

DELPLAN FOR SYKEHJEM OG SYKEHJEMSDRIFT

2019-2040

KRAGERØ KOMMUNE

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn for delplan sykehjem og sykehjemsdrift.....	3
1.2	Plangruppe og mandat for planarbeidet.....	3
1.3	Noen aktuelle lover, forskrifter og stortingsmeldinger m.m.....	3
2.0	Sykehjem – tildeling og innhold.....	4
2.1	Tjenestebeskrivelser.....	4
2.2	Kriterier for tildeling og lokal forskrift.....	5
3.0	Beskrivelse av dagens situasjon i Kragerø kommune.....	5
3.1	Kommunale avklarings- og døgnplasser somatikk (KAD).....	6
3.2	Rehabiliteringsopphold.....	6
3.3	Korttids- og vurderingsopphold.....	6
3.4	Langtidsplasser.....	7
3.5	Lindrende plasser og palliativ omsorg.....	7
3.6	Legedekning i sykehjem.....	8
4.0	Demensomsorg.....	8
4.1	Kompetanse og bemanning knyttet til særskilte utfordringer i demensomsorgen..	9
5.0	Velferds- og trygghetsteknologi.....	9
6.0	Strukturkostnader ved dagens organisering av Marienlyst sykehjem.....	10
7.0	Dekningsgrad og dimensjonering med anbefalinger for drift frem mot 2040.....	11
7.1	Dekningsgrad og dimensjonering.....	11
7.2	Behov for økning i antall sykehjemsplasser.....	12
7.3	Økt satsning på korttids- og rehabiliteringsplasser.....	13
7.4	Øremerkede plasser til palliativ behandling og lindrende omsorg.....	13
7.5	Tilrettelegging for nye pasientgrupper – eldre med rusproblemer.....	14
7.6	Behov for tilrettelagte plasser til pasienter med demens og kognitiv svikt.....	14
8.0	Økonomiske konsekvenser.....	14
8.1	Investeringsbehov frem mot 2040.....	15
8.2	Konsekvenser for drifts- og lønnskostnader.....	15
9.0	Oppsummering av tiltak.....	17

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for delplan sykehjem og sykehjemsdrift

Kragerø kommunestyre vedtok i desember 2017 at det skal utarbeides en strategiplan for helse- og omsorgstjenestene, hvor «Delplan sykehjem og sykehjemsdrift» er en av 6 delplaner. På oppdrag fra Rådmannen utarbeidet RO høsten 2018 en drifts- og ressursanalyse for helse- og omsorgstjenesten. Denne rapporten pekte på en rekke utfordringer og muligheter, noe som også skal belyses i delplan for sykehjem og sykehjemsdrift.

1.2 Plangruppe og mandat for planarbeidet

Plangruppen har bestått av:

Avdelingslederne Benedicte Baugstø, Heidi Thorsen og Christoph Münch, TV for NSF Ellen Lindheim, TV for Fagforbundet Nina Dahl, fysioterapeut Britt Kirsti Schulze og virksomhetsleder Stella-R.Syvertsen.

Delplanens innhold:

- Belyse dimensjonering av sykehjemmet som høyeste trinn i omsorgstrappen, med en vurdering av behovet for sykehjems plasser i fremtiden og kriterier for tildeling av plass i sykehjem. Behovet for areal forsøkes utredet, herunder eventuelle muligheter for utnyttelse av eksisterende bygg, behovet for nybygg samt tanker rundt muligheter for tilrettelegging for alternative boformer.
- Fremtidige helse- og omsorgstjenester til personer med demens – en beskrivelse av dagens og fremtidige utfordringer, og framskriving av utvikling og konsekvenser for fremtidige tjenestebehov.
- Hvilken plass skal velferds- og trygghetsteknologi ha i fremtidens sykehjem? Utvikling og fremtidige utfordringer innenfor demensomsorgen står sentralt, samt nye krav til kompetanse og bemanning. Den demografiske utviklingen vil kreve at vi tar i bruk nye arbeidsmetoder, nye samarbeidsformer, ny teknologi og nye løsninger for å skape et mer bærekraftig samfunn i møte med aldersutfordringene.
- Strukturkostnader ved dagens drift av sykehjemmet. Hvordan påvirker faktorer som organisering av avdelinger/grupper, organisering av arbeidstid, interne rutiner og arbeidsmåter det totale kostnadsbildet for sykehjemsdriften.
- Kompetanse og bemanning: Muligheter for bruk av kompetanse på tvers av avdelinger og virksomheter. Herunder gjensidig kompetanseoverføring mellom institusjon, heldøgns omsorgsboliger og hjemmesykepleien.

1.3 Noen aktuelle lover, forskrifter og stortingsmeldinger m.m.

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov-2011-06-24-30)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Lov-1999-07-02-63)
- Helsepersonelloven (Lov-1999-07-02-64)

- Meld. St. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg»
- Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet»
- Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»
- Demensplan 2020
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (FOR-2003-06-27-792)
- Lokal forskrift om tildeling av av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon eller bolig særskilt tilrettelagt for heldøgnsomsorg, vedtatt Kragerø kommunestyre 15.06.2017.
- Strategi- og handlingsplan 2015-2020 for implementering og bruk av velferdsteknologi i Kragerø kommune

2.0. Sykehjem – tildeling og innhold

Retten til heldøgns omsorgstjenester i form av sykehjems plass har hatt stort politisk fokus i en årrekke, og ventelister til sykehjems plass har etter manges oppfatning vært en slags målestokk på kvaliteten innen eldreomsorgen. Flytting fra eget hjem til sykehjem innebærer krevende overganger der nytt helsepersonell skal gi behandling og omsorg, og pasienten må forholde seg til et nytt fysisk og sosialt miljø. Det stiller høye krav til overføring av informasjon og bred overlapping mellom de ulike tjenestenivåene.

Med virkning fra 1. juli 2016 vedtok Stortinget lovendringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

«Leve hele livet» er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud til eldre og deres pårørende. Målet er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, at de skal få færre hjelpere å forholde seg til og oppleve større grad av kontinuitet i tilbudet. I tillegg skal det gis støtte og avlastning til de pårørende, slik at både eldre og deres pårørende skal få mulighet til å leve livet – hele livet. Denne reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Det handler om hva som hever kvaliteten på tjenestene og bidrar til en trygg og verdig alderdom. «Leve hele livet» handler om hva som er viktigst i livet, og at eldre skal få mulighet til å mestre eget liv der de bor – hele livet.

I føringene fra myndighetene ligger det en tydelig forventning om at tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte, og at de i samarbeid med tjenesteyter skal være med på å planlegge innholdet i sitt eget tjenestetilbud.

Regjeringen har også tatt initiativ til å starte arbeidet med å utvikle en trygghetsstandard for sykehjem. Trygghetsstandarden skal konkretisere hvordan sykehjemmene kan sikre god ledelse, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og måling av resultater. Det er tenkt at sluttproduktet skal være et kvalitetsutviklingssystem som bør tas i bruk i hele landet.

2.1. Tjenestebeskrivelser

I målsettinger og nasjonale føringer legges det til grunn at tjenestene skal ytes på en slik måte at brukerne opplever mestring og egenomsorg så lenge som mulig. Disse målsettingene er ytterligere forsterket gjennom nye rundskriv og stortingsmeldinger.

I 2017 ble det lokalt i kommunen utarbeidet nye Tjenestebeskrivelser og forslag til kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Etter planen skulle dette dokumentet opp til politisk behandling høsten

2017, men saksbehandlingsprosessen ble av ulike årsaker ikke fullført. Dette arbeidet anbefales ferdigstilt, da et slikt kriteriedokumentet vil bidra til å:

- Presisere hvilke oppgaver lovgiver har bedt kommunene utføre på feltet
- Presisere hvilke vilkår som lovgiver har satt for å ha rett til tjenester
- Å vise gjeldende retningslinjer for kommunen i tjenestetildelingsprosessen
- Hjelp til å fatte gode enkeltvedtak
- Sikre likt utgangspunkt for brukere og pårørendes forventninger, samt for å involvere ansatte
- Sikre at tjenestetildeling er i tråd med politiske føringer

Tjenestekriteriene skal gi både tjenestemottaker og tjenesteutøver god informasjon om hva som kan forventes av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Videre skal kriteriene legges til grunn gjennom den skjønnsmessige og individuelle vurderingen som kommunens helse- og omsorgspersonell foretar når utmåling av tjenester for den enkelte bruker skal defineres.

2.2. Kriterier for tildeling og lokal forskrift

Som følge av lovendringene vedtok Kragerø kommunestyre i 2017 en lokal forskrift med kriterier for tildeling av plass på venteliste for sykehjemsopphold/omsorgsbolig, og hvordan disse brukerne skal følges opp i ventetiden. Om man oppfyller kriteriene for sykehjemsplass eller heldøgns omsorgsbolig, er en skjønnsmessig vurdering som krever høy helse- og omsorgsfaglig kompetanse. Behandlende leges vurdering skal inngå i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen av søknad om slik plass.

Kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem skal være en helhetlig vurdering av pasientens helse-/funksjonssvikt, fysisk, mentalt, kognitivt og psykisk – og som medfører et behov for varige og omfattende helse og omsorgstjenester gjennom hele døgnet. Et annet viktig kriterium er at pasienten har behov for tett medisinsk oppfølging og behandling. IPLOS-score gir viktig supplerende informasjon, uten at det er definert noen grenseverdi som i seg selv vil utløse et tilbud om langtidsplass i sykehjem

3.0 Beskrivelse av dagens situasjon i Kragerø kommune

Kragerø kommune har en generelt eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Andelen 67 år og eldre utgjorde i 2015 18,6 % av befolkningen, mot 16,5 % for Telemark og 13,7 % i Norge. Jfr. tall fra SSB vil aldersgruppen 80-89 år dobles og andelen personer over 90 år tredobles i perioden 2018 til 2040. Dette er de aldersgruppene som tradisjonelt har behov for flest helse- og omsorgstjenester, og spesielt er det mottakere av omsorgstjenester over 90 år som har klart størst bistandsbehov. Økningen i disse gruppene er et tydelig signal om at det må settes inn målrettede tiltak for å møte den fremtidige utfordringen som den demografiske endringen vil gi oss.

I tråd med nasjonale føringer er det også i Kragerø kommune et mål at eldre skal kunne bo i eget hjem livet ut eller lengst mulig. Det innebærer at det må satses ytterligere på tjenesteutvikling, velferds- og trygghetsteknologi, tilrettelegging av eget hjem og økt satsing på hverdagsrehabilitering/-mestring.

Marienlyst sykehjem med 45 plasser er i dag kommunens eneste sykehjem, og andelen institusjonsplasser isolert sett for gruppen 80+ er vesentlig lavere i Kragerø enn i andre sammenliknbare kommuner.

Antall plasser på sykehjemmet som blir brukt til både rehabiliterings- og ulike former for korttidsopphold, samt lindrende plasser må til enhver tid variere i takt med det faktiske bruker-behovet.

Rehabiliteringsopphold tilbys primært ved avdelingen i 3.etg. I tillegg benyttes 4 plasser i omsorgsboligen på Seniorsenteret, og enkelte plasser ved de to øvrige avdelingene på sykehjemmet benyttes tidvis til korttids- eller avlastningsformål.

3.1 Kommunale avklarings- og døgnplasser somatikk (KAD-plasser)

Pr i dag benyttes 3 plasser ved avdelingen i 3.etg. på Marienlyst sykehjem til dette formålet. Kommunen selv benytter 2 av plassene, mens det er inngått et interkommunalt samarbeid med Drangedal om 1 plass. Det er legetilsyn på KAD daglig, og antall KAD-senger i forhold til behovet i dag synes tilstrekkelig. Erfaringer med dette tilbudet så langt er svært positivt, og driftes i tråd med målsettingen. Antall sykehusinnleggelser reduseres, fordi pasienter som tidligere ble innlagt i sykehus avklares lokalt og får behandling her.

En KAD-seng for psykisk helse/rus er nå etablert i Holt omsorgsbolig.

3.2 Rehabiliteringsopphold

Tjenesten innebærer behandling/rehabilitering etter sykdom eller skade, og tilbys ofte i etterkant av en sykehusinnleggelse. Oppholdet er tidsbegrenset, og krever et godt tverrfaglig samarbeid for at pasienten skal få et best mulig rehabiliteringstilbud og dermed oppnå forbedringer i sitt funksjonsnivå. Tverrfaglig tilnærming i et rehabiliteringsløp inkluderer flere av følgende faggrupper: fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, helsefagarbeider, sykehjemslege, fastlege, demens- sykepleier, og eventuelt kreftsykepleier.

Målgruppen for denne type opphold er i hovedsak pasienter som har sykdom og/eller skade med et mulig rehabiliteringspotensiale. Rehabiliteringsfasen kan for mange pasienter fortsette i eget hjem, med innsats fra hverdagsrehabiliteringsteamet og hjemmetjenesten for øvrig.

3.3 Korttids- og vurderingsopphold

Tjenesten innebærer vurdering og evt. utredning av funksjonsnivå ved uavklarte tilstander. Oppholdet er tidsbegrenset, og innebærer tverrfaglig samarbeid om assistanse, veiledning og/eller behandling for kartlegging av funksjonsnivå og potensiale for bedring. Tverrfaglig samarbeid inkludere ofte både fysio- og ergoterapeut, sykepleier, helsefagarbeider, sykehjemslege, og gjerne demenssykepleier eller kreftsykepleier der det er nødvendig. Vurderingsopphold skal ikke erstatte sykehusopphold ved akutte tilstander, men er snarere et supplement seinere i forløpet.

Målgruppen er pasienter som har funksjonstap- eller endring, og hvor det er viktig å kartlegge pasientens eventuelle videre behov for kommunale tjenester. Korttidsopphold tilbys også til pasienter med kort forventet levetid.

3.4 Langtidsplasser

Tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i sykehjem er regulert i Pasient- og brukerrettighetsloven og Helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunestyret vedtok i juni 2017 en lokal forskrift «Tildeling av langtidsopphold og Helse- og omsorgstjenester i institusjon eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester».

Målgruppe for tildeling av langtidsplass i sykehjem er pasienter som på grunn av helse-/funksjonssvikt fysisk og/eller kognitivt har behov for langvarig medisinsk behandling, oppfølging og døgntilrettelagt pleie og omsorg. Behovet for medisinsk behandling og sykepleiepleiefaglig oppfølging skal være av omfattende og antatt varig karakter. I tjenesten inngår kost og losji, medisinsk behandling, pleie og omsorg, nødvendig tannbehandling, medisiner, tilbud om sosial stimulering. Før det tildeles fast plass i sykehjem skal andre alternative tiltak være utredet og vurdert, og det skal være konkludert med at det er lite sannsynlig at pasientens tilstand forbedres slik at vedkommende kan bo i eget hjem eller i en omsorgsbolig.

Kragerø kommune har et lavt antall langtidsplasser pr innbyggere sammenlignet med andre kommuner i RO-rapporten. Det er pr i dag 34 plasser på sykehjemmet som benyttes til langtidsopphold, 7 av disse er på skjermet avdeling. Antall korttids- og rehabiliteringsplasser varierer i takt med de faktiske brukerbehov, og det oppleves tidvis at det er stort press på plasser som kan disponeres til korttidsformål fordi det er stor pågang av pasienter som spesialisthelsetjenesten definerer som utskrivningsklare og som dermed må gis et tjenestetilbud i kommunal regi.

3.5 Lindrende plasser og palliativ omsorg

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige /eksistensielle problemer.

Målet med palliasjon er best mulig symptomlindring og livskvalitet for både pasient og pårørende, og god organisering av helsetjenestene er helt nødvendig for å få dette til.

I takt med ønsket utvikling om at pasienter med alvorlig sykdom skal bo hjemme så lenge det er ønskelig og faglig mulig, bør målsettingen være å styrke samarbeidet mellom hjemmetjeneste og institusjon ytterligere. Et optimalt samarbeid hvor det følges like rutiner for kartlegging og oppfølging i alle avdelinger og virksomheter, vil legge til rette for et mer fleksibelt tjenestetilbud til pasienter med alvorlig sykdom som har behov for palliasjon og lindrende pleie.

Marienlyst sykehjem har i dag ingen øremerkede plasser for lindrende behandling/palliasjon, men mange av pasientene som tildeles korttidsopphold i 3.etg på Marienlyst er i denne kategorien. Erfaringer så langt viser at vi til enhver tid har flere pasienter i denne gruppen både på sykehjemmet og i hjemmesykepleien, i tillegg til dem som bor i omsorgsbolig. Et godt tilbud til denne pasientgruppen krever ansatte med høy sykepleiefaglig kompetanse, og hvor et tett samarbeid med legetjenesten er helt avgjørende. Jfr. det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen bør det i alle kommuner være en egen sykehjemsenhet med mer ressurser og høyere kompetanse i palliativ behandling og pleie enn det som normalt finnes på en vanlig sykehjemsavdeling.

3.6 Legedekning i sykehjem

Marienlyst sykehjem har i dag en legedekning på 1,08 årsverk. Dette er fordelt med 53% stilling tilknyttet KAD-sengene og 55 % stilling fordelt på de tre avdelingene. Jfr. RO-rapporten er antall legetimer i sykehjemmet noe høyere enn lands-gjennomsnittet og i sammenlikningskommunene. Tilsynslegene opplever likevel at dagens legeressurs ikke er tilstrekkelig, og den Norske Legeforening mener det nasjonale målet for legedekning er satt for lavt. Mye av årsaken til dette er de konsekvenser vi ser etter innføring av Samhandlingsreformen med overføringen av stadig mer komplekse oppgaver til kommunene.

I både tidligere Stortingsmeldinger og Stortingsproposisjoner viser regjeringen til flere tiltak for å styrke det allmennmedisinske tilbudet til beboere i sykehjem, og en styrking av legetjenestene ble ansett som nødvendig av flere årsaker. Sykehjemsbeboerne er sykere og mer skrøpelig enn før, og de har i snitt 5-6 aktive diagnoser med behov for utredning og behandling. Ca 80 % har en demensdiagnose eller kognitiv svikt, og depresjon og polyfarmasi er svært utbredt. Kortere liggetid på sykehus, økt vektlegging av korttids- og rehabiliteringsopphold og styrking av palliativ behandling stiller stadig større krav til den medisinskfaglige kompetansen i sykehjem.

4.0 Demensomsorg

Pr i dag finnes det ingen gyldige estimater for forekomsten av demens i Norge, og dette vanskeliggjør både planlegging av riktig omfang på dagens tjenestetilbud for personer med demens, og det å skulle estimere behovet for tjenester i fremtiden. Man regner med at ca. 80 % av alle sykehjemsbeboere har en eller annen form for demensdiagnose eller annen kognitiv svikt, og ettersom forekomsten av demens øker med alderen vil det av demografiske årsaker bli en fordobling av personer med demens frem mot år 2040. Bare i hjemmetjenesten er det ved årsskiftet 2018/2019 registrert nye 45 personer med svikt i hukommelse eller en demensdiagnose.

På bakgrunn av «Leve hele livet» (meld.st.15) og Demensplan 2020 vil det sannsynligvis bli færre eldre som trenger omsorgsbolig/bokollektiv i årene fremover. Det er forventes at eldre vil ønske å hjemme til de er helsemessig så redusert at de har behov for direkte plass på sykehjem. Kragerø kommune er godt dekket i forhold til omsorgsboliger, og arbeidsgruppen mener derfor at det mest sannsynlig ikke vil være behov for en økning av dette tilbudet frem mot 2040.

Denne pasientgruppen kan være vanskelig å gi tilstrekkelig og forsvarlig tilbud i hjemmet, og våre erfaringer allerede nå er at antall skjermede plasser ikke er tilstrekkelig. I de siste fasene av sykdommen vil det for mange pasienter være behov for spesielt tilrettelagte botilbud og institusjonsplasser. Vi snakker da om personer med omfattende hjelpebehov og behov for tilsyn hele døgnet. Erfaringene viser at frihet til å komme ut og bevege seg ute kan redusere uro og stress. Det har stor betydning at det er en hjemlig atmosfære både i forhold til interiør og eksteriør.

For gruppen som har til dels store atferdsproblemer som motorisk uro, vandring eller roping, ser vi et klart behov for at det etableres minimum en forsterket skjermet enhet i tillegg til flere ordinære skjermede plasser. Utformingen av Marienlyst sykehjem er ikke egnet for etablering av et forsterket tilbud, da dette blant annet krever mer areal til fellesrom, god lydisolering og robuste løsninger på materialer og installasjoner. Beboergruppene bør også kunne deles i enda mindre grupper på to til fire personer, og et tilrettelagt og skjermet uteareal er spesielt viktig.

Demensplan 2020 legger opp til et mer demensvennlig samfunn, og dette innebærer at nye botiltak må være demensvennlige. Normalisering og integrering er et overordnet mål også ved planlegging av

tilbud til personer med demens. Normalisering skal også ligge til grunn for utformingen av selve botilbudet, fordi det er en overordnet målsetting at eldre skal kunne opprettholde et så normalt liv som mulig. Dette vil i praksis si at det må legges vekt på at pasientene skal ha muligheter til å kunne se på og delta i hverdagslige gjøremål, mest mulig likt det de har vært vant til i tidligere liv.

4.1 Kompetanse og bemanning knyttet til særskilte utfordringer i demensomsorgen

Kommunen trenger ansatte innen helse og omsorg som har særskilt kompetanse og er spesielt egnet til å jobbe med den mest krevende og utagerende gruppen av personer med demens. Det anbefales at det etableres et tverrfaglig team med hovedfokus på personer med kognitiv svikt og utfordringer rundt dette.

Det estimeres en dobling av antall personer med demens innen utgangen av 2040. (jfr. Demensplan 2020). For å kunne møte behovene som disse pasientene og deres pårørende vil ha, bør det tas høyde for at dette er en ny generasjon, med andre behov og en annen livsstil enn den gruppen eldre med demens som vi kjenner i dag. Tidlig diagnostisering, tett samarbeid med fysio- og ergoterapeut, geriatrikisk sykepleier, hjemmetjenesten, dagtilbud, samt sykehjemmet som siste trinn i omsorgstrappen vil være av stor betydning. Brukermedvirkning står sentralt for å kunne imøtekomme og tilrettelegge ut i fra individuelle behov, og både pasienter og deres pårørende skal på tidligst mulig tidspunkt tas med på råd og få mulighet til å delta i den videre planleggingen.

5.0 Velferds- og trygghetsteknologi

Kragerø kommunestyre vedtok i 2015 «Strategi- og handlingsplan 2015-2020 for implementering og bruk av velferdsteknologi i Kragerø kommune». Denne bør nå revideres i takt med utviklingen, og sees i sammenheng med kommunens overordnede Digitaliseringsstrategi. Velferdsteknologi er et område hvor IKT-løsninger kan bidra til en sikrere og bedre hverdag for både helsepersonell og brukere av helse- og omsorgstjenester. Elektronisk samhandling er avgjørende for gode helhetlige pasientforløp, og velferdsteknologi er brukerrettet teknologi som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet og selvhjulpenhet.

Fremtidens eldre vil i mye større grad enn i dag være vant til å både forholde seg til og benytte seg av elektroniske og teknologiske løsninger. Velferds- og trygghetsteknologi dekker alt fra enkle produkter som brukeren selv kan anskaffe, via smarthusteknologi til avanserte tekniske hjelpemidler som kommuniserer med omverdenen.

Erfaringer fra andre kommuner viser at de viktigste gevinstene ved innføring av ulike velferdsteknologi er utsatt behov for tjenester og redusert antall besøk fra hjemmebaserte tjenester, samt utsatt behov for institusjonsplass. I tillegg vektlegges blant annet økt trygghet, frihet, mestring og selvstendighet for brukere og pårørende. I gevinstrealiseringsrapporten fra Helsedirektoratet poengteres det at gevinstene vil være avhengig av hvordan den enkelte kommune har organisert sin tjeneste, og det er avhengig av ressurser og demografi. For å lykkes med innføringen av velferdsteknologi, må kommunen lykkes i å endre måten tjenestene leveres på. Velferdsteknologi må også sees i sammenheng med andre brukerrettede tiltak som hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering der det er relevant.

En målsetting for Kragerø kommune bør være at velferdsteknologiske løsninger innføres på alle tjenesteområder innen helse- og omsorg, noe som vil være en viktig forutsetning for å kunne redusere bemanningsbehovet i fremtiden.

Pasientvarslingssystemet på Marienlyst sykehjem ble installert i 2003 og er utdatert, og må oppgraderes for at det skal kunne tas i bruk muligheter for ulike alarmer, som for eksempel døralarm, fallalarm, sengealarmer og ulik sensorteknologi. Digitalt tilsyn forstyrrer ikke tjenstemottakeren på natten, og er fleksibelt i forhold til formålet med tilsynet. Dette er hensiktsmessige funksjoner også i institusjon, og kan gi mulighet for å redusere bemanning spesielt på natt samtidig som brukerens behov for trygghet og sikkerhet ivaretas.

6.0 Strukturkostnader ved dagens organisering av Marienlyst sykehjem

I følge RO rapporten driftes Marienlyst sykehjem dyrere på mange områder sammenliknet med andre sykehjem i sammenlignbare kommuner. Rapporten bygger på regnskapstall, bemanningsoversikter, ressurser til ledelse, alle driftskostnader, sykefravær m.m.

Kostnader til mat ligger relativt lavt i forhold til andre sykehjem man har sammenliknet med, og med nye krav til økt fokus på kosthold og ernæringsstatus hos sykehjemspasienter, må det satses på kompetanse og kvalitet ved tilbereding av måltider fremfor å ha kostnadsreduksjon som mål.

Når det gjelder utgifter til medisiner og medisinsk forbruksmateriell, bør det sees på om det kan være mulighet for en viss reduksjon av kostnader. Forslag til tiltak kan være å samordne bestillingen av medisiner og medisinsk forbruksmateriell på tvers av avdelinger, og det anbefales at det bør sees på muligheter for å tilrettelegge for et felles lager. Vi antar at et felles lager for de tre avdelingene kan redusere risikoen for at for eksempel medisiner går ut på dato, eller at det kjøpes inn unødig stort sortiment av bleier og annet medisinsk forbruksmateriell. Det bør vurderes om et felles lager kan redusere svinn og om mulig bidra til reduksjon av kostnader.

Marienlyst sykehjem har ikke eget vaskeri, og er derfor bundet av en innkjøpsavtale ift leievask etter gjennomførte anbudsrunder. Da sykehjemmet ble bygget i 2003 ble det konkludert med at dette var den rimeligste løsningen. Det er ikke ledige arealer til et vaskeri, og det er heller ikke personalressurser innenfor virksomhetens rammer.

Hovedansvaret for renhold av lokalene på sykehjemmet ligger hos kommunens renholdsavdeling, og utføres således av personell med rett kompetanse til å utføre renholdsoppgavene.

Den største kostnadsdriveren på sykehjemmet er de variable lønnsutgiftene, noe som gjør at RO peker på at kostnadene ved driften av Marienlyst sykehjem ligger langt over gjennomsnittet. En stor andel av disse merkostnadene knytter seg til årsverk knyttet opp til faste vikarvakter, samt bruk av overtid og innleie av ekstravakter grunnet særskilte brukerbehov. De faste vikarvaktene utgjør en ressursbase som dekker opp ved fravær, og det anbefales etablering av et vikarpool som eventuelt kan benyttes på tvers av avdelinger og virksomheter. For å få på plass en slik ordning må det gjennomføres drøftinger med tillitsvalgte, og det er viktig at de ansatte involveres i prosessen. Etablering av et vikarpool vil forutsette at det avsettes noe ressurser til administrering av ordningen.

I kostnadsgrunnlaget i RO-rapporten ligger også høyt sykefravær i 2017/2018 i spesielt 2 av avdelingene som en klart medvirkende årsak til økningen i de variable kostnadene som er påpekt.

Innføringen av Digital vaktbok har til en viss grad redusert bruk av overtid, og fokuset på dette fortsetter. Det stilles strenge krav til avdelingenes kontroll og oppfølging av interne rutiner ved vikarinnleie for å unngå bruk av overtid.

Antall årsverk som er bundet opp i faste vikarvakter må reduseres for å få ned de totale kostnadene ved sykehjemmet. Det er startet utarbeiding av nye turnusplaner med nye arbeidstidsordninger samt overflytting av personell til andre avdelinger eller virksomheter blir løpende vurdert.

Det anbefales videre at lederstrukturen ved sykehjemmet og intern organisering tas opp til vurdering som ledd i den videre organisasjonsgjennomgangen i kommunalområdet.

7.0 Dekningsgrad og dimensjonering med anbefalinger for drift frem mot 2040

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Den inneholder en rekke tiltak for å styrke kvaliteten, kompetansen og kapasiteten i sykehjem og hjemmetjenester og for å utvikle nye og mer bærekraftige løsninger. Omsorg 2020 legger større vekt på aktivisering av brukerne både sosialt og fysisk, og det er økt oppmerksomhet på brukernes sosiale og kulturelle behov. Miljøtiltak skal være primærbehandlingen i fremtidens sykehjem, og det skal være økt fokus på aktiv omsorg.

Sett i lys av den demografiske utviklingen, må det planlegges for flere parallelle tiltaksløp. Rekkefølgen for gjennomføring av ulike tiltak har en viss grad av betydning, da noen tiltak avhenger av andre. Kostnadskrevende tiltak må innarbeides i økonomiplanen, og behovet for omsorgsboliger for eldre og sykehjemsplasser må ses i sammenheng med kommunens helhetlige og langsiktige samfunnsplanlegging på tvers av fagområder. Det må satses på forebygging, helsefremming og rehabilitering for å utsette økt behov for tjenester, samtidig som innbyggere med tjenestebehov må få dekket disse. Organisering av tjenestene er også viktig for å utnytte kompetanse og ressurser mest mulig effektivt.

7.1 Dekningsgrad og dimensjonering

Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til tallmessige framskrivninger, og det foreligger lite forskning på trendene i behovet for omsorgstjenester. I tillegg er det viktig å understreke at framskrivningene ikke har tatt hensyn til virkningene av de strategier og tiltak regjeringen har utformet for å forebygge eller redusere veksten av omsorgsbehovet i fremtiden.

Marienlyst sykehjem har 45 plasser, noe som gir en dekningsgrad på 7,8 %. Dette er langt under de kommuner vi kan sammenlikne oss med. I tilsvarende kommuner ligger dekningsgraden mellom 9,7 % - 17,8 %.

I årene frem mot 2040 vil andelen eldre i aldersgruppen 67-79 øke og andelen eldre fra 80-89 år vil doubles. Andelen over 90 år tredobles. Tradisjonelt sett er det eldre over 80 år som har størst behov for helse og omsorgstjenester, og da spesielt de over 90 år. Med økende antall eldre følger også økning i antall personer med en demensdiagnose. Marienlyst sykehjem er ikke dimensjonert for den anslåtte økningen i denne pasientgruppen.

Dersom beregninger gjort av SSB stemmer, vil behovet for tradisjonelle sykehjemsplasser øke i årene frem mot 2040. Dette kan belyses på følgende måte:

Utvikling i antall personer over 80 år fra 2018-2040 og framskriving av behov for sykehjemsplasser

	2018	2023	2025	2028	2030	2035	2040
80-89 år	469	538	605	776	871	989	975
90 år og eldre	107	105	110	129	139	183	293
Totalt	576	643	715	905	1010	1172	1268
Dekningsgrad							
7,8 % i antall plasser	45	50	56	71	78	92	99
Dekningsgrad							
10 % i antall plasser	58	64	72	91	101	117	127
Dekningsgrad							
12% i antall plasser	69	77	86	107	121	141	152

Det fremgår av tabellen at antall sykehjemsplasser må økes bare for å opprettholde dagens dekningsgrad på 7,8 %, og med en økning av dekningsgrad for å ta høyde for den demografiske utviklingen er plangruppens anbefaling at antall plasser bør økes ytterligere.

En oppsummert faglig begrunnet anbefaling er en dekningsgrad på 10%, og vi ser at dette vil være økonomisk krevende både når det gjelder investeringer og økning i totale driftskostnader.

7.2 Behov for økning i antall sykehjemsplasser

Sykehjemmet tar i dag hånd om de pasientene som trenger størst grad av medisinsk oppfølging og har omfattende behov for tjenester på, inkludert pasienter med demens med store utfordringer knyttet til uro og annen avvikende atferd.

Sett i lys av den demografiske utviklingen i Kragerø frem mot 2040 med den store økningen i antall eldre over 80 år, er det stor sannsynlighet for at behovet for antall sykehjemsplasser vil øke. Kragerø kommune har god dekning på heldøgnsomsorg dersom vi tar med heldøgnsomsorgsboliger. Det er derfor avgjørende at driften av disse boligene må sees opp mot ordinær sykehjemstdrift når det fremtidige behovet for heldøgns plasser skal beregnes. Økt satsing på lavterskeltilbud, tilpasning av omsorgsboliger og styrking av bemanning og kompetanse i disse, vil kunne utsette behov for nye sykehjemsplasser frem til 2028. Innføring av velferdsteknologi i hjemmebaserte tjenester vil også kunne bidra til utsettelse av behov for nye institusjonsplasser.

Det må gjøres en fortløpende vurdering av hvordan de ulike deltjenestene skal dimensjoneres, men det er avgjørende at ressursinnsatsen i hjemmebaserte tjenester må økes for å kunne kompensere for et økende behov for sykehjemsplasser.

Forslag til tiltak: Ved planlegging for flere sykehjemsplasser bør følgende alternativer utredes

1. Ombygging eller utvidelse av allerede eksisterende bygningsmasse
2. Bygging av nye sykehjemsplasser trinn 1 og vurdering av trinn 2
3. Omlegging av driften i deler av omsorgsboligene mht til kompetanse og bemanning
4. Økt ressursinnsats i den ambulerende delen av hjemmebaserte tjenester
5. Økt satsing på kompetanseheving innenfor geriatri og demensomsorg

7.3 Økt satsning på korttids- og rehabiliteringsplasser

Fremtiden i helse- og omsorgstjenestene er at befolkningen vil bo lenger hjemme. Man antar at de langt fleste sannsynligvis vil ønske å bo hjemme så lenge det er medisinsk og sykepleiefaglig forsvarlig. Det vil alltid være betydelig usikkerhet knyttet til tallmessige framskrivninger, og det foreligger lite forskning på trendene i behovet for omsorgstjenester. I tillegg er det viktig å understreke at framskrivningene ikke har tatt hensyn til virkningene av de strategier og tiltak regjeringen har utformet for å forebygge eller redusere veksten av omsorgsbehovet i fremtiden.

Økt fokus ift forebyggende helsearbeid, økt satsning på hverdagsrehabilitering og innføring av trygghets- og velferdsteknologi vil gi gevinst i form av utsatt behov for tradisjonelle helsetjenester.

Anbefaling fra arbeidsgruppen er at antall korttids- og rehabiliteringsplasser må økes. Det bør i denne sammenhengen diskuteres om dagens organisering av dette tilbudet skal endres, ved at alle korttids- og rehabiliteringsplasser samles på en større avdeling på Marienlyst.

Forslag til tiltak:

1. Flytting av demensavdelingen på Marienlyst sykehjem over til et nybygg vil frigjøre en hel avdeling som kunne brukes utelukkende til korttids- og rehabiliteringsformål.
2. Ved eventuelle ledige arealer i det tidligere sykehusbygget bør det utredes mulighet for å etablere en korttids- og rehabiliteringsavdeling her, med nærhet til fysio- og ergoterapitjenesten samt poliklinikker med røntgen- og laboratorietjenester.

7.4 Øremerkede plasser til palliativ behandling og lindrende omsorg

Siden 48,5 % av alle dødsfall skjer i sykehjem blir det viktig å vektlegge palliativ behandling, og det er behov for å øke andelen sykepleiere med videreutdanning. Dersom det øremerkes plasser for palliative pasienter, vil denne pasientgruppen kunne gis et mer fleksibelt tjenestetilbud. Pasientene kan da i mye større grad veksle på å være hjemme og ha muligheten til raskere å kunne få et kort opphold på sykehjemmet når et behovet oppstår. For dem som ikke ønsker å bo hjemme til de dør, skal sykehjemmet være et kvalitativt godt tilbud til alle pasienter med behov for palliativ behandling og lindrende omsorg og pleie i livets slutfase. Uavhengig av diagnose.

Forslag til tiltak: Inntil 5 plasser i sykehjem øremerkes for palliativ omsorg.

7.5. Tilrettelegging for nye pasientgrupper – eldre med rusproblemer

En pasientgruppe som etter hvert vil ha behov for plass i sykehjem, er personer med en rusfortid. Denne pasientgruppen vil kunne bestå av både alkoholikere og blandingsmisbrukere, og personer med flere tiår med narkotikamisbruk bak seg har ofte også psykiske helseplager,

Selv om de aldersmessig ikke er blant de eldste, så vil de ofte få store helsemessige utfordringer og har behov for bistand og omsorg på døgnbasis. Mange av disse pasientene har et svært sammensatt sykdomsbilde, og mange av dem har kroniske sykdommer som krever medisinsk behandling og oppfølging.

Forslag til tiltak: Prioritering av kompetanseheving innenfor psykisk helse og rus.

7.6. Behov for tilrettelagte plasser til pasienter med demens og kognitiv svikt

Man regner med at ca 80 % av alle sykehjemsbeboere har demens eller en form for kognitiv svikt. Kragerø har lav andel plasser i skjermet enhet, og antallet skjermede plasser må økes. Kommunen har pr i dag ingen forsterkede plasser for personer med demens, noe som er årsaken til at det i dag må kjøpes slik plass utenfor kommunen.

Målsettingen må være at kommunen selv har både tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til selv å kunne gi et forsvarlig tjenestetilbud også til den mest utfordrende gruppen personer med demens. Demensplan 2020 legger opp til et mer demensvennlig samfunn, og dette innebærer at nye botiltak må være demensvennlige. Det forutsettes at utredning og diagnostisering av demens i kommunehelsetjenesten må styrkes. Videre anbefales det at korttids-opphold så langt det er mulig bør skilles fra bo- og institusjonstilbud som er innrettet for langtids-opphold.

Forslag til tiltak:

Trinn 1 : Det utredes og planlegges for bygging av nytt sykehjem med 30 plasser innen 2028-2030. Alle tilbud til personer med demens bør ideelt sett samles her. Tilbudet bør samles under ett bygg/kompleks med fokus på uteareal, velferdsteknologi o.s.v. Ved å samle tilbudet kan kompetanse og personale i mye større grad brukes på tvers av avdelinger.

Trinn 2: Bygging av ytterligere nye plasser. Anbefalingen gjelder for perioden frem til 2030. Senere rullering av planen vil måtte ta stilling til videre utvikling av sykehjemstilbudet. Gevinster av økt satsing på forebygging, helsefremming og hverdagsrehabilitering må vurderes frem mot 2030, for å få et klarere bilde av hva behovet i eventuelt trinn 2 vil være.

8.0 Økonomiske konsekvenser

I Husbankens veileder for utbygging av sykehjem og bofellesskap er det estimert behov for minimum 28 m² for hvert beboerrom. Med hensyn til estimatet som er gjort ift kvadratmeterbehov ved et nybygg, må det tas forbehold om økt behov for plass til andre tjenester jfr. kommunalområdets videre

organisasjons-utviklingsprosess. Endret bruk av allerede eksisterende bygningsmasse inkludert omsorgsboligene kan gi et behov for interne rokkeringer av plasser i eksisterende boliger og nybygg.

Investeringsstilskuddet til heldøgns plasser i institusjon og omsorgsboliger skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger.

I Husbankens retningslinjer for tildeling av investeringsstilskudd står det at tilskudd skal gis til sykehjem og omsorgsboliger der det legges vekt på kvaliteter som gjør omsorgsboliger og sykehjem til gode hjem og gode arbeidsplasser. Disse målsettingene er forankret i Verdighetsgarantien for eldreomsorg og Arbeidsmiljøloven.

Sykehjem og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt i tråd med Omsorg 2020 og Demensplan 2020. Dette innebærer blant annet små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilpasset uteareal. Prinsippene om normalisering og integrering skal bli tatt hensyn til ved lokalisering og planlegging. Boenhetene skal ikke ha institusjonsliknende preg, og disse bør bli plassert i ordinære og gode bomiljøer. Det er en forutsetning at ulike brukergrupper ikke blir samlokalisert på en uheldig måte.

8.1 Investeringsbehov frem mot 2040

Husbanken kan i de tilfellene hvor kommunen skal stå som eier, gi tilskudd på 55 % av godkjente anleggs-kostnader for plass i institusjon med fellesareal. For 2019 gis tilskuddet ut ifra maksimal kostnad på kr 3.3 mill. pr sykehjemsplass. Dvs. en maksimal tilskuddssats på kr 1.8 mill. pr. sykehjemsplass.

Trinn 1 - Innen 2030: Bygging av 30 nye sykehjemsplasser utgjør en estimert netto investeringskostnad i 2019-kroner på til sammen 45 millioner kroner (99 mnok-54 mnok).

Trinn 2 - Innen 2040: bygging av ytterligere 30 nye sykehjemsplasser medfører et tilsvarende investeringsbehov estimert til 45 millioner kroner (eksklusiv prisstigning).

8.2 Konsekvenser for drifts- og lønnskostnader

Personalkostnader ift bemanningsfaktor. Byggenes utforming, organisering, bruk av velferdsteknologi m.m. vil påvirke bemanningsfaktoren og dermed lønnskostnadene.

Øvrige driftskostnader (mat, medisiner, forbruksmateriell osv)– fokus på hvordan få til stordriftsfordeler

Driftskostnader bygg må beregnes og innarbeides i økonomiplanen.

Uavhengig av dekningsgraden på sykehjemsplasser må hjemmebaserte tjenester styrkes.

NYE SYKEHJEMSPLASSE OG DRIFTSUTGIFTER FRA 2030:

Alternativer	Deknings-grad	Antall nye plasser	Pleiefaktor	Lønn MNOK	MNOK, Samlet økning driftsutgift
Redusert dekningsgrad	6,1 %	16	0,8	9,6	18,4
Dekningsgrad som i dag	7,8%	33	0,8	19,8	38,0
Økt dekningsgrad	10%	56	0,8	33,6	64,4
Økt dekningsgrad	12 %	76	0,8	45,6	87,4

Investeringsbehov i alternativene: 24 mnok, 49 mnok, 84 mnok, 114 mnok. Alle oppgitte kostnader knytt til drift og investering er estimer og ikke konkrete kostnadsberegninger. Kolonnen «*Samlet økning driftsutgift*» er beregnet ut fra en estimert kostnad på *en* sykehjemsplass på 1,15 millioner kroner.

YTTERLIGERE NYE SYKEHJEMSPLASSE OG DRIFTSUTGIFTER FRA 2040:

Alternativer	Dekn. grad	Antall nye plasser	Pleiefaktor	Lønn MNOK	MNOK, Samlet økn driftsutgift
Redusert dekningsgrad	6,1 %	15	0,8	9,0	17,3
Dekningsgrad som i dag	7,8%	22	0,8	13,2	25,3
Økt dekningsgrad	10%	26	0,8	15,6	29,9
Økt dekningsgrad	12 %	31	0,8	18,6	35,7

Investeringsbehov i alternativene: 23 mnok, 33 mnok, 39 mnok, 46 mnok. Alle oppgitte kostnader knytt til drift og investering er estimer og ikke konkrete kostnadsberegninger. Kolonnen «*Samlet økning driftsutgift*» er beregnet ut fra en estimert kostnad på *en* sykehjemsplass på 1,15 millioner kroner.

Forutsetninger for kostnadstallene i tabellen er:

Et årsverk er estimert til 750 000 kr. Lønnskostnader er beregnet ut fra en pleiefaktor på 0,8, noe som vil være helt avhengig av pasientenes faktiske behov. En sykehjemsplass koster 1,15 mill kr.

9.0 Oppsummering av tiltak

Tiltak	Iverksetting	Kostnad	Omtalt i kapittel
Utarbeide Tjenestebeskrivelser og Kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester	2020	-	Kap.2
Vurdering av muligheter for etablering av vikarpool / ressursbaser på tvers av virksomheter og avdelinger	2021	Utgifter til drift og organisering må påregnes	Kap.6
Utbygging trinn 1: Nytt sykehjem med 30 plasser	2028/2030	Investering: kr 45 mill Drift: kr 36 mill	Kap. 8
Utrekning og vurdering av behov for utbygging trinn 2	2028		Kap.8
Utbygging trinn 2: Nytt sykehjem med 30 plasser	2040	Investering: kr 45 mill Drift : kr 36 mill	Kap.8