

BEHOVSPLAN FOR HELSE- OG MESTRINGSTJENESTER 2023-2040



Lillestrøm kommune

Vedtatt av Kommunestyret 29.03.2023

Innhold

FORORD	2
1. Forankring og hensikt	3
2. Oppsummering om utviklingstrekk fram mot 2040	3
3. Bærekraftig utvikling må baseres på omstilling i tjenestene	5
4. Bærekraftsprinsipper for helse- og mestringstjenestene mot 2040	7
5. Tidligere utredning om Helsehuskonseptet	8
6. Samlede behov i perioden mot 2040	9
6.1. Fastlegene	9
6.2. Helsefremmende og forebyggende helsetjenester	9
6.3. Aktivitetstilbud for seniorer og eldre	10
6.4. Hjemmesykepleie	12
6.5. Boliger med bemanningsbase for seniorer og eldre	14
6.6. Plasser i institusjon	15
6.7. Boliger og tjenester til personer med utviklingshemming	17
6.8. Tjenester til personer med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk	18
6.9. Behov ved legevaktjenesten	20
6.10. Matomsorg	20
6.11. Vedlikeholdsbehov i eksisterende lokasjoner	21
7. Mulighetsrom for kapasitetsutvidelser	21
8. Prioriteringer	23

FORORD

Lillestrøm kommune må utvikle bærekraftige helse- og mestringstjenester for å møte fremtidens behov. En av de største utfordringene vi står foran, er at vi ikke vil ha nok vekst i antall helsepersonell for å møte behovene i en sterkt aldrende befolkning. Vi må derfor bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før, og det må forventes færre ansatte per bruker. Det er et økende sprik mellom forventningene i befolkningen knyttet til omfang, kvalitet og utbredelse av helse- og mestringstjenestene, og tjenestenes mulighet til å møte forventningene, som følge av personellmessige og finansielle begrensninger. Dette betyr at det må skje store omstillinger i helse- og mestringstjenestene, samtidig som vi bygger ut kapasiteter i form av flere plasser og flere årsverk. I denne omstillingen må vi se på oppgavefordelingen mellom helsepersonell og andre yrkesgrupper, på organisering av tjenestene i nye sammenhenger, på teknologi og digitale løsninger, på hvilke oppgaver tjenesten må redusere eller avvikle, på arbeidstid, nærvær og heltid samt på kompetansebehov. Vi må også samskape med andre aktører på nye måter. Morgendagens tildeling og utøvelse av tjenester må skje på helt andre måter enn i dag.

Det er et mål at flere skal mestre egne liv i eget hjem. For å få til dette må vi satse på helsefremmende og forebyggende tjenester og en robust hjemmebasert tjeneste, som inkluderer gode avlastnings- og aktivitetstilbud samt gode legeintensive tjenester som korttidsplasser og kommunal akutt døgnenhet. I eldreomsorgen anbefales det en omstilling i tjenesteytingen fra institusjon til hjemmebasert tjeneste, gjennom en reduksjon av nivået for langtidsplasser. Dette kan forsvares så lenge det parallelt skjer en nødvendig styrking i de tjenester som ligger i forkant av institusjon. På denne måten kan vi bremse veksten i institusjonsplasser og heller prioritere midler og personell til hjemmebasert tjeneste på flere områder. Samlet i perioden mot 2040 er det likevel behov for 160 omsorgsboliger for eldre og 242 institusjonsplasser. I hjemmesykepleien er det behov for mellom 168 og 194 årsverk fram mot 2040.

Dette er store behov. Dette må imidlertid ses i sammenheng med en lenge varslet vekst i antall eldre og personer med demens, samtidig som tilgangen til personell og økonomiske ressurser er begrenset. Utfordringsbildet understreker at tydelige prioriteringer nå er helt nødvendig for å lykkes. Det vil ikke være mulig å prioritere vekst i alle tjenester – selv om de økonomiske midlene kunne vært der, vil kommunen ikke få tak i personellet som trengs. Kommunene trenger prioriteringer som begrenser veksten i behov og som åpner for nytenking og alternativer til de tradisjonelle tjenestene.

1. Forankring og hensikt

Hensikten med behovsplanen er å skape bærekraftig utvikling av helse- og mestringstjenestene fram mot 2040. Planen identifiserer behov for omstilling og kapasitetsutvidelser i tjenestene, og viser mulighetsrom for hvordan behovene kan løses. Videre gir den grunnlag for nødvendige prioriteringer som må vurderes i årlige budsjettprosesser.

Behovsplan for helse- og mestringstjenestene bygger på kommunens verdier, FNs bærekraftsmål, overordnede mål fastsatt i kommuneplan og ulike strategier som er vedtatt i kommunen. Oppdraget om å utvikle en behovsplan ble gitt av kommunestyret i forbindelse med vedtak om «Planstrategi 2020-2023» i møte den 7. oktober 2020.

2. Oppsummering om utviklingstrekk fram mot 2040

Som grunnlag for behovsplanen er det utarbeidet et kunnskapsgrunnlag om utfordringsbildet og utviklingstrekk fram mot 2040. Nedenfor gis en oppsummering av hovedtrekkene.

Demografi og sykdomsforekomst

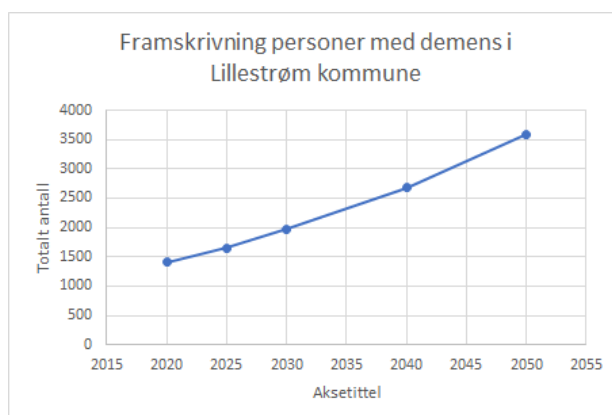
Den demografiske utviklingen tilsier at behovet for helse- og mestringstjenester kommer til å øke betraktelig i årene som kommer, og det vil i stor grad være behovet for tjenester til eldre som vil øke mest. Oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen forventes å forsterke presset på de kommunale tjenestene på flere områder.

Når det gjelder aldring og sykdom, viser utviklingsscenarier fram mot 2030 at en stadig økende andel av sykdom og helseproblemer vil ramme de eldre, ettersom helseproblemer øker med alderen. Gruppen eldre har gjerne flere sykdommer samtidig. Fordi hyppigheter av de fleste sykdommer øker med alderen, vil også utfordringer relatert til flere samtidige kroniske sykdommer øke med alderen.

Nedsatt funksjonsevne kan skyldes tap av, skade på eller variasjoner i psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. Mennesker med nedsatt funksjonsevne er en sammensatt gruppe med ulike utfordringer. Forekomsten av nedsatt funksjonsevne øker med økende alder. I aldersgruppen over 65 år antas det at omtrent 10-14 prosent har nedsatt funksjonsevne. For personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse kan aldring medføre særskilte utfordringer.

Veksten i eldre vil medføre økning i risikoutsatte eldre og det forskningen omtaler som skrøpelige eldre. Dette er eldre som kjennetegnes ved grader av underernæring/vekttap, langsom bevegelse, behov for hvile, generell svakhet, frykt for å falle/ustøhet, reduksjon kognitivt, blir lett forvirret, hjelpetrengende og økt helsetjenesteforbruk. Funksjonsnivået kommer til uttrykk hos den enkelte på ulike måter, og her er det stor variasjon og uforutsigbarhet. De skrøpelige eldre har en annerledes risikoprofil og sårbarhet, de er mer utsatt for sykehusinnleggelse og økt dødelighet, og er «storforbrukere» av helsetjenester.

Antall personer med demenssykdom vil ifølge Demenskartet øke med ca. 90 % i perioden 2020 til 2040 i Lillestrøm kommune.



Psykiske lidelser og skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler er den viktigste årsaken til tap av helse blant barn, unge og voksne i arbeidsfør alder. Alvorlig rusproblematikk og konsekvenser av dette vil trolig sees hyppigere, da alkoholforbruket også er økende i gruppen 75+. Depresjon er de vanligste psykiske lidelsene hos eldre. Alvorlig depresjon er trolig underdiagnostisert i gruppen.

Det kan være vanskelig å skille mellom tegn på normal aldring og tegn på aldersrelaterte sykdommer hos personer med utviklingshemning. Personer med Downs syndrom har av genetiske årsaker økt risiko for å utvikle demens. Ved 40 års alder vil nesten alle ha utviklet de samme forandringene i hjernen som ved Alzheimers sykdom. Forskning viser at personer med psykisk utviklingshemning er mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser enn befolkningen ellers. Noen ganger kan utviklingshemningen i seg selv overskygge symptomer på psykiske lidelser.

Hjerte- og karsykdommer, kreft, kols og diabetes står for to av tre dødsfall i Norge, og utgjør en stor andel av konsultasjonene i helsetjenesten. På nasjonalt nivå vet vi at muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd samlet sett.

Tilgang til helsepersonell og oppgavefordeling

Demografiskiftet, med sterk økning i antall eldre, skaper behov for helsetjenester og dermed behov for mer helsepersonell. Samtidig ser vi at den prosentvise veksten for antall barn og unge er ganske begrenset, og nivået på vekst i antallet yrkesaktive vil flate ut. Det betyr at vekst i antall helsepersonell ikke vil være tilstrekkelig for å dekke behovet som veksten i antallet eldre representerer. Den sterke veksten i seniorbefolkningen vil gi en utfordring for bemannede tjenestetilbud i kommunen, dersom man kun ser på demografiens perspektiver. Kommunen har allerede store utfordringer med å rekruttere helsepersonell, inkludert fastleger.

NOU 2023:4 «Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet den 2. februar 2023, og er omtalt som rapporten fra Helsepersonellkommissjonen. Rapporten understreker utfordringene med tilgang til helsepersonell i årene som kommer, og foreslår tiltak for å utvikle fremtidige bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Helsepersonellkommissjonen uttaler at helse- og mestringstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og mestringstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det vil bli færre ansatte per pasient. Helsepersonellkommissjonen opplever et økende sprik mellom forventningene i befolkningen knyttet til omfang, kvalitet og utbredelse av helse- og mestringstjenestene, og tjenestenes mulighet til å møte forventningene, som følge av personellmessige og finansielle begrensninger. En forutsetning for å utvikle en bærekraftig helse- og mestringstjeneste, er at personellet, befolkningen og folkevalgte har kunnskap om begrensninger og realiteter som utfordrer den offentlig finansierte tjenesten. Det vises til at det er behov for en felles erkjennelse av tjenestenes realistiske omfang og kvalitet. Det er krevende, for alle, å begrense tilbudet til pasientene og brukerne, ikke minst for helsepersonellet som står i klinisk arbeid i møte med den enkelte pasient.

Helsepersonellkommissjonen viser videre til at det ikke er mulig å bemanne seg ut av alle utfordringer som tjenestene kommer til å stå overfor. Kommisjonen viser til at helt uavhengig av det fremtidige økonomiske handlingsrommet, er det personelltilgangen som begrenser tjenestene og hindrer dem i å utvikle seg videre med dagens innretning. Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende. Kommisjonen uttaler at hovedprioriteten i årene fremover bør være å utvikle tiltak og investere i løsninger som gir lavest mulig personellvekst i tjenestene.

Helsepersonellkomisjonen anbefaler helhetlig innsats på flere tiltaksområder, som sammen vil bidra til omstillingen. Tiltakene er strukturert under følgende seks områder:

- organisering av helse- og mestringstjenestene,
- oppgavedeling,
- arbeidsforhold og arbeidstid,
- utdanning og kompetanseutvikling,
- prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester,
- digitalisering og teknologisk utvikling.



Fremtidens kostnadsbilde

Kilde: NOU 2023:4

Beregning fra KS av årlig utgiftsvekst innen helse og mestring grunnet økningen i antallet eldre alene, viser at det vil være begrensede økonomiske rammer for å møte fremtidens behov. De samme beregningene gjort pr. juli 2022 viser at helse og mestring i Lillestrøm kommune vil ha behov for tilnærmet 585 millioner kroner i perioden 2022-2031 grunnet demografiutviklingen. Dette er store summer, og gir behov for krevende prioriteringer i kommunen i årene som kommer.

Helsefelleskapet og endring av oppgave- og ansvarsfordeling

Langtidsplanene for spesialisthelsetjenesten vektlegger en utvikling av pasientens helsetjenester, der oppfølging i større grad skal løses utenfor sykehusenes vegger, gjennom poliklinisk behandling eller ved oppfølging i hjemmet. Slike endringer i sykehusets arbeidsmåter, medfører at kommunen vil få oppfølgingsansvar for flere innbyggere med komplekse og ressurskrevende behov. Forskning viser at dette vil være en positiv retningsendring for innbyggeren, særlig de sårbare og skrøpelige eldre som ikke tåler overganger like godt som andre. Oppfølging i hjemmet krever spesialisert kompetanse og tilgjengelig medisinsk teknisk utstyr/teknologi i kommunens helsetjeneste. Videre vil det kreve nye former for tverrfaglig samarbeid mellom kommune og sykehus og internt i kommunen. Dette gjelder både innen somatikken og psykiske helsetjeneste, og for alle aldre.

I tillegg erfarer kommunen at oppfølging av enkeltbrukere som faller utenfor spesialisthelsetjenestenes definisjon av eget ansvarsområde har store og komplekse behov som utfordrer juridiske rammer, kapasitet og kompetanse i våre tjenester. Vi ser det innen alderspsykiatri, oppfølging av personer med psykiske lidelser og avhengighetslidelser, demensoppfølging og oppfølging av tung adferdsproblematikk. Dette vil kreve utvikling av spesialkompetanser og tjenester i kommunen.

3. Bærekraftig utvikling må baseres på omstilling i tjenestene

De samlede utfordringene innebærer at det ikke er bærekraftig å videreføre dagens drift i fremtiden. Det er helt nødvendig å omstille tjenester, endre kulturer og tilpasse forventninger da kommunen ikke vil ha økonomiske ressurser eller tilgang til personell til å håndtere en slik befolkningsvekst og økning i oppgaveporteføljen. Helse- og mestringstjenester kan i fremtiden ikke ytes på samme måte som i dag, og omstillingstakten må økes betraktelig for å kunne møte behovene. Kapasitetsutvidelser alene er ikke tilstrekkelig for å sikre nødvendig bærekraft – dette må kobles med andre faglige og organisatoriske prosesser for å sikre omstilling.

Tjenestene må se helhetlig på utfordringene og behovene, og være nytenkende i endring av arbeidsprosesser. Det er her ikke snakk om justeringer, men store omstillinger som må være

kræftfulle nok til å møte komplekse utfordringsbilder. For å skape bærekraftige tjenester, må ledere gå i front for omstilling og endring, og ha rammer for å sikre drift, utvikling og nytenking i en sammenheng. Faget og rammene er i endring, og kommunen må skape en morgendagens praksis som er vesentlig annerledes enn gårsdagens.

Følgende føringer og utviklings- og omstillingsarbeider vil være helt sentrale, og påvirker vurderingene av hvordan fremtidens tjenestekapasiteter må være:

a) Prioriteringer

Å prioritere er å ta bevisste valg om hva som skal gjøres først og hva som må vente, om hvem som skal få og hvem som skal få mindre eller hvem som ikke skal få. Prioriteringsvalg i helsesektoren er vanskelige fordi de har implikasjoner som er viktige for liv og helse (kilde: Helsedirektoratet Prioriteringsveileder i helsetjenesten). Det er gjort flere utredninger av kriterier for prioritering i helsetjenesten, som gjerne har sitt utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid svært relevant å kunne anvende verdiene, prinsippene og kriteriene derfra også i kommunal helsetjeneste. Det er i 2023 planlagt å utvikle en nasjonal prioriteringsveileder for kommunal helsetjeneste.

Det er ulike typer beslutninger hvor prioritering er nødvendig:

- beslutninger i klinisk praksis, som vanligvis skjer i møtet mellom enkeltpasienten og helsetjenesten
- beslutninger om fordeling av budsjettammer mellom ulike tiltak innen en kommune
- beslutninger om innføring av legemidler, behandlingsmetoder, diagnostikk, folkehelseprogram e.l. - med andre ord beslutninger om endring av kapasitet
- politiske beslutninger på samfunnsnivå om fordeling av ressurser mellom ulike typer offentlige tjenester, mellom ulike typer helsetjenester og lignende.

Behovsplanen vil vise at behovene for fremtidige kapasitetsutvidelser i Lillestrøm kommune er mange og store, og stiller krav til tydelige prioriteringer i tjenestene. Enkelte tiltak må settes foran andre tiltak, med den konsekvens at noen tilbud og tjenester i kommunen må reduseres eller avvikles. Prioritering handler om å redusere på noen områder for å skape handlingsrom til å løfte andre områder. Det er ikke økonomiske ressurser eller helsepersonell tilgjengelig til at alle tiltak kan prioriteres høyest for styrking – det må foretas valg som skaper bærekraft.

b) Forventningsavklaringer

Innbyggerne har og tar ansvar for eget liv og egne livsvalg. I denne sammenheng er det viktig å styrke innbyggerens helsekompetanse og legge til rette for avklaringer av hva tjenestene kan bidra med og ikke minst hva tjenesten ikke bidrar med. Dette må inngå i dialogen med innbyggerne og kommuniseres både på individnivå, gruppenivå og samfunnsnivå. Kommunen vil i nær fremtid ikke kunne yte samme omfang og innhold i tjenester som vi gjør i dag, og mindre viktige tjenestetilbud vil måtte nedprioriteres. Denne endringen krever gode forventningsavklaringer og omstilling av tankesett og kultur hos innbyggere, folkevalgte, medarbeidere. Dette er et viktig kommunikasjonsarbeid, og er særlig viktig i en tid hvor fremtidens kapasiteter må tilpasses utfordringsbildet.

c) Samfunnsutvikling, frivillighet, kultur og møteplasser

Noen av de viktigste virkemidlene for å gjøre presset på helse- og mestringstjenestene mindre ligger i andre tjenesteområder. I kommunen må det satses målrettet på å sikre gode kulturtilbud, gode boligområder, lokale møteplasser, tilgang på turveier og en mangfoldig frivillighet. Dette forebygger ensomhet, bidrar til innbyggernes livskvalitet og helse, og vil på sikt gjøre at trykket på helsetjenestene blir mindre.

d) Organisering, oppgavefordeling og kompetanse

Helsepersonellkomisjonen vurderer at helse- og mestringstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må tjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient. Utviklingsbildet viser at det ikke er mulig å bemanne seg ut av alle utfordringer som helse- og mestringstjenesten kommer til å stå overfor. For fremtidig bærekraft er det helt essensielt at kommunen jobber dedikert og målrettet med organisering av tjenestene, oppgavedeling og kompetanseutvikling. Når kommunen vil ha et hovedansvar for å sikre forsvarlige tjenester til de som trenger det mest, må vi blant annet sikre sammenhengende oppfølging, økt kompetanse om komplekse behov samt teknologi og digitale løsninger. Vi må sikre at helsepersonellet bruker sin kompetanse der den er helt nødvendig og at andre profesjoner og støttepersonell bidrar i andre oppgaver.

e) Måten vi kartlegger, vurderer og tildeler tjenester på

Måten vi kartlegger og vurderer innbyggernes behov på, er avgjørende for å lykkes i å yte rett tjeneste til rett tid. Kartleggingen må være mestringsbasert, og sette fokus på hva som er viktig for den enkelte. I en mestringskultur gis det rom for å innta individets perspektiv, få fram den enkeltes stemme og la han eller henne bidra til å sette premissene. Tjenesten får da en tydeligere rolle i å styrke den enkeltes motivasjon og mulighetsrom, og utløse egenressursene. Dette betyr at vi må være nysgjerrige på det som fremmer mestring. Tjenestene må skape en god relasjon og åpen dialog med innbyggeren, og være gode på kartlegging av individuelle behov. Viktigheten av å endre praksis for kartlegging og tildeling av tjenestene må understrekes kraftig.

f) Teknologi og digitale løsninger

Teknologi er en del av helse- og mestringstjenestene, og skal anvendes både i helsefremmende og forebyggende tiltak og som ledd i vedtaksbasert tjenestetildeling. Vi skal utnytte teknologi for å bygge personsentrerte tjenester som er til det beste for brukeren og ansatte. Beregning av dekningsgrader og kapasitetsbehov i denne behovsplanen legger til grunn at kommunen gjennomfører delprosjektene i teknologiløftet som forutsatt. Gjennomføringskraft og felles samarbeid er helt avgjørende for å lykkes. Teknologi skal være et viktig verktøy som må inngå i vurderingen av hvordan innbyggernes behov kan ivaretas.

g) Gode forløp

Gode forløp skal bidra til at behov kan løses på hjemmearenaen. Videre skal de skape forutsigbarhet for bruker og pårørende, rett tjeneste til rett tid på rett nivå, god opplevd kvalitet og effektiv ressursbruk. De gode forløpene er bygd på prinsippet om «hva er viktig for deg», og skaper individuell tilrettelegging og oppfølging. Det er behov for å øke kvaliteten i forløpene, slik at innbyggerne ikke faller mellom tjenester eller opplever mangelfull sammenheng. Den enkelte deltjeneste må se sin egen plass i en helhetlig tjenestekjede.

4. Bærekraftsprinsipper for helse- og mestringstjenestene mot 2040

Strategi for helse og mestring ble vedtatt av Kommunestyret høsten 2020 og viser til 3 hovedstrategier som skal skape bærekraft i tjenestene: Samskaping – Mestring – Helhet og sammenheng. Det er der fastsatt 10 innsatsområder, som definerer satsinger som gir retning for en bærekraftig utvikling.

På grunnlag av Strategi for helse og mestring samt nyere kunnskap om bærekraft og behovet for omstilling, er det nedenfor valgt noen viktige bærekraftsprinsipper for utviklingen av fremtidens helse- og mestringstjenester:

Samskaping:

- Kommunen fremmer helhetlig samfunnsutvikling og bygger et aldersvennlig samfunn der aktører innen samfunnsplanlegging, næringsutvikling, frivillighet og folkehelsearbeid bidrar til gode arenaer for inkludering, fellesskap og mestring
- Kommunen fremmer tidlig og tverrfaglig kartlegging, vurdering og innsats for å styrke innbyggerens ønske om å klare mest mulig selv, gjennom helsefremmende og forebyggende aktiviteter
- Tjenestene er imøtekommende, og inkludere brukere, pårørende og nettverk
- Det er gode strukturer for systematisk samskaping i Helsefellesskapet, som tilrettelegger for fremtidens helsetjenester og trygge forløp
- Kommunen samarbeider med utdanningsinstitusjoner og forskning for kunnskapsbasert praksisutvikling.

Mestring:

- Innbyggerne har eget ansvar for eget liv, med tydelig avklaring av hva som forventes at innbyggerne selv har ansvar for og hva som kan forventes av kommunens tjenestetilbud.
- Kommunen bygger på en kultur i organisasjonen som skaper en dreining "fra omsorg til mestring", der tjenestene bygger på innbyggernes egne ressurser
- Tjenestene er proaktive og legger til rette for mestring i eget liv lengst mulig
- Det er tilgang til mestringsfremmende og forebyggende tilbud, som bidrar til å avdekke risiko for funksjonsfall
- Kommunen reduserer volumet av kommunale tjenester, gjennom å heve terskel for å få hjelp, gjøre tjenestetilbudet mer målrettet og tidsbestemt og/eller bruke digitale tjenester og helseteknologi.

Helhet og sammenheng

- Tjenestene er individuelt tilrettelagte
- Den gode kartleggingen preges av:
 - å involvere bruker og pårørende, med bruk av "hva er viktig for deg"-dialogen.
 - å tidlig identifisere risiko og behov, for å utsette eller forebygge funksjonsfall
- Tjenestene har rett kompetanse på rett sted til rett tid, med tydelig oppgave- og arbeidsfordeling blant medarbeiderne.
- Kommunen legger til rette for samlokalisering av tjenester for å fremme effektivitet og stordrift, nærmiljøtilknytning eller andre gevinster.

5. Tidligere utredning om Helsehuskonseptet

Kommunen har i 2019 utredet et helsehuskonsept, som består av tre elementer, som gjenspeiler behovet for tjenester i en bredde:

- «*Grunnkomponenten*» består av de legeintensive tjenestene, som inkluderer legevakttjenesten, KAD, korttid og lindrende enhet.
- «*Kompetanسهuset*», som består av grunnkomponenten, samt tjenester for innbyggere som har opplevd funksjonsfall eller blitt syke. I tillegg til de legeintensive tjenestene, tilbys her kommunale rehabiliteringstjenester og lærings- og mestringstilbud for å opprettholde funksjon. Her er teknologisatsingen sentral, samt utvikling av samarbeid med utdanningsinstitusjonene og forskningsmiljøer, for å sikre kontinuerlig og kunnskapsbasert praksisutvikling.
- «*Friskhuset*» bygger på alle funksjonene i grunnkomponenten og kompetanسهuset. Friskhuset representerer en bredere arena for livsmestring, folkehelse og aktiv forebygging. Sentralt er koordinerende tjenester, samt breddetjenester som kurs, veiledning, livsmestring, forebygging av blant annet ensomhet og kostholdsutfordringer.

Det er aktuelt med varierte helsefremmende og forebyggende tilbud, og frisklivscentralen omfattes her. I denne komponenten er også helseteknologi viktig, og her bygges samarbeid med frivillighet og private tjenester om ulike tilbud.

Det samlede helsehuskonseptet må betraktes som et helhetlig bilde for å skape innbyggerens helsetjeneste. I behovsplanens anbefalinger om kapasitetsutvidelser og prioriteringer er det vektlagt å få alle elementer fra det totale konseptet synliggjort. Dette inkluderer de legeintensive helsetjenestene, helsetjenester for å opprettholde funksjon, lærings- og mestringsfremmende helsetjenester og helsefremmende og forebyggende tilbud. Utviklingen må sikre at vi samlet sett utvikler tjenester og tilbud som dekker innholdet i komponentene, og skaper helhet og sammenheng for innbyggerne.

6. Samlede behov i perioden mot 2040

Dekningsgrad benyttes som en beskrivelse av forholdet mellom tilgjengelig tilbud/tjeneste og befolkningsgrunnlaget som er målgruppe for tjenesten. Det angir dermed hvor stor del av en målgruppe tjenesten er tilrettelagt for. I vurderingene av fremtidige behov er det tatt utgangspunkt i dagens dekningsgrader og gjort framskrivninger av disse på grunnlag av forventet vekst i befolkning. Deretter er det gjort analyse av hvordan utviklingstrekk, utfordringsbildet samt effekter fra omstilling og omprioritering i tjenester påvirker fremtidige kapasitetsbehov. Analysen resulterer i anbefalinger om fremtidens nivå og dekningsgrader.

I behovsplanen er kapasitetene vist ved antall plasser, med unntak av behovet for vekst i hjemmesykepleien. Det er ikke nasjonale bemanningsnormer i helse- og mestrings-tjenestene, og det er dermed ikke gjort beregning av årsverksbehov som følger av veksten i plasser. Bemanningsbehovene må løses gjennom både omstilling, nytenking og rammeøkning. Alle kapasitetsutvidelser vil skape årsverksbehov, men hvordan dette behovet løses og finansieres må ses i lys av hvordan vi evner å prioritere og gjennomføre kraftfulle omstillinger og nytenking om framtiden.

Effekten av omstillingstiltakene er vanskelig å tallberegne på en tilsvarende måte som en ren framskrivning av befolkningsvekst. Denne effekten er derfor omtalt som en faglig drøfting tilknyttet hvert kapittel under.

6.1. Fastlegene

Fastlegen er en nøkkelperson for hjemmeboende innbyggere med helseutfordringer. Fastlegen har mange roller i et forløp, og har kontakt med mange innbyggere som ikke nødvendigvis har vedtaksbaserte tjenester fra kommunens øvrige tilbud. I takt med demografiutviklingen, med en mer aldrende befolkning, vil presset på fastlegene øke ytterligere. Det er derfor behov for å styrke denne tjenesten. Det er i vedtatt Plan for legetjenesten i Lillestrøm kommune vist flere mulighetsrom for videreutviklingen. Kommunen må sikre nødvendig kapasitet for listeplasser hos fastlege, og dette er et økende behov som må inntas i kommende budsjettprosesser.

6.2. Helsefremmende og forebyggende helsetjenester

Et av de viktigste innsatsområdene for å skape bærekraftige tjenester for framtiden, er å prioritere helsefremmende og forebyggende tjenester. Denne typen tjenester kan ytes på flere nivåer – alt fra gruppetilbud i samarbeid med frivilligheten til målrettede tjenester i kommunen.

Kommunen har allerede en del gode lærings- og mestringstilbud, treningsgrupper, kurs, råd og veiledning (individuelt og i grupper) og koordinerende tjenester for å øke eller gjenopprette mestring. Dette er tilbud som må opprettholdes og utvikles slik at vi får flere tilbud, for flere grupper og i samarbeid med flere aktører. Denne typen ressurser skal ikke trekkes inn i drift av de grunnleggende helse- og mestringstjenestene, men må prioritere fokuset på helsefremming, mestring og forebygging for å forhindre eller utsette behov for andre tjenester.

Helsefelleskapet har fire prioriterte grupper – barn og unge, personer med alvorlig psykisk lidelse, personer med flere kroniske sykdommer og skrøpelige eldre. Dette er grupper som ikke er definert ved diagnoser, men av tilstander og variasjon i funksjonsnivå. Det er behov for å utvikle tjenester som identifiserer og følger opp disse sårbare gruppene, med mål om å utsette funksjonsfall, sårbarhet og skrøpelighet.

Demografiutviklingen tilsier behov for å prioritere tiltak som særlig utsetter skrøpelighet hos eldre. Kommunen må utvikle organisasjonen og tjenestetilbud med mål om styrking på følgende områder:

- Økt helsekompetanse hos innbyggerne
- Kartlegging for tidlig identifisering av risiko for funksjonsfall
- Forutsigbarhet og helhet i pasientforløp
- Unngå unødvendige sykehus- og institusjonsinnleggelse for skrøpelige eldre
- Økt bruk av tverrfaglige team for målrettede tiltak i hjemmet
- Utvikling av metoder for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i helsefelleskapet

Det er behov for en tydelig struktur og organisering som legger til rette for bedre sammenheng mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og internt i kommunens helsetjenester. Tjenestene må utvikles i tverrfaglige perspektiver, med målrettet bruk av personsentrerte team. En sentral hensikt med slike tilbud er å bidra til å identifisere og fange opp sårbare innbyggere som er i risiko for å utvikle større tjenestebehov eller hvor det er risiko for urimelig pårørendebelastning. Denne satsingen for fremtidig bærekraft, inkluderer behov for ressurser, for nye arbeidsmodeller og bruk av kompetanse i en helhetlig sammenheng. Med de rette arbeidsmodellene, så vil ressursene kunne balanseres mellom grunnleggende omsorgsoppdrag og teambasert tverrfaglig tjeneste.

I de forebyggende og rehabiliterende tjenestene er det fokus på å fremme innbyggernes fysiske funksjon og tilrettelegge bolig for best mulig mestring i eget hjem. Fysio- og ergoterapeutene samt hjelpemiddeltjenesten er viktige aktører her. Det forventes en økt etterspørsel etter disse tjenestene når innbyggerne skal bo trygt lengre i eget hjem. For å møte fremtidens behov er det nødvendig å sikre at denne kompetansen inngår i det tverrfaglige arbeidet.

Detaljene i utvikling av helsefremmende og forebyggede helsetjenester bør følges opp gjennom organisatoriske og faglige utviklingsarbeider og i årlige budsjettprosesser. I denne behovsplanen er det sentralt å påpeke viktigheten av denne satsingen og at dette må prioriteres fra starten av planperioden for å utsette funksjonsfall og behov for andre tjenester.

6.3. Aktivitetstilbud for seniorer og eldre

Det er behov for å videreutvikle møteplasser for seniorer. Dette omfatter lavterskel tilbud som ikke krever vedtak, og kan driftes av frivillighet, næringsliv eller brukerne selv. Et godt eksempel på slike tilbud er seniorsentre etter modell fra Oslo kommune. Dette er fellesskapsarenaer med varierte tilbud og program hver dag. Et slikt tilbud bør utvikles i samarbeid mellom helsetjenesten, kultur, frivilligheten og/eller næringslivet, og kobles til

innsatsområder i vedtatt Handlingsplan for Leve hele livet 2022-2025. Dette behandles ikke videre i denne behovsplanen.

I denne planen settes det mer fokus på behovet for nødvendig kapasitet i aktivitetssentrene for personer som har behov for tettere oppfølging på dagtid gjennom vedtak om aktivitetstilbud. Denne tjenesten må utvikles til å tilrettelegge for mer fleksibilitet for brukerne og deres pårørende, og tilbudene må bedre tilpasses individuelle og varierende behov. Dette arbeidet inkluderer utvidet åpningstid på ettermiddag og kveld samt vurdering av varierte driftsformer, arbeidstidsordninger og samarbeid med andre aktører. Det bør også vurderes hvordan samlokalisering til større lokasjoner kan ha innretning med flere "avdelinger" for brukere, hvor det er en mer fleksibel og robust bemanningsbase.

Hvert aktivitetssenter har kapasitet til et visst antall brukere pr. ukedag pr. uke. Brukerne er tildelt ulikt antall dager etter behov – noen har én dag/kveld pr. uke, mens andre kan ha 4-5 dager/kveld. Dermed vil omtale av plasser nedenfor representere kapasitet pr. ukedag, og ikke samsvare med antall brukere. Det er flere brukere enn plasser hver uke på et aktivitetssenter.

Aktivitetstilbud tilrettelagt for personer med demens

Kommunen har i 2022 35 plasser pr. ukedag i aktivitetssenter for personer med demens, som gir en dekningsgrad på 2,5 %. Det er ventelister for å få plass og det er personer som burde hatt tilbud flere dager enn de er tildelt. Det vil være flere personer med demens i fremtiden, der en større andel må forventes å bo hjemme lenger. Ved siden av å gi livskvalitet og helsegevinst til brukerne, kan aktivitetstilbudet bidra til observasjon og oppfølging av målgruppen. Dette er samtidig et viktig avlastningstilbud for pårørende. Det må vurderes om aktivitetssentrene bør ha en åpningstid på kveld, og hvilke driftsformer som er relevante ved utvidelser. Dekningsgraden bør gradvis økes fram mot 2030 og mot 2040 for å ta høyde for økning i antall personer med demens og utsette behovet for mer ressurskrevende tjenester. Vi vet at demensutvikling ikke kan forebygges eller utsettes på samme måte som somatiske sykdommer, og et godt aktivitetstilbud vil være et gode for både yngre og eldre personer med demens i den hensikt å opprettholde funksjon så lenge som mulig.

	Dagens antall plasser pr. dag	Fram mot 2025 – ant nye plasser	2025-2030 ant nye plasser	2040 – ant nye plasser	Totalt i perioden*
Opprettholde dekningsgrad 2,5%	35	+ 7 plasser	+ 8 nye plasser	+ 16 nye plasser	+ 31 nye plasser
Dekningsgrad 3%		+ 15 plasser	+ 10 nye plasser	+ 20 nye plasser	+ 45 nye plasser

*Beregningen er gjort med grunnlag i framskrivning av antall personer med demens uavhengig av alder, kilde Demenskartet.

Kommunen har i dag en reservekapasitet ved at dagens lokasjoner for aktivitetstilbud kan brukes flere timer pr dag/kveld enn vi gjør i dag. Det betyr at kapasiteter kan utvides ved tilførsel av bemanning, uten å fremskaffe nye lokaler. Det må imidlertid påregnes at ikke hele behovet kan løses med denne reserven, og det vil oppstå behov for økning av arealer over tid.

Aktivitetstilbud for andre grupper eldre

Kapasitetsbehov for andre grupper enn personer med demens er gitt nedenfor, der det anbefales at dagens dekningsgrad på 3,1 % opprettholdes som idag. Det er også her lagt vekt på at antall eldre øker i perioden, flere vil ha en form for kognitiv svikt og flere vil bo

hjemme lenger. Aktivitetssentre er også avlastende for pårørende. Det er på den annen side tatt hensyn til at kommunen må satse på flere helsefremmende og forebyggende tjenester, økt bruk av teknologi og utvikling av seniorsentre som arenaer for fellesskap i tidligere faser av seniortilværelsen. Dette skal motvirke behov for andre hjemmebaserte tjenester, herunder vedtaksbaserte aktivitetstilbud. Denne satsingen vil ha effekter, men i vurderingen er det lagt avgjørende vekt på forventet vekst i antall eldre som bør møtes i tidlige faser av et aldringsforløp. Det er vurdert at en videreføring av dagens dekningsgrad vil være tilstrekkelig for fremtiden.

	Dagens antall plasser pr. dag	Fram mot 2025 – ant nye plasser	2025-2030 ant nye plasser	2040 – ant nye plasser	Totalt i perioden
Opprettholde dekningsgrad 3,1%	104	+ 19 nye plasser	+ 35 nye plasser	+ 46 nye plasser	+ 100 nye plasser

Det er viktig å satse på aktivitetssentrene fremover slik at innbyggerne kan mestre sine liv der de bor. Aktivitetstilbudene må prioriteres for personer som ikke selv kan oppsøke andre møteplasser og aktivitetsarenaer. En anbefaling om at dagens dekningsgrad opprettholdes, tilsier en tilnærmet dobling av kapasiteten i aktivitetstilbud til eldre. Det er flere måter kommunen kan løse dette kapasitetsbehovet, herunder utvidet bruk av dagens lokasjoner og vurdering av åpningstider på kveld. Dersom dekningsgraden for personer med demens økes, vil det i seg selv skape bedre kapasitet i ordinære aktivitetstilbud.

6.4. Hjemmesykepleie

Kommunen må bygge ut en robust hjemmesykepleie som kan håndtere stor variasjon i behov, hvor presset på tjenesten kommer fra flere retninger. Hjemmesykepleien har ansvar for ivaretagelse av grunnleggende behov, som ernæring, personlig hygiene, medisinbehandling, stell og pleie. Dette skal gjøres ved å legge til rette for at brukeren selv kan delta og bestemme. Antallet eldre vil øke og derav andelen hjemmeboende med kognitiv svikt og demens. Det vil også være flere risikoutsatte og skrøpelige eldre som bor hjemme, og som skal motta oppfølging og tjeneste der. Videre vil pågående og forventet dreining i spesialisthelsetjenesten medføre at hjemmesykepleien får flere komplekse oppdrag som krever tett oppfølging. Flere ønsker også å få tilbringe livets siste dager hjemme.

For å møte forventet behovsvekst, må fremtidens tjenester realisere effekter av teknologi og helsefremmende og forebyggende tiltak, som kan utsette behov for hjemmesykepleie. Utviklingen av et mer aldersvennlig samfunn vil også ha effekt, samt økt samskaping med frivillighet og pårørende. Samtidig er det signaler i nyere faglige debatter på nasjonalt nivå at det er en risiko for at det på overordnet nivå er en overvurdering av effektene fra pårørendearbeid og frivillig innsats i fremtidens tjenester. Det drøftes som lite realistisk at dette vil øke – et mål bør heller være å opprettholde dagens nivåer. Disse elementene er det stor usikkerhet rundt.

Kommunen må derfor ta ansvar for prioriteringer, der det blir nødvendig å avvikle eller redusere i oppgaver som hjemmetjenesten yter i dag, for å kunne omfordele ressursene og personell dit det er størst behov. Helsehjelp må prioriteres til de som har størst behov for dette, mens alternativer til helsehjelp må vurderes for andre typer behov. Videre må det vurderes hva som skal være omfanget av tjenester som kan tilbys den enkelte pasient i hjemmetjenesten uten at det går utover kommunens evne til å tilby likeverdige tjenester til andre pasienter.

Viktige virkemidler er også fysio- og ergoterapi i hjemmet, hjemmerehabilitering, målrettede korttidsopphold og tverrfaglig samarbeid som setter innbyggeren i stand til å fortsatt håndtere hverdagen hjemme. Det må skapes gode strukturer for samarbeid med pårørende, frivillighet og nettverk.

Det er ingen nasjonalt fastsatte bemanningsnormer for hjemmesykepleien eller veiledende faglige normer. Dagens dekningsgrad for hjemmesykepleie er målt som antall årsverk pr. bruker av hjemmesykepleien. Dekningsgraden er på 0,16 årsverk pr. bruker. Det foreligger ikke sammenligningstall for bemanning i hjemmesykepleien i ulike kommuner. Det er i analysen av fremtidsbehovene vurdert at veksten i antall brukere og kompleksiteten i oppgavene samlet sett vil være så sterk at dekningsgraden bør økes gradvis fram mot 2030 og 2040 for å ta høyde for det store trykket som må forventes i denne tjenesten i årene som kommer.

Vurderingene av fremtidens kapasitetsbehov i hjemmesykepleien, må ses i sammenheng med kapasitet for bemannede omsorgsboliger og institusjonsplasser. Det er på nasjonalt nivå føringer om at flere skal kunne bo trygt hjemme lenger. Dette medfører at kommunen bør prioritere en økning i hjemmebasert tjeneste, herunder hjemmesykepleien. Her vil helsepersonell og annet personell kunne håndtere flere oppdrag, selv om oppdragene vil bli mer og mer komplekse og kompetansekrevende. Uansett vil nye plasser i institusjon og boliger med heldøgns omsorg fram mot 2030 ta tid å bygge, og det må derfor forventes at hjemmesykepleien må håndtere en stor mengde hjemmeboende som ellers ville fått tildelt plass i institusjon eller bolig fram mot 2030.

En økning til minst 0,17 årsverk pr. bruker anses nødvendig, og det antas at en økning opp mot 0,18 årsverk pr. bruker vil vise seg å være en realistisk forventning.

	Antall brukere og årsverk pr. juni 2022	Fram mot 2025	Perioden 2025-2030	Perioden 2030-2040	Totalt i perioden
Framskrivning dagens antall bruker*	Totalt 1428 brukere i 2022	Totalt 1671 brukere i 2025	Totalt 1944 brukere i 2030	Totalt 2309 brukere i 2040	
Dekningsgrad 0,16 årsv pr bruker (dagens)	225 årsverk	+42 årsverk år 2022-2025	+ 44 årsverk år 2025-2030	+ 58 årsverk år 2030-2040	+144 årsverk
Dekningsgrad 0,17		+59 årsverk	+ 46 årsverk	+ 63 årsverk	+ 168 årsverk
Dekningsgrad 0,18		+76 årsverk	+ 49 årsverk	+ 69 årsverk	+ 194 årsverk

*Framskrivning er basert på antall brukere fra 67 år og eldre pr. juni 2022, kilde: Gerica

Som ledd i en bærekraftig utvikling i hjemmesykepleien og løsning av de skisserte ressursbehovene, må det gjøres faglige og organisatoriske vurderinger av hvordan ressursene best benyttes. Vi kan ikke drifte hjemmesykepleie som i dag – det må være en større sammenheng mellom helsepersonellens oppgaver og ansvar, og andre kompetanser og støttefunksjoner. Balansen mellom generell utøvende hjemmesykepleie og en dreining mot økt bruk av teambaserte og tverrfaglige tjenester for hjemmeboende må vurderes. Hjemmesykepleie og renholdsoppdragene må ses i nye sammenhenger i videreutviklingen og prioritering av ressurser i tjenestene. Det er også mulig å utrede nye sammenhenger mellom bemanning i omsorgsboliger og bemanning i øvrig hjemmesykepleie og praktisk bistand.

Det er et særlig behov for å vurdere oppgavefordelingen og kompetansebehovet for å håndtere oppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten. I tråd med behovet for differensierte tjenester som ligger mellom den akuttmedisinske kjeden og den ordinære helsetjenesten, bør det vurderes hvordan kommunen skal rigge en god struktur for denne typen «nye» oppgaver i kommunen. Dette bør være en framtidsrettet organisering, der man finner et riktig grensesnitt mellom akuttmedisinske tjenester og mer ordinære helsetjenester. Anbefalt dekningsgrad for hjemmesykepleie tar høyde for dette behovet for nytenking og omstilling i en helhet, og det må jobbes videre med hva som er best organisering av oppgavene.

6.5. Boliger med bemanningsbase for seniorer og eldre

Boliger med bemanning benyttes i dag i all hovedsak til personer som har store og sammensatte behov, og som ikke kan håndtere hverdagen hjemme i egen bolig. Mange beboere har behov for heldøgns oppfølging og tilsyn. Andre beboere har bodd i boligen i over 10 år og håndterer hverdagen bedre nettopp fordi de ble tildelt en bolig med fellesskap og bemanning lett tilgjengelig på et tidlig nok tidspunkt til at det hadde forebyggende effekt.

Boliger med bemanningsbase må brukes mer fleksibelt enn i dag, for flere typer behov og målgrupper. Tildeling skal gjøres etter individuelle vurderinger av innbyggerens behov og med hensyn til eksisterende bomiljø. Boligene skal bidra til å motvirke fysisk funksjonsfall, ensomhet og kognitiv svikt hos innbyggerne, enten ved å forbedre eksisterende funksjonsnivå eller opprettholde eksisterende nivå så lenge det er mulig. Boligene skal også bidra til å utsette behov for mer ressurskrevende tjenester. Det betyr at bruken av boligene med bemanning må differensieres. Da kan flere enn i dag tildeles bolig som et forebyggende tiltak slik at de mestrer egen hverdag og kan oppleve mer livskvalitet enn de har hatt i egen privat bolig.

Nedenfor vises hvor mange boliger med bemanningsbase som må etableres for å opprettholde dagens dekningsgrad, og hva som må etableres for å øke dekningsgraden noe, alternativt redusere dekningsgraden noe. Valget av dekningsgrad for omsorgsboliger vil ha betydning for hvilke dekningsgrader som er nødvendig i andre tjenester.

Det anbefales at kommunens kapasitet for omsorgsboliger med bemanningsbase for seniorer og eldre opprettholdes som i dag, på 5,7 %. Dette er primært begrunnet i økningen i antall eldre i perioden, og forventningen om at helsehjelp og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i større og større grad skal gis i hjemmet. Videre er det hensyntatt at omsorgsboliger med bemanningsbase må være et viktig virkemiddel både for personer med sammensatte somatiske behov og et virkemiddel i mer forebyggende karakter for å unngå ensomhet og funksjonsfall.

På den annen side er det også sett på hvordan effekten av mer tilrettelagte boliger i boligmarkedet generelt vil påvirke behovet for kommunalt eide omsorgsboliger som et virkemiddel i tjenesten. Det bygges flere tilrettelagte leiligheter i sentrumsnære områder, som medfører at flere og flere seniorer kan ta aktive valg om bosituasjon for å forberede egen alderdom. Samtidig har mange nye boliger høy pris, og for mange vil det ikke være mulig å finansiere ny sentrumsnær leilighet – særlig sett i lys av andelen enpersons-husholdninger i samfunnet. Det er fortsatt mange som ikke nødvendigvis er beredt til å ta slike valg tidlig nok i seniortilværelsen.

Det er ikke realistisk å prosjektere og bygge nye omsorgsboliger fram mot 2025 etter Sørumsand omsorgsboliger åpner i 2023. I perioden fram mot 2025 vil det dermed skapes et etterslep for slike boliger. I perioden mellom 2025 og 2030 må det med dekningsgrad på 5,7 % tilrettelegges for 61 nye boliger, samt etterslepet på 15 boliger – samlet sett 76 omsorgsboliger. Totalt i perioden fram mot 2040 må det opprettes 160 nye omsorgsboliger med bemanningsbase.

	Dagens antall boenheter	2025 – ant nye boenheter	2030 – ant nye boenheter	2040 – ant nye boenheter	Totalt i perioden**
Opprettholde dekningsgrad 5,7 %	198 i 2022 2018 i 2023	+15	+61	+84	+160
Dekningsgrad ned til 5,2 %		0	0	+130	+130
Dekningsgrad opp til 6,2 %		+36	+69	+91	+196

*Det er estimert behov for 35 nye boliger. På Sørumsand åpner 20 nye omsorgsboliger med bemanning i 2023. Resterende behov er dermed 15 boliger.

** Dekningsgrad er basert på antall personer i aldersgruppen 80 +.

Det bør vurderes om deler av boligbehovet, særlig behovsveksten som er relatert til å forebygge ensomhet, utrygghet eller somatisk funksjonsfall, skal etableres som Omsorg+, etter modell fra Oslo kommune. Omsorg+ er i Oslo definert som boliger for personer over 67 år som stort sett klarer seg selv uten tjenester, men som kan føle at det er utrygt, upraktisk eller ensomt å bo i eget hjem. Slike boliger er godt egnet for å ivareta behov for å utsette skrøpelig og ensomhet, og dermed utsette behov for mer omfattende tjenester. Boligene i et Omsorg+-konsept er ikke egnet for personer med store behov for tett, heldøgns oppfølging.

Etablering av slike boliger kan vurderes som samarbeid med utbyggere som et offentlig-privat samarbeid. I stedet for fast tilstedeværende bemanning vil det ytes helsehjelp i form av punkttjenester fra hjemmesykepleien, med servicefunksjoner og vertskap i boligkomplekset. Omsorg+ betinger derfor økning av hjemmetjenesten for å betjene helsebehov hos beboere. Etablering av Omsorg + bør utredes som et eget prosjekt, med vurdering av eksisterende boligmasse eller behov for nybygg.

6.6. Plasser i institusjon

Lillestrøm kommune drifter 419 plasser i institusjon for langtidsopphold og tidsbegrenset opphold, fordelt på henholdsvis 357 langtidsplasser og 62 korttidsplasser. I tillegg er det interkommunalt samarbeid om drift av 14 plasser i Kommunal akutt døgnetenhet (KAD) og 6 plasser i Lindrende enhet.

Beboere på langtidsplass i institusjon vil primært være personer med langtkommen kognitiv svikt og demens, hvor adferdsutfordringer er en del av bildet. Videre vil langtidsplassene være for innbyggere med svært alvorlig og sammensatt sykdomsbilde.

Tidsbegrensede opphold i form av korttidsoffhold er et virkemiddel for at flere kan mestre livet hjemme i egen bolig. Korttidspasienten har behov for medisinsk utredning og behandling, og behov for tilrettelegging av utstyr i hjemmet.

Kommunal akutt døgnetenhet (KAD) gir også tidsbegrensede opphold for pasienter som kan få tett medisinsk oppfølging i kommunen istedenfor i sykehus. Dette er organisert som et interkommunalt samarbeid med totalt 14 plasser, hvor Lillestrøm historisk sett forbruker ca. 60 % av plassene. Tilbudet anses som en del av de legeintensive tjenestene i helsehuskonseptet.

Dekningsgraden i år 2022 er 12 % samlet for langtidsplasser og korttidsplasser, ikke inkludert KAD og Lindrende enhet. Av det samlede antall plasser utgjør korttidsplassene ca. 15 %. Framskrivning av plasser i institusjon i perioden fra 2022 og frem til 2040 inkluderer

institusjonsplasser for langtidsopphold og tidsbegrensede opphold. Beregningen er basert på befolkningsstatistikk tilgjengelig pr. høsten 2022. Endring i befolkningsprognose kan tilsi endring i estimat for plasser.

	Dagens antall plasser	Fram til 2025 – ant nye plasser	Fram til 2030 - antall nye plasser	Fram til 2040 – antall nye plasser	Totalt i perioden
Opprettholde dekningsgrad 12 %	419	+68	+133	+175	+376
Dekningsgrad 10,5%		+7	+116	+153	+276
Dekningsgrad 10%		0	+97	+146	+242

Det er et tydelig behov for å etablere flere institusjonsplasser. Forskjellen mellom dagens dekningsgrad og en dekningsgrad på 10 % er 134 plasser samlet mot 2040. Dette er plasser som kommunen kan unnlate å etablere, forutsatt at det skjer styrking og utvikling i tilbud og tjenester som ligger i forkant av institusjon. En slik reduksjon i institusjonskapasiteten er et uttrykk for en dreining i tjenestene, der flere skal kunne bo trygt hjemme i egen bolig eller i omsorgsbolig med bemanning. En slik dreining muliggjøres kun gjennom styrkning av tjenester til hjemmeboende, herunder hjemmesykepleie, helsefremmende og forebyggende tjenester, aktivitetssenter, avlastningstjenester og korttidstilbud i institusjon. Videre vil en satsing på teknologi og andre tiltak som bidrar til egenmestring i hverdagen hjemme være avgjørende.

Valg av dekningsgrad institusjon har nær sammenheng med hvilken dekningsgrad som må etableres for boliger og hjemmebasert tjeneste, som er vist over. Institusjonstilbudet vil bli for de som trenger denne tette oppfølgingen mest, som gir konsekvenser for bemanningsnivå, kompetansebehov, prioritering av oppgaver og bruk av flere yrkesgrupper i tjenesten. Kommunestyret har vedtatt at dagens dekningsgrad på 12 % skal videreføres i kommende kapasitetsutvikling.

Særlig om tidsbegrensede opphold

For fremtidig bærekraft er det svært viktig å sikre kapasitet, kvalitet og sirkulasjon i korttidsplassene. Det anbefales at økningen i antall plasser i institusjon skjer på en måte der økningen i korttidsplasser er sterkere enn i langtidsplasser. Totalt bør andelen korttidsplasser utvikles til nærmere 20 % av totalt antall institusjonsplasser, fra dagens andel på ca. 15 %.

Korttidstilbudet vil utvikle seg i retning av «kommunesykehus» for å ivareta mer spesialiserte oppgaver som legges til kommunen. Korttidstilbudet er dermed en svært viktig del av de legeintensive tjenestene for hjemmeboende innbyggere. Korttidstilbudet og hjemmetjenesten, inkludert fastlegene, må ha tett tverrfaglig samarbeid og sikre gode pasientforløp i tråd med fremtidsbildet for kommunehelsetjenesten.

Styrkingen av korttidsplassene må også ses i sammenheng med behovet for KAD-plasser og plasser i Lindrende enhet. I vurderingen av hvordan kapasiteter kan økes, er det viktig å vise til at vi har en reservekapasitet i å utvikle interkommunale samarbeid og drifte tilbudene for innbyggere i Lillestrøm kommune. Dette kan realiseres på kort sikt, forutsatt midler til bemanning som følge av tapte inntekter fra samarbeidet. Videre må det ses på mulige effekter ved å forsterke sammenhengene mellom KAD, Lindrende enhet og korttidsplassene, herunder vurdere lokasjoner, bemanning og organisering.

Det tidsbegrensede tilbudet i institusjon omfatter også avlastning, der hensikten er å gi pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver støtte i å klare hverdagen hjemme. Avlastningstilbud i institusjon styrkes i 2023 ved etablering av 6 nye plasser på Sørumsand,

og for øvrig vil avlastning i institusjon løses innenfor den samlede kapasitet som utvikles over tid.

6.7. Boliger og tjenester til personer med utviklingshemming

Personer med utviklingshemming, eller annen varig nedsatt kognitiv funksjon, vil omfattes av kommunens generelle tilbud til seniorer og eldre ved aldersrelaterte helseutfordringer. Nedenfor vises behov for tilrettelagte tjenester for målgruppen.

Ambulerende tjenester

Ambulerende tjenester er per i dag den minst kostnadskrevenne tjenesten for målgruppen. Det er ønskelig at tjenestemottakere gis praktisk bistand og opplæring slik at de mester så mye som mulig selv. Det er i dag et snitt på 0,2 årsverk per tjenestemottaker. I fremtidens tjeneste skal flere bo i egen bolig med punkttjenester fremfor i bemannet bolig. Dette medfører at dagens bemanningsnorm vil utfordres, med behov for noe økning samt bruk av teknologi.

Dag- og arbeidstilbud til personer med utviklingshemming

Et eget aktivitets- og arbeidstilbud på dagen er i seg selv ikke lovpålagt, men innholdet i tjenesten som gis på dagtilbudene er «praktisk bistand og opplæring», som er et lovpålagt tilbud. For de fleste mennesker er det viktig med arenaskifte og mulighet for sysselsetting i løpet av dag eller kveld. Kommunen har pr. 2022 dag- og arbeidstilbud for målgruppen ved fire lokasjoner. Et av dagsentrene er meget gammelt og vil trenge omfattende rehabilitering de neste årene. Det må vurderes nøye om det er lønnsomt å drifte videre i eksisterende bygg. Generelt er kapasiteten sprengt på tre av fire steder og det vil være behov for noe økning av fysiske rom. Det er vanskelig å tallfeste behovene frem i tid da hva slags tilbud den enkelte tjenestemottaker ender opp med i stor grad vil variere. Noen skal til aktivitetssentrene, mens andre kan nyttiggjøre seg av tilbud om varig tilrettelagt arbeid i ordinære bedrifter eller f.eks. på Norasonde eller lignende vekstbedrifter. Dette må følges opp i økonomiplanprosessene.

Avlastningstjenesten

Avlastning til familier med særlig tyngende omsorgsoppgaver er et viktig tilbud som utsetter behovet for flere og mer omfattende tjenester for hele familien. Per i dag gis det avlastning på institusjon og i hjemmet. Kommunen bør drifte avlastningstilbud som bidrar til kontinuitet og forutsigbarhet der barn er kjent for tjenesteapparatet i en tidlig alder. Det er et behov for mer fleksible løsninger, både på tid, omfang og hvor avlastning gjennomføres.

Det vil være behov for økt kapasitet, i form av ny avlastningsenhet for å kunne opprettholde en viss mengde tid til hver enkelt familie, gitt økning i brukergruppa og bruk av avlastning som forebyggende tilbud. Det er ikke ønskelig med for store enheter, men de må heller ikke være for små.

Det er mulighet for mer effektiv drift og kapasitetsutvidelser gjennom å fordele antall plasser på flere brukere/avlastningsopphold. Det er i dag enkelte som har tilnærmet 100 % avlastning, som bør vurderes for andre tilbud slik at avlastningskapasiteten kan tilbys flere familier. Det er også mulig å vurdere mer fleksibilitet i tilbudet, der avlastning kan ytes på flere måter, herunder å tilby punktavlastning i hjemmet på timesbasis. Dette vil være mer effektivt for familien og brukerne da det gir mulighet for fleksibel og individuelt tilpasset avlastning når avlastningsbehovet er reelt, samtidig som dette er mer økonomisk for kommunen fremfor å bygge opp flere avlastningsenheter.

Boliger med bemanning til personer med utviklingshemming

Det er i dag 166 boenheter i kommunale og private boliger med bemanning tilrettelagt for mennesker med utviklingshemming, eller annen varig nedsatt kognitiv funksjon, i Lillestrøm. Tjenesten har dialog med tjenestemottakere og deres pårørende om hvordan de individuelle boligbehov i fremtiden bør løses.

Per desember 2022 er det ca. 21 tjenestemottakere på venteliste for bemannet bolig. I arbeidet med å estimere fremtidige behov, er det lagt til grunn at snittalder på flytting til egen bolig er 20 år. I beregningene er det ikke tatt høyde for tilflytting til kommunen. Ettersom behovet blant egne innbyggere flater ut etter 2030, vil tilflytting mest sannsynlig kunne håndteres innenfor eksisterende boliger.

	2025	2030	2035	2040
Behov samlet antall nye boenheter	+ 19	+ 11	0	0

Det er i tillegg behov for å utrede oppfølgingstiltak i grensesnittet mellom barneverntiltak og helsetjeneste for noen grupper barn og unge som har behov for oppfølging. Dette kan omfatte midlertidige botilbud, eller andre typer tiltak. Denne utredningen må skje i samarbeid mellom Oppvekst og Helse og mestring.

6.8. Tjenester til personer med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk

Personer med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk vil omfattes av tilbud til seniorer og eldre ved aldersrelaterte helseutfordringer. Nedenfor vises behov for særskilte tilrettelagte tjenester for målgruppen.

Lavterskel tjenester

Kommunen har etablerte lavterskeltjenester både innenfor psykiske helsetjenester og avhengighet som kan nås uten henvisning eller søknad. Pågangen på tjenester er stor, og det vil være behov for å øke kapasiteten. Teknologiske løsninger er tatt i bruk og øker, men vil ikke erstatte møter mellom mennesker. Økt kapasitet vil kreve flere årsverk og ytterligere plass til kontorlokaler og samtalerom, da tilbudet i hovedsak gis ved at innbygger oppsøker tjenesten og gis behandlingstilbudet der.

Dag- og aktivitetstilbud

I perioden fram mot 2040 bør dag- og aktivitetstilbudet styrkes. Gjennom økt kapasitet og en god bredde i tilbudet, vil tjenesten nå og inkludere flere brukere, og kunne bidra til å styrke fokus på livsmestring til tross for psykisk uhelse eller avhengighetsproblematikk. Det er viktig å ha differensierte tilbud over hele kommunen i egen regi. Samtidig vil det være en styrke å benytte seg av aktiviteter i allerede eksisterende aktivitetstilbud i kommunen som driftes av ulike organisasjoner eller private initiativ. For å lykkes i dette er man avhengig av ressurser til å bistå personer i å opprette kontakt og etablere seg i aktiviteter. Slik bistand vil kreve ressurser til koordinering og støtte for målgruppen og samarbeidspartnere. Dette vil bidra til deltakelse i ordinære aktiviteter som en del av normalsamfunnet og bidra til høyere grad av inkludering og tilhørighet. Det mer konkrete behovet må vurderes i forbindelse med årlige budsjettprosesser.

Ambulerende psykiske helsetjenester

De ambulerende psykiske helsetjenestene som tilbyr samtaler, oppfølging og behandling på ulike arenaer er en sentral bærebjelke i det samlede tjenestetilbudet. Her er det behov for kapasitetsøkning grunnet flere brukere og flere saker med krevende problemstillinger som fordrer tettere oppfølging enn tjenesten er rustet for. Dette må vurderes i forbindelse med årlige budsjettprosesser. Kapasiteten på tjenestens lokaler er benyttet fullt ut, og en økning

av bemanning vil kreve andre løsninger enten i form av økte arealer, andre lokasjoner eller endret arbeidsform.

Ahus ved Nedre Romerike DPS og Lillestrøm kommune har inngått en intensjonsavtale om å utrede et samarbeid om etablering av FACT-team, som er et fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam. Dersom Ahus og kommunen går sammen om å etablere et slikt tiltak, vil det over tid kunne kreve ressurser til bemanning og drift. Tilbudet er ikke arealkrevende da oppfølgingen foregår i pasientens hjem eller på alternative arenaer.

Botilbud

Det er et mål at personer med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk skal bo selvstendig i egen bolig, eid eller leid. Ved behov for punkttjenester i hjemmet eller andre tilbud for hjemmeboende for å opprettholde eller forsterke egenmestring, er det viktig med fleksible og robuste tjenester med tilstrekkelig kapasitet.

Kommunen har flere samlokaliserte boliger med heldøgns bemanning tilpasset personer med psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk. Det bør imidlertid sikres ytterligere differensiering og større bredde i kommunens botilbud til målgruppen. Likeledes bør kapasiteten utvides frem mot 2040. Selv om det er et mål å bo selvstendig i egen bolig, vil det være personer som har behov for så tett oppfølging at de trenger bolig med heldøgns bemanning og tettere rammer enn det som kan gis med punktoppfølging. Kapasitetsutvidelse kan skje på flere måter og handler også om hvordan man bruker de boligene man samlet sett har, i hvilken grad man styrker punktoppfølgningstjenestene for å motvirke behovet for bolig med heldøgns bemanning, samt hvordan man kan sikre hensiktsmessig gjennomstrømning i eksisterende boliger. Det er behov for lokaler til ytterligere en samlokalisert bolig innen 2040.

Behovet for ordinære kommunale boliger i vanlige bomiljøer i alle deler av kommunen er også viktig for disse målgruppene. Det er mange som opplever store vanskeligheter med å fremskaffe bolig på det private markedet, og behovet for bistand til å sikre trygge, varige boforhold er stort.

Det er identifisert noen mangler i det samlede boligtilbudet. Boliger med bemanning eller forsterket punktoppfølging med krav om rusfrihet for personer i rehabilitering med mål om å leve uten bruk av rusmidler ville styrket tilbudet og bidratt til gode overganger. Det bør vurderes om det skal etableres eget tiltak med institusjonsplasser for disse målgruppene, da flere ville profitert på tettere rammer med mer tilrettelegging, og utfordringsbildet tidvis skiller seg fra andre brukergrupper.

Det må vurderes om kommunen bør opprette behandlingsplasser for utredning og kartlegging, samt ha flere tilgjengelige plasser med bemanning for å kunne ha et tilbud om brukerstyrte innleggelser i kortere perioder.

Oppgavefordeling, forløp og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er svært viktig. Kommunen erfarer at det stilles stadig større krav til håndteringen av komplekse og utfordrende diagnoser og atferd i kommunal regi. Dette gjelder mange grupper, men utmerker seg særlig for personer under tvungent psykisk helsevern uten døgn, udiagnostiserte pasienter med adferdsutfordringer eller pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelser (ROP-pasienter). Her kan kravet til forsvarlig oppfølging være svært krevende å håndtere. Denne gruppen vil også kunne kreve særlige boligløsninger, der det er lagt til rette for får brukere og høy bemanningsfaktor.

6.9. Behov ved legevaktstjenesten

Legevaktstjenesten dekker behov hos befolkningen i flere kommuner på Nedre Romerike. Befolkningsveksten i regionen er kraftig, og påvirker behovet for tjenesten. Det skal etableres ny campus i Lillestrøm med flere studentboliger, som også har innvirkning på behovet.

Hvis vi legger økningen de siste 3 år til grunn med et litt beskjedent estimat, vil det si en årlig økning av pågang på legevakt med 6%. Hvordan denne prognosen ser ut på lengre sikt, er vanskelig å anslå. Med dagens befolkningsvekst og krav til tjenesten vil det ikke være mulig å fortsette å drifte legevaktstjeneste som i dag. Det er allerede nå utfordrende å rekruttere tilstrekkelig personell. Legevaktstjenesten må derfor videreutvikles og omstilles på kort og lang sikt, som inkluderer bruk av digitale løsninger, om deler av tjenesten kan løses av annet helsepersonell, god råd- og veiledning, og generelt fokus på hvordan innbyggere i større grad kan settes i stand til å ivareta egen helse og dermed minimere behovet for legetjenester.

Det er behov for at lokasjoner for legevakt utvikles til å ha kapasitet til å ha flere leger og annet helsepersonell på jobb når befolkningsveksten skal møtes. Videre er det behov for å hensynta at dagens legevaktlokaler i Lillestrøm by ligger under grensen for en tusenårsflom, noe som er utfordrende i beredskapsøyemed. Det må også vurderes hvordan kommende kapasitetsbehov kan løses gjennom etablering av mer kapasitet i ambulerende legevaktstjenesten (legebil), som gir legevaktstjeneste tett på der folk bor.

Det bør i planperioden utredes behov for egen psykiatrisk legevaktstjeneste. Dette for å håndtere en økende andel komplekse akuttmedisinske behov innenfor psykiatrien, der kommunehelsetjenesten ofte er involvert i oppfølging. En tilrettelagt legevaktstjeneste vil tydeliggjøre kommunens oppgaver og roller på dette området, og legge til rette for kompetansebygging, fagmiljø, helhetlig oppfølging og godt samarbeid med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

6.10. Matomsorg

God og ernæringsriktig mat er viktig for opplevelse av livskvalitet og mestring i eget liv. Vi vet at mange av innbyggerne som har behov for helsetjenester også er i risiko for feil- eller underernæring. Veksten i antall eldre og andelen personer med demens tilsier at kommunen må videreutvikle flere tiltak innen matomsorgen. Dette er et eget innsatsområde i handlingsplan Leve hele livet 2022-2025. En rekke punkter i behovsplanen som dreier seg om fremtidens omstilling og tjenesteutvikling forutsetter god ernæringsstatus hos kommunens eldre innbyggere.

Hovedkjøkkenet på Skedsmotun bo- og behandlingssenter sto klart i 2003. Modellen som ble etablert den gangen, med hovedkjøkken og distriktskjøkken (lokale kjøkken) har vært en suksess. Det ble i 2020 etablert lokale kjøkken også ved Blaker bo- og omsorgssenter og Sørvald bo- og omsorgssenter.

Hovedkjøkkenet har som primæroppgave å levere velsmakende, trygge og ernæringsriktige måltider til kommunens eldre innbyggere. En stor del av kjøkkenets leveranser er lovpålagt, så som mat til eldre på sykehjem. Mat til hjemmeboende eldre er ikke lovpålagt, samtidig som dette er et viktig tilbud da nok og rett mat og ernæring gir den enkelte bedre fysisk og psykisk helse og forutsetninger til å klare seg selv i hjemmet. Innbyggere med god ernæringsstatus er en god investering da det i de fleste tilfeller minsker behovet for andre helsetjenester. Mat og måltider er et av innsatsområdene i kvalitetsreformen «Leve hele livet».

Våren 2021 lanserte Helsedirektoratet for første gang en nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring for eldre. Denne strategien vil være førende for hvordan Lillestrøm kommune

skal jobbe med å utvikle mattilbudet til eldre på sykehjem og hjemmeboende eldre i årene fremover. Tre innsatsområder trekkes i strategien frem som viktige i arbeidet:

- systematisk ernæringsarbeid
- tilstrekkelig og riktig kompetanse
- mat- og ernæringsoppfølging som er tilpasset brukernes individuelle behov og ønsker

Dagens utfordringsbilde for hovedkjøkkenet kan deles inn i følgende utfordringskategorier:

1. Kapasitetsutfordringer
2. Manglende lagerkapasitet
3. Behov for nytt moderne utstyr
4. Utfordring med å ivareta næringsmiddelovgivningen og trygg mat
5. HMS utfordringer
6. Slitasje på lokaler

For å kunne følge opp nasjonal strategi og møte fremtidige behov på en bærekraftig måte, er det nødvendig med en utvidelse av nåværende kjøkkenlokaliteter. Hovedkjøkkenet har hatt de samme lokalene fra 2003 uten nevneverdige oppgraderinger, med unntak av beskjeden utskiftning av produksjonsutstyr når det har vært nødvendig. Dette bærer kjøkkenet preg av, og det må påregnes store kostnader til oppgradering av lokaler og utstyr for å sikre leveranser i årene fremover. Samtidig er kapasiteten ved nåværende kjøkken ikke tilfredsstillende, da behovet for leveranser fra hovedkjøkkenet økte som følge av kommunesammenslåingen. Det er derfor nedsatt et forprosjekt for å utrede behov og konsept for nytt utstyr og lokaler for hovedkjøkken som tilfredsstiller kommunens behov for mat og måltider i tiårene fremover. Konseptfasen for hovedkjøkken utredes i sammenheng med behovet for nytt vaskeri i kommunen.

6.11. Vedlikeholdsbehov i eksisterende lokasjoner

Kommunen har oversikt over eksisterende formålsbygg, status for disse og behov for vedlikehold. Vurderinger av vedlikeholdsbehov og prioritering av disse gjøres opp mot forventet gjenværende levetid for bygget. Dette for å avstemme vedlikeholdsbehov opp mot effekten av å investere i noe som har kort levetid eller lite effektiv driftspotensiale.

Innenfor helse- og mestringstjenestene er det vedlikeholdsbehov både for institusjonsbygg og for kommunalt eide omsorgsboliger. Det vil i forbindelse med årlige budsjettprosesser vurderes behov for investeringsmidler til vedlikeholdsformål.

7. Mulighetsrom for kapasitetsutvidelser

Det er ulike mulighetsrom som kan sikre nødvendig kapasitetsutvidelser for å dekke behov for plasser som beskrevet i kapittel 6. Følgende føringer må legges til grunn når prosjekter for lokasjonsutvidelser skal gjennomføres:

- utvidelser skal sørge for rett bygg til rett tjeneste, med riktig kapasitet og gode løsninger, hvor prosjektene bygger på samarbeid med interessentene som skal bruke byggene (både tjenestemottakere/interessegrupper og tjenesteytere)
- prinsippene fra helsehusutredningen skal anvendes, slik at kommunen samlet sett utvikler helsehuskonseptet i tjenestene
- kapasitet skal økes ved samlokalisering og utvidelser av eksisterende egne eiendommer der dette er mulig, slik at kommunen får utnyttet stordriftsfordeler
- lokalisering av tjenester og kapasitetsutvidelser skal være i tråd med kommunens arealstrategi og bidra til bærekraftige løsninger med hensyn på klimafotavtrykk og naturverdier

- det skal være god planlegging og samarbeid mellom helsetjenesten, eiendom og plan- og bygningsmyndigheten. Det må også vurderes samarbeid med private utbyggere og egne initiativ fra pårørendegrupper og andre interessenter
- det må vurderes kombinasjoner av ulike behov i samme lokasjoner – som for eksempel boformer, aktivitetstilbud og sosiale fellesskapstilbud i en sammenheng

Det å bygge nye lokasjoner, enten ved utvidelser på eksisterende bygg/tomter eller nybygg, tar tid. Prosjekter som starter planlegging i 2023, vil mest sannsynlig stå ferdig først nærmere 2030. Det betyr at kommunen parallelt må starte prosjektering av nybygg/utvidelser samtidig som mer kortsiktige kapasitetsbehov søkes løst ved bruk av eksisterende lokasjoner.

Lillestrøm kommunes eiendomsstrategi ligger til grunn for vurdering av lokasjoner for kommunale tjenester, gjennom en behovsvurdering av arealer. Arealbehovet må sannsynligvis løses gjennom en kombinasjon av nyanskaffelser, innleie og optimalisering av eksisterende bygningsmasse. I tillegg må tjenestene vurdere muligheter for samlokalisering og flytting av enkelte tjenester.

Følgende muligheter bør inngå i kommende utredninger:

- Strategiske oppkjøp av eiendom:
Helseforetaket eier i dag eiendommer i Lillestrøm kommune, hvor det er planer for redusert drift innen relativt kort tid. Dette dreier seg om Klosteret i Lillestrøm og Lurud på Skedsmokorset, samt Bråten behandlingshjem. Dette vil være bygg som er egnet til helseformål også i en kommunehelsetjeneste. Kommunen har allerede kjøpt tomt i Åråsveien, ved siden av Åråsveien bo- og omsorgssenter, som kan vurderes benyttet til helseformål.
- Ombygging og/eller utvidelser av eksisterende lokasjoner og tomter
Kommunen må se på muligheter for bedre arealutnyttelser på eksisterende lokasjoner. Der det i dag driftes mindre hensiktsmessige lokasjoner, bør det vurderes om de ved mindre eller større ombygginger kan bli mer hensiktsmessige. Lillestrøm bo- og behandlingssenter (Libos) er et bygg fra 1956, med påbygg fra 1989. Bygget har stort vedlikeholdsbehov, og det bør utredes hva fremtidig mulighetsrom er her. Det er også vedlikeholdsbehov ved Stalsberg bo- og behandlingssenter, som bør ses i sammenheng med mulige utvidelser.
- Omdisponering av kommunale eiendommer til helseformål:
Kommunen har enkelte formålsbygg som ikke lenger er egnet til sitt opprinnelige formål. Det bør da vurderes om byggene, med ombygging og tilpasning, kan egne seg til helseformål.
- Leie av lokaler fra private utleiere som har lokasjoner som er egnet til ulike helseformål eller kjøp av plasser hos andre kommuner eller private aktører:
Dette er særlig et alternativ for eksisterende beboere i overgangsfaser når eksisterende lokasjoner bygges om/utvides. Videre kan det være et alternativ i perioder for å dekke kapasitetsbehov i faser hvor behovene er høye uten å være av varig karakter.
- Anskaffelse av andeler i eksisterende borettslag eller kommende private utbyggingsprosjekter: kommunen kjøper opp leiligheter i borettslag for å ha virkemidler for kommunale boliger i ulike deler av kommunen og i ulike typer bomiljøer. Dette er boliger som kan anvendes til helseformål, slik at ulike målgrupper kan bo selvstendig i egnet bolig med punkttjenester. Kommunen bør, i tråd med Sosial boligplan, satse videre på samarbeid med private aktører i plan- og byggesaker, for å sikre at boliger utformes med tanke på mestring, selvstendighet og fellesskap.
- Avvikle eller redusere salg av tjenester til andre kommuner for å drifte tilbudet til egne innbyggere.

Videre arbeid med lokasjonsutvidelser bør skje gjennom oppstart av konkrete forprosjekter for å utrede og prioritere aktuelle mulighetsrom.

8. Prioriteringer

Behovsplanen identifiserer behov for kraftfulle omstillinger i tjenestene og kapasitetsøkning på flere områder. For å lykkes med å gjennomføre planen, er det helt nødvendig å gjøre prioriteringer av enkelte innsatser foran andre innsatser.

Oppsummert er det i behovsplanen skissert følgende retning og behov for kapasitetsutvidelser:

- videreutvikle og styrke innsatsen på helsefremmende og forebyggende helsetjenester
- øke dekningsgrad for aktivitetstilbud for personer med demens
- videreføre dekningsgrad for aktivitetstilbud for eldre
- øke dekningsgraden for hjemmesykepleie
- videreføre dekningsgrad for omsorgsboliger med bemanningsbase for eldre
- videreføre dekningsgrad for institusjonsplasser, med økning av andelen korttidsplasser
- øke kapasitet i særskilte tilbud for personer med utviklingshemming eller annen varig kognitiv svikt
- øke kapasitet i særskilte tilbud for personer med psykiske problemer/lidelser og avhengighetsproblematikk
- utvikle matomsorgen og etablere nytt hovedkjøkken
- gjennomføre vedlikehold i eksisterende lokasjoner

Sammenhengene mellom de ulike tjenestene for eldre er som følger:

	Fram mot 2025	Fram mot 2030	Fram mot 2040	Samlet
Aktivitetstilbud demens – v/økning til 3%	+ 15 plasser	+ 10 nye plasser	+ 20 nye plasser	+45 plasser
Aktivitetstilbud – eldre – v/dagens 3,1%	+ 19 nye plasser	+ 35 nye plasser	+ 46 nye plasser	+ 100 nye plasser
Hjemmesykepleie v/0,17 årsverk pr bruker	+59 årsverk	+ 46 årsverk	+ 63 årsverk	+ 168 årsverk
Hjemmesykepleie v/0,18 årsverk pr bruker	+76 årsverk	+ 49 årsverk	+ 69 årsverk	+ 194 årsverk
Omsorgsboliger v/dagens 5,7 %	+15 boliger	+61 boliger	+84 boliger	+160 boliger
Opprettholde dekningsgrad institusjon 12 %	+68 plasser	+133 plasser	+175 plasser	+376 plasser

Fram mot 2040 er det avgjørende å prioritere tjenester til skrøpelige eldre, herunder personer med demens. Det må gis prioritet til å utvikle både helsefremmende og forebyggende tjenester, og tjenester for å håndtere komplekse og sammensatte behov. Prioriteringene må gjøres gjennom endring av vedtakspraksis, utvikling av organisasjonen, endring av oppgavefordeling og arbeidsmetoder, bruk av teknologi og digitale løsninger, dreining av tjenestebildet og økning av kapasiteter – alt satt i en sammenheng. Tjenestene må i dette arbeidet blant annet bygge på NOU 2023:4 fra Helsepersonellkommissjonen med anbefaling om utvikling og omstilling på flere områder. Som storkommune har vi flere mulighetsrom som kan skape bærekraft for fremtiden.

De første årene fra 2023 og fremover er følgende prioriteringer anbefalt:

- Styrke helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder etablering av flere tverrfaglige team for å styrke pasientforløpene og utsette skrøpeligheit og funksjonsfall
- Utvikle en robust hjemmesykepleie, herunder økning av dekningsgraden for å håndtere komplekse behov hos flere innbyggere
- Utrede og prosjektere flere institusjonsplasser og omsorgsboliger. Det anbefales å først utrede lokasjoner for de legeintensive tjenestene for å avklare effekter i form av frigjøring av lokaler til andre formål i behovsplanen. Utredning av fremtidig bruk av Libos må ha høy prioritet
- Vurdere mer kortsiktige eller midlertidige løsninger for å sikre kapasitet for heldøgns plasser

Utvidelse av kapasiteter i tjenestene krever forprosjekter med utredning av mulighetsrom og deretter gjennomføring av byggeprosjekter. Det vil medføre behov for større investeringer som krever egen finansiering implementert i kommunens investeringsplan. Videre vil utvidelse av tjenestene skape behov for nye årsverk, som må finansieres i rammene, gjennom en kombinasjon av omprioritering av ressurser og utvidelse av rammer. Omprioritering av ressurser vil medføre at kommunen må redusere eller avvike enkelte tjenester og tilbud som eksisterer i dag for å kunne prioritere tjenester og tilbud som er viktigere i et bærekraftig fremtidsperspektiv. Videre må det forventes at tjenester tildeles og ytes på andre måter enn i dag.

Dersom de nødvendige investerings- og driftsmidler ikke prioriteres, vil det medføre at kapasitetsutvidelser ikke kan iverksettes som beskrevet i planen.

Det tar tid å utrede forprosjekter og gjennomføre byggeprosjekter. Dersom kommunen ikke får prioritert midler til forprosjektering, vil kapasitetsutvidelser ikke kunne stå klare til perioden etter 2030. Det er estimert at utredninger som starter i 2023 kan ha klare bygg rundt 2030. Utredningsprosjektene krever ressurser fra både eiendom, plan- og bygningsmyndigheten og helsefagmiljøene. I ombyggings- eller rehabiliteringsprosjekter vil det være behov for å erstatte plasser mens ombygging/rehabilitering foregår. Dette kan være et risikoområde dersom nødvendig kapasitet ikke finnes i nærområdet i regionen.

Det er i samfunnet ulike utenforliggende faktorer som kan skape risiko for gjennomføringskraften.