

VESTRE TOTEN KOMMUNE



HELSE- OG OMSORGSPLAN 2040



Innhold

Sammendrag	2
1. INNLEDNING	3
1.2 Sentrale føringer	4
2. VISJON OG MÅL for helse- og omsorgstjenesten	8
3. NÅSITUASJON OG UTVIKLINGEN FREMOVER	8
3.1 Utfordringsbildet	9
3.2 Folkehelseprofilen	12
3.3 Demografisk utvikling	13
3.4 Endringer i sykdomsbildet	14
3.5 Pandemi	15
3.6 Arbeidskraft	16
3.7 Dagens status – økonomi og prioriteringer	18
4. ORGANISERING OG TJENESTETILBUD	20
5. HELHETLIG INNSATSTRAPP	24
5.1 Folkehelse	25
6. TJENESTEUTVIKLING OG RETNING	25
6.1 STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN	25
6.2 BESKRIVELSE AV SATSNINGSOMRÅDENE	26
<i>Helhet og sammenheng i tjenestene</i>	26
<i>Helsefremming, forebygging og tidlig innsats</i>	27
<i>Arbeidskraft med riktig kompetanse til oppgavene</i>	28
<i>Teknologi og nye arbeidsmåter</i>	29
<i>Samskaping og samarbeid med frivillighet</i>	31
<i>Bo trygt i eget hjem</i>	31
7. BOLIGER, OG BOFORMER, prognoser og utbyggingsplaner	33
7.1 Utbyggingsplan boliger og institusjonsplasser fram mot 2040	34
7.2 Andre bygg	39
8. STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER – SÅNN GJØR VI DET	40
Referanser	46
Vedlegg	47
Oversikt over de mest sentrale fagplaner / handlingsplaner	47

Sammendrag

Helse- og omsorgsplan 2040 for Vestre Toten kommune er en strategisk plan som synliggjør utfordringsbildet, mål, satsningsområder og hovedtiltak for å møte samfunnsutviklingen på kort og lang sikt, og på en bærekraftig måte. Den viser hvorfor og hvordan tjenestene og befolkningen må omstille seg når ressursene ikke lenger kan forventes å øke i takt med behovene.

Kommunens helse - og omsorgstjeneste står overfor nye og kjente utfordringer. Drivkrefter som både gir muligheter og utfordringer. Framskrivning av befolkningsutviklingen og helse - og sykdomsutvikling viser at det blir flere med tjenestebehov, de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatte helse - og omsorgsbehov. Sterkt økende andel eldre over 80 år, samtidig som det i de siste tiårene har vært størst vekst i tjenestebehov blant yngre under 67 år. Dette samtidig med mangel på helsepersonell og stramme økonomiske rammer.

For å møte utfordringene på en slik måte at innbyggernes behov for helse - og omsorgstjenester ivaretas, må det tenkes nytt om hvordan tjenestene organiseres og innrettes. Samfunnets samlede ressurser må i større grad mobiliseres og fellesskapets ressurser prioriteres mer rettferdig og til de som trenger det mest. Forventningsavklaring til hva tjenesten skal være og hva den enkelte selv kan bidra med.

Å se helhet og sammenheng med folkehelsearbeid for en friskere befolkning, samarbeid på tvers av nivåer, sektorer og sammen med befolkningen, er grunnleggende. Kommunens helhetlige innsatstrapp er både en strategi og et verktøy for samarbeid om denne utvikling.

Helse – og omsorgsplanen har satt følgende visjon og mål for tjenesten:

Sammen om bærekraftige helse og omsorgstjenester i takt med samfunnsutviklingen

1. Utvikle helse- og omsorgstjenester som bidrar til selvstendighet og mestring hos innbyggerne
2. Sikre kvalifisert arbeidskraft til de riktige oppgavene for nåværende og fremtidige behov

Strategien for å nå målene handler om å styrke det forebyggende og rehabiliterende arbeidet og bygge opp under mestring og selvstendighet. Videreutvikle samarbeid med frivillige og pårørende, ta i bruk teknologiske løsninger og styrke den hjemmebaserte tjenesten. Botilbudet skal være mer differensiert og med en framtidsrettet struktur som sikrer faglig trygge tjenester.

1. INNLEDNING

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten dekker hele livsløpet fra barn og unge til voksne og eldre med en rekke ulike behov, diagnoser og funksjonshemminger. Det omfatter alt fra helsefremmende og forebyggende virksomhet, aktivitet og arbeid til opptrening, avansert behandling og omsorg ved livets slutt.

Helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår, og har blitt en stor og kompleks virksomhet, og veksten fortsetter. Endringene har ikke kun vært preget av aldring, men følger av statlige handlingsplaner, ny lovgivning og reformer, og med samhandlingsreformen som den mest omfattende reformen. Målet er at flere pasienter og brukere skal få tilbud om behandling og oppfølging der de bor, og kommunens ansvar og rolle i å sørge for nødvendige helse og omsorgstjenester har blitt mer omfattende og kompleks.

Vi går nå inn i en tid hvor behovet for helse- og omsorgstjenester vil akselerere. Demografiske endringer, økte forventinger til tjenestetilbudet og knapphet på helsepersonell utfordrer tjenestens bæreevne.

Flere nasjonale utredninger er gjennomført siste 2 – 3 årene og med tilhørende anbefalinger og føringer. Helsepersonellkommisjonens utredning, Tid for handling (2023), tar for seg den største utfordringen, mangel på helsefaglig arbeidskraft. Konklusjonen er at det fortsatt er mulig å endre kursen og styre helse- og omsorgstjenesten inn på et mer bærekraftig spor, men det krever store omstillinger, ny holdning og ny politikk på en rekke tiltaksområder. Vestre Toten har i 2020 og 2022 gjennomført utredninger av helse og omsorgstjenestens ressursbruk, tjenesteyting, organisering og botilbud og fått anbefalinger for ulike omstillingstiltak for årene framover.

Formålet med helse og omsorgsplan 2040 er å synliggjøre mål og retning i møte med fremtidens utfordringer og muligheter, slik at innbyggerne i Vestre Toten kan få gode tjenester. Planen tar opp i seg nasjonale og lokale føringer og anbefalinger. Den beskriver utfordringsbildet, overordnede mål og strategiske satsningsområder for å utvikle og omstille tjenesten på kort og lang sikt.

Planen vil bli fulgt opp gjennom det årlige budsjettarbeidet og styringsdokument samt gjennom revidering og utarbeidelse av fagplaner med konkrete tiltak. Helse og omsorgsplanen revideres hvert 4. år.

1.2 Sentrale føringer

"Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag"

(NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg)

Internasjonale føringer

FN vedtok i 2015 17 mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Miljø, økonomi og sosial utvikling settes i sammenheng og målene skal innlemmes i kommunal planlegging. Målene er overordnede, samtidig angår de både lokalsamfunn og hver enkelt av oss.



For helse og omsorgstjenesten gjelder særskilt tre mål:



Figur 1: FN's bærekraftsmål

Mål 3. God helse og livskvalitet handler om forebyggende og helsefremmende arbeid, utvikling av gode helsesystem og kvalifisert helsepersonell.

Mål 11. Bærekraftige byer og lokalsamfunn handler om å sikre at alle har tilgang til tilfredsstillende og trygge boliger og grunnleggende tjenester.

Mål 17. Samarbeid for å nå målene fremholder nye og sterke partnerskap og at myndigheter, næringsliv og sivilsamfunnet må samarbeide for å oppnå bærekraftig utvikling.

Nasjonale føringer

Det følger av lov 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Samhandlingsreformen St. meld. 47 (2008-2009) ble innført i 2012, parallelt med ny helse- og omsorgstjenestelov, pasient og brukerrettighetslov og ny lov om folkehelsearbeid. Samhandlingsreformen er en koordinerings- og retningsreform, og med økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler. Grunnlaget for reformen er den demografiske utviklingen, endringer i sykdomsbildet og manglende koordinering av tjenestene. Samhandlingsreformens mål er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helse- og omsorgstjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Dempe vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene ytes av kommunene
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet St.meld. 26 (2014-2015) gir ytterligere innhold og retning i samhandlingsreformen. Brukerne skal være i sentrum for utvikling og endring av tjenester. Tjenestene må legge større vekt på det friske og hva den enkelte selv klarer og ønsker. Mulighetene som ligger i teknologiske løsninger, må tas i bruk. Det fremheves spesielt tre satsningsområder: økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innbyggerne skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommune, være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar og helsepersonell som lærer av hverandre. Kommuner og sykehus skal planlegge og utvikle tjenester sammen gjennom helsefellesskapet.

Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre Meld.st. 15 (2017 – 2018). Reformen skal bidra til at innbyggere kan leve livet lenger i eget hjem, 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. Reformens hovedfokus er å skape et aldersvennlig samfunn, finne nye innovative løsninger knyttet til aktivitet og fellesskap, helsehjelp, og sammenheng i tjenestene. Alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig lokalsamfunn.

Likeverdsreformen – et samfunn med bruk for alle, Meld.st.25 (2020 – 2021) gir retning og rammer for utvikling av tjenester rettet mot familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Personer med utviklingshemming utgjør en gruppe med store individuelle forskjeller knyttet til hvor godt de mestrer hverdagen, og hvor stort behov de har for hjelp og assistanse.

«Menneskerettar for personar med utviklingshemming – Det handler om å bli hørt og sett» Meld. St. 8 (2022-2023) tar for seg mange rettighetsområder, og handler om at mennesker med utviklingshemming skal ha de samme rettighetene og mulighetene som alle andre til å delta i samfunnet – på like vilkår og uten diskriminerende barrierer.

Nytte, ressurs og alvorlighet – prioritering i helse- og omsorgstjenesten Meld. St. 38, (2020-2021). En grunnleggende utfordring i helse- og omsorgstjenestene er at mulighetene og ønskene overstiger ressursene. Målet om likeverdig tilgang og fordeling av helse- og omsorgstjenester vil være vanskelig å oppnå uten prioriteringer. Ressursene må brukes der de gir størst nytte og for de som trenger dem mest.

En innovativ offentlig sektor, kultur ledelse og kompetanse Meld.st.30 (2019-2020). Målet er en effektiv offentlig sektor som leverer gode tjenester til innbyggerne, gjennom høy grad av tillit i befolkningen og som finner nye løsninger på samfunnsutfordringer i samarbeid med innbyggerne, næringslivet, forskningsmiljøer og sivilsamfunnet. Tre prinsipper for å fremme innovasjon i offentlig sektor:

- Politikere og offentlige myndigheter må gi handlingsrom og insentiver til å innovere.
- Ledere må utvikle kultur og kompetanse for innovasjon, mot til å tenke nytt og lære av feil og suksesser.
- Offentlige virksomheter må søke nye former for samarbeid.

Fellesskap og meistring – Bu trygt heime Meld. St. 24 (2022-2023) presenterer regjeringens samlede innsats for et mer aldersvennlig samfunn preget av åpenhet, trygghet og fellesskap. Meldingen har levende lokalsamfunn, boligtilpasning- og planlegging, kompetanse og myndiggjorte medarbeidere og trygghet som sine fire innsatsområder.

Opptrappingsplan for psykisk helse Meld. St. 23 (2023-2033) skal bidra til at flere får oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at sosiale forskjeller i psykisk helse reduseres. Planen har tre innsatsområder, helsefremmende og forebyggende arbeid, sikre mer tilgjengelighet og hjelp der folk bor, og gi tilbud til de med alvorlige og sammensatte behov.

Folkehelsemeldinga - Nasjonal strategi for utjamning av nasjonale helseforskjellar Meld.st. 15 (2022-2023) inneholder 6 hovedinnsatsområder:

- De samfunnsskapte vilkårene for god helse
- Levevaner og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer
- Psykisk helse og livskvalitet
- Vern mot helsetrusler og rett til et sunt miljø
- Kommunikasjon og innbyggerdialog
- Forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenestene

Strategier, handlingsplaner og veiledere

Det er en lang rekke nasjonale strategier, handlingsplaner og veiledere og her nevnes noen få.

- sammen om mestring; veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne
- nasjonal plan for allmennlegetjenesten
- handlingsplan for demens
- rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Lokale føringer

Kommuneplanen for Vestre Toten 2023 – 2035 har overordnet mål og strategier som er førende for helse- og omsorgsplanen.

- Vestre Toten kommune skal legge til rette for god oppvekst og gode levekår for alle
- Vestre Toten kommune skal utmerke seg og oppleves som en innovativ kommune
- Vestre Toten kommune skal ha en robust infrastruktur som sikrer viktige samfunnsfunksjoner

Arbeidsgiverstrategi for Vestre Toten kommune gir retning for et samfunns- og arbeidsliv i endring der hovedutfordringen er evnen til utvikling og nyskapning og evne til å rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere. Økt innovasjonskraft og evne til nyskapning er svar på de mange velferdsutfordringene kommunen utfordres på. Blant annet organisering av tjenestene og hvordan legge til rette for at ansatte skal løse oppgavene på nye måter.

2. VISJON OG MÅL for helse- og omsorgstjenesten

Følgende visjon og hovedmål skal være førende for utviklingen av helse - og omsorgstjenesten i Vestre Toten fram mot 2040

Visjon

Sammen om bærekraftige helse og omsorgstjenester i takt med samfunnsutviklingen

Hovedmål

- 1. Utvikle helse- og omsorgstjenester som bidrar til selvstendighet og mestring hos innbyggerne**
- 2. Sikre kvalifisert arbeidskraft til de riktige oppgavene for nåværende og fremtidige behov**

3. NÅSITUASJON OG UTVIKLINGEN FREMOVER

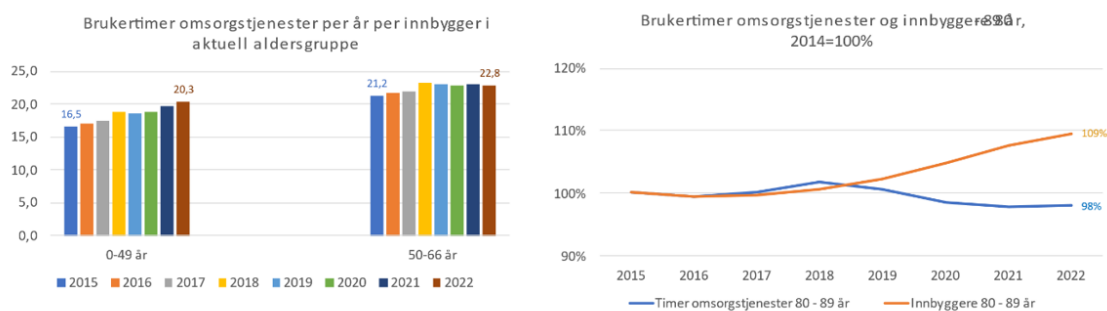
Vi går inn i en tid hvor behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke betydelig samtidig som det blir færre yrkesaktive. Å kunne yte gode tjenester til de som trenger det er blant de viktigste oppgavene kommunen har.

3.1 Utfordringsbildet

Kompleksiteten, mengden og bredden i helse - og omsorgsoppgavene som kommunen skal ivareta har økt og vil øke i enda større grad de kommende årene. Det er en forventning om at kommunen skal ivareta en større del av de samlede oppgavene og flere skal få tjenester i kommunen framfor i spesialisthelsetjenesten. Utviklingstrekkene tyder på at morgendagens brukere blir flere enn før og at de vil være i alle aldersgrupper og ha mer sammensatt helse – og omsorgsbehov. Veksten i tjenestebehov i gruppen yngre under 67 år inkludert barn og unge er de som har økt mest de siste tiårene og med omfattende tjenestebehov, slik figuren nedenfor viser. Dette forventes å fortsette, samtidig med at andel eldre øker betydelig.

Bruker stadig mer ressurser til omsorgstjenester for innbyggere under 66 år

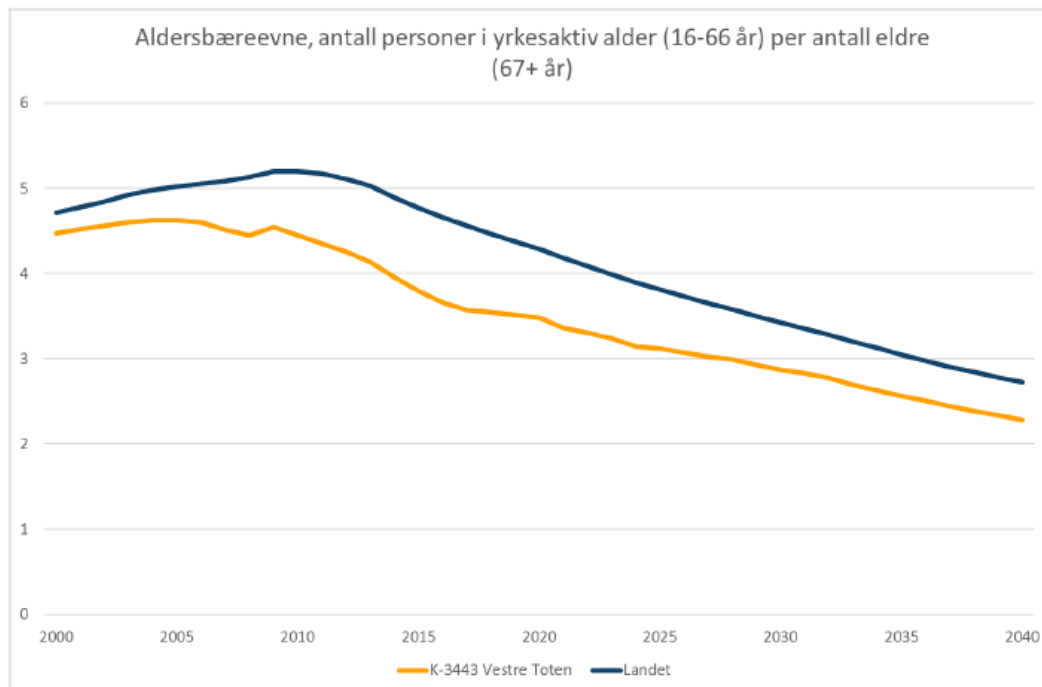
Mens flere 80-åring trenger mindre



Figur 2: Ressurser til omsorgstjenester for innbyggere under 66 år.

(KS 2022)

Den demografiske utviklingen viser sterk vekst i eldre og lav eller ingen økning i den yngre delen av befolkningen. Det innebærer færre yrkesaktive pr eldre, og defineres som samfunnets aldersbæreevne. Dette kan føre til redusert skatteinngang, reduserte budsjetttrammer og stor mangel på helsefaglig personell, samtidig som antallet personer med behov for tjenester forventes å øke.

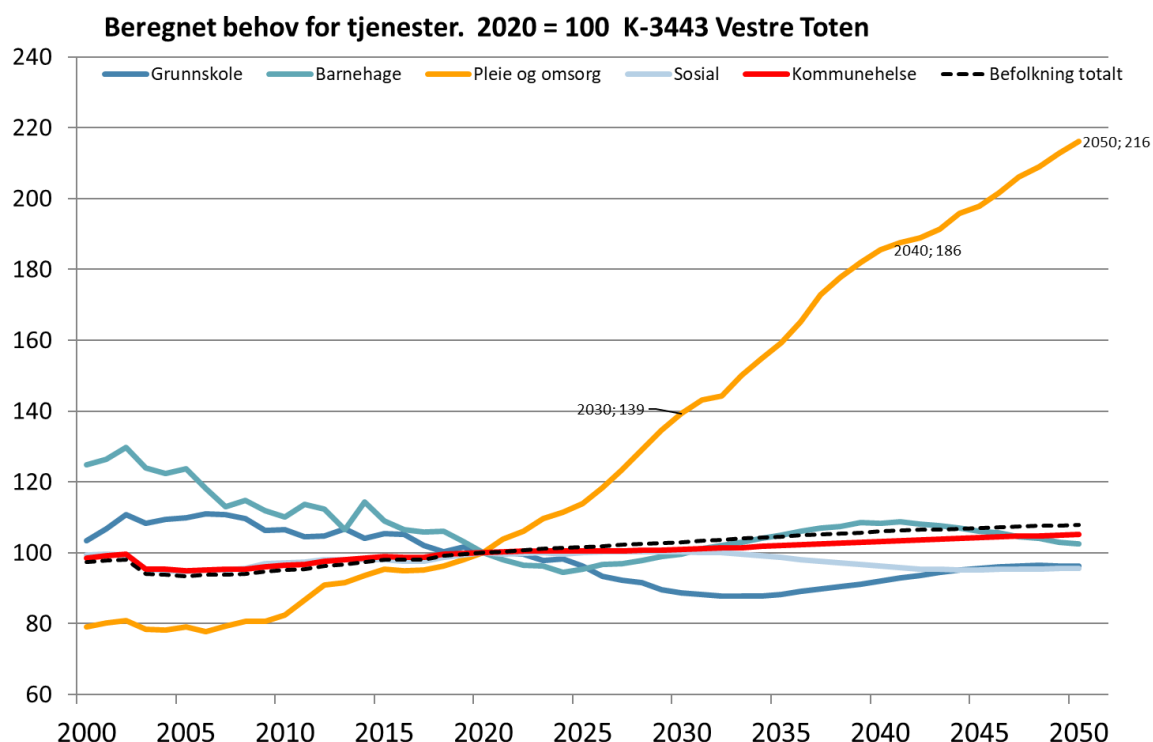


Figur 3: Grafisk fremstilling av aldersbæreevne

(Agenda kaupang 2020)

Hvis vi fortsetter akkurat slik vi gjør det i dag, samme tjenestep praksis og nivå, så vil behovet for pleie - og omsorgstjenester vokse til det dobbelte i 2040. Hovedutfordringen er det økende forventningsgapet mellom hvilke tjenester den enkelte innbygger ønsker og hvordan kommunen kan møte behov i forhold til helsefaglig arbeidskraft og økonomi.

Presset på helse- og omsorgstjenestene vil allerede fram mot 2030 bli betydelige og det er ikke bærekraftig hverken økonomisk eller bemanningsmessig.



Figur 4: Registrert utvikling 2000-2020 og fremskrevet utvikling 2021-2050. Grunnlag demografikomponenten i statens inntektssystem og MMMM-alternativet SSB (Agenda Kaupang 2020).

Framskrivning av tjenestebehovet innenfor fem utvalgte sektorer i Vestre Toten kommune, viser at behovet går ned eller er uendret i alle sektorer bortsett fra pleie og omsorg som øker betydelig. Det er nødvendig at ressurser omdisponeres fra andre sektorer, men likevel er det ikke tilstrekkelig til å møte hele økningen. Behovene må møtes på andre måter enn i dag. Helse og omsorgstjenesten kan ikke løse utfordringene alene, men er avhengig av at andre sektorer, spesialisthelsetjenesten og innbyggerne selv bidrar for å redusere tjenestebehov.

Et sterkt endringstrykk og med omfattende omstilling i årene fremover utfordrer kommunen og helse- og omsorgstjenesten. Helse og omsorgssektoren har mange ansatte, døgndrift og tradisjonelt lav ledertetthet. Dette gjør omstillingsarbeid ekstra utfordrende. Å skape felles forståelse av utfordringsbildet og hva vi sammen skal løse, hos aktører på alle nivåer og hos innbyggere, er helt nødvendig for å lykkes.

3.2 Folkehelseprofilen

Folkehelseprofilen gir en oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Den kan gi indikasjoner på utvikling i behov for helse og omsorgstjenester fremover og hva som bør prioriteres av forebyggende satsninger. Det er her gjort et utvalg av noen sentrale områder.

Levevaner, helse og sykdom	Vestre Toten	Innlandet	Landet
Personer som bor alene 45+ (%)	27,2	27,6	26,3
Unge som står utenfor, 15-29 (%)	11,0	9,9	9,5
Forventet levealder kvinner (år)	83,4	83,3	83,9
Forventet levealder menn (år)	79,9	79,5	80,1
Psykiske symptomer/lidelser 0-74 år (pr. 1000)	225	174	160
Hjerte – karsykdom (pr. 1000)	15,1	16,5	17,2
Muskel- og skjelett*	405	433	316

Figur 5: Folkehelseprofilen for Vestre Toten

(FHI 2023)

Andelen aleneboende har ifølge undersøkelser betydning for tjenestebehov når en blir eldre. I Vestre Toten er andelen over 45 år som bor alene tilnærmet som landsgjennomsnittet. Den forventede levealder i kommunen er økende og er nå tett ved landsgjennomsnittet for både kvinner og menn.

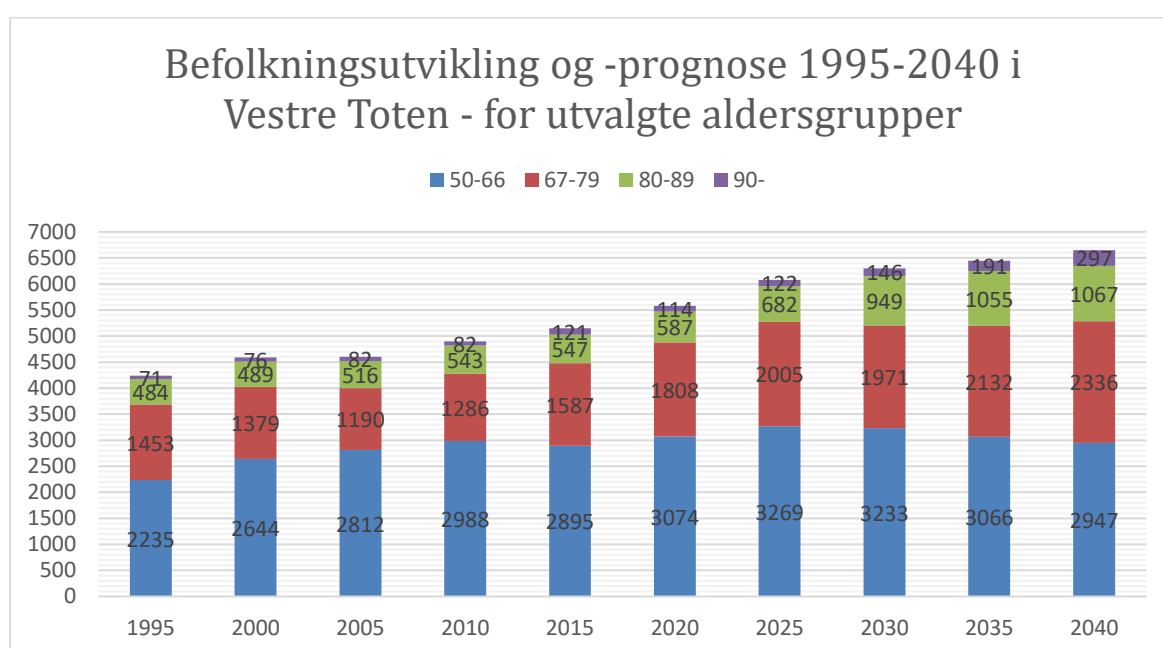
Andelen med psykiske symptomer/lidelser er høy sammenlignet med landsgjennomsnittet, og har vært det over tid. Det er vanskelig å si noe sikkert om årsak, men genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen. Som vertskommune for Sykehuset Innlandet, Reinsvoll kan det gjøre at noen velger å bosette seg i kommunen. Tallene må også ses i sammenheng med antall unge som står utenfor, da det kan ha betydning for psykisk helse. Andelen ligger litt høyere i Vestre Toten enn landet.

Muskel- og skjelettsykdommer og plager er blant de viktigste årsakene til redusert helse og nedsatt livskvalitet, og er en dominerende årsak til sykefravær og nedsatt arbeidsevne og uførhet. Den er litt høyere enn landsgjennomsnittet, men lavere enn samlet for Innlandet.

3.3 Demografisk utvikling

Vestre Toten er en av de få innlandskommunene som har hatt en vekst i antall innbyggere de siste årene. Likevel blir det en tydelig aldring i kommunens befolkning fram mot 2040.

Framskrivning basert på SSB middelalternativet (MMMM).



Figur 6: Utviklingen i antall innbyggere fordelt på utvalgt aldersgrupper i Vestre Toten kommune (SSB 2022)

I 2022 hadde Vestre Toten 716 innbyggere over 80 år, og i 2040 forventes antallet å ha steget til 1364. En nesten doubling av antallet. Fra 2025 går andelen 50 – 66 år gradvis ned og 67 – 79 år øker tilsvarende. Framskrivningen viser tilnærmet ingen endring i antall yngre under 50 år. Med økningen i tjenester til yngre de siste tiårene, så vil andelen yngre som har ulike helseutfordringer ha stor betydning for behovet fremover, og et viktig forebyggende område.

Mye tyder på at dagens og fremtidens eldre kan møte alderdommen med andre ressurser enn tidligere generasjoner. De har bedre helse og er sprekere enn før, og flere eldre har

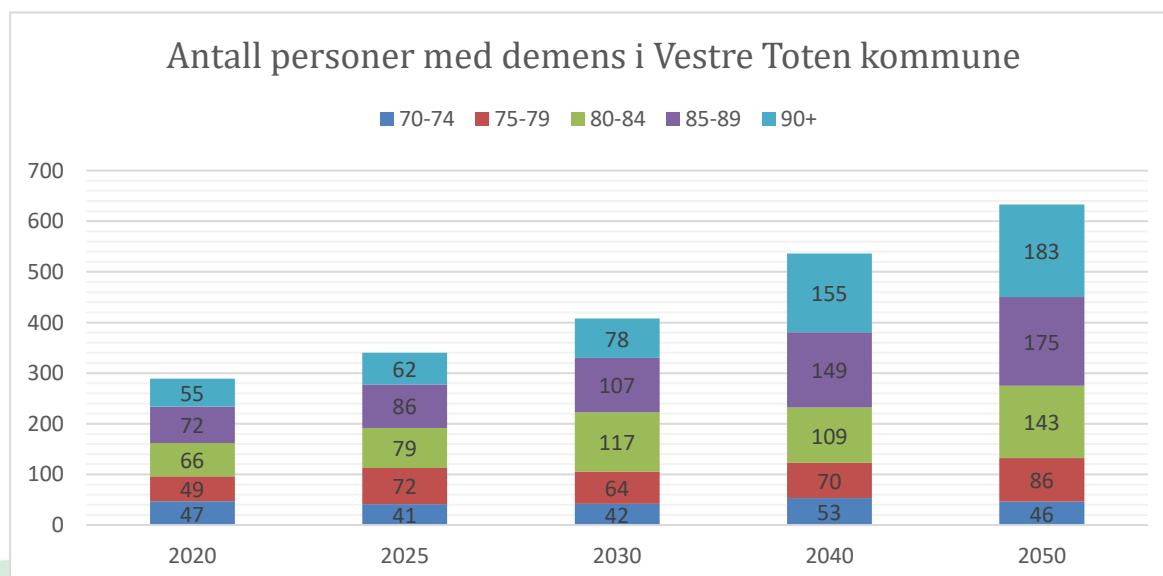
høyere utdanning, bedre økonomi, bedre boforhold, bedre funksjonsevne og er også mer teknologivante. Eldre må ses på som en ressurs som kan bidra i samfunnet. Samtidig vil den sterke økning i antall eldre og forventet økning i aldersrelaterte sykdommer, gjør at det største behov for tjenester fremover vil være knyttet til gruppen over 80 år.

3.4 Endringer i sykdomsbildet

De demografiske endringene påvirker sykdomsbildet. Den medisinske og teknologiske utviklingen gjøre at sykdommer som mange tidligere døde av, i større grad kan behandles, samtidig som det også blir lettere for mange å leve med sykdom og med ulik grad av hjelpebehov. Flere vil leve lenge med en eller flere kroniske sykdommer slik som luftveissykdommer, muskel og skjelettplager, kreft og aldersrelaterte sykdommer som demens. Hjerne- og karsykdommer har siden 2004 hatt en betydelig nedgang. Samtidig har det vært en økning i flere tilstander, særlig nevrologiske sykdommer som demens, diabetes og psykiske lidelser.

Demens

I Vestre Toten var antallet med demens 300 i 2020. I 2025, 2030 og 2040 vil dette øke henholdsvis til 350, 420 og 536. 80% økning i antall fra 2020 til 2040 (Nasjonalt senter for aldring og helse). Økningen i andel innbyggere med demenssykdom vil utfordre kommunen generelt og pleie- og omsorgstjenesten spesielt.



Figur 7: Beregninger av forekomst av personer med demens for Vestre Toten (Nasjonalt senter for aldring og helse 2022)

Psykisk helse

En av de andre store samfunnsutfordringene er psykiske helse hos både barn, unge og voksne. Folkehelseprofilen for Vestre Toten viser en høy andel med psykiske symptomer/lidelser. Det må forventes at utviklingen på dette området i samfunnet vil utfordre kommunen fremover.

En rapport fra Oslo Economics (2020) om Psykisk helse og uførhet blant unge viser en økning i andelen uføretrygdde i alderen 18-24 år. Dette tilskrives en økende andel som har utfordringer i tidlig alder, som blant annet, psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og psykiske helseutfordringer. Også blant unge i slutten av 20 årene har andelen uføretrygdde økt. En økende andel av disse er diagnostisert med angst, depresjon, atferds-, personlighets- eller utviklingsforstyrrelser. I tillegg er det utfordringer med sammensatte rus og psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk.

Nasjonal handlingsplan for psykisk helse ble lagt fram våren 2023. Å prioritere tverrsektorielt arbeid på psykisk helse- og rusområdet inn mot alle aldre og på tvers av språk og kulturer, blir avgjørende for å møte de økende utfordringene.

Ressurskrevende tjenester

Det har de siste årene vært en betydelig økning i tjenester til personer med sammensatte, utfordrende og store behov for oppfølging og bistand. Det er ulike diagnoser og tilstander, og innenfor alle deler av tjenesten. Rettigheter, lovkrav knyttet til tjenestenivået og kompetansekrav utfordrer både økonomi og bemanning.

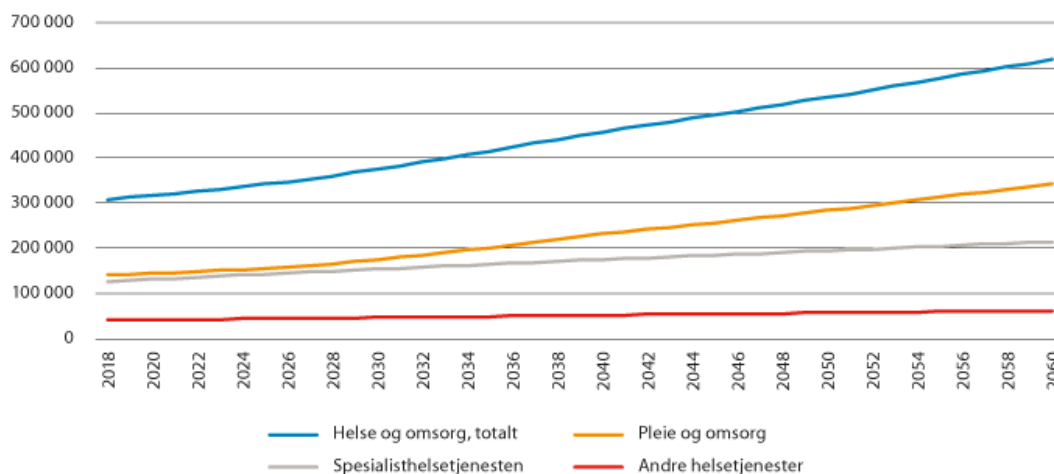
3.5 Pandemi

Covid-19-pandemien rammet hele Norge i 2020 og har medført store utfordringer for en allerede presset kommunal helse- og omsorgstjeneste. Krisen har forsterket utfordringsbildet og synliggjort betydningen av blant annet personellmangel og kompetanse. Samtidig har erfaringene fra pandemien vist tjenestenes omstillingsevne og fleksibilitet. Det er sannsynlig at vi vil se nye pandemier i løpet av de neste tiårene, og risikoen kan være økende. Klima- og miljøendringer kan øke risiko for nye utbrudd og påvirke forekomsten av smittsomme sykdommer i framtiden (FHI 2022).

3.6 Arbeidskraft

Behovet for antall ansatte øker radikalt i takt med befolkningsutviklingen. Helse og omsorgstjenestene har allerede begrenset tilgang på arbeidskraft i yrkesgrupper som sykepleiere og fastleger, og også vernepleiere. Å rekruttere og å beholde medarbeidere med nødvendig kompetanse blir en av de største utfordringene fremover.

Tall fra SSB viser at samlet antall ansatte i helse- og omsorgssektoren i Norge må øke fra 310 000 i 2020 til opp mot 800 000 i 2060 hvis vi fortsetter på samme måte. Dette innebærer at hver fjerde nordmann må jobbe med helse og omsorg. Allerede i 2031 er det beregnet et behov for en netto økning på ca. 47 000 årsverk. I 2035 vil det mangle 18 000 helsefagarbeidere og 28 000 sykepleiere. Sammenlignet med land i Europa så har Norge dobbelt så mange sykepleiere og vesentlig flere leger enn EU gjennomsnittet. Totalt antall ansatte i helse og omsorgssektoren er derimot ikke så mye høyere. Det kan tyde på at Norge har ansatte med høyere utdanning til oppgaver som andre land bruker annen kompetanse til. I figurene vises veksten i årsverk samlet og for ulike yrkesgrupper hvis vi fortsetter som i dag. Dette vil ikke være bærekraftig.



Figur 8: Framskrivninger av helse- og omsorgsårsverk for kommune og spesialisthelsetjeneste samlet og fordelt på de to nivåene. (NOU Tid for handling 2023)

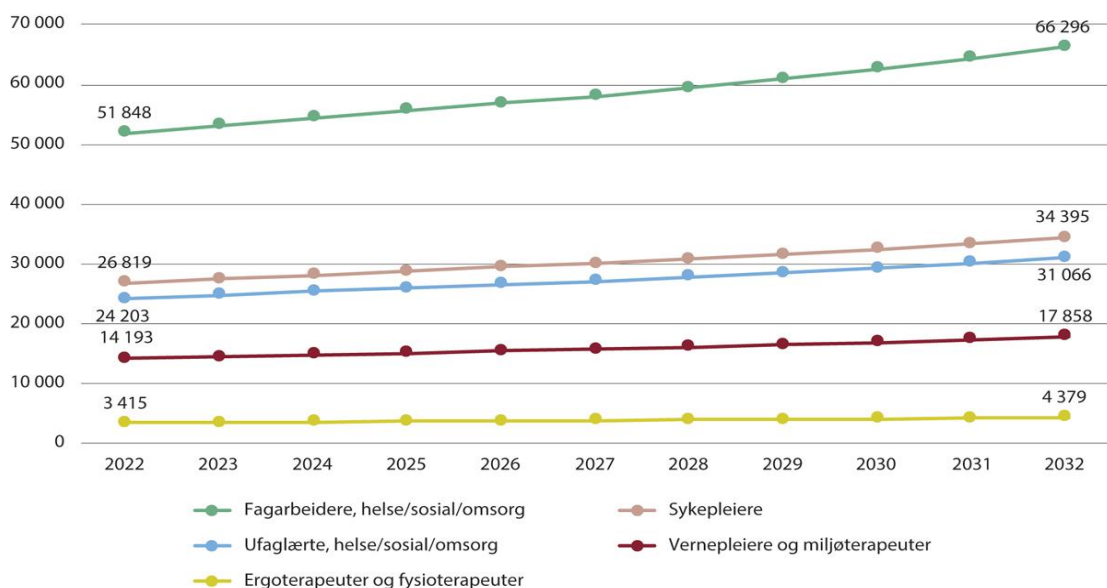
Stadig flere kommuner har store utfordringer med å rekruttere fastleger, inkludert Vestre Toten. Antall legeårsverk i forhold til innbyggertall ligger i Vestre Toten litt i underkant av landsgjennomsnittet.

	Vestre Toten 2022	KOSTRA gr.7 2022	Innlandet 2022	Landet 2022
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere	11,9	12,2	13,3	12,4

Figur 9:

(SSB 2022)

Behovet for årsverk for ulike grupper i de kommunale helse og omsorgstjenester vil øke betydelig framover, og vises i figuren nedenfor.



Figur 10: Fremskrevet antall årsverk for yrkesgrupper i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2022–2032 (KS rekrutteringsmodell)

Vestre Toten har allerede merkbare utfordringer med å ha tilstrekkelig helsefaglig kompetanse. Andelen med helsefaglig utdanning har de siste årene hatt en svak nedgang og ligger lavere enn sammenligningsgruppene. Andelen ufaglært er i Vestre Toten 24% og for landet 22 %. Det er store variasjoner mellom enkeltkommuner.

Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/helseutdanning (%)	2019	2020	2021	2022
Vestre Toten	76,8	76,1	75,7	75,9
Innlandet	-	77,8	78,1	78,1
Kostra-gruppe 7	77,0	79,3	79,1	78,7
Landet	77,7	78,1	78,3	78,0

Figur 11:

(SSB 2022)

Andelen deltidsstillinger er generelt for høy i pleie og omsorgstjenesten, og det er forskjeller mellom yrkesgruppene. Helsefagarbeidere har høyere andel deltid enn sykepleiere og vernepleiere. Det er et mål å øke andelen heltid. Dette utfordres særskilt av behovet for kompetent arbeidskraft på helg opp mot antall helgetimer i turnus.

Høyt sykefraværet er en sentral del av utfordringsbildet for den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Sykefravær har betydning for kontinuitet i tjenesten, og høyt sykefravær gjør at ledere må bruke mye av tiden til oppfølging av fravær og ansatte, og innleie av personell. Årsakene til det høye sykefraværet er komplekst og innehar både individ og systemfaktorer som krever systematisk og målrettet arbeid over tid.

Ved å klare å utnytte arbeidskraftressursen som er i samfunnet vil utfordringen med mangel på arbeidskraft kunne reduseres.

3.7 Dagens status – økonomi og prioriteringer

KOSTRA tallene viser at behovet for pleie og omsorgstjenester i Vestre Toten er beregnet til 113,2 % av landsgjennomsnittet. Kommunens kostnader for omsorgstjenester er likevel lavere enn gjennomsnittet for sammenligningskommunene i KOSTRA-gruppe 7. Vestre Toten har høy gjeld og lave inntekter noe som påvirker prioriteringene.

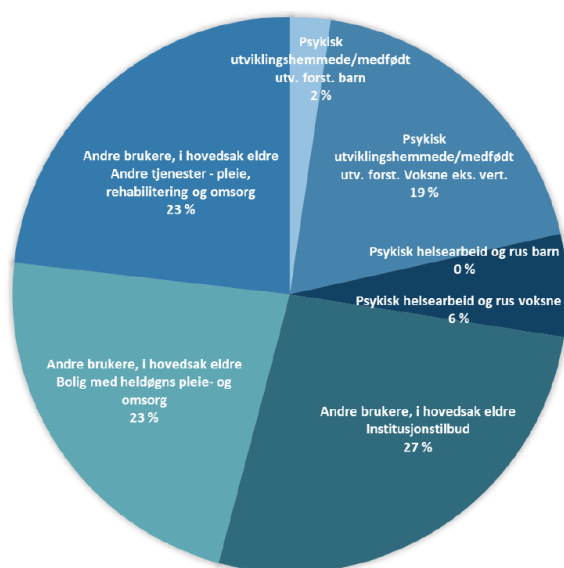
Helse- og omsorgstjenesten har de siste par årene hatt et større overforbruk som skyldes økning i tjenestebehov og mangel på helsefaglig personell som medfører høy vikarbruk.

	Vestre Toten 2022	KOSTRA gr. 7 2022	Innlandet 2022	Landet 2022
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i % av kommunens samlede netto driftsutgifter	33,2	33,3	38,1	34,6
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)	33 645	32 305	40 343	34 547

Figur 12: KOSTRA tall som viser prioritering

(SSB 2022)

Fordeling av utgifter til pleie og omsorg



Figur 13:

- 73% av Vestre Toten sine utgifter til pleie og omsorg brukes på brukergruppen *Andre i hovedsak eldre*. Hovedvekten av utgiftene til denne gruppen (50%) går til ulike heldøgns botilbud.
- I 2019 gikk 21% av utgiftene innen pleie og omsorg til mennesker med psykisk utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser.

Vestre Toten har en hjemmetjenestebasert profil med sterk satsning på heldøgns omsorgsboliger. Det er få institusjonsplasser og kostnadene pr plass er høy i sammenligningen. Dette skyldes at kommunen har få plasser og en stor andel er korttidsplasser som er dyre å drifte. Et lavt antall plasser gir færre å fordele totalutgiftene på. Spesialboliger med høy bemanning inngår også i tallene.

	Vestre Toten 2022	KOSTRA gr. 7 2022	Innlandet 2022	Landet 2022
Andel innbyggere 80 år og eldre som bruker hjemmetjenester (prosent)	27,9	27,8	29,4	28,0
Andel innbyggere 80 år og eldre i institusjon (prosent)	3,8	9,1	10,2	10,4
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)	45,6	50,8	47,3	49,0
Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon (kr)	5 434	4 827	4 763	4 750
Andel innbygger 80 år og over i bolig med fast tilknyttet bemanning hele døgnet	8,2	4,0	3,5	3,6

Figur 14: KOSTRA

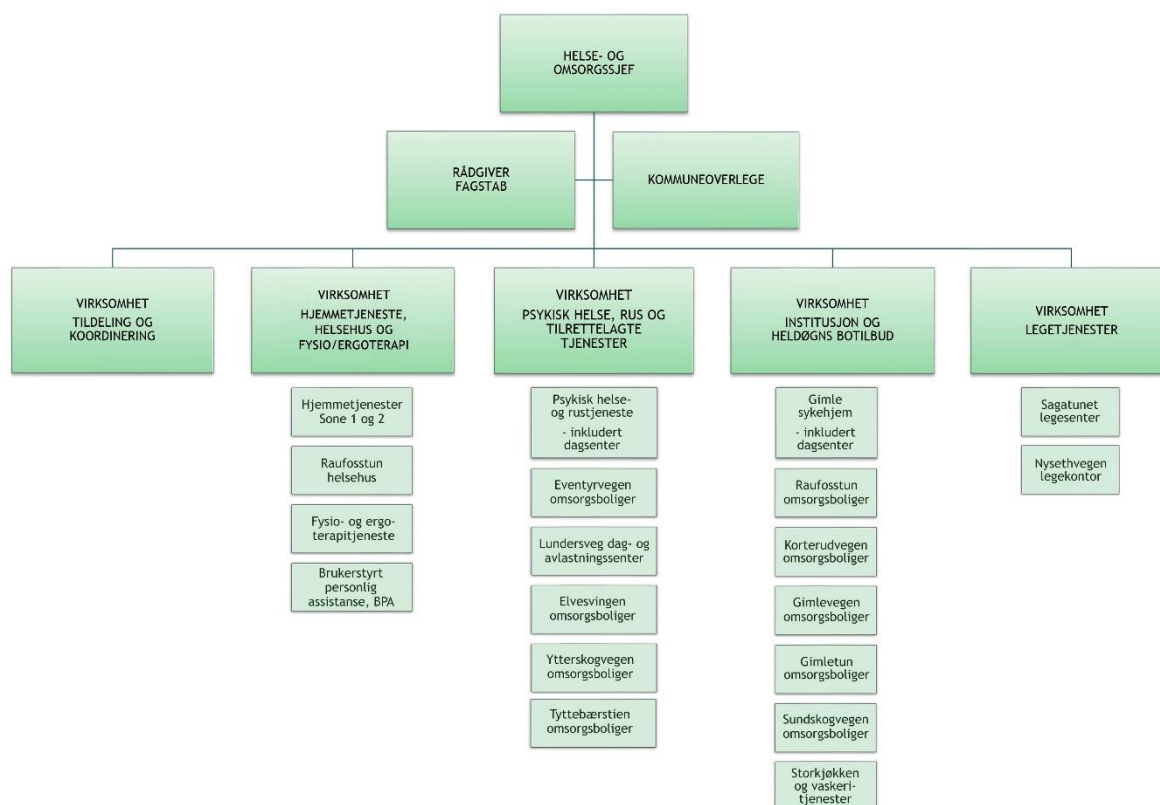
(SSB 2022)

Norske kommuner bruker generelt en større andel av ressursene på hjemmetjenester enn på institusjonstjenester og det er en villet utvikling. Undersøkelser viser også at tjenestemottakere ønsker å bli boende hjemme så lenge det er mulig og kommunene innretter sitt tjenestetilbud deretter.

4. ORGANISERING OG TJENESTETILBUD

Helse og omsorg ble samorganisert og formelt etablert i januar 2022. Tjenesten består av helse og omsorgssjef, fagstab og kommuneoverlege, fem virksomhetsområder, og med virksomhetsledere og avdelingsledere i fire virksomheter.

Organisasjonskart, Helse- og omsorgstjenester Vestre Toten kommune:



Den kommunale helse - og omsorgstjenesten er grunnmuren i samfunnets helse og omsorgstjeneste, og fastlegene har en nøkkelrolle i den samlede tjenesten.

Legetjenesten består av fastlegevirksomhet og offentlige oppgaver med helsestasjon, skolehelsetjeneste og sykehjem. Akuttmedisinsk beredskap med daglegevakt på fastlegekontor og interkommunal legevakt utenom åpningstid. Samfunnsmedisinsk legetjeneste er tillagt kommuneoverlegen. Kommunen har fem legesentre og pr. tid 14 fastlegehemler, 1 årsverk for sykehjemslege og 0,6 årsverk for kommuneoverlege.

Legekontor	Sted
Raufoss kommunelegekontor	Raufoss
Sagatunet legekontor (kommunalt drevet)	Raufoss
Nysethvegen legekontor (kommunalt drevet)	Raufoss
Torvet legekontor	Raufoss
Bøverbru legekontor	Bøverbru

Figur 15:

Det er av stor betydning at fastlegene er integrert i resten av den kommunale helse - og omsorgstjenesten.

Virksomhet tildeling og koordinering gir veiledning, behandler søknader og fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester, og er kommunens koordinerende enhet.

Fysio – ergoterapitjenesten består av forebyggende virksomhet og behandling, habilitering, rehabilitering både i og utenfor institusjon og innenfor flere kommunale sektorer samt Frisklivssentral. Tjenesten har lokaler på Raufosstun helsehus. Kommunen har driftsavtale med private fysioterapeuter. Fysio- og ergoterapitjenesten skal dekke behovet for fysio- og ergoterapitjenester i alle aldersgrupper, og samarbeider tverrfaglig med andre aktører for at kommunens innbyggere skal kunne oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne.

Institusjonstjenester omfatter korttids- og langtidsopphold i sykehjem og helsehus, avlastningstilbud for eldre, barn og ungdom, samt barnebolig og forsterkede boliger.

Korttidsplasser gis i form av tidsbegrenset opphold, eksempelvis heldøgns medisinske oppfølging, observasjon, utredning, behandling/opptrening ved funksjonsnedsettelse pga.

sykdom. Med flere hjemmeboende blir kapasiteten for korttidsopphold viktig å sikre. Sykehjem har langtidsopphold for syke og pleietrengende som ikke får dekket sitt daglige behov for helsehjelp i eget hjem på forsvarlig nivå. I tillegg er det rullering- og avlastningsplasser til hjemmeboende som et tiltak for å gi pårørendestøtte. Det er et tidskritisk behov for nytt sykehjemsbygg for å erstatte dagens og netto tilvekst.

Institusjonstjenester	Gimle sykehjem	Raufosstun helsehus	Lundersveg dag- og avl. senter
Antall langtidsplasser	25		
Antall korttidsplasser		21	
Antall avlastnings- plasser for eldre	4		
Antall avlastnings- plasser for barn/unge			6

Figur 16:

Hjemmebaserte tjenester er alle ambulerende tjenester i form av helsehjelp i hjemmet og praktisk bistand, og omfatter alle brukergrupper inkludert heldøgns bemannede omsorgsboliger. Hjemmetjenesten holder til i lokaler på Sagatunet på Raufoss og følger opp innbyggere med ulike behov i private hjem. Tilrettelagte tjenester og psykisk helse- og rustjeneste har både ambulerende, og stedlige bemanningsbaser i form av omsorgsboliger. Omsorgsboliger omfatter boliger til både eldre, mennesker med demens, psykisk utviklingshemming, og psykiske lidelser, og har stedlig bemanning hele døgnet.

Heldøgns bemannede omsorgsboliger	Raufoss	Reinsvoll	Bøverbru	Eina
Antall leil. Eldre	38			14
Antall leil. demens			32	
Antall leil. funksjonshemming/psyk.utv.	5	6	5	
Antall leil. psykisk helse	7			
Antall leil. Korttidsplasser	2		3	

Figur 17:

Kommunen har i tillegg flere satelittboliger, det vil si frittstående bolig med døgnbemanning rundt enkeltpersoner.

Andre botilbud uten stedlig bemanning

Det er totalt 77 trygdeboliger fordelt i de fire tettstedene og 12 klausulerte boliger.

Klausulerte boliger vil si borettslagsleiligheter for personer over 60 år eller andre som har et tjenestebehov og hvor kommunen tildeler leilighet de kan kjøpe. Høsten 2022 gikk avtaleperioden ut og borettslaget valgte å ta over 47 av boligene selv. Boligene er tilgjengelige i det ordinære boligmarkedet.

Andre tjenester omfatter ulike aktivitetstilbud og består av dagsenter for mennesker med demens, psykiske lidelser, rusproblematikk, funksjonssvikt/psykisk utviklingshemming, og brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgsstønning, støttekontakt og hjemmeavlastning.

Tilbudet skal bidra til økt mestring av hverdagen for både brukere og pårørende slik at flere klare seg hjemme lengre.

Aktivitetstilbud	Antall plasser
Vestre Toten dagsenter, Gimle (kognitiv svikt)	19
Fossegård, dagsenter (psykiske lidelser)	gruppetilbud med varierende ant.
Lundersveg dagsenter (funksjonssvikt, psykisk utv.)	15
HUSET, lavterskel (rusmiddelproblematikk)	ikke tallfestet

Figur 18:

Storkjøkken og vaskeri produserer mat til hjemmeboende og til institusjoner. Vaskeriet vasker arbeidstøy og flatt-tøy til institusjon og boenheter. Lokalene er pr tid i samme bygg som Gimle sykehjem. Nytt storkjøkken og vaskeri på Bøverbru står ferdig våren 2024.

5. HELHETLIG INNSATSTRAPP

Helhetlig innsatstrapp er et verktøy for strategisk planlegging og administrativ styring. Innsatstrappen gir en visualisering av de ulike nivåene av tjenester, og er derfor et godt kommunikasjonsverktøy mellom tjenesten, innbyggere, politikere, på tvers av sektorer og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette bidrar til bevisstgjøring av hva helse og omsorgstjenesten er og skal være fremover, felles forståelse og felles innsats for utvikling, og avklaring av forventninger til tjenestetilbudet mellom innbygger og kommunale tjenester.



Figur 19: Helhetlig innsatstrapp i Vestre Toten kommune 2021

Trinnene viser grad av inngripen i den enkeltes liv. Nederst i trappen er de minst inngripende tiltakene som gjelder alle innbyggere og øverst de mest spesialiserte tjenester med stor inngripen, og som kommunen kan tilby til et fåtall av innbyggerne. Riktig dimensjonering av tjenestene på de ulike trinnene i trappen er avgjørende for å kunne møte utfordringene i helse og omsorgstjenestene på en bærekraftig måte. To prinsipper er større satsning på de nederste fire trinnene og et mer differensiert botilbud.

5.1 Folkehelse

Folkehelse skal være en integrert del av tjenestetilbud og utviklingsarbeid. Den helhetlige innsatstrappen skal ha folkehelseperspektivet på alle trinnene. Folkehelsearbeidet har som mål å legge til rette samfunnet slik at befolkningen selv kan ivareta og forbedre sin helse og trivsel, og ha gode sosiale og miljømessige forhold som bidrar til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Folkehelse skapes når folk opplever en reell mulighet til å delta i utformingen av de sosiale sammenhengene de inngår i.

6. TJENESTEUTVIKLING OG RETNING

For å nå målene er det valgt seks strategiske satsningsområder som gir felles retning og føringer for å lykkes med bærekraftige helse og omsorgstjenester.

Strategien handler om å styrke det forebyggende og rehabiliterende arbeidet og bygge opp under mestring og selvstendighet. Videre handler det om å utvikle samarbeid med frivillige og pårørende, ta i bruk teknologiske løsninger og styrke den hjemmebaserte tjenesten. Botilbudet skal være mer differensiert og med en framtidsrettet struktur som sikrer faglig trygge tjenester.

6.1 STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

- 1. Helhet og sammenheng i tjenestene***
- 2. Helsefremming, forebygging og tidlig innsats***
- 3. Arbeidskraft med riktig kompetanse til oppgavene***
- 4. Teknologi og nye arbeidsmåter***
- 5. Samskaping og samarbeid med frivillighet***
- 6. Bo trygt i eget hjem***

6.2 BESKRIVELSE AV SATSNINGSOMRÅDENE

Helhet og sammenheng i tjenestene

I Samhandlingsreformen (2012) er helhet og sammenheng gjennomgående. Påfølgende stortingsmeldinger har tatt dette opp i seg for å sikre denne utviklingen med trygge og bærekraftige tjenester.

Undersøkelser peker på at de som mottar tjenester ønsker i større grad tjenester preget av god samhandling og kontinuitet, og færre hjelpere og forholde seg til. Målet er å gi økt trygghet og forutsigbarhet gjennom helhetlige pasientforløp (tjenesteforløp) ved overganger mellom eget hjem, sykehus og kommunale tilbud, både for tjenestemottaker og pårørende. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov krever særskilt god koordinering mellom tjenestene. Fastlegene har en nøkkelrolle i pasientforløpene.

Helhetlige pasientforløp skal bidra til koordinerte tjenester, samarbeid og kontinuitet for å sikre overgangene med rett tjeneste til rett tid. Et helhetlig pasientforløp går fra første kontakt med helse og omsorgstjenesten til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. Dette kan ha kort eller langt tidsperspektiv. Sikring av sammenheng i tjenesten og mellom nivåene krever at de ulike aktørene samarbeider, det vil blant annet være tjenestemottaker, pårørende, spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester.

Med utgangspunkt i framtidsscenariene og økte samhandlingskrav, blir det viktig at kommunene styrker sin posisjon for både å møte de kommende utfordringene og å være en offensiv part i samarbeidet og partnerskapet med helseforetaket. Helsefellesskapet Innlandet og med tilhørende helseregioner ble etablert i 2021. Samarbeidet skal preges av likeverdighet mellom kommunene, ha en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at brukere involveres i utformingen av nye tjenester. Løsningene må bygge på en annerledes og tettere samhandling i kommunen, mellom kommunene og med sykehusene. Prioriterte områder er barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.

Helsefremming, forebygging og tidlig innsats

Helsefremming, forebygging og tidlig innsats gjelder innbyggere, også innvandrere, i alle aldre, barn, unge og voksne. Den enkelte innbygger har, i all hovedsak, både mulighet og ansvar for selv å påvirke sin livssituasjon. Samarbeid mellom ulike sektorer og fagområder, og en god primærhelsetjeneste er viktig for å lykkes.

Helsefremming har helse og livskvalitet som mål. Helsefremmende arbeid stimulerer bruk av ressurser i individer, familier og lokalsamfunn, slik at de kan mestre utfordringene selv, oppleve mening, livsglede og tiltro til egne ressurser. Økt mestringstro og evne til selvhjelp i befolkningen, både for den enkelte og i fellesskap, kan dempe etterspørselen etter hjelp fra helse- og omsorgstjenester. Dette er nødvendig både for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og et bærekraftig folkehelsearbeid.

Forebyggende arbeid skal bidra til reduksjon i omfanget av sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer jf. folkehelseloven. Forebygging handler både om å forhindre skade og sykdom. Innsatsen bør spisses inn mot områder og med tiltak som gir effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelser og redusert omfang av kommunale tjenestebehov. Det skilles mellom forebygging på tre områder: universell forebygging rettet mot befolkningsgrupper, selektiv forebygging rettet mot grupper med kjent eller forhøyet risiko, og indisert forebygging som er tiltak rettet mot individer med høy risiko. Innenfor nivåene er det primær forebygging som skal hemme utviklingen av skade og sykdom før det skjer, sekundær forebygging er å stoppe eller reversere et problem gjennom tidlig oppdagelse, og tertiær forebygging fokuserer på å redusere uførhet og gjenopprette funksjonalitet til de som allerede er rammet av sykdom eller skade.

Med **Tidlig innsats** menes både arbeid med å oppdage utfordringer, sårbarheter og risikoforhold og iverksette tiltak så tidlig som mulig for å forebygge. Det gjelder i alle aldre og er ikke knyttet bare til diagnose, men også ensomhet og utenforskap, og andre fysiske og psykiske utfordringer. Kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer er en viktig forutsetning for å kunne sette inn tiltak tidlig, før problemene utvikler seg. Tidlig tverrfaglig innsats øker mulighetene for å fange opp og forebygge hjelpebehov. Arbeidet må foregå i samarbeid med innbygger og på tvers av sektorer innen oppvekst, kultur og helse og omsorg.

Arbeidskraft med riktig kompetanse til oppgavene

Kommunens arbeidsgiverpolitikk 2020-2023 har blant annet strategier for kompetanse og rekruttering, heltidskultur, helsefremmende arbeidsplasser og ledelse som er førende for helse- og omsorgsplan.

Oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten krever personell med både høyere, bredere og annen kompetanse. Videre er det et stort behov for opplæring av personell og rekruttering til yrkesutdanning, høyskoleutdanning og etter- og videreutdanning. Det er også viktig med gode tiltak for å anskaffe, utvikle og beholde nok og nødvendig personell.

Mangelen på nødvendig arbeidskraft og mål om lavere personellvekst må møtes med flere tiltaksområder som vist i figuren. Oppgavedeling i sammenheng med digitalisering, kompetanse og organisering er sentralt. Dette krever stor grad av omstillingsevne.



Figur 20: Tiltaksområder for løsninger av helsepersonellutfordringene

(Kilde: NOU Tid for handling 2023)

Alle må være med å bidra til omstilling og utviklingen, både politikere, arbeidstakerorganisasjoner, ansatte og innbyggere.

Det er ledere og medarbeidere som sørger for at endringene i tjenestene faktisk skjer, noe som krever endringskompetanse hos ledere og også medarbeidere. Vilje, evne og kunnskap om endring, og kontinuerlig forbedringsarbeid der medarbeidere medvirker er avgjørende for utvikling og endring.

Endringer i brukeres kulturelle og religiøse bakgrunn vil også ha en betydning for utforming av tjenestene, og stille større krav til kompetansebehovet blant personell om innvandrergруппers helse, sykdomsforståelse og risikofaktorer.

Kompetanse og kompetansesammensetning må tilpasses utviklingen. Rekruttering av riktig kompetanse krever kortsiktig og langsiktig innsats, og bevissthet om kompetansebehov. Økt fagkompetanse både spesialisert og breddekompetanse, og kunnskap om helsefremming, forebygging, mestring, digitalisering og teknologi. I tillegg til rekruttering av nye ansatte, er det viktig å ha tiltak for å beholde medarbeidere, og benytte og videreutvikle deres kompetanse i tråd med behov.

Ansatte og innbyggere må involveres i tjenesteutvikling, og det må både kunnskap og holdningsendring til for å realisere målet om bærekraftige tjenester med god kvalitet, kontinuitet, riktig kompetanse og faglig forsvarlig kapasitet. Nye roller og nye former for samarbeid som bidrar til at tjenesten utvikler seg.

God ledelse er en avgjørende faktor for å skape endring og utvikling. Godt lederskap handler om å påvirke andre til å nå et felles mål. Det handler også om å kunne kommunisere tydelig, motivere og inspirere medarbeidere til å ta medansvar for å fremme og utvikle et best mulig arbeidsmiljø, og skape en kultur for læring og nyskaping. Det må sikres tilstrekkelig ledelseskapasitet og kompetanseutvikling for ledere.

Teknologi og nye arbeidsmåter

Teknologi og nye arbeidsmåter kan bidra til å øke kvaliteten, effektiviteten og bærekraften i tjenesten. Velferdsteknologiske hjelpemidler skal inngå i kommunens tjenestetilbud inkludert nye helse- og omsorgsbygg. Teknologi vil kunne erstatte helsepersonell der dette er hensiktsmessig i forhold til innbyggers tjenestebehov. Teknologi kan gi innbyggerne mer selvstendighet, trygghet og livskvalitet, redusere behovet for institusjonsplasser og

hjemmebesøk, samt gi helsepersonell bedre verktøy for å utføre sine oppgaver der de har tilgang til relevant og oppdatert informasjon om innbygger. Teknologien er i rask utvikling, og kommunen må være i stand til å følge med i utviklingen og ta i bruk nye løsninger.

Teknologi kan brukes på mange måter i helse- og omsorgstjenesten;

- *Velferdsteknologi* som gir brukerne økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse og selvstendighet. Eksempler på dette er trygghetsalarmer, GPS-sporing, medisindispensere og digitale tilsynsløsninger.
- *Digital hjemmeoppfølging* for å overvåke, behandle og veilede brukere i eget hjem. Eksempler er videokonsultasjoner, egenmåling av helseparametere, digitale sårskift og virtuelle hjemmebesøk.
- *Journalløsninger*, er elektroniske systemer for å dokumentere, lagre og dele helseinformasjon. Eksempler er elektronisk pasientjournal, kjernejournal, helsenorge.no og helseportalen.

For å henge med i den raske utviklingen, må det være kjennskap til hvor man finner informasjon om utvalg av teknologi utover det kommunen tilbyr. Teknologi som hver enkelt kan ha hjemme og styrer selv, slik at de kan bevare kontrollen over eget liv i størst mulig grad.

Det er en forventet utvikling at velferdsteknologi vil være en naturlig del av den enkeltes hverdag i større grad. Det kan være aktuelt med samarbeid mellom kommune, næringslivet og frivillige organisasjoner om dette, slik at flere kan skaffe seg velferdsteknologi uavhengig av kommunen. Kommunen kan bistå med velferdsteknologi som er ny eller krever ekstra kompetanse og innsats, der det er strukturer for anskaffelser, klargjøring, drift, vedlikehold og respons på de ulike teknologiene.

Nye arbeidsmåter innebærer å endre måten tjenestene leveres, organiseres og samhandles på, for å tilpasse seg innbyggernes behov og ressurser, samt utnytte teknologiens muligheter.

Samskaping og samarbeid med frivillighet

Samskaping er et begrep som brukes om prosesser der offentlige organisasjoner utvikler og produserer velferd sammen med borgere, sivilsamfunn eller virksomheter. Formålet med samskaping er å skape bedre og mer bærekraftige løsninger på samfunnsutfordringer. Samskaping krever at de ulike aktørene har likeverdig innflytelse, respekt og tillit, og at de deler kunnskap, erfaringer og ressurser. Det kan foregå i ulike faser av en innovasjonsprosess, som for eksempel idégenerering, utforming, testing, implementering og evaluering.

Samfunnet trenger å skape nye løsninger og nye modeller for å samarbeide om å møte velferdsstatens utfordringer. Vi vil ha en innovativ helse- og omsorgstjeneste som tester ut nye måter å samarbeide på rundt det som er viktig for innbyggerne. Innbyggere, frivillighet, næringsliv og kommune må søke etter å finne gode løsninger i fellesskap. Dette innebærer at det ikke alltid er de kommunale helse- og omsorgstjenestene som er førstevalget når noen har et behov. Både næringsliv og frivilligheten har et bredt utvalg av tilbud og aktiviteter.

Håndbok for lokal samskapende innovasjon – la oss gjøre det sammen, beskriver følgende: «I samskaping bringes kunnskap, ressurser og erfaringer sammen fra innbyggere, sosiale entreprenører, foreninger og bedrifter. Løsninger utvikles sammen med involverte innbyggere i stedet for til dem.»

Tverrfaglig samarbeidet er viktig der innbyggernes utfordringer er komplekse, og ingen kan nå målet alene. Dette krever kjennskap til hverandres kompetanse og rammebetingelser og god informasjonsflyt på tvers i organisasjonen. Et ønske om å samhandle, en lærende holdning til problemløsning og respekt for hverandres faglighet og bidrag. Hver samhandling krever at partene sammen finner nye løsninger og bedre arbeids- og samhandlingsmetoder.

Bo trygt i eget hjem

Å bo trygt hjemme handler om å legge til rette for å kunne leve best mulig i egen bolig lengst mulig, med minst mulig inngripen i den enkeltes liv fra det offentlige. For å klare seg i egen

bolig kan det bety at boligen må endres eller at man må flytte til en mer egnet og lettstelt bolig. En økende trend i samfunnet er at flere flytter mer sentralt for å ha lett tilgang til ulike tilbud. Planlegging og tilpasning av bostedet og boligen sammen med mulighet for sosialt fellesskap, er vesentlig. Å ha tilgang til møteplasser og ulike aktivitetstilbud kan gi avlastning for pårørende samt opprettholde funksjonsnivå og livskvalitet hos hjemmeboende. Det er av stor betydning at hver enkelt selv bidrar til god helse og en trygg hverdag hjemme. Kommunen skal bistå med veiledning og trygghet for tjenester når det er behov.

Innbyggere skal kunne være mest mulig selvhjulpne også når de mottar helse – og omsorgstjenester. Potensialet for rehabilitering og egenomsorg er viktig å kartlegge før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Blant annet å få råd og hjelp til å trene opp igjen funksjoner etter sykdom og funksjonsfall og/ eller få tilpasset aktuelle og hensiktsmessige hjelpemidler.

Velferdsteknologiske løsninger og digitalisering vil også i større grad fremover bidra til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring. På denne måten kan helsefaglig personell benyttes der personell er nødvendig, og til de som trenger det mest.

I reformen bo trygt hjemme (2023), peker innbyggerne selv på utfordringer med boligplassering, transportløsninger og aktivitetsmuligheter som står i veien for å kunne bo hjemme lengre. Et hovedtiltak i Leve hele livet reformen (2017) er at bomiljøene må gi mulighet for å delta i samfunnet og med lett tilgang til dagligdagse funksjoner. Det gir trygghet og bedre helse. Mer varierte bomiljøer vil kunne bidra til å øke mangfoldet og også endre fordommer mot enkelte grupper. Å koble behov for helse og omsorgstjenester med planlegging av lokalsamfunn, boliger og bomiljøer er nødvendig for å møte det økte tjenestebehovet og slik at kapasiteten i det offentlige tilbudet sikres.

Ambulerende tjenester er en avgjørende satsning for at flere kan bo trygt hjemme.

Samlede bomiljøer gir bedre arbeidsforhold og ressursutnyttelse for hjemmebaserte tjenester og trygghet for innbyggerne. Ambulerende tjenester må videreutvikles fremover slik at det sikres trygge og kompetente fagmiljøer. Det innebærer store nok avdelinger som gir hensiktsmessig arbeidstidsordninger, fleksibel drift og faglig utvikling. Slike kompetansemiljøer kan gi attraktive og robuste arbeidsplasser som bidrar til å beholde og rekruttere personell.

7. BOLIGER, OG BOFORMER, prognoser og utbyggingsplaner

Vestre Toten kommunen står foran store og viktige investeringer for å møte veksten i eldre og andre med behov for et tilrettelagt botilbud. Utfordringene kan ikke alene løses med bygging og drift av nye heldøgns omsorgsboliger og sykehjem etter samme modell som i dag. Skal kommunen kunne sikre at de som trenger tjenester får det, må botilbudet hensynta bemanningsutfordringen og økonomi.

I samarbeid med Agenda Kaupang ble det våren 2022 gjennomført en utredning av boliger og institusjonsplasser i Vestre Toten. Hensikten var å få et godt kunnskapsgrunnlag for de valg som kommunen må ta for å tilpasse boliger og boligstruktur til fremtidige behov. Kartlegginger, analyser, kunnskap om nye løsninger samt erfaringer fra andre kommuner dannet grunnlaget for anbefalingene. Kommunestyret vedtok i sak 39/2023 den 27.04.2023 politiske prinsipper for boliger og boformer.

Det er vedtatt å etablere et mer differensiert botilbud enn i dag, slik at de med store og sammensatte behov prioriteres til høyere bonivå og de med mindre omfattende behov kan få et bedre tilpasset botilbud på lavere nivå. Det skal satses på aldersvennlige private boliger og bofellesskap trinn 1 – 6 og samlokaliserte boliger med fellesfunksjoner i kommunal eller privat regi trinn 8. Botilbudene skal være tilpasset både yngre og eldre. Samarbeid mellom kommunen, private utbyggere og boligstiftelsen blir viktig for å realisere botilbud fremover.

Prognosen for utbyggingsbehov for gruppen 67+ baseres på demografiske beregninger. For innbyggere under 67 år derimot gir ikke den demografiske framskrivning tilstrekkelig grunnlag. Boligbehov for personer med psykisk helse- og rusutfordringer og personer med psykisk utviklingshemming er påvirket av andre drivere enn demografi. Blant annet oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten, sykdomsutvikling i befolkningen, antall personer med diagnosen psykisk utviklingshemming. Boligbehovet må derfor kartlegges mer detaljert og tilpasses lokale forhold.

Aktivitetstilbud – plasser

Et viktig tiltak for at flere skal kunne bo i eget hjem er et godt utbygd aktivitetstilbud. For mennesker med demens er kommunen lovpålagt å ha aktivitetsplasser.

Husbanken

Husbankens investeringstilskudd gis pr tid til sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns tjenester. Det gis også tilskudd til utbygging av dagaktivitetsplasser. Ordningene har vært i endring de siste årene. Fra 2022 ble det innført lovkrav om helhetlig planlegging av botilbud og institusjonsplasser for å få investeringstilskudd.

Husbanken knytter heldøgnsbegrepet til den enkelte brukers tjenestebehov og tilbud. Det er ikke boformen eller organisasjonsformen som konstituerer heldøgnsbegrepet, men innholdet i og omfanget av tjenestetilbudet. Husbanken krever at kommunen har en personalbase i boligens nærmiljø. En forutsetning for kommunens økonomiske mulighet til utbygging er at det gis investeringstilskudd fra Husbanken.

Tilvisnings- og tildelingsavtaler er former for samarbeid mellom private aktører og det offentlige med støtte eller lån fra Husbankene for etablering av botilbud til utleieformål.

Husbanken har også informasjon om tilskudd til tilpassing av bolig for privatpersoner.

7.1 Utbyggingsplan boliger og institusjonsplasser fram mot 2040

En utbyggingsplan helt fram til 2040 vil inneha en viss usikkerhet da endringer i forutsetninger og ulike drivkrefter i samfunnet kan påvirke utviklingen fremover. Utbyggingsbehov må vurderes på nytt om noen år og ved oppstart av prosjekter. En helhetlig plan for Vestre Toten er beskrevet etter trinnene i den helhetlige innsatstrappen.



Figur 21: Helhetlig innsatstrapp i Vestre Toten kommune 2021

Trinn 1 – 6 private boliger med livsløpsstandard

Utbygging av flere private boliger med livsløpsstandard sentralt i alle de fire tettstedene er en grunnleggende forutsetning for dimensjoneringen av botilbudet innenfor helse – og omsorg. Disse boligene er relevant for innbyggere med tjenester på trinn 1- 6 i den helhetlige innsatstrappen. Kommunen bør legge til rette for at alle innbyggere med behov for kommunale tjenester kan klare seg mest mulig selv i egen privat bolig. Boliger bør bygges sentralt i tettstedene i gangavstand til butikk, kollektiv og andre service funksjoner, og hvor hjemmetjenestene kan ha effektive kjøreruter. Kommuneplanens samfunnsdel og arealdel vil påvirke til at det bygges flere aldersvennlige private boliger sentralt i de fire tettstedene.

Trinn 7 kommunalt disponerte boliger.

Boliger på dette trinnet er i dag i alle hovedsak eid av boligstiftelsen og med kommunal tildeling av bolig. Boligene finnes i alle de fire tettstedene. For eldre over 67 år planlegges en reduksjon i dekningsgraden sett opp mot utviklingen i behov. For de under 67 år vil dekningsgraden kunne øke noe, og det er behov for at enkelte av dagens boliger utbedres. Innfasing av trinn 8 vil møte behovet for botilbudet på trinn 7. Dagens boliger blant annet i Grimåsvegen, med kort avstand til base for psykisk helse og rustjenesten på Fossegård, kan i større grad prioriteres til de som har psykisk helse og rusutfordringer. For eldre og personer med funksjonshemninger bør det erstattes med samlokaliserte boliger i Raufoss på trinn 8. På Eina vil det bli flere boliger på trinn 7 og med bofellesskapsløsninger ved en omgjøring av dagens heldøgns omsorgsboliger på trinn 10.

Trinn 8 Samlokaliserte boliger med fellesfunksjoner.

Det legges opp til en betydelig innfasing av samlokaliserte boliger med fellesfunksjoner i nærmiljøet til hjemmebaserte tjenester på Raufoss. Med fellesfunksjoner menes for eksempel husvert, felles oppholdsrom med mulighet for matservering, treningsrom, mv. Kommunen har vedtatt å satse på samlokaliserte boliger med fellesfunksjoner i Raufoss for eldre og for yngre under 67 som nyttiggjør seg et slikt botilbud. Kort avstand til sentrale senterfunksjoner er avgjørende og kort responstid for ambulante hjemmetjenester med

blant annet digitale tilsyn. Utbygging bør være i samarbeid mellom kommunen, boligstiftelsen og private utbyggere. Det bør være variasjon i størrelse og eierform. Kommunen må ha tildelingsrett til et større antall boliger og det er også ønskelig at boligene er tilgjengelige i det private markedet. Størrelse på utbyggingsprosjekter vil avhenge av private utbyggers interesse for utbygging. Det er flere måter å utforme boligene på, og dette må foregå i dialog med Husbanken, utbygger og innbyggere for å forme gode konsepter. Samlokaliserte boliger er en forutsetning for at det samlede botilbud skal kunne skaleres noe ned i forhold til en framskrivning av dagens dekningsgrader.

Trinn 9 Tidsbegrenset opphold institusjon

Korttidsopphold for rehabilitering og kommunalt akuttopphold (KAD) er ved Helsehuset på Raufoss og utvidelse av dette tilbudet skal være i tilknytning til dagens lokaler. For å drifte kostnadseffektivt og god faglighet er det viktig å samlokalisere med likeartet drift.

Det er kapasitet i bygget til å øke fra dagens 21 plasser til 29. Med flere som vil ha behov for avansert behandling og legetjenester over tid og med langtidsopphold og korttidsopphold geografisk adskilt, så må det påregnes behov for utbygging ved Helsehuset rundt 2035/36. Det er forutsatt at avlastningsplasser blir i det nye omsorgssentret. Et nytt Mjøssykehus og eventuelt ledige sykehuslokaler vil kunne ha betydning for utbyggingsbehov.

Trinn 10 boliger med mulighet for heldøgns tjenester.

Dagens botilbud på dette trinnet har alle stedlig bemanning hele døgnet. Dekningsgraden er noe høy og det er flere mindre enheter. Nytt tilbud på trinn 8 vil være relevant for noen av dagens brukere i heldøgns bolig. Rundt 2035 blir det behov for en utbygging og økning på dette trinnet når boenheter i omsorgssentret omgjøres til sykehjemsplasser. Utbygging bør skje i tilknytning til eksisterende bygningsmasse ved Raufosstun og Korterudvegen omsorgsboliger.

Botilbudet på trinn 10 bør skille mellom høy og lav pleiefaktor. For å få til lav pleiefaktor kan flere boenheter samlokaliseres og dele på nattevakt. For å redusere antall små

personalbaser med smådriftsulemper så omgjøres boliger for eldre på Sundskogvegen på Eina til kommunalt disponerte boliger med fellesfunksjoner på trinn 7. Tyttebærstien på Bøverbru for mennesker med utviklingshemming vurderes omdisponert til annen bruk. Det er erfart at flere ikke ønsker botilbud på Bøverbru, men mer sentrumsnært. Botilbudene på Reinsvoll og Raufoss bør vurderes utvidet i forbindelse med utbygging av boliger til gruppen i Rådhuskvartalet, slik at omgjøring av Tyttebærstien kan gjennomføres. For psykisk helse og rus og eventuelt andre yngre med omfattende behov bør det utredes muligheter for kommunalt samarbeid.

Trinn 11 Langtidsopphold institusjon

Langtidsopphold og avlastningsopphold i sykehjem er i dag på Gimle i et bygg som ikke kan videreføres, og med et tidskrittisk behov for å erstatte plassene. Kommunen har i dag få sykehjemsplasser. Dekningsgraden økes noe for å få en mer riktig dimensjonering i forhold til botilbud på trinn 10. Langtidsopphold i sykehjem er for de med store og omfattende pleie og omsorgsbehov, og de fleste vil ha en demenssykdom. Opphold i sykehjem vil også være aktuelt for eldre alvorlig syke med utviklingshemninger og eldre med psykisk helse og ruslidelser. Et nytt bygg må bygges fleksibelt med mulighet for ulike botilbud og med mulighet for å omgjøre boenheter til sykehjemsplasser lengre fram i tid. Aktivitetstilbud for hjemmeboende med demens planlegges i samme bygg. Det må sikres samdriftseffekter både av hensyn til bemanningsutfordring og økonomi. Utredning av nytt omsorgssenter er vedtatt av kommunestyret 27. april 2023.

Trinn 12 Spesialbolig og institusjon

Brukere med sammensatte lidelser og omfattende behov som trenger forsterket botilbud og spisset fagkompetanse, definert som ressurskrevende tjenester.

Botilbudene må så langt mulig skres at er en del av bofellesskap med personalbase av hensyn til bemanning, fag og økonomi, og mulighet for å håndtere i egen regi eller interkommunalt samarbeid fremfor kjøp fra private.

Behov for botilbud eldre 67+

Type bolig/plasser	Antall plasser/boenheter 2022	Behov plasser/boenheter 2025 - 2028	2029 - 2034	2035 - 2040
Sykehjem langtidsopphold	29	48 Erstatte og netto tilvekst 48 plasser (Utbygging 64)	-	64 Omdisponere inntil 16 boenheter
Helsehus korttid	21	24-25 Ta i bruk 3-4 plasser	29 Ta i bruk 4-5 plasser	40 Netto tilvekst 8-10 korttidsplasser
Heldøgns, høy/lav pleiefaktor	84	86 14 boenheter Eina omgjøres til kommunalt disp. 16 nye i omsorgssenter. Netto tilvekst 2	-	98 Omdisponere 16 boenheter i omsorgssenter. Utbygging 24-26 nye i Raufoss, netto tilvekst 10-12
Kommunalt disp. utleieboliger	70	84 Omgjøring gir netto tilvekst 14	-	-
Samlokaliserte boliger	-	25-30	40	90
Aktivitetsplasser for mennesker med demens	19	25-30		
Private markedet	Tilbyr samlokaliserte boliger. Utbygging av så mange som mulig i det private i tillegg til det kommunale. 50 – 100 boliger i samlokaliserte/fellesløsning fram til 2040			

Behov for botilbud yngre under 67

Type bolig/plasser	Antall plasser/boenheter 2022	Behov plasser/boenheter 2025 - 2028	2029 - 2034	2035 - 2040
Heldøgns botilbud funksjonsnedsettelse	16	Utbygging 8+1 boenheter Raufoss Øke 2-3 Reinsvoll, Netto tilvekst 6-7	Ta ned 5 boliger Tytterbærstien Bøverbru	-
Heldøgns botilbud psykisk helse	7	Ombygging av Eventyrveien	Utbygging 2-3 boliger Eventyrvegen	-
Kommunalt disp. utleiebolig, funksjonsnedsettelse	12	Øke 2-3 boliger Reinsvoll Ta ned 4 boenheter Bøverbru	-	-
Kommunalt disp. psykisk helse, rus	12	Ta i bruk flere boliger i Grimåsvegen, 12 – 15 boliger	-	-
Samlokaliserte boliger	-	Netto tilvekst 2-3	Netto tilvekst 2-3	
Private markedet	Utbygging i det private markedet med borettslag og andre typer tilgjengelige boliger. Krever godt samarbeid mellom kommune, utbygger og aktuelle beboere.			

7.2 Andre bygg

Legesenter

Det er behov for nye og større lokaler for legetjenesten for å kunne øke antall hjemler og dermed øke kapasiteten i fastlegetjenesten. Legesenter med kontorer for 6 -7 leger er hensiktsmessig for å få til god samdrift med gode fagmiljøer, og er i henhold til nasjonale føringer. Det er i dag fire legekontorer på Raufoss og ett på Bøverbru. Det vil være hensiktsmessig å samle til to større legesentre i Raufoss. Det ene kommunalt eide legesentret bør bygges tilknyttet Sagatunet eller Helsehuset for å få synergieffekter med sykehjemslege, fastleger, sykepleiere og fysio- og ergoterapi. Utbygging bør starte så raskt som mulig. Det andre legesentret bør etableres med et legekantor av tilsvarende størrelse og sentralt i Raufoss.

8. STRATEGISKE SATSNINGSOMRÅDER – SÅNN GJØR VI DET

VESTRE TOTEN KOMMUNE



2019 © JØRN MELNES

Satsningsområde

HELHET OG SAMMENHENG I TJENESTENE

HOVEDTILTAK	SÅNN GJØR VI DET
Helsefellesskapet og regionalt helsesamarbeid	Planlegge og utvikle tjenester mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste
	Samarbeidsavtalene mellom kommune og Sykehuset Innlandet brukes aktivt
Samhandle om de som trenger det mest	Sikre helhetlige pasientforløp med trygge overganger gjennom etterlevelse av rutiner for samhandling, rett kompetanse, koordinering, informasjon og dokumentasjon
	Riktig innsatsnivå med tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, koordinator og individuell plan
Ledelse og kvalitetsforbedring	Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennom etablert kvalitetssystem, vedlikeholde og utvikle dette
Bruker- og pårørendemedvirkning på system- og individnivå	Følge opp pårørendestrategien: Involvere og ivareta medvirkning i utforming og utmåling av tjenester. Bidra til god dialog og informasjon
	Gjennomføre og følge opp bruker- og pårørendeundersøkelser
Utvikle legetjenesten	Utarbeide og etterleve effektive kommunikasjons- og samarbeidsrutiner mellom fastleger og øvrig oppfølgingsapparat på systemnivå og individnivå
	Plan for allmennlegetjenesten etterleves og revideres

Satsningsområde

HELSEFREMNING, FOREBYGGING OG TIDLIG INNSATS

HOVEDTILTAK	SÅNN GJØR VI DET
Utvikle og styrke de nederste trinnene (1-4) i den helhetlige innsatstrappen	Utvikle Frisklivssentralen med vekt på innbyggerens ansvar for eget liv og helse
	Styrke tiltak som bidrar til læring og mestring hos den enkelte innbygger og personens nettverk, både i regi av kommunen og andre aktører
Tjenester tilbys med minst mulig inngripen	Opplæring, habilitering og rehabilitering for å mestre aktiviteter fremfor vedtak om kompenserende tiltak
	Plan for habilitering og rehabilitering etterleves og revideres
	Benytte arbeidsformer i tjenesten som fremmer mestring
	Utvikle tilbud slik at innbyggere med funksjonsnedsettelse selv kan delta i det frivillige liv og arbeidsliv i størst mulig grad
	Utvikle aktiviteter som forebygger psykisk sykdom og rusproblematikk
Sykdom- og skadeforebyggende arbeid	Tidlig innsats overfor barn, unge, eldre, og spesielt sårbare grupper
	Forebyggende hjemmebesøk til aktuelle målgrupper
Tverrsektorielt samarbeid	Oppfølging og videreutvikling av tverrsektorielt samarbeid om barn og unge
	Oppfølging og videreutvikling av tverrsektorielt samarbeid om aldersvennlig samfunn

Satsningsområde

ARBEIDSKRAFT MED RIKTIG KOMPETANSE TIL OPPGAVENE

HOVEDTILTAK	SÅNN GJØR VI DET
God ledelse og kompetanseutvikling	Bygge opp tilstrekkelig store og kompetente fagmiljøer, som får benyttet egen fagkompetanse, felles læring, og kompetansedeling og rom for nødvendig spesialisering
	Styrke satsningen på lederutvikling internt og gjennom utdanning på nasjonalt og regionalt nivå
	Kunnskapsbasert praksis som legges til grunn for tjenesteutøvelsen
Beholde og rekruttere	Revidere kompetanse- og rekrutteringsplan, definere kompetansekrav, mål og tiltak for å beholde, anvende og rekruttere
	Legge til rette for grunnutdanning, høyere utdanning og spesialutdanning
	Redusere sykefraværet med tett oppfølging og kommunikasjon mellom arbeidstaker og arbeidsgiver samt samarbeid og oppfølging med NAV, fastlege og evt. andre
	Alternativer til dagens organisering og arbeidstidsordninger som muliggjør større grad av heltid
Utvikling og innovasjon	Benytte involverende og strukturerte prosesser i utviklingsarbeid
	Oppgavedeling og å bygge nedenfra Sikre rolle og ansvarsbeskrivelser
	Trekke inn andre faggrupper med annen relevant fagkompetanse og andre aktuelle samfunnsressurser til å løse oppgavene som i dag utføres av helsepersonell
Utenforskap	Tilrettelegge for/finne løsninger for å benytte arbeidskraftreserven Samarbeid med NAV, eksempel: Menn i helse

Satsningsområde

TEKNOLOGI OG NYE ARBEIDSMÅTER

HOVEDTILTAK	SÅNN GJØR VI DET
Innbygger skal unngå unødvendig inngripen i hverdagen	Teknologiske løsninger som førstevalg
	Informere og gi råd om mulighetene slik at innbyggere selv tar i bruk teknologi
	Sikre ressurser til å jobbe med utvikling og innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenesten
	Benytte teknologi der vi kan fremfor helsepersonell
Nye arbeidsmåter	Prøve ut ny teknologi som øker produktivitet og kvalitet i tjenestene
	Samarbeid med HelseINN, verksted for integrerte helsetjenester til ideer og utprøving av nye løsninger
	Endring i oppgaver, nye arbeidsformer og ny kompetanse må innføres ved økt bruk av teknologi i tjenesten

Satsningsområde

SAMSKAPING OG SAMARBEID MED FRIVILLIGHET

HOVEDTILTAK	SÅNN GJØR VI DET
Legge til rette for deltagelse og samskaping	Utvikle nye og bedre løsninger på felles problemer/utfordringer, sammen med aktuelle parter: innbyggeren, pårørende, næringsdrivende, lag og foreninger, frivillighet, spesialisthelsetjenesten, academia og andre
Legge til rette for frivillighet	Forankre samarbeidet med frivillighet og eldreressursen i den enkelte avdeling med systematisk innsats og samarbeid for å sikre at frivillige og frivillige lag og organisasjoner bidrar
	Sikre ressurser til å organisere og følge opp samarbeid med frivilligheten
	Legge til rette for møteplasser mellom kommuner, frivillige organisasjoner, Frivilligsentralen og frivillige enkeltpersoner

Satsningsområde

BO TRYGT I EGET HJEM

HOVEDTILTAK	SÅNN GJØR VI DET
Boligtilpasning og planlegging	Etablere et mer differensierte botilbud og ulike boformer med livsløpsstandard og fellesskapsløsninger
	Legge til rette egen bolig for å utsette hjelpebehov
	Ha en rådgivingstjeneste for bolig og boligtilpasning
	Se på sammensetningen i bofellesskap og tilpasse strukturer framtidsrettet
Organisering av tjenester til hjemmeboende	Større satsning på ambulerende tjenester innen psykisk helse, rus og tilrettelagte tjenester
	Ambulerende hjemmebaserte tjenester skal videreutvikles og bygges opp med kompetanse og ressurser med hovedbase i bykjernen Ambulerende tjenester skal samarbeide med hverandre
	Videreutvikle fleksible avlastningsordninger for pårørende og aktivitet for hjemmeboende – i eget hjem, dagplasser, møteplasser osv.
	Målrettet arbeid for en selvstendig hverdag med arbeid og aktivitet for personer med psykisk helse- og rusproblemer og ulike funksjonshemninger
	Jobbe kunnskapsbasert og følge opp nasjonale råd og veiledere
Levende lokalsamfunn	Motivere innbyggere til å ta del i og utvikle et godt lokalsamfunn
	Legge til rette for å bo på en god måte, med nærhet til aktuelle servicetilbud, som butikk, kollektivtransport, frisør, helsetilbud, aktiviteter og kulturtilbud
	Stimulere til demensvennlig samfunn – øke bevissthet og kunnskap om demens for de som arbeider innen servicenæringene

Referanser

Utredning av Helse- og omsorgstjenestene i Vestre Toten kommune (2020) Agenda kaupang

Utredning av fremtidige boliger og boformer for eldre og andre i Vestre Toten kommune (2022) Agenda kaupang

Arbeidsgiverpolitikk 2020-2023, Vestre Toten kommune

https://www.vestre-toten.kommune.no/globalassets/tjenesteomrader/politikk-og-innsyn/rapporter-og-planer/2019/arbeidsgivepolitikkvkt_2020-2030.pdf

NOU 2023:4 Tid for handling

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

Psykisk helse og uførhet blant unge (2020). Arbeids- og sosialdepartementet

[Psykisk-helse-og-uforhet-blant-unge-16.10.2020-3.pdf \(osloeconomics.no\)](https://www.osloeconomics.no/psykisk-helse-og-uforhet-blant-unge-16.10.2020-3.pdf)

St.meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Meld. St. 23 (2022-2023) Opptrappingsplan for psykisk helse

<https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Meld. St. 24 (2022-2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>

Lovdata – Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven, 2011)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

FHI - folkehelseprofil

<https://www.fhi.no/he/folkehelse/folkehelseprofil/>

SSB

<https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivinger>

Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon (2018) – La oss gjøre det sammen!

<https://www.ks.no/contentassets/1185e99e08a441d8a1f4d4856ada6032/handboka.pdf>

[Vestre Toten kommune - Helhetlig innsatstrapp, Vestre Toten kommune \(vestre-toten.kommune.no\)](https://www.vestre-toten.kommune.no/helhetlig-innsatstrapp)

Vedlegg

Oversikt over de mest sentrale fagplaner / handlingsplaner

- Kompetanse- og rekrutteringsplan
- Demensplan
- Plan for habilitering og rehabilitering
- Handlingsplan for kreft og alvorlig syke
- Handlingsplan velferdsteknologi
- Ruspolitisk handlingsplan
- Plan for frivillighet
- Sammen om en trygg oppvekst – Forebyggende plan rettet mot kommunens barn og unge

Dette er et utvalg av aktuelle fagplaner / handlingsplaner. Disse vil revideres på ulike tider og både som oppfølging av helse og omsorgsplan og når det kommer nye nasjonale fagspesifikke anbefalinger. Det vil også kunne komme nye fag- handlingsplaner på bakgrunn av dette.