017-2018) – Leve hele livet – ble lagt fram av regjeringen i mai 2018 og omtales som en kvalitetsreform for eldre over 65 år.

Reformen skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge, og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overganger i tjenestene. Med Leve hele livet skal eldre få mulighet til å mestre eget liv der de bor, hele livet.

Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Regjeringen legger opp til en prosess hvor

kommunestyrene behandler og vedtar hvordan reformens løsninger kan innføres. Når dette er gjort, og kommunene har beskrevet hvordan de vil utforme løsningene, starter arbeidet med å gjennomføre reformen. Kommuner som omstiller seg i tråd med reformen vil prioriteres innenfor relevante eksisterende og eventuelle nye øremerkede ordninger. Reformperioden starter 1. januar 2019 og vil vare i fem år med ulike faser for planlegging (2019-2020), gjennomføring (2021-2023) og evaluering (2023).

Selv om foreliggende kommunedelplan hovedsakelig er skrevet i forkant av stortingsmeldingen, er det god sammenheng mellom de to dokumentene. Det er verdt å merke seg at stortingsmelding 15 har en smalere målgruppe (innbyggere over 65 år) enn Lillehammer kommunes kommunedelplan som gjelder hele livsløpet. Lillehammer kommune vil aktivt benytte seg av mulighetene for økonomiske tilskudd som reformen legger opp til.

1.5 Om arbeidet med planen

Ordfører, rådmann og kommunalsjefer for helse og omsorg, velferd og oppvekst har vært felles styringsgruppe for arbeidet med kommunedelplan helse og omsorg og kommunedelplan oppvekst. Hovedverneombud og en representant for kommunens hovedtillitsvalgte har også deltatt i styringsgruppa. Det har vært en målsetting å sikre helhet og sammenheng mellom de to planene.

Fagutvalget for helse og omsorg har vært politisk arbeidsgruppe for kommunedelplan helse og omsorg. Planen har vært drøftet i flere omganger i Lillehammer seniorråd og rådet for mennesker

med nedsatt funksjonsevne og har også vært tema på et møte i ungdomsrådet. Hovedtillitsvalgte, hovedverneombud og ledere for de aktuelle tjenesteområdene har vært involvert i flere faser. Det har vært gjennomført medvirkningsmøter med avdelingsledere og ansatte i alle tjenesteområder i sektor velferd og sektor helse og omsorg. Folkehelsekoordinator og kommuneoverlege har kommet med innspill i løpet av planprosessen. Medvirkning har også vært sikret gjennom høring og offentlig ettersyn etter plan- og bygningsloven § 5-2.

Som en start på arbeidet med kommunedelplanen ble det i januar 2017 arrangert en større samling/dialogmøte med deltakere fra fagutvalg helse og omsorg, Lillehammer seniorråd, råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, brukerorganisasjoner og ansatte fra ulike deler av organisasjonen.

Etter høringsperioden har det med utgangspunkt i innspillene i høringsperioden vært arbeidet intensivt med strukturen på plandokumentet og konkretisering og utdyping av planens innhold, samt med å sikre den ønskede sammenheng med kommunedelplan oppvekst.

1.6 Oppbygging av planen

Kommunedelplanen utgjør et samlet dokument delt inn i fem kapitler. Innledningskapitlet tar for seg formål med planen, visjon og hovedmål, samt rammer og føringer for planen. Kapittel 2 omhandler utfordringsbildet og tar for seg faktorer som påvirker behovet for helse- og omsorgstjenester – både den generelle samfunnsutviklingen og mer spesifikke utfordringer knyttet til tjenestene. Kapittel 3 tar for seg mulighetsbildet, mens kapittel 4 er kommunedelplanens handlingsdel og dreier seg om veien videre for helse- og omsorgstjenestene. Kapitlet omtaler fem fokusområder med tilhørende mål (slik vil vi ha det) og tiltak (dette må gjøres) som er felles for alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kapittel 5 dreier seg om oppfølging av planen. Til sist i dokumentet er det en samlet oversikt over dokumenter som utgjør nasjonale, regionale og lokale føringer for planarbeidet.

For ytterligere bakgrunn om folkehelsestatus og statistikk om helse- og omsorgstjenestene vises til følgende dokumenter:

[Folkehelseoversikt Lillehammer 2018](#)

[Nøkkeltallshefte for Lillehammer kommune 2017](#)

For informasjon om de ulike helse- og omsorgstjenestene, vises til [Lillehammer kommunes nettsider](#).

2 utfordringsbildet

Dette kapitlet omhandler faktorer som påvirker behovet for helse- og omsorgstjenester - både generelle samfunnsutfordringer og mer spesifikke utfordringer knyttet til tjenestene:

- Befolkningsutvikling og framskriving for Lillehammer kommune
- Folkehelse
- Sosiale forhold
- Utfordringer for tjenestene på særskilte områder
- Muligheter på tvers av tjenestene
- Oppsummering av utfordringer og muligheter

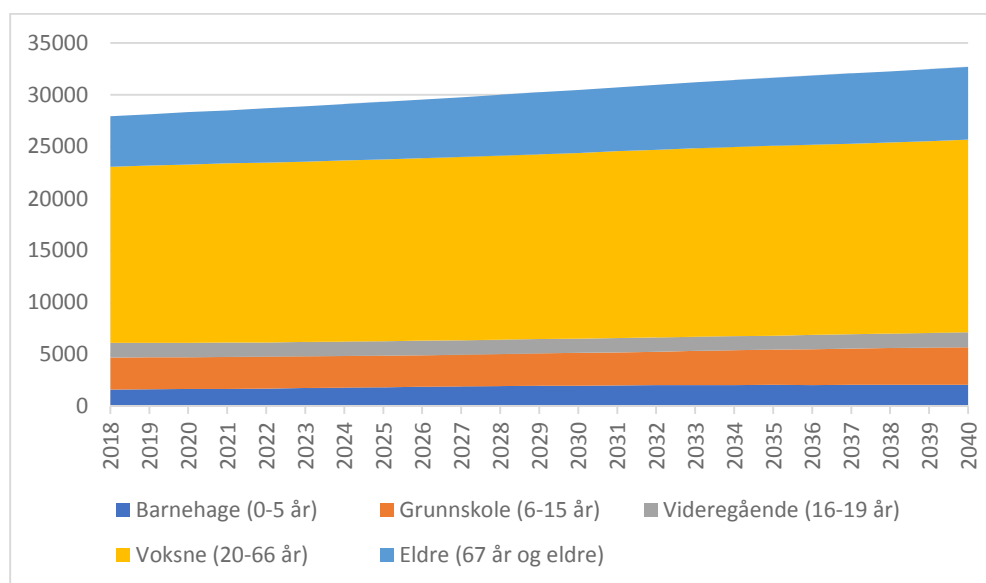
Sammen med de nasjonale, lokale og regionale føringene for helse- og omsorgstjenestene omtalt i kapittel 1 og mulighetsbildet som presenteres i kapittel 3, vil dette danne grunnlag for de mål og satsinger som omtales i kapittel 4. Gjennomgangen går ikke i detalj på alle områder. Supplerende materiale finnes i: nøkkeltallsheftet som følger som vedlegg til årsbudsjett-/økonomi- og handlingsplan og folkehelseoversikten for Lillehammer (2018)

2.1 Befolkningsutvikling

Lillehammer er en av få kommuner i Innlandet som har befolkningsvekst, og det forventes at dette fortsetter. Kommuneplanen 2014-2027 har som mål at befolkningsveksten skal være 1 % per år, stigende til 1,5 % mot slutten av planperioden. Kommunen er avhengig av tilflytting og innvandring for å nå dette målet.

Fra 2005-2015 var befolkningsveksten i Lillehammer på 9 %. Det er aldersgruppen 67-79 år som har vokst sterkest, med en økning på nærmere 30 %. Veksten i aldersgruppen over 80 år har i denne perioden kun vært på 5 %.

Figur 2 viser framskrevet folkemengde for utvalgte år frem til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2018. Framskrivningene viser framtidig utvikling ut fra forutsetninger om fruktbarhet, levealder og netto innflytting med utgangspunkt i den observerte utviklingen.



Figur 1. Framskrevet folkemengde (alternativ MMMM 2018), Lillehammer. Kilde: SSB.

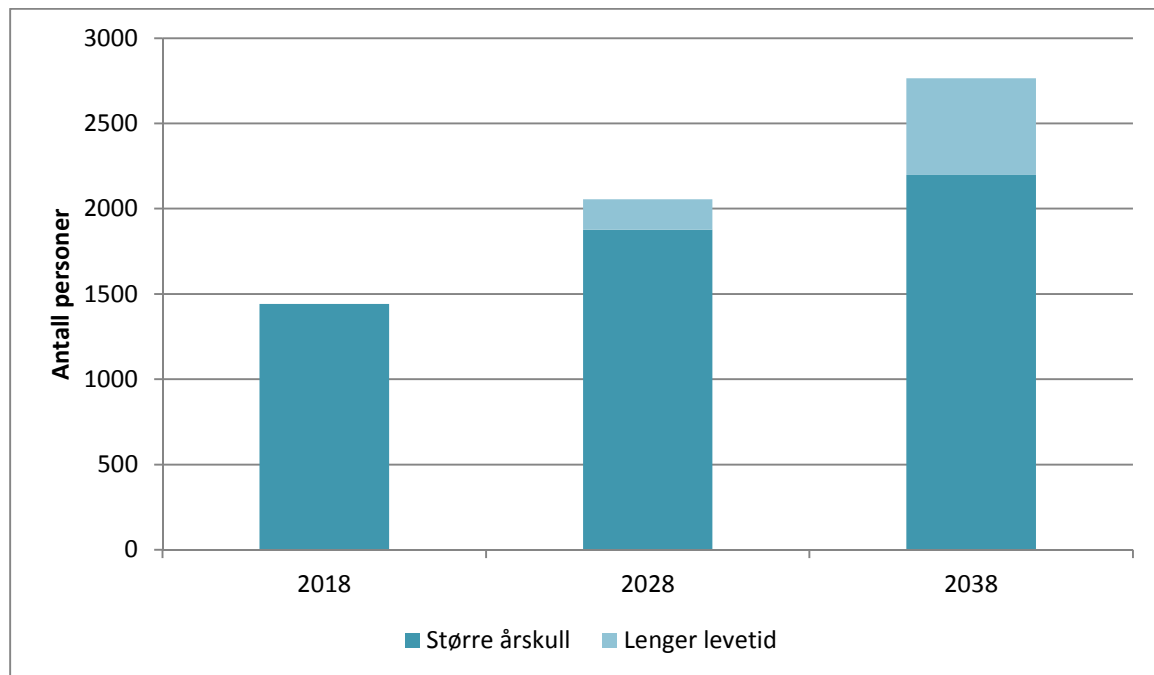
Barn og unge

Det er antatt at barnetallene vil være stigende i planperioden. På grunn av lavere fødselstall de foregående 20 årene, vil veksten først komme blant de minste barna. Gruppen grunnskolebarn vil øke mot slutten av perioden, mens gruppen ungdom i videregående opplæring vil være mer eller mindre konstant i planperioden.

Eldre

Andelen av befolkningen som består av de eldre aldersgruppene (67 år og over) vil øke fra rundt 2020. Særlig sterk vil den prosentvise veksten være i aldersgruppen 80+. Erfaringsmessig har SSBs befolkningsframskrivningsalternativ for høy nasjonal vekst (HHMH) vist god presisjon når det gjelder aldersgruppene over 67 år. Basert på en slik framskrivning for aldersgruppene fra og med 67 år, og med mellomalternativet (MMMM) for den øvrige befolkningen, vil Lillehammer kommune i 2028 ha 2.060 innbyggere i aldersgruppen 80+, om lag 600 flere enn i 2018.

Om veksten i antall eldre skyldes større årskull eller lengre levetid er viktig for dimensjoneringen av tilbudet til denne aldersgruppen. Den delen av veksten som skyldes større årskull, altså flere individer, vil nødvendigvis føre til økt etterspørsel av tjenester. Men det er ikke nødvendigvis sikkert at veksten som skyldes at individene blir eldre har samme effekt.



Figur 2. Befolkning 80 og eldre etter årsak (Kilde: SSB)

I forbindelse med arbeidet med regjeringens perspektivmelding som ble lagt fram våren 2017, ble dette spørsmålet konkretisert som «hvor mange av de ekstra årene blir friske år», der friske år ble definert som år uten behov for vedtaksbaserte helsetjenester.

I meldingen vises det til at det er svært forskjellig praksis med hensyn til hvordan dette håndteres planmessig. OECD tilrår at man legger til grunn at økt levealder i seg selv ikke medfører økt behov for tjenester, og Danmark har valgt å følge denne anbefalingen. EU og IMF tilrår at man vil trenge tjenester i halvparten av den økte levealderen. Det britiske helsevesen legger dette rådet til grunn i sin planlegging. I Sverige legger man til grunn økt tjenestebehov i ett av tre år, i Norge to av fem år.

I praksis har dette betydning for hvor stor del av den lyse delen av søylen som skal tas med i grunnlaget for å dimensjonere tjenestene i framtiden. Å ikke ta med noe, er det samme som å legge den danske (og OECDs) forutsetning til grunn, det vil si at økt levealder ikke fører til økt behov for tjenester. Å ta med hele den lyse delen av søylen, betyr at man forutsetter at økt levealder tilsvarer økt behov for tjenester år for år.

Forskning på Eldres helse og sykkelighet de siste årene viser at eldre ikke nødvendigvis har fått færre år med sykdom enn før, kanskje snarere flere.

Likevel ser det ut til at de klarer seg bedre med disse sykdommene enn tidligere. Det kan henge sammen med høyere utdanning, bedre mestringsevne, bedre medisinsk behandling, og fysiske omgivelser og teknologi som tilrettelegger for at eldre kan klare seg selv.

Meld. St. 15 (2017-2018)

Det er viktig at dette blir diskutert, og at kommunen har et aktivt forhold til hvordan denne usikkerheten håndteres.

Innvandrerbefolkningen

Det bor i dag om lag 3450 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Lillehammer kommune. Antallet har økt med 900 personer fra 2012 til 2017. Innvandrerbefolkningen kan verken med hensyn til landbakgrunn eller andre faktorer betraktes som noen ensartet gruppe. Generelt er innvandrerbefolkningen vesentlig yngre enn ikke-innvandrere. Det er særlig i de eldre aldersgruppene at innvandrere er underrepresentert, dette gjelder også i Lillehammer.

Det er gjort relativt få studier på innvandreres helse og om den avviker fra helsen i befolkningen generelt. En studie fra Oslo i 2005 viste ingen særlig forskjell i opplevd fysisk helse mellom innvandrere og resten av befolkningen. Derimot vurderte innvandrere sin psykiske helse som noe dårligere, men med store variasjoner.

Personer som kommer til Norge som flyktninger har alle opplevd noe som truer deres psykiske og/eller fysiske helse. Konsekvensene varierer fra person til person, avhengig av mestringsevne og hva man har opplevd, men kan gi seg utslag i f.eks. posttraumatiske reaksjoner, depresjon, stressbelastning og identitetskrise (kilde: Flyktningehelsetjenesten). Enslige, mindreårige asylsøkere blir sett på som en særlig sårbar gruppe. Kommunedelplan for oppvekst beskriver dette nærmere.

Lillehammer kommune tok imot mange flyktninger i 2016 og 2017. Det er knyttet stor usikkerhet til omfanget av bosetting i årene framover. Oppfølging av flyktninger krever et nært samarbeid mellom flere ulike tjenester.

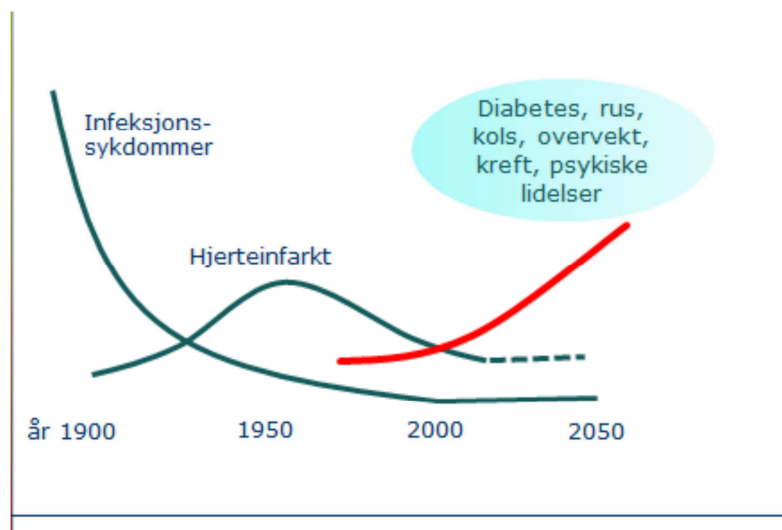
2.2 Folkehelse

En samfunnsutvikling som styrker innbyggernes og lokalsamfunnets mulighet til å ta ansvar for helse, trivsel og mestring har på både kort og lang sikt stor betydning for folks helse. Forebygging og tidlig innsats er i dag et viktig prinsipp for all tjenesteutvikling, uavhengig av alder og målgruppe. Gjennom en aktiv folkehelsepolitikk og en trygg og moderne helse- og omsorgstjeneste legges grunnlaget for en friskere befolkning.

Generelt om folkehelse

Den norske folkehelse har aldri vært bedre enn i dag. De fleste lever lengre og nyter i snitt flere leveår som friske. Likevel står samfunnet overfor store folkehelseutfordringer som må håndteres smartest mulig for å sikre sosial, kulturell og økonomisk bærekraft for framtida. Tidligere var infeksjonssykdommer den største trusselen for folkehelse, men dette har endret seg dramatisk de

siste hundre årene. Det nye *sykdomspanoramaet*, det vil si utbredelse av spesielle sykdommer i befolkningen, viser økning i kroniske ikke-smittsomme sykdommer som henger sammen med det samfunnet vi lever i og til dels de valgene vi gjør.



Figur 3. En folkehelse i endring. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

I de siste tiårene har de mest sentrale helseproblemene vært relatert til inaktivitet, høyere forekomst av diabetes, rus, psykiske lidelser, overvekt, KOLS samt enkelte kreftformer (kilde: Helse- og omsorgsdepartementet).

Sykdomsbildet er, og vil i økende grad bli, preget av at innbyggerne blir eldre enn før, og av at antallet eldre øker. Fremover vil demenssykdommene øke mye i omfang. Når befolkningen over 80 år fordobles innen 2040, ventes det samtidig en sterk økning i antall personer med en demenssykdom. For mange kan aldri innebære sansetap og svekket syn, hørsel, lukt og smak. Nesten alle som har passert 75 år oppgir for eksempel at de sliter med hørselen i sosiale sammenhenger.

På landsbasis er tjenestene til dem under 67 år nesten tredoblet de siste tiårene, og de utgjør snart 40 % av dem som mottar omsorgstjenester. I Lillehammer har det vært en tilsvarende utvikling. Dette er i hovedsak et resultat av statlige reformer og endringer i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune som har kommet i kjølvannet av reformen for mennesker med utviklingshemming, opptrappingsplan for psykisk helse og til sist samhandlingsreformen.

Tallet på tjenestemottakere i aldersgruppen 67-79 år har gått ned. Dagens eldre har bedre egenvurdert helse og bedre funksjonsevne enn tidligere. Stadig flere eldre er ressurssterke og friske. Disse vil være en viktig ressurs bl.a. innenfor frivillig og samfunnsnyttig arbeid i årene som kommer.

For di det kan være store forskjeller mellom eldre, blant annet når det kommer til helse, kan det være nyttig å skille mellom følgende tre hovedgrupper:

- 1. Eldre personer med god helse, som lever et aktivt liv uten helseproblemer langt inn i alderdommen.*
- 2. Personer som eldes normalt med en eller flere kroniske sykdommer som ikke påvirker livskvaliteten nevneverdig. De klarer seg fint hjemme med oppfølging fra fastlege.*
- 3. Personer med tidlig aldring, vanligvis personer under 75 år med flere helseproblemer – både akutte og kroniske. De har høyt forbruk av helsetjenester og høy risiko for institusjonalisering.*

De to første gruppene utgjør omtrent 80 prosent av eldre, mens 20 prosent tilhører den siste gruppen.

På landsbasis oppfatter seks av ti 80-åringers sin egen helse som god eller svært god. Andelen med god helse synker med alderen, fra nesten 90 prosent blant de yngste (16–24 år) til 75 prosent blant de middelaldrende (45–66 år) og til knapt 60 prosent blant de aller eldste.

Meld. St. 15 (2017-2018)

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Lillehammer kommune ([Folkehelseoversikten for Lillehammer 2018](#)) viser at Lillehammer kommune kommer bedre ut enn landsgjennomsnittet både når det gjelder fysisk aktivitet og synet på egen helse. Oversikten viser statistikk over hvordan Lillehammer kommune ligger an i forhold til Oppland sett under ett og landet som helhet på en rekke indikatorer innen:

- Befolkningssammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd
- Helsetilstand

Når det gjelder psykiske symptomer og lidelser ligger Lillehammer likt med landsgjennomsnittet, men med lavere forekomst enn i Oppland som helhet. Bruken av antidepressiva og antipsykotika i Lillehammer er som landsgjennomsnittet og betydelig under resten av Oppland. Når det gjelder bruken av sovemidler og beroligende midler, er det i praksis ingen forskjell mellom Lillehammer, Oppland og landet sett under ett.

Når det gjelder alvorlige, somatiske lidelser, er det generelt færre konsultasjoner hos fastlege i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett når det gjelder hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser. Antall konsultasjoner for muskel- og skjelettlidelser er mer enn tre ganger så mange som for hjerte- og karsykdommer, og dobbelt så mange som for psykiske symptomer og lidelser.

Andelen nye krefttilfeller i Lillehammer er omtrent som landsgjennomsnittet, men høyere enn for Oppland sett under ett. Det er andelen krefttilfeller hos menn som øker mest. For begge kjønn er kreftdødeligheten i Lillehammer lavere enn både landsgjennomsnittet og gjennomsnittet for Oppland fylke. Når det gjelder dødelighet av hjerte- og karsykdommer, er den synkende, og dødeligheten er lavere enn i Oppland og landet for øvrig. Forskjellen er størst for menn. Bruken av kolesterol-senkende midler (som forebygger hjerte- og karsykdommer) er like høy i Lillehammer som i resten av Oppland og høyere enn landsgjennomsnittet. Samtidig er bruken av andre legemidler mot hjerte- og karsykdommer lavere enn både fylket og landet for øvrig.

Bruken av medikamenter mot KOLS og astma er omtrent som for resten av landet og Oppland fylke. Det er mindre bruk av reseptbelagte smertestillende medikamenter i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett. Det er mindre bruk av medisiner mot type 2-diabetes i Lillehammer enn i Oppland og landet sett under ett. Om dette skyldes at type 2-diabetes er mindre utbredt i Lillehammer eller om sykdommen i større grad holdes i sjakk på andre måter, vites ikke.

Et eget avsnitt i folkehelseoversikten er viet barn og unges helse. Det er høy og stabil vaksinasjonsdekning mot meslinger, krusma og røde hunder (barnevaksinasjonsprogrammet) i Lillehammer. Det trekkes videre fram at barn og unge scorer bedre enn landsgjennomsnittet når det gjelder fysisk aktivitet og synet på egen helse. Én av fem ungdomsskoleelever rapporterer likevel at de ikke er fornøyd med egen helse. Det har vært en økning i antall unge som er i kontakt med primærhelsetjenesten pga. psykiske symptomer og lidelser. Her ligger forekomsten i Lillehammer

omtrent på landsgjennomsnittet, og noe under forekomsten i Oppland. Andelen ungdomsskoleelever som i Ungdata-undersøkelsen svarer at de har vært beruset, er betraktelig lavere i Lillehammer enn i Oppland/hele landet (2015). I likhet med landet for øvrig kan det observeres en kraftig vekst i bruken av ADHD-medisin.

Folkehelsearbeidet i Lillehammer kommune

Helse skapes på mange arenaer og livsområder, ikke primært i helse- og omsorgssektoren. Kommunen skal i folkehelsearbeidet ta hensyn til påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer i tråd med prinsippet om at det er «helse i alt vi gjør». Likeledes skal kommunen bruke alle sektorer for å fremme folkehelse. Folkehelseperspektivet skal derfor inngå i alle kommunens planer som reguleres av plan- og bygningsloven. Kommunedelplan for natur- og friluftaktiviteter er et eksempel på dette.

I folkehelsearbeidet vil Lillehammer kommune samarbeide med instanser som for eksempel den interkommunale Frisklivssentralen og Global Active City. I sistnevnte bidrar partnere fra hvert sitt ståsted for å skape bedre helse i befolkningen. Lag og foreninger, ikke minst innen idretten, er andre viktige aktører.

Forenklet kan vi si at «det lille folkehelsearbeidet» skjer i helse- og omsorgstjenestene, mens «det store folkehelsearbeidet» skjer i alle de andre samfunnssektorene.

Grunnlaget for gode liv og god helse legges i tidlig barndom. Arbeid rettet mot barn og unge handler om å påvirke de grunnleggende årsaker til at sykdom og dårlig helse utvikles, samt sikre rammer for et trygt, godt og sunt liv for alle barn og unge.

Folkehelsearbeidet skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og tilrettelegge for at befolkningen gjør gode og helsefremmende valg. Det innebærer inkludering av alle grupper av barn og unge - uavhengig av fritidsinteresser, familieøkonomi og funksjonsnivå. Tilrettelegging og universell utforming er viktig slik at alle kan delta i aktiviteter og i fellesskapet. Kommunedelplan oppvekst har mer om barn og unge og folkehelse.

Ernæring

Et sunt kosthold – kombinert med fysisk aktivitet – er viktig for god helse, både fysisk og psykisk. Et mangelfullt/ubalansert kosthold kan, kombinert med lav fysisk aktivitet, knyttes til økt risiko for en rekke livsstilssykdommer, med hjerte- og karsykdommer, diabetes og flere former for kreft som de mest alminnelige. Overvekt er kjent som et økende problem i befolkningen, ikke minst blant barn og unge.

Kostholdet har også betydning for den psykiske helsen - og omvendt, den psykiske helsen påvirker livsstilen, og dermed også kostholdet. Å være godt ernært har positiv effekt for folks velvære, bidrar til å bevare funksjon, gir bedre muskelstyrke, raskere sårheling, bedre immunforsvar og færre komplikasjoner knyttet til sykdomsutbrudd.

Underernæring og mangelfull integrering av ernæring i det helhetlige behandlingstilbudet er et problem, særlig hos enkelte eldre. Det medfører unødvendig lidelse for pasientene, og har også samfunnsmessige kostnader.

Det er behov for en kommunal mat- og måltidspolitik som omfatter både beboere på institusjon og hjemmeboende eldre i planperioden. Arbeidet bør ses i sammenheng med allerede innført metodikk for ernæringskartlegging.

Eldre skal få næringsrik mat som både ser god ut, dufter godt og smaker godt. Maten skal være tilpasset den enkeltes behov og serveres i en hyggelig ramme. Eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, og når de vil spise og dele et godt måltid med andre.»

Meld. St. 15 (2017-2018)

2.3 Sosiale forhold

Inntekts- og utdanningsnivå

Personer med høy utdanning og god økonomi lever i gjennomsnittet lenger og har bedre helse enn personer med dårlig økonomi og lav utdanning. Siden det er sterk sammenheng mellom utdanningsnivå og økonomi, og utdanningsnivå er enklere å forholde seg til som statistisk variabel, er det som regel befolkningens utdanningsnivå man ser på for å vurdere mulige lokale variasjoner i forventet levealder.

Tall fra SSB (2017) viser at Lillehammer har vesentlig lavere andel innbyggere med grunnskole som høyeste utdanning, og vesentlig flere med utdanning fra høyskole eller universitet, sammenlignet med gjennomsnittet i Oppland og i Norge. Isolert sett tilsier dette at man i Lillehammer kommune kan forvente noe lengre levealder enn landsgjennomsnittet tilsier, noe som også bekreftes av faktiske tall.

Lillehammer har forholdsvis færre husholdninger med lav inntekt enn landsgjennomsnittet og Oppland sett under ett (Folkehelseoversikt 2018). Andelen 0-17-åringer som bor i lavinntektshusholdninger i Lillehammer har gått ned de siste årene, i motsetning til landsgjennomsnittet og Oppland.

Ensomhet og sosial isolasjon

Forskning viser at ensomhet er en tilstand som kan ramme i alle faser av livet, men at unge og gamle er særlig utsatte. Blant voksne er ensomheten størst blant de eldre, og risikoen øker med alderen. Fire av ti aleneboende eldre sier at de savner sosial kontakt. Blant unge oppgir én av tre at de føler seg ensomme ofte eller av og til.

Ungdata (2018) viser at en bekymringsfull andel ungdom føler seg alene når de er sammen med andre. Denne andelen øker fra ungdomstrinnet til videregående skole. Tilsvarende funn er knyttet til at ungdom har følelsen av ingen kjenner dem særlig godt. Slike alene- og ensomhetsfølelser er vanskelig å identifisere når den unge ser ut til å være en del av fellesskapet. Det utfordrer de kommunale tjenestene med tanke på forebygging av utenforskap og psykisk uhelse.

Tall fra SSB viser at ensomhetsfølelse rammer innvandrere dobbelt så ofte som andre. På landsbasis oppgir 39 % av innvandrerne at de ofte eller av og til er ensomme, mot 21 % i resten av befolkningen.

Langvarig ensomhet hos eldre er forbundet med svekket funksjonsnivå både fysisk og mentalt, og redusert livskvalitet. Ensomhet blant eldre kan være relatert til endringer i livssituasjon, partners død, endret helsetilstand og funksjonsnivå. Ensomhet og isolasjon kan også skyldes mangel på variasjon i aktivitetstilbudet og mangel på gode transportmuligheter for å komme seg til aktiviteter.

Statistikk fra Folkehelseinstituttet (2017) viser at det er litt flere i aldersgruppen 75 år og eldre som bor alene i Lillehammer (og resten av Oppland) enn i landet sett under ett. I aldersgruppa 16-29 år er det forholdsvis flere personer som bor alene i Lillehammer enn i Oppland og i landet sett under ett. I aldersgruppa 45-74 år bor mer enn hver femte innbygger alene. Her er det ingen signifikante forskjeller mellom Lillehammer, snittet i Oppland og landet som helhet.

Nyere studier viser at sosial isolasjon og ensomhet er knyttet til økt risiko for alvorlige sykdommer og tidlig død. På den annen side betyr ikke det å bo alene nødvendigvis at man er ensom. Man kan også oppleve seg som ensom selv om man bor sammen med noen.

Bolig

Å ha en trygg og god bosituasjon er viktig for både fysisk og psykisk helse, uansett alder. Boligstandard, størrelse og beliggenhet virker inn. Det er dermed også en klar sammenheng mellom helse, sosial ulikhet og bolig; det er derimot mindre klart hva som er årsak til hva.

Satsing på hjemmebasert omsorg er stadfestet i det overordnede planverket, og det er en klar målsetting at kommunens innbyggere skal bo hjemme så lenge som mulig. En grunnleggende forutsetning er dermed at alle innbyggere har en egnet bolig.

Planlegg egen alderdom:

- 1. Tilrettelegge egen bolig*
- 2. Investere i venner/sosialt nettverk*
- 3. Opprettholde best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv*

Meld. St. 15 (2017-2018)

Hva som er en egnet bolig, vil variere gjennom et livsløp. Funksjonsnedsettelse som følger av aldring vil kunne føre til at hjemmet som ble etablert tidlig i livet ikke vil være like egnet etter hvert. Det blir behov for tilpasning av boligen eller bytte av bolig. Veksten i aldersgruppen over 80 år vil innebære en betydelig økning i behovet for tilrettede boliger. Undersøkelser på landsbasis viser at ca. 65 % av de som er over 80 år bor i en bolig som ikke har livsløpsstandard.

I Norge eier 80 % av innbyggerne sin egen bolig. 20 % leier bolig – eller står uten bolig. Bostedsløse representerer svært sammensatte problemer. De aller fleste har enten rusproblemer eller psykiske problemer. Familier med vedvarende lavinntekt flytter oftere, bor trangere og leier gjerne bolig. Både trangboddhet og det å bo i leiebolig kan ha sammenheng med psykisk helse. Undersøkelser viser at en større andel leietakere enn selveiere har helseproblemer. De som bor i enebolig, tomannsbolig eller rekkehus har bedre egenvurdert helse enn de som bor i andre typer boliger. Så også i Lillehammer, som nettopp har en stor andel eneboliger, tomannsboliger og rekkehus.

Det er et personlig ansvar å skaffe seg et sted å bo, men det offentlige skal hjelpe dem som ikke er i stand til selv å skaffe seg egen bolig. Dette slås fast i regjeringens strategi «Bolig for velferd» (2014-2020). I strategien påpekes at alle skal ha et godt sted å bo, alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet, og den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv. Strategien retter seg mot alle grupper vanskeligstilte på boligmarkedet, men en særskilt innsats skal rettes mot barnefamilier og unge. Lillehammer kommune har fokus på å etablere barnefamilier i egne, eide boliger, og de prioriteres ved tildeling av startlån og tilskudd fra Husbanken.

Det er et mål at eldre bor hjemme så lenge som mulig. En viktig forutsetning for dette er at innbyggerne tilrettelegger egen bolig i tide med tanke på dette. En del eldre flytter til nye boliger med livsløpsstandard. Dette er i mindre grad mulig for eldre med svak økonomi. Disse vil dermed kunne ha et større behov for bolig og tjenester fra kommunen enn de med god økonomi. Kommunen bør stimulere til samarbeid mellom boligbyggelag og Husbanken med tanke på å tilpasse eksisterende boliger til livsløpsstandard, f.eks. ved hjelp av heistilskudd i borettslag hvor det bor flere eldre. Utbyggingsavtaler må benyttes aktivt for å ivareta boligsosiale hensyn, f.eks. ved å etablere leie-til-eie-prosjekter og rimelige boliger for vanskeligstilte.

Arbeid og aktivitet

Å ha noe meningsfylt å gå til er et grunnleggende, menneskelig behov og har indirekte stor betydning for helsen. Hva som oppleves som meningsfylt, varierer fra person til person.

I og med at både interesser og funksjonsnivå er forskjellig – og for noen kan det siste være variabelt fra dag til dag – er det viktig at kommunen, herunder NAV, gir et variert aktivitetstilbud. Det er behov for et bredere sysselsettingstilbud med flere plasser til psykisk utviklingshemmede. Personer med vansker knyttet til psykisk helse og rus trenger egne tilbud. Unge med ulike diagnoser passer ikke nødvendigvis inn i dagens kommunale dag- og sysselsettingstilbud og trenger andre aktivitetstilbud.

Innvandrere kan ha behov for aktivitet som gir språktrening og bidrar til integreringen på andre måter. Eldre som er ute av arbeidslivet trenger også noe å gå til, fortrinnsvis noe som harmonerer med interesser etablert tidligere i livet. Samarbeid med næringslivet, Frivilligsentralen og andre frivillige vil være viktig, men kommunene må også videreutvikle og supplere sine egne tilbud. Det er i den sammenheng viktig å ha aktiviteter tilrettelagt for ulike interesser og kjønn.

2.4 utfordringer på særskilte områder

Demensomsorg

Per i dag finnes det ingen gyldige estimater for forekomsten av demens i Norge. Anslagene varierer fra 70 000 til 104 000. Dette vanskeliggjør både å planlegge riktig omfang på dagens tjenestetilbud til personer med demens og å estimere tjenestebehov for fremtiden.

Grunnlaget for å beregne forekomstene i figur 4 er hentet fra Lillehammer kommunes plan for demensomsorg 2009-2021. Forekomsten av demens i aldersgruppen 65-69 år er anslått til 0,9 %, stigende til 17,6 % i aldersgruppen 80-84 år, og fra 90 år og oppover har 40,7 % utviklet en demenssykdom. Fra rundt 2020 regnes det med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år. Gruppen 90 år og eldre vil vokse kraftig allerede de nærmeste årene. Dersom forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens anslåtte nivå, vil antall personer med demens i Lillehammer kommune øke fra 503 personer i 2018 til 715 personer i 2030, basert på SSBs HHMH-alternativ.

Demensforekomst		Antall 2018	Antall 2028	Antall 2030
0-64	0,05 %	11	12	12
65-69	0,90 %	14	15	16
70-74	2,10 %	31	33	34
75-79	6,10 %	61	80	82
80-84	17,60 %	120	201	209
85-89	31,70 %	150	184	211
90+	40,70 %	116	140	150
		503	665	715

Figur 4. Demensforekomst (prevalens). Lillehammer, utvalgte år.

Det er anslått at ca. 85 % av beboerne på Lillehammer helsehus har demens.

At antall personer med demenssykdom er økende, er en av de største utfordringene de offentlige helse- og omsorgstjenestene står overfor. Kommunene har allerede i dag betydelige utfordringer med å levere en god og helhetlig demensomsorg. De kommunale tjenestene og det helhetlige kommunale velferdssystemet må møte denne utfordringen på en måte som kombinerer ny kunnskap med ny tilnærming til den syke, de pårørende og de nære nettverkene. Ivaretagelse av de nærmeste pårørende og muligheter for ulike typer avlastning er påkrevd. Det vil være store ulikheter i behov blant personer som blir syke i 30-, 40- eller 50-årene og blant personer som får sykdommen som 70-, 80- eller 90-åringer. Dette må gjenspeiles i tjenestetilbudet.

De kommunale tjenestene mangler virkemiddelapparat i tidlig fase av sykdomsforløpene, og har derfor også hittil hatt begrenset evne til å forebygge utvikling av alvorlig sykdom. Jo tidligere det iverksettes systematiske tiltak som forsterker og bevarer positive prosesser i hjernen, jo større mulighet er det for å bremse sykdomsutviklingen. Foreningsliv og frivilligheten kan her spille en viktig

rolle. For den enkelte er denne tilknytningen et godt utgangspunkt for en fortsatt kontakt med tidligere interesser og venner.

Per i dag er det beregnet at ca. 500 av innbyggerne i Lillehammer har demenssykdom. En betydelig andel av disse får ikke tilbud om utredning av kognitiv svikt til rett tid. Utredning og diagnostisering bidrar til at personen selv og familien får økt kunnskap, noe som igjen bidrar til at konsekvensene av sykdommen blir lettere å håndtere, samt at det gir bedre muligheter til å planlegge for fremtiden, både som individ/familie og som kommune.

Kompetanse om demens og tilbud til personer med demens finnes i ulike deler av kommunens helse- og omsorgstjenester. For å kunne dra veksler på hverandres kompetanse og erfaringer, og for å kunne jobbe godt sammen om de samme pasientene, er det nødvendig at disse tjenestene har et godt samarbeid. Tjenestene/tilbudene omfatter blant annet demenskoordinator/hukommelsesteam, grønn omsorg, dagsentertilbud ved Lillehammer helsehus, avlastning, råd og veiledning og miljøbehandlingsteam. Avlastnings- og dagsentertilbudet må utvikles med hensyn til innhold, tilgjengelighet og omfang. Dette er sentralt for å kunne bo hjemme med en funksjonssvikt.

Demensarbeidslag innføres i hjemmetjenesten for å kunne gi økt kvalitet og mer individuelt tilpassede tjenester. Kommunens miljøbehandlingsteam og hukommelsesteam er i gang med å kombinere ulike virkemidler for å komme tidlig i kontakt med både de sykdomsrammede, deres familier, nære nettverk og frivillige. Målet er kunne tilby individuelt tilpassede dagaktivitetstilbud som miljøbehandling for tjenestemottaker og avlastning for de nærmeste. Dette arbeidet, samt samhandlingen på tvers innad i kommunen og ikke minst med aktører utenfor det offentlige, må forsterkes og videreutvikles. Erfaringene må nyttes til å videreutvikle tilbudet, og kunnskapen må deles mellom de ulike tjenestene.

Dersom det de nærmeste årene ikke utvikles et annet og bredere virkemiddelapparat innen hjemmebasert oppfølging og omsorg enn man har i dag, vil økningen i antall innbyggere med demenssykdom føre til at kommunen innen 2030 vil måtte øke sin kapasitet på sykehjemsplasser eller andre heldøgntilbud kraftig. Bidrag til livskvalitet og verdighet gjennom større deler av sykdomsforløpene vil kunne utsette behov for institusjonsplass, og dermed også ha betydning for dimensjonering av ulike deler av tjenesteapparatet.

Psykiske lidelser og ruslidelser

Psykiske helse- og rusproblemer er blant de største levekårsutfordringene i samfunnet, og er en sentral årsak til sosial ulikhet. En nordisk registerundersøkelse viser at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har omkring 20 år kortere forventet levetid enn befolkningen for øvrig. Det forventes at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. En av hovedoppgavene de kommende årene vil derfor være å redusere angst-, depresjons- og ruslidelser for å sikre enkeltmennesker bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet.

Undersøkelser viser at rundt 15–20 % av barn og unge i alderen 3 til 17 år har betydelige psykiske plager. Enslige, mindreårige asylsøkere blir ansett som en særlig utsatt gruppe. Ungdata-undersøkelsen (2018) for Lillehammer kommune viser at psykiske helseplager øker i ungdomsskolen og at det er kjønnsforskjeller i ungdomshelsen. Guttene er gjennomgående mer fornøyd med egen helse enn jentene, og de opplever færre helseplager i hverdagen.

Barn og unge kan også ha foreldre som har en rus- eller psykisk lidelse. For disse barna kan hverdagen oppleves som svært vanskelig. Det er viktig at disse blir fanget opp av hjelpeapparatet så tidlig som mulig. Se mer om barn og unge, psykisk helse og rusbruk/ruslidelser i kommunedelplan for oppvekst.

Norske og internasjonale studier viser at 30-50 % av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Angstlidelser og depresjon er de lidelsene som rammer flest, og her er forekomsten dobbelt så høy hos kvinner som hos menn. Ruslidelser rammer mellom 10 og 20 % av befolkningen. Her er det en overvekt av menn. Psykoselidelser er sjeldnere og rammer rundt 1-2 % av befolkningen i løpet av livet. De fleste psykiske lidelser debutterer i ung voksen alder. Angstlidelser starter ofte i tenårene, ruslidelser mellom 20 og 30 år og stemningslidelser mellom 30 og 40 års alder.

Med bakgrunn i økt alkoholkonsum er det grunn til å anta at det har vært en økning i andelen med alkoholrelaterte lidelser. Misbruk knyttet til vanedannende legemidler ser ut til å ha ligget stabilt de siste årene. Folkehelseinstituttet har ikke sikker kunnskap om utviklingen av skadelig bruk av illegale rusmidler. Blant personer med rusproblemer vil avhengigheten ofte bare være ett av flere problemer.

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer i alle deler av befolkningen. Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats og med støtte fra familie og nettverk. Andre har behov for hjelp fra helsetjenestene.

Nasjonale føringer, økt etterspørsel og endringer i oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er merkbare, og vil også fremover påvirke utviklingen i det kommunale tjenestetilbudet. Spesialisthelsetjenesten legger ned sengeplasser, og nasjonale føringer peker på nødvendigheten av gode kommunale tilbud der tjenestemottaker bor og lever. Fra 01.01.2019 er det lagt opp til at kommunene må betale for utskrivningsklare rus- og psykiatrispasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling (TSB). Samtidig innføres pakkeforløp for psykisk syke og rusavhengige. Nasjonale føringer oppleves også i større grad enn tidligere å legge premisser for både metodevalg og organisasjonsmodeller som kan bidra til mer målrettet, kommunal psykisk helsehjelp. Lovendringer knyttet til innleggelse med tvang og krav om diagnostisering må tas høyde for i utvikling av de kommunale tilbudene.

Siden etableringen av tjenesteområdet psykisk helsearbeid og rusomsorg i 2013 har det skjedd store endringer i forventninger til tjenestene. Det har blitt etablert nye oppfølgingstiltak, nye botiltak, og utvidet åpningstid i deler av tjenesten. Det er en betydelig økning i antall henvendelser, stort behov for oppfølgingstjenester og nødvendig å utvikle et utvidet aktivitets- og sysselsettingstilbud.

Lillehammer kommune har i dag verken et tilstrekkelig variert botilbud eller aktivitetstilbud til personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Personer med langvarig ROP-lidelse får utfordringer knyttet til somatiske lidelser tidligere enn befolkningen for øvrig. Dette medfører behov for tilpassede tjenester som kan ivareta både fysiske og psykiske helseplager. Kommunen mangler per i dag et differensiert botilbud for de eldre og sykeste hvor funksjonsnivået er mest redusert.

I 2018 er det gjennom Brukerplankartleggingen registrert ca. 300 personer med rus- og/eller psykiske lidelser som mottar tjenester fra tjenesteområdet psykisk helsearbeid og rusomsorg i Lillehammer kommune. Behovet for slike tjenester antas å være langt større.

Vold i nære relasjoner

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester angir at kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Vold i nære relasjoner er både alvorlig kriminalitet, et angrep på grunnleggende menneskerettigheter og et folkehelseproblem (kilde: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017 – Et liv uten

vold). Volden har mange uttrykk og omfatter fysiske, psykiske, seksuelle og materielle overgrep mot en person som voldsutøveren har en nær relasjon til. Det kan handle om overgrep mot nåværende eller tidligere kjæreste, samboer eller ektefelle, og det kan handle om overgrep mot egne barn/stebarn. Det kan handle om barn, barnebarn eller andre nære slektnings overgrep mot eldre. Og det kan handle om tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. I ytterste konsekvens tar denne volden liv. Det er ellers godt dokumentert at personer som har vært utsatt for vold og overgrep i langt større grad enn andre har både somatiske og psykiske helseplager.

Lillehammer kommune har en egen handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Del 1 retter seg mot barn og unge, del 2 retter seg mot voksne. Planen skal revideres i 2019.

Nedsatt funksjonsevne og behov for langvarige og koordinerte tjenester

Det har vært en vekst i antall personer med behov for tilrettelagte tjenester de siste årene. Med utgangspunkt i kjente forhold vil veksten vedvare i årene som kommer. Det er likevel knyttet usikkerhet til hvordan tjenestebehovet vil utvikle seg.

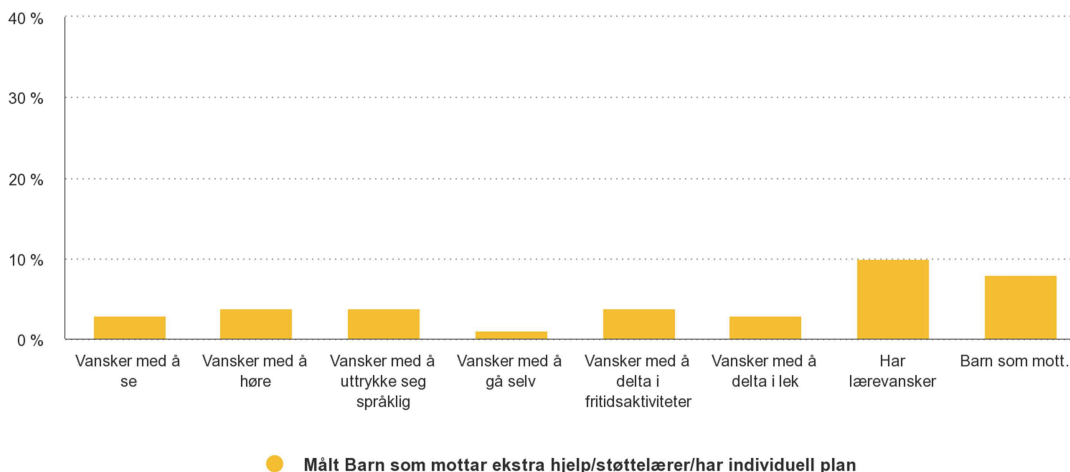
Barn og unge med utviklingshemming kan ha behov for omfattende kommunal bistand. For disse og deres familier er det nødvendig at planlegging av tjenester i et livsløpsperspektiv kommer i gang så tidlig som mulig. Godt koordinerte tjenester fra tidlig alder bidrar til bedre kontinuitet og mer forutsigbarhet for familien etter hvert som barnet blir eldre. I noen tilfeller vil det være aktuelt å starte oppfølgingsarbeidet allerede i svangerskapet. Personer med utviklingshemming blir oftest automatisk ung ufør ved 18 år, og forblir deretter mottakere av uføretrygd resten av livet.

Det er registrert 125 personer over 16 år med psykisk utviklingshemming i Lillehammer i 2018. Dette er en økning fra 2013 på 13 personer.

Men også andre diagnosegrupper har behov for tjenester. En stor andel av de nye tjenestemottakerne i tjenesteområdet tilrettelagte tjenester er unge med sammensatte vansker innenfor autismespekteret, ADHD eller andre typer adferdsforstyrrelser. Også overfor disse er det viktig med tidlig innsats. Ved å sette inn tiltak umiddelbart når vansken oppdages, kan man forebygge ytterligere skjevutvikling og bl.a. hindre frafall fra skolen.

I figur 5 vises nasjonale forekomster av ulike typer funksjonsnedsettelse blant barn mellom 6 og 15 år. Selv om dette er tall på landsbasis, synliggjør det behov som vil være viktige for dimensjoneringen av tjenestetilbudet i planperioden, da en del av dem det gjelder vil ha behov for kommunale tjenester. I første omgang vil dette gjelde avlastningstjenester.

Ulike typer av funksjonsnedsettelse, barn mellom 6 og 15 år. I prosent.



Kilde: SSB, Levekårsundersøkelsen om helse

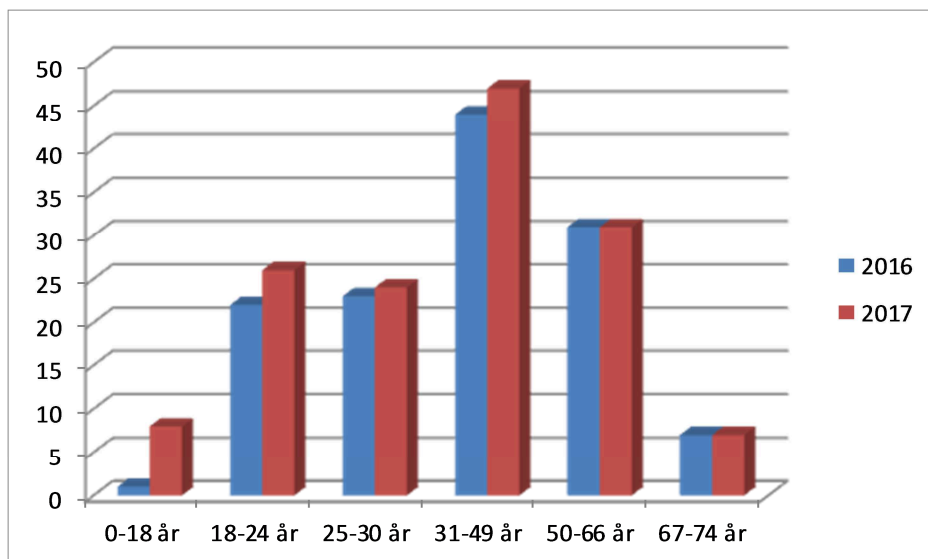
Figur 5. Ulike typer av funksjonsnedsettelse, barn mellom 6 og 15 år, i prosent. Kilde SSB/Bufdir

Kommunens tjenestetilbud er vesentlig for barn, unge og voksne med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Kommunen skal sørge for nødvendige tjenester som avlastning, habilitering og opptrening, opplæring og veiledning til foreldrene, samt bistand knyttet til ulike former for tilrettelegging. I tillegg kommer ulike former for praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), avlastning, støttekontakt, miljøarbeidertjeneste, aktivitet og arbeid, transport og ikke minst omsorgsboliger.

Det er utfordringer knyttet til kapasitet på avlastningstilbudet til familier som har barn med nedsatt funksjonsevne. Det samme gjelder sysselsetting/aktiviteter på dagtid. Økningen i antall personer med sammensatt problematikk som trenger tjenester er også en utfordring. Observert og forventet utvikling i antall tjenestemottakere vil ikke alene gi et godt bilde av utfordringene. Vel så viktig er *omfanget* av tjenester den enkelte tjenestemottaker har behov for.

Av tjenesteområdet tilrettelagte tjenester 235 tjenestemottakere (2017) er 135 over 18 år. 38 av disse er mellom 50 og 74 år. De fleste av dagens bofelleskap har stort aldersspenn blant leieboerne. Det er behov for egne omsorgstilbud for eldre utviklingshemmede, på samme måte som det er behov for omsorgstilbud for andre grupper eldre.

Tall for tjenestemottakere mellom 0 og 18 år som mottar avlastning, er ikke med i figur 6. I 2014 var det 51 barn og unge som benyttet ulike avlastningstilbud i Lillehammer kommune og 49 som mottok støttekontakttjenester.



Figur 6. Aldersfordelingen for antall innbyggere som har mottatt praktisk bistand og opplæring i bolig i 2016 og 2017. Kilde: Gerica tjeneste 2 Praktisk bistand opplæring

I forbindelse med *Samlet handlingsplan for boliger og tjenester til vanskeligstilte på boligmarkedet i Lillehammer 2014-2017: «Alle kan bo!»* ble det foretatt en detaljert kartlegging av boligbehov blant utviklingshemmede og personer med diagnoser innen autismespekteret og andre med tilsvarende funksjonsnivå fram mot 2025. Boligbehovet så da slik ut:

- 31 boliger med heldøgnsbemanning
- 23 boliger i nærhet til heldøgnsbemannet bolig
- 16 boliger til personer som klarer seg med ambulante tjenester

Utskrivningsklare pasienter på sykehus

Etter innføring av samhandlingsreformen skrives pasienter raskere ut fra sykehusene enn før. Det innebærer at pasientene ved utskrivning ofte er sykere enn før og i mange tilfeller har de behov for omfattende medisinsk oppfølging. At pasienter blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare er ikke en ønskelig situasjon, hverken for pasienter, sykehus eller kommunen. Kapasitet på institusjonsplasser i kommunen er en viktig faktor, men det er også andre faktorer som påvirker kommunens evne til å ta imot pasienter.



Figur 7: Utskrivningsklare pasienter tilhørende Lillehammer kommune, liggedøgn.

Tallene i figur 7 viser en klar nedgang i antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i 2015 og 2016, fulgt av en sterk økning i 2017. Nivået var høyt også i 2013 og 2014, men er enda høyere i 2017.

I 2017 betalte Lillehammer kommune ca. 6 millioner kroner for utskrivningsklare pasienter på sykehus. Det er i øyeblikket (okt. 2018) ikke kjent hvilke konsekvenser det vil få når kommunen nå også får betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert behandling (TSB) fra 01.01.2019.

Tjenester i hjemmet

Lillehammer kommune leverer en lang rekke tjenester hjemme hos innbyggerne, avhengig av innbyggerens behov. Av disse kan nevnes:

- Hjemmesykepleie og praktisk bistand
- Fysio- og ergoterapi
- Bo- og oppfølgingstjeneste for personer med vansker knyttet til psykisk helse og rus
- Ambulerende miljøarbeidstjeneste (AMAT) for personer med funksjonsnedsettelse
- Tjenester i boliger for personer med funksjonsnedsettelse
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

I tjenesteområde Hjemmetjenesten har det de senere år vært en reduksjon i totalt antall årsverk målt i arbeidede timer, samtidig som antall tjenestemottakere har gått opp. I 2016 ble bokollektiv B og Y ved Horsters Minde lagt ned. Hvis man justerer for dette, er antall arbeidede årsverk stabilt i perioden 2015-2017.

Den klare målsettingen om at kommunens innbyggere skal bo hjemme så lenge som mulig krever økt fokus på samordning av dagens hjemmebaserte tjenester og nye tjenester i hjemmet.

Lillehammer kommune står i begynnelsen av planperioden midt i en omorganisering av hjemmetjenesten, med vekt på spesialisering. Behovet er knyttet til at oppgavene i stadig økende grad krever høyere og mer spesialisert kompetanse. Det er i første omgang innen demensområdet dette tydeliggjøres, men behovet for spisskompetanse er stort også innen behandling av kreft, slag og livsstilssykdommer, samt aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid.

Samtidig som tjenesteområdet hjemmetjenesten får stadig flere tjenestemottakere som krever spesialisert kompetanse, har tjenesten lang tradisjon for å håndtere alle typer behov hos innbyggerne. Det spenner fra de med behov for bare litt praktisk hjelp til dem som trenger omfattende, døgkontinuerlige tjenester. Hjemmetjenesten tar ofte ansvar for tjenestemottakere som ikke «passer inn» andre steder og som ingen andre tar seg av. Dette er en kvalitet hjemmetjenesten har, men det store oppgavespennet er også en utfordring for tjenesten. I planperioden bør det vurderes nærmere om hjemmesykepleien som del av den hjemmebaserte omsorgen skal bli en mer rendyrket helsetjeneste, parallelt med at man utvikler andre tjenester i hjemmet som er mer målrettede i forhold til ulike andre behov. En slik vurdering må ikke utelukkende ta for seg hjemmetjenesten, men se de kommunale tjenestene i sammenheng. En nøkkel for å lykkes ligger i å skape kultur for og vilje til samarbeid på tvers av dagens tjenester.

Tjenester som vi i dag kjenner som rehabilitering, hverdagsrehabilitering, miljøarbeid, aktiv omsorg og innsatsteam er viktige for å lykkes med morgendagens omsorg, sammen med nye metoder, ny faglig tilnærming og våkenhet for nye løsninger. Aktiv, oppdatert bruk av velferdsteknologi vil spille en betydelig rolle i dette arbeidet.

Fokus må ligge på tidlig innsats og forebyggende arbeid, samt å utvikle en hjemmetjeneste som både har nødvendig kapasitet og kompetanse. Det er samtidig avgjørende at Lillehammer kommune har en institusjons-/HDO-dekning som sikrer at de innbyggerne som ikke mestrer å bo i eget hjem også vil få et egnet botilbud.

BPA er en måte å organisere tjenesten som omfatter praktisk og personlig assistanse for personer med nedsatt funksjonsevne og som har behov for bistand i dagliglivet. Hjelpen kan gis både i og utenfor hjemmet. Formålet er å bidra til likeverd, likestilling og samfunnsdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne, med mål om å bidra til et aktivt og mest mulig uavhengig liv. BPA-ordningen er brukerstyrt, det vil si at brukeren selv er arbeidsleder og påtar seg ansvaret for organisering og innhold av tjenesten. I Lillehammer kommune er det pr. oktober 2018 29 personer som har BPA med til sammen 608 timer pr. uke.

Heldøgns omsorgsplasser på Lillehammer helsehus, i bokollektiv og HDO

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Lillehammer kommune vil i planperioden møte store utfordringer med hensyn til å skulle dekke behovet for heldøgns omsorgsplasser, det gjelder både for kort- og langtidsopphold. Innbyggere kan i dag få innvilget langtidsopphold i institusjon på Lillehammer helsehus, i bokollektiv eller i bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns omsorg (HDO).

Selv om flere blir boende lengre hjemme, vil veksten i antall eldre være med på å opprettholde presset på langtidsplasser. Det forventes at den positive utviklingen knyttet til Eldres fysiske helse fortsetter. Utfordringen består i at det er demenssykdom som er, og fortsatt vil være, den viktigste grunnen til at innbyggere får behov for langtidsplass med heldøgns omsorg. Det er lite som tyder på at andelen innbyggere med demenssykdom vil følge den samme positive trenden som utviklingen i somatisk helse.

Det erfarer nå også at det er behov for tilrettelagte sykehjemsplasser for personer med ruslidelser og for personer med utviklingshemming.

En annen utfordring innenfor dette området er behovet for korttidsplasser, herunder også avlastningsplasser. Uten tilstrekkelig kapasitet på disse områdene, vil behovet for langtidsplasser øke. Lillehammer kommune er ved inngangen til planperioden i en situasjon hvor plasser tiltenkt korttidsopphold må brukes til langtidsopphold. Selv om antall tilgjengelige plasser vanligvis varierer, ser det ut til at denne situasjonen over tid er blitt mer permanent.

Etter innføring av samhandlingsreformen, er den gjennomsnittlige liggetiden ved sykehuset blitt betydelig redusert og pasienter skrives ut raskere. Lillehammer kommune har de siste årene hatt betydelige utgifter knyttet til betalingspliktige døgn ved Sykehuset Innlandet Lillehammer. Disse pasientene venter i hovedsak på korttidsplass i institusjon. Selv om det er svingninger i løpet av året, har det så å si til enhver tid vært utskrivningsklare pasienter som venter på utreise. Dette er ikke en god løsning, verken for pasienten, sykehuset eller kommunens helsetjenester.

Som en del av omstillingene innen helse- og omsorgssektoren er det satt i gang et arbeid for å få til mer optimale pasientforløp. God «flyt» av pasienter krever fleksibilitet i tjenestene og at alle deler av

tjenesten jobber målrettet med rehabilitering og mestring. Dette gjelder både tjenester i hjemmet og hvordan man jobber med pasienter med korttids plass.

Dimensjonering av antall plasser i sykehjem og tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns omsorg:

Historisk har man i Lillehammer, som i mange andre kommuner, brukt «andel av befolkningen over 80 år» som grunnlag for dimensjonering av institusjonsbaserte tjenester. En slik tilnærming er omdiskutert, men i mangel av andre beregningsmåter er behovene for heldøgns omsorgsplasser nedenfor synliggjort med utgangspunkt i dagens status og fremskrevet antall innbyggere i aldersgruppen 80+ i 2028.

Tjeneste	Tjenestested	2018	2028
HDO	Skårsetlia	0	0
	Gartnerhagen 6	32	47
	<i>Sum plasser</i>	32	47
Institusjonsplasser	Lillehammer helsehus	188	188
	Skårsetlia bokollektiv	12	12
	Gartnerhagen bokollektiv	16	16
	Søre Ål bokollektiv	12	12
	<i>Sum plasser</i>	228	228
Totalt antall plasser		260	275
Befolkning 80+		1441	2065
Dekningsgrad %		18	13
Antall plasser ved 16 % dekningsgrad		231	330
Antall plasser ved 18 % dekningsgrad		259	372
Antall plasser ved 20 % dekningsgrad		288	413
Plassavvik ved mål om 16 % dekningsgrad		29	-55
Plassavvik ved mål om 18 % dekningsgrad		1	-97
Plassavvik ved mål om 20 % dekningsgrad		-28	-138

Figur 8. Antall plasser og dekningsgrad 2018 og 2028. Etter åpningen av 32 nye HDO-plasser i Gartnerhagen 6, har Lillehammer kommune nå 260 heldøgns plasser, noe som gir en dekningsgrad på 18 % (høsten 2018).

I tillegg til de faste plassene, har Lillehammer kommune over tid benyttet midlertidige løsninger. Omfanget av dette har variert, men per 01.09.2018 kjøper Lillehammer kommune fem plasser av Øyer kommune, og det er fortsatt midlertidige løsninger ved Lillehammer helsehus.

Ved inngangen til planperioden eksisterer det ingen konkrete planer for etablering av flere heldøgns plasser i Lillehammer kommune utover de resterende 15 HDO-leilighetene i Gartnerhagen 6. Kommunestyret vedtok høsten 2017 at disse skulle brukes som omsorgsleiligheter og fases inn som HDO-leiligheter ved behov. Når bufferen på 15 plasser er tatt i bruk som HDO-plasser, og dersom Lillehammer kommune ikke bygger ut flere plasser, vil dekningsgraden være 13 prosent i 2028. For å komme opp på en dekningsgrad på 18 % i 2028, må de resterende 15 HDO-leilighetene tas i bruk, og det må i tillegg etableres om lag 100 nye plasser.

Det er utfordrende å beregne effekt av tiltak som velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering/mestring og ulike miljøterapeutiske lavterskeltilbud. Dimensjoneringen av ulike tjenester i hjemmet vil ha

vesentlig betydning for behovet. Uavhengig av disse tiltakene vil dimensjonering av fremtidig plassbehov være avhengig av hvordan plassene disponeres, og hvordan det arbeides for at de som ikke trenger en varig institusjonsplass kan bo lengre hjemme. Tilgjengelighet på institusjonsplasser og HDO-boliger bestemmes av kapasitet, men også i stor grad av hvordan plassene benyttes. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten, med færre sengeplasser og redusert liggetid utfordrer dessuten stadig kommunens kapasitet og kompetanse.

Forsterket innsats i det forebyggende og rehabiliterende arbeidet vil kunne medføre at det ikke vil være behov for den samme *dekningsgraden* når det gjelder heldøgns omsorgsplasser i framtida. Men på grunn av økningen i antall eldre, vil det uansett bli behov for å øke *antall plasser*. Særlig er dette knyttet til en forventning om økte behov innen demensomsorgen.

Følgende legges til grunn for dimensjonering av heldøgns omsorgsplasser i planperioden:

I kommunedelplan Omsorgstjenester (2009-2021) er det lagt til grunn en dekning av institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger på 18 % av antall eldre over 80 år.

Med satsing på forebyggende arbeid, hverdagsrehabilitering og tilrettelegging for at eldre kan bo lengre hjemme, er det grunnlag for å redusere denne dimensjoneringen til 16 % av andel eldre over 80 år. Denne reduksjonen gjenspeiles på landsbasis, hvor gjennomsnittet av norske kommuner nå planlegger for en dekningsgrad på 16,4 %. Dette innebærer et forventet behov for minimum 70 nye institusjonsplasser/HDO-plasser i Lillehammer i planperioden.

Den eldre befolkningen opprettholder i større grad sitt funksjonsnivå og holder seg lenger fysisk friske. Slik sett blir den største utfordringen i tiden framover å etablere spesielt tilrettelagte boliger for mennesker med demens. For disse vil det være behov både for institusjonstilbud som ivaretar dem som trenger spesiell skjerming, og heldøgns omsorgsboligtilbud tilrettelagt for denne brukergruppen.

Det finnes et betydelig utbyggingspotensial i eksisterende bygningsmasse hvor det allerede er infrastruktur og kompetanse som det kan bygges videre på:

- Det er ferdigstilt 15 HDO boliger i 1. etasje på Gartnerhagen 6 som ikke er tatt i bruk.
- Lillehammer helsehus, F-bygget, ble teknisk dimensjonert for å kunne bygge ut en tredje etasje med 20 plasser.
- Den planlagte samlokaliseringen av hjemmetjenesten vil kunne frigjøre ledige lokaler i bo- og servicesentrene. Disse lokalene bør vurderes omgjort til bokollektivplasser. En utvidelse av dagens bokollektiv vil kunne bidra til at bokollektivene blir mer driftseffektive. Det må foretas en vurdering av bygningsmassen og utredes hvor mange plasser det er rom for på hvert bo- og servicesenter.
- Skårsetlia bo- og servicesenter omdisponeres til et demenssenter. Plasser kan etableres som HDO-boliger eller institusjonsplasser. Områdene rundt Skårsetlia bo- og servicesenter er godt tilrettelagt med uteområder som vil være svært gunstig ved etablering av et demenssenter. Det vil også være naturlig å etablere et nødvendig antall dagplasser til dette demenssenteret.
- Det bør bygges ordinære omsorgsboliger knyttet til planlagt flerkjernestruktur for å erstatte bortfall av boliger i Skårsetlia for slik å dekke opp for økt behov.
- Konkret antall plasser som bør etableres, og innretning av dem for ulike grupper tjenestemottakere, må utredes nærmere. Antall plasser må ses i sammenheng med utvikling og dimensjonering av tjenester i hjemmet. Utredningen bør resultere i en plan for dimensjonering og utbygging av ulike typer heldøgns omsorgsplasser, der alternative

utbyggings- og eieformer blir vurdert. Planen må samsvare med de føringer for areal- og byplanlegging som legges gjennom kommuneplanens arealdel og byplanen for Lillehammer.

Parallelt med økning av kapasitet på institusjons- og HDO-tilbudet må det sikres at disse plassene brukes målrettet, jf. omtale av helhetlige pasientforløp i kapittel 3.4.

Bo- og servicesentrenes rolle

Det har de siste årene vært ulike synspunkter på hvilken plass bo- og servicesentrene skal ha i helse- og omsorgstjenesten, og hva slags tilbud og bemanning de skal ha.

I kommunedelplan Omsorgstjenester 2009-2021 var målsettingen at bo- og servicesentrene skulle være et tilbud til innbyggere som har behov for en tilrettelagt, trygg bolig med mulighet for sosial kontakt. Begrunnelsen for dette var at innbyggeren på denne måten ville kunne bo hjemme lenger.

Etter at hjemmetjenesten og Aktiv Omsorg ble omorganisert, har beboerne uttrykt uro over mangel på tilstedeværelse av kommunalt ansatte, og at tjenester som tidligere ble ivaretatt av hjemmetjenesten og Aktiv omsorg har blitt borte eller blitt dårligere. Det er nødvendig å skape forutsigbarhet og trygghet for beboerne på bo- og servicesentrene. Etter vedtak i kommunestyret har Aktiv omsorg i 2018 fått en rammeøkning som er brukt til å opprette tre nye stillinger for å sikre tilstedeværelse og aktivitet ved bo- og servicesentrene. Gjennom vedtaket signaliserer kommunestyret at bo- og servicesentrene skal ha en viktig rolle i det fremtidige helse- og omsorgstilbudet i Lillehammer kommune, både for beboerne og som et møtested for eldre i nærmiljøet. Dette vil kunne være et viktig bidrag i det forebyggende helsearbeidet, og bør på sikt resultere i redusert behov for tyngre tjenester.

Legetjenestens rolle

Den kommunale legetjenesten består av fastlegeordningen, sykehjemsleger på Lillehammer helsehus, helsestasjon og legevakt. For innbyggerne er fastlegen i lange perioder den eneste delen av kommunehelsetjenesten man er i kontakt med. Til forskjell fra andre tjenester, er fastlegetjenesten i kontakt med innbyggerne gjennom hele livsløpet.

Fastlegene og sykehjemslegene er sentrale for oppfyllelse av mange av målene i samhandlingsreformen og spiller en sentral rolle for sammenheng og effektivitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når flere skal bo hjemme lenger, er fastlegenes kompetanse avgjørende for at innbyggerne skal kunne oppleve trygghet i eget hjem. Fastlegene har en sentral rolle i utformingen av gode pasientforløp og i deltakelse i tverrfaglige team. Tett samarbeid med andre kommunale tjenesteytere er nødvendig og må utvikles videre.

Samhandlingsreformen har medført en betydelig oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Dette har satt fastlegeordningen under press, og kommer til uttrykk i økende utfordringer med å rekruttere og beholde leger i den kommunale helsetjenesten. Med stadig økende krav til kompetanse, samt betydelig investeringsbehov for å starte en praksis, er det grunn til å tro at denne trenden vil fortsette. Per 2018 har Lillehammer en svekket reservekapasitet med få ledige plasser i fastlegeordningen. Arbeidspresset for fastlegene øker, noe som viser seg gjennom gradvis kortere pasientlister hos den enkelte lege. Det er behov for kapasitetsøkning i fastlegeordningen både på kort og lang sikt. Kombinasjonen av disse faktorene aktualiserer en vurdering av hvordan fastlegeordningen i kommunen organiseres.

Per 2018 driver alle fastlegene i Lillehammer kommune privat praksis. På bakgrunn av utviklingen som er beskrevet over, har kommunen i samarbeid med kommunens fastleger og sykehjemsleger hatt en arbeidsprosess rundt opprettelse av tre fastlegehjemler i kommunal regi. Ved å tilby oppstart

med spesialistutdannelse i trygge rammer med god faglig oppfølging vil terskelen for å starte i allmennpraksis bli lavere. Dette forventes å bedre rekrutteringen av leger til allmennpraksis i kommunen. De tre fastlegepraksisene planlegges etablert i legevaktens lokaler, som er tilgjengelige på dagtid.

Kommunen overtok i 2017 ansvaret for drift av kommunal legevakt, og nye lokaler ble tatt i bruk høsten 2017. Tilbudet om kommunale akutte døgnplasser (KAD) ble i 2018 flyttet fra Lillehammer helsehus til legevakta. Rekruttering av sykepleiere er en nasjonal utfordring. Basert på samlokalisering og samdrift av legevakt, fastlegesenter og KAD, har kommunen bedre forutsetninger for å tilby attraktive arbeidsforhold for sykepleiere.

3 Mulighetsbildet

3.1 Brukermedvirkning og forventninger fra innbyggere

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Tjenestemottakere og pårørende har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere.

I arbeidet med primærhelsemeldingen, Meld. St. 26 (2014-2015), ble pasienter og brukere spurt om hva som oppleves som de største utfordringene i primærhelsetjenesten. Tilbakemeldingene ble oppsummert på følgende måte:

- Kvaliteten i tjenestene.
- Tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte. Det er for lite koordinering mellom tjenestene.
- Det er for lite brukerinvolvering.
- Fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I forbindelse med arbeidet med Meld. St. 15 (2017-2018) har mange eldre uttrykt at de i for liten grad får tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Videre opplever mange at tjenestene er for oppstykket og mangler helhet og kontinuitet, tilnærmingen er for lite personsentrert og det gis for lite avlastning og støtte til pårørende.

Tilbakemeldingene er gjenkjennelige også i Lillehammer. I arbeidet med kommunedelplanen har det vært gjennomgang av bruker-/innbyggingsynspunkt som har framkommet gjennom andre prosjekter, plan- og utviklingsarbeid og ordinær virksomhet i helse- og omsorgstjenestene. Det gjelder blant annet forebyggende hjemmebesøk, innføring av velferdsteknologi, pasientflytprogram, arbeidet med plan for psykisk helse og rusarbeid og vurdering av tilbudet på bo- og servicesentrene. Noen gjennomgående behov og forventninger gjengis nedenfor:

- Trygghet
- Informasjon og informasjonsflyt
- Aktivitet
- Unngå ensomhet
- Få den hjelpen man trenger, når man trenger den
- At de ansatte kjenner pasienten
- Medvirkning i egne tjenester og tiltak

Det er vanlig å skille mellom brukermedvirkning på tre nivåer: individ-, tjeneste- og systemnivå.

Brukermedvirkning på *individnivå* handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å ha innflytelse på sitt individuelle støtte- eller behandlingstilbud. Det betyr at den enkelte skal påvirke forhold som gjelder seg selv og egne behov.

Brukermedvirkning på *tjenestenivå* innebærer at brukerrepresentanter inngår i et likestilt samarbeid med fagpersoner fra tjenesteapparatet, og at de er aktivt deltakende ved utveksling av kunnskap og erfaringer for å endre behandlingstilbud og tjenester.

Brukermedvirkning på *systemnivå* er en arbeidsform hvor brukergrupper og brukerorganisasjoner involveres i planlegging av tiltak og tjenester som har allmenn betydning og deltar i råd eller utvalg.

Lillehammer kommune har så langt ikke utarbeidet felles politikk eller prinsipper for brukermedvirkning. Tjenestområdet psykisk helsearbeid og rusomsorg har ansatt en egen brukermedvirkningskonsulent og over tid jobbet systematisk med brukermedvirkning. Det er behov for et systematisk brukermedvirkningsarbeid i alle helse- og omsorgstjenestene.

Aktiv medvirkning henger nøye sammen med tjenestemottakers og pårørendes evne og mulighet for å skaffe seg informasjon. Jo bedre informasjonen er, jo større mulighet har tjenestemottaker og andre involverte til å orientere seg, vurdere tilbud og forstå omfang og avgrensninger. Forventningsavklaringer om fremtidens helse- og omsorgstjenester er en kritisk faktor for å kunne opprettholde innbyggernes tillit til kommunen som leverandør av grunnleggende velferdstjenester. Brukermedvirkning er et særdeles viktig virkemiddel for å oppnå en slik avklaring.

Den beste velferden og de beste tjenestene skapes i samspillet mellom høy faglighet og et sterkt innbyggerperspektiv.

3.2 Digitalisering, innovasjon og velferdsteknologi

Innovasjon handler i utgangspunktet ikke om å ha gode ideer. Innovasjon handler om å tenke på problemer på nye måter eller å identifisere nye muligheter. Kommunal- og moderniseringsdepartementet definerer innovasjon som «*prosessen med å utvikle nye ideer og realisere dem slik at de gir merverdi for samfunnet*». Kortversjonen er at det skal være noe *nytt* for kommunen eller tjenesten, det skal være *nyttig*, og det skal være *nyttiggjort*. I det siste ligger et viktig poeng: For at noe skal kunne kalles en innovasjon, må den nye idéen, tjenesten eller produktet være realisert eller tatt i bruk. I det første ligger et enda viktigere poeng: Det er lov å lære av andre.

Selv om anslagene varierer noe, er det stort sett enighet om at det i det lange løp er den kontinuerlige innovasjonen, som i hovedsak framstår som forbedring av eksisterende tjenester, som gir størst effekt for vekst og produktivitet. Det er derfor viktig at kommunen satser på medarbeiderne og en kultur som ikke bare tillater, men også oppfordrer til å løse oppgavene på nye og smartere måter. Det innebærer at det må gis større rom for å gjøre feil innimellom, noe som fastslås i Lillehammer kommunes innovasjonsstrategi for 2016-2020.

Strategiene er:

- Styrke bevisstheten om innovasjon i organisasjonen
- Øke evnen til innovasjon i organisasjonen
- Bygge gode innovasjonsforløp (prosesser) i organisasjonen
- Utvikle den politiske og administrative lederrollen

Digitalisering og velferdsteknologiske løsninger er viktige virkemidler i innovasjonsarbeidet. Det er vedtatt en felles digitaliseringsstrategi for kommunene Gausdal, Lillehammer og Øyer.

Digitaliseringsstrategien skal være førende for aktiviteter i alle kommunens virksomheter og

implementeres i kommunenes styringsmodell. En målsetting er at digitalisering og teknologiske løsninger skal legge til rette for at innbyggerne mestrer egen hverdag, også i perioder med sykdom og funksjonsnedsettelse. Innenfor helse- og velferdstjenestene skal teknologi benyttes til fysisk tilrettelegging, til å ha kontroll med egen helse og til å opprettholde sosial kontakt med omgivelsene.

I Lillehammer kommune er det besluttet politisk at det skal satses på velferdsteknologi i arbeidet for å bedre kvaliteten i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Velferdsteknologiske løsninger kan være et supplement til andre kommunale tjenester, slik at flere eldre mennesker, personer med kroniske sykdommer og personer med funksjonsnedsettelse kan mestre eget liv lengst mulig, bo hjemme tryggest mulig og få økt livskvalitet og komfort. Ved å ta i bruk velferdsteknologi kan også de ansatte i helse- og omsorgstjenesten bli mer tilgjengelige, ressursene kan utnyttes bedre og kvaliteten på tjenestene økes.

Det er viktig at prosessene rundt det å ta i bruk disse nye hjelpemidlene gjennomføres systematisk og med en tilnærming som sikrer at alle faktorer som er av betydning blir tatt hensyn til. Det dreier seg blant annet om etiske, tekniske og økonomiske forhold. Andre forhold som er viktige, er sikkerhet og personvern, organisatoriske og systemorienterte spørsmål og kompetanse hos tjenestemottaker, pårørende og ansatte.

En viktig forutsetning for digitalisering og bruk av velferdsteknologi er at personvernet ivaretas, slik at innbyggerne har tillit til de digitale tjenestene. Den enkelte innbygger skal i størst mulig grad ha råderett over egne personopplysninger, og kommunen skal ha et forsterket fokus på informasjonssikkerhet, personvern og robuste løsninger. Tilfredsstillende konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet skal sikres.

For å ivareta sikkerheten skal det gjennomføres en ROS-analyse ved innføring av ny teknologi og når teknologiske løsninger plasseres ute hos tjenestemottakerne. Det skal finnes sikkerhetsforanstaltninger både for strøm og nettilgang. Dersom teknologien slutter å fungere, iverksettes manuelle tiltak.

3.3 Tillitsbasert styring og ledelse

Kommunestyret har vedtatt å gjennomføre en tillitsreform i hele kommuneorganisasjonen. Styrings- og ledelsessystemet i de ulike virksomhetene skal gjennomgås med sikte på å sikre økonomisk selvstyre innenfor rammen av absolutte budsjetter. Reformen skal gi flatere struktur med færre og mer involverte ledere og opprensning i regler og rapporteringsrutiner med mål om å gi ansatte større faglig frihet. Dette forventes å føre til større fleksibilitet, mindre byråkrati, bedre kvalitet på tjenestene og mer innovasjon. Tillit blir i en slik sammenheng en styringsmekanisme som handler om å øke det lokale handlingsrommet og skape bedre betingelser for selvstyring. Sammen med økt fokus på forebyggende helsearbeid vil dette utfordre både forvaltning og utøvelse av helse- og omsorgstjenester i Lillehammer kommune.

3.4 Samarbeid om helhetlige pasientforløp

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig. Kommunen skal også samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helse- og omsorgstjenestene i landet best mulig kan virke som en enhet.

Mange av helse- og omsorgstjenestene samarbeider med eksterne aktører som sykehus, behandlingsinstitusjoner og andre utenfor det kommunale tjenesteapparatet. Manglende kunnskap om hverandres tjenester og oppgaver, rutiner og kommunikasjon er noen av utfordringene. Ansatte

fra alle deler av Lillehammer kommunes helse- og omsorgstjenester fremhever i sine innspill til kommunedelplanen samarbeid som en viktig utfordring i arbeidshverdagen. Det gjelder både internt i egen avdeling, med andre avdelinger i samme tjenesteområde, med andre tjenesteområder, andre sektorer og eksterne aktører.

En hovedutfordring knyttet til samarbeid er evnen til å planlegge og gjennomføre helhetlige pasientforløp. Utfordringen innebærer også en et stort potensial og en mulighet for forbedring. Gode pasientforløp er essensielt i pasientbehandlingen. Legens rolle som behandler, hjemmetjenestens mulighet og kapasitet til å løse nye oppgaver, det forebyggende arbeidet, ulike lavterskeltilbud og fleksibel bruk av plasser gir både bedre pasientbehandling og mindre press på behovet for heldøgns pleie- og omsorgstjenester.

Noen kjennetegn ved helhetlige pasientforløp bør være:

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- Informasjonsdrevet - fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov

3.5 Samarbeid med frivillige, pårørende og nære nettverk, regionalt samarbeid og samarbeid med private aktører

Samarbeid med frivillige

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Lillehammer har et mangfoldig og aktivt kultur- og foreningsliv. Dette er et godt utgangspunkt når fokuset i de kommunale helse- og velferdstjenestene skal dreies i retning av den enkelte innbyggers medvirkningsansvar, muligheter og ressurser.

Frivillige organisasjoner gjør en stor innsats, og mange av disse driver virksomhet i samarbeid med, eller som supplement til, de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Kommunen har tradisjon for samarbeid med frivillige organisasjoner og frivillige personer. Disse vil også være viktige samarbeidspartnere i fremtiden.

Folkehelseloven gir kommunene ansvar for å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. De nye folkehelseutfordringene som ensomhet, psykiske plager, fysisk inaktivitet og sosiale helseforskjeller krever nye tilnærminger. Det brede tilbudet av aktiviteter gjør at frivillig sektor utpeker seg som medspillere innen et stort område.

Lillehammer seniorråd er blant dem som flere ganger har etterlyst en mer tydelig og bevisst frivillighetspolitikk i Lillehammer kommune. Helt konkret har rådet etterlyst at det settes i gang et arbeid med å utarbeide en frivillighetsmelding, og at det som er skrevet om frivillighet i tidligere plandokumenter omsettes i handling.

Lillehammer kommune starter høsten 2018 arbeidet med en egen frivillighetsmelding. Uavhengig av dette arbeidet må helse- og omsorgstjenestene videreutvikle et godt samspill og samarbeid med frivillig sektor. I dialog med de frivillige og de frivillige organisasjonene vil Lillehammer kommunes helse- og omsorgstjenester prioritere informasjon, opplæring og bistand til koordinering for å sikre et funksjonelt samarbeid til beste for mottakere av omsorgstjenester. Det bør vurderes å opprette en stilling eller funksjon som samfunnskontakt eller frivillighetskoordinator i kommunen. Målet med en slik funksjon er å mobilisere til frivillig innsats i helse- og omsorgstjenestene og styrke samarbeidet med skole, barnehage, organisasjoner og sivilsamfunn.

Samarbeidet mellom kommunen og frivillige enkeltpersoner, lag, foreninger og organisasjoner må bygge på prinsippet om at frivillig sektor er en viktig og integrert del av eldreomsorgen. Det er viktig å anerkjenne frivilligheten som helt nødvendig del av omsorgsarbeidet i Lillehammer kommune.

Den enkelte frivillige må oppleve å bli sett, føle at arbeidet som legges ned har betydning og ha trygge og forutsigbare rammer. Frivillig sektor og kommunen bør komplettere hverandre, og kommunen må bli flinkere til å konkretisere muligheter og invitere til samarbeid. Det er avgjørende at de ulike partene i et slikt samarbeid har en omforent oppfatning av hvilke oppgaver frivillige kan og bør ta på seg, og at den frivillige innsatsen skjer i forståelse og nært samarbeid med ledelse og andre ansatte.

Samarbeid med pårørende og nære nettverk

Når det blir behov for å mobilisere omsorgsressurser, er det gjerne de nærmeste pårørende og det kommunale tilbudet det blir fokusert på først. Kombinasjon av nær relasjon og kompetanse har stort potensiale. De kommunale helse- og omsorgsytterne gjør en viktig og god jobb innenfor sine rammer, og det foregår mange gode møter mellom kommunale medarbeidere og innbyggere. Det er likevel begrenset i hvor stor grad de kommunale tjenestene har mulighet til å bidra slik at hver enkelt innbygger som ønsker det kan fortsette som aktive deltakere i samfunnet når sykdom eller problemer rammer.

De neste tiårene er det grunn til å forvente at det blir knapphet på både fagutdannet personell og frivillige omsorgsytere. Tiltak for å styrke og bevare pårørendeomsorgen vil derfor kunne få stor samfunnsmessig betydning. For å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå og hindre at innsatsen minsker og forvitrer, er det viktig å anerkjenne, ta vare på og avlaste pårørende med krevende omsorgsoppgaver og legge forholdene bedre til rette for at det er mulig å kombinere arbeid og omsorg. Videre er det viktig at de pårørende får støtte og faglig veiledning fra den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Muligheten for å motta omsorgslønn kan også være helt vesentlig for noen.

I Norge er det samlede omsorgstilbudet et offentlig ansvar som er nedfelt i helse- og omsorgslovgivningen. Det betyr ikke at alle oppgaver skal løses av kommunen som eneste tjenesteprodusent. Lillehammer kommune er ikke bare en kommuneorganisasjon, men også et lokalsamfunn med familier, sosiale nettverk, organisasjoner, bedrifter og tiltak. I tillegg til pårørende, medarbeidere og frivillige, er det viktig å peke på en fjerde gruppe når vi skal mobilisere omsorgsressurser. Denne gruppen kan omtales som «nære nettverkspersoner». Tjenestemottakers nære nettverk har viktig kunnskap og er en viktig ressurs som mellomledd mellom tjenestemottaker og det offentlige helsevesenet. Det handler om å mobilisere ressurser og å sette samspillet med familie, sosiale nettverk og lokalsamfunn i system.

Regionalt samarbeid og samarbeid med private aktører

Lillehammer kommune har en viktig rolle som pådriver for det regionale samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal. De øvrige kommunene som deltar er Gausdal, Øyer, Ringebu og på noen områder Ringsaker og Sør- og Nord-Fron. Kommunestyrene i de ulike kommunene har nylig vedtatt et fornyet vertskommuneavtaleverk som består av en hovedavtale og seks tjenesteavtaler: Intermediærplasser, kommunale akutte døgnplasser (KAD), interkommunal legevakt, Gerica elektronisk pasientjournal (EPJ), miljørettet helsevern og frisklivssentral. Avtaleverket regulerer både vertskommunesamarbeid og interkommunalt utviklingssamarbeid som er de to fundamentene dette samarbeidet er bygget på.

Det interkommunale helsesamarbeidet har eksistert i flere år og har skapt gode resultater for pasienter og mottakere av primærhelsetjenestene i vår region. Lillehammer kommune ønsker å fortsette dette samarbeidet og videreutvikle det.

Også innenfor fagfeltet psykisk helse og rus er det etablert et regionalt samarbeid – da mellom kommunene Lillehammer, Øyer, Gausdal og Ringebu. Tjenesteområde Psykisk helsearbeid og rusomsorg i Lillehammer har koordineringsansvar for det interkommunale samarbeidet på dette feltet. Det sees på hva slags tilbud det er hensiktsmessig og faglig riktig å tilby som interkommunale tilbud. Blant annet bidrar Lillehammer kommune med ulike kurstilbud, og vil også i 2018 utrede en modell for oppfølging av målgruppen med kompliserte og sammensatte lidelser.

Samarbeid med private aktører utgjør et supplement til tjenester i kommunal regi. Flere private tilbydere har tjenester kommunen ønsker å benytte seg av og som vanskelig kan gis i kommunal regi. Det gjelder både innenfor demensomsorg og avlastningstjenester, og i noen grad også heldøgns omsorgstilbud. Lillehammer kommune har også et samarbeid med ulike ideelle aktører.

3.6 Tilgang på kvalifisert arbeidskraft

Riktig kompetanse på riktig sted er avgjørende for å sikre gode helse- og omsorgstjenester. En av de største utfordringene vi står overfor i dag er å rekruttere nødvendig kompetanse for å drive et kvalitativt godt tjenestetilbud. I første rekke dreier dette seg om sykepleier- og helsefagarbeiderkompetanse, psykologkompetanse og andre typer spesialkompetanse. Arbeidet med kompetanse og rekruttering må forsterkes og settes i system i planperioden. Med et stadig trangere tilfang av personer med den tradisjonelle kompetansen, er det et spørsmål om det også er annen type kompetanse enn den tradisjonelle som kan bidra til god kvalitet i de kommunale tjenestene. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. I en slik sammenheng vil også annen kompetanse enn den tradisjonelle være aktuell.

En avgjørende faktor for å sikre gode tjenester er at Lillehammer kommune klarer å beholde dem som allerede er ansatt i tjenesten. Fornøyde ansatte vil være blant de viktigste betingelsene for god rekruttering og for å lykkes med rekruttering, må Lillehammer kommune ha attraktive arbeidstidsordninger. Kommunestyret har vedtatt at Lillehammer kommune skal ha en «heltidskultur», der så mange som mulig tilbys 100 prosent stilling. Dette krever godt samarbeid mellom ledere, ansatte og ansattes organisasjoner. Samtidig må kommunen tilby kompetanseheving for å dekke de behov tjenestene har.

Kommunenes interesseorganisasjon KS har identifisert fire sentrale områder som er avgjørende for å rekruttere og beholde medarbeidere. Dette oppleves som dekkende også i Lillehammer kommune:

- *Arbeidsmiljø*, det gode arbeidsmiljøet er summen av mange ulike forhold i en arbeidssituasjon, og kan ha sterk påvirkning på trivsel eller mistriivsel, på utbrenthet, slitasje og sykefravær, på ønske om å bli i stillingen eller slutte.

- *Ledelse* er en viktig faktor for trivsel og mistriivsel. Sentralt står tilbakemelding, tydelighet, tilgjengelighet, å fremme demokrati og sosialt fellesskap og skape attraktive og utviklingsorienterte fagmiljøer.
- *Kompetanseutvikling* er viktig, men like viktig er et system som i etterkant gir uttelling for kompetanseutviklingen.
- *Lønn* oppfattes som verdsetting av det arbeidet man utfører. Lønn er i stor grad et egnet virkemiddel for å rekruttere ny arbeidskraft.

I deler av tjenestene har det vært satt mye fokus på nettverks- og medvirkningskompetanse. Siden dette er viktig i fremtidens måte å arbeide på, bør ansatte i helse- og omsorgstjenestene og de som blir nære samarbeidspartnere ha kompetanse på disse områdene.

3.7 Forebygging og tidlig innsats

Det er bred enighet om at forebygging og tidlig innsats kan utsette og redusere mer omfattende behov for tjenester. Det vil også gi bedre livskvalitet for innbyggerne. Forebygging er en av grunnpilarene i samhandlingsreformen, og det er viktig at kommunen tar ansvar for å forebygge mer og reparere mindre.

Hovedfokuset i Lillehammer kommunes helse- og omsorgstjenester de siste 10-15 årene har vært på dem med størst hjelpebehov. Satsing på forebyggende arbeid har vært beskjedent. Det forebyggende arbeidet har vesentlig betydning for å nå målsettingen om at folk skal mestre sine liv. Omlegging til mer forebyggende innsats krever en bevisst og helhetlig bruk av ressurser og virkemidler.

Tidlig innsats innebærer at kommunen kommer tidlig inn når det oppstår et problem, en sykdom eller et funksjonstap. Tjenestene innbyggerne møter må være samordnet. Det handler om en kulturendring - fra fokus på innbyggernes *rett til tjenester* knyttet til lovverk, til en situasjon hvor *terskelen er lav* for å komme i kontakt med tjenestene. Dette reiser spørsmålet om hvordan kommunen kan og bør innrette sin tjenestetildeling og oppsøkende virksomhet. Det er behov for et samlet, tverrfaglig og samtidig lavterskeltilbud til alle som har behov for det.

Det er viktig å komme i tidlig i kontakt med innbyggere som er i ferd med å utvikle et mestringsproblem eller som er tidlig i et sykdomsforløp. Dette kan f.eks. gjøres gjennom å oppsøke ulike fora, foreninger eller nettverk med informasjon om mulige kontaktpunkter hvor kommunen og evt. andre aktører kan samarbeid med den enkelte for å finne løsninger.

Ansatte i alle deler av Lillehammer kommunes tjenester har en viktig funksjon som oppdagere av mer alvorlig problematikk, slik at innsats kan settes inn tidlig. Det gjelder både dem som arbeider med barn og unge, og dem som arbeider i helse- og omsorgstjenestene. Kommunen bør bruke og utvikle ansattes kompetanse i systematisk kartlegging, observasjon og oppfølging. Pårørende, naboer og øvrig nettverk vil også ha en viktig rolle i å oppdage omsorgssvikt overfor barn og unge eller begynnende funksjonssvikt blant eldre. Det må være tydelig for alle hvor slike bekymringsmeldinger skal leveres, og hvem som skal følge opp henvendelsene.

3.8 Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er viktige elementer i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Lillehammer kommune i retning av mer forebygging og tidlig innsats. Hverdagsmestring betegner et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tanke sett som kan gjelde i forhold til alle tjenester og tjenestemottakere. Hverdagsrehabilitering er en metode som er tidsavgrenset og som innebærer intensiv, målrettet og systematisk trening i å mestre hverdagsaktiviteter i hjem eller nærmiljø og ut fra tjenestemottakerens egne mål.

Hverdagsrehabilitering utføres av ansatte med forskjellig kompetanse, som ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, helsefagarbeider og hjelpepleiere. En slik praksis innebærer større ressursinnsats over en kortere tidsperiode, framfor å måtte gi litt bistand over lang tid.

3.9 Inkludering

Kommunen skal legge til rette for å skape inkluderende lokalsamfunn og forebygge og forhindre utenforskap. Gjennom sin rolle som samfunnsutvikler og tjenesteyter kan kommunen legge til rette for mangfold og individuell variasjon. Det må være plass til alle. I dette perspektivet må det blant annet fokuseres på barn og unge med annen etnisk bakgrunn enn den norske, barn og unge fra lavinntektsfamilier, barn og unge med nedsatt funksjonsevne og andre som står i fare for å falle utenfor.

For voksne gjelder det samme; kommunen må ha spesielt fokus på dem som kan falle utenfor. Flykninger/innvandrere, mennesker med nedsatt funksjonsevne, de som sliter med rus og/eller psykiske helseproblemer eller kognitiv svikt – disse skal også oppleve seg som likeverdige innbyggere.

Barnehage, skole og arbeidsliv er viktige arenaer for inkludering. De fleste av oss lever store deler av døgnet her. De som av ulike grunner ikke har mulighet for å delta på disse arenaene, trenger også noe å stå opp til, et sted å gå der de er ventet og ønsket på dagtid. Det er en viktig offentlig oppgave å legge til rette for gode aktivitetstilbud for personer som ellers vil falle utenfor.

Sammen med skole og arbeidsliv er kultur- og fritidsarenaen sentral for inkludering. Frivillige organisasjoner er viktige støttespillere i inkluderingsarbeidet og kan skape felles arenaer og møteplasser for ulike deler av befolkningen. Alle skal ha mulighet til å delta, uavhengig av alder, økonomisk og sosial status, seksuell orientering, funksjonsnivå, religion eller etnisitet.

Det kommunale rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne er et talerør for en svært sammensatt gruppe mennesker som inkluderer blant andre bevegelseshemmede, syns- og hørselshemmede, utviklingshemmede, og mennesker med psykiatriske eller medisinske diagnoser. Noen av disse har behov for livslange og omfattende tjenester, andre har knapt kontakt med de kommunale tjenestene. Det er derfor utfordrende å omtale disse som en samlet gruppe.

Rådet mener tidlig innsats overfor barn og unge bør være helt sentralt for planlegging av tjenester til de grupper rådet representerer, men peker samtidig på livsløpsperspektivet. Rådet fremhever videre brukermedvirkning, universell utforming og diskrimineringsvern som grunnlag for retten til likeverd, deltakelse og frihet med den enkeltes ressurser i fokus.

3.10 Oppsummering av utfordringer og muligheter

Utfordringene i helse- og omsorgssektoren er knyttet til nye grupper med tjenestebehov og en aldrende befolkning, kombinert med en synkende tilgang på arbeidskraft med riktig kompetanse i årene som kommer. Innbyggeres behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging og mangel på sosial kontakt og aktivitet i dagliglivet er andre viktige utfordringer. Veksten i antall eldre vil kreve utvidet kapasitet og økt kompetanse på aldring, med spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser, herunder ruslidelser. Eldre med et sammensatt sykdomsbilde trenger tverrfaglig kompetanse og til dels omfattende tjenester for å få ivaretatt sine behov. Pleietrengende minoritetsspråklige gir nye utfordringer. Nye, yngre grupper av tjenestemottakere med nedsatt funksjonsevne krever annen faglig kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på tjenestetilbudet. Tjenester til mennesker med psykiske problemer og/eller rusproblemer er i vekst og etterspørres i større grad enn tidligere. Samhandlingsreformen utfordrer kommunen på områder der kommunen tidligere ikke hadde en

sentral rolle. Det gjelder blant annet oppfølging av igangsatt behandling og rehabilitering i bred forstand, utover rent medisinskfaglig rehabilitering.

Disse endringene påvirker tjenestebehovet, tjenesteomfanget og kompetansebehovet i flere sektorer.

Utfordringsbildet for helse- og omsorgstjenestene er krevende og sammensatt. Det vil være behov for nye måter å arbeide på og ny kompetanse. Eksisterende organisatoriske, økonomiske og personnlemmessige utfordringer påvirker evnen til å utvikle de kommunale tjenestene i riktig og bærekraftig retning. Driftsutfordringer tar mye av kapasiteten fra ansvarlige ledere på alle nivåer. Det utfordrer muligheten til å prioritere strategisk tenkning og planlegging.

4 Handlingsdel

For å understøtte en mestringskultur, møte de utfordringene som er beskrevet i kapittel 2 og utnytte mulighetene beskrevet i kapittel 3, er det valgt fem fokusområder som skal prege kommunens tjenester overfor befolkning både innenfor oppvekstfeltet og i helse og omsorg:

- Forebygging
- Inkludering
- Medvirkning
- Samarbeid
- Kompetanse

Det er bred enighet blant de ansatte i helse- og omsorgstjenestene om at dette er en riktig dreining av tjenestene, og at de fleste utfordringer og behov kan innpasses under disse fokusområdene.

En mestringsorientert tilnærming må innebære aksept også for det å ikke mestre. Mestring avhenger av en balanse mellom krav og støtte i omgivelsene. Ingen av oss mestrer alt, og for mange kan det være problematisk om samfunnet ensidig legger vekt på krav og press om å klare, levere, oppnå, håndtere – eller mestre – alle deler av tilværelsen. Det å leve er mer enn bare å mestre, og hjelpeapparatet må se innbyggerne som hele mennesker.

Det viktigste målet er ikke bare god helse, men også selve livet. Meningsfull livsutfoldelse står sentralt i omsorgstjenestene, der mange i perioder oppholder seg hele døgnet, eller trenger assistanse gjennom et helt liv. Å sørge for at livet kan leves ut innenfor slike rammer, til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse, er en av omsorgstjenestenes viktigste oppgaver.

Noen er avhengige av hjelp til de fleste av hverdagslivets funksjoner, og har stort behov for bistand og omsorg. For andre skal omsorgstjenestene bidra til at man blir i stand til å klare hverdagslivet på egen hånd gjennom opptrening og rehabilitering.

4.1 Fokusområde forebygging

Kommunen har en lovfestet plikt til å drive forebyggende arbeid (eksempelvis gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og barnevernloven). God forebygging i kommunen handler om tidlig innsats og universelle tiltak. Det handler om brede folkehelseinnsatser med fokus på fysisk og psykisk helse, trygghet og glede, sosial tilhørighet og utvikling av livsmestring.

God forebygging har en helhetlig og samordnet tilnærming til utfordringene, og foregår i et langsiktig perspektiv. Dette innebærer at både familie og nettverk, helse- og omsorgstjenester, barnehage og skole, organiserte og uorganiserte fritidsaktiviteter, nærmiljø, bysamfunn og det offentlige rom, sosiale medier og internett er sentrale arenaer for forebyggende innsats.

Forebygging på overordnet nivå er strategier og tiltak som retter seg mot alle, uten å skille mellom grupper og individer. Slik forebygging henvender seg til hele befolkningen med formål å hindre at problemer skal oppstå. Innsats som favner alle har en større effekt på folkehelsen enn tiltak som favner en bestemt risikogruppe. Alvorlige helseutfordringer som oppstår i ung alder vil ofte kunne påvirke helsetilstanden resten av livet. En uheldig utvikling kan føre til betydelig reduksjon i livskvalitet for den enkelte, og samtidig økt belastning på kommunens helse- og omsorgstjenester. De viktigste tjenestetilbudene rettet mot denne gruppen er de helsefremmende og forebyggende tjenestene og den tidlige innsatsen som ytes gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tidlig innsats handler om å gi hjelp så tidlig som mulig, uavhengig av når i et menneskes liv vanskene oppstår. Det er her snakk om individrettede tiltak, ikke universelle. Med tidlig innsats kan man unngå at utfordringen blir unødvendig stor eller at det oppstår tilleggsvansker. F.eks. vil det være svært viktig at kommunens tjenesteapparat kobles på familier som får et funksjonshemmet barn på et så tidlig stadium som mulig. Det handler både om å ivareta familien som helhet og planlegge for et mulig livslangt behov for kommunale tjenester for barnet.

Forebygging og tidlig innsats	
Hovedmål: Kommunen forebygger, reduserer eller utsetter behovet for omfattende tjenester	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
Innbyggerne i Lillehammer har god fysisk og psykisk helse	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen prioriterer folkehelseiltak som kan forebygge sykdommer knyttet til livsstil og levekår • Kommunen utvikler en mat- og måltidspolitik som omfatter aktuelle målgrupper, som skoleelever, hjemmeboende med behov for tjenester og beboere på institusjon • Så mange som mulig er i lønnet arbeid, tilpasset deres livssituasjon og arbeidsevne • Kommunen tilbyr differensierte aktivitetstilbud og sosiale møteplasser for ulike grupper innbyggere som ikke deltar i arbeidslivet. Næringsliv og frivillig sektor er viktige samarbeidspartnere • Det legges til rette for et bredt spekter av kultur- og fritidsaktiviteter som er tilgjengelige for alle
Alle innbyggere har en egnet bolig	<ul style="list-style-type: none"> • Lillehammer skal ha en variert boligmasse tilpasset ulike behov. Kommunen vil være pådriver overfor private utbyggere med sikte på etablering av flere tilrettelagte boliger/boliger med livsløpsstandard i ulike prisklasser i hele kommunen • Kommunen skal bidra til økt bevissthet blant innbyggerne om tilrettelegging av

	<p>egen bolig og anskaffelse av universelt utformede boliger/boliger med livsløpsstandard før behovet oppstår</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunen etablerer flere bemannede boliger for personer med rus- og/eller psykiske lidelser, utviklingshemmede, personer med demens og andre med særskilte behov
Innbyggerne opplever at det er trygt å bo i eget hjem - hele livet	<ul style="list-style-type: none"> • Så langt det er forsvarlig, og innbyggeren ønsker det, ytes nødvendige helse- og omsorgstjenester i pasientens hjem • Velferdsteknologiske løsninger benyttes aktivt • Det brannforebyggende arbeidet styrkes • De hjemmebaserte tjenestene styrkes både faglig og ressursmessig
Utfordringer oppdages og tas tak i før de utvikler seg til problemer	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatte i alle deler av tjenestene tar ansvar som «oppdagere» i sitt daglige arbeid, og melder fra ved bekymringer • Enkeltinnbyggere, pårørende, naboer og nettverk for øvrig oppmuntres til å ta kontakt med tjenestene ved bekymringer • Kommunen gjennomgår og forbedrer sine rutiner for mottak av bekymringsmeldinger
Hverdagsmestring er implementert i alle helse- og omsorgstjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Hverdagsmestring som tanke sett forankres i kommunens politiske, administrative og faglige ledelse • Hverdagsrehabilitering som metode tas i bruk der det er hensiktsmessig • Ansatte og ledere får opplæring og innsikt i hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

4.2 Fokusområde inkludering

Alle mennesker trenger å være en del av et sosialt fellesskap. Å bli anerkjent av andre som et verdifullt medmenneske er viktig for alle. Fravær av anerkjennelse kan berøve oss trygghet og nærhet. Vi kan miste troen på oss selv og få mindre styrke til å håndtere livene våre.

Alle som bor i Norge skal ha muligheter til å bidra og til å delta i fellesskapet, uavhengig av økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn, seksuell orientering og funksjonsnedsettelse. Lov om likestilling og forbod mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringslova) trådte i kraft 1. januar 2018. Loven erstatter de fire tidligere lovene som ga vern mot diskriminering på grunn av kjønn, etnisitet, nedsatt funksjonsevne og seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

Inkludering	
Hovedmål: Alle har muligheter til å bidra og delta i fellesskapet	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
Et inkluderende samfunn basert på gjensidig respekt og solidaritet	<ul style="list-style-type: none"> • Arealplanleggingen legger til rette for bo-områder med variert bebyggelse i ulike størrelse, standard og prisklasse • Barnehager og skoler driver aktivt med

	<p>holdningsskapende arbeid. Barn og unge opplever å bli sett</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledere og ansatte i kommunen jobber med egne holdninger og egen bedriftskultur • Tjenestene fanger opp dem som er ensomme eller faller utenfor. Oppdagerrollen er sentral i alle tjenester. • Eksisterende lavterskeltilbud videreutvikles og nye settes i gang - gjerne i samarbeid mellom kommunen, frivillige og private aktører
Frivillige organisasjoner bidrar til sosial inkludering av grupper som faller utenfor	Kommunen legger til rette for frivilligheten (se kapittel 4.4)
Færre opplever ensomhet og sosial isolasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen skaper møteplasser der innbyggerne kan samles om felles interesser og aktiviteter, f.eks. gjennom sambruk av lokaler som skoler og bo- og servicesentra • Kommunen samarbeider med pårørende og nære nettverkspersoner for å hindre ensomhet og inaktivitet

4.3 Fokusområde medvirkning

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet slår fast at pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenestene: «Ingen beslutninger om meg – uten meg.» En slik tilnærming vil være førende også for utviklingen av Lillehammer kommunes helse- og omsorgstjenester. Det vil kreves betydelige endringer for å oppnå dette.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Tjenestemottakere og pårørende har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere. Medvirkning er å anse som både en rettighet og et prosesskrav. Den er en viktig forutsetning for pasient- og brukersikkerhet og inngår i kravet til forsvarlige tjenester.

Medvirkning	
Hovedmål: Beslutninger om tjenester fattes i dialog med den det gjelder	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
Informerte innbyggere opplever medbestemmelse og innflytelse på sitt tjenestetilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen sørger for at informasjon om tjenestetilbudet er oppdatert og tilgjengelig • Kommunen har god dialog med innbyggerne om forventninger til tjenestene • Kommunen har systemer for å innhente og ta i bruk erfaringer fra tjenestemottakere, pårørende og innbyggere
Alle som søker om eller mottar kommunale tjenester blir lyttet til med hensyn til hvilke behov de har for tjenester og oppfølging (individnivå)	<ul style="list-style-type: none"> • De ansatte snakker <i>med</i> – ikke <i>om</i>: «Ingen beslutninger om meg – uten meg» • Der tjenestemottaker ikke er i stand til å uttrykke egne behov, blir pårørendes

	synspunkter lyttet til
Systematisk brukermedvirkning er etablert i alle deler av Lillehammer kommunes helse-, omsorgs- og velferdstjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Brukergrupper og brukerorganisasjoner deltar i planlegging av tiltak og tjenester som har allmenn betydning (systemnivå) • Det etableres prosedyrer for og arenaer der brukerrepresentanter inngår i et likestilt samarbeid med fagpersoner om utvikling av tjenestene (tjenestenivå)

4.4 Fokusområde samarbeid

Skal en tjenestemottaker oppleve mestring, er det ikke viktig hvilket tjenesteområde som utfører tjenestene, men at det gis tilstrekkelige tjenester til rett tid uten opphold, og uten at man må forholde seg til unødige mange instanser. Det skal legges til rette for tjenester som oppleves tilgjengelige, trygge, fleksible, helhetlige og koordinerte for den enkelte innbygger. Derfor er tverrfaglig samarbeid og samhandling viktig – både på tvers av sektorer og tjenesteområder, men også internt i de ulike tjenesteområdene. Dette fordrer igjen at det er god kommunikasjon mellom tjenestene, at alle er trygge på egne oppgaver og kjenner godt til hva som er andres. Stikkord er respekt, god oppførsel og «vi-følelse». God ledelse er viktig når det skal arbeides med dette. Mye handler om å utvikle en felles bedriftskultur.

Helse- og omsorgsutfordringene gjør det nødvendig å styrke alle deler av tjenesten, og vil stille enda større krav til samhandling, samarbeid og god kommunikasjon. Dette påpekes også av de ansatte i de ulike tjenestene. Det gjelder internt i kommunen, men også med eksterne samarbeidspartnere: Arbeidet må bygge på et bredt partnerskap mellom offentlige myndigheter i stat og kommune, arbeids- og næringsliv, private aktører, sivilsamfunn og forsknings- og utdanningsinstitusjoner.

Samarbeid er nødvendig for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud. Målet er å gi tjenestemottakerne økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, færre hjelpere å forholde seg til og større grad av kontinuitet i tilbudet.

Samarbeid	
Hovedmål: Tjenestene er helhetlige og koordinerte	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
Innbyggerne har tilgang til helhetlige, koordinerte og trygge tjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen utvikler arenaer og systemer for samordning av og samhandling i sømløse tjenester • Personer som mottar flere tjenester har et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. • Det arbeides kontinuerlig for å sikre tverrfaglighet og god kommunikasjon på tvers av tjenestene. • De ansatte utveksler kunnskap om hverandres tjenester, oppgaver og rutiner
Kommunen samarbeider godt med fastleger, sykehus og andre institusjoner til beste for tjenestemottakerne	<ul style="list-style-type: none"> • Samhandlingen mellom kommunen, fastleger, sykehus og andre institusjoner forbedres og videreutvikles • Kommunen benytter seg av fastlegers og andre samarbeidspartneres kompetanse

Frivillige organisasjoner og enkeltpersoner er viktige ressurser i det samlede helse-, omsorgs- og velferdstilbudet til befolkningen	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen etablerer møteplasser med pårørende, bruker- og interesseorganisasjoner og annen frivillig virksomhet. • Kommunen har kontinuerlig dialog med frivillig sektor om utvikling av samarbeidet. • Kommunen vurderer å opprette en stilling som samfunnskontakt • Kommunen gir informasjon, opplæring og bistand til koordinering av frivillig innsats
Samarbeid med pårørende er satt i system, og pårørende opplever at de blir godt ivaretatt	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen bidrar til at pårørende kan kombinere arbeid og omsorg. • Kommunen har gode avlastningsordninger for pårørende med krevende omsorgsoppgaver • Kommunen gir støtte og faglig veiledning til pårørende.
Lillehammer-regionen har et godt samarbeid om helse- og omsorgstjenestene	<ul style="list-style-type: none"> • Det etablerte samarbeidet mellom kommunene i regionen videreutvikles

4.5 Fokusområde kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse

Volumvekst, nye oppgaver, endret oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og innføring av nye metoder og tenkesett medfører betydelige endringer i kompetansebehovet i helse- og omsorgstjenestene. Med en ytterligere overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen vil denne utviklingen fortsette. Kompetanseheving, både for utøvende personell og ledelsesnivået, blir et avgjørende fundament for utviklingen av fremtidens omsorg i kommunene.

Satsing på ledelse og kompetanseutvikling er viktige faktorer for å skape framtidrettede tjenester med god kvalitet. God og tydelig ledelse er avgjørende for å få til endringer i tjenestene. Vi må ha ledere som kan formidle og samle ansatte rundt felles mål for å oppnå nødvendige omlegginger og endringer av tjenestene. Helse- og omsorgstjenestene er personellintensive tjenester. Ansatte står i til dels krevende situasjoner, og de trenger oppfølging både i sin direkte jobbutøvelse og i sine reaksjoner og refleksjoner. Nærhet til tjenesten og de ansatte en skal lede er viktig for å kunne ivareta funksjonen. Ledere må gis rom til å være mer enn administratorer for sitt ansvarsområde. De er viktige i den daglige driften og i motivasjons- og kvalitetsarbeidet som må skje kontinuerlig.

Alle som yter helse- og omsorgstjenester er lovpålagt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Bruk av tvang overfor personer er regulert i flere lover. Lovreglene skal sikre forsvarlige tjenester til pasienter og brukere, og trekker grensen mellom lovlig og ulovlig tvang. Det er et krav om at andre løsninger skal være prøvd før helse- og omsorgstjenesten vurderer bruk av tvang. Når det er nødvendig å bruke tvangs, skal tjenestene ta beslutninger om tvangsbruk i tråd med loven.

For å sikre tjenester av god kvalitet og lykkes med organisasjons- og tjenesteutvikling, er det helt nødvendig å drive et systematisk evalueringsarbeid. I forbindelse med arbeidet med tillitsbasert styring og ledelse, vedtok kommunestyret i september 2017 at det skulle gjøres en gjennomgang av styrings- og ledelsessystemene i virksomhetene, herunder en «opprensning i regler og rapporteringsrutiner». I forbindelse med en slik gjennomgang bør det gjøres en vurdering av hvilke måleparametere/indikatorer som skal brukes i helse- og omsorgstjenestene, og hvordan resultater skal rapporteres.

Kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse	
Hovedmål: Tjenestene har god kvalitet	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
Lillehammer kommunes innbyggere skal oppleve helse- og omsorgstjenester som holder et høyt faglig nivå	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestene utformes slik at de er lett tilgjengelige for innbyggerne • Tjenestene svarer opp innbyggernes behov <p>Kommunen sikrer god kompetanse gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktiv rekrutteringspolitikk • Utviklingsarbeid og systematisk kompetanseheving • Kompetanseutveksling på tvers av tjenester • Kompetanseplaner i tjenestene for å sikre riktig rekruttering og at ansatte har riktig kompetanse
Kommunen beholder kvalifiserte personer i helse- og omsorgstjenestene	<p>Kommunen sørger for at tjenestene er attraktive arbeidsplasser med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • God bedriftskultur • Godt arbeidsmiljø • Gode arbeidsbetingelser • Heltidskultur • God ledelse • Utviklingsmuligheter • Handlingsrom for utviklings- og innovasjonsarbeid • Hospitering • Kontinuerlig fokus på HMS-arbeid
Kommunen arbeider aktivt for å rekruttere kvalifisert personell	<ul style="list-style-type: none"> • Det utarbeides en rekrutteringsstrategi for helse- og omsorgstjenestene • Kommunen har en aktiv og offensiv rekrutteringspraksis • Ledere og ansatte arbeider systematisk for å heve omdømme og status for helse- og omsorgstjenestene som arbeidsplass
Andre yrkesgrupper enn de tradisjonelle etterspørres som ressurser i helse- og omsorgstjenestene	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen har et åpent og positivt forhold til å ansette nye yrkesgrupper
Kommunen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> • Et oppdatert kvalitetssystem brukes aktivt. • Kommunen driver systematisk innovasjons- og utviklingsarbeid • Evaluering brukes systematisk i det kontinuerlige forbedringsarbeidet • Avviksmeldinger, klager og andre typer systematiske tilbakemeldinger brukes aktivt for å forbedre tjenestene • Kommunen gjennomgår bruk av måleparametere og kvalitetsindikatorer innen helse- og omsorgstjenestene, samt hvordan resultater rapporteres
Kommunen har ledere som kan formidle og	<ul style="list-style-type: none"> • Ledere frigjør tid til å utøve god

samle ansatte og tjenestene rundt felles mål	personaledelse <ul style="list-style-type: none"> • Ledere får tilstrekkelig oppfølging, støtte og veiledning fra overordnet nivå • Kommunen har tydelige mål for tjenestene
--	--

5 Oppfølging av planen

Oppfølgingen av kommunedelplanen skjer gjennom den daglige tjenesteutøvelsen og det kontinuerlige utviklingsarbeidet i og på tvers av de ulike tjenestene. I plansammenheng skjer oppfølgingen gjennom arbeidet med virksomhetsplaner i tjenesteområdene, samt handlingsplaner knyttet til konkrete temaer der det er behov for dette. Her defineres mål og tiltak ut fra føringene i kommunedelplanen og de analysene som gjøres i tjenestene. Administrasjonen skal årlig rullere kommunedelplanens handlingsdel i samarbeid med fagutvalg for helse og omsorg. Rulleringen gjøres som en del av arbeidet med budsjett og økonomi- og handlingsplan. Kommunedelplanen skal revideres hvert fjerde år.

Tillitsbasert styring og ledelse innebærer at ledere og medarbeidere må gis rom for frihet, uavhengighet og utøvelse av skjønn når de jobber for å oppnå de mål som er satt. For at mål skal være nyttige for utvikling, må det sikres et eierforhold til målene blant de ansatte.

Planer og utredninger

Arbeidet med kommunedelplan helse og omsorg har aktualisert behovet for å revidere gjeldende planer, utarbeide nye planer og foreta utredninger innenfor enkeltområder. Enkelte av planene/utredningene er allerede under arbeid.

Kommunedelplan for oppvekst: Planen utarbeides parallelt med kommunedelplan helse og omsorg.

Gjennomgang av kvalitetsindikatorer/måleparametere: Det gjøres en vurdering av hvilke kvalitetsindikatorer/måleparametere som skal brukes i helse- og omsorgstjenestene og hvordan resultater skal rapporteres.

Boligsosial handlingsplan: Denne skal ordinært revideres hvert fjerde år. Det bør vurderes om denne skal erstattes av en helhetlig boligplan som rommer alle typer boligbehov i kommunen, dvs. boliger for alle grupper innbyggere. En slik plan må nødvendigvis forholde seg aktivt til kommuneplanens arealdel og byplanen som høsten 2018 er under revisjon.

Plan for psykisk helse- og rusarbeid: Planen er under arbeid og skal beskrive utfordringer på fagfeltet blant både barn og unge, voksne og eldre, og vil inneholde en konkret handlingsplan med tiltak.

Frivillighetsmelding: Meldingen må ta for seg frivillig innsats på kulturområdet, oppvekstfeltet og helse- og omsorgsfeltet. Kommunens rolle som samarbeidspartner og tilrettelegger for frivillig virksomhet innen helse- og omsorgsfeltet bør være et sentralt tema.

Plan for dekning av institusjonsplasser og heldøgns omsorgsplasser: Det lages en plan for dimensjonering og utbygging av ulike typer heldøgns omsorgsplasser med utgangspunkt i en anbefalt dekningsgrad på 16 prosent i 2028. Planen skal være i samsvar med de føringer for areal- og byplanlegging som legges gjennom kommuneplanens arealdel og byplanen for Lillehammer. Eksisterende lokaler og alternative utbyggings- og eieformer skal vurderes. Det faktiske antall plasser må ses i sammenheng med utvikling og dimensjonering av tjenester i hjemmet og riktig bruk av de ulike plassene.

Plan for demensomsorg: Kommunestyret vedtok i 2010 en egen plan for demensomsorgen (2009-2021) som bygger på mål og strategier i kommunedelplan omsorgstjenester (2009-2021). I lys av ny kommunedelplan for helse- og omsorgstjenester bør det tas stilling til behovet for å revidere demensplanen.

Handlingsplan for tverrfaglig samarbeid og samhandling: Planen skal utarbeides for helse- og omsorgstjenestene i Lillehammer kommune.

Virksomhetsplaner for tjenesteområdene: Planene skal utarbeides for/av de enkelte tjenesteområdene som yter helse- og omsorgstjenester i Lillehammer kommune og rulleres årlig.

6 Referanser

Dokumenter som gir føringer for kommunenes helse- og omsorgsarbeid på nasjonalt nivå er:

- St.meld. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020
- Meld. St. 30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
- Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester
- Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg
- Meld. St. 45 (2012-2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn, HOD
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, HOD (2017-2019)
- Opptrappingsplan for rusfeltet, HOD (2016-2020)
- NOU 2016:17 På lik linje
- Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)
- Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn (03/2016)
- Kompetanseløft 2020
- FN-konvensjonen om rett til menneske med nedsett funksjonsevne (CRPD)

Planer på regionalt nivå er:

- Regional planstrategi 2016-2020 – Mulighetenes Oppland i ei grønn framtid
- Regional plan for folkehelse 2012-2016
- Innlandet universelt utformet 2025 – felles strategi for Hedmark og Oppland

Lokale planer og dokumenter er:

- Kommuneplanens samfunnsdel
- Kommuneplanens arealdel
- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Lillehammer kommune (2016).
- Plan for demensomsorg (vedtatt i 2010)
- Handlingsplan Helse og velferd 2014
- Bolighandlingsplan 2017-2020
- Strategisk kompetanseplan fra 2013

- Kulturstrategi Lillehammer fra 2014
- Innovasjonsstrategi for Lillehammer kommune i 2016
- Handlingsplan mot barnefattigdom 2016-2020
- Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelse 2018-2021
- Byutvikling 2044 – strategi for areal- og transportutviklingen med handlingsprogram: Lillehammer - 10-minuttersbyen
- 3:1 Digitaliseringsstrategi 2017-2020
- Helhetlig gjennomgang av tjenestetilbudet til utviklingshemmede