HAMAR KOMMUNE: Kommunedelplan for helse og omsorg 2018-2030

Revidert i 2017/18
Komité for helse og levekår

Vedtatt 20.06.2018
Hamar kommunestyre

Komiteens forord

Kommunestyret vedtok i 2013 Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2030. Denne planen erstattet tidligere sektorplaner på området. Med kommunedelplanen la kommunestyret retningen for et langsiktig utviklingsarbeid innenfor helse- og omsorgssektoren i Hamar kommune.

Hovedbudskapet i planen er at innbyggerne i Hamar kommune og mottakere av tjenester skal oppleve livskvalitet og mestring. Hovedmålet i planen er***: Økt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet for de som trenger det.*** Det er viktig for den enkelte og for samfunnet å benytte de ressurser, evner og muligheter innbyggerne selv har for å mestre hverdagen.

Kommunedelplanen for helse og omsorg vektlegger særlig det helsefremmende og forebyggende arbeidet i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.

Komité for helse og levekår har i 2017/18 revidert planen på temaene hab-/rehabilitering, innovasjon og velferdsteknologi. Komiteen har jobbet med avsnittene:

3.4 Mestring og deltakelse
3.5 Tjenester som virker sammen
4.2 Innovasjon og teknologi

Komité for helse og levekår legger med dette dokumentet fram sin innstilling til revidert helse og omsorgsplan for perioden 2018-2030.

Komiteen har i revideringsarbeidet lagt vekt på å styrke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende og utvikling av helhetlige og virksomme tjenester.

Komiteen mener at Hamar kommune må være ambisiøs i sin satsing på innovasjon og teknologi. Innovasjon og nytenkning er avgjørende for å sikre kvalitet og bærekraft i framtiden og for å lykkes med satsningene i planen.

I arbeidet med planen har Komiteen vært på befaringer, invitert innledere til møtene og gjort annen kunnskaps- og faktainnhenting. Det har vært gjennomført tre workshops med fagmiljøer, hvor også brukerrepresentanter og samarbeidspartnere har deltatt. Planprogrammet og forslaget til revidert plan har vært lagt ut på offentlig høring. Innspillene fra workshops og høringsuttalelsene har vært svært nyttig for komiteens arbeid.

Planen inneholder satsningsområder fram mot 2030 og konkrete utviklingsoppgaver/-prosjekter for perioden 2018-2021. De økonomiske rammene for kommunens virksomhet fastlegges i handlings- og økonomiplanen, og det er her de reelle økonomiske prioriteringene finner sted. Det er således opp til kommunestyret å følge opp at tiltakene omsettes i praksis. Komiteen vil understreke betydningen av et godt system for implementering og rapportering på tiltakene i planen.

Komité for Helse og levekår består i perioden 2015-2019 av følgende personer:
Mona Lønning Kjos (BBL), Maria Skalleberg (MPG), Adrian Johannes Lorentsson (BBL), Per Myrvang (AP), Borgny Nygaard (PP), Helge Storhaug Ryen (AP), Tor Skraastad (H). Toril Merete Nysæter (AP) og Michael Oreld (H) har fått fritak i perioden og er erstattet av Anne Bi Hoffsten (AP) og Ola Svenneby (H).

Vennlig hilsen

Mona Lønning Kjos

22. juni 2018

Leder for Komité for helse og levekår og saksordfører for planarbeidet

Sammendrag

Kommunedelplanen for helse og omsorg er en overordnet plan for helse- og omsorgstjenestene i Hamar kommune. Planen gir retning for et langsiktig utviklingsarbeid gjennom å fastsette satsningsområdene fram mot 2030.

Helse- og omsorgssektoren står overfor utfordringer knyttet til demografiske og samfunnsmessige endringer, som gir endrede behov hos innbyggerne. Dette utfordrer Hamar kommune som tjenesteyter når det gjelder kompetanse, kapasitet og måter å gi tjenester på. Å sikre bærekraftig utvikling av helse- og omsorgstjenesten er formålet med denne planprosessen.

Hamar kommune ønsker og forventer flere innbyggere. I de kommende årene vil antall barn (0-5 år) øke mye, sammen med antallet unge eldre (67- 79 år). Antallet innbyggere over 80 år vil synke, for deretter å øke kraftig fra 2025.

Befolkningsendringene vi føre til økt press på tjenestene, men i hvilket omfang er vanskelig å si. Den fremtidige eldregenerasjonen har nye ressurser å spille på. Samtidig øker også forventningene i samfunnet til kvalitet og tilgjengelighet på tjenestetilbudet. Helse- og omsorgstjenestene har brukere i alle aldre, og med stor bredde i tjenestebehov. Samhandlingsreformen fastsetter at flere brukere skal få tilbud i kommunen.

En bred folkehelsesatsning i alle samfunnssektorer er en viktig forutsetning for å sikre livskvalitet og gode liv for Hamars innbyggere. Enkeltpersoner må i framtiden ta større ansvar for egen helse, og helse- og omsorgssektoren skal understøtte brukerens egne ressurser og mestring.

Hovedmål: Økt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet for de som trenger det

Kompetanse, rekruttering, teknologi, organisering og brukermedvirkning er viktige virkemidler for å nå hovedmålet og lykkes med satsningene i helse- og omsorgsplanen. Det skal arbeides systematisk med kompetanse, og antall heltidsstillinger skal økes. Innovasjon og nytenkning er avgjørende for å sikre kvalitet og bærekraft i tjenestene også i framtiden. Fem satsningsområder er prioritert:

1. Frivillige og pårørende som ressurs

Hamar kommune skal videreutvikle samarbeidet med innbyggerne, brukerne, pårørende og frivillige. Frivillige og pårørende yter en viktig innsats i dagens helse- og omsorgstjeneste. Deltakelse i frivillige aktiviteter har også en egenverdi og bidrar til økt trivsel og sosiale nettverk.

Hamar kommune ønsker å inngå mer forpliktende samarbeid med frivillige organisasjoner, bl.a. ved å styrke Frivilligsentralens koordinerende rolle. Hamar kommune vil utarbeide en pårørendepolitikk som styrker samarbeidet mellom bruker, pårørende og helse- og omsorgstjenestene.

2. Tidlig ute med tilpasset hjelp

Hamar kommune skal være en av landets beste kommuner for barn og unge. Dette handler om å intensivere tidlig innsats, og innbyggerne skal få bistand tidlig i sykdomsforløp og i andre situasjoner

der de har behov for helse- og omsorgstjenester. Skolehelsetjenesten og forebyggende arbeid innen rus og psykisk helse skal styrkes de kommende årene. Hamar kommune skal forbedre oppfølging av ungdom som ikke mestrer hverdagslivet og som har utviklingsrelaterte diagnoser.

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet skal styrkes i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette vil øke livskvaliteten og gjøre flere mer selvhjulpne. Blant annet skal det satses på dagtilbud til eldre i kommunen. Kommunen vil ta i bruk innovative metoder i det forebyggende arbeidet. Lavterskeltilbud innen psykisk helse skal bygges ut.

3. Tjenester der folk bor

De aller fleste ønsker å bo så lenge som mulig i sin egen bolig. Det er viktig at innbyggerne tar ansvar for egen bosituasjon i alderdommen. Hamar kommune skal tilby fleksible helse- og omsorgstjenester og styrke tjenestene i brukerens hjem. Dette handler om sterkere satsning på booppfølging og tverrfaglige ambulerende team.

Hjemmebaserte tjenester skal fremdeles være kjernen i pleie- og omsorgstjenestene. Videre er det viktig med tilstrekkelig antall omsorgsboliger og institusjonsplasser. Dette innebærer avlastnings-, korttids- og langtidsplasser. Som følge av Samhandlingsreformen er det opprettet intermediærtilbud og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØH-tilbud) i kommunen. Intermediærtilbud gir et bedre tilbud til mange brukere, spesielt alvorlig syke og de med kroniske lidelser. Det blir nødvendig å styrke den medisinskfaglige kompetansen i pleie- og omsorgstjenestene.

4. Mestring og deltakelse

Tjenestene i Hamar kommune skal innrettes slik at de bidrar til å gi økt livskvalitet for brukeren. Det er et mål å støtte brukerens egne evner og muligheter til å mestre hverdagen. Derfor er tidlig innsats gjennom hverdagsrehabilitering et innovasjonstiltak i planen.

Habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet skal fremme deltakelse og inkludering i hverdagslivet både i bosituasjon, utdanning, arbeid og aktivitet. Hamar kommune vil i større grad legge til rette for arbeidsrettede tiltak med lav terskel sammen med samarbeidspartnere.

Hamar kommune skal bygge opp rehabilitering til å bli et samlet tverrfaglig fagfelt. Dette skal omfatte både sosial, psykososial og medisinsk rehabilitering. Rehabilitering med brukerens hjem som arena er prioritert.

5. Tjenester som virker sammen

Brukerne skal oppleve tjenester som virker sammen. Dette forutsetter godt samarbeid internt i Hamar kommune, og mellom kommunen og samarbeidspartnere. Individuell plan og koordinator er viktig verktøy for å sikre helhetlig tilbud.

Innvandrere i kommunen skal sikres likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dette handler om å øke tilgjengeligheten for innvandrere i de ordinære helse- og omsorgstjenestene samt å videreutvikle kompetansen.

Samorganisering av tjenestene innen rusarbeidet (ROP-teamet) og psykisk helsearbeid pågår (2018). Vi skal sørge for at ressurser og kompetanse utnyttes til det beste for brukerne.

Innholdsfortegnelse

Komiteens forord 2
Sammendrag 3
1 Innledning 8
1.1 Formål med planarbeidet 8
1.2 Hovedmål i planen 8
1.3 Verdigrunnlag 9
1.4 Føringer for planarbeidet 10
2 Behov for tjenester 14
2.1 Befolkningstall og -framskriving for Hamar kommune 14
2.2 Sykdom og sosial ulikhet 17
2.3 Demografiske, samfunnsmessige og helsemessige utfordringer 20
2.4 Konklusjon 22
3 Satsningsområder for Hamar kommune 23
3.1 Frivillige og pårørende som ressurs 23
3.2 Tidlig ute med tilpasset hjelp 26
3.3 Tjenester der folk bor 31
3.4 Mestring og deltakelse 37
3.5 Tjenester som virker sammen 47
4 Virkemidler og kritiske suksessfaktorer 51
4.1 Arbeidskraft og kompetanse 51
4.2 Innovasjon og teknologi 54
4.3 Organisering 56
4.4 Brukermedvirkning 57
4.5 Kvalitet og pasientsikkerhet 59
5 Handlingsdel 2018-2022 61
5.1 Frivillige og pårørende som ressurs 61
5.2 Tidlig ute med tilpasset hjelp 61
5.3 Tjenester der folk bor 61
5.4 Mestring og deltakelse 62
5.5 Tjenester som virker sammen 63
5.6 Virkemidler og kritiske suksessfaktorer 63
6 Handlingsdel med økonomiske og administrative konsekvenser. 64
6.1 Tiltak med økonomiske konsekvenser i handlingsplanperioden 64

6.2 Nye tiltak med økonomiske konsekvenser 2018-2030 65
6.3 Nye kommunale planer i handlingsplanperioden 65
6.4 Utviklingsarbeid i handlingsplanperioden 66
7 Litteraturliste 69
8 Vedlegg 72
8.1 Definisjoner og beskrivelser av sentrale begrep 72
8.2 Helse- og omsorgstjenester i Hamar kommune 75
8.3 Interkommunalt samarbeid 76
8.4 Sammenheng med andre planer 77
8.5 Hamar kommunes planhierarki 77
8.6 Hamar kommunes alkoholpolitiske handlingsplan 78

Tabeller

Tabell 1 Forekomst av sykdom 18
Tabell 2 Befolkningsutvikling i de yngste aldersgruppene (SSBs framskrivninger pr. 2016)..... 26
Tabell 3 Framskrivning av antall brukere i hjemmebasert omsorg 31
Tabell 4 Framskrivning av behov for langtidsplass..... 34
Tabell 5 Boliger og institusjonsplasser til omsorgsformål 35
Tabell 6 Eksempler på hvordan eHelse og velferdsteknologi kan støtte satsningsområdene..... 55
Tabell 7 Definisjoner og sentrale begreper 74

Figurer

Figur 1 De fem hovedsatsningene og virkemidlene i kommunedelplan for helse og omsorg..... 9
Figur 2 Illustrasjon av aktørene i folkehelsearbeidet 12
Figur 3 Befolkningsframskriving og framskriving av behov for tjenester..... 14
Figur 4 Faktisk befolkningsendring og framskrivning 2017-2040 for aldersgruppene 67 år og eldre .. 15
Figur 5 Faktisk befolkningsendring og framskrivning for aldersgruppene under 15 år 15
Figur 6 Mulighetssirkelen: Fall, ensomhet og kognitiv svikt 21
Figur 7 Hamar kommunes rehabiliteringstilbud 39
Figur 8 Figur 8 Mestringshjulet fra Kristiansand kommune 40
Figur 9 Kvalitetsbegrepet i helse- og omsorgssektoren 59
Figur 10 Oversikt over helse- og omsorgstjenester i Hamar kommune (2018) 75
Figur 11 Sammenheng mellom helse- og omsorgsplanen og andre planer..... 77

1 Innledning

1.1 Formål med planarbeidet

Formålet med planarbeidet er at Hamar kommune skal utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Hamar kommunes tjenester skal utformes på en slik måte at vi kan møte framtidige utfordringer og behov hos innbyggerne.

Kommunedelplanen skal bidra til å virkeliggjøre kommuneplanens visjon: Hamar – Innlandets urbane hjerte!

Alle innbyggere i Hamar kommune vil på et eller annet tidspunkt i livet få behov for helse- og omsorgstjenester. Vi ønsker og forventer flere innbyggere. Befolkningsøkning, uansett aldersgruppe, fører til økt behov for tjenester. Den demografiske utviklingen fra 2025 vil bidra til at flere eldre trenger helse- og omsorgstjenester. Hamar kommune vil derfor benytte de neste årene og bygge en framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste.

Kommunedelplanen for helse og omsorg tydeliggjør satsningene fram mot 2030, og de konkrete prioriteringene de kommende 4 årene. Planen er førende for alle Hamar kommunes helse- og omsorgstjenester.[1] Dette er en overordnet plan som skal gi retning. Satsningene og tiltakene vil konkretiseres i fagplaner og virksomhetsplaner i helse- og omsorgsavdelingene.

1.2 Hovedmål i planen

Planens hovedmål er ***Økt mestring for brukeren og tjenester av god kvalitet til de som trenger det***.

For å nå dette målet har vi valgt fem satsningsområder:

- Frivillige og pårørende som ressurs
- Tidlig ute med tilpasset hjelp
- Tjenester der folk bor
- Mestring og deltakelse
- Tjenester som virker sammen

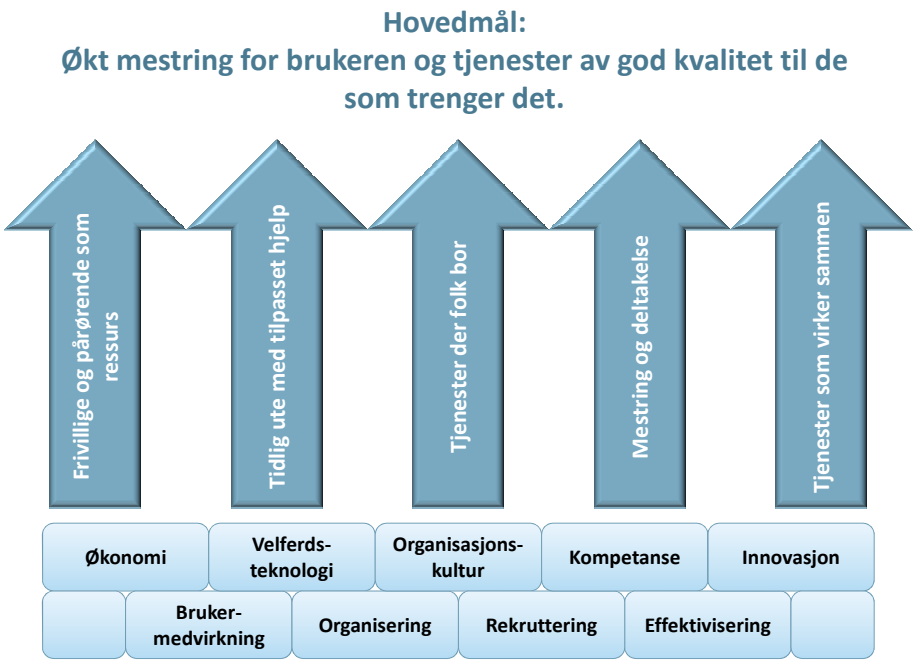
Samfunnet står overfor store omsorgsutfordringer i tiårene som kommer. Disse framtidsutfordringene kan ikke overlates til de kommunale helse- og omsorgstjenestene alene, men vil kreve at vi leter fram, mobiliserer og tar i bruk samfunnets samlede ressurser på nye måter.[2]

Vi må finne fram til og bruke de ressurser, evner og ønsker innbyggerne selv har for å mestre hverdagen, og skal videreutvikle samarbeidet med pårørende, nettverk og frivillige.

Den demografiske utviklingen gjør det nødvendig å jobbe mer aktivt for å utsette behovet for tjenester. Kommunen må satse sterkere på å forebygge fremfor å reparere. Dette har verdi for enkeltmennesket og det er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

[1] Se vedlegg i kapittel 8.2.1 for oversikt over alle helse- og omsorgstjenestene i Hamar kommune som omfattes av kommunedelplanen.
[2] St.meld. 29 (2012-13) Morgendagens omsorg

Det er behov for at den enkelte innbygger tar mer ansvar for sin egen helse og for en egnet bolig, også når funksjonsevnen endrer seg. Innbyggerne vil således få et større ansvar for planlegging av sin egen bosituasjon i alderdommen. Hamar kommune vil innrette tjenestene slik at vi kan bidra til at innbyggerne kan bo hjemme så lenge som mulig. Gjennom folkehelsearbeidet skal kommunen bidra til at befolkningen lettere gjør valg som fremmer helse og forebygger sykdom.



Figur 1 De fem hovedsatsningene og virkemidlene i kommunedelplan for helse og omsorg

En forutsetning for å lykkes, er at vi klarer å skape en kultur for innovasjon og nytenkning i organisasjonen. Vi skal finne nye løsninger på nye utfordringer.

Organisering, kompetanse, rekruttering, teknologi og brukermedvirkning er sentrale virkemidler. Det trengs en helhetlig tenkning rundt hvordan fremtidens helse- og omsorgstjeneste skal utformes.

1.3 Verdigrunnlag

Hamar kommunes verdier er: åpen, modig, helhetlig, pålitelig. Dette skal prege kommunens helse- og omsorgstjenester.

Alle innbyggere i Hamar kommune skal oppleve å få likeverdige tjenester. Dette betyr at det skal være like god kvalitet på tjenestene, like god tilgjengelighet til tjenestene og like godt resultat for alle brukere. [3] Helse- og omsorgstjenesten skal tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til et verdig, trygt og meningsfullt liv. Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Tjenesteyting skal ta hensyn til individuelle ulikheter og være tilpasset mangfoldet i samfunnet. Dette innebærer at alle tjenesteområdene har ansvar for å sikre seg nødvendig kompetanse.

[3] Definisjon fra IMDI (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet) www.imdi.no

1.4 Føringer for planarbeidet

1.4.1 Regelverk

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er førende og danner rammen for kommunedelplanen for helse og omsorg. Tjenestene som inngår i planen er i hovedsak sammenfallende med tjenestene som omfattes av loven. I vedlegg i kapittel 8.2.2 fremgår det hvilke helse- og omsorgstjenester dette er i Hamar kommune.

1.4.2 Nasjonale planer og føringer

Sentrale dokumenter som legger føringer for planarbeidet:

- Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren (2013)
- Stortingsmelding 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg
- Stortingsmelding 16 (2011–2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Stortingsmelding 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer (Omsorgsplan 2015)
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- Stortingsmelding 45 (2012-2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming
- Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Omsorg 2015- 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2020
- Regjeringens opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

1.4.3 Oppfølging av samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen som trådde i kraft 01.01.2012 er fortsatt retningsgivende for utvikling av fremtidens helse - og omsorgstjenester. Reformen er en retningsreform for utvikling av fremtidens helse - og omsorgstjenester. Reformen trådte i kraft 01.01.2012. Bakgrunnen for reformen er i hovedsak bærekraft og kvalitet og kan oppsummeres i fire punkter:

- God koordinering: Tilbudet skal ha god kvalitet. Pasienter og brukere skal oppleve at de får helhetlig hjelp uten svikt og brudd i behandlingsforløpet.
- Redusere behov: Innbyggerne skal være friske så lenge som mulig, når de trenger hjelp skal de få det.
- Mer i kommunen: Spesialisthelsetjenesten blir mer spesialisert og oppgaver flyttes til kommunen. Oppbygging av helsetilbudet i kommunen skal skje over tid.
- Pasienter og brukere skal være i sentrum. «Hva er viktig for deg?» skal være det sentrale utgangspunkt for utforming av tjenestene. Det skal legges mer vekt på involvering av brukere og pårørende i beslutninger om tjenestetilbudet. Tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompenserende hjelp der det er mulig.

Kommunen skal sørge for en helhetlig tenkning i planlegging og organisering av tjenestene. Kommunen skal yte tjenester før, i stedet for og etter sykehusbehandling. Dette innebærer forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnose, behandling, rehabilitering og nødvendig omsorg. Tjenestetilbudet skal dreies mot mer forebygging og tidlig innsats slik at flest mulig får flere leveår med god livskvalitet. Det kommunale ansvaret gjelder for somatikk, rus- og psykiske helsetjenester.

Sykehuset Innlandet HF (SI) og Hamar kommune har inngått samarbeidsavtaler. Avtalene er likelydende med avtalene mellom SI og de andre kommunene i Hedmark og Oppland.

1.4.4 Morgendagens omsorg

Framtidens omsorgstjeneste skal skape tjenestetilbudet sammen med brukeren, samhandle med pårørende, ta i bruk velferdsteknologi og mobilisere lokalsamfunnet på nye måter. [4] Tre områder peker seg ut som omsorgstjenestenes viktigste utfordringer og muligheter:

Aktiv omsorg: Det er behov for mer vektlegging av aktivitet både sosialt og fysisk. Brukerens sosiale, eksistensielle og kulturelle behov skal gis økt oppmerksomhet.

Hverdagsrehabilitering: Det må åpnes for nye tilnærminger med vektlegging av rehabilitering og tidlig innsats. Brukerens egne ressurser, ønsker og mål er utgangspunktet i hverdagsrehabilitering.

Omsorg og død: Alvorlig syke og døende og brukere med stort behov for omsorg og pleie skal sikres gode tjenester. Det handler om å bli behandlet med verdighet og respekt og få ivaretatt både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov.

[4] NOU (2011: 11) Innovasjon i omsorg og St. meld. 29 (2012- 2013) Morgendagens omsorg

1.4.5 Folkehelse

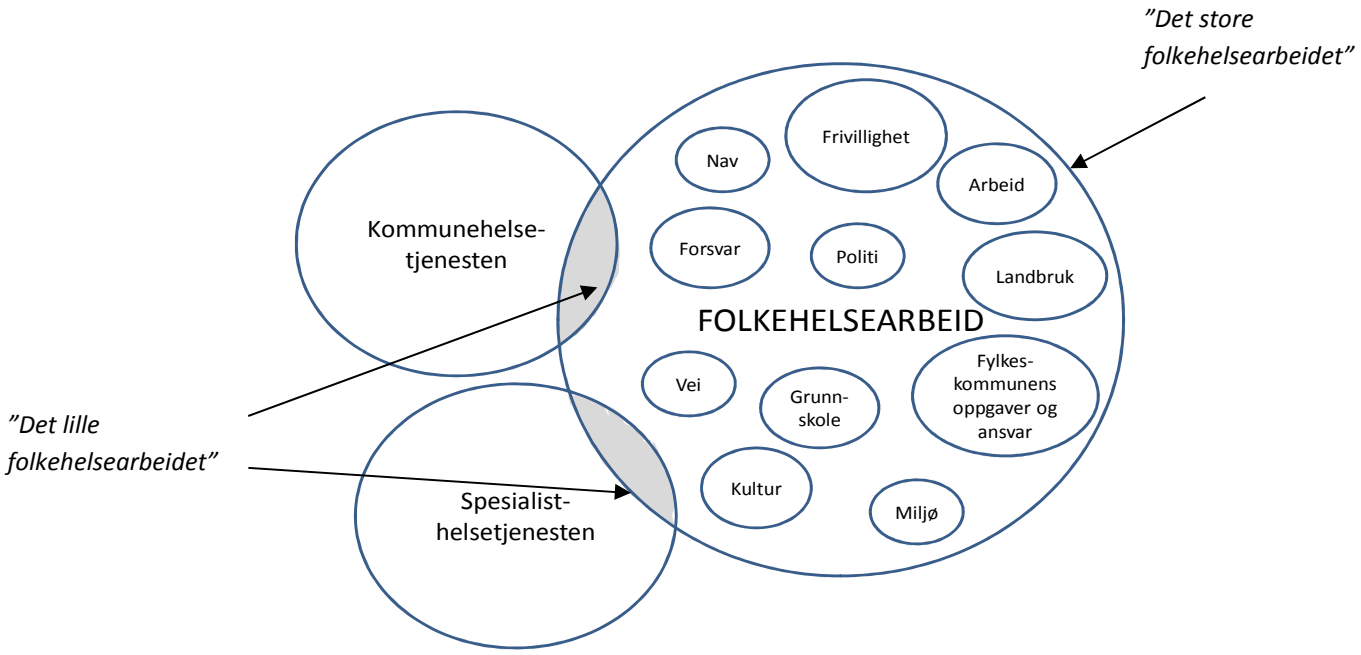
Formålet med folkehelseloven er å bidra til:

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

Folkehelseloven stiller krav til kommunen om planlegging av folkehelsearbeidet basert på lokale folkehelseutfordringer. En bred samfunnsmessig tilnærming innebærer at det tas hensyn til påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer i tråd med prinsippet om "helse i alt vi gjør", for eksempel både i skole-, barnehage-, bolig-, kultur-, nærings- og vegsektoren, i tillegg til helse- og omsorgssektoren. "Det lille folkehelsearbeidet" skjer i helsetjenesten, mens "det store folkehelsearbeidet" skjer i alle de andre samfunnssektorene.

I følge Folkehelseinstituttet, er det tiltak rettet mot hele befolkningen som gir størst samfunnsøkonomisk gevinst. *"Helse produseres ikke i helsevesenet, men der vi bor og arbeider"*. Hamar kommune må derfor satse sterkere på folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgsplanen er ikke en folkehelseplan, men skal tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens bidrag i folkehelsearbeidet. Universelle forebyggende tiltak, for eksempel rusforebygging blant ungdom, fanges derfor ikke opp i sin helhet i helse- og omsorgsplanen.



Figur 2 Illustrasjon av aktørene i folkehelsearbeidet[5]

[5] Basert på figur utarbeidet av Anders Smith.

1.4.6 Kommuneplanens føringer

Hamar kommunestyre vedtok i april 2018 kommuneplanens samfunnsdel 2018-2030. Det er to hovedmål som er særlig relevante for helse og omsorgsplanen:

I 2030 er Hamar en av landets beste kommuner for barn og unge

I 2030 er Hamar en trygg og inkluderende kommune med rom for alle

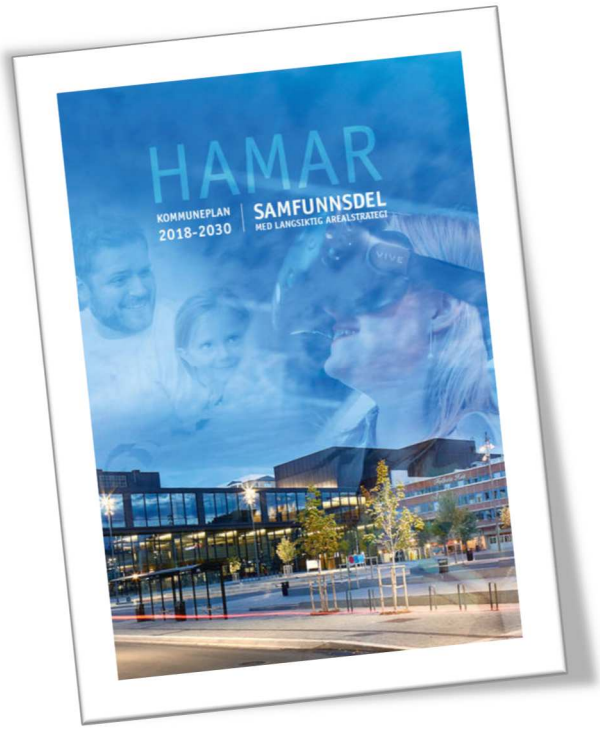
I kommuneplanen slår kommunestyret fast at:

- Hamar skal være tilrettelagt for at innbyggerne skal leve et sunt og aktivt liv
- Innbyggerne skal være trygge på at kommunens tjenester er tilgjengelige og har god kvalitet
- Fysiske omgivelser, digitale løsninger og kommunikasjonskanaler er tilgjengelige for alle

Videre skal Hamar kommune:

- styrke det forebyggende arbeidet overfor barn og familier i en utfordrende livssituasjon
- koordinere tjenestetilbudet på tvers av sektorer i kommunen
- samarbeide med innbyggere, frivilligheten og næringslivet for å skape tilhørighet og deltakelse

Samtidig med revisjon av Kommunedelplan for helse og omsorg i 2017/18 arbeider Komité for kultur og oppvekst med en oppvekstplan for Hamar.

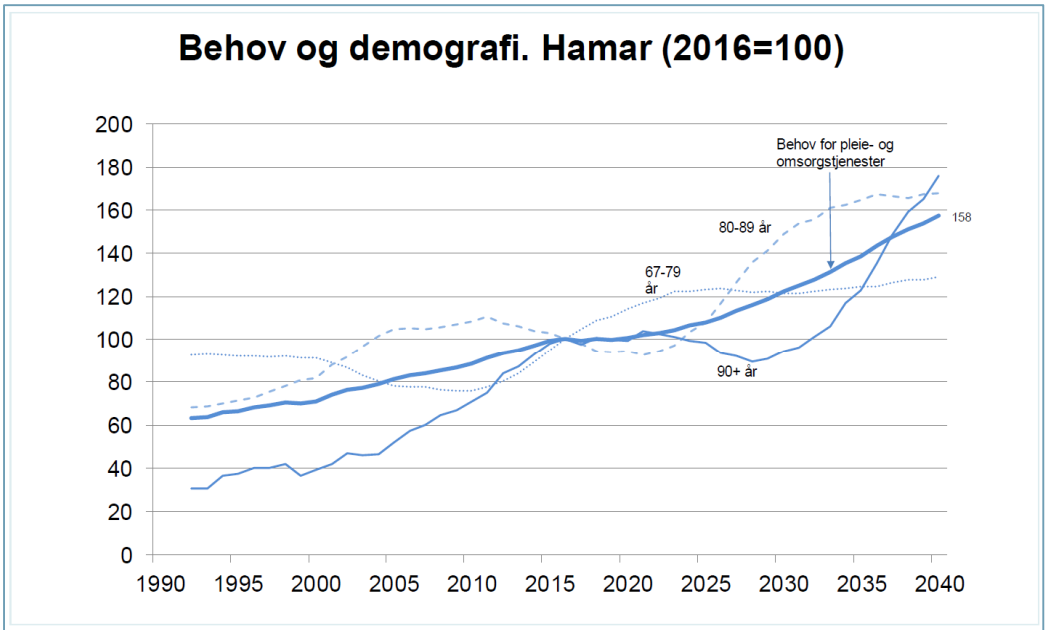


2 Behov for tjenester

I dette kapittelet vil vi se på faktorer som påvirker behovet for helse- og omsorgstjenester: Hamars befolkningsutvikling, folkehelsestatus og sykdomsforekomst nasjonalt og lokalt. De største utfordringene innenfor helse- og omsorgssektoren vil bli presentert. Innbyggernes forventninger vil også være med å påvirke behovet for tjenester.

2.1 Befolkningstall og -framskriving for Hamar kommune

I rapporten fra Agenda Kaupang (2017) med gjennomgang av Helse og omsorg i Hamar kommune framskrives behovet for tjenester på denne måten[6]:



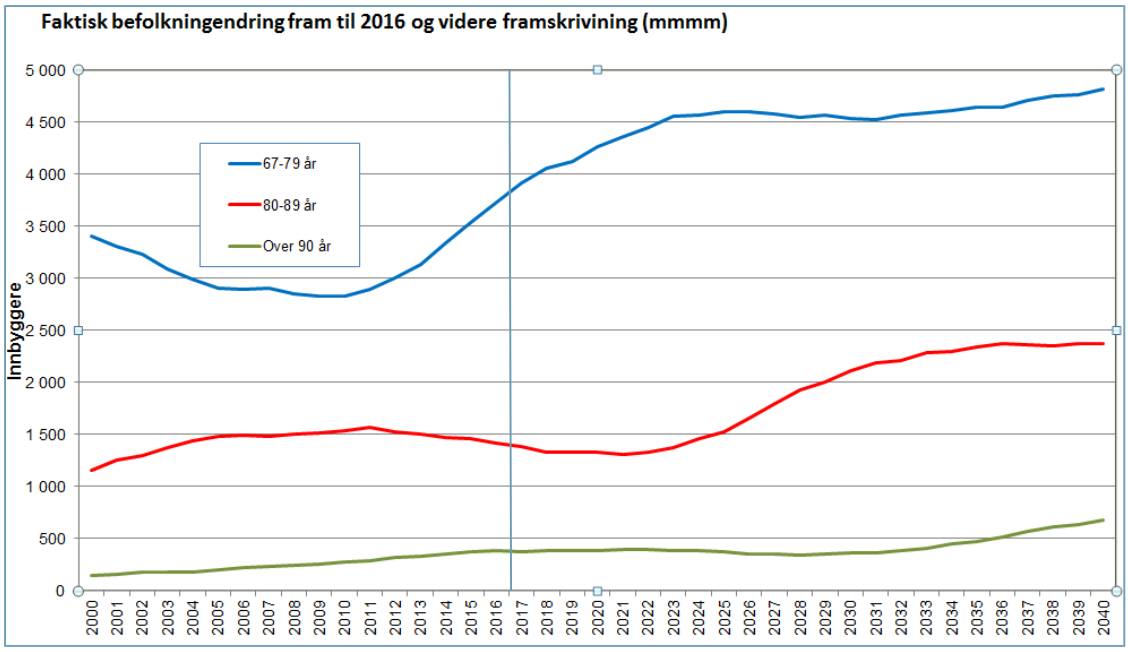
Figur 4-10 Beregnet behov for pleie- og omsorgstjenester (2016=100) i Hamar kommune og utvikling av tre aldersgrupper eldre (2016=100) som sentral del av grunnlag for beregning av behovet

Figur 3 Befolkningsframskriving og framskriving av behov for tjenester

Agenda Kaupang skriver videre: «Den demografiske utviklingen med økt antall eldre, er blant annet et utslag av bedre helse; vi lever lenger og befolkningen har tilsvarende økt antall funksjonsfriske år. Foreløpig ser det ut til at antall år med redusert funksjon ikke har økt. Det er likevel slik at kommunene må ha en aktiv politikk fremover for å forebygge store utfordringer knyttet til demografiske endringer.»

Figuren viser en sterk vekst i behovet for helse- og omsorgstjenester. Demografiske endringer gjør ifølge Agenda Kaupang at tjenestebehovet er forventet å øke med nesten 60 % fram til 2040, dersom kommunen viderefører dagens tjenestepraksis.

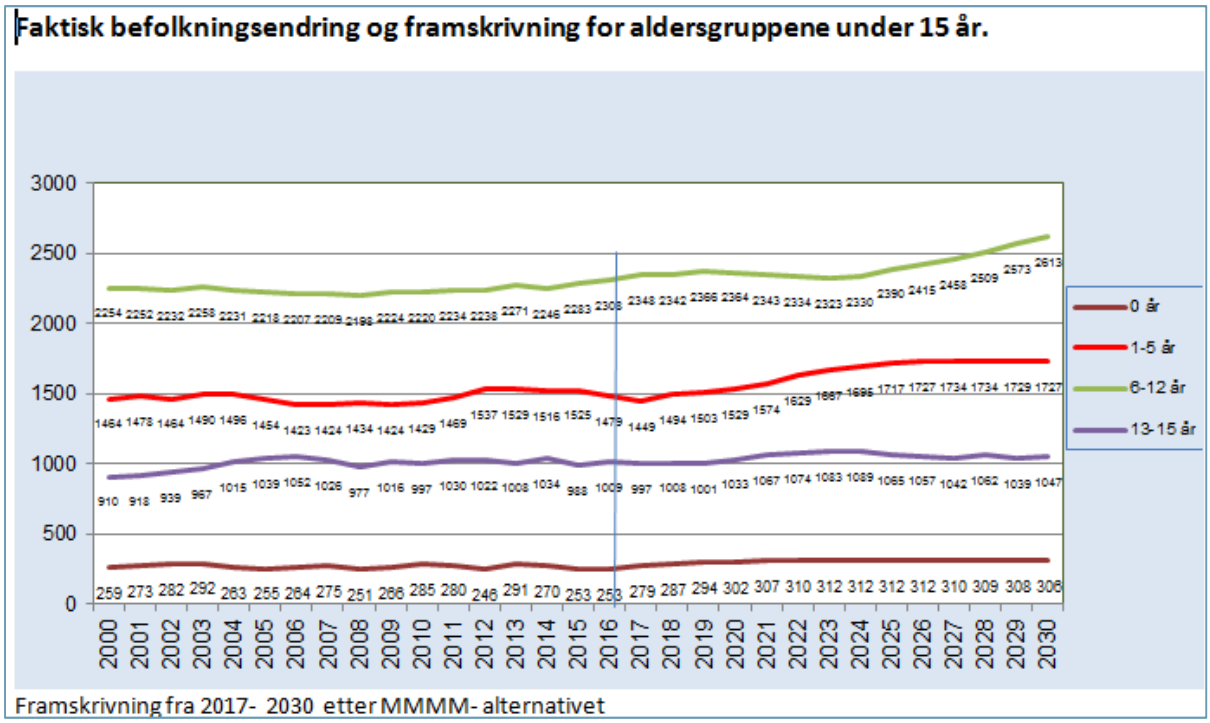
[6] Basert på SSBs befolkningsframskrivning, alternativ MMMM



Figur 4 Faktisk befolkningsendring og framskrivning 2017-2040 for aldersgruppene 67 år og eldre

Endringer i aldersgruppen 80+ brukes som indikator på tjenestebehovet blant eldre. Framskrivningen fra SSB tilsier at denne aldersgruppen vil øke fra 2016 til 2040 med 70 %. Det er gruppene mellom 67 og 79 år som vil øke mest fram mot 2025. Aldersgruppen 80-89 år vil reduseres de første årene, for så å stige i perioden rundt og etter 2025.

Fra slutten av 2020-årene og framover vil aldersgruppen 80-89 år være vesentlig større enn den er i dag. SSB regner med at den eldste aldersgruppen (90 år og over) vil avta noe og holde seg stabil, for deretter å øke kraftig fra 2033 til 2040 (66 %).



Figur 5 Faktisk befolkningsendring og framskrivning for aldersgruppene under 15 år

Det forventes en vekst i antall barn og ungdom i Hamar (se også avsnitt 3.2.1). Det er imidlertid viktig å være klar over at det er stor usikkerhet knyttet til framskrivninger for disse yngste aldersgruppene. Det er derfor vanskelig å si om demografiske endringer de nærmeste årene vil påvirke behovet for hab-/rehabilitering tjenester til barn og unge.

2.2 Sykdom og sosial ulikhet

2.2.1 Forekomst av sykdom

I løpet av det 20. århundret har smittsomme sykdommer gått tilbake og kroniske ikke-smittsomme sykdommer preger sykdomsbildet i økende grad. De dominerende sykdomsgruppene er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2, luftveissykdommer, muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser. Dette er sykdommer og lidelser som i stor grad påvirkes av levekår, livsbetingelser og levevaner. En rekke personer rammes også av ulykker i løpet av livet.

Prognoser for sykdomsforekomst tar utgangspunkt i dagens situasjon og kunnskap og oppfatninger om hva som påvirker utviklingen.

Sykdommer	Utvikling
Psykiske lidelser/problemer og/eller ruslidelser	I perioden 2003 – 2015 har det vært en økning fra 17 til 20 % i andelen av sykepenger mottakere som har psykisk lidelse som sykemeldingsårsak, men ingen økning i antall tilfeller per sysselsatt (NAV, Arbeid og velferd nr. 2-2017).
	Folkehelseprofilen 2018 viser at Hamar ligger høyere enn landsgjennomsnittet når det gjelder psykiske symptomer/ lidelse i aldersgruppen 15 – 29 år.
	Angst og depresjon utgjør et betydelig helseproblem blant både yngre og eldre. Det antas at det er underdiagnostisering og underbehandling av disse lidelsene hos eldre. Svekket fysisk helse gir økt risiko, akkurat som angst og depresjon gir økt risiko for andre sykdommer.
	Forventet økning i levealder i Norge vil føre til mer enn en fordobling i forekomsten av demens fra 2006 til 2050. Selv om forebygging neppe kan forhindre en økt utbredelse av demens som konsekvens av høyere levealder, kan økningen antagelig bremses en god del (FHI i Folkehelserapporten 2014: 4).
	Både når det gjelder alkohol og narkotika, vil risikofylt bruk øke risikoen for sosiale problemer. Eksempler er tap av arbeid og inntekt, vold og hærverk, ødelagte relasjoner til familie og venner og ekskludering fra sosiale arenaer. Risikofylt bruk kan også bidra til redusert helse og livskvalitet hos brukernes ektefeller og barn, arbeidskolleger, venner og naboer. Et effektivt rusforebyggende arbeid gir derfor en stor samfunnsmessig gevinst, både med hensyn til folkehelsen og bruk av samfunnets ressurser. Alkohol og narkotikaforbruk er blant de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død. Grupper med lavere utdanning og/ eller dårligere økonomi rammes i større grad enn andre. Menn drikker mer og blir oftere beruset enn kvinner. Bruken er hyppigere i 20-30 års alderen enn blant yngre og eldre (FHI, Folkehelseprofil 2018, Hamar).
	Antall personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP- lidelse) er økende, og innsøking til legemiddelassistert rehabilitering øker (LAR). Det er en økning i antall med omfattende helseproblemer blant annet som følge av at nye behandlingsmetoder (f. eks LAR) har ført til at gjennomsnittlig levealder for rusavhengige har økt de siste årene.
Somatiske sykdommer	En stor utfordring er hvordan vi gir tjenester til den eldre som har flere kroniske lidelser, raskt funksjonstap, følgetilstander av tidligere sykdom og skade og aldersforandringer (Handlingsplan Helse Sør-Øst 2010 – 2020, *Spesialisthelsetjeneste for eldre)*.
	Økende antall eldre fører til økning av personer med bl.a. kreft, slitasjesykdommer i muskel og skjelett, sansesvekkelser syn og hørsel, slag, hjerte- kar sykdommer.
	Sansene svekkes med høy alder. Kombinert synstap og hørselstap fører til problemer med kommunikasjon og orientering og har også en sammenheng med fallulykker og hoftebrudd.
	Muskel- og skjelettlidelser er en av de vanligste årsakene til legebesøk, korttids- og langtidssykefravær samt uføretrygd (FHI, Folkehelserapporten 2014:4).
	Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer synker i alle aldersgrupper. Antall syke forventes å øke på bakgrunn av økende andel eldre samt bedre overlevelse av akutt

Sykdommer	Utvikling
	sykdom. For alle aldergrupper samlet er hjerte- kar sykdom den sykdomsgruppen som fører til fleste dødsfall (FHI).
	Ca. 6 % av befolkningen over 40 år har KOLS. Kroniske sykdommer i nedre luftveier inklusiv KOLS var den 3. hyppigste dødsårsaken i 2016. Antall personer som lever med KOLS vil holde seg høyt i årene fremover fordi antallet eldre øker. Røyking er den viktigste årsaken til KOLS (FHI, Folkehelserapporten 2014:4).
	Andelen unge og voksne med overvekt og fedme øker. Personer med fedme har større sannsynlighet for å utvikle hjerte- kar sykdommer, diabetes type 2 og andre kroniske sykdommer (FHI, Folkehelserapporten 2014:4).
	1 av 20 nordmenn har kjent diabetes diagnose. Type 2 diabetes er langt hyppigere enn type 1. Diabetes type 2 kan i stor grad forebygges med økt fysisk aktivitet og vektreduksjon. Personer fra Sør Asia og Afrika har høyere risiko for type 2 diabetes enn andre etniske grupper.
Utviklingshemmede	Oppfølging av somatisk og psykisk helse hos personer med utviklingshemming representerer en utfordring som krever tverrfaglig kompetanse. Flere personer med utviklingshemming når en høyere alder enn tidligere og dette medfører flere med demens og andre aldersrelaterte utfordringer. Forskning viser at noen er disponert for en tidligere aldringsprosess enn det som er vanlig.
	I Norge er det registrert om lag 21 000 personer med utviklingshemming som mottar helse- og/eller omsorgstjenester eller sosiale tjenester.[7]
	På landsbasis og i Hamar kommune har tallene på personer over 16 år som mottar tjenester vært stabile.

Tabell 1 Forekomst av sykdom

2.2.2 Sosial ulikhet

Det er systematiske statistiske forskjeller i helse mellom ulike grupper i samfunnet: Jo høyere utdanning og inntekt en gruppe har, jo høyere andel har god helse. Det er sammensatte årsaker og ulike teorier om hvorfor det er slike sammenhenger mellom helse og sosioøkonomisk status.

I Hamar bor det 575 personer under 18 år i husholdninger med lavinntekt[8]. 61,9% av familiene mottar mer enn halvparten av sin samlede inntekt gjennom offentlige overføringer. 37,3% av barna bor med enslig forsørger. 63% av barna bor i familie der hovedforsørger har lav utdanning. 57% av disse barna har forsørgere uten noen yrkestilknytning.[9]

Hamar kommune har utarbeidet Handlingsplan mot barnefattigdom (2018 – 2020). Hovedmålet er å redusere fattigdom blant barn og ungdom. Det handler om å sikre at foreldre er i jobb og har inntekt. Det er behov for virksomme tiltak som bidrar til integrering og kvalifisering til arbeid/aktivitet for flyktninger. Familier med lav inntekt skal få råd og veiledning for å bedre sin økonomiske situasjon, samt nødvendig bistand for inntektssikring fra NAV. Barn i lavinntektsfamilier har større risiko for utenforskap. De må bli sett og hørt, og de må få mulighet til sosial deltagelse og aktiv fritid på linje med andre barn.

[7] BUFDIR, høringsnotat, levekår og tiltak for mennesker med utviklingshemming, 22.02.2013.
[8] Lavinntekt er beregnet ved 60% av median, EU-skala (Helsetilstand 2015, Hedmark fylkeskommune)
[9] www.bufdir.no/Statistikk og analyse/Barnefattigdom (2015-tall)

I aldersgruppen 18-44 år er 3,2 % uføretrygdet (360 personer) og andene har vært økende[10]. Dette er mennesker som kan være i sårbare livssituasjoner i vårt lokalsamfunn som helse- og omsorgstjenestene sammen med velferdstjenestene, må være oppmerksomme på.

Studier viser at levevaner ofte følger utdannings- og inntektsnivå. Å forebygge frafall i videregående skole, vil fremme muligheter for jobb og aktiv deltakelse i samfunnet. Selv om frafallet i videregående skole er lavere i Hamar enn i landet som helhet, er det 20 % som ikke gjennomfører videregående opplæring[11]. Gjennomsnittstallet skjuler store forskjeller mellom ulike studieretninger og mellom gutter og jenter.

Fra 2013 til 2017 har andelen innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre i Hamar økt fra 10,5 % til 12,8 %. For landet totalt er tallet 13,8 % i 2017. Cirka halvparten av personene kommer fra europeiske land[12]. For enkelte innvandrere vil manglende nettverk og vanskelige livserfaringer innebære tilleggsutfordringer.

Helsetjenestene er organisert slik at hver enkelt person må etterspørre helsetjenester selv. Kunnskap om egen helse og framgangsmåter for å nå fram er viktig for å nyttiggjøre seg tilbudene. Krav om timebestilling og henvisningsrutiner utgjør barrierer for noen. Lett tilgjengelige tilbud og lavterskeltilbud, som en del av kommunens samlede helse- og omsorgstjenester, er derfor viktig.

[10] Folkehelseinstituttet, Folkehelseprofil for Hamar 2014-2018.
[11] Folkehelseinstituttet, Folkehelseprofil for Hamar 2018
[12] Imdi.no

2.3 Demografiske, samfunnsmessige og helsemessige utfordringer

2.3.1 Aldring, yngre brukergrupper og knapphet på personell

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene knyttet til økende antall eldre, yngre brukergrupper og knapphet på helse- og omsorgspersonell og frivillige omsorgsytere, jfr. St.meld. nr.25 (2005-2006) om framtidas omsorgsutfordringer:

- Yngre brukergrupper: Sterk vekst i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og større spekter av helsemessige og sosiale problemer. Det blir behov for livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.
- Aldring: Behovsvekst som følge av økende antall eldre krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse i geriatri. Økt alder medfører økt sykelighet, mer sammensatte lidelser, sansetap, betydelig økning av demens og flere eldre med psykisk utviklingshemming.
- Knapphet på omsorgsytere: Det skjer ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft. Det offentlige må ta hele den forventede behovsveksten og forutsetter en lokalt forankret omsorgstjeneste i et tettere samspill med familie, frivillige og lokalsamfunn.
- Medisinsk oppfølging: Behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av mennesker som får kommunale helse- og omsorgstjenester, tydelig koordinering av fragmenterte tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunale helse-, sosial og omsorgstjenester.
- Aktiv omsorg: De fleste undersøkelser peker på dagligliv knyttet til måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud.

2.3.2 Framtidens eldre og eldreomsorg

Den framtidige sammenhengen mellom økt levealder og behov for tjenester er usikker fordi den nye seniorgenerasjonen vil ha flere ressurser å møte alderdommen med[13].

Det er lansert ulike hypoteser om hvordan befolkningens helse kan utvikle seg ved økt levealder. Folkehelsemeldingen (2014-2015) legger til grunn at eldre lever flere år med bedre helse, en norsk 65-åring kan forvente å ha 15-20 funksjonsfriske år foran seg. Også to av tre 80-åringer opplever at de klarer seg bra (St. meld 19, 2014-2015).

Flere eldre de nærmeste årene i aldersgruppen 67- 79 år betyr flere med kroniske lidelser. Økning i den eldste delen av befolkningen på sikt vil gi sterk økning i forekomst av demenstilstander og komplekse sykdomstilstander.

For de av gruppen eldre som har svekket helse kommer alvorlige helseplager og funksjonstap særlig etter 80-85 år. Forebyggende og helsefremmende tiltak tidlig i sykdomforløp kan bidra til å unngå gradvis funksjonsfall og at man får flere år med høyere funksjonsnivå inntil man når høyt opp i alder. Mange har behov for opplæring og annen oppfølging for å leve best mulig med egen sykdom. Jevnlig trening og mer intensive perioder med rehabilitering er sentrale virkemidler for å kunne ta vare på sin «resthelse».

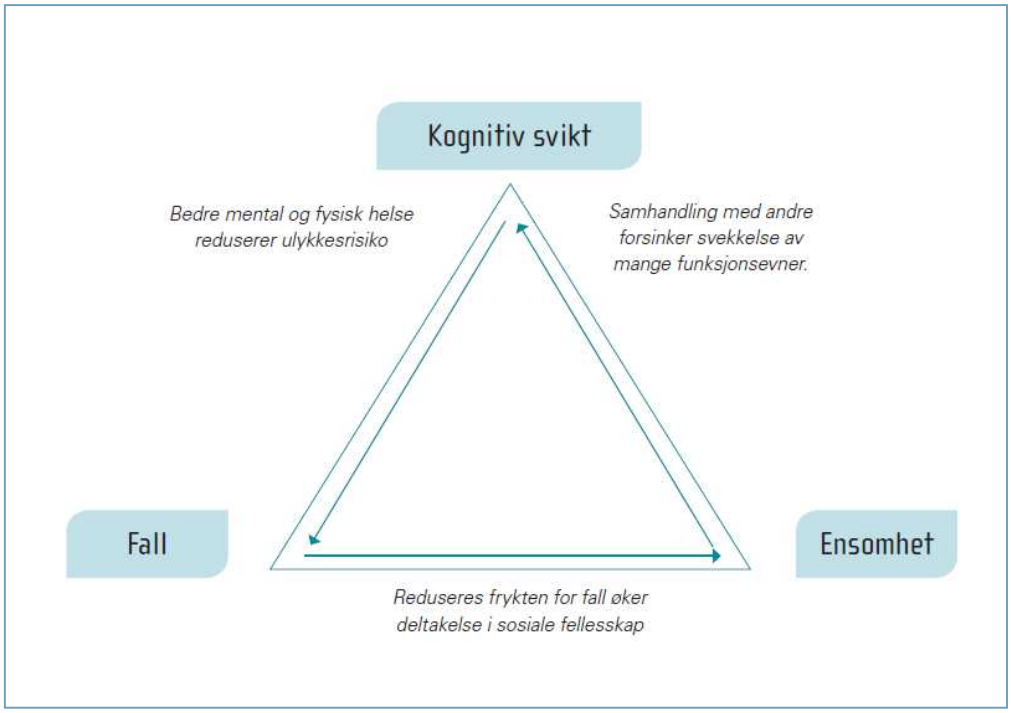
Forekomst av flere sykdommer samtidig kan finne sted i alle aldersgrupper, men fremtrer oftere ved økende alder. Forverring av en eller flere samtidig forekommende sykdommer vil kunne influere på

[13] NOU (2011: 11) Innovasjon i omsorg

intensitet i de andre sykdommene. Som følge av den demografiske utviklingen vil omfanget av brukere med sammensatte sykdomsbilder være dominerende i fremtiden. Dette vil øke behovet for rehabiliterings- og mestringsfokuserte tilnærminger.

Kåre Hagen, leder av arbeidet med NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg sa i møte med kommunestyret i Hamar kommune 23.05.2012: *«Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen. Den skapes av forstillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag»*.

Fall, ensomhet og kognitiv svikt er beskrevet i NOU 2011:11 som sentrale elementer i en ond sirkel av årsaksforhold som gir ringvirkninger på andre livsområder. Hagen-utvalget mener at «*Denne onde sirkelen" kan snus til en «mulighetssirkel» ved hjelp av forebyggende tiltak, innovative grep og riktig og fornuftig bruk av teknologi."* Dette er vist i figuren under som er hentet fra NOU 2011:11.



Figur 6 Mulighetssirkelen: Fall, ensomhet og kognitiv svikt

2.3.3 Nye kommunale oppgaver i lys av samhandlingsreformen

I Norge forventes vekst i behovet for helsetjenester samlet sett. Veksten skal i størst mulig grad løses i kommunene. Det er tre elementer i dette:

- Oppbygging av eksisterende tjenester
- Utvikling av nye tjenestetilbud
- Flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

Endringene handler i hovedsak om:

Økt innsats for å redusere behov for helse- og omsorgstjenester: Kommunens økte ansvar for å forebygge sykdom må prioriteres både gjennom folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende arbeid og tidlig innsats.

Økt innsats innen rehabilitering: Rehabilitering og habilitering er ett av satsingsområdene i Samhandlingsreformen. Helse Sør-Øst har redusert antall rehabiliteringsplasser og varsler en ytterligere reduksjon i antall plasser i årene framover. Det er allerede redusert kapasitet og utskrivning skjer raskere fra rehabiliteringstilbudet i SI, med den følge at flere kommer direkte til kommunen og mange har mer omfattende behov enn tidligere. Denne utviklingen vil fortsette.

Økt innsats innen rus og psykisk helse: I spesialisthelsetjenesten er det redusert antall døgnplasser og mer spesialisert behandling. Tilbudet skal bygges ut i kommunene. Endringene merkes allerede ved at etterspørselen etter kommunale tjenester øker.

Mottak av utskrivningsklare pasienter: Når en pasient er erklært utskrivningsklar[14] fra sykehuset er det kommunens ansvar å gi videre tilbud. Dersom kommunen ikke tar imot pasienten på avtalt tidspunkt, betaler kommunene en sats pr. liggedøgn. De fleste pasienter kan få tjenesten i eget hjem. Det er ca. 20 % av de utskrivningsklare pasientene som hadde behov for korttidsplass i institusjon i Hamar kommune (2018).

En evaluering av konsekvenser av reformen gjort av Forskningsrådet i oktober 2012[15] viser at flere pasienter meldes utskrivningsklare. Evalueringen viser at liggetid som utskrivningsklar i sykehus er redusert med 3 dager på landsbasis. Konsekvensen av dette er at brukere av kommunale tjenester som er hjemmeboende må vente lenger på korttids-, avlastnings- og langtidsplass, dersom den kommunale kapasiteten ikke er økt.

Øyeblikkelig hjelp (døgntilbud): Kommunene har ansvar for et øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen somatikk og psykisk helse. Hensikten med øyeblikkelig hjelp-tilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Hamar har fire sengeplasser i sitt tilbud.

2.4 Konklusjon

Utviklingstrekkene beskrevet i kapittel 2 utfordrer organiseringen, kapasiteten og kompetansen i helse- og omsorgstjenesten. Sykdomsbildet krever ulik og tverrfaglig kompetanse. Det trengs en helhetlig tenkning om hvordan fremtidens helse- og omsorgstjeneste og folkehelsearbeid skal formes for å bedre folkehelsen og sikre en bærekraftig utvikling av tjenestene.

De demografiske, samfunnsmessige og helsemessige utfordringene som er gjennomgått i kapittel 2 danner utgangspunktet for satsningene i kapittel 3 og 4.

[14] Utskrivningsklar pasient defineres etter bestemte kriterier som er forskriftsfestet. Se også vedlegg 1.
[15] Grimsmo (2013).

3 Satsningsområder for Hamar kommune

3.1 Frivillige og pårørende som ressurs

Frivillig sektor er betydningsfull både for demokratiet, velferden og den generelle samfunnsutviklingen. Samfunnet vårt står overfor store utfordringer de kommende tiårene for å skaffe nok menneskelige ressurser til helse- og omsorgstjenestene. Frivillig sektor kan bidra til å løse disse utfordringene på egne premisser til beste til den enkelte og for lokalsamfunnet.

Frivillig arbeid har også en viktig egenverdi og gir innbyggerne anledning til å gjøre en innsats for nærmiljø og medmennesker. Frivillig arbeid er viktig for egen mestring, nettverksbygging og personlig vekst, både hos de som gir og de som får. Stortingsmelding 29 (2012- 2013) Morgendagens omsorg slår fast at organisasjonsaktive eldre har bedre helse og livskvalitet enn andre eldre.

Hamar kommune vil skape nye løsninger sammen med frivillig sektor.

Vi vil rette oppmerksomheten mot mobilisering av ressurser i familien og lokalsamfunnet.

Frivillig sektor er i endring og finner nye former. Hamar kommune vil være med å finne nye løsninger sammen med de frivillige organisasjonene. Vi ønsker å videreutvikle samarbeidet i tråd med NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Det betyr også å rette oppmerksomheten mot mobilisering av ressurser i familien og lokalsamfunnet.

Frivillighetspolitikken i Hamar (2010) er plattformen for samarbeidet mellom kommunen og frivillige lag og foreninger.

3.1.1 Mål: Utvide samarbeidet med frivillige aktører for å styrke tilbudet til innbyggerne

Frivillig arbeid er et viktig supplement til kommunale tjenester. En kan anta at frivillige bidrar med innsats tilsvarende ca. 10 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene i Hamar.[16] Det betyr at frivillige gjør en stor innsats for å øke livskvaliteten til brukere i helse- og omsorgstjenestene. Dette er bare en liten del av den samlede frivillige innsatsen som kommer lokalsamfunnet til gode. Mye frivillighet ytes gjennom organisasjoner og frivilligsentralen. Enkeltmennesker bidrar også med frivillig innsats gjennom sosiale nettverk som familie og naboskap.

Hamar kommune vil styrke Frivilligsentralen.

Frivilligsentralens koordineringsrolle mellom organisasjonene og kommunen er viktig og skal forsterkes.

Det frivillige arbeidet i Hamar har ulike former, eksempelvis bidrar frivillige i venneforeninger på sykehjemmene og organisasjoner driver besøkstjeneste. Kommunen mobiliserer frivillige til å bidra i familier som trenger litt ekstra støtte i regi av Homestart. Stiftelsen Brukerstyrt senter representerer et viktig tilbud innen psykisk helse.

Pasient- og brukerorganisasjoner og ideelle organisasjoner driver likemannsarbeid på ulike måter. Det kan være besøkstjeneste, pårørendeskoler, samtalegrupper for brukere, pasienter og pårørende, selvhjelpsgrupper og søskentreff. Kommunen verdsetter dette tilbudet og skal være tilrettelegger når organisasjonene har behov for det.

Hamar kommune vil videreutvikle samarbeidet med frivillig sektor og prioritere å styrke frivilligsentralen. Frivilligsentralens koordineringsrolle mellom organisasjonene og kommunen er viktig og bør forsterkes. Samtidig skal Hamar kommune tydeliggjøre rolle- og ansvarsfordeling i egen organisasjon samt sikre kompetanse internt om samarbeid med frivillige organisasjoner. [17]

Hamar kommune ønsker å inngå gjensidig forpliktende avtaler med frivillige organisasjoner. Sammen kan vi gjøre en innsats på områder der det er stort behov i befolkningen. Forebygging av ensomhet og annet forebyggende arbeid er områder der vi særlig ønsker å konkretisere samarbeidet.

[16] Romøren (2011)
[17] Se anbefaling i Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren (2013)

3.1.2 Mål: Samarbeide med ideelle organisasjoner om å gi gode tjenester til utvalgte grupper

Ideelle organisasjoner er betydelige tjenesteleverandører på oppdrag eller etter avtaler med kommunene. Historisk har ideelle organisasjoner vært velferdsstatens fortropp. De har bygd ut tjenestetilbud til grupper som det offentlige seinere har tatt ansvar for.

Hamar kommune har i dag avtale med stiftelsen CRUX (tidligere: Kirkens sosialtjeneste) om tjenester til rusavhengige. Avtalen innebærer at Crux yter noen lovpålagte oppgaver på vegne av kommunen.

I evalueringen av tilbudet til de rusavhengige i Hamar i 2012[18], ble tiltakene fra Kirkens sosialtjeneste vurdert. Det gjelder Værestedet Arbeideren, Oppfølgingssenteret Barm og Boligtiltaket Folkestadgate. De tre tiltakene vurderes å utgjøre en viktig og kostnadseffektiv del av det helhetlige tilbudet til rusavhengige i Hamar. I tillegg utløser det ressurser blant annet i form av frivillige og inntekter fra andre bidragsytere (gaver), som kommunen i mindre grad kan få til.

I Stortingsmelding 29 (2012-13) skriver regjeringen at ideelle organisasjoner som tenker innovativt, rekrutterer frivillige og er meningsbærere i det offentlige rom, vil kunne bidra til å utvikle helse- og omsorgstjenester.

3.1.3 Mål: En god pårørendepolitikk

I Hamar kommune vil vi utarbeide en pårørendepolitikk som styrker samarbeidet mellom bruker, pårørende og helse- og omsorgstjenestene. Familie og nettverk er ofte svært sentrale støttespillere i brukernes liv. Hamar kommune verdsetter de pårørendes innsats og kompetanse og vil tilrettelegge for godt samspill mellom nettverk og kommunens tjenester. Kommunen skal tilby avlastning, opplæring og veiledning.

I Stortingsmelding 29 (2012- 2013) blir det slått fast at det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og brukerne og deres pårørende. Kommunene vil framover forholde seg til pårørende i alle aldersgrupper, også barn og med ulike relasjoner til den eller de som har behov for hjelp. Det er viktig at likestilling og fleksibilitet blir vektlagt i pårørendepolitikken.

Hamar kommune skal utarbeide en felles pårørendepolitikk for helse- og omsorgstjenestene.

Vi skal tilby frivillige avtaler mellom bruker, pårørende og kommune.

Hamar kommune vil utarbeide en felles pårørendepolitikk for helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet innebærer blant annet å utvikle rutiner og retningslinjer for samarbeid med og ivaretakelse av pårørende. Pårørende ønsker ofte veiledning og hjelp for selv å kunne hjelpe. Videre skal kommunen tilby frivillige avtaler mellom bruker, pårørende og kommunen der forventningsavklaring står sentralt. Individuell plan bør sees i sammenheng med dette.

[18] IRIS (2012)

3.2 Tidlig ute med tilpasset hjelp

Tidlig innsats handler om å ha tilgjengelig tjenester slik at befolkningen kan få bistand når sykdom og problemer oppstår. Hamar kommune skal intensivere arbeidet med tidlig innsats. Helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide godt med andre aktører slik at man raskt kan ta kontakt ved behov. Økt samarbeid er nødvendig for at tjenestene skal tilpasses hver enkelt. Dette handler om kvalitet for enkeltmennesket og forventes å føre til at kommunen kan hjelpe flere og gi bedre tjenester innenfor samme økonomiske ramme, samt redusere behovet for spesialisthelsetjenester.

3.2.1 Mål: Barn og unge skal prioriteres

Barn og ungdom i Hamar skal sikres en trygg og god oppvekst. Det skal være kort vei fra bekymring til handling i det forebyggende arbeidet. Tverrfaglig innsats sammen med skoler, barnehager, Nav, frivillige og spesialisthelsetjenesten (blant annet Barne- og ungdomspsykiatrien) skal iverksettes når det er behov.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er kjernen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet og møter alle barn, ungdommer og deres familier. Skolehelsetjenesten er til stede på alle grunnskolene og videregående skoler i kommunen. Funksjonen som lavterskeltilbud må sikres gjennom tilstrekkelig tilgjengelighet.

Det forventes en økning av antall barn og ungdom i Hamar de kommende årene:

Tjenester og målgrupper	Framskrevet folkemengde MMMM			
	2017	2022	2030	2040
0- 5 år **Helsestasjon for barn**	1 728	1939 (+211)	2033(+305)	1986 (+258)
6-12 år **Skolehelsetjenesten**	2 348	2 334 (-14)	2 613 (+265)	2 644 (+296)
13-19 år **Ungdomshelsetjenesten,**	2 415	2 469 (+54)	2 499 (+84)	2 834 (+419)

Tabell 2 Befolkningsutvikling i de yngste aldersgruppene (SSBs framskrivninger pr. 2016)

Tabellen over viser at det forventes befolkningsøkning i aldersgruppene 0-5 år, 6-12 år og 13-19 år fram til 2040. I et langsiktig perspektiv er det aldersgruppen 13-19 som vil øke mest. Det er usikkerhet knyttet til framskrivninger av utviklingen i de yngste aldersgruppene[19].

Skolehelsetjenesten i barneskolen ivaretar i dag ca. 2348 barn (2018) med 3,6 helsesøsterstilling. Det er 3,5 stillinger færre enn Helsedirektoratets anbefalte norm [20] som er 1 stilling pr. 300 barn. Dette betyr at

Hamar kommune skal prioritere risikoutsatte barn og unge.

Hamar kommune skal styrke skolehelsetjenesten og det forebyggende rus- og psykiske helsearbeidet.

[19] Framskrivningene fra 2012, som den Helse- og omsorgsplanen 2014-2030 bygde på, viste en økning for alle barnegruppene. Den faktiske utviklingen viser derimot en nedgang for barn 0-5 år, mens framskrivningene for de andre aldersgruppene stemmer godt med den faktiske utviklingen.
[20] Helsedirektoratet (2017).

det er behov for kapasitetsøkning nå og i årene framover.

Alle mennesker er utsatt for både risiko- og beskyttelsesfaktorer. Sannsynligheten for å utvikle rus og/eller psykiske problemer må vurderes ut fra den samlede belastningen som omgir den enkelte, og hvilke beskyttelsesfaktorer som er tilstede.[21] Risiko- og beskyttelsesfaktorer må vurderes i et samfunnsperspektiv (eks. sosioøkonomisk status), familieforhold (eks. oppdragerstil, tilhørighet, foreldres omsorg) og individnivå (for eksempel livshendelser, sårbarhet, robusthet).[22]

Tidlig intervensjon, helsefremmende og forebyggende arbeid skal bidra til å svekke risikofaktorene og styrke beskyttelsesfaktorene. Hamar kommune skal fortsatt styrke dette arbeidet.

Den beste rusforebyggingen er å begrense tilgjengelighet og redusere etterspørsel.[23] Rusproblemer er et helseproblem. I Hamar er det behov for å øke kunnskapen om dette i hjelpeapparatet. Rusproblemer blant ungdom sees i for stor grad sett på som atferdsvansker. Hamar kommune samarbeider med spesialisthelsetjenesten i rusbehandling av ungdom både over og under 18 år. Det forebyggende rusarbeidet overfor ungdom og unge voksne skal styrkes.

Hamar kommune vil prioritere barn som lever i risikoutsatte familier. Disse barna er spesielt utsatt for å få psykiske problemer, også senere i livet.[24] Det er viktig å gjennomføre programmer for å identifisere og hjelpe familier som utsettes for mange belastninger og familier der det er barn med funksjonshemminger eller begynnende symptomutvikling.[25] Helsestasjonen har en rolle som forebyggende barnevernstjeneste[26].

Overgang fra ungdom til voksen

Hamar kommune vil bedre tilbudet til ungdom som vi i dag ikke når med tjenesteapparatet vårt. Tjenestene våre er ikke tilstrekkelig fleksible i forhold til ungdom med udiagnostiserte og sammensatte vansker og ungdom med utviklingsrelaterte diagnoser. Brukerne kan ha utfordringer på mange livsområder og mange fullfører ikke videregående skole. Hamar kommune vil forbedre kartlegging og oppfølgingsrutiner tidlig i barnehage- og skoleforløpet, samt sikre overgangen fra ungdom til voksen når det gjelder utdanning og arbeid/dagtilbud. Vi vil i økende grad fokusere på ungdoms ressurser og egenmestring.

[21] Kvello (2010)
[22] Helsedirektoratet (2009)
[23] Hamar kommunes alkoholpolitiske handlingsplan ligger som vedlegg. Hamar kommunens fokus på barn og unge er understreket ved at det ikke er tillatt med skjenking på familiearrangement eller andre arrangementer der barn og unge er målgruppe.
[24] Folkehelseinstituttet (2007)
[25] Folkehelseinstituttet (2011)
[26] I følge NIBR (2011), har godt forebyggende arbeid i kommunene betydning for bruken av enkelte typer statlige barnevernstiltak. Helsestasjonsarbeidet omtales som" barnevernets utvidede tiltaksapparat."

3.2.2 Mål: Alle tjenester skal være helsefremmende og forebyggende

I Hamar kommune skal vi tenke helsefremmende og legge vekt på brukernes ressurser. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 sier at kommunens helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Økt vektlegging av helsefremmende arbeid innebærer en dreining bort fra diagnoser og sviktende funksjoner til sterkere vektlegging av ressurser og muligheter hos den enkelte. De individuelle erfaringene må vektlegges for å skape forandring som varer.[27]

I Hamar kommune skal vi prioritere tiltak og metoder som har dokumentert effekt. Tiltak i egen organisasjon skal i større grad gjøres systematisk og evalueres.

Forebyggende arbeid har som mål å forhindre eller bremse utvikling av sykdom og forhindre at etablert sykdom forverres. Framtidige kapasitetsproblemer i helse- og omsorgssektoren forsterker behovet for å tenke helsefremmende og forebyggende. Det vil øke livskvaliteten og gjøre flere selvhjulpne, dempe og utsette behovet for tjenester.

I Hamar kommune skal vi prioritere tiltak og metoder som har dokumentert effekt. Tiltak i egen organisasjon skal i større grad gjøres systematisk og evalueres med hensyn til kvalitet for brukeren og kostnadseffektivitet.

FAKTA: Programmer for styrking av foreldreferdigheter er eksempel på metoder som benyttes i Hamar kommune og som bygger på forskningsbasert kunnskap. Grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon er eksempel på andre områder der forebyggende innsats har dokumentert effekt.

Aktivitet, kosthold og helse

Kosthold og fysisk aktivitet påvirker helsa vår på ulike måter gjennom hele livet. God ernæringsstatus og tilstrekkelig fysisk aktivitet er viktig for kroppens yteevne og motstandskraft mot sykdom. Sykdomsrelatert underernæring og/eller feilernæring er utbredt og sees i sammenheng med sykdom som for eksempel depresjon, demens, ulike langvarige somatiske sykdommer, overvekt/ fedme og psykiske og /eller rusrelaterte lidelser. I Hamar kommune vil vi legge vekt på kostholds- og ernæringsfaglig arbeid samt fysisk aktivitet som en integrert del av tilbudet i helse- og omsorgstjenesten.

Kultur, måltider, aktivitet og trivsel er helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Kunst og kultur har sin egenverdi som kilde til opplevelser og som alternative uttrykksformer, og kulturuttrykk kan ha behandlende og terapeutisk effekt.[28] Framtidens helse- og omsorgstjeneste i Hamar kommune skal vektlegge aktiv omsorg (se også kapittel 3.3.3.).

Framtidens helse- og omsorgstjeneste i Hamar kommune skal vektlegge aktiv omsorg.

[27] Berg (2010)
[28] St.meld 29 (2012- 2013)

FAKTA:
Den kulturelle spaserstokken er et samarbeid mellom kultursektoren og helse og omsorg siden 2010. Profesjonelle kunstnere tilbyr kunst- og kulturformidling av høy kvalitet på pleie- og omsorgsinstitusjoner. Brukerne får være både tilskuere og aktive deltakere.

Seniorsenteret Velferden er et kommunalt finansiert aktivitets- og treffsted for eldre. Flere frivillige organisasjoner er tilknyttet stedet og ca. 50 personer jobber frivillig.

Forebyggende tiltak blant eldre
For eldre hjemmeboende personer, viser dagtilbud å kunne ha helsefremmende og forebyggende effekt, slik at funksjonsnivået opprettholdes. Klinisk erfaring tilsier at personer med demens og deres pårørende vil kunne profittere på dagtilbud.[29] Det betinger imidlertid at man får tilbudet tidlig nok og i rett intensitet, dvs. fra minimum 2 dager pr. uke. Det foreslås derfor å styrke satsningen på dagtilbud med en økning på 50 plasser fram mot 2030. Tilbudet bør inndeles i forhold til funksjonsevne, alder og behov. Kommunen har pr. dags dato 36 plasser. Slik plassene benyttes i dag er det mellom 160- 180 brukere som får dagtilbud.

Hamar kommune skal styrke satsingen på dagtilbud.

Vi skal ta i bruk teknologi for å fremme aktivitet og redusere ensomhet.

Hamar kommune skal tenke nytt rundt forebyggende arbeid blant den eldre delen av befolkningen. Frisklivsentralen, hjemmebasert omsorg og fastlegene har en viktig rolle i denne satsningen.

Riktig og fornuftig bruk av teknologi er et virkemiddel for å bedre både psykisk og fysisk helse. Utfordringene som beskrives i NOU 2011:11: ensomhet, fall og kognitiv svikt skal være utgangspunktet for innovative grep og metoder som tas i bruk.

[29] Forskningen viser ingen klare funn pr. d.d, men en studie (Zarit et al., Clinical Gerontology 1999) viser at et dagtilbud minimum to dager i uka kan bidra til å opprettholde funksjonsnivå og dermed utsette behovet for heldøgns sykehjemsplass med inntil to år.

Forebygging av vold i nære relasjoner
Helse- og omsorgstjenesten spiller en viktig rolle når det gjelder å forebygge, avdekke og behandle skader som følge av vold i nære relasjoner. Det er klare sammenhenger mellom vold og senere fysisk og psykisk uhelse. For å sikre effektiv og god hjelp er det viktig med rutiner for håndtering av denne type problematikk. Hamar kommune har utarbeidet en handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2015).

3.2.3 Mål: Lav terskel for alle

I statusrapporten for det psykiske helsearbeidet [30] ble det påpekt at Hamar kommune har behov for å skape en felles forståelse av begrepet lavterskeltilbud for å skape mer tydelighet rundt hvilken tilgjengelighet og rolle de ulike tjenestene bør ha for innbyggerne i kommunen.

Lavterskeltilbud betyr at innbyggerne skal få direkte hjelp uten henvisning, ventetid og søknadsbehandling. Tilbudet skal være lett tilgjengelig for alle og kan oppsøkes av personer uten betalingsevne og av personer som har problemer med å oppsøke det ordinære hjelpeapparatet. Et lavterskeltilbud kan tilby tidlig hjelp samt være los videre i systemet for brukeren og pårørende. Åpningstiden må tilpasses brukergruppen og tilbudets formål. Et lavterskeltilbud skal ha høy grad av brukerinvolvering og aksept for personens ønsker og behov.[31]

Hamar kommune skal utvide og utvikle nye lavterskeltilbud innen psykisk helse.

Lavterskeltilbud innen rusarbeid og psykisk helsearbeid for voksne
I dag er det kun SIRA- huset som kan sies å være et lavterskeltilbud innen psykisk helse. Det pågår (2018) et utviklingsarbeid i psykisk helseteam for raskere helsehjelp og lavterskeltilbud. Kortere behandlingsopphold og mer poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen, har medført flere søknader til psykisk helseteam.

Antall brukere med tjenester fra psykisk helseteam og/eller ROP-teamet økte fra 255 i 2014 til 443 i 2017 (antall per 31.12.). Spesielt er det gruppen brukere i alderen 18-49 år som har økt.

For å kunne være lett tilgjengelig og gi tidlig nok hjelp for eksempel ved moderate depresjoner og angst, er det behov for å skape et nytt tilbud. Frisklivssentralen og psykisk helseteam får felles ansvar for å utvikle dette. Den nasjonale evalueringen av opptrappingsplanen fra 2009[32] slår fast at det er særlig eldre og pasienter med lettere psykiske lidelser som i dag har et mangelfullt tilbud. På bakgrunn av dette er det viktig at eldre innbyggere blir en av målgruppene for det nye lavterskeltilbudet. Se kapitel 3.4.1 for lavterskel arbeid.

FAKTA: Følgende tilbud i Hamar kommune er lavterskel ut fra definisjonen over: SIRA- huset, frisklivssentralen og helsestasjonstjenestene til barn og ungdom. Kulturavdelingen tilbyr lavterskelaktiviteter innen psykisk helsearbeid. I tillegg er Stiftelsen Brukerstyrt senter og Værestedet Arbeideren lavterskeltilbud. Frivillig sektor har mange tilbud med lav terskel.

[30] Rambøll (2010)
[31] Helsedirektoratet (2008)
[32] Forskningsrådet (2009)

3.3 Tjenester der folk bor

De aller fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Hamar kommune vil bidra til dette. Derfor har vi valgt Tjenester der folk bor som et eget satsningsområde og vil innføre nye tiltak for å styrke tjenestetilbudet til hjemmeboende. Samtidig skal de som har størst behov få institusjonsplass.

3.3.1 Mål: Nye boformer og bomiljøer som bidrar til at flere kan bo hjemme

Hvordan boligene våre er utformet og hvilke bomiljøer Hamar har er avgjørende for hvor lenge innbyggerne kan bo hjemme. Det er viktig at både det private boligmarkedet og kommunens boliger er universelt utformet og er tilrettelagt for teknologi. Bomiljøene må være utformet slik at de legger til rette for sosial kontakt og et aktivt liv.

Tilstrekkelig antall boliger og boliger som er tilpasset brukernes behov er en forutsetning for at kommunen skal kunne yte tjenester der folk bor. For innbyggerne er bolig avgjørende for å kunne nyttiggjøre seg helse- og omsorgstjenestene. Derfor er boligplanen er viktig forutsetning for helse- og omsorgsplanen.

Bomiljøer må være utformet slik at de legger til rette for sosial kontakt og et aktivt liv.

3.3.2 Mål: Helse- og omsorgstjenester utføres hovedsakelig i hjemmet

Hjemmebasert omsorg

Hjemmebaserte tjenester utgjør fundamentet i omsorgstjenestene i Hamar kommune. Tjenestene er i hovedsak knyttet til private boliger. Dette er en profil som skal videreføres. Hjemmebasert omsorg har i hovedsak brukere over 18 år. Pr. 31.12.17 var 36% av brukerne under 67 år og 64 % 67 år eller eldre. Med utgangspunkt i samhandlingsreformen og den demografiske utviklingen er forventet framtidig behov i de eldste aldersgruppene vist i tabellen under.

Brukere	2010	2015	2020	2025	2030
67-79	217	275	330	365	360
80-89	542	483	434	493	685
90+	171	221	217	201	195
	930	978	981	1060	1239

Tabell 3 Framskrivning av antall brukere i hjemmebasert omsorg[33]

Framskrivningen for hjemmebasert omsorg i tabellen viser at antall brukere vil stige.

Samhandlingsreformen og oppfølgingen av denne har ført til økt etterspørsel etter tjenester og utviklingen vil fortsette. Som en konsekvens av dette vil Hamar kommune styrke hjemmebasert omsorg ved å øke dagtilbudet (se kapittel 3.2) og øke bruken av tverrfaglige ambulante team med tett oppfølging i brukerens hjem. Dette gjelder hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering (se kapittel 3.4) og innsatsteam til barn og unge med hab-/rehabiliteringsbehov. Det må vurderes om ambulant virksomhet også skal innføres på andre områder.

[33] Basert på gjennomsnittlige bruksrater i 2008- 2010 og SSBs befolkningsframskrivinger (MMMM).

Hjemmebasert omsorg vil fortsette å tilpasse organiseringen av tjenestetilbudet til nye behov. Det er opprettes egne arbeidslag for hverdagsmestring, demens og lindrende pleie. Formålet er å øke kvaliteten på tjenestene ved at de ansatte får mer spesifikk kompetanse og ved at brukerne har færre ansatte å forholde seg til. Hjemmebaserte tjenester skal imidlertid fremdeles være en generalisttjeneste.

Booppfølging

Det å ha et sted å bo og kunne håndtere hverdagens praktiske gjøremål knyttet til bosituasjonen, er en viktig forutsetning for opplevelse av mestring og livskvalitet. Egnet bolig er også viktig for å kunne nyttiggjøre seg behandling og andre tiltak som virker helsefremmende.

Det er ulike årsaker til at noen har behov for praktiske bistand og opplæring i hjemmet. Det kan være psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, utviklingshemming og andre årsaker til behov for særskilt tilrettelegging og oppfølging. Booppfølgingstjenesten bør ha tilgang til helsefaglig kompetanse for å imøtekomme brukerens behov. Individuell plan skal brukes som verktøy for å se tjenester i bolig i sammenheng med andre tjenester.

Brukerstyrt personlig assistanse

Kommunen har plikt til å tilby brukerstyrt personlig assistanse (BPA). BPA er en alternativ måte å organisere praktisk bistand og opplæring på for personer med omfattende funksjonsnedsettelser. Målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv.

Brukerstyrt personlig assistanse skal bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv.

Ordningen skal være brukerstyrt og brukeren selv, eventuelt med noe assistanse, er arbeidsleder for sine assistenter. I januar 2015 ble det innført fritt brukervalg for brukerstyrt personlig assistanse. Dette betyr at brukerne selv kan velge mellom godkjente leverandører for hvem de ønsker å bruke som arbeidsgiver for assistenten.

3.3.3 Mål: Tilstrekkelig med institusjonsplasser, boliger og avlastningstilbud

Hamar kommune har valgt en profil med godt utbygde hjemmetjenester og lavere andel institusjonsdekning. Likevel skal kommunen tilby tilstrekkelig med sykehjemsplasser. Hamar har 266 sykehjemsplasser (2017).

Sykehjemsplassene skal brukes til de med størst omsorgsbehov. I dag benyttes hovedvekten av plassene til personer med demens, personer med behov for lindrende behandling, opptrening og rehabilitering. Brukerne skal sikres gode tjenester og bli behandlet med verdighet og respekt. Fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov skal i varetas. Brukere på sykehjem skal ha tilbud om aktiviteter som gir mening for den enkelte, og vedlikehold av funksjonsnivå er sentralt (Se også kapittel 3.2.2).

Hamar kommune skal videreføre profilen med godt utbygde hjemmetjenester og lavere andel sykehjemsplasser.

Alvorlig syke og døende og brukere med stort behov for omsorg og pleie skal ha mulighet til å være hjemme så lenge de selv ønsker det, og det skal tilrettelegges slik at livet kan avsluttes hjemme. Det er etablert en lindrende enhet på Prestrudsenteret som har særlig kompetanse innenfor dette fagfeltet. Enheten skal bidra med kunnskap også i hjemmetjenesten, slik at bruker og pårørende opplever best mulig livskvalitet i denne fasen.

I Hamar kommune har 90 % av brukerne på sykehjem en demenssykdom. Det er etablert grupper hvor det tilrettelegges ut fra funksjonsnivå slik at brukeren ivaretas på best mulig måte. Klukstuen omsorgssenter har særlig kompetanse når det gjelder demenssykdommer og skal bidra med kunnskap til andre sykehjem og hjemmetjenesten, slik at bruker og pårørende opplever best mulig livskvalitet. Satsningsområdene innen demens og lindrende behandling skal videreføres i Hamar.

Korttidsplasser er en viktig del av sykehjemstilbudet. Brukerne kan ha behov for trening, ernæringsmessig tiltak eller smertebehandling. Avlastningsplasser tilbys for å avlaste pårørende med særlig tyngede omsorgsoppgaver. Avlastning gir pårørende nødvendig fritid, samtidig som brukeren gis anledning til å bli boende hjemme. Både korttids- og avlastningsopphold bidrar til at behov for langtidsplass utsettes. Det er viktig at det er tilstrekkelig med sykehjemsplasser slik at brukere får riktig tilbud på riktig nivå. Det innebærer både avlastnings-, korttids- og langtidsplasser. Fremover vil det også være behov for plasser med særskilt tilrettelegging for blant annet eldre rusavhengige, eldre utviklingshemmede og eldre døve med behov for å være i et tegnspråkmiljø.

Hamar kommune skal sikre at korttids- og avlastningsplasser blir brukt etter formålet.

Behov for sykehjemsplasser fram mot 2030

Hamar kommune har valgt en tjenesteprofil med lavere sykehjemsdekning enn snittet av kommunene i KOSTRA-gruppe 13[34], som er kommuner på Hamar sin størrelse. Dette har vært mulig på grunn av omstillings- og utviklingsarbeid, tilbud på ulike omsorgsnivåer og ikke minst en godt utbygd hjemmebasert omsorg. Hamar har en dekningsgrad på institusjonsplasser på 15,2 % mens KOSTRA gruppe 13 har 16,2 % (2017).[35]

Samhandlingsreformen har medført økt press på både sykehjemsplasser og hjemmebasert omsorg. Ikke minst er det behov for korttidsplasser. Hamar kommune tok i 2016 i bruk 14 nye sykehjemsplassene og 28 omsorgsboligene med heldøgns omsorg på Finsalhagen. I tillegg pågår bygging av 6 nye sykehjemsplasser på Finsal (2018).

Det er vanskelig å forutsi behovet for sykehjemsplasser. Tabellen under viser en framskriving av behovet for *langtidsplasser* basert på SSBs befolkningsframskrivinger hvis Hamar skal ha samme bruksrate som i dag.

[34] KOSTRA- indikatoren: plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over. (www.ssb.no)

[35] Det er viktig å minne om at KOSTRA- indikatorer kan bidra til å illustrere for eksempel omfanget av tjenestene sammenlignet med andre kommuner, men gjennomsnittstall i KOSTRA er ikke nødvendigvis en norm for hvordan det bør være i Hamar.

Langtidsopphold	2010	2015	2020	2025	2030
67-79	25	28	33	37	37
80-89	117	104	93	106	147
90+	52	75	74	69	66
	194	207	200	211	250

Tabell 4 Framskrivning av behov for langtidsplass[36]

Tabellen over viser at det vil være behov for 56 nye *langtidsplasser* fram til 2030, inkludert de 14 nye plassene som er tatt i bruk. Dette er en videreføring av dagens tjenesteprofil. Framskrivningene tar ikke hensyn til behovet for korttidsplasser, samhandlingsreformen eller andre samfunnsmessige endringer som kan ha betydning for behovet for institusjonsplasser.

Å opprettholde tjenesteprofilen forutsetter at kommunen jobber aktivt med omstilling og innovasjon, og gjennomfører følgende tiltak som er foreslått i planen: styrker dagtilbud og hjemmerehabilitering, fortsetter satsning på velferdsteknologi/ e-helse og funksjonsinndeling i hjemmebasert omsorg, videreführer hverdagsrehabilitering og tar i bruk strategisk kompetansestyring.

Hamar kommune ser behovet for en evaluering og eventuell revidering av fordeling mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsplasser. Vi skal møte økt fremtidig behov med tilstrekkelig andel plasser i omsorgsboliger og sykehjem.

Selv om tjenesteprofilen skal opprettholdes, er det på lengre sikt behov for å evaluere og eventuelt revidere fordelingen mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsplasser. På denne måten sikrer vi en tilstrekkelig andel plasser i omsorgsboliger og sykehjem.

Boliger

Tilrettelagte boliger med døgntjenester representerer et nivå mellom hjemmetjenester i eget hjem og institusjonstilbudet. Omsorgsboliger for eldre kan bidra til å kompensere for lav sykehjemsdekning.

Brukernes behov varierer fra tilsyn og veiledning i daglige gjøremål til behov for heldøgns omsorg. Hamar kommune skal sikre tilstrekkelig kompetanse i boligene med tanke på at selvhjulpenhet og god livskvalitet er målet. Det må gis tilgang på spesialisert kompetanse når brukerne har behov for det.

Hamar kommune (2018) har oversikt over ca. 30 barn og unge som vil ha behov for boliger med heldøgns omsorg i løpet av de neste 15 årene. I tillegg er det 25-30 andre som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester når de flytter i egen bolig.

Innenfor rus og psykisk helse er det avdekket behov for å bygge flere nye boliger enn det som ligger inne i gjeldende boligplan. Dette har driftsmessige konsekvenser, se kapittel 3.3.2 om booppfølging.

[36] Basert på gjennomsnittlige bruksrater i 2008- 2010 og SSBs befolkningsframskrivinger (MMMM).

Tabellen nedenfor viser eksisterende og vedtatte boliger og plasser.

Boliger/ plasser (2018)	Antall
Sykehjemsplasser	266
Omsorgsboliger med heldøgns omsorg Helse og omsorg	236
Plasser heldøgns omsorg Familie og levekår	8

Tabell 5 Boliger og institusjonsplasser til omsorgsformål

Intermediærtilbud og øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Intermediærtilbud er et viktig tiltak for å bidra til å endre pasientstrømmen, gi et tilbud på rett nivå og dermed spare medfinansiering til spesialisthelsetjenesten. Pleie, omsorg og behandling skal gis etter LEON prinsippet (Lavest Effektive Omsorgsnivå).

Hamar kommune har arbeidet målrettet for å utvikle Avdeling 4 på Prestrudsenteret til et forsterket døgntilbud med totalt 20 korttidsplasser, hvorav 6 plasser blir benyttet til lindrende behandling og 4 til øyeblikkelig hjelp (somatikk, psykisk helse, rus). Avdelingen har høyere kompetanse og større personaltetthet enn en ordinær sykehjemsavdeling for å ivareta pasienter med et større hjelpebehov.

Avlastningstilbud for barn og unge

Hamar kommune har ansvar for å gi avlastningstiltak til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningstiltak skal gi foreldre mulighet til å stå i ordinært arbeid, få nødvendig fritid og ferie, delta i vanlige samfunnsaktivitet og hindre overbelastning. Tjenesten kan gis i hjemmet, i institusjon eller på andre arenaer. Tilbudet i institusjon gis når barnet/ungdommen har behov som krever det.

Kommunen har vedtatt bygging av en barnebolig som skal stå ferdig i 2019. Et nybygg vil oppfylle dagens krav i forhold til sikkerhet og bruk av ny teknologi. Dette vil gi økt mulighet for innovative løsninger og effektiv drift, samt frigjøre kapasitet til andre familier som trenger avlastning. I vurderingene som gjøres må det også tas hensyn til behovet for et større fagmiljø.

FAKTA: *Inn på tunet* er et samarbeid mellom Hamar kommune og landbruket der tjenestetilbudet gis på et gårdsbruk. Tilbudet kan være psykisk helsearbeid, avlastning- og støttekontakttjenesten o.a. Dette er et godt eksempel på at oppgaver kan løses på andre arenaer, og mange opplever at gården kan være et godt sted for mestring.

Legetjenester ved sykehjem/institusjoner

Som en konsekvens av samhandlingsreformen øker behovet for legeressurser på sykehjem/ institusjoner. Kommunen skal utrede og behandle pasienter som ikke har behov for spesialiserte helsetjenester. Ved å ha en høyere legedekning på sykehjem, vil pasientene få bedre medisinsk behandling, og det forventes at innleggelser i sykehus kan reduseres noe.

I 2017 var legedekningen 0,68 timer pr. uke pr. pasient, en økning fra 0,33 timer i 2010 (KOSTRA). Det er vanskelig å fastsette det framtidige behovet for legeressurser. Plan for legetjenesten skal bidra til å klargjøre behov og hvordan kommunen skal møte endringene.

Samfunnsmedisinsk arbeid

Samfunnsmedisinsk enhet ble etablert 01.01.2014 for å yte tjenester som kommuneoverlege, medisinskfaglig rådgivning, smittevernlege, og miljørettet helsevern til Hamarregion-kommunene. Hamar er vertskommune. Enheten har 3,5 stillinger for kommuneoverlege og 3 stillinger for rådgiver miljørettet helsevern.

Legevakt

Hedmarken interkommunale legevakt ble fra 1.1.2018 omorganisert til interkommunalt selskap (kommuneloven §27) med styre og egne vedtekter. Hamar kommune er arbeidsgiver for fast ansatt personell og legevaktlegene. Det arbeides med utredning og forberedelse av flytting ut av nåværende lokaler, og med fag- og systemutvikling.

3.4 Mestring og deltakelse

Gjennom Samhandlingsreformen og nyere styrende dokumenter for helse- og omsorgstjenestene legger staten opp til oppgaveoverføring på hab-/rehabiliteringsfeltet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det innebærer at mange brukergrupper med behov for rehabilitering vil være i kontakt med spesialisthelsetjenesten bare i korte perioder. Hoveddelen av oppfølgingen skjer i kommunene der de skal leve og mestre dagliglivet. Endringene innebærer at pasientene utskrives fra sykehus tidligere enn før og kommunene får ansvar for en større del av tjenesteforløpet. Blant diagnosegrupper hvor kommunen kan få hovedansvaret nevnes muskel- og skjelettsykdommer, sykelig overvekt, kols, diabetes, kreft og senere fase av hjerte- og karsykdommer.[37]

Systematisk innovasjons- og utviklingsarbeid er nødvendig for å møte framtidens behov for helse- og omsorgstjenester.

I følge SSB vil antall eldre over 80 år i kommunen øke sterkt fram mot 2040. Agenda Kaupang (2017) har beregnet at de demografiske endringene alene gjør at tjenestebehovet i pleie og omsorgstjenestene i Hamar kan forventes å øke med ca. 60 % fram til 2040, dersom vi viderefører dagens praksis. Dette illustrerer behovet for innovasjon for å utvikle et bærekraftig tjenestetilbud med økt fokus på tidlig innsats, mestring, forebygging og rehabilitering.

3.4.1 Mål: Habilitering- og rehabiliteringstilbudet er tilpasset befolkningens behov

Hvor er vi i dag?

I rehabiliteringstjenestene i Hamar kommune er gjennomsnittsalderen høy. Blant brukerne på døgn-, dag- og hjemmerehabilitering er gjennomsnittsalderen ca. 80 år (2017). Det vil fortsatt være mange eldre med behov for rehabilitering og behovet vil øke fra ca. 2025 da den forventede økningen i andel av de eldste eldre (80+) i befolkningen starter. Det forventes også flere i arbeidsaktiv alder med behov for et tverrfaglig rehabiliteringstilbud på kommunalt nivå.

Hvor vil vi?

Flere oppgaver og økende behov for rehabilitering betyr at kommunen må ha et differensiert og fleksibelt rehabiliteringstilbud slik at tjenestene kan tilpasses brukerens behov uavhengig av alder, og gis med tilstrekkelig kompetanse og intensitet. I stedet for å gi varige, kompenserende tjenester etter hvert som funksjonsevnen svekkes, bør rehabiliteringspotensialet utredes tidlig med sikte på tverrfaglig innsats for å gjenvinne funksjon og mestre hverdagslivet. Forventningene om flere brukere i arbeidsaktiv alder innebærer at rehabiliteringsforløp oftere må omfatte tiltak med sikte på å komme tilbake i arbeid, eventuelt annen aktivitet.

Systematisk innovasjon- og utviklingsarbeid er nødvendig for å møte framtidens behov for helse- og omsorgstjenester. Velferdsteknologi og tjenesteutvikling er bidrag for å fremme bærekraft i kommunenes tjenestetilbud. Tilgangen til teknologi og hjelpemidler har blitt enklere og mye kan kjøpes av innbyggerne selv. Dette forventes å påvirke oppfatningen av hva som er innbyggerens eget ansvar og når det offentlige skal bidra med tjenester. Prinsipielt har det offentlige ansvar for å yte nødvendig helsehjelp, enten behovet tilsier tjenester eller velferdsteknologi som en integrert del av tjenestetilbudet.

[37] Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019, s. 16

Samfunnsbasert rehabilitering[38] er et begrep som benyttes for å vise hvordan ulike forhold i brukerens nærmiljø kan bidra i rehabiliteringsprosessen sammen med helse- og omsorgstjenestene for å realisere brukerens mål. I et forebyggings- og rehabiliteringsperspektiv er universell utforming et viktig bidrag for å understøtte den enkeltes muligheter for aktiv deltakelse ved å fjerne barrierer i bygg, uteområder, transport, informasjon og teknologiske løsninger.

Hvordan kommer vi dit?

Kommunene skal ha oversikt over behovet for hab-/rehabiliteringstjenester på samfunnsnivå. Dette er et viktig utgangspunkt for planlegging og utvikling av tjenestetilbudet. I tillegg til oversikt over behov, må det være tydelig hvor behov for - og mulige behov for tjenester på individnivå skal meldes. Hamar kommune startet i 2017, som en del av et organisasjonsutviklingsprosjekt, arbeid med etablering av en enhet for samordning og tjenestetildeling for hele helse- og omsorgstjenesten. Enheten skal være et tydelig kontaktpunkt for innbyggere og samarbeidspartnere for å melde behov og for informasjon og veiledning. Digitale selvbetjeningsløsninger er et virkemiddel i dette arbeidet.

Tjenestetilbudet må videreutvikles med nødvendig kompetanse, kapasitet og tjenesteinnretning for eldre, men også for å møte behovene hos yngre brukere. Regionalt samarbeid skal vurderes som et virkemiddel ved etablering av nye tilbud der det kan være aktuelt.

Tjenester til barn og unge

Befolkningsframskrivingene for barn og unge under 15 år viser en moderat økning fram mot 2030. Behovet for hab-/rehabilitering påvirkes av at flere overlever sykdom og skader som følge av utvikling av behandlingsmetoder og teknologi. Et økende antall barn og unge med flere diagnoser, ofte med behov for tjenester resten av livet, vil trenge oppfølging både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunen. Hamar kommune vil legge til rette for at barn og unge med bistandsbehov i større grad skal kunne benytte hjelpemidler og velferdsteknologi for å mestre hverdagen bedre. Dette stiller krav til mer kompetanse i kommunen.

3.4.2 Mål: Økt mestring hos brukeren og redusert behov for tjenester

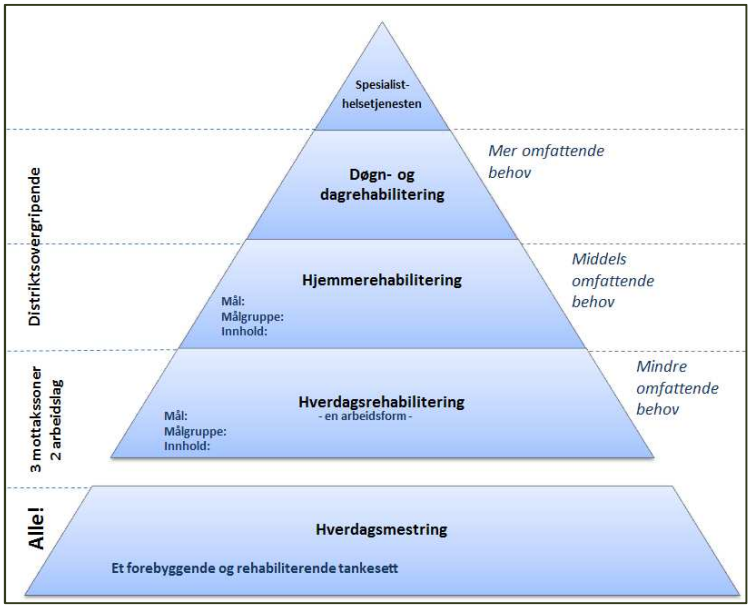
Kommunen skal tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering[39]. Dette forutsetter en bred faglig tilnærming og er et viktig bidrag for å oppnå økt mestring. Fysisk og psykisk helse må sees i sammenheng. Somatiske helseutfordringer vil ha innvirkning på psykisk helse og sosial deltakelse, på samme måte som psykiske helseutfordringer ofte har konsekvenser for den enkeltes fysiske tilstand.

Universell utforminger et viktig bidrag for å understøtte aktiv deltakelse og fjerne barrierer.

Hab-/rehabilitering er ikke noen enkelttjeneste, men er pr. definisjon et tverrfaglig tjenesteområde med en serie tjenester eller tiltak satt i system. Det betyr at organisering er et viktig virkemiddel for at brukerne skal oppleve at tjenestene virker sammen. Samtidig som helse- og omsorgsplanen revideres (2017/18) pågår en organisasjonsprosess i Helse og omsorg hvor det er formulert behov for bedre samordning og samarbeid i rehabiliteringsfeltet.

[38] Innovativ rehabilitering i Indre Østfold
[39] Forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Hamar kommune illustrerer nivåene i rehabiliteringstilbudet til voksne som en pyramide. Et differensiert og fleksibelt tjenestetilbud med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er viktig for å kunne gi tjenester tilpasset den enkelte brukers behov.



Figur 7 Hamar kommunes rehabiliteringstilbud

Pyramiden illustrer også antall brukere på de ulike nivåene som følge av modellen[40]. Alle har nytte av forebyggende innsats og hverdagsmestring, mange har nytte av hverdagsrehabilitering og noen har behov for mer spesialiserte tilbud som hjemmerehabilitering eller rehabilitering i institusjon. Døgnplass tildeles brukere med behov som ikke kan ivaretas hjemme, for eksempel på grunn av høy intensitet, stort bistandsbehov og medisinske komplikasjoner. Systematikk i melding av behov og mulige rehabiliteringsbehov og tverrfaglig kartlegging er et viktig grunnlag for å fremme mestring og redusere behov for kompenserende tjenester.

Utgangspunktet for all hab-/rehabilitering skal være spørsmålet om «Hva er viktig for deg?». Figuren under illustrerer bredden i denne tilnærmingen.

Hvor er vi i dag?

Et utgangspunkt for revidering av helse- og omsorgsplanen (2017/18) var behov for å forsterke rehabilitering som et tverrfaglig og samordnet fagområde, der også tjeneste- og kompetansebehovet som følger med kommunens utvidede ansvar blir lagt til grunn[41]. Dette behovet ble bekreftet i en organisasjonsgjennomgang hvor rehabiliteringsfeltet ble beskrevet som fragmentert og med liten kraft (Agenda Kaupang 2017). Agenda Kaupang anbefaler at rehabiliteringsfeltet styrkes med organisatoriske grep og at kommunen må ha virkningsfulle tiltak i hele rehabiliteringspyramiden. Det anbefales å vurdere å styrke ergoterapiressursen. Først og fremst peker de på behovet for å etablere en samarbeidskultur og reelt tverrfaglig samarbeid.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter har kompetanse for å være bidragsytere på alle nivåer i kommunens hab-/rehabiliteringstjenester. Samtidig som kommunen har utviklet et mer differensiert

[40] Agenda Kaupang (2017): Organisasjonsgjennomgang i Helse og omsorg. Hamar kommune.
[41] Kommunedelplan for helse- og omsorg 2014-2030, Hamar kommune.

tjenestetilbud med flere tilbud til hjemmeboende har kapasiteten i ergo- og fysioterapeuttjenestene vært tilnærmet uforandret.

Kommunens egne tall fra 2017 viser at det var flere brukere som fikk vedtak om rehabilitering i institusjon enn på de andre nivåene i rehabiliteringspyramiden med tilbud til hjemmeboende.

Figur 8 Figur 8 Mestringshjulet fra Kristiansand kommune

Riktig og rask tildeling av hjelpemidler er viktig for en optimal rehabiliteringsprosess. Kommunen har over tid fått større ansvar på dette området. Hjelpemidler som er rekvirert fra NAV hjelpemiddelsentral beholdes i kommunen etter endt bruk. Det er positivt at kommunen får stadig flere og bedre hjelpemidler, men det medfører behov for mer lagerplass, styrket kompetanse og kapasitet til å håndtere hjelpemidlene. Også satsing på velferdsteknologi innebærer behov for lagerplass og logistikkløsninger. Det er allerede utfordringer med størrelsen på lageret. Dette har konsekvenser for lagerkapasiteten, men også for ivaretakelse av hygienekrav og muligheter for skjermede samtaler for å overholde taushetsplikten.

Et velfungerende system for hjelpemiddelformidling med et utvidet hjelpemiddellager vil være et viktig bidrag i kommunens satsing på godt utbygde hjemmetjenester generelt og i hab-/rehabiliteringsarbeidet spesielt. Logistikkløsninger for velferdsteknologi som sikrer god oversikt og flyt må være en del av dette systemet.

Hvor vil vi?

Høy prioritering av tidlig innsats og godt utbygde tjenester til hjemmeboende er avgjørende for å møte framtidens behov. Tjenestene må bidra til at flere mestrer eget liv lengst mulig og klarer seg selv i egen bolig. Det vil også redusere behovet for mer kostnadskrevende tiltak og bidra til økonomisk bærekraft i møte med økende behov.

Hamar kommune vil forsterke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende og videreutvikle alle nivåene i rehabiliteringspyramiden. På et tverrfaglig område med mange bidragsytere forutsetter dette felles forståelse av status, utfordringer og av hvilke mål og satsinger som ligger til grunn for å utvikle tjenester tilpasset framtidens behov. Kommunedelplan for helse og omsorg er et bidrag til dette. Tydelig og målrettet ledelse er nødvendig.

Rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende skal bestå av dagplasser, hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering. For noen brukere vil riktig tjeneste være opptrening og oppfølging som ikke krever tverrfaglig innsats.

Hvordan kommer vi dit?

I nyere nasjonale styringsdokumenter brukes begrepet pasientens helsetjeneste. Dette innebærer sterkere brukermedvirkning slik at brukerens ønsker og mål er utgangspunktet for tjenestetilbudet. Brukeren og eventuelle pårørende skal få tilstrekkelig informasjon og opplæring til å gjøre egne valg og håndtere egen situasjon.

Hverdagsmestring er et grunnleggende ressurs- og mestringsorientert tankesett som skal ligge til grunn for all yrkespraksis i helse- og omsorgstjenestene. Denne tilnærmingen i hjemmetjenesten er avgjørende viktig for å vedlikeholde eller øke funksjonsnivået hos brukere som har fått et tverrfaglig og tidsavgrenset rehabiliteringstilbud. I Hamar er sonene for mottak av nye brukere og hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene et godt utgangspunkt for dette. Kontinuerlig arbeid med kompetansedeling og holdninger hos de ansatte er viktig.

Skal kommunen lykkes med å videreutvikle et mestringsorientert tankesett i tjenestetilbudet må brukere, pårørende og befolkningen få informasjon med sikte på felles forståelse og forventningsavklaring. En ny enhet for samordning og tjenestetildeling kan bidra ved å være kommunens kontaktpunkt som «én dør inn», gi informasjon om tilbudet og saksbehandle og tildele tjenester. Informasjonsmøter og utstilling av velferdsteknologiske løsninger kan være andre virkemidler.

For å utvikle et tilbud med virksomme tjenester til brukerne og god ressursutnyttelse må kommunen framskaffe mer styringsinformasjon om brukerne, tjenestetilbudet og effekter. Grunnlagsinformasjon fra kommunens fagsystemer og eksterne samarbeidspartnere skal benyttes som styringsinformasjon og grunnlag for gode beslutninger

Rehabilitering i hjemmet

En hovedinnretning i helse- og omsorgsplanen er å styrke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende ved å videreutvikle hverdagsrehabilitering, hjemmerehabilitering og dagrehabilitering.

Prinsipper for å systematisk utvikling av rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende

- Rehabilitering er tverrfaglig, team består minimum av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut.
- Tilgang på annen relevant kompetanse etter brukerens behov er systematisert (sosialfaglig kompetanse, psykisk helsekompetanse, lege, logoped, vernepleier).
- Innhenting og registrering av data for å framskaffe styringsinformasjon om ressursinnsats og langtidseffekter.
- Mestringsperspektiv ligger til grunn for alle helse- og omsorgstjenester.

Hverdagsrehabilitering representerer en ny tenkemåte og betraktes som et eksempel på tjenesteinnovasjon. Hverdagsrehabiliteringen skal bevare, vedlikeholde og styrke brukerens funksjonsnivå og helse, og dermed utsette mer omfattende tjenestebehov. Rehabiliteringspyramiden viser at hverdagsrehabilitering er et tilbud til personer med mindre omfattende funksjonstap. Et

tverrfaglig team veileder og tilrettelegger for aktiviteter som brukeren opplever at det er viktig å mestre. Den praktiske gjennomføringen er det ansatte i hjemmetjenestene som er ansvarlig for.

Hjemmerehabilitering er et tilbud rettet mot brukere som ikke trenger institusjonsbasert rehabilitering, men likevel trenger en mer spesialisert rehabilitering enn hverdagsrehabilitering er ment å gi. Dette gjør det nødvendig at det tverrfaglige teamet bestående av fysioterapeut ergoterapeut og sykepleier vurderer, planlegger og utfører tiltak.

Hamar har et tilbud om dagrehabilitering. Tilbudet gis til hjemmeboende brukere og omfatter individuell trening og gruppetrening. I noen tilfeller får brukere tilbud om dagrehabilitering som en overgang etter at de har kommet hjem fra døgnplass.

Rehabilitering i institusjon

Døgnrehabilitering skal være et tilbud til brukere med behov som ikke kan ivaretas med utgangspunkt i hjemmet. Riktig bruk av korttidsplassene på rehabiliteringsavdelingen kan være et viktig bidrag til økt mestring og redusert behov for langtidsplass i sykehjem.

Flere yngre brukere sammen med flere eldre, betyr behov for at kommunens rehabiliteringstilbud videreutvikles med to typer døgntilbud:

- Enkel rehabilitering ved korttidsplasser i sykehjem
- Intensivt rehabilitering i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsenhet utenfor sykehjem

Dette er basert på doktorgradsarbeidet til Inger Johansen[42] om effekter av rehabilitering i sykehjem sammenliknet med rehabiliteringsenhet utenfor sykehjem. Resultatene viser markant høyere funksjon hos brukerne på betydelig kortere tid etter opphold i rehabiliteringsenhet utenfor sykehjem. Behovet for støttetjenester i etterkant ble betydelig redusert. Blant suksesskriteriene angis det at rehabiliteringen i en egen enhet gir et stimulerende og støttende miljø, at rehabiliteringsprosessen er tverrfaglig og strukturert, samtidig som brukerne bruker mer tid til daglig trening. Det var høyere tetthet av fysio- og ergoterapeuter i det kommunale rehabiliteringssenteret enn i sykehjemmene.

I følge anbefalingene i rapporten bør en kommunal rehabiliteringsinstitusjon/-enhet bør ha et befolkningsgrunnlag på 40-60 000 innbyggere for å sikre et økonomisk og faglig grunnlag for driften. Dette kan realiseres i Hamarregionen gjennom interkommunalt samarbeid.

Lærings- og mestringstilbud

Formålet med lærings- og mestringstilbud er at brukere og pårørende skal:

- få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere egen sykdom og helseforandringer
- forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse
- gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse
- understøtte brukers egen læringsprosess

[42] Inger Johansen (2013): Kommunal institusjonsbasert rehabilitering – organisering, innhold og nytteverdi. UIO

Læring og mestring skal være en integrert del av et rehabiliteringstilbud. Personer med bruker- og pårørendeerfaring er viktige bidragsytere.

Frisklivssentralen skal være kompetansesenter for kommunens lærings- og mestringstilbud. Dag- og døgnrehabilitering er sammen med Hamar arbeid og aktivitet eksempler på arenaer som kan styrkes med lærings- og mestringstilbud.

Tjenester til barn og unge

Habiliteringstilbudet til barn og unge har som formål å utvikle funksjons- og mestringsevnen for å nå størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet. Målgruppen er barn og unge som har funksjonsnedsettelser som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. Felles er at tilstanden påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet i en slik grad at de har behov for tverrfaglig bistand over lengre tid og for noen hele livet.

Barn og unge med behov for habilitering får ofte tjenester både fra habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten og fra kommunen. Det er kommunen som har koordineringsansvaret. Nye nasjonale føringer innebærer at kommunens ansvar for veiledning og opplæring er utvidet.

Helsestasjonen, skole og i stor grad barnehage, møter alle barn og deres familier og er viktige bidragsytere for å avdekke behov for kommunale helse- og omsorgstjenester tidlig. Etablering av enheten for samordning og tjenestetildeling vil representere en dør inn til tjenestene for informasjon, veiledning og/eller melde tjenestebehov også for barn og unge.

Gjennom ulike former for lærings- og mestringstilbud skal Hamar kommune gi støtte til brukerens egen mestringsevne

Barn og ungdom med funksjonsnedsettelser må få muligheter til å utvikle funksjons- og mestringsevnen for i størst mulig grad å realisere sine ønsker om utdanning, arbeid og sosial deltakelse på linje med annen ungdom. Hab-/rehabiliteringstjenestene bør gis på de arenaene hvor barn og unge oppholder seg. Det er behov for å videreutvikle systematisk tverrfaglig arbeid. Kommunen vil ta i bruk innsatsteam med sikte på intensiv, tidsavgrenset innsats som metode for å oppnå best mulig resultater for brukeren. Dette teamet skal være bredt tverrfaglig sammensatt.

3.4.3 Mål: Arbeid og aktivitet som fundament for god livskvalitet

Arbeid og aktivitet har en helsefremmende effekt og er et viktig utgangspunkt for å for å oppleve mestring og en meningsfull hverdag, og for å unngå passivitet og isolasjon. I dag er det for mange som ikke kommer seg ut i jobb eller klarer å beholde arbeidet på grunn av ulike former for funksjonsnedsettelser.

Tilrettelegging for arbeid er ikke i første rekke en oppgave for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Likevel er det å tilrettelegge for arbeidsrettede tiltak svært viktig fordi det har stor betydning for helse og livskvalitet.

Det er behov for å se samlet på virkemidlene i Nav, fylkeskommunen som eier av videregående skole, kommunen, bransjekontor og arbeidsmarkedsbedrifter for å skreddersy gode løsninger for enkeltindivider.

For mange ungdommer vil fleksible utdanningsløp kombinert med tilrettelagt arbeidspraksis og eventuelt helsetjenester, kunne bidra til mestring og være et steg på vegen til å komme ut i varig arbeid.

Siden kommunen får et økt ansvar for flere og yngre brukergrupper med behov for hab-/rehabilitering, er et økende behov for raskt tilbake til det ordinære arbeidslivet. Dette forutsetter samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene, arbeidsgivere, NAV og arbeidsmarkedsbedriftene.

Noen har behov for å starte sin habilitering eller rehabilitering på et lavere mestringsnivå enn det som kreves for å kunne nyttiggjøre seg Nav sine tilbud. Det er viktig at tiltakene som iverksettes inspirerer og er målrettet med tanke på å gi kompetanse og muligheter til å skaffe seg en jobb.

Behovet for varig oppfølging og tilrettelegging er økende. Hamar kommune har fått midler fra fylkesmannen til et forprosjekt i perioden 2017-2018 for å skaffe mer kunnskap om og forbedre muligheter til å inkludere personer med nedsatt kognitiv funksjonsevne i det ordinære arbeidsliv. Forprosjektet har fokus på personer som har - eller står i fare for å få uføretrygd, men som kan utføre arbeidsoppgaver for arbeidsgiver dersom det legges til rette og skapes kultur for det.

3.4.4 Mål: Avtalefysioterapitilbudet er en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjenester

Kommunens fysioterapitilbud består av privat næringsdrivende fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (avtalefysioterapeuter) og kommunalt ansatte fysioterapeuter (kommunefysioterapeuter). Fysioterapitilbudet skal sikre at befolkningen får nødvendige fysioterapitjenester av god kvalitet. Fysioterapeutene skal også kunne jobbe ambulant der det er påkrevd.

Avtalefysioterapeutene mottar pasienter som er henvist fra legetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Fra 01.01.2018 kan befolkningen også oppsøke avtalefysioterapeutene uten henvisning. Finansieringen av avtalefysioterapeutene er tredelt. De mottar et årlig driftstilskudd fra Hamar kommune (kr 421.000 fra 2017), får refusjoner på pasientbehandlinger fra staten og mottar egenandeler fra pasientene. Hvor mange driftsavtaler kommunen skal inngå bestemmes av kommunestyret.

I Hamar skal arbeidsfokuset innen helse- og omsorgstjenestene styrkes.

Avtalefysioterapeutene yter viktige bidrag til sterkere satsing på tidlig innsats (jfr. samhandlingsreformen). For at sykemeldte skal komme raskt i arbeid, er NAV en viktig samarbeidspartner. En god del av pasientene hos avtalefysioterapeutene mottar også andre helsetjenester. Et godt tverrfaglig samarbeid er viktig både i forhold til brukeropplevd kvalitet og god ressursutnyttelse.

Staten ønsker at kommunene skal ta et større ansvar for innholdet i den avtalebaserte fysioterapitjenesten[43]. En ny forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (2018) tydeliggjør både kommunens ansvar for tjenestetilbudet og avtalefysioterapeutenes plikter, bl.a. for tverrfaglig samarbeid og koordinering.

Hvor er vi i dag?

Hamar kommune har til sammen 22,86 driftstilskudd fordelt på 25 fysioterapeuter (2018). I 2016 ble det behandlet ca. 3860 pasienter. Det ser ut til at litt over halvparten av pasientene som får avtalefysioterapi er i yrkesaktiv alder (tall fra 2014 og 2016)[44].

Hamar ligger høyere enn utvalgte sammenlikningskommuner (Ringsaker, Stange og Lillehammer) når vi ser på antall årsverk per 10.000 innbyggere i perioden 2012-2016. Likevel er lange ventelister et gjentakende tema. Det er vanskelig å få oversikt over det reelle antallet personer på venteliste fordi samme person kan stå på flere ventelister.

Hamar kommune skal etablere en fast samarbeidsarena med avtalefysioterapeutene.

Hvor vil vi?

Avtalefysioterapeutene er en viktig bidragsyter i kommunene helse- og omsorgstjeneste. Kommunens mål og prioriteringer er en viktig basis for dette samarbeidet.

Hamar kommune vil bidra til at fysioterapitilbudet har god kvalitet og er tilpasset befolkningens behov gjennom å sørge for at det i tråd med forskriftsverket som regulerer avtalefysioterapeutens virksomhet, arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kompetansekrav ved rekruttering og tilrettelegging for kompetanseutvikling inngår som en del av dette. Det skal etableres en fast samarbeidsarena mellom avtalefysioterapeutene og ledelsen av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Kommunen kan også legge føringer ved utlysing av nye driftstilskudd eller reforhandling av avtaler. Ved utlysing av nye driftstilskudd og reforhandling av avtaler, skal kommunen etterspørre kompetanse og forventet praksisprofil ut i fra kommunens behov. Kommunen avtaler nærmere hvordan fysioterapeutene skal bidra til å avhjelpe kommunens behov for ambulerende tjenester. Hamar kommune vil ved opprettelse av nye hjemler og prioritere driftstilskudd til praksisfelleskap framfor solopraksiser.

I kommunens arbeidsgiverpolitikk er det lagt opp til en heltidskultur og at ledere skal sikre at ansatte jobber heltid. Dette prinsippet vil bli lagt til grunn for utvikling av tilbudet om fysioterapi ved inngåelse av nye driftsavtaler og innenfor de rammene som avtaleverket gir.

Fra 2018 er det ikke krav om henvisning fra lege for å kontakte avtalefysioterapeut for tjenester. Med utgangspunkt i nasjonale og kommunale prioriteringer vil kommunen i samarbeid med

[43] St. meld 16 (2011-15) + Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (2017)
[44] Hamar kommune

fysioterapeutene, utarbeide en prioriteringsliste ut i fra alvorlighets- og hastegrad. De tre overordnede kriteriene nytteverdi, alvorlighetsgrad og ressursinnsats legges til grunn[45].

Hvordan kommer vi dit?

Fysioterapeutene skal ha et åpent tilbud for alle innbyggerne. Dette innebærer at det skal være enkelt å ta kontakt per telefon og nettløsninger og være god tilgjengelighet til lokalene. Avtalefysioterapeuter skal ha et elektronisk pasientjournalsystem med muligheter for samhandling med andre helseaktører. Kommunen vil bidra med veiledning slik at løsningene i størst mulig grad virker sammen med kommunens øvrige teknologiske løsninger.

Over halvparten av pasientene er i arbeidsdyktig alder. Derfor har fysioterapeutene en viktig funksjon med å avdekke og melde behov for tverrfaglig rehabilitering. Endringene i oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen forsterker betydningen av dette.

Individuell undersøkelse og behandling er som regel nødvendig i en tidlig fase, men kan ofte videreføres i grupper. Gruppetrening/behandling og lærings- og mestringstilbud er aktiviteter som kommunen og avtalefysioterapeuter i større grad kan jobbe sammen om. Dette er en form for aktiv omsorg som kan bidra til å redusere ventelister og varigheten på sykemeldinger.

Det er behov for å forsterke samarbeidet med ledelsen for helse- og omsorgstjenestene. På kort sikt er det behov for en gjennomgang og rydding i ventelistene, videreutvikle tilbudet om gruppebehandling og veiledning om elektroniske informasjonsdelings- og dokumentasjonssystemer. Enheten for samordning og tjenestetildeling som er under etablering i kommunen vil bli et viktig kontaktpunkt for å melde behov og få informasjon om andre aktuelle tjenestetilbud.

Tjenester til barn og unge

Andelen barn og unge under 18 år som er pasienter hos avtalefysioterapeutene ser ut til å være lav[46]. For barn og unge i et habilitering- eller rehabiliteringsforløp skal fysioterapi kunne ytes på det som er pasientens arenaer, som barnehage, skole, hjemme eller på andre relevante arenaer.

[45] http://www.blankholmutvalget.no/
[46] Tall fra Hamar kommune.

3.5 Tjenester som virker sammen

Hamar kommune skal yte helse- og omsorgstjenester som virker sammen. Dette handler om kvalitet og effektiv drift. Tjenestene har felles ansvar for at brukerne får den hjelpen de trenger og at tjenestene er samordnet. Tjenestene skal virke sammen i hele tjenesteforløpet, fra det forebyggende arbeidet til behandling, habilitering og rehabilitering og nødvendig omsorg.

Målet om at brukerne skal oppleve et helhetlig og koordinert tjenestetilbud gjelder også mellom kommunen og eksterne samarbeidspartnere. Samhandlingsreformen innebærer tidligere utskrivning fra sykehus og kommunen må i større grad samarbeide med spesialisthelsetjenesten for at vi skal yte tjenester som virker sammen. Samarbeidsavtalen med Sykehuset Innlandet HF er et virkemiddel for å lykkes med dette satsningsområdet.

3.5.1 Mål: Brukerne får tjenester som virker sammen

Hvor er vi i dag?

Endring i brukerbehov har ført til at en større del av tjenestetilbudet bør ytes gjennom tverrfaglig samarbeid. Formålet er å utnytte merverdien av at flere yrkesgrupper vurderer sammen og bruker sin samlede kunnskap i tjenesteutøvelsen.

Kommunens koordinerende enhet har en viktig rolle i samarbeidet mellom flere resultatenheter og mellom kommunen og eksterne samarbeidspartnere. Koordinerende enheter i helseforetak og kommuner skal være faste gjensidige kontaktpunkt.

Individuell plan og koordinatorfunksjonen er viktige verktøy for planlegging og koordinering av tjenestetilbudet til brukerne. Individuell plan er også et viktig verktøy for å sikre brukermedvirkning i utformingen av tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Gjennom individuell plan skal brukerens innflytelse på egen situasjon styrkes. (Se avsnitt 4.4 Brukermedvirkning.)

Hvor vil vi?

Alle brukerne skal motta *tj*enester som virker, er trygge og henger godt sammen når de er trenger bistand fra flere enheter eller faggrupper. Det skal legges til rette for tverrfaglig samarbeid gjennom samarbeidsarenaer, verktøy og metoder som bidrar til systematikk i samarbeidet. Kommunen skal benytte digitale verktøy for informasjonsdeling og samarbeid internt i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere og i kommunikasjon med brukere og pårørende.

I Hamar skal utvikling av helhetlige pasientforløp sørge for tjenester som virker sammen.

Det skal være enkelt å finne fram til informasjon og å ta kontakt med Hamar kommune for brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Hamar kommune skal ha gode rutiner for behandling av henvendelser om behov for helse- og omsorgstjenester slik at tjenestetilbudet kan etableres raskt. Kartlegging og utforming av tjenestetilbudet skal skje med utgangspunkt i den enkelte brukers og eventuelt families behov. Tilstrekkelig faglig bredde skal være ivaretatt.

Hvordan kommer vi dit?

Organisering er et viktig virkemiddel for å fremme tjenester som virker sammen. Enheten for samordning og tjenestetildeling som er under etablering, skal ha oversikt over tjenestetilbudet. De skal samarbeide nært med alle aktuelle tjenester i kommunen, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner og andre sektorer utenfor helse- og omsorgstjenestene.

Flere brukere med store og sammensatte behov tilsier mer teambasert samarbeid, ofte på tvers av organisatoriske skillelinjer. Teamorganisering kan også benyttes når brukere trenger samtidige tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Koordinerende enhets særlige ansvar for at tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene skal tydeliggjøres. Alle som trenger det og har rett på det skal få tilbud om en individuell plan og/eller koordinator. Det betyr at bruk av individuell plan om verktøy bør styrkes, særlig innen rehabilitering og andre tjenesteområder der individuell plan er lite brukt.

Tjenester til barn og unge

Det er behov for bedre rutiner for samarbeid i hab-/rehabiliteringstilbudet til barn og unge. For brukere med behov for tjenester over lengre tid, eventuelt gjennom hele livet, er livsfaseoverganger ekstra sårbare. For noen av ungdommene som skal over i voksenlivet, starter ikke planleggingen tidlig nok. Tjenesten for barn og ungdom og tjenesten for voksne må samarbeide slik at brukeren får tjenester i samsvar med kartlagte behov.

For å skape gode overganger og forutsigbarhet i forbindelse med livsfaseoverganger skal kontinuitet i koordineringsarbeidet sikres gjennom gode rutiner.

3.5.2 Rehabilitering i kommunens rusarbeid og psykiske helsearbeid

Personer med ruslidelser og/eller psykiske lidelser er blant de som har dårligst levekår og opplever å ha dårligst livskvalitet. Deres livssituasjon gjør at de kan ha behov for flere tjenester over lang tid.

Det er behov for å styrke det samlede tilbudet innen rusarbeid og psykisk helsearbeid og etablere et mer helhetlig rehabiliteringstilbud. Dette vil kunne bidra til mindre kjøp av omsorgsplasser og gi mulighet for tett nok oppfølging i arbeidsrettede tiltak eller andre mestringsfremmende aktiviteter. For personer som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR), er et tverrfaglig tjenestetilbud nødvendig for at de skal få hjelp til å mestre sitt psykososiale helseproblem. Rehabiliteringsaspektet i LAR er en særlig utfordring.

Hamar kommune skal styrke det samlede tilbudet innen rus og psykisk helse og etablere et mer helhetlig rehabiliteringstilbud.

Hamar kommune vil prøve ut rehabiliteringsmodeller for personer med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmisbruk. I første omgang prioriteres følgende:

- **Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP):** Oppsøkende tjenester til personer med alvorlige lidelser, men som selv ikke oppsøker hjelpeapparatet er en godt dokumentert behandlingsform for å motvirke at brukeren faller ut av behandling og/ eller

rehabilitering. Oppsøkende tjenester vil bli tatt i bruk i større grad for å hindre reinnleggelse i sykehus. Det arbeides med etablering av tverrfaglige team (ACT-team og FACT-team[47]) i samarbeid med spesialisthelsetjenesten i 2019.

- **Personer som begår kriminalitet og som har ruslidelse og/eller psykisk lidelse:** Hamar kommune skal ta initiativ til mer samordnet og individuelt tilpasset tilbud til personer som er gjengangere hos politiet og som har ruslidelse og/eller psykisk lidelse. Det er behov for å utvikle rehabiliteringsmodeller for hver enkelt med mål om å bryte den onde sirkelen med gjentatt kriminalitet. Dette vil være økonomisk lønnsomt og av stor betydning for den enkelte.

3.5.3 Hamar kommunes legetjeneste skal utvikles i tråd med befolkningens behov, sentrale føringer samt lokale mål og prioriteringer

Legetjenesten i kommunen omfatter fastlegeordningen og offentlige allmennmedisinske legetjenester i helsestasjon, skolehelsetjeneste, ungdomshelsetjeneste, fengselshelsetjeneste, sykehjem og flyktninghelsetjeneste. Legevakt (øyeblikkelig hjelp) er også et kommunalt ansvar som omfatter lege i vakt døgnet rundt. Gjennom fastlegeordningen skal alle innbyggere ha tilgang til allmennlegetjenester av god kvalitet.

Av helse- og omsorgstjenestene er det fastlegene som møter den største andelen av befolkningen.[48] I 2015 var 7 av 10 innbyggere hos fastlege en eller flere ganger[49]. Dette viser at det er viktig at fastlegene og det kommunale tjenesteapparatet har et godt samarbeid både på individ- og systemnivå. Dette samarbeidet skal videreutvikles for å underbygge at primærhelsetjenesten består av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fastlegene og avtalefysioterapeutene samlet. Fastlegene må ha kjennskap til kommunens satsingsområder og prioriteringer, tiltak og tjenester.

Et av målene med samhandlingsreformen er at det skal foregå en forskyvning av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle for sine listepasienter og samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Dette gjelder også i et rehabiliteringsforløp. Fastlegene skal i større grad bidra med kunnskap i folkehelsearbeidet og har en viktig rolle i individrettet forebygging.

I «Rammeavtale mellom KS og Legeforeningen»[50] står det at kommunene skal utarbeide en plan for legetjenesten i kommunen. Hamar vil utarbeide en plan for legetjenesten i 2018 som en fagplan, godkjent av rådmannen. Planen skal inneholde vurderingskriterier for opprettelse av nye hjemler. Opprettelse av nye fastlegehjemler kan kommunen beslutte på egenhånd, og de er 100 % statlig finansiert.

[47] ACT-team (Assertive community treatment) og FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) er aktivt oppsøkende, tverrfaglige team som leverer både kommunale – og spesialisthelsetjenester
[48] Helsedirektoratet (2013)
[49] Helsedirektoratet
[50] ASA 4310

3.5.4 Tjenester tilpasset mangfoldet i befolkningen

Tjenester tilpasset mangfoldet i befolkningen betyr at alle har rett på et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, funksjonsevne og andre forutsetninger. Helse- og omsorgstjenestene skal framstå som åpen og tilgjengelige for alle henvender seg til kommunen.

I evalueringer av det psykiske helsearbeidet og integreringsarbeidet i Hamar kommune[51] kommer det fram at kommunen har utfordringer knyttet til å gi innvandrere likeverdige helse- og omsorgstjenester. Det er behov for å tydeliggjøre ansvar og roller samt å heve kompetansen hos tjenesteyterne. Det er ikke gjort nyere tilsvarende undersøkelser for å følge opp disse utfordringene.

Alle avdelinger må ta ansvar for at innvandrere får tjenester som virker etter intensjonene. Brukere kan ha særlige utfordringer knyttet til språk, kulturell bakgrunn eller livshistorie. Dette må møtes med individuelt tilpassede tjenester. Spisskompetanse i organisasjonen må i større grad benyttes på tvers.

Hamar kommune skal forbedre tjenestetilbudet til innvandrere.

Det er høyere forekomst av noen sykdommer blant noen grupper av innbyggere med minoritetsbakgrunn enn i befolkningen for øvrig. Innvandrere kan ha ulike oppfatninger om når man skal kontakte helse- og omsorgstjenestene og hva tjenestene kan bidra med. Kunnskap er en viktig forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg tilbudene som finnes. Det er opprettet en egen flyktningehelsesøsterstilling (2017). Dette har styrket helsetilbudet til denne gruppen og økt samhandlingen med det øvrige hjelpeapparatet.

I arbeidet med digitalisering og selvhjelpsløsninger må kommunen ta hensyn til mangfoldet i befolkningen og legge vekt på universell utforming og klart språk i sitt informasjonsarbeid, søknadsbehandling og tjenesteyting.

Helse- og omsorgspersonell skal tilrettelegge for god kommunikasjon med brukere med ulik språklig bakgrunn. Tolk skal brukes når det er behov for det. Det er ledernes ansvar at tjenestene ivaretar mangfold og likeverdig behandling av innbyggerne.

[51] Rambøll (2010) og Rambøll (2011)

4 Virkemidler og kritiske suksessfaktorer

Her beskrives forutsetningene som må være på plass for å lykkes med satsningene i planen: arbeidskraft og kompetanse, innovasjon og teknologi, organisasjonsstruktur, brukermedvirkning og systematisk kvalitetsarbeid.

4.1 Arbeidskraft og kompetanse

En hovedutfordring for helse- og omsorgssektoren i tiden fremover blir å sikre tilstrekkelig og kvalifisert arbeidskraft. Endringer i brukergrupper og arbeidsformer krever at det bygges opp mer spesialisert kompetanse samtidig som kompetanse til å hjelpe mennesker i hverdagslivet skal være tydelig tilstede. Personell- og kompetanseprofilen i helse- og omsorgssektoren må utvikles i tråd med oppgaveutviklingen og oppfølgingen av samhandlingsreformen. Tverrfaglige og bærekraftige fagmiljøer er viktig for god fagutvikling og rekruttering til tjenestene.[52] Kunnskapsbasert praksis krever en ny tilnærming til forskning, utvikling og læring.

I denne planen satser Hamar kommune på helsefremmende og forebyggende arbeid. Vi forventer at dette vil føre til at flere innbyggere holder seg friske lenger. Det vil likevel være en stor gruppe innbyggere med omfattende helse- og omsorgsbehov. Årsaken kan være langvarig og sammensatt sykdomsbilde, funksjonsnedsettelse eller at de er i livets sluttfase. Dette gir behov for personell og kompetanseoppbygning i sektoren.

4.1.1 Arbeidskraft

Selv om organisasjonen pr. i dag ikke har store rekrutteringsutfordringer, er det grunn til å forvente at også Hamar vil merke arbeidskraftutfordringene fram mot 2030. Det blir viktig å utnytte potensialet blant eget personell og jobbe med nyrekruttering. Vi skal derfor:

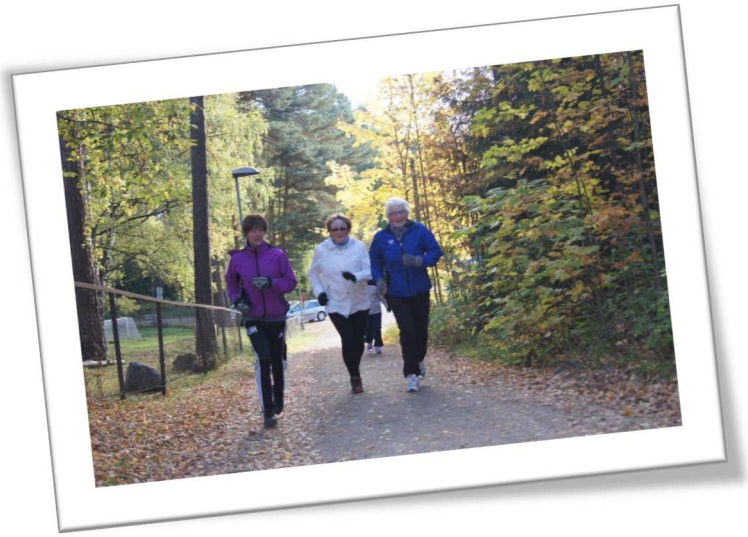
- Øke andelen heltidsstillinger i handlingsplanperioden til gjennomsnittsnivået for landet
- Redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering
- Etablere kontakt med unge under utdanning med mål om framtidig rekruttering

Hamar kommune vil skape en kultur for heltidsarbeid. Flere heltidsstillinger vil gi økt kvalitet på tjenestene gjennom mer stabil bemanning, bedre kompetanseoverføring og forutsigbarhet for bruker og personell. Heltid er gjennomgående mer effektiv ressursbruk enn deltid. [53]

I Hamar kommune jobber 26 % (2017) av de ansatte i pleie og omsorg i heltidsstillinger. Det har vært en liten positiv økning de siste årene, men heltidsandelen er fremdeles langt under landssnittet.

Hamar kommune skal øke andelen heltidsstillinger, redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering, og etablere kontakt med unge under utdanning med mål om framtidig rekruttering.

[52] St. meld 16 (2010-2011)
[53] Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det koster nesten like mye å administrere en deltidsstilling som en fulltidsstilling (Civita- notat nr. 4/2012).



Landsgjennomsnittet er 42 %. I 2012 gjennomførte Hamar kommune en undersøkelse av heltid- og deltidsarbeidet. Den viser at potensialet er stort, det er mange som ønsker å jobbe i større stillinger.

På landsbasis har helse- og omsorgssektoren et vesentlig høyere sykefravær enn andre sektorer[54]. Sykefraværet i kommunesektoren har holdt seg relativt stabilt både på landsbasis og i Hamar kommune i siste femårsperiode. I helse omsorg i Hamar var sykefraværet i 2017 1,7 % for korttidsfravær og 9,6 % for langtidsfravær. Sykefraværet blant ansatte som jobber direkte med brukere er litt høyere i Hamar enn snittet for kommunegruppe 13 og landet[55]. For å utnytte arbeidskraftsressursene bedre, er det nødvendig med tiltak for å redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering.

Hamar kommune vil fortsette samarbeidet med utdanningsinstitusjoner for å sikre rekruttering av arbeidstakere også i framtiden.

Samlet sett forventer vi at disse tiltakene vil bidra til å gjøre Hamar kommune til en attraktiv arbeidsplass også i framtiden.

4.1.2 Strategisk kompetansestyring

Strategisk kompetansestyring innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse for å nå definerte mål.[56]

Strategisk kompetansestyring er viktig for å kunne drive kontinuerlig forbedringsarbeid. Gjennom systematisk evaluering blir kompetansetiltak synliggjort og gjort til gjenstand for kritisk refleksjon, som danner grunnlaget for læring og videre utvikling. Dette bidrar til å sikre kommunen god ressursutnyttelse og effekt av tiltakene. En undersøkelse i regi av KS[57] viser at de kommunene som driver med strategisk kompetansestyring arbeider mer systematisk med kompetanse og scorer høyere på innovasjon.

Helse og omsorg har i likhet med de fleste resultatenheter i Hamar kommune kompetanseplaner, men det er ingen overordnet strategisk kompetansestyring for kommunen som helhet.

Gjennom arbeidet med helse- og omsorgsplanen er det satt fokus på noen hovedutfordringer på kompetanseområdet.

Ledelse:

[54] Helsedirektoratet (2009) og KS 2018: http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/analyse-og-statistikk/fravar/sykefravaret-stabilt/
[55] Tall fra 2016 (2.-4. kvartal 2016 og 1. kvartal 2017), Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (helsenorge.no)
[56] Lai (1997)
[57] Moland m.fl (2010)

- Innovasjon/ endringsledelse
- Samhandling og ledelse i uklare grenseområder mellom tjenestene

Fagområder:

- Helsefremmende og forebyggende arbeid, inkludert tidlig innsats
- Innvandrerhelse
- Fagområder med behov for tverrfaglige tjenester: Rehabilitering, habilitering, psykisk helse og ruslidelser

Det er behov for en felles kompetanseplattform for at brukerne skal møte et mest mulig helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Dette kan løses ved å tilby felles kompetanseprogrammer i organisasjonen med mål om å fremme samhandling.

For å møte framtidige kompetansebehov, er det nødvendig å ta i bruk strategisk kompetansestyring som verktøy. Dette innebærer blant annet en grundigere analyse av kompetansebehov enn det som er avdekket i planarbeidet.

4.2 Innovasjon og teknologi

4.2.1 Innovasjon

Innovasjon er prosessen med å utvikle nye ideer og realisere dem slik at de gir merverdi for samfunnet. Innovasjon er å tenke nytt og enda smartere, å finne løsninger på nye og gamle utfordringer.[58] Innovasjon kan også være å ta i bruk eksisterende løsninger på nye måter. Innovasjon medfører gjerne vesentlige endringer i arbeidsmetodene eller i tjenesteutøvingen.

Hamar skal være en innovativ og framtidsrettet kommune. Det krever endringsvilje og endringskapasitet. Det blir avgjørende å skape et klima som forutsetning for å skape en kultur for innovasjon. Gode rammebetingelser, god kompetanse og god metodikk kreves for å gjennomføre innovasjonsprosjekter. Prinsippene nytt, nyttig, nyttiggjort skal være utgangspunkt for all innovasjon.

Innovasjon skal knyttes til ledelse i Hamar kommune (se avsnitt 4.1.2). Dette er viktig fordi innovasjon er krevende og fordi det kan ta tid å skape endring i store organisasjoner. Det handler om å se sammenhengen mellom styring, kompetanse og systematisk forbedringsarbeid.

Innovasjon innebærer risiko fordi framtidsløsningene alltid er mer eller mindre usikre. Det er likevel en større risiko ikke å være opptatt av innovasjon, fordi vi vet at endring er nødvendig for å sikre innbyggerne gode og tilgjengelige tjenester også i framtiden.

FAKTA: Hamar kommune er vertskommune for *Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester* i Hedmark. Utviklingssenteret driver praksisnært utviklingsarbeid og forskning og skal være en pådriver for kunnskap og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.

Hamar skal være en kommune som er åpen for å se kritisk på etablert praksis, lytte til og nyttiggjøre seg nye ideer ved å ha en bred og samarbeidsorientert tilnærming til innovasjon. Nye ideer og løsninger finnes blant frivillige organisasjoner, innbyggere, brukere og næringsliv. Det må skapes en kultur som søker og plukker opp ideer, vurderer nytteverdi og som bidrar til at gode ideer blir omsatt i praksis. Vi skal nyttiggjøre oss forskning, kunnskaper og teknologi for å skape nye og bedre tjenester som gir verdi for både brukere, ansatte og kommunen. Alle utviklingsprosesser i helse- og omsorgstjenestene skal omfatte vurdering av hvordan teknologi kan bidra til gode tjenester.

4.2.2 Velferdsteknologi og eHelse

Det er et nasjonalt mål at velferdsteknologi skal være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene innen 2020.

eHelse er en samlebetegnelse som omfatter bruk av informasjonsteknologi i helsevesenet. Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet. Teknologien kan bidra til å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers

[58] Nye vegar til framtidas velferd. Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren (KRD 2013)

bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Hensynet til personvernet skal ligge til grunn for all bruk av teknologi.

I NOU 2011:11 blir det påpekt at kommunene har et stort uutnyttet potensial for å ta i bruk teknologi som bidrag til bærekraft i framtidens helse- og omsorgstjenester. Dette forutsetter systematisk innovasjonsarbeid med samspill mellom tjenesteutvikling og bruk av teknologi. Evaluering er en del av systematikken. Det er nødvendig at organisasjonen skaffer seg best mulig forutsetning for å gjøre de rette valgene.

Hamar kommune skal ta i bruk nye løsninger på de områdene som gir størst gevinst for brukere og tjenesten.

Hamar kommune skal ikke satse for bredt, men ta i bruk nye løsninger på de områdene som gir størst gevinst for brukere og tjenesten. Som hovedregel skal Hamar kommune ta i bruk teknologi der det finnes dokumentasjon på nytteverdi i form av økt kvalitet, unngåtte kostnader og spart tid. Samtidig åpner kommunens digitaliseringsstrategi for at innovative anskaffelser skal kunne benyttes. Risiko ved å ta i bruk lite utprøvd teknologi skal vurderes nøye.

Tabellen nedenfor viser hvordan velferdsteknologi og eHelse kan støtte satsningsområdene i planen:

Satsningsområder	Velferdsteknologi/e- helse
Frivillige og pårørende som ressurs	• Kommunikasjonsløsninger for samhandling mellom bruker, pårørende og helsetjenesten.
Tidlig ute med tilpasset hjelp	• Løsninger for sosial kontakt kan bidra til å redusere ensomhet og økt fysisk aktivitet. • Trygghetsløsninger kan sikre mobilitet og stimulere til økt fysisk aktivitet. • Rådgivningstjenester på nett.
Tjenester der folk bor	• Løsninger for å mestre å bo hjemme lenger. Trygghet og mestringsteknologi som for eksempel trygghetsalarm med ulike sensorer. • Teknologiske løsninger for mennesker med nedsatt funksjonsevne eks forflytningshjelpemidler og hjelpemidler for å kompensere sansetap og reduserte kroppsfunksjoner. • Medisinsk avstandsoppfølgning i private boliger og på institusjon.
Mestring og deltakelse	• Teknologi for sosial kontakt, spillteknologi brukt i treningssammenheng som kan brukes i den enkeltes bolig • Løsning for mestring av eget hverdagsliv f. eks påminnelser til medisin og avtaler • Teknisk tilrettelegging i bolig sees i sammenheng med andre hjelpemidler
Tjenester som virker sammen	• Teknologiske løsninger for informasjonsdeling og samarbeid internt i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere

Tabell 6 Eksempler på hvordan eHelse og velferdsteknologi kan støtte satsningsområdene

Hamar kommune har tatt i bruk velferdsteknologisk løsninger som er anbefalt av helsemyndighetene. Med økende mengde teknologiske løsninger øker kompleksiteten og behovet for teknologisk infrastruktur slik at dagens og framtidens løsninger virker sammen. En interkommunal digitaliseringsstrategi er nylig vedtatt (Hamar kommunestyre 31.05.17) og er et viktig utgangspunkt. I tillegg må kommunen utvikle en velferdsteknologisk plattform som grunnlag for styring av prosjekter og investeringer med sikte på integrasjon og for å unngå

leverandøravhengighet. Eventuell anskaffelse av nye løsninger mens dette arbeidet pågår må vurderes nøye for å sikre at det ikke bidrar til ytterligere kompleksitet.

NOU (2011:11) vektlegger sammenhengen mellom fall, ensomhet og kognitiv svikt. Hamar kommune vil prioritere å starte med løsninger innen disse områdene for å se om velferdsteknologi kan virke helsefremmende og forebyggende. I tillegg vil unge med nedsatt funksjonsevne bli prioritert. Ofte er de selv og deres nettverk allerede brukere av teknologiske løsninger, terskelen vil kunne være lavere for å utnytte mulighetene disse løsningen gir.

4.3 Organisering

Hamar kommune skal ha en organisasjon som støtter opp under målene i helse- og omsorgsplanen og gir effektiv drift. Organisering, roller og ansvar skal underbygge god samordning av tjenestene til beste for brukerne. Organisasjonsstrukturen er så henseende et viktig virkemiddel. Oppgaver som legges innenfor en enhet blir gjerne sett i sammenheng og koordinert. En slik avveining forekommer i mindre grad *mellom* organisasjonsenheter. [59]

Koordinering av tjenestene står sentralt i oppfølgingen av samhandlingsformen. Det handler både om forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og mellom tjenestene internt i kommunene. Mangel på koordinering av tjenester betyr dårligere tjenestekvalitet for brukerne og det betyr også lite effektiv ressursbruk.

I 2017 gjorde av Agenda Kaupang på oppdrag fra rådmannen, en organisasjonsgjennomgang av resultatenheten Helse og omsorg i Hamar kommune. I rapporten «Organisasjonsgjennomgang i Helse og omsorg», beskriver de både utfordringer i organisasjonen og anbefalinger om endringer. Oppfølgingen av denne rapporten har pågått parallelt med komiteens planarbeid og er ikke avsluttet når revidert plan legges fram for kommunestyret.

[59] Egeberg (1984)

4.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning, på individ- og systemnivå, er et viktig prinsipp innenfor alle deler av helse- og omsorgstjenesten i Hamar kommune. Brukermedvirkning på individnivå handler om at brukeren skal oppleve å bli lyttet til og respektert. Verdighet og selvbestemmelsesrett skal ligge til grunn. Formålet med brukermedvirkning på systemnivå er at erfarne brukere/brukerrepresentanter skal bidra med kunnskap og erfaringer i utvikling av tjenestene.

Hamar kommune skal legge til rette for bred, åpen og tilgjengelig medvirkning.

Brukermedvirkning kan sees ut fra et:

- Demokratisk perspektiv og er knyttet til hvilke rettigheter du har som bruker av offentlige helse- og omsorgstjenester.
- Kvalitetsperspektiv og er et nødvendig virkemiddel for å sikre og øke kvaliteten i tjenestetilbudet og for å drive nyskapning.
- Behandlingsperspektiv og er knyttet til økt mestring gjennom deltakelse og medansvar for resultatet.

4.4.1 Brukermedvirkning på systemnivå

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 har kommunen plikt til å sørge for:

- At representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjenester.
- At virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Alle kommuner skal ha et eldreråd og et råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne (særlovsutvalg). Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne er en representasjonsordning for å sikre god brukermedvirkning. Formålet med eldreråd er å sikre eldre innflytelse i saker som gjelder

levekårene for eldre. Hamar kommune har i tillegg valgt å ha et ungdomsråd. Ungdomsrådet skal være høringsinstans i alle saker som angår ungdom. I 2017 ble Brukerrådet for helse- og omsorgstjenester etablert. De kommunale rådene er viktige fora for medvirkning og kan bidra til at verdifull erfaringskompetanse på en systematisk måte blir spilt inn i tjenesteutvikling og planarbeid, slik at valg av løsninger blir så inkluderende som mulig.

Hamar kommune skal tilrettelegge for bred, åpen og tilgjengelig medvirkning i saker med relevans for et eller flere av rådene. Kommunens helse- og omsorgstjenester skal i større grad involvere rådene i saker om tjenesteutvikling og planarbeid. Skal medvirkningen være god, må den som medvirker komme tidlig inn i prosessen og gjerne på et stadium hvor det foreligger alternative måter å gå videre på.

Vi skal anvende brukernes egne erfaringer og kunnskap.

Viktige arenaer for medvirkning er møter, høringer og prosjekter. I tillegg til de kommunale rådene kan det være ønskelig å legge til rette for brukermedvirkning i fast fora eller i ad hoc-utvalg, med representanter som har erfaring fra en spesifikk tjeneste, livssituasjon, funksjonsnedsettelse el. Fagrådet for psykisk helse er eksempel på et fast forum med brukerrepresentasjon fra tre brukerorganisasjoner. Jevnlige brukerundersøkelser er et annet virkemiddel for å sikre systematisk tilbakemelding fra brukerne.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

4.4.2 Brukermedvirkning på individnivå

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 regulerer brukerens rettigheter:

- Brukeren har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder og ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.
- Det skal i stor grad vektlegges hva brukeren mener ved utforming av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 pkt. 6, bestemmelsen om omsorgslønn og tildeling av brukerstyrt personlig assistanse.

Å anvende brukerens egne erfaringer og kunnskap om sin tilstand sammen med faglig kompetanse kan øke treffsikkerheten i forhold til å sette inn virkningsfulle tiltak. Brukermedvirkning på individnivå bør forstås som et samarbeid og en dialog mellom brukere og fagfolk der de har ulike, men likeverdige roller og kunnskaper. Å støtte opp om den enkelte brukers ressurser og mestringsevne er et mål.

Individuell plan skal sikre brukermedvirkning for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Noen brukere er som følge av for eksempel kognitiv svikt eller alvorlig sykdom i en ekstra sårbar situasjon. Det er viktig å legge spesielt til rette for størst mulig grad av brukermedvirkning for disse gruppene. Det samme gjelder barn og unge og deres rett til medvirkning.

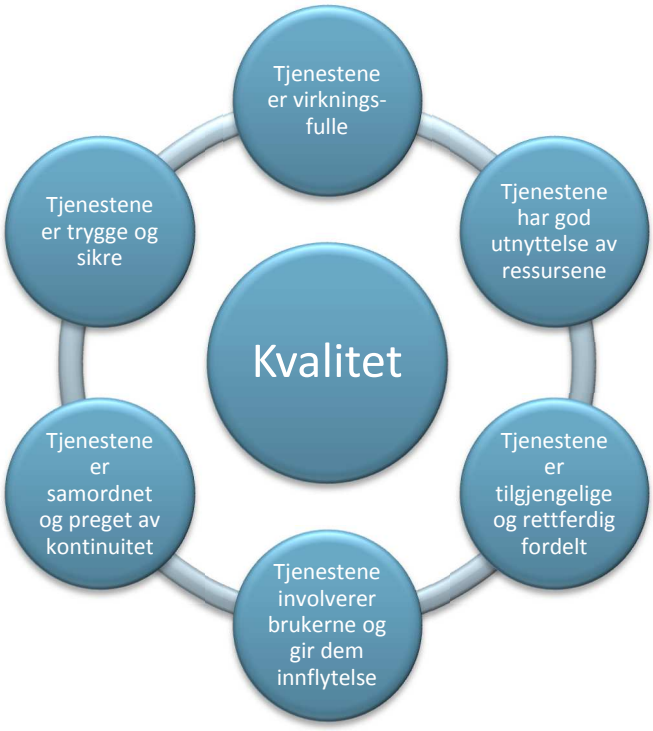
Aktuelle metoder for brukermedvirkning kan være nettverksmøte som er en metode for å mobilisere det sosiale nettverket til brukeren. Klient- og resultatorientert praksis er en systematisk evalueringsmetode for å måle brukertilfredshet.

4.5 Kvalitet og pasientsikkerhet

"Enhver som yter helse- og omsorgstjenestene etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.[60]

Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhetsarbeid er et prosesskrav som først og fremst er et krav om systematisk styring og ledelse og skal være en del av virksomhetens internkontroll. Det er krav om internkontroll i mange av kommunens virksomhetsområder og det systematiske arbeidet er et av flere elementer i kommunens styringssystem. EQS er det elektroniske hjelpemiddelet som alle virksomhetene i Hamar kommune bruker til støtte i arbeidet med blant annet dokumentstyring, avvikshåndtering og prosedyrer.

Kvalitetsbegrepet skal forstås i lys av *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.*[61] Kvalitetsstrategiens mål er illustrert slik:



Figur 9 Kvalitetsbegrepet i helse- og omsorgssektoren

Kvalitetsstrategien angir følgende tiltaksområder for å nå strategiens mål:

- Styrke brukeren
- Styrke utøveren
- Forbedre ledelse og organisasjon

[60] Helse- og omsorgsloven (2011), § 4-2 Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

[61] Sosial- helsedirektoratet (2005)

- Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene

De ulike delene av kvalitetsbegrepet har blitt fanget opp i satsningsområdene i kapittel 3 og 4.

Kommunen har en selvstendig plikt til å analysere virksomhetens risikoområder og avvik. I denne sammenheng gjennomfører resultatenheten Helse og omsorg egne årlige interne tilsyn.

Antallet klager til en kommune og innholdet i disse klagene vurderes å være for få og for tilfeldig til at en kan bygge kvalitetsarbeidet på dette. Den enkelte klage skal selvfølgelig behandles og være grunnlag for læring i kvalitetsforbedringsarbeidet.

5 Handlingsdel 2018-2022

I dette kapittelet og i kapittel 6 er tiltakene i planen ført opp. Nedenfor er alle tiltakene sortert etter de fem hovedsatsningene og målene i planen. Tiltakene knyttet til virkemidlene kommer til slutt.

5.1 Frivillige og pårørende som ressurs

5.1.1 Mål: Utvide samarbeidet med frivillige aktører for å styrke tilbudet til innbyggerne

- Styrke frivilligsentralen

5.1.2 Mål: Benytte ideelle organisasjoners kunnskap og engasjement til å gi gode tjenester til utvalgte grupper

- Inngå avtaler om formelt samarbeid med frivillig organisasjoner

5.1.3 Mål: En god pårørendepolitikk

- Utarbeide en felles pårørendepolitikk i helse- og omsorgstjenesten i Hamar kommune.
- Utarbeide frivillige, individuelle samarbeidsavtaler mellom kommunen, brukere og pårørende.

5.2 Tidlig ute med tilpasset hjelp

5.2.1 Mål: Barn og unge skal prioriteres

- Styrke Skolehelsetjenesten.
- Tilpasse kapasiteten i hele Helsestasjonen for barn og ungdom til befolkningsutviklingen fram til 2030.
- Styrke kartlegging og forbedre rutiner for å sikre gode overganger mellom livsfasene for ungdom som ikke mestrer hverdagslivet og/eller som har utviklingsrelaterte diagnoser.

5.2.2 Mål: Alle tjenester skal være helsefremmende og forebyggende

- Alle resultatenheter skal utarbeide og rapportere på effekten av konkrete tiltak for å øke det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det må komme tydelig frem hvordan tiltakene skal finansieres.
- Styrke dagtilbudet for hjemmeboende med 42 plasser fram til 2030.
- Ta i bruk tverrfaglig innsats, teknologi og innovative grep for å forebygge ensomhet, fall og kognitiv svikt.

5.2.3 Mål: Lavterskeltilbud

- Utvikle et bredt lavterskeltilbud innen psykisk helse i samarbeid mellom frisklivsentralen og psykisk helseteam.

5.3 Tjenester der folk bor

5.3.1 Mål: Nye boformer og bomiljøer som bidrar til at flere kan bo hjemme

5.3.2 Mål: Helse- og omsorgstjenester utføres hovedsakelig i hjemmet

- Utvikle og styrke booppfølgingen i kommunen ved økte ressurser, bedre samordning og ved å utnytte kompetanse på tvers.
- Opprette tverrfaglige ambulante team.

5.3.3 Mål: Tilstrekkelig med institusjonsplasser, boliger og avlastningstilbud.

- Gjennomføre en evaluering og eventuelt en revidering av fordeling mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsplasser.
- Tilpasse egne sykehjemsplasser for utviklingshemmede, rusavhengige og døve med tegnspråk som morsmål.
- Utredningsarbeid for flytting av legevakta og fag- og systemutvikling.

5.4 Mestring og deltakelse

5.4.1 Mål: Habilitering- og rehabiliteringstilbudet er tilpasset befolkningens behov

- Utvikle systematikk i arbeidet med oversikt over behov for hab-/rehabilitering (samfunnsnivå) som grunnlag for planlegging og tjenesteutvikling
- Tilby befolkningen rådgivning om anskaffelse av hjelpemidler, velferdsteknologi og tilpasning av bolig

5.4.2 Mål: Økt mestring og redusert behov for tjenester

- Ulike informasjonstiltak til befolkningen om deltakelse og mestring som grunnleggende tankesett i framtidens helse- og omsorgstjeneste
- Styrke alle nivåene i rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende (jfr. rehabiliteringspyramiden) basert på systematisk tjenesteutvikling
- Utrede utvidelse av kommunens hjelpemiddellager for å sikre kapasitet og kvalitet til dagens og framtidens behov. Utredningen omfatter kostnad og hensiktsmessig prioritering
- To årsverk for ergoterapeuter til hjelpemiddellageret og rehabilitering
- To årsverk for kommunalt ansatte fysioterapeuter til hab-/rehabiliteringsoppgaver
- Utrede modeller for etablering av tilbud i rehabiliteringsenhet med døgnbasert, intensiv og spesialisert rehabilitering, herunder vurdere interkommunale løsninger
- Videreutvikle tilbudet om korttidsplasser for rehabilitering i sykehjem
- Styrke hab-/rehabiliteringstilbudet til barn og unge med innsatsteam som metode
- Opprette team bestående av representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten som skal yte tjenester til mennesker med både ruslidelser og alvorlig psykisk lidelse (2018: Videreføres med etablering av ACT-team og FACT-tema)
- Ta i bruk arbeidsform for å få bedre individuell rehabilitering av gjengangere, kriminelle som har ruslidelse og/eller psykisk lidelse

5.4.3 Mål: Arbeid og aktivitet som fundament for god livskvalitet

- Utviklingsarbeid for å sikre systematikk i samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene, arbeidsgivere, NAV og arbeidsmarkedsbedriftene for å styrke arbeidsrettet rehabilitering, inntektssikring og tilstrekkelig antall arbeidsplasser for personer med nedsatt funksjonsevne
- Etablere prosjekt for å skape større sammenheng, mer fleksibilitet og bedre utnyttelse av ressursene i tilrettelegging av tilbud til ungdom med særskilte behov i skjæringspunktet mellom helse, utdanning og arbeid/aktivitet.

5.4.4 Mål: Avtalefysioterapitilbudet er en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud

- Utarbeide prioriteringskriterier for mottak av henvendelser om behov for fysioterapitjenester fra avtalefysioterapeut

5.5 Tjenester som virker sammen

5.5.1 Mål: Brukerne får tjenester som virker sammen

- Ta i bruk/ videreutvikle bruk av digitale verktøy for informasjonsdeling og samarbeid internt i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere og i kommunikasjon med brukere og pårørende
- Utviklingsarbeid med sikte på at individuell plan og koordinatorfunksjonen skal benyttes i større grad og særlig i tjenester eller til brukergrupper der disse verktøyene sjelden benyttes
- Gjennomgå og videreutvikle kommunens system for henvendelser om tjenestebehov og rutiner for tildeling av tjenester ved hjelp av egnet forbedringsverktøy
- Utredning av flytting av legevakta ut fra sykehuset og fag- og systemutvikling

5.5.2 Hamar kommunes legetjeneste skal utvikles i tråd med befolkningens behov, sentrale føringer samt lokale mål og prioriteringer

Plan for legetjenesten ferdigstilles i 2018

5.5.3 Tjenestetilbud tilpasset mangfoldet i befolkningen

- Økt flerkulturell kompetanse blant ledere og annet nøkkelpersonell

5.6 Virkemidler og kritiske suksessfaktorer

5.6.1 Arbeidskraft og kompetanse

- Øke andelen heltidsstillinger i handlingsplanperioden til gjennomsnittsnivået for landet.
- Redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering.
- Etablere kontakt med unge under utdanning med mål om framtidig rekruttering.

5.6.2 Innovasjon og teknologi

- Øke kompetansen om innovasjon og innovasjonsprosesser, systematisk tjenesteutvikling
- Utvikle en teknologisk infrastruktur for bruk av velferdsteknologiske løsninger, i samarbeid med Hedmark IKT
- Legge til rette for at digitale selvbetjeningsløsninger blir førstevalg for innbyggene
- Administrativ fagplan for velferdsteknologi (administrativ fagplan)

5.6.3 En organisering som støtter opp under målene og gir effektiv drift

5.6.4 Brukermedvirkning

- Utvikle rutiner som i større grad involverer ungdomsrådet, eldrerådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.
- Utvikle metoder for å ivareta brukermedvirkning fra grupper som har behov for særskilt tilrettelegging.
- Videreutvikle et system for jevnlige brukerundersøkelser i helse- og omsorgstjenestene.

6 Handlingsdel med økonomiske og administrative konsekvenser.

Dette kapittelet inneholder de samme tiltakene som ble presentert i kapittel 5. Her er de inndelt i tiltak som vil ha økonomiske konsekvenser og utviklingstiltak som hovedsakelig skal skje innenfor dagens ramme.

De økonomiske rammene for kommunens virksomhet er fastlagt i gjeldene handlings- og økonomiplan (2018-2021). Derfor er tiltakene som allerede ligger inne i handlings- og økonomiplanen også tatt med i tabellen i kapittel 6.1. Nye tiltak kan kun gjennomføres hvis det tilføres nye midler eller gjennom omprioriteringer.

6.1 Tiltak med økonomiske konsekvenser i handlingsplanperioden

Tiltak som allerede ligger inne handlings- og økonomiplanen[62] og som prioriteres først	Økonomiske konsekvenser 2018-2021
Tiltak som allerede ligger inne handlings- og økonomiplanen[63] og som prioriteres først	
Boliger for vanskeligstilte, generelle tiltak	Fra 2018: 15 mill
Barnebolig, 4 enheter	2018: 8 mill, 2019: 14 mill
Diverse utstyr	Fra 2018: 1 mill
Helsesøsterstilling(er) i skolehelsetjenesten, barneskolen	Fra 2018: 750.000
50% jordmorstilling	Fra 2018: 350.000
Psykologspesialisering	Fra 2018: 165.000
Legevakt/Helsehus	2019: 1 mill, 2012: 25 mill
Omsorgsboliger, Hesteskoen	2018: 10 mill, 2019: 18 mill
Omsorgsboliger, Svegutua	2018: 3 mill, 2019: 20 mill, 2020: 12,3 mill
Omsorgsboliger, Vekten	2018: 8,5 mill, 2019: 11,2 mill
Boliger for rus/psykiatri (ROP)	2018: 8 mill, 2019: 4,75 mill
Møbler, utstyr, e-lås	2018: 3,5 mill, fra 2019: 1 mill
Dagsenter, Klukstuen	2018: 4,294 mill
Vakante stillinger funksjonshemmede	Fra 2018: 1,26 mill
Reversering kompensasjon ressurskrevende brukere >67 år	Fra 2018: - 2,85 mill
Kapasitetsøkning, Finsal	Fra 2018: 2,8 mill
Fra FL: Tilskudd til frivillige organisasjoner	Fra 2018: 1,5 mill
Omstilling og effektivisering i HO (Agenda Kaupang)	Fra 2018: - 1 mill
Økning bemanningsfaktor omsorgsboliger	Fra 2018: 3,15 mill

[62] Kostnadene knyttet til disse tiltakene er hentet fra handlings- og økonomiplanen 2013- 2016 og handlings- og økonomiplannotatet fra juni 2013.
[63] Kostnadene knyttet til disse tiltakene er hentet fra handlings- og økonomiplanen 2013- 2016 og handlings- og økonomiplannotatet fra juni 2013.

	Velferdsteknologi	Fra 2018: 0,75 mill
	Matbudsjett	Fra 2018: 1 mill

6.2 Nye tiltak med økonomiske konsekvenser 2018-2030

	Nye tiltak foreslått i helse- og omsorgsplanen i prioritert rekkefølge	Økonomiske konsekvenser til HØP-arbeidet
1.	Utrede utvidelse av kommunens hjelpemiddellager for å sikre kapasitet og kvalitet til dagens og framtidens behov. Utredningen omfatter kostnad og hensiktsmessig prioritering	0,2 mill
2.	To årsverk ergoterapeut (kommunalt hjelpemiddellager og rehabilitering)	1,26 mill
3.	To årsverk for kommunalt ansatte fysioterapeuter til hab-/rehabiliteringsoppgaver	1,26 mill
4.	Styrke skolehelsetjenesten	0,75 mill
	Gjennomføre en evaluering og eventuelt en revidering av fordeling mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsplasser	Komité for helse og levekår, mandat fra formannskapet (sak 42/17). Arbeidet starter høsten 2018.
	Utvikle en teknologisk infrastruktur for bruk av velferdsteknologiske løsninger, i samarbeid med Hedmark IKT	Forprosjekt/utredes i 2018.
	Styrke rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende gjennom systematisk tjenesteutvikling (jf. prinsippene i 3.4.2)	
	Utrede modeller for etablering av tilbud i rehabiliteringsenhet med døgnbasert, intensiv og spesialisert rehabilitering, herunder vurdere interkommunale løsninger	Utredes og meldes deretter i HØP-arbeidet.
	Helsestasjonstjenesten, Skolehelsetjenesten og Ungdomshelsetjenesten, kompensasjon for befolkningsøkning	
	Styrke tjenester innen rus og psykisk helse, og rehabilitering som følge av samhandlingsreformen	
	Dagtilbud, 42 plasser	

6.3 Nye kommunale planer i handlingsplanperioden

	Nye planer som oppfølging av kommunedelplanen for helse og omsorg	2018-2021
	Handlingsplan for velferdsteknologi (administrativ fagplan)	2018/2019
	Administrativ fagplan for rehabilitering (revideres årlig)	2018/2019

6.4 Utviklingsarbeid i handlingsplanperioden

Tiltakene er ikke i prioritert rekkefølge. Det skal rapporteres på tiltakene i årsmeldingen.

	Utviklingsarbeid (tjenester) 2018- 2021
	Frivillige og pårørende som ressurs
1.	Styrke frivilligsentralen
2.	Inngå avtaler om formelt samarbeid med frivillige organisasjoner.
3.	Utarbeide en felles pårørendepolitikk i helse- og omsorgstjenesten i Hamar kommune.
4.	Utarbeide frivillige, individuelle samarbeidsavtaler mellom kommunen, brukere og pårørende.
	Tidlig ute med tilpasset hjelp
5.	Styrke kartlegging og forbedre rutiner for å sikre gode overganger mellom livsfasene for ungdom som ikke mestrer hverdagslivet og/eller som har utviklingsrelaterte diagnoser.
6.	Alle resultatenhetene skal utarbeide og rapportere på effekten av konkrete tiltak for å øke det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det må komme tydelig fram hvordan tiltakene skal finansieres.
7.	Ta i bruk tverrfaglig innsats, teknologi og innovative grep for å forebygge ensomhet, fall og kognitiv svikt.
8.	Utvikle et bredt lavterskeltilbud innen psykisk helse i samarbeid mellom frisklivsentralen og psykisk helseteam.
	Tjenester der folk bor
9.	Utvikle og styrke booppfølgingen i kommunen ved bedre samordning og ved å utnytte kompetanse på tvers.
10.	Opprette tverrfaglige ambulante team.
11.	Tilpasse egne sykehjemsplasser for utviklingshemmede, rusavhengige og døve med tegnspråk som morsmål.
	Mestring og deltakelse
12.	Utvikle systematikk i arbeidet med oversikt over behov for hab-/rehabilitering (samfunnsnivå) som grunnlag for planlegging og tjenesteutvikling
13.	Tilby befolkningen rådgivning om anskaffelse av hjelpemidler, velferdsteknologi og tilpasning av bolig
14.	Ulike informasjonstiltak til befolkningen om deltakelse og mestring som grunnleggende tankesett i framtidens helse- og omsorgstjeneste
15.	Styrke alle nivåene i rehabiliteringstilbudet til hjemmeboende (jfr. rehabiliteringspyramiden)
16.	Videreutvikle tilbudet om korttidsplasser for rehabilitering i sykehjem
17.	Styrke hab-/rehabiliteringstilbudet til barn og unge med innsatsteam som metode

	Utviklingsarbeid (tjenester) 2018- 2021
18.	Utviklingsarbeid for å sikre systematikk i samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenestene, arbeidsgivere, NAV og arbeidsmarkedsbedriftene for å styrke arbeidsrettet rehabilitering, inntektssikring og legge til rette for tilstrekkelig antall arbeidsplasser for mennesker med nedsatt funksjonsevne
19.	Etablere et prosjekt for å skape større sammenheng, mer fleksibilitet og bedre utnyttelse av ressursene i tilrettelegging av tilbud for ungdom med særskilte behov i skjæringspunktet mellom helse, utdanning og arbeid/ aktivitet.
20.	Opprette team (FACT-team[64] og ACT-team) bestående av representanter fra kommunen og spesialisthelsetjenesten som skal yte tjenester til mennesker med både ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP).
21.	Ta i bruk arbeidsform for å få til bedre individuell rehabilitering av gjengangere, kriminelle som har ruslidelse og/ eller psykisk lidelse.
22.	Utarbeide prioriteringskriterier for mottak av henvendelser om behov for fysioterapitjenester fra avtalefysioterapeut
	Tjenester som virker sammen
23.	Ta i bruk/ videreutvikle bruk av digitale verktøy for informasjonsdeling og samarbeid internt i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere og i kommunikasjon med brukere og pårørende
24.	Utviklingsarbeid med sikte på at individuell plan og koordinatorfunksjonen skal benyttes i større grad og særlig i tjenester eller til brukergrupper der disse verktøyene sjelden benyttes
25.	Økt flerkulturell kompetanse blant ledere og annet nøkkelpersonell
26.	Gjennomgå og videreutvikle kommunens system for henvendelser om tjenestebehov og rutiner for tildeling av tjenester ved hjelp av et egnet forbedringsverktøy.
27.	Utredning av flytting av legevakta ut fra sykehuset og fag- og systemutvikling

	Utviklingsarbeid (organisasjon) 2018-2021
	Virkemidler og kritiske suksessfaktorer
28.	Øke andelen heltidsstillinger i handlingsplanperioden til gjennomsnittsnivået for landet.
29.	Redusere sykefravær, uførhet og tidlig pensjonering.
30.	Etablere kontakt med unge under utdanning med mål om framtidig rekruttering.
31.	Øke kompetansen om innovasjon og innovasjonsprosesser, og systematisk tjenesteutvikling
32.	Utviklingsprosjekt for å etablere og ta i bruk helse- og omsorgstjenestens «verktøykasse» med anerkjente verktøy for systematiske innovasjonsprosesser og teknologi som støtter prosessene
33.	Legge til rette for at digitale selvbetjeningsløsninger blir førstevalg for innbyggerne

[64] FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) og ACT-team (Assertive community treatment) er aktivt oppsøkende behandlingsteam.

34.	Utvikle rutiner som i større grad involverer Ungdomsrådet, Eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og Brukerrådet for helse- og omsorgstjenester i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.
35.	Utvikle metoder for å ivareta brukermedvirkning fra grupper som har behov for særskilt tilrettelegging.
36.	Videreutvikle et system for jevnlige brukerundersøkelser i helse- og omsorgstjenestene.

7 Litteraturliste

Agenda Kaupang (2017), *Organisasjonsgjennomgang i Helse og omsorg.* Rapport. Hamar kommune.

Berg (2010*), Sammenhenger - om erfaring, sykdom og medisinsk praksis*. Gyldendal norsk forlag.

BUFDIR (2013): *Høringsnotat levekår og tiltak for mennesker med utviklingshemning.*

Civita-notat nr. 4/2012 http://www.ssb.no/a/kortnavn/arbkost/tab-2010-02-17-01.html

Egeberg, Morten (1984), *Organisasjonsutforming i offentlig forvaltning*. TANO

Eide, Hilde, m.fl. (2017): *Innovativ rehabilitering i Indre Østfold. Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering. Delrapport 1* Helsehuset Indre Østfold kompetansesenter IKS

Folkehelseinstituttet (2011), *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*.

Folkehelseinstituttet (2014), *Helsetilstanden i Norge*, Folkehelserapport.

Folkehelseinstituttet (2007), *TOPP- studien, Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid.*

Folkehelseinstituttet, *Folkehelseprofil for Hamar*.
http://www.fhi.no/helsestatistikk/statistikkbanker/kommunehelsa

Forskningsrådet (2009), *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001- 2009). Sluttrapport- syntese og analyse av evalueringens delprosjekter.*

Hamar kommune (2018): *Handlingsplan mot barnefattigdom 2018-2020*

Hamar kommune (2015): *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner*

Hamar kommune (2017), *Kunnskapsgrunnlag for revidering av Kommunedelplan for helse og omsorg 2014-2030.* Vedlegg til formannskapsak 33/17: Planprogram for revidering av Kommunedelplan for helse og omsorg.

Hamar kommune (2010), *Statusbeskrivelse for helse- og omsorgstjenestene i Hamar kommune.* Kommunestyret 18.10.2011

Helsedirektoratet (2012), *Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet,"* IS-1947.

Helsedirektoratet (2012), *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*, IS 1966.

Helsedirektoratet (2009), *Fra bekymring til handling*. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet, IS-1742.

Helsedirektoratet (2012), *Nasjonal faglig retningslinje.*

Helsedirektoratet (2008), *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering.*
Http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/lavterskeltilbud/Sider/default.aspx

Helsedirektoratet (2013), *Samhandlingsstatistikk 2011- 201, IS- 2040.*

Helsedirektoratet (2010), *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.*

Helsedirektoratet (2009)*, Utdanne nok og utnytte godt, Rapport 15/1673.*

Helsedirektoratet (2017): *Veileder om kommunenes oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov*

Helsedirektoratet (2015): *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*

Helse- og omsorgsdepartementet (2011), *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.*

Helse- og omsorgsdepartementet (2017), *Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale*

Helse Sør-Øst (2010): S*pesialisthelsetjenesten for eldre. Handlingsplan 2010-2020*

IRIS (2012), *Evaluering av tilbudet til rusavhengige i Hamar*. Rapport IRIS- 2012/296.

Johansen, Inger (2013): *Kommunal institusjonsbasert rehabilitering – organisering, innhold og nytteverdi*. UIO

Kittelsaa & Tøssebro (2011), *Store bofellesskap for mennesker med utviklingshemming. Rapport fra Samfunnsforskning AS, NTNU.*

Knutepunkt Sørlandet (2015), *Samhandling innen rehabiliteringsfeltet.* Prosjektrapport.

Kommunal- og regionaldepartementet (2013): *Nye vegar til framtidas velferd. Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren*

KoRus-Øst (2011), *Ungdomsundersøkelsen* (Ungdata 2011), Hamar kommune.

Kristiansand kommune (2013), *Helsefremmingsplanen. Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering*

Kristiansand kommune (2015), *Melding om Kristiansand kommunes kunnskapsgrunnlag for strategisk utvikling av fremtidsrettede tjenester på helse- og omsorgsfeltet. Speilmelding 2030*

Kvello (2010), *Barn i risiko,* Gyldendal Norsk Forlag.

Lai (1997), *Strategisk kompetansestyring*, 2. utgave.

Lov om folkehelsearbeid (2011).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011).

Lov om sosiale tjenester i Nav (2013)

Moland m.fl (2010), *Strategisk kompetanseutvikling i kommunene* (i regi av KS).

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
http://www.aldringoghelse.no/

NAV (2017): *Arbeid og velferd nr. 2*

Ness, Nils Erik m.fl. (2012), *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.* Rapport fra prosjektet Hverdagsrehabilitering i Norge. Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund og Ergoterapeutene.

Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) (2011), *Den vanskelige samhandlingen.*

NOU (2011:11), *Innovasjon i omsorg.*

Rambøll (2011), *Analyse av kommunens arbeid med integrering av innvandrere*.

Rambøll (2010), *Analyse av psykisk helsearbeid i Hamar kommune*.

Rambøll (2012), *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene – erfaringer med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø.*

Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren (2013), *Nye vegar til framtidas velferd.*

Romøren (2011), *Frivillig arbeid i omsorgssektoren - Oppskrytt eller undervurdert*. Foredrag i regi av Senter for omsorgsforskning, Østlandet.

Solvang og Slettebø (2012), *Rehabilitering*, Gyldendal norsk forlag.

Sosial- og helsedirektoratet (2005), *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten: Og bedre skal det bli! (2005-2015).*

Statistisk sentralbyrå: http://www.ssb.no/befolkning

St. meld. 19 (2014 – 2015), *Folkehelsemeldingen*

St. meld. 15 (2014 – 2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste*

St. meld. 29 (2012 – 2013), *Morgendagens omsorg.*

St. meld. 16 (2011 – 2015), *Nasjonal helse- og omsorgsplan*.

St. meld. 40 (2012-13), *Nedbygging av funksjonshemmedes barrierer.*

St. meld.47 (2008 – 2009), *Samhandlingsreformen*.

St. meld. 15 (2012 – 2013), *Vold i nære relasjoner*.

Zarit et al (1999), *Clinical Gerontology*.

Østlandsforskning (2009), *Befolkning, næringsliv og attraktivitet i Hamar*. ØF- rapport nr. 09/ 2009.

8 Vedlegg

8.1 Definisjoner og beskrivelser av sentrale begrep

Begrep	Definisjon/beskrivelse	Kilde
ACT-team og FACT-team	FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) og ACT-team (Assertive community treatment) er aktivt oppsøkende, tverrfaglige team som leverer både kommunale – og spesialisthelsetjenester.	
Boliger til omsorgsformål	*Boliger med heldøgns bemanning:* pr 2013 er dette Kløverenga, Kåtorp, Klukstuen og ulike typer bofellesskap med personalenhet. *Boliger uten heldøgns bemanning:* for eksempel kommunens leiligheter i Østregate 91 og 122 (OBOS Innlandet[65]) og Holsetgården. Dette er fysisk tilrettelagte boliger der beboerne får hjemmetjenester etter behov. Dette kan variere fra hele døgnet til noen timer i uka. Kommunen eier boliger som kalles både trygdeboliger og omsorgsboliger. Dette er i utgangspunktet samme type boliger. Årsaken til at boligene benevnes ulikt er tidspunktet de er bygget og at tilskuddsordningen hos Husbanken har endret navn. Trygde- og omsorgsboliger kan være med eller uten heldøgns bemanning.	
Bærekraftig	Begrepet bærekraftig utvikling kan defineres som *"en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov"*	Verdenskommisjonen for miljø og utvikling 1987:42.
Forebyggende helsearbeid	Mål for det sykdomsforebyggende arbeidet er å forhindre eller bremse utvikling av sykdom ved å redusere nivået av kjente risikofaktorer hos personen selv eller i miljøet.	http//www.forebygging.no
..primær-forebyggende…	Har som mål å forhindre at problem, skade eller sykdom oppstår i befolkningen. Vellykket primærforebyggende innsats vil føre til en reduksjon i antall nye sykdomstilfeller.	Prop 91 L 2010-2011
..sekundær forebyggende…	Har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptom på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som har blitt diagnostisert	Prop 91 L 2010-2011
..tertiær-forebyggende…	Har som mål å hindre at konsekvenser av sykdom og funksjonshemning medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensegangen mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbud er i praksis ofte uklar	Prop 91 L 2010-2011
Habilitering	Forstås på samme måte som rehabilitering, men dreier seg om tiltak rettet spesielt mot barn eller voksne med medfødte eller tidlige ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer	Helse- og omsorgstjenesteloven med departementets merknader. Medlex Norsk Helseinformasjon 2011
Helsefremmende arbeid	Mål for det helsefremmende arbeidet tar sikte på å bedre folks livskvalitet, trivsel og mulighet til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet. I en helsefremmende tilnærming tar man	http://www.forebygging.no

[65] Oslo og omegn boligbyggelag, avdeling Innlandet, tidligere HOBBL (Hamar og omegn boligbyggelag)

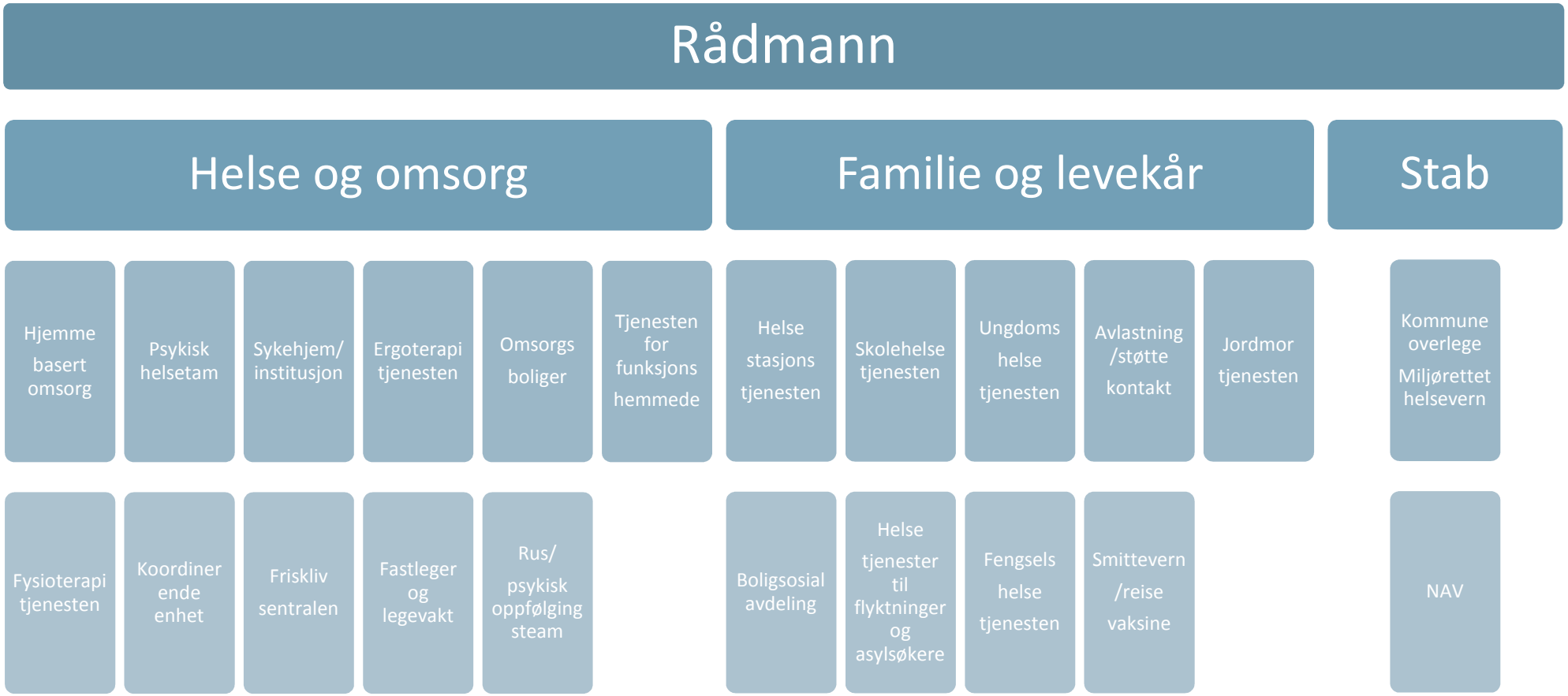
Begrep	Definisjon/beskrivelse	Kilde
	utgangspunkt i det som er bra og bygger videre på de ressurser som allerede er til stede.	
Hjemmerehabilitering	Se kap 3.4.3 Rehabiliteringstilbud i hjemmet skal bestå av: dagplasser, rehabiliteringsteam til brukere med behov for tverrfaglig og spesialisert rehabilitering og hverdagsrehabilitering.	
Hverdagsrehabilitering	Se kap.3.4.2	
Innovasjon	Innovasjon er prosessen med å utvikle nye ideer og realisere dem slik at de gir merverdi for samfunnet. Innovasjon er å tenke nytt og enda smartere, og finne nye løsninger på nye og gamle utfordringer.	Regjeringa sin strategi for innovasjon i kommunesektoren (2013)
Innvandrerhelse	Det er store forskjeller i innvandrerbefolkningens fysiske og psykiske helse og helseatferd. Forskjellige grupper innvandrere har ulike helseproblemer. Helsetjenesten må tilpasse sitt tilbud til innvandrerbefolkningens behov. Spesielt flyktninger og asylsøkere som har opplevd krig, tortur og andre traumatiske hendelser har dårligere psykisk helse enn befolkningen for øvrig. Psykisk helse har nær sammenheng med levekår, integrering og inkludering.	Helsedirektoratet
Intermediær	Mellomliggende, som ligger i midten – et mellomnivå mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i sykehjem. Sammenlignet med sykehjemmet har intermediærtilbudet høyere bemanning, større legedekning, mer medisinsk utstyr, samt andre helsefaglige tjenester.	Somatisk intermediærtilbud – utredning. RO rapport 8.juni 2012
Kompetanse	Besitte nødvendige kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger for å mestre oppgaver og nå mål	Lai (1997)
Lavterskel	Se kapittel 3.2.3.	Helsedirektoratet
Rehabilitering	Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.	Forskrift 2011-12-16 nr 1256: forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.
Risikofaktor	En risikofaktor er en fellesbetegnelse på forhold som øker faren for at personer utvikler vansker. Dette kan omfatte genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer. Se kap. 3.2.1 om beskrivelse av risiko- og beskyttelsesfaktorer.	
Tidlig innsats/intervensjon	Innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse (det samme som sekundærforebygging) Iverksette tiltak på riktig tidspunkt i et utviklingsforløp av sykdom eller lidelse i forhold til hva som er mest effektivt for helseutfall, sosiale problemer og for å spare lidelser.	Prop 91 L 2010-2011
Utskrivningsklar pasient	En pasient er utskrivningsklar når det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.	Forskrift 2011-11-18 nr. 1115: forskrift om kommunal

Begrep	Definisjon/beskrivelse	Kilde
	Vurderingen skal være basert på individuell helsefaglig vurdering etter bestemte kriterier og som dokumenteres i journalen.	medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklar pasient

Tabell 7 Definisjoner og sentrale begreper

8.2 Helse- og omsorgstjenester i Hamar kommune

8.2.1 Oversikt over tjenester pr. 2018



Figur 10 Oversikt over helse- og omsorgstjenester i Hamar kommune (2018)

8.2.2 Budsjett og årsverk

Helse og omsorg (2018):

- Årsverk: 879
- Budsjettramme: 606,8 mill. kroner
- Investeringsbudsjett: 37,0 mill. kroner.

8.3 Interkommunalt samarbeid

Legevakt	Samfunns-medisin	Kriseteam	Reisevaksine	Krisesenter
•Stange •Løten •Ringsaker •Hamar	•Stange •Løten •Ringsaker •Hamar	•Stange •Løten •Ringsaker •Hamar	•Løten •Ringsaker •Hamar	•Hamar • 8 andre kommuner i Hedmark

8.3.1 IKT-samarbeid

Norsk helsenett	Ressursstyrings-system
•Stange •Hamar	•Løten •Hamar

8.3.2 Samarbeid om kvalifisering og tilrettelagt arbeid

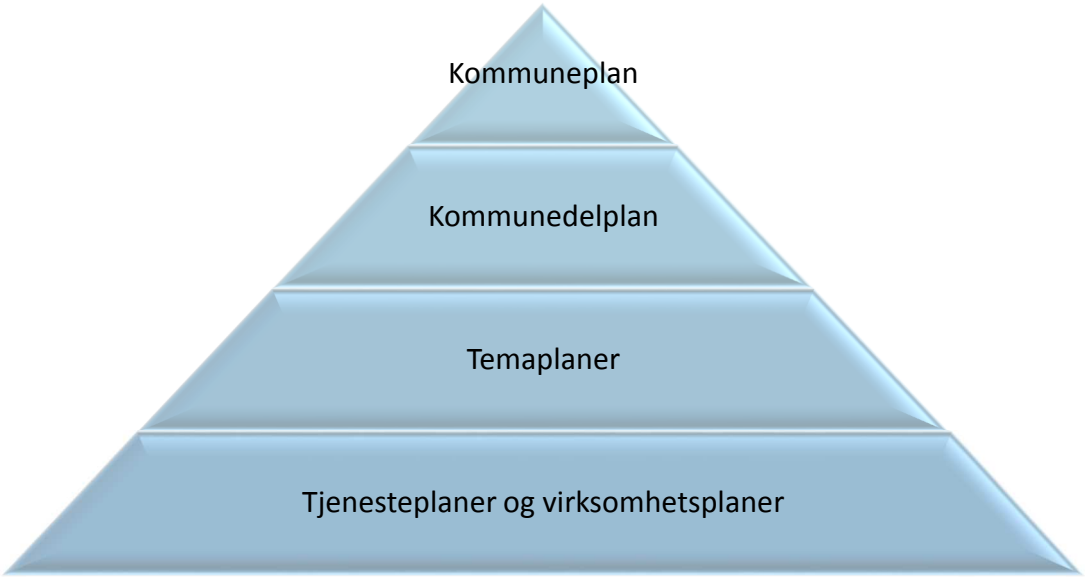
Mjøsanker AS
•Stange •Løten •Ringsaker •Hamar •Hedmark fylkeskommune

8.4 Sammenheng med andre planer

Kommunedelplanen (KDP) for helse og omsorg inneholder mange temaer som henger sammen med temaer i andre planer i kommunen. Disse planene er vist i figuren under. Komité for kultur og oppvekst jobber med en Oppvekstplan for Hamar (2018).

Figur 11 Sammenheng mellom helse- og omsorgsplanen og andre planer

8.5 Hamar kommunes planhierarki



Kommuneplan, kommunedelplan og temaplan er politisk vedtatte planer. Handlingsdelen i disse planene rulleres hvert år i forbindelse med handlings- og økonomiplanarbeidet.

8.6 Hamar kommunes alkoholpolitiske handlingsplan

Vedtatt av Hamar kommunestyre 3103.2004, med endringer av 15.3.2006, 16.4.2008, 11.4.2012 og 25.5.2016.

TILTAK FOR Å REGULERE TILGJENGELIGHETEN AV ALKOHOL

1 Tildeling av salgs- og skjenkebevillinger

a. Det kan gis følgende salgs- og skjenkebevillinger i kommunen:

- Faste salgs- og skjenkebevillinger.
- Bevilling for en bestemt del av året.
- Bevilling for enkeltanledninger.
- Ambulerende skjenkebevillinger for sluttet selskap.

b. Bevillingsperiode:

- Bevilling for faste salgs- og skjenkebevillinger kan gis for 4 år av gangen, men opphører senest 30. september året etter at nytt kommunestyre tiltrer.
- Kun bevillinger i en definert sentrumssone[66], bevillinger hvor det er skjedd endringer i styrer-/stedfortrederfunksjonen i løpet av perioden, og bevillinger som har blitt tildelt prikker iht. alkoholforskriften § 10-3, må fornyes hvert fjerde år.
- Bevilling for enkeltanledning gis for arrangementer med en varighet til og med 10 dager.

2 Salgsbevillinger

Kommunen gir salgsbevilling for

- Alkoholholdig drikk gruppe 1[1]
- Alkoholholdig drikk gruppe 1, 2[2] og 3[3] til Vinmonopolet.

Salgsstedene skal ha god informasjon om aldersgrense og legitimasjonsplikt ved kjøp av alkohol.

3 Skjenkebevillinger

a. Kommunen gir skjenkebevilling for følgende drikkevarer:

- Alkoholholdig drikk gruppe 1
- Alkoholholdig drikk gruppe 1, 2.
- Alkoholholdig drikk gruppe 1, 2 og 3.

[66] Grønnegata, Enggata, Strandgata og Kirkebakken
[1] Drikk som inneholder over 2,5 og høyst 4,7 volumprosent alkohol
[2] Drikk som inneholder over 4,7 og mindre enn 22 volumprosent alkohol
[3] Drikk som inneholder mellom 22 og 60 volumprosent alkohol

c. Det skal normalt ikke gis skjenkebevilling til serveringssteder som er lokalisert i typiske boligområder dersom disse kommer i for stor konflikt med tilliggende boliger.

d. For serveringssteder lokalisert inne i idrettsanlegg er det ikke tillatt å skjenke alkohol 3 timer før, under og 1 time etter idrettsarrangement. Det kan gjøres unntak fra forbudet i forbindelse med større internasjonale idrettsarrangement. Det skal likevel ikke gis tillatelse til å skjenke eller konsumere alkohol i samme lokale som idrettsarrangementet pågår eller i vrimlearealer/fellesområder.

e. Det gis ikke skjenkebevilling i tilknytning til familiearrangementer og andre arrangementer hvor barn og unge er målgruppe.

f. Skjenkebevillinger kan gis til konsepter som har en naturlig sammenheng med bruk av alkohol, som for eksempel serveringssteder, utesteder og kulturarrangementer. Det gis ikke faste bevillinger til arenaer som ikke har en slik naturlig sammenheng med bruk av alkohol. Det vil blant annet omfatte detaljhandel, fellesområder i kjøpesentre, bibliotek og kantiner.

Det åpnes også for å gi skjenkebevilling til frisører, velværetilbud og lignende, hvor barn og unge ikke er en del av målgruppen og hvor eksponeringen og omsetningen av alkohol er begrenset. Slik skjenkebevilling kan kun gis for alkoholholdig drikk med lavere alkoholinnhold enn 22 volumprosent alkohol (gruppe 1 og 2).

Det gis ikke skjenkebevilling til bensinstasjoner, kiosker og gatekjøkken.

g. Det stilles krav om tilstrekkelig vakthold, herunder dørvakt, for skjenkesteder hvor det etter en helhetlig vurdering er nødvendig for å sikre god kontroll ved skjenkestedet. I vurderingen vil særlig skjenkestedets størrelse, konsept, og oversiktlighet i lokalet bli vektlagt. Dørvaktene skal ha gjennomgått opplæring og være godkjent av politiet.

h. Brennevinsbevilling kan kun tildeles steder som har minimum 20 års aldersgrense. Kravet til aldersgrense gjelder ikke for typiske spisesteder.

4 Salgs- og skjenketider

Skjenke- og salgstider for alkohol følger av egne forskrifter for kommunen. Det skal som hovedregel ikke gis dispensasjon fra forskriftene om salgs- og skjenketid.

Bevillingshavere kan etter søknad gis dispensasjon fra forskriftene om salgs- og skjenketid i forbindelse med gjennomføring av større arrangementer med spesiell betydning for Hamar. Som eksempel kan nevnes idrettsgalla og større idrettsmesterskap av nasjonal betydning.

5 Delegering, saksbehandling mv

a. Kommunestyrets delegeringer etter alkoholloven fremgår av kommunens generelle delegeringsreglement.

b. For nye etableringer må det legges fram godkjente byggetegninger før søknaden blir behandlet. Gjennomførte investeringer gir ikke rett til å få innvilget søknad om skjenkebevilling.

c. Behandlingstid for saker om brudd på alkoholloven bør være innenfor 45 dager.

6 Gebyr for salg og skjenking

a. For faste bevillinger og enkeltanledninger beregnes det årlig et gebyr for hver enkelt bevilling på grunnlag av forventet omsatt mengde alkoholholdig drikk. Beregningsgrunnlagt mv, er nærmere regulert i alkoholforskriften kap. 6 og kommunens gebyrregulativ.

Bevillingshaver plikter å sende inn oppgave over faktisk mengde omsatt alkohol. Oppgaven skal være bekreftet fra bryggeri/grossist/importør eller annen med salgs- eller engrosbevilling etter alkoholloven. Oppgaven skal i tillegg være bekreftet av virksomhetens revisor eller ekstern regnskapsfører.

b. For ambulerende bevillinger er det fastsatt et fast gebyr. Gebyrsatsen fremgår av kommunens gebyrregulativ.

Gebyret for salg og skjenking skal dekke kommunens utgifter til saksbehandling, kontroll av bevillingshaverne og alkoholkontrollutvalgets arbeid for øvrig.

7 Gjennomføring av kunnskapsprøven etter alkoholloven

a. Hamar kommune avholder kunnskapsprøve etter alkoholloven for styrere og stedfortredere, normalt innen 1 mnd etter at den har mottatt melding om at prøve ønskes avlagt.

b. Fremmedspråklige og prøvetakere som har skrive- og lesevansker kan etter søknad/fremleggelse av legeattest få forlenget prøvetiden med 30 minutter og benytte ordbok. Fremmedspråklige kan gis anledning til å benytte norsk-fremmedspråklig og benytte ordbok. Bruk av tolk tillates ikke. Fremmedspråklige og prøvetakere som har skrive- og lesevansker kan etter søknad få tilbud om å avlegge muntlig prøve.

c. Før prøven avlegges må prøvetaker fremvise legitimasjon og dokumentere at prøvegebyr pålydende kr 400,- er innbetalt.

8 Samarbeidsforum for salg og skjenking av alkohol

Kommunens samarbeidsforum for alkohol består av en representant fra politiet, en representant fra salgsnæringen, en representant fra skjenkenæringen og tre valgte politiske representanter. Rådmannen stiller sekretariat til disposisjon for komiteen. Rådmannen stiller i møte med talerett personlig, eller med en av sine underordnede.

Samarbeidsforumet for salg og skjenking av alkohol skal jobbe for en ansvarlig og forutsigbar alkoholhåndtering, og skal blant annet sørge for møtearenaer med bransjen for informasjon og kompetanseheving. Utvalget skal bidra til:

- gode, trygge møtesteder for befolkningen
- å redusere skadevirkninger ved bruk av alkohol, herunder rusrelatert kriminalitet, skader og ulykker i lokalmiljøet
- forutsigbare vilkår for salgs- og skjenkenæringen
- større forståelse av skjenkebestemmelsene
- økt trivsel for gjester og ansatte på utesteder
- bidra i det holdningsskapende arbeidet knyttet til ungdom og rusmidler

Samarbeidsforumet skal ha særskilt fokus på barn og unge, herunder tiltak for å hindre langing og skjenking av alkohol til mindreårige.

Melding om reaksjoner som blir ilagt bevillingshavere skal oversendes samarbeidsforumet til orientering. Generelle problemstillinger som viser seg gjennom kontrollrapportene eller på annen måte skal legges frem for samarbeidsutvalget for vurdering, herunder vurdering av konkrete tiltak.

9 Kontroll med salgs- og skjenkebevillinger

a. I henhold til alkoholforskriften § 9-4 skal salgs- og skjenkekontroll særlig omfatte salgs- og skjenketider, aldersgrensebestemmelser, samt at det ikke selges eller skjenkes til personer som er åpenbart påvirket av rusmidler.

Administrasjonen skal ta imot rapportene fra kontrollørene, og avgjøre hvorvidt det er grunnlag for å reagere. Tildeling av prikker iht. alkoholforskriften § 10-3, herunder inndragning, avgjøres av rådmannen.

b. Følgende overtredelser fører til tildeling av åtte prikker, jf. alkoholforskriften § 10-3:
- salg, utlevering eller skjenking til person som er under 18 år, jf. alkoholloven § 1-5 annet ledd
- brudd på bistandsplikten, jf. § 4-1 annet ledd i denne forskriften
- brudd på kravet om forsvarlig drift, jf. alkoholloven § 3-9 og § 4-7
- hindring av kommunal kontroll, jf. alkoholloven § 1-9.

Følgende overtredelser fører til tildeling av fire prikker:
- salg og utlevering til person som er åpenbart påvirket av rusmidler, jf. § 3-1 i denne forskriften, skjenking til person som er eller må antas å bli åpenbart påvirket av rusmidler, jf. § 4-2 første ledd i denne forskriften
- brudd på salgs-, utleverings- og skjenketidsbestemmelsene, jf. alkoholloven § 3-7 og § 4-4
- skjenking av alkoholholdig drikk gruppe 3 til person på 18 eller 19 år, jf. alkoholloven § 1-5 første ledd
- brudd på alderskravet til den som selger, utleverer eller skjenker alkoholholdig drikk, jf. alkoholloven § 1-5 tredje ledd.

Følgende overtredelser fører til tildeling av to prikker:
- det gis adgang til lokalet til person som er åpenbart påvirket av rusmidler, eller bevillingshaver sørger ikke for at person som er åpenbart påvirket av rusmidler forlater stedet, jf. § 4-1 i denne forskriften
- mangler ved bevillingshavers internkontroll, jf. alkoholloven § 1-9 siste ledd, jf. kapittel 8 i denne forskriften
- manglende levering av omsetningsoppgave innen kommunens frist, jf. kapittel 6 i denne forskriften
- manglende betaling av bevillingsgebyr innen kommunens frist, jf. kapittel 6 i denne forskriften
- brudd på krav om styrer og stedfortreder, jf. alkoholloven § 1-7c
- gjentatt narkotikaomsetning på skjenkestedet, jf. alkoholloven § 1-8 annet ledd
- gjentatt diskriminering, jf. alkoholloven § 1-8 annet ledd.

Følgende overtredelser fører til tildeling av én prikk:
- brudd på kravet om alkoholfrie alternativer, jf. § 4-6 i denne forskriften
- brudd på regler om skjenkemengde, jf. § 4-5 i denne forskriften
- konsum av medbrakt alkoholholdig drikk, jf. § 4-4 i denne forskriften
- gjester medtar alkohol ut av lokalet, jf. § 4-4 i denne forskriften
- brudd på krav om plassering av alkoholholdig drikk på salgssted, jf. § 3-3 i denne forskriften
- brudd på vilkår i bevillingsvedtaket, jf. alkoholloven § 3-2 og § 4-3
- brudd på reklameforbudet, jf. alkoholloven § 9-2, jf. kapittel 14 i denne forskriften
- andre overtredelser som omfattes av alkoholloven § 1-8 første ledd, jf. blant annet alkoholloven § 3-1 sjette ledd, § 4-1 annet ledd, § 8-6, § 8-6a, § 8-12 og § 8-13.

c. Ved overtredelser som nevnt i pkt. c skal kommunen tildele bevillingshaver et bestemt antall prikker, jf. alkoholforskriften § 10-2. Likeartede brudd avdekket ved samme kontroll skal anses som ett enkelt brudd. Dersom bevillingshaver i løpet av en periode på to år er tildelt til sammen 12 prikker, skal kommunestyret inndra bevillingen for et tidsrom på én uke.

Dersom det i løpet av toårsperioden blir tildelt flere enn 12 prikker skal kommunestyret øke lengden på inndragningen tilsvarende.

Ved beregning av toårsperioden skal overtredelsestidspunktene legges til grunn.

Toårsperioden gjelder uavhengig av om bevillingen er fornyet i løpet av perioden, jf. alkoholloven § 1-6. Ved overdragelse begynner ny periode på overdragelsestidspunktet, jf. alkoholloven § 1-10 første ledd.

Bevillingshaver som blir ilagt advarsel prikker eller får bevillingen inndratt skal følges opp med hyppige kontroller.

d. Det er et vilkår for å inneha bevilling at bevillingshaver deltar på møter med Samarbeidsforum for salg og skjenking av alkohol. Brudd på vilkår i bevillingsvedtaket fører til tildeling av én prikk.

e. Det er et vilkår for å få skjenkebevilling at styrer og stedfortreder fremviser dokumentasjon på at de har bestått e-læringskurs i ansvarlig vertskap; https://ansvarligvertskap.helsedirektoratet.no/client/default.aspx?CAID=331280&ChangedCourse=true. For bevillinger som skal fornyes må kurset være bestått innen 31.12.2016.

10 Vandelsvurderinger

Bevillingshaver og personer som har vesentlig innflytelse på virksomheten, må ha utvist uklanderlig vandel i forhold til alkohollovgivningen og bestemmelser i annen lovgivning som har sammenheng med alkohollovens formål, samt skatte- og avgifts- og regnskapslovgivningen, jf alkoholloven § 1-7. Videre må styrer og stedfortreder ha utvist uklanderlig vandel i forhold til alkohollovgivningen og bestemmelser i annen lovgivningen som har sammenheng med alkohollovens formål, jf lovens § 1-7 c fjerde ledd.

Hvorvidt vandelskravet er oppfylt inngår i bevillingsmyndighetens forvaltningsskjønn og beror på en konkret vurdering. Hamar kommune legger følgende føringer til grunn for skjønnsutøvelsen:

10.1 Før ny skjenke- eller salgsbevilling innvilges skal det innhentes vandelsvurdering fra politiet og skatte- og avgiftsmyndighetene. Vandelsvurdering kan etter en konkret vurdering innhentes fra Tollvesenet. Vandelsvurdering kan utelates dersom man tidligere har foretatt slik vurdering av virksomheten og personer som omfattes av vandelskravet, og ny vurdering ikke anses som nødvendig.

10.2 Vandelskravet ses i sammenheng med alkohollovens formål som er å redusere de samfunnsmessige og individuelle skader alkoholbruk kan innebære, samt å bekjempe økonomisk kriminalitet. I vurderingen vektlegges lovbruddets grovhet, alder, utvist skyld og hvorvidt det foreligger gjentakelser eller flere overtredelser. Det vil bli vektlagt om forholdet er utført i ruspåvirket tilstand eller har tilknytning til næring.

10.3 Forsettlige eller grovt uaktsomme overtredelser av skatte-, avgifts-, og regnskapslovgivningen, herunder toll- og særavgiftslovgivningen, og er klassifisert som forbrytelser, medfører normalt at vandelskravet ikke er oppfylt. Det samme gjelder uaktsomme overtredelser av vesentlig omfang, enten overtredelsen er klassifisert som forbrytelse eller forseelse.

10.4 I saker hvor det foreligger skatte- og avgiftsrestanser av betydning vil vandelskravet ikke være oppfylt med mindre det dokumenters at det er inngått skriftlig betalingsavtale med skatte- og avgiftsmyndigheten, og at denne er overholdt.

10.5 Overtredelser av narkotikalovgivningen medfører normalt at vandelskravet ikke er oppfylt.

10.6 Andre overtredelser av alkohollovgivningen og annen lovgivning som har sammenheng med alkohollovens formål og som er klassifisert som forbrytelser, herunder forbrytelser mot liv, legeme og helbred, medfører normalt at vandelskravet ikke er oppfylt.

10.7 Forseelser, herunder forstyrrelse av den alminnelige fred og orden mv, vil normalt medføre at vandelskravet ikke er oppfylt dersom forholdet ligger mindre enn 3 år tilbake i tid.

10.8 Promillekjøring medfører normalt at vandelskravet ikke er oppfylt.

10.9 Med unntak av narkotikaforbrytelser, vil det normalt ikke bli lagt vekt på forhold som ligger mer enn fem år tilbake i tid, med mindre det dreier seg om grove overtredelser av lovgivningen. Mindre alvorlige overtredelse og forhold som ligger mer enn 5 år tilbake i tid, vil etter en helhetsvurdering også kunne bli vektlagt dersom det dreier seg om flere overtredelser eller gjentakelser. Det tas ikke hensyn til forhold som er mer enn 10 år gamle.

10.10 I saker som ikke er endelig avgjort av forvaltningen eller domstolen kan bevilling etter en konkret vurdering innvilges for en periode inntil avgjørelse i saken forventes å foreligge.

Opplistingen over er ikke uttømmende.

8.6.1 Forskrift om åpningstider for serveringssteder og salgs- og skjenketider for alkoholholdig drikk, Hamar kommune, Hedmark.

Fastsatt av Hamar kommunestyre 10. mai 2000 med hjemmel i lov av 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. § 3-7 og § 4-4 og lov av 13. juni 1997 nr. 55 om serveringsvirksomhet (serveringsloven) § 15. Endret 31. mars 2004 nr. 685 og 15. mars 2006 nr. 359, 21. mai 2008 nr. 650, 26. august 2015 nr. 1006 og 25. mai 2016.

§ 1. *Åpningstider for serveringssteder*

Serveringssteder uten skjenkebevilling kan holde åpent fra kl 06.00 til kl. 02.30. Serveringssteder med skjenkebevilling kan holde åpent fra kl. 06.00 til kl. 02.00. Bensinstasjoner kan holde døgnåpent.

Det kan vedtas innskrenkninger i åpningstiden for det enkelte serveringssted dersom særlige grunner foreligger.

§ 2. *Skjenketider for alkoholholdig drikk*

Skjenking av alkoholholdig drikk med lavere alkoholinnhold enn 22 volumprosent alkohol (gruppe 1 og 2) kan skje fra kl. 08.00 til kl. 01.30. Skjenking av alkoholholdig drikk med 22 volumprosent alkohol eller mer (gruppe 3) kan skje fra kl. 13.00 til kl. 01.30.

Det kan vedtas innskrenkninger i skjenketiden for det enkelte skjenkested.

Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter skjenketidens utløp.

§ 3. *Salgstider for alkoholholdig drikk*

Salg og utlevering av alkoholholdig drikk med høyst 4,7 volumprosent alkohol (gruppe 1) kan skje fra kl. 08.00 til kl. 20.00. På dager før søn- og helligdager, unntatt Kristihimmelfartsdag, skal salget opphøre kl 18.00.

Salg og utlevering av drikk som nevnt i første ledd skal ikke skje på søn- og helligdager, 1. og 17. mai.

§ 4. *Dispensasjon*

Bevillingshavere kan etter søknad gis dispensasjon fra forskriftene om salgs- og skjenketid i forbindelse med gjennomføring av større arrangementer med spesiell betydning for Hamar.