

# Omsorg med kunnskap

Plan for helseinstitusjoner og boliger med  
heldøgnsbemanning i Bergen kommune  
2016 – 2030



## Forord



Foto: Vidar Langeland

*Rebekka Ljosland, Byråd for helse og omsorg*

Bergen kommune satser på eldreomsorg - og i de kommende årene ønsker vi å utvikle et kompetent, kunnskapsbasert og inkluderende sykehjem. Sykehjemmene får ofte for lite anerkjennelse for det komplekse og utfordrende pasientbildet de står overfor, og som i enda større grad vil være gjeldende for fremtidens sykehjem. Med planen *Omsorg med kunnskap*, ønsker byrådet en økt satsning på sykehjem som en spennende arbeidsplass og et godt hjem for brukeren, der oppdatert kunnskap om både omsorg og medisinsk oppfølging står i sentrum. Fremtidens sykehjem skal bygge gode relasjoner til pårørende, integreres i nærmiljøet og engasjere frivillige.

En plan for institusjoner og boliger med heldøgns bemanning må ta utgangspunkt i flere scenarier når det gjelder utviklingen i befolkningen og dens behov. Rundt 80 % av pasientgruppen som er innlagt i sykehjem har en demenssykdom, og det forventes en ytterligere økning i årene fremover. Behovet for institusjonsplasser og boliger med heldøgns omsorg henger sammen med denne utviklingen.

Det er en internasjonal trend at gruppen eldre vokser i omfang og nærmer seg størrelsen på antall yrkesaktive. Det er både en ressurs og gir oss noen ekstra utfordringer. Norge og Bergen er intet unntak, og tilstrekkelig tilgang på helsepersonell er allerede identifisert som en utfordring. Vi har alle et felles ansvar for at fremtidens omsorgstilbud blir både kompetent, bærekraftig og smart. Det handler om å gi både ansatte, pårørende og brukere tilgang på gode verktøy knyttet til arbeidsprosesser og selvhjelp. Ved å ta i bruk digitale løsninger, fjernes unødige barrierer og det blir enklere for pårørende som ønsker det å hjelpe sine nærmeste. Nye velferdsteknologiske løsninger og hverdagsrehabilitering setter brukerne i stand til i større grad enn i dag, å mestre et selvstendig og aktivt liv.

Byrådet vil at alle eldre skal ha et godt og trygt hjem, enten de bor i eget hjem, i ulike former for omsorgsboliger eller på sykehjem. Mange ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, og det skal Bergen kommune legge til rette for. Samtidig er det også en del som vil ha behov for en sykehjems plass. Da er det viktig at det finnes nok sykehjemsplasser, og at bemanningen er god slik at de eldre blir godt tatt vare på. I tillegg må sykehjemmene ha et meningsfylt innhold som gjør at beboere har tilbud om aktiviteter og sosialisering. Det er både forebyggende og gir livskvalitet til den enkelte beboer.

I Bergen har vi mange kommunale, men også en stor andel privat ideelle sykehjem. Disse er en stor ressurs for Bergen, og bidrar til å gjøre sykehjemstilbudet mer mangfoldig, kompetent og meningsfylt. I tillegg engasjerer også ideelle aktører mange frivillige som gjør en fremragende innsats for våre eldre. Byrådet ønsker også i fremtiden at privat ideelle skal spille en viktig rolle i omsorgstilbudet til Bergens innbyggere, og ønsker et enda tettere samarbeid for å få til de beste løsningene for fremtiden.

Fremtidens eldreomsorg handler selvsagt om å bygge nok plasser og boliger, men det viktigste er at brukernes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov blir ivaretatt. Personer som har behov for heldøgns omsorgstilbud, har ofte svært komplekse og sammensatte behov som stiller krav til kompetanse og kvalitet i omsorgen. I denne planen utredes det og tas stilling til hvilke behov og tiltak som skal være førende for å sikre tilstrekkelig heldøgns omsorgstilbud de neste fem årene, og det gis også føringer for tilbudet frem til 2030.

*Bergen kommune, mars 2016*

## Innhold

FORORD .....	2
1. INNLEDNING .....	5
2. DAGENS SITUASJON .....	7
2.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING.....	8
2.2 ESTIMERT Plassbehov .....	10
2.3 INSTITUSJONSTJENESTENE I BERGEN KOMMUNE.....	11
3. FREMTIDENS BEHOV .....	14
3.1 ESTIMERING AV Plassbehov og dekningsgrad.....	15
3.2 UTFORMING AV AREALENE.....	16
3.3 PROSJEKTER, UTBYGGINGER OG AVVIKLINGER - 2016-2025.....	17
3.4 AVVIKLING OG Omgjøring av aldershjem .....	18
3.5 PLANLAGT ANTALL Plasser i perioden 2016 – 2030 .....	19
4. HVEM BYGGER VI SYKEHJEM FOR.....	21
4.1 PERSONER MED DEMENSDIAGNOSE.....	21
4.2 PERSONER SOM ER ELLER HAR VÆRT AKTIV I RUS .....	22
4.3 PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING.....	24
4.4 PERSONER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE.....	24
5. SATSINGSOMRÅDER .....	26
5.1 ERNÆRING .....	27
5.2 REHABILITERING OG KORTTIDSOPPHOLD .....	28
5.3 AKTIVE DAGER .....	29
5.4 PASIENTSIKKERHET OG TRYGGHETSSTANDARD PÅ SYKEHJEM.....	31
5.5 FREMTIDSRETTET PÅRØRENDEFOKUS.....	33
5.6 ÅNDELIG OMSORG .....	35
5.7 OMSORG VED LIVETS SLUTT .....	35
5.8 FORSKNING, KUNNSKAP OG KOMPETANSE.....	37
5.9 VELFERDSTEKNOLOGI OG INNOVASJON .....	42
5.10 ORGANISERING .....	43
5.11 ULIKE BOFORMER .....	44
5.12 SAMHANDLING .....	44
5.13 SYKEHJEM SOM FLERBRUKSHUS .....	46
6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER .....	47
6.2 OPPSUMMERENDE TABELL ØKONOMISK OVERSIKT .....	48
6.3 NÆRMERE OM ØKONOMISKE DRIFTSKONSEKVENSER AV ANDRE KVALITETSHEVENDE FORSLAG I PLANEN .....	51
7. AVSLUTNING .....	52

## 1. INNLEDNING

Bergen kommune legger til rette for at mennesker med hjelpebehov skal få bo hjemme så lenge de evner og ønsker. Kommunen utvikler forebyggende og funksjonskompenserende tiltak. Målet er at alle innbyggere skal få leve selvstendige liv med god livskvalitet og trygghet. Sykehjemmet skal være et godt og tilgjengelig alternativ når hjelpebehovet er blitt så stort at heldøgns tilsyn og pleie er nødvendig.

Når helsetilstanden medfører flytting til institusjon skal det være rom for individuelle forskjeller i et sykehjemsmiljø preget av aktivitet og mangfold. Beboere på sykehjem skal ikke sees på som en homogen gruppe, det skal være mulighet for å ivareta ulikheter. Bergen kommune skal ha samme gode standard for institusjonstilbudet på alle sykehjem og satse på økt og oppdatert kompetanse i tjenesten. Sykehjemmet skal fungere som en inkluderingsarena og sosial møteplass for beboere, pårørende, frivillige og nærmiljø.

Det forventes at antallet mennesker med demens vil øke frem mot 2030. Utformingen av fremtidens sykehjem må ta høyde for en økende andel demenssykdom blant beboerne. Forskning viser at sykehjemspasientene har høyere forekomst av psykisk sykdom enn hjemmeboende. For å imøtekomme dagens og fremtidens komplekse og sammensatte pleie- og omsorgsbehov stilles det krav til mer sammensatt og spesialisert fagkunnskap knyttet til ulike diagnoser, som psykisk helse, rus, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

Ved å styrke personalets tverrfaglige sammensetning og helsefaglige kompetanse skal sykehjemmet bli en mer interessant arbeidsplass, som tiltrekker seg kompetente og engasjerte medarbeidere. Denne planen skisserer innhold i fremtidens sykehjem og beskriver utfordringene knyttet til å beregne fremtidens sykehjemsbehov. Behovet vil særlig avhenge av to faktorer; i hvilken grad kommunen vil lykkes med å tilrettelegge for at den enkelte innbygger kan bo lenger hjemme og i hvilken grad vil trenden med en stadig friskere og mer ressurssterk eldre generasjon fortsette. Kommunen og innbyggerne må tilpasse seg nyere utviklingstrekk og endringer i behov. Vi vil ha et godt tilbud til alle som trenger heldøgnsopphold, med fokus på aktivitet og innhold i hverdagen, kompetente og imøtekommende ansatte og et godt og åpent bomiljø, der sykehjemmet har en naturlig plass i nærmiljøet, enten sykehjemmet drives av kommunen eller privat ideelle stiftelser.

Utviklingen av eldreomsorgen i Bergen kommune bygger på ulike føringer. Både St. Meld. nr. 25 (2005-2006), om fremtidens omsorgsutfordringer og FNs rapport *World Population Aging 1950-2050*<sup>1</sup>, som beskriver de store globale samfunnsutfordringene knyttet til konsekvenser av en stadig økende eldrebefolkning parallelt med en synkende andel yrkesaktive er relevant. Alle norske kommuner opplever en endring i befolknings sammensetning, også gjennom økt innvandring. En befolkning og et samfunn som

---

<sup>1</sup> World population aging 1950-2050. Link til (2013)

forandrer seg krever ny tilpasset kunnskap og endrede arbeidsmetoder. Bergen kommune er bevisst sitt ansvar om likeverdige helse- og omsorgstjenester, og at det er behov for kompetanseutvikling som tar høyde for kulturelle og språklige utfordringer.

Den store demografiutfordringen berører flere forhold enn bare sykehjem og legger et press på helsevesenets bærekraft. Denne planen tar med seg det brede utfordringsbildet, men vil omhandle sykehjemssektoren.

Samhandlingsreformen gir konsekvenser for kommunens planlegging og dimensjonering av fremtidige helse og omsorgstjenester. Reformen har medført at flere innbyggere med komplekse behov trenger kommunale institusjonstjenester.<sup>2</sup> Fremtidens omsorgsoppgaver må løses i samspill mellom sykehus, kommunen, pårørende og frivillige sektor.

**Sentrale dokumenter i Bergen kommune:**

*Aldershjemmenes plass i omsorgstjenesten – fremtidig struktur (Bystyresak 237/14)*

*Tilstandskartlegging av helsebygg. Handlingsplan 1, kommende Handlingsplan 2 og 3 (Bystyresak 89/14)*

*Tiltak for demente – rullering av plangrunnlag (Bystyresak 221/10)*

*Strategi for bruk av velferdsteknologi (Bystyresak 110/13)*

*Folkehelseplan for Bergen kommune 2015 -2025. Aktiv by – friske bergensere (Bystyresak118/15)*

*Kommuneplanens samfunnsdel (Bystyresak 164/15)*

*Bergen kommune budsjett 2016 – økonomiplan 2016-2019*

Planen beskriver først dagens tilbud og kartlegger behovet for nye plasser og nye sykehjem. Videre tar planen for seg kommunens satsningsområder for å heve kvaliteten på institusjonstjenesten. Underveis presenteres forslag til tiltak og virkemidler.

Planen handler om heldøgns bemannede botilbud for eldre og personer med sterkt nedsatt funksjonsevne over 18 år, innenfor Byrådsavdeling for helse- og omsorgs budsjettansvar. Det vil si institusjoner og boliger hvor det er ansatte til stede 24 timer i døgnet. Dette gjelder sykehjem, aldershjem og Omsorg Pluss boliger.

Planprosessen har vært gjennomført med en plangruppe og flere undergrupper. Det har vært involvering fra relevante byrådsavdelinger, forankring i Etat for alders og sykehjem og bidrag fra forskningsmiljøer ved Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. I forbindelse med planen har vi fått innsendt dikt fra beboere i skrivegrupper fra sykehjem. Disse blir presentert utover i planen. Diktene er ikke bare vakre og underfundige – de bidrar også til å belyse hvordan livet er på sykehjem.

---

<sup>2</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg



## 2. DAGENS SITUASJON

For å møte de ulike behovene for helse- og omsorgstjenester i kommunen, er hjelpetilbudet organisert i kategorier for omsorgsnivå. Nivåene visualiseres i form av en omsorgstrapp. Det øverste trinnet er opphold i sykehjem og tilbys kun til de brukere som har så stort hjelpebehov at det ikke dekkes gjennom andre kommunale pleie- og omsorgstilbud. Det er et mål er at brukeren skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig, og kunne bevege seg mellom trinnene i omsorgstrappen ut fra behov. Det legges vekt på brukers egne ressurser, og hjelpen skal i hovedsak være hjelp til selvhjelp. Dette forebyggende perspektivet bygger opp om målet om å øke brukers livskvalitet<sup>3</sup>. God kvalitet i tilbudet på alle trinn i omsorgstrappen kan forhindre at brukere unødvendig raskt beveger seg oppover på omsorgstrappen. Rett anvendelse av omsorgsnivå er betinget av god tverrfaglig samhandling og tydelig kommunikasjon mellom de ulike tjenestene, pårørende og frivillige. Når det er behov for heldøgnsomsorg, skal Bergen kommune tilby dette med høy kvalitet. Et sykehjem med høy kvalitet, gir pasienten mulighet til å opprettholde og gjenvinne funksjoner og har et kompetent personale som gir helhetlig omsorg og helsefaglig oppfølging og behandling.

<sup>3</sup> St.meld.nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen

### Illustrasjon 1 – Beskrivelse av innholdet i de ulike nivåene i omsorgstrappen



## 2.1 Demografisk utvikling

*Innbyggertallet i Bergen har i perioden 2008 til 2016 vokst med om lag 3.706 i året i gjennomsnitt, og ved inngangen til 2016 var det 277.391 bergensere. I følge Statistisk sentralbyrås vil innbyggertallet passere 300.000 i 2024.*

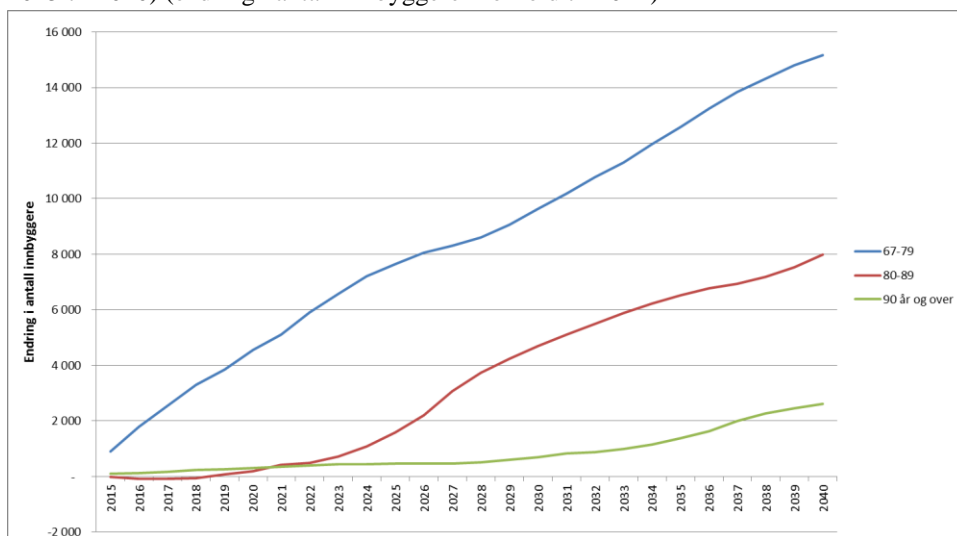
Den demografiske utviklingen i Bergen kommune forventes å gi betydelige utfordringer både for velferdsstaten og familien når det gjelder å yte omsorg. Det blir færre yrkesaktive per eldre og det blir et sterkere omsorgspress på barna av de mest pleietrengende eldre. Dette har betydning for verdiskapingen, for den framtidige finansieringen av pensjoner og velferdstilbud, og for dimensjonering og utforming av framtidens omsorgstjenester<sup>4</sup>.

Den demografiske utviklingen må tas i betraktning i planlegging av infrastruktur, dimensjonering av utdanning, helsevesen, eldreomsorg og en rekke andre offentlige og private tjenester. Figur 1 og 2 viser utvikling i antall innbyggere i Bergen kommune fordelt på aldersgruppene 67-79 år, 80-89 år og for 90+, for perioden 2015-2040 og endring i antall innbyggere i forhold til 2014.

<sup>4</sup> FNs rapport «World Population Ageing 1950-2050».



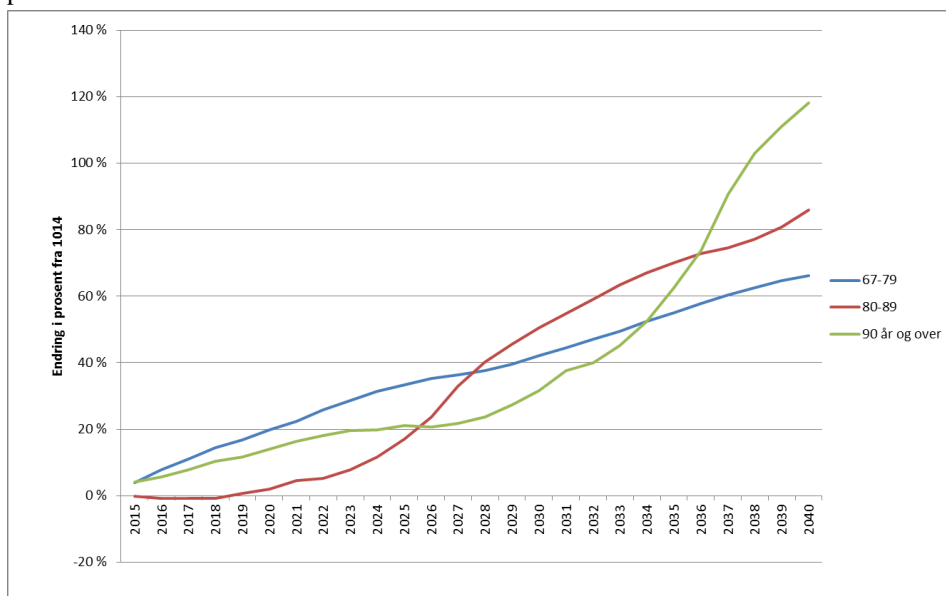
**Figur 1.** Utvikling i antall innbyggere i Bergen kommune for aldersgruppene 67-79, 80-89 og 90+ for perioden 2015 til 2040) (endring i antall innbyggere i forhold til 2014)



**Kilde:** SSB – Befolkningsfremskrivning – Alternativ middels nasjonal vekst (MMMM)

Figur 2 viser den prosentvise endring i antall innbyggere sammenlignet med innbyggertallet i 2014.

**Figur 2.** Prosentvis endring i antall innbyggere i Bergen kommune for aldersgruppene 67-79, 80-89 og 90+ for perioden 2015 til 2040



**Kilde:** SSB – Befolkningsfremskrivning – Alternativ middels nasjonal vekst (MMMM)

I perioden 2023 – 2040 er det estimert en sterk vekst i aldersgruppen som tradisjonelt har etterspurt kommunale helse- og omsorgstjenester (80+-åringene).

De siste tiårene har veksten i etterspørselen etter tjenestene likevel vært størst i aldersgruppen 0-66 år. Dette skyldes blant annet en økning i forekomsten av kroniske sykdommer med

sterke funksjonsnedsettelse<sup>5</sup>. Selv om de fleste eldre er friske, er det fortsatt slik at de fleste syke er eldre, og det er derfor forventet en økt etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester blant eldre i planperioden.

Som vi ser av Figur 1, skjer det en endring i demografien i tidsintervallet 2025-2035. Antallet forventede 80-89 åringer er sterkt økende i denne tiårsperioden. I samme periode forventes ikke tilsvarende økning i gruppen 90+. Dette gjør utfordringsbildet sammensatt i forhold til å estimere det forventede hjelpebehovet. En av de sentrale faktorene som vil være avgjørende for hjelpebehovet er i hvor stor grad kommunen lykkes i sin satsning på forebyggende og helsefremmende arbeid rette mot aldersgruppene 67-79 og 80+.

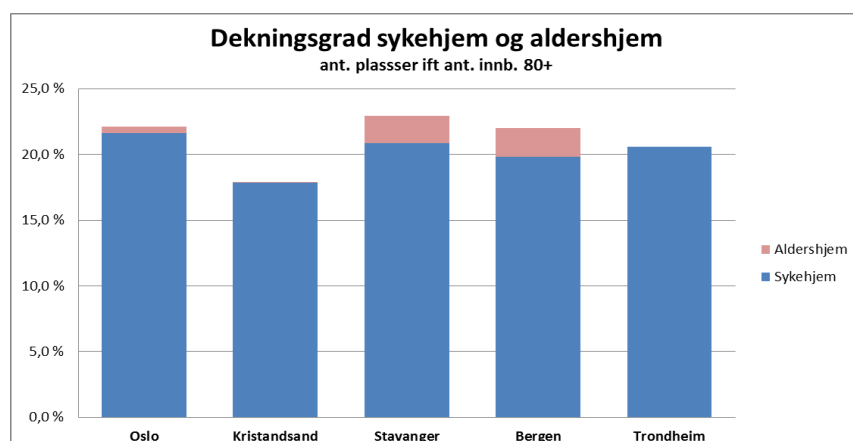
## 2.2 Estimert plassbehov

Når kommuner skal vurdere tjenestekapasitet brukes ofte begrepet dekningsgrad.

Dekningsgrad viser til andelen av befolkningen som til et gitt tidspunkt kan få en type tjeneste fra kommunen. For sykehjem tar man utgangspunkt i gruppen over 80 år. I denne planen kan man forstå en dekningsgrad for sykehjems plasser på 20 % som at kommunen til enhver tid kan gi heldøgnsstilbud til 1 av 5 innbyggere over 80 år.

I St.meld.nr. 31 (2001-2002) «Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen», pkt. 2.2, ble det etablert et nasjonalt mål for landets kommuner om en dekningsgrad på 25 %. De siste årene har det vært en diskusjon i mange kommuner om dette målet ligger noe høyt. Dekningsgraden de siste 7 årene har i Bergen lagt stabilt på ca.22 %. Figur 3 under viser samtidig at Bergen kommune ikke ligger spesielt lavere i dekningsgrad enn de øvrige fire største byene.

**Figur 3.** Sammenligning av dekningsgrader mellom de 5 største byene i Norge i 2014



Kilde: SSB KOSTRA, 2014.

<sup>5</sup> Meld.st.29:32 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

Til forskjell fra dekningsgrad, viser bruksrater den faktiske bruken av institusjonsplassene. Tabell 1 viser hvilke aldersgrupper som er brukere på institusjon med heldøgns bemanning i Bergen kommune.

**Tabell 1.** Andel brukere av institusjonsplass i Bergen kommune etter aldersgruppe

Bruksrater								
Andel innbyggere (i %) som er beboere på institusjon	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
67-79 år	2,3	2,2	2,3	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
80 år og over	16,6	16	16,1	15,5	16,1	16	15,8	15,8

Kilde: SSB KOSTRA 2014

For aldersgruppen 67-79 år, var det 1,8 prosent som i 2014 var beboere på institusjon. Dette er omtrent på linje med de andre norske storbyene, som hadde rater på henholdsvis 1,6 (Kristiansand), 1,9 (Oslo), 2,0 (Stavanger) og 2,2 (Trondheim). Også for 80+-åringene lå Bergen (15,8) nært Stavanger og Oslo i bruksrater. Her peker Kristiansand og Trondheim seg ut med bruksrater på henholdsvis 12,3 og 18,8.

Hverken dekningsgrad eller bruksrater er mål på behov. Dekningsgrad er et mål på kapasitet og kan dermed brukes som et måltall i planlegging av framtidig nivå på omfanget av institusjonsomsorgen i Bergen.

### 2.3 Institusjonstjenestene i Bergen kommune

I 2016 disponerer Bergen kommune 2242 sykehjemsplasser og 212 aldershjemsplasser<sup>6</sup>. Plassene er fordelt på 39 institusjoner. Av disse er 21 kommunale, 16 driftes av private – ideelle organisasjoner, og i to av sykehjemmene er driften konkurranseutsatt. Fra 1. mai 2016, vil kommunen overta drift av de to konkurranseutsatte sykehjemmene. Syv av sykehjemmene har mer enn 100 plasser, mens 19 har under 50 plasser. Av de 2242 sykehjemsplassene som Bergen kommune disponerer, er det 19 plasser ved Fundacion Betanien i Alfaz del Pi i Spania, 5 plasser ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus, og 32 plasser ved Solhaug sjukeheim i Sund kommune. I 2016 er det 212 plasser i aldershjem, fordelt på syv institusjoner. Ett av disse er kommunalt, de øvrige driftes av private- ideelle organisasjoner. Tre av institusjonene er kombinerte alders- og sykehjem.

Rundt 20 % av sykehjemsplassene i Bergen kommune brukes til korttidsplasser, inkludert rehabiliteringsplasser<sup>7</sup>. Av det totale antallet plasser, utgjør korttids- og rehabiliteringsplasser i dag 444, der 109 plasser er definerte rehabiliteringsplasser og de resterende 326 plasser er korttidsplasser for ulike målgrupper. For å håndtere en økende pasientstrøm fra sykehusene, er det vesentlig å ha tilstrekkelig antall korttidsplasser i sirkulasjon. Korttidsplassene er ofte en viktig ressurs for pårørende som trenger avlastning fra tungt omsorgsarbeid. Det er til enhver tid en del brukere som har fått innvilget langtidsplass og som i påvente av ledig plass benytter korttidsplass. I februar 2016 ventet 85 brukere med innvilget langtidsvedtak, i

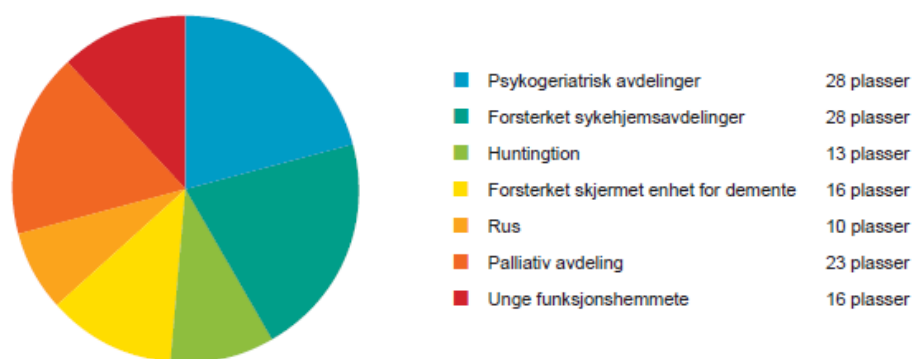
<sup>6</sup> 10 av disse plassene er omgjort fra aldershjemsplasser til Omsorgssenterplasser, jmfør «aldershjemsaken».

<sup>7</sup> Ref. Byrådssak 12/09.

korttidsplass. Dette innebærer i praksis at andelen korttidsplasser som faktisk brukes til formålet er noe redusert.

Sykehjemstilbudet i Bergen kommune er differensiert i avdelinger med tilbud til brukere med ulike diagnoser. Av det totale antallet plasser i sykehjem, er 134 plasser fordelt på byomfattende tilbud i korttids og langtidsavdelinger. Dette er plasser for personer med behov for forsterket skjermet tilbud og tettere oppfølging av personale med spesialkunnskap. Det gjelder personer med alvorlige psykiske lidelser, alvorlig sykdom med omfattende hjelpebehov, rusproblemer, betydelige utviklings- og funksjonshemminger og brukere som ved livets slutt har behov for heldøgnsomsorg, trygghet og kompetanse. Plassene er fordelt som vist i diagrammet under.

Figur 4: Plasser fordelt på byomfattende spesialavdelinger.



Kilde: SSB KOSTRA 2015

Etat for alders- og sykehjem er gitt overordnet ansvar for oppfølging og drift av de kommunale institusjonene. Etaten har også ansvar for driftsoppfølging av de privat-ideelle alders- og sykehjemmene.

Tilbudet i aldershjem imøtekommer i mindre grad enn tidligere behovet for pleie - og omsorg hos eldre som trenger alternativ til sykehjems plass. I tråd med utviklingen i andre norske kommuner<sup>8</sup> utvikles og/eller omstilles derfor aldershjemmene<sup>9</sup>. Hensikten med omstillingene er å sikre at omsorgstilbudet tilpasses fremtidige behov, og at bygningsmassen holder dagens standard.

Fremtidens eldreomsorg inkluderer en satsing på Omsorg Pluss-boliger. Omsorg Pluss er samlokaliserte utleieboliger med heldøgnsomsorg som er tilrettelagt for personer som har store og sammensatte hjelpebehov. Boligene utgjør det nest høyeste trinnet i omsorgstrappen og er døgnbemannet. Dette tilbudet er rettet mot aktivitets- og miljøtiltak og kan tilby kafé, felles måltider, åpent eldresenter og daglige aktiviteter i felles lokale. Boligene driftes av Etat

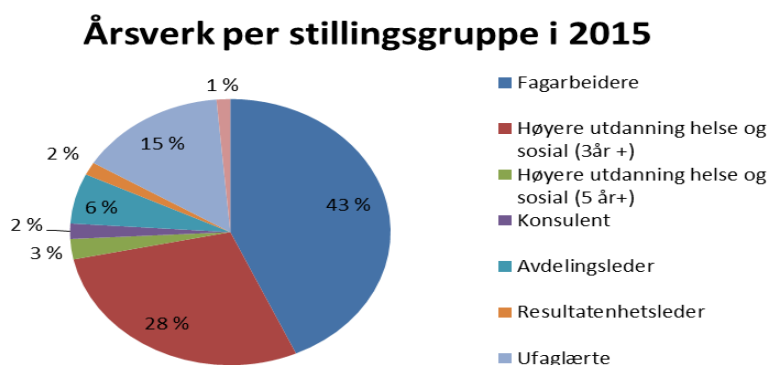
<sup>8</sup> St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

<sup>9</sup> Bystyresak 237/14 « Aldersheimenes plass i omsorgstenesta - framtidig struktur»

for hjemmebaserte tjenester. Unntaket er anlegg som er lokalisert sammen med et sykehjem (Fantoft), hvor Etat for alders- og sykehjem har ansvaret for driften.

I 2015 var det totalt 1520 årsverk i Etat for alders- og sykehjem.

**Figur 5.** Personalsammensetningen ved kommunale alders- og sykehjem i 2015 i Bergen kommune<sup>10</sup>



**Kilde:** HR styringsdata (Corporator) i Bergen kommune.

Figuren viser en oversikt over personalsammensetningen per i dag i de kommunale alders- og sykehjemmene. Både de med høyere utdanning og de faglærte i denne figuren er i all hovedsak enten sykepleiere, legere eller helsefagarbeider. På grunn av en forventet økning i demenshåndtering og en økning av tjenester for andre grupper som rus og psykiatri, ønsker Bergen kommune å ha en større tverrfaglighet enn dagens personalsammensetning.

Fra 2012 ga samhandlingsreformen kommunene et utvidet ansvar for helsetjenester, og kommunene har i liten grad økt kapasiteten eller styrket tjenestene i etterkant. Dette viser Riksrevisjonens rapport som ble overlevert Stortinget i januar 2016<sup>11</sup>. Bemanningen på institusjonene i Bergen har ikke økt i tråd med utfordringene knyttet til reformen. Dette har særlig gjort seg gjeldene på korttidsavdelingene, som har hatt økning i oppgaver. Det stilles større krav til økt kunnskap i alle ledd av tjenesten for å ivareta pasienter med mer komplekse og avanserte diagnoser og behandlingsskrevende behov. Dette har ført til bekymringsmeldinger fra korttidsavdelinger om bemanningssituasjonen som noen ganger har lagt for nært opp mot forsvarlighetsgrensen.

Byrådet skal i planperioden gjennomføre et prosjekt for å øke bemanningen på utvalgte sykehjem i Bergen kommune, i hovedsak for å undersøke i hvilken grad økt grunnbemanning vil gi lavere sykefravær. Flere andre kommuner, blant annet Bergen sykehjem i Kristiansund kommune, kan vise til gode resultater med et lignende prosjekt der sykefraværet ble redusert. Den økte bemanningen ble blant annet brukt til å øke stillingsandelen til alle deltidsansatte. Byrådet ønsker rett kompetanse på rett sted. Dette kan innebære å vurdere om økt bemanning

<sup>10</sup> Tallene inkluderer årsverk fra kommunale dagsentre driftet av Etat for alders- og sykehjem, 2 bofellesskap, 1 Omsorg Pluss bolig, tilsynslegetjenesten og Gullstølen kjøkken.

<sup>11</sup> Rapporten: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/DigitaliseringKommunaleTjenester.aspx>

f.eks. av andel sykepleiere i korttidsavdelinger vil bidra til en bedre medisinsk helhetlig oppfølging og behandling, og dermed øke kvaliteten på sykehjemstjenester. Økt kompleksitet i sykdomsforløp og omsorgsoppgaver, krever større tverrfaglig tilnærming og styrkning av fagkunnskapene i fremtidens sykehjem. Byrådet ønsker at når innbyggerne har behov for et sykehjemsopphold, skal de møtes av et helhetlig og kompetent tjenestetilbud som ivaretar både det medisinske, fysiske og psykiske behovet. Dette inkluderer muligheten til å opprettholde og utvikle funksjonsnivå gjennom aktivitet og sosialt samvær, der livskvalitet og egenmestring er sentrale mål. Det vil kreve en sykehjemssektor som kan tilby en interessant arbeidsplass for kompetente og engasjerte medarbeidere og som evner å omstille seg og være fleksible i møte med stadig mer krevende brukere.

Flere utredninger og rapporter<sup>12</sup> viser at Bergen kommune ligger moderat høyere på utgifter i pleie og omsorg sammenlignet med Norges 10 største kommuner. Sykehjemmene i er et unntak fra dette, og ASSS-tall<sup>13</sup> viser at Bergen kommune har laveste kostnad per sykehjemsplass. Den lave kostnaden kan tyde på at det er behov for å øke grunnbemanningen, og Bergen kommune vil bruke de nevnte pilotene til å se på mulighetene for å øke grunnbemanningen i korttids plassene for å oppnå et bedre tilbud.

En positiv trend i Bergen kommune har vært at legebemanningen i de offentlige sykehjemmene har økt fra 26 til 32,4 årsverk siden 2013. De 32,4 stillingshjemlene dekkes i dag av 48 leger der 14 av disse er spesialister. Korttidsavdelingene er særlig viktige for å stabilisere, kartlegge og avklare fremtidig hjelpebehov. Målet med korttidsavdelingene er å gi brukere et best mulig utgangspunkt for å returnere til eget hjem med en god beskrivelse av hjelpebehovet slik at hjemmetjenestene og fastleger kan følge opp hver bruker med riktig hjelp. Det å ha tilgjengelige ergo- og fysioterapitjenester er viktig for at den enkelte kan oppnå bedre funksjon og mestringsnivå gjennom tilrettelegging og opptrening. Byrådet vil gjøre ergo- og fysioterapitjenesten enda mer tilgjengelig i sykehjemmene.

### 3. FREMTIDENS BEHOV

Sykehjemstjenesten reguleres av ulike lover og forskrifter som stiller krav til faglig forsvarlighet, kvalitet og brukermidvirkning. De viktigste er Helse- og omsorgstjenesteloven, Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven og Folkehelseloven. Det ligger sterke lovmessige føringer for utformingen av sykehjemstjenestene.

De private – ideelle alders- og sykehjemmene er viktige medspillere i møte med den aldrende befolkningen og de som trenger et heldøgnsbemannede botilbud. Av det totale antall sykehjemsplasser i Bergen, utgjør de ideelle 652 sykehjemsplasser. De privat-ideelle vil også

<sup>12</sup> KOSTRA- KOfmunne-STat-Rapportering, SSB, PWC-rapport Ressursbruk i pleie- og omsorgstjenesten 2015

<sup>13</sup> ASSS står for Aggregerte styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. Mer informasjon på

<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/effektiviseringsnettverkene/asss-samarbeid-mellom-de-10-storste-kommunene/asss/>

spille en svært viktig rolle ved utformingen av fremtidens sykehjem og heldøgns omsorgstilbud.

Bergen kommune har gjennomført tilstandsvurderinger av samtlige alders- og sykehjem. Resultatet av kartleggingen var at mange bygg trengte til dels omfattende oppgraderinger og vedlikehold for å imøtekomme dagens krav til standard. Tilstandsvurderingene pekte både på generelle vedlikeholdsbehov og behovet for å oppgradere og legge til rette for regjeringens uttalte mål om verdighetsgaranti. Konklusjonen av tilstandskartleggingen var at de fleste alders- og sykehjemmene kan drives videre med normalt vedlikehold uten stans i driften, men at enkelte bygg må helt eller delvis stenges for ombygging, avvikling eller full rehabilitering<sup>14</sup>. For å sikre modernisering og fornyelse, rehabiliterer og ombygger derfor Bergen kommune den bestående bygningsmassen. Kommunen bygger også tre nye sykehjem.

Det nye sykehjemstilbudet vil treffe befolkningens behov knyttet til det øverste trinnet i omsorgstrappen, altså de som har behov for heldøgns pleie og omsorgstjenester. Kommunen bygger derfor ikke i hovedsak for å øke antall plasser, men for å sikre at de som virkelig har behov for denne type omsorg får et godt tilbud. Det er også viktig å sikre et tilstrekkelig antall korttidsplasser for å opprettholde effektiv pasientsirkulasjon i sykehjem. Det blir spesielt viktig når den samlede dekningsgraden av sykehjemssenger er lav og når brukerne har store og vekslende behov, slik at de stadig skifter behandlingsnivå.

### 3.1 Estimering av plassbehov og dekningsgrad

For å vurdere behovet for kort- og langtidsplasser har Bergen kommune gjort vurderinger av dekningsgrad i forhold til demografiframskrivningene.

Det er usikkerhet knyttet til å estimere det fremtidige behovet for sykehjemsplasser. Framskrivningene for Bergen tilsier at det på kort sikt (frem til 2020) ikke vil være et økt behov for heldøgns plasser for aldersgruppen 80+. Framskrivningene for perioden 2015-2020 viser at kommunens dekningsgrad vil ha en svak nedgang fra 22,9 til 21,8 de neste fem årene (tabell 4).

Frem mot 2025 vil det være like sannsynlig at beregning av dekningsgrad tar utgangspunkt i aldersgruppen 85+. Dette henger sammen med at den nye eldregenerasjonen har bedre helse og besitter helt andre ressurser enn tidligere generasjoner. Det forventes også at den kommende eldregenerasjonen er mer teknologivante, og at de dermed i økende grad vil ønske å ta i bruk ny teknologi som kan bidra til mestring og trygghet. Den overordnede satsningen til kommunen er forebygging, egenmestring og det å kunne bo lenger hjemme. Bergen kommune vil derfor ikke alene basere seg på dekningsgrader ved vurdering av behov for bygging av sykehjemsplasser.

<sup>14</sup> <https://www.bergen.kommune.no/politikk/byradet/7055/7057/article-125347> og jf. kapittel 3 for full oversikt over den enkelte berørte institusjon

Tabell 2 illustrerer dekningsgraden for ulike aldersgrupper i 2020, 2025, 2030 og 2040

**Tabell 2.** Dekningsgrader med utgangspunkt i ulike aldersgrupper i forhold til antall plasser i dag

Estimert dekningsgrad	2020	2025	2030	2040
Dekningsgrad 80+	21,8	19,8	15,9	12,1
Dekningsgrad 85+		40,2	34,2	23,0
Dekningsgrad 90+			92,5	55,8

**Kilde:** KOSTRA og SSB aldersframskrivninger

Tabell 2 presenterer to alternative estimater på dekningsgrader for aldersgruppen 85+ og 90+ i tillegg til 80+ som er det vanlige per i dag. Dersom det fra 2025 i hovedsak er alderskategorien 85+ som har behov for sykehjemsplass viser tabellen en høy dekningsgrad på 40.2 %. Denne tabellen er ikke en fasit for hva kommunen bør bygge av sykehjemsplasser, men er ment å vise det komplekse bildet knyttet til å vurdere det reelle fremtidige plassbehovet frem i tid. Behovet vil måtte vurderes på nytt frem mot 2025 basert på oppdaterte resultater av kommunens forebyggende innsats og folks generelle helse. Disse estimatene tar for eksempel heller ikke høyde for økningen i antall yngre personer (gruppen 0-66 år) med behov for heldøgnsomsorg. Det reelle behovet for sykehjemsplasser antas derfor å være noe høyere enn det denne typen beregninger viser.

### 3.2 Utforming av arealene

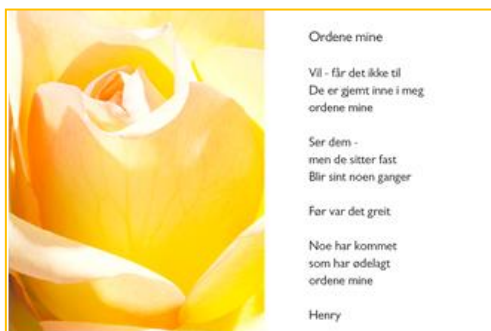
Hvordan inne- og utendørsareal på sykehjem utformes påvirker hvordan beboere opplever og mestrer hverdagen. Arealene skal også gi mulighet for sosial kontakt, mulighet for deltakelse i kulturelle og sosiale aktiviteter og deltakelse i samfunnet for øvrig. Personer som har svekkede eller tapte sanser og funksjoner er spesielt sårbare overfor omgivelsene. Når areal som skal brukes til omsorg- og helsehjelp skal utformes, spiller derfor universell utforming, interiør, belysning og akustikk en vesentlig rolle.

Universell utforming er lovpålagt gjennom blant annet plan- og bygningsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Lovene skal sikre at hovedløsninger i nye og rehabiliterte bygg skal være tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Det krever blant annet fokus på ergonomi som grunnlag for møblering, samt bruk av tekniske hjelpemiddel og tilrettelegging for at beboerne i størst mulig grad skal kunne hjelpe seg selv. I tillegg til universelt utformede bygg, kan også små detaljer være avgjørende for om arealene fungerer for spesielt eldre. Enkelte farger og lyssetting kan for eksempel virke beroligende på personer med demens og som en hjelp til å skille ulike rom fra hverandre, mens andre kan gi økt forvirring og virke skremmende (Dalsbø et al 2014, Haugan et al 2015). Akustikk og lukt er andre eksempel på forhold om kan påvirke trivselen for beboerne.



Møblering kan stimulere til aktivitet eller passivitet, og kan påvirke hvordan rommet blir brukt. Det er mulig å møblere rom med tanke på flerbruk, ved at deler av møblene er lette å flytte på og ved at man har løse vegger og skillevegger som gjør det mulig å lage store og små enheter.

Lett tilgjengelige og gjenkjennelige omgivelser og uteareal er andre faktorer som har stor betydning for om blant annet personer med demens kan fungere (Haugan et al 2015).



### 3.3 Prosjekter, utbygginger og avviklinger - 2016-2025

I forbindelse med plassering og bygging av nye institusjoner og boliger med heldøgns bemanning, er det tatt hensyn til behov, infrastruktur, fortetting og spesielt knutepunktstenkning med nærhet til kollektivtransport<sup>15</sup>. Dette, sammen med en målsetting om integrasjon med lokalsamfunnet, som for eksempel skoler, barnehager, butikker og kulturtilbud<sup>16</sup>, gjør at tilgjengelighet av tomter med tilstrekkelig størrelse og hensiktsmessig plassering vil være en kritisk faktor i forhold til utbygging.

Bergen kommune skal de kommende årene bygge tre nye sykehjem, som til sammen vil utgjøre 310 sykehjemsplasser av det totale sykehjemstilbudet i Bergen kommune. I Ytrebygda bydel skal det bygges to nye sykehjem. Sykehjemmet som skal bygges på Råstølen, vil gi plass til 90 beboere. Tomten ligger i nærhet til nytt bybanestopp og langs tomtegrensen i sør er det gangvei gjennom boligområde og som fortsetter til turområde ved Siljustøl. Sykehjemmet får ni beboergrupper, med ti beboere på hver avdeling, som er bygget rundt to atriumshager. På en del av tomten tilrettelegges det et leke- og aktivitetsområde som kan benyttes både for barn i nrområdet og for sykehjemmets beboere og deres pårørende. Prosjekteringsarbeidet har startet opp, og innflytting i bygget er beregnet til første kvartal 2019.

<sup>15</sup> Kommuneplanens arealdel skal vise sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk. Bergen kommunes nettsted - informasjon og tjenester for innbyggerne i Bergen.

<sup>16</sup> St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

Sykehjemmet som bygges på Sandslimarka i Ytrebygda bydel, skal gi plass til 120 beboere og dette sykehjemmet får 12 beboergrupper fordelt på to etasjer. Her vil det bli utgang til senehager og terrasser fra fellesrom i beboergruppene. I samme bygg skal det etableres 30 Omsorg Pluss boliger med heldøgns bemanning, samt tilbud om måltider og aktivitet. Alle omsorgsboligene skal ha egne balkonger og tilkomst til fellesrom både ute og inne. Bygget skal ha dagsentertilbud som skal tilbys hjemmeboende eldre, og et åpent aktivitetssenter med kafeteria, møterom og treningsrom. Dette sykehjemmet har også nærhet til bybane og buss. Prosjekteringsarbeidet har startet opp, og innflytting i bygget er beregnet til andre kvartal 2019.

I Åsane bydel skal det bygges sykehjem med 100 plasser som ligger i nærheten av Midtbygda sjukeheim. Det er gjennomført en mulighetsstudie for ulike løsninger basert på samdrift og flere fellesfunksjoner med et rehabilitert Midtbygda sjukeheim. Prosjekteringsarbeid er ikke startet, men forutsatt reguleringsmessig avklaring er innflytting beregnet til slutten av 2019.

#### 3.4 Avvikling og omgjøring av aldershjem

Opprinnelig ble aldershjemmene bygget med en organisering som forutsatte at beboerne i stor grad skulle være selvhjulpne og ha evne til å orientere seg i omgivelsene uten assistanse. Over tid har aldershjemsbeboernes behov for pleie og omsorg økt. Kommunen erfarer at tjenestetilbudet i aldershjem i mindre grad enn tidligere imøtekommer behov hos den hjemmeboende eldre som trenger alternativ til sykehjems plass. Bystyret vedtok å avvikle aldershjem som heldøgns boform for eldre i Bergen kommune med gjennomføring innen utgangen av 2018, for å sikre at Bergen kommunes samlede omsorgstilbud i størst mulig grad tilpasses endringer i behov. (Bystyresak 221014 sak 237-14).

Arbeidet med å avvikle de 254 aldershjems plassene er startet opp. I januar 2016 er 52 plasser avviklet eller omgjort, og i løpet av høsten 2016 vil ytterligere 29 plasser bli lagt ned. For de resterende plassene er det laget en gjennomføringsplan som tar sikte på at alle aldershjems plasser skal være avviklet eller omgjort i løpet av 2019.

Nedleggelsene medfører store endringer for beboere og ansatte som blir berørt, men i endrings- og avviklingsprosessen skal det gjennomføres gode og forutsigbare løp som ivaretar samtlige parter på en god måte<sup>17</sup>.

I arbeidet med oppgradering av institusjons plasser er det behov for ombygging og nedlegging av plasser som ikke tilfredsstillers dagens og fremtidens behov. Målet er å øke kvaliteten på heldøgns plasser, og kapasiteten på korttids plasser. Bergen kommune har som mål å oppfylle intensjonen i verdighetsgarantien ved å kunne tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom.

Institusjoner som bygges om må som hovedregel fraflyttes i byggeperioden. Ved gjennomføring av ombyggingsprosjekt er det derfor kritisk at det finnes tilgjengelige

<sup>17</sup> Alle endringer vil skje i henhold til gjeldene lovverk og det vil bli utarbeidet en egen gjennomføringsplan for avviklingen.

erstatningsplasser i ombyggingsfasen. I første omgang vil det være behov for mellom 40 og 60 erstatningsplasser i en treårs periode for at ombygging av aldershjem til sykehjem og Omsorg Pluss-boliger kan iverksettes. Når det gjelder gjennomføring av planlagt avvikling og ombygging av sykehjem vil dette først kunne iverksettes når nye sykehjem og Omsorg Pluss-boliger står klar.

Vedlagt planen er en fremstilling av avvikling av aldershjemsplasser, rehabilitering av allerede eksisterende plasser og bygging av tre nye sykehjem. Husbanken har egne retningslinjer for rehabilitering av bygg, og kommunen må ta forbehold om at Husbanken i sin endelige søknadsbehandling gir sin tilslutning til prosjektene.

### 3.5 Planlagt antall plasser i perioden 2016 – 2030

Dersom alle utbyggings – og avviklingsplanene som ligger i økonomiplanen blir gjennomført etter planen vil utviklingen i antall plasser bli som vist i tabell 3. Tabellen viser endring i plasstall etter hvert som aldershjemmene utfases eller ombygges til sykehjem og Omsorg Pluss-boliger, avvikling av sykehjemsplasser, samt ferdigstilling av nye planlagte sykehjem.

**Tabell 3.** Antall plasser basert utbyggings- og avviklingsplanene innarbeidet i økonomiplanen.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sykehjem	2242	2239	2256	2376	2353	2353	2391	2391	2391	2391
Omsorgssenter/ Omsorg pluss	205	205	240	265	265	265	291	291	291	291
Aldershjem	202	173	97	46	0	0	0	0	0	0
<b>Sum totalt</b>	<b>2649</b>	<b>2617</b>	<b>2593</b>	<b>2687</b>	<b>2618</b>	<b>2618</b>	<b>2682</b>	<b>2682</b>	<b>2682</b>	<b>2682</b>

Dette gir en dekningsgrad presentert i tabell 4.

**Tabell 4.** Estimert dekningsgrad for innbyggere 80+, i perioden 2016-2025.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Sykehjem	19,4 %	19,3 %	19,3 %	20,1 %	19,6 %	19,2 %	19,3 %	18,9 %	18,4 %	17,6 %
Aldershjem	1,7 %	1,5 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Omsorg Pluss	1,8 %	1,8 %	2,1 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %	2,3 %	2,2 %	2,1 %
<b>Sum totalt</b>	<b>22,9 %</b>	<b>22,6 %</b>	<b>22,2 %</b>	<b>22,3 %</b>	<b>21,8 %</b>	<b>21,3 %</b>	<b>21,6 %</b>	<b>21,2 %</b>	<b>20,6 %</b>	<b>19,8 %</b>

Tabellen over viser utviklingen i dekningsgrad inkludert heldøgns bemannede omsorgstilbud (Omsorg Pluss). Dekningsgraden vil fra 2021 gå ned noe og ytterligere reduseres fra 2024. Frem til 2020 vil Bergen kommune gradvis kunne tilby Omsorgs Pluss-boliger og sykehjemsplasser med bedre standard som følge av at avviklingen av aldershjemmene slutføres.

Tabell 5 peker på forslag som vil gi lavere reduksjon i antall heldøgns plasser med ca. 130 fra 2021. Forslaget omfatter blant annet et bokollektiv med 16 plasser for fysisk funksjonshemmede knyttet til Midtbygda sykehjem. Det er gjennomført en mulighetsstudie med tanke på ombygging, rehabilitering og nybygg på Frieda Fasmers Minne som viser at det der er potensiale for å øke dagens plasstall (66 plasser) med ytterligere 54 nye plasser. Denne planen foreslår i tillegg at det bygges 60 korttidsplasser i tilknytning til et eksisterende sykehjem. Mulige kandidater er Slettemarken sykehjem og Odinsvei bosenter. Begge disse er små sykehjem (30 plasser) der utvidelse på eksisterende tomter vil kunne gi både investerings- og driftsmessige fordeler.

**Tabell 5.** Forslag til nye utbygginger.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Midtbygda Omsorg Pluss–alternativ for unge multifunksjonshemmede	--	--	--	--	16	16	16	16	16	16
Nytt Frieda Fasmers minne	--	--	--	--	--	54	54	54	54	54
Tilleggsutbygging <sup>18</sup>	--	--	--	--	--	60	60	60	60	60
<b>Sum totalt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>

Med disse potensielle utbyggingene tilsvarende 130 nye plasser vil dekningsgraden bli som følger:

**Tabell 6.** Estimert dekningsgrad med nye plasser for innbyggere 80+

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Sykehjem</b>	19,4 %	19,3 %	19,3 %	20,1 %	19,6 %	20,2 %	20,4 %	19,9 %	19,4 %	18,6 %
<b>Aldershjem</b>	1,7 %	1,5 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Omsorg Pluss</b>	1,8 %	1,8 %	2,1 %	2,2 %	2,3 %	2,3 %	2,5 %	2,4 %	2,4 %	2,3 %
<b>Sum totalt</b>	<b>22,9 %</b>	<b>22,6 %</b>	<b>22,2 %</b>	<b>22,3 %</b>	<b>21,9 %</b>	<b>22,5 %</b>	<b>22,8 %</b>	<b>22,4 %</b>	<b>21,7 %</b>	<b>20,9 %</b>

Bergen kommune vil:

- Etablere erstatningsplasser i takt med gjennomføring av rehabilitering/ombygging/stenging av sykehjem/aldershjem.
- Bygge nytt korttidssykehjem og øke dekningsgraden fra 2021 tilsvarende tabell 6.
- Bygge ut Frida Fasmers Minne med 54 nye plasser.

<sup>18</sup> Ved oppstart av et nytt korttidssykehjem i 2021, er det lagt inn kostnadsberegninger for prosjektstart i 2018. Det er vurdert areal ved Slettemarken og Odinsvei.

## 4. HVEM BYGGER VI SYKEHJEM FOR

Vårt kunnskapsgrunnlag om fremtidens behov for kommunale tjenester er basert på demografiske framskrivinger, og gir kommunen et estimert grunnlag for å vurdere hvor mange plasser med heldøgns omsorg det vil bli behov for. Flere eldre som lever lengre, vil føre til at antallet syke vil øke i årene fremover. Det er knyttet betydelig usikkerhet til det fremtidige behovet for antall sykehjemsplasser og boliger for ulike typer av brukergrupper. Det er også driftsmessige utfordringer knyttet til spesialavdelinger for bestemte diagnosegrupper. Stor grad av spesialisering kan medføre at enkeltplasser står tomme. Samtidig har noen brukergrupper så store utfordringer at det fra et faglig ståsted anbefales spesialtilpassede avdelinger eller boenheter, bemannet med personale med spesialkompetanse. Dette gjelder i hovedsak personer med alvorlige demensdiagnoser kombinert med atferdsutfordringer, personer som misbruker rusmidler, yngre med sterkt nedsatt funksjonsevne og personer med alvorlig psykisk sykdom. For å imøtekomme fremtidens behov vil Bergen kommune bygge fleksible plasser og boliger som lett kan tilpasses ulike grupper etter behov.

### 4.1 Personer med demensdiagnose

Personer med demens er en stor diagnosegruppe blant brukere av kommunale omsorgstjenester. I Demensplan 2020 tas det til orde for et mer demensvennlig samfunn, for demens angår oss alle. Demensplanen er blitt til i samarbeid med personer med demens og deres pårørende, fagfolk, organisasjoner og departement.

*«Demens er fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og som medfører symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring av atferd. Tilstanden fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv. Personen som rammes blir sykere ettersom tiden går og blir etter hvert mer og mer avhengig av hjelp fra andre» (Brækhus, 2013).*

De fleste beboerne i sykehjem har en demensdiagnose<sup>19</sup>, og innen 35 år vil antall personer med demens sannsynligvis være doblet. Personer med demensdiagnose er den største gruppen som har behov for spesielt tilrettelagt botilbud<sup>20</sup>. Omfanget av demenssykdom er derfor det utviklingstrekket som vil få størst konsekvenser for fremtidens helse og omsorgstjenester.

I følge Alderspsykiatrisk forskningscenter er det i dag et nasjonalt behov for 28 000 sykehjemsplasser for personer med demens. Det betyr at det vil kunne være behov for 40

<sup>19</sup> Demensplan 2020 - [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)

<sup>20</sup> St.meld. 29 Morgendagens omsorg.

0000 sykehjemsplasser for personer med demens i 2030, og 70 000 sykehjemsplasser til samme gruppe i 2060<sup>21 22</sup>. Flere av sykehjemsplassene i Bergen kommune er tilpasset personer med demensdiagnose, og enkelte sykehjem har forsterkede, skjermede demensavdelinger.

Selv om flere av sykehjemsbeboerne har kognitiv svikt, vil det være viktig ved etablering av avdelinger og boenheter å skille mellom personer med demens med utfordringer knyttet til atferd, og pasienter uten disse utfordringene. Dokumentasjon tyder på at tilrettelagte boenheter med hjemlig miljø og få brukere, har gunstig effekt på personer med demens, blant annet ved at det reduserer uro<sup>23</sup>. Dette reflekteres i Husbankens føringer for bygging av sykehjem og omsorgsboliger med investeringstilskudd. Plassene skal være tilrettelagt for personer med demens og annen kognitiv svikt. Det innebærer små avdelinger og bofellesskap med enkel tilgang til uteareal og transport, som lokaliseres som del av nærmiljøet, og som gjerne deler areal med andre tjenester og tilbud.<sup>24</sup> «De Hogeweyk» i Nederland har tatt denne kunnskapen et skritt videre gjennom etableringen av en såkalt «demenslandsby». Den består av en landsby med 23 småhus, med plass til 6-8 personer i hver, med gater, torg, parker, butikker, kafeer, frisør mm. Beboerne lever som en familie og deltar i daglige gjøremål, samtidig med at hvert hus har et team av faste omsorgspersoner. Det er flere frivillige som deltar i oppfølgingen av beboerne og den daglige driften av landsbyens ulike tilbud. Her kan beboerne delta i de aktivitetene de ønsker, i kjent miljø og med kjente mennesker rundt seg.

Bergen kommune vil:

- Bygge sykehjem og boliger med heldøgns omsorg i henhold til Husbankens retningslinjer for bygging for brukere med kognitiv svikt.
- Dra veksler på trekk ved demenslandsbyen i Nederland, i tilrettelegging og bygging av botilbud for personer med demensdiagnose.

#### 4.2 Personer som er eller har vært aktiv i rus

Misbrukere av alkohol og narkotika har en livsførsel som medfører langt dårligere psykisk og somatisk helse enn hos resten av befolkningen. De får derfor ofte behov for heldøgns pleie og omsorg tidligere enn andre. På grunn av normbrytende atferd, oppleves en del rusmiddelavhengige som utfordrende for ansatte og andre brukere i ulike helse- og omsorgstilbud. Mange vil derfor ha behov for et spesielt tilrettelagt botilbud.

<sup>21</sup> Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet, «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens» (REDIC)- 2015

<sup>22</sup> Perioden 2035 - 2060 er svært langt frem og vi vet lite om andre medisinske gjennombrudd som kan komme innen den tid jfr. Moser ekteparet og andre forskere som arbeider systematisk med å løse Alzheimer-gåten.

<sup>23</sup> Haugan et al 2015, Dalsbø et al 2014.

<sup>24</sup> Omsorg 2020.

**Tabell 7.** Kategorisering av personer som misbruker rusmidler etter hvor de er mht. endring av misbruket.

<b>Fase 1 Overlevelse</b>	<b>Fase 2 Vurderer endring</b>	<b>Fase 3 Endring</b>	<b>Fase 4 Stabil endring med oppfølging</b>	<b>Fase 5 Stabil endring uten oppfølging</b>
Det vurderes ikke endring i retning av bedre mestring av rus og avhengighet	Det vurderes endring i forhold til å oppnå bedre mestring av rus og avhengighet	Pasienten gjennomfører endring, viser økende mestring av rus og avhengighet med oppfølging	Pasienten viser stabil mestring av rus og avhengighet med oppfølging	Pasienten viser stabil mestring av rus og avhengighet med liten eller ingen oppfølging

Det er personer i fase 1 og 2 som har størst behov for et tilpasset botilbud, hvor det i hovedsak handler om å sørge for skadereduksjon, overlevelse, og motivere for endring. Brukere i fase 3 har behov for noe støtte, men et botilbud kan møtes med krav om rusmestring. Om spesielt tilpasset eller ordinær omsorgsbolig, Omsorg Pluss- leilighet, kort- eller langtidsplass i sykehjem er egnet tilbud, avhenger av graden av pleie- og omsorgsbehov.

Bergen kommune har i dag plasser for rusmiddelavhengige ved B-sykehuset på Melkeplassen. Det foreligger imidlertid ikke et kvalifisert estimat over dagens og fremtidens behov for tilrettelagte plasser. En kartlegging av NAV i 2013, viste at 48 personer var i behov for heldøgns omsorg. Blant bostedsløse var det 20 personer som ble vurdert som å ha behov for døgnbemannet tjeneste.

I Brukerplankartleggingen i 2014, som totalt kartla 1711 rusmiddelavhengige som er brukere av tjenester i Bergen kommune, fremkom det at 51 % hadde fysiske helseplager med alvorlige konsekvenser for den daglige fungeringen og/eller for framtidig fysisk helsetilstand. 8 % hadde omfattende fysiske helseplager med svært alvorlige konsekvenser for daglig fungering og/eller framtidig helsetilstand, og at 111 LAR-brukere ble vurdert til å være i behandlingsfase 1 (overlevelse, jf. tabell 14 over). Dette indikerer at det er et behov for flere spesielt tilrettelagte omsorgsplasser for rusmiddelavhengige, men ikke alle disse vil nødvendigvis ha behov for en sykehjemsplass.

Bergen kommune skal ha et tilbud til alle personer som har behov for sykehjemsplass. Dette gjelder også for sårbare grupper som personer som er eller har vært i aktiv rus. Stavanger kommune har gode erfaringer knyttet til tilbud for personer i aktiv rus ved Stokka sykehjem. Tilbudet er et resultat av en erkjennelse av at personer som ikke klarer å avslutte eller begrense sitt rusmisbruk, ikke har noe annet tilbud enn «gata», og at kommunen er forpliktet til å gi et tilbud på rett nivå i omsorgstrappen. Resultatet er et tilbud hvor det aksepteres inntak av alkohol og andre rusmidler. Målet er å gi best mulig livskvalitet gitt brukers misbruk. Bergen kommune ønsker å trekke på erfaringene fra Stavanger i sin videre utvikling av tilbudet til personer som er eller har vært i aktiv rus.

Bergen kommune vil:

---

- Styrke den rusfaglige kompetansen hos ansatte i sykehjem
- Etablere tilrettelagte sykehjemsplasser for pleietrengende personer som er eller har vært i aktiv rus.
- Etablere samarbeid med ideelle organisasjoner når det gjelder heldøgnsbemannede boliger for rusmiddelavhengige.

#### 4.3 Personer med utviklingshemming

Det er en overordnet målsetning å sikre at personer med utviklingshemming får leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Ideologien bak HVPU-reformen var normalisering og integrering i samfunnet, og å unngå å etablere en særomsorg basert på utviklingshemming og diagnose.

Bergen kommune yter tjenester til rundt 1200 utviklingshemmede. Like under halvparten bor i bofelleskap, litt over halvparten i barnebolig, foreldrehjem eller egen bolig.

De fleste eldre utviklingshemmede får sitt totale tjenestetilbud i bofelleskap, og bor i eget hjem så lenge som mulig. I noen tilfeller får også utviklingshemmede behov for pleie- og omsorgstjenester i sykehjem, og i dag er det rundt 10 personer med utviklingshemming som har plass i ordinære sykehjemsavdelinger i Bergen kommune. En kartlegging utført våren 2015 viser at Bergen kommune har 54 personer med utviklingshemming som med fordel kunne mottatt helse- og omsorgstjenester i sykehjem, 20 av disse er over 70 år.

På lik linje med andre personer som av helsemessige årsaker behøver et heldøgns tilbud på en helseinstitusjon, ønsker Bergen kommune fortsatt å gi personer med utviklingshemming et godt og tilrettelagt tilbud.

Bergen kommune vil:

---

- Øke antall ansatte vernepleierkompetanse på sykehjem som har brukere med utviklingshemming.

#### 4.4 Personer med alvorlig psykisk lidelse

De psykiatriske plassene i sykehjemmene tildeles av Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering (BSBI). Plassene tildeles både eldre og yngre eldre med tunge psykiske lidelser som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, fra en ordning med tett oppfølging. Noen brukere har mer utfordrende atferd enn sykehjemmene er bemannet for eller har kompetanse til. Dette skaper til tider store driftsmessige, personalmessige og økonomiske utfordringer. Plassene



ligger i egne avdelinger, lokalisert på sykehjem spredt i flere bydeler. Det er en utfordring både når det gjelder botilbudets innhold, og rekruttering av kvalifisert personale.

Bergen kommune vil:

---

- Lage en handlingsplan for lokalisering, tildeling og bruk av de psykiatriske plassene i sykehjem.
- Styrke kompetansen innen psykisk helse i sykehjemmene

#### 4.5 Personer med sterkt nedsatt funksjonsevne

---

Personer med sterkt nedsatt funksjonsevne og store hjelpebehov blir i denne planen for heldøgns omsorg forstått som personer som er over 18 år som har funksjonsnedsettelse som ikke er aldersrelaterte. Funksjonsnedsettelsen kan skyldes sykdom eller skade, være fysisk og/eller kognitiv.

Personer med sterkt nedsatt funksjonsevne har rett til å bo i eget hjem. I dag bor de fleste i denne gruppen eget hjem med hjelp av hjemmesykepleien og Brukerrettet personlig assistanse (BPA). Bergen kommune har to bokollektiv for mennesker med nedsatt funksjonsevne der beboerne leier kommunal leilighet. Videre har kommunen et bofelleskap i tilknytning til Midtbygda sykehjem.

Siden 1990 tallet har «boliggjøring» av omsorgen vært et sentralt prinsipp i bolig- og omsorgspolitikken overfor personer med sterkt nedsatt funksjonsevne<sup>25</sup>. Det betyr at omsorgstjenesten skal bidra til å gjøre boligen til et hjem, uavhengig av hvor vedkommende bor.<sup>26</sup> I «Morgendagens omsorg» St.meld. nr 29. 2012-2015 tas dette et skritt videre gjennom forslag om avinstitusjonalisering. Bergen kommune mangler et trinn på omsorgstrappen for personer med sterkt nedsatt funksjonsevne. Det kunne være et trinn mellom hjemmesykepleie i «egen bolig» og «institusjon». Noen mennesker med funksjonshemming bor i sykehjem, selv om de aldersmessig befinner seg langt i fra de øvrige beboerne i sykehjem og de har behov for et annet tilbud enn eldre. Andre bor i eget hjem med et eget team av personale 24 timer i døgnet. For mange er alternativet til sykehjem å bo i eget hjem sammen med foreldre eller ektefelle/samboer, selv om dette ikke nødvendigvis er ideelt. Det er derfor behov for nye botilbud for yngre med sterkt nedsatt funksjonsevne. Dette kan være bofelleskap med gode ute- og fellesareal og utformet slik at det er lagt til rette for å ta i mot besøk. For noen kan et byomfattende tilbud for brukergruppen være passende. For andre, og kanskje spesielt brukere med små barn, vil et tilbud i nærmiljøet være viktigere enn nødvendigvis alderen på medbeboerne.

---

<sup>25</sup> Trygghet verdighet omsorg, NOU 1992:1

<sup>26</sup> Bliksvær 2005;90.

Det er en rekke utfordringer knyttet til god ivaretagelse av en gruppe personer med alvorlig sykdom, som kommunen har fått overført ansvar for gjennom samhandlingsreformen. Disse har behov for spesialisert medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse som kommunen tradisjonelt ikke har tilbudt.<sup>27</sup> Behandlingen av noen av brukerne er svært krevende faglig- og ressursmessig, og dette forsterkes når behandlingen må gis i brukernes eget hjem. Noen tilstander krever at personalet får omfattende opplæring i spesialisthelsetjenesten før de inngår i team rundt pasienten, og at pasienten overvåkes nøye 24 timer i døgnet.

Bergen kommune vil:

---

- Bygge boliganlegg med spesielt tilrettelagte løsninger, for unge funksjonshemmede over 18 år

## 5. SATSINGSOMRÅDER

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (Sosial og helsedirektoratet 2005) har som målsetning å skape tjenester av god kvalitet, spesifisert som tjenester som er virkningsfulle, trygge, som involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet. Kvalitet innebærer også utnytter ressursene på en god måte slik at de er tilgjengelige og rettferdig fordelt. God ledelse på alle nivå i den kommunale helse og omsorgssektoren er avgjørende for at pasienter skal oppleve god helse- og omsorg av høy kvalitet.

Tjenestene til brukerne i institusjonene og boligene med heldøgns omsorg i Bergen kommune, skal alltid utformes i tråd med faglige anbefalinger og retningslinjer, nasjonale og lokale føringer, samt aktuelt lovverk. Herunder, og i tråd med lovverket og nasjonale føringer, skal prinsippet om brukermedvirkning ligge til grunn for alle tjenestene.<sup>28</sup> Det innebærer at personsentrert omsorg og brukeres rett til å bestemme over eget liv skal stå i fokus, og at medbestemmelse så langt som mulig skal praktiseres. Dette forutsetter at tjenestene har god kjennskap til brukernes individuelle preferanser, kulturbakgrunn og livshistorier. Dette er ikke minst helt nødvendig for at tjenestene skal kunne møte innvandrerbefolkningen og personer med minoritetsbakgrunn på en god måte.

Helse- og omsorgstjenesten skal bidra til at innbyggerne har et godt liv. Livskvalitet er samtidig subjektivt og avhenger av flere faktorer. Det som kan være bra for noen, kan være mindre bra for andre. Å skape livskvalitet for andre er derfor utfordrende. Det er imidlertid et mål at pleietrengende i institusjoner og boliger med heldøgns bemanning i Bergen kommune alltid skal oppleve at omgivelsene og personene de møter støtter opp under den enkeltes evner til mestring og opplevelse av livskvalitet. Tilrettelagte omgivelser vil redusere hjelpebehovet og gjøre beboerne mer selvhjulpne, og ulike typer hjelpemidler og velferdsteknologi kan være medvirkende faktorer til et godt liv. Like viktig er andre tiltak som ernæring, rehabilitering,

---

<sup>27</sup> Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste.

<sup>28</sup> Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

aktiviteter, og sosiale tiltak. Dette inngår i den nasjonale strategien Aktiv omsorg, som sier at En framtidsrettet og god omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering både sosialt og fysisk, gjennom mer tverrfaglige tilbud og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov».<sup>29</sup>

## 5.1 Ernæring

Mat er tradisjon, tilhørighet og kultur. Det er naturlig å reagere negativt når omstendighetene endrer seg, for eksempel når man bli syk. Når matlysten forsvinner, spiser man mindre og det resulterer i vekttap og tap av energi. Det har vært arbeidet systematisk med å forebygge underernæring i tjenestene til eldre og syke siden 2008 i Bergen kommune, men fremdeles er dette et felt med behov for videre satsinger. Ernæring skal være en integrert del av behandlingstilbudet i Bergens helse- og omsorgsinstitusjoner. God ernæringspraksis innebærer å kartlegge, forebygge og behandle underernæring.

Mat har også en viktig sosial, psykologisk og kulturell betydning i dagliglivet, enten det foregår i hjemmet, på dagsenter eller i institusjon. Delikat mat i et hyggelig spisemiljø er en grunnleggende faktor for trivsel og god matlyst. Matens lukt, utseende og smak kan fremkalle følelser av velvære, forskjellige stemninger, assosiasjoner og minner, og gi tema for samtaler. Smak, luktesans og appetitt endres med stigende alder, og sammen med sykdom og funksjonstap gir dette økt risiko for underernæring. En uønsket vektnedgang fører blant annet til funksjonsnedsettelse og at muskelmassen minsker. Den eldre kan bli svimmel, uklar, falle lettere, ha økt risiko for å få infeksjoner, sår og annen sykdom.

Alle beboere i sykehjem, og i den øvrige pleie- og omsorgstjenesten, blir vurdert for ernæringsmessig risiko og tiltak skal settes inn ved behov. Tidlig identifisering av brukere i ernæringsmessig risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår, og på den måten bidra til at beboerne kan oppnå best mulig funksjon, mestring og selvstendighet. Det nytter ikke å tilby aktiviteter og rehabilitering til våre pasienter, dersom deres ernæringsstatus ikke er ivaretatt. Det er kort vei fra ernæringsmessig risiko til underernæring, som igjen kan føre til endret mobilitet, slapphet og depresjon. I motsatt fall kan det øke motivasjon til aktivitet, mindre bruk av medikamenter og økt trivsel. De eldre skal oppleve god matomsorg med tilstrekkelig næring, rimelig valgfrihet, og tilbys mat av høy kvalitet. Tilrettelagte måltider skaper mestring, sanselige opplevelser, trivsel og fellesskap.

I Bergen kommune har en ernæringsfysiolog særlig ansvar i forhold til ernæring og heving av fagkunnskap i de ulike tjenestene, også i sykehjem.

<sup>29</sup> St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg:83.

Bergen kommune vil:

---

- Øke kompetansen om ernæring, og risiko for underernæring hos personalet som jobber med måltidsituasjoner.
- Involvere beboere og pårørende for å sikre en god matomsorg og legge til rette for individuelle ønsker, behov og innflytelse på valg av mat.

## 5.2 Rehabilitering og korttidsopphold

Ergo- og fysioterapeuter er viktige faggrupper i arbeidet med å forbygge, bevare og bedre brukernes funksjoner etter funksjonsfall, i hjemmetjenestene og i institusjon. Flere med behov for omfattende behandling skrives ut fra sykehus tidligere enn før, og det fører til økt behov for å styrke tilbudet om ergo- og fysioterapi i sykehjemmene, spesielt i korttidsavdelingene. En styrket innsats av ergo- og fysioterapeuter direkte i korttidsavdelinger vil kunne forberede hjemreise og gjøre den enkelte beboer bedre i stand til å klare seg hjemme med mindre hjelp.

Nivået på fysioterapitjenester skjer etter individuell vurdering av beboerne. Noen beboere har behov for opptrening flere timer per uke. Innsatsen som det øvrige pleiepersonellet gjør overfor beboerne i alle dagliglivets gjøremål og hele døgnet, er også viktig for å ivareta og bedre førligheten samt opprettholde egenomsorg. En av ergo- og fysioterapeutenes viktigste oppgaver er å få øvrig personale til å medvirke til rehabilitering av pasienten ved å benytte daglig stell til gjenopptrening av tapte funksjoner som rehabiliteringsarenaer.

De fleste enheter har faste ergo- og fysioterapeuter som har ansvar for å yte tjenester til hver sine sykehjem, både korttids- og langtidsavdelinger. Pasienter på rehabiliteringsavdelingene prioriteres høyt ved at alle pasienter får individuell vurdering og tilbud om tjenester og der omfanget tilpasses den enkeltes rehabiliteringspotensiale.

Spesielt kritisk er overgangsfasen ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til kommunens tjenester. For å styrke samarbeid og sikre gode pasientforløp vil byrådet satse på økt ergo- og fysioterapitjeneste på institusjoner med korttidsplasser. Denne kompetansen er også en suksessfaktor i arbeidet med å tilrettelegge for at brukerne kan bo hjemme lenger, gjennom gode samarbeidsrutiner med hjemmebaserte tjenester.

Bergen kommune vil:

---

- Øke andel ergo- og fysioterapi stillinger knyttet til korttidsavdelinger på sykehjem.
- Styrke dialog mellom rehabiliteringsavdelingen, forvaltningsenheten, hjemmesykepleien, brukers fastlege og spesialisthelsetjenesten gjennom standardiserte prosedyrer.

### 5.3 Aktive dager

Byrådet vil i tråd med den nasjonale satsningen også vektlegge aktiv omsorg. Personer med behov for omsorgstjenester har rett til tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse sammen med andre. En fremtidsrettet og god helse- og omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering, både sosialt og fysisk, og gi økt oppmerksomhet på brukeres sosiale og kulturelle behov (Omsorg 2020). I tråd med kvalitetsforskriften<sup>30</sup>, og prinsippet om brukermedvirkning, skal den enkelte beboer i Bergen kommunes institusjoner og boliger med heldøgns omsorg få være aktør i eget liv. Tilbudet om aktivitet i sykehjem utformes skriftlig i møte med den enkelte beboers behov, interesser og ønsker. Forskning peker på at mange beboere ved sykehjem i stor grad ønsker aktiviteter der de selv er aktive, mens de ansatte trodde at beboerne ønsket aktiviteter der de ansatte eller andre var aktive.<sup>31</sup>

På Bergen kommunes nettsider ligger aktivitetsplanene til sykehjemmene i Bergen. Planene viser et variert tilbud av både fellesaktiviteter og aktiviteter for den enkelte. Sykkel-filmprosjektet er et eksempel som har økt beboernes fysiske aktivitet betraktelig. Alle beboerne i Bergens sykehjem har nå tilgang til ergometersykler hvor beboere kan sykle til et utvalg filmer fra kjente omgivelser som vises på storskjerm. I august 2015 hadde beboerne syklet en distanse tilsvarende to ganger jorden rundt. Flere av sykehjemmene har egne aktivitører eller ansatte som jobber særlig med aktivitet for brukerne. Bergen kommune har to musikkterapeuter som gir musikkrelaterte aktivitetstilbud. Funn i studier har vist at riktig bruk av musikk kan være gode miljøtiltak for urolige demente og demente med språkløshet.<sup>32</sup> Samtidig er mestring av hverdagsaktiviteter viktig for å opprettholde funksjonsnivå og selvstendighet. Brukere i sykehjem skal derfor i størst mulig grad få anledning til selv å gjøre vanlige hverdagsaktiviteter, som vaske og kle på seg, smøre egen mat og delta i forberedelser til måltidet. Det bør også være et mål at brukerne som har mulighet til det, får delta i planleggingen av fellesaktiviteter.

Bergen kommune vil at fysisk aktivitet, både inne og ute, skal ha stor plass i heldøgnsbemannede botilbud. Det innebærer at de fysiske omgivelsene er tilrettelagt for at beboerne i størst mulig grad skal kunne ta seg frem. Utforming og teknologiske løsninger som praktiske overbygg, og skjermede hager med varmekabler kan innby til aktivitet året rundt.

Aktivitører er en viktig ressurs, men de ansatte som har ansvar for å legge til rette for den daglige aktiviteten er helt sentral for å gi brukerne gode dager med meningsfullt innhold. For å sikre et likt og helhetlig tilbud til sykehjemsbeboere vil Bergen kommune innføre et kvalitetsmål om andel årsverk pr. sykehjem satt av til aktivitet.

<sup>30</sup> Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene; <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

<sup>31</sup> Haugland 2012, Aktivitørens landsforbund 2014.

<sup>32</sup> Audun Myskja-2011, Doktorgradsavhandling «Integrated music in nursing homes- An approach to dementia care

## Frivillighet

---

Bergen kommune ønsker i større grad å bringe sammen offentlig sektor og sivilsamfunnet, og skape nye relasjoner mellom nærmiljø, brukere, pårørende og frivillige. Utover det den kommunale tjenesteproduksjon kan ivareta er det viktig med samarbeid med ikke-kommunale aktører.

Gapet mellom krav og forventninger til tjenestene, og tilgang på helsepersonell med tilstrekkelig fagkunnskap, underbygger ønske om et tettere samarbeid med pårørende og frivillige aktører. Samfunnets samlede omsorgsressurser må mobiliseres, gjennom å engasjere flere til frivillig omsorgsarbeid. Dette vil kreve større vektlegging av nettverksarbeid der det i fellesskap tas ansvar for morgendagens omsorgsbehov. Med kjennskap til de demografiske utfordringer som venter oss om 10-15 år, er det viktig at vi nå arbeider med å utløse de ressurser som ligger hos frivillige, foreninger, nærmiljø og ikke minst hos brukerne og de pårørende.

Hovedformålet med frivillig arbeid er å skape en aktiv hverdag for brukerne og supplere den lovpålagte tjenesten som ytes av det offentlige. Eksempler på frivillig innsats er personer som inngår en-til-en kontakt med brukere, som for eksempel turvenner, besøksvenner, organisasjoner som organiserer turer for grupper av brukere, bistand til enheter i form av frokosthjelpere, dugnad, hagestell, kulturelle bidrag og underholdning.<sup>33</sup>

I Bergen kommune er det i dag mange gode samarbeidsrelasjoner mellom sykehjem og skoler og barnehager fra nærmiljøet og pensjonister. Hoveddelen av innsatsen består av ulike arrangement, samt direkte kontakt mellom beboere og barn og unge. Det er likevel et betydelig behov for økt bruk av frivillige i fremtidens pleie- og omsorgstjenester.<sup>34</sup> Rundt halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid, mens kun 10 % av frivilligheten skjer innenfor omsorgssektoren.<sup>35</sup> Det kreves en aktiv innsats for å rekruttere, motivere og beholde frivillige. Kommuner som investerer i egnet personell som arbeider med dette, viser seg å få betydelig frivillig innsats tilbake. I Bergen er det i dag de enkelte sykehjem som har ansvar for å rekruttere frivillige, og følge disse opp på en god måte. Det viser seg imidlertid noen steder vanskelig å få rekruttert frivillige på tross av forsøk gjennom blant annet direkte kontakt med organisasjoner, korps, oppslag i lokalaviser og plakater. Samarbeid med frivillige har større mulighet for å lykkes når foreninger inviteres til å gjøre det de er innrettet for å gjøre.<sup>36</sup> Videre kan det være ressurskrevende for enkeltsykehjem å følge opp frivillige med veiledning og opplæring. Dersom det skal settes av egne personalressurser til å arbeide med frivillige, går dette på bekostning av andre pleie og omsorgsoppgaver. Økt satsing på engasjering av frivillige krever derfor systematisk arbeid på både byrådsavdelings-, etats- og enhetsnivå.

---

<sup>33</sup> Bergen kommune, Plan for frivillighet 2015.

<sup>34</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

<sup>35</sup> Helse- og omsorgsdepartementet 2015: Omsorg 2020).

<sup>36</sup> Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015.

Bergen kommune vil:

- Ansette en koordinator på etatsnivå, som skal lede aktivitets- og frivillighetsarbeidet knyttet til sykehjem.
- Innføre aktivitetsleder på alle kommunale sykehjem som skal ha ansvar for miljøskapende aktivitetstilbud og koordinere arbeid med frivillige.
- Invitere til frivillighetsseminar for å bygge bro mellom kommunal og frivillig sektor på eldrefeltet.

#### 5.4 Pasientsikkerhet og Trygghetsstandard på sykehjem

Sikkerhet ligger til grunn for all behandling og omsorg i helsesektoren. I snever forstand handler sikkerhet om å sikre pasienten mot mulig skade, i bredere forstand om tiltak som forebygger unødig forverring av helsetilstand eller unødig innleggelse på sykehus.<sup>37</sup> Alle tjenestene i pleie- og omsorgssektoren skal være trygge og ha god kvalitet, og det arbeides kontinuerlig for å videreutvikle tjenestene slik at pasientskader forebygges. Det forutsetter at personalet har god kompetanse, og et kvalitetssystem som bidrar til at lover, forskrifter og kunnskapsbasert praksis følges.<sup>38</sup>

Fordi alle beboere på sykehjem skal ha et godt og likeverdig tilbud og unngå store variasjoner i kvaliteten, skal det utvikles en nasjonal trygghetsstandard<sup>39</sup> som skal være et felles verktøy for blant annet kunne konkretisere hvordan sykehjem kan sikre god ledelse, organisering og god praksis. Bergen kommune ønsker å være en foregangskommune som kan bidra i utvikling av gode verktøy som sikrer at våre innbyggere trygge og forsvarlige tjenester, og har derfor meldt sin interesse for å være pilotkommune.

De fem områdene som skal belyses i dette kvalitetsutviklingsprosjektet er:

Lederskap, organisering, profesjonell praksis, innovasjon og måling av resultater.

Målet er å utvikle et kvalitetssystem basert på brukeres helhetlige behov, og det skal legges stor vekt på bruker- og pårørendeinvolvering både i utforming og gjennomføring av prosjektet.

Kunnskapsbasert praksis vil si å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens ønsker og behov i en gitt kontekst (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten). I Bergen kommune skal all behandling være kunnskapsbasert. Dette skal sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring av tjenestene, at brukerne får den beste behandlingen til enhver tid og for å hindre unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

<sup>37</sup> Christine Gulla, Reidun L.S. Kjome og Bettina S. Husebø - Legemidler i sykehjem – en balansekunst.

<sup>38</sup> Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste.

<sup>39</sup> Mer om Trygghetsstandard på sykehjem <https://helsedirektoratet.no/nyheter/trygghetsstandard-pa-sykehjem>

Bergen kommune har de siste årene arbeidet målrettet med tilbud om opplæring av ansatte i helse og omsorgssektoren. Kommunen har et introduksjonsprogram for nyansatte, standardisert undervisningsopplegg for assistenter, og innføringskurs i norsk arbeidsliv med språkopplæring for ansatte på sykehjem.

Forskning viser at tannhelse er en viktig indikator for generell helse. Tidligere ble ikke tannhelse prioritert i eldreomsorgen, eldre og langtidssyke og uføre som bor på institusjon har rett på gratis tannbehandling og Bergen kommune har en samarbeidsavtale med Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland. Gjennom denne avtalen sikres brukerne tilbud om timer hos tannlege og tannpleier. Avtalen innebærer også opplæring av omsorgspersonell slik at de får den nødvendige oppdaterte kunnskap for å ivareta brukernes munn og tannhelse. Videre har kommunen retningslinjer og prosedyrer for ulike deler av pasientbehandlingen i sykehjem, som retningslinjer for ernæring, forebygging av fall, innkomstsamtale, behandling av sår, og legemiddelhåndtering. Utvalgte områder, som delresultat i ernæringsarbeidet og innkomstsamtaler, blir rapportert i kommunens styringskort. Det gjør det mulig å sette inn tiltak ved manglende måloppnåelse. Videre har alle sykehjemmene fora for etisk refleksjon, som er nok et tiltak som skal bidra til god kvalitet i tjenestene.

Retningslinjen for avviksmelding står også sentralt i kommunens pasientsikkerhetsarbeid. Den skal sikre at alle pasientrettede avvik meldes og rettes opp så raskt som mulig, og at aktuelle retningslinjer og praksis revideres ved behov. Avvik er også et av flere tema i byrådsavdelingens system med kvalitetsutvalg. Det skal blant annet sørge for læring og at tiltak iverksettes på tvers av sykehjem og etatene, der hvor det er behov for det. Tilsynsrapporter fra Fylkesmannen skal anvendes på samme måte, og ses på som viktige innspill til forbedringsområder. Det er kommunens ansvar at forbedring faktisk skjer, og at råd fra tilsyn utbredes i organisasjonen.

Gode elektroniske system er en utfordring i pasientsikkerhetsarbeidet. Det skal anskaffes et nytt kvalitetssystem med avviksmul som vil bidra til kvalitetsutvikling og effektivisere arbeidet med avvikene.

For at sykehjemmene skal håndtere nye pasientgrupper innføres det nytt elektronisk helsefaglig beslutningsstøttesystem som vil bidra til å forbedre behandlingen av brukere med komplekse behov, og i større grad sikre lik behandling på ulike sykehjem. Nasjonalt satses det mye på styrking av e-helse også i kommunal helse- og omsorgstjenester. Bergen kommunes moderniseringsprogram Smart omsorg skal bidra til at nasjonal ny ikt-funksjonalitet vil innføres effektivt i kommunens sykehjem.

Som ledd i arbeidet med pasientsikkerhet deltok sykehjem i Bergen kommune i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen (2011-2013), og er nå med i videreføringen i Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* som varer ut 2018. Programmets hovedmål er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Programmet gir tiltak for utvalgte innsatsområder der det er betydelig risiko for pasientskade, som innenfor legemiddelbruk og



samstemming av legemiddellister. Legemiddelhåndtering er en krevende oppgave, der det er spesielt viktig at alle tjenester som er involvert i pasientforløpet har kvalitetssikrede og gode rutiner som gjør at pasientene får legemidler etter oppdatert legemiddelliste. Andre fokusområder er forebygging av trykksår, urinveisinfeksjoner ved bruk av kateter, fall, samt ledelse av pasientsikkerhet.



### Elektronisk pasientjournal

---

Journalssystemene som finnes på markedet i dag dekker et bredt spekter av funksjoner. Samtidig er de ikke videreutviklet i tilstrekkelig grad for å møte endringer i pasientgrunlaget, de siste årenes tjenesteutvikling, og ulike helsepersonellgruppers behov.

En viktig forutsetning for å sikre den medisinske behandlingen på institusjonene er tilgang til valide styringsdata. Dette forutsetter strukturerte journalldata. Sentralt i forberedelser for fremtiden har vært behov for et nytt, strukturert journalsystem med beslutningsstøtte.

På lengre sikt blir det viktig at den nasjonale satsningen en innbygger – en journal utvikles til også å ivareta sykehjemmenes behov, det vil si tilpasset tjenestene på sykehjemmene og ulike helsepersonellgruppers behov. Bergen kommune følger utviklingen av en innbygger – en journal og ta det i bruk så snart det er egnet.

Bergen kommune vil:

---

- Anskaffe et elektronisk kvalitetssystem med en avviksmodule.
- Innføre elektronisk helsefaglig beslutningsstøttesystem.

### 5.5 Fremtidsrettet pårørendefokus

Pårørende til brukerne av de kommunale tjenestene er mange, og vil øke i takt med den forventede eldrebølgen. En god og bærekraftig tjeneste er avhengig av at det skapes gode relasjoner til denne gruppen og at der utvikles en pårørendepolitikk som satser på og tar vare på den uformelle omsorgen som de representerer. Brukernes familie og sosiale nettverk er de viktigste omsorgsaktørene ved siden av kommunen.

Bergen ønsker et godt samarbeid med pårørende. Pårørende har blant annet rettigheter gjennom helselovgivningen, til å kunne bidra i forhold til brukers behov for helsehjelp. Videre har pårørendes involvering stor betydning for brukers trivsel og livskvalitet. For at brukers hverdag og kvaliteten på tjenestene skal bli best mulig, er det viktig å inkludere pårørende og deres kunnskap og erfaringer i oppfølgingen av bruker. Samarbeidet skal være preget av god informasjon, kommunikasjon, og tilrettelegging for bistand fra pårørende.

Ved innflytning i sykehjem, tilbys pårørende i dag å delta i inntakssamtale dersom bruker samtykker til det. Samtalen omfatter blant annet døgnrytmeplan, ernæring, beboers interesser og ønsker knyttet til aktiviteter, samt avklaringer om ansvarsforhold i viktige avgjørelser. Forventninger til oppholdet skal avklares med tanke på hva pårørende ønsker eller kan bidra med. En gang i året skal det gjennomføres oppfølgingssamtaler. Videre arrangerer sykehjemmene informasjonsmøter for pårørende, hvor det informeres om drift, og hvor pårørende kan gi innspill og tilbakemeldinger. Sykehjem med langtidsplasser har brukerråd hvor pårørende, brukere, representant fra elderrådet og personale stiller i møte fire ganger i året. Rådet skal være rådgivningsorgan for institusjonens ledelse, høringsinstans i saker av betydning for brukerne, ivareta brukermedvirkning, ta initiativ for best mulige tjenester innenfor institusjonens økonomiske rammer, samt ta initiativ til, og bidra til at planlagte velferds- og trivselstiltak blir realisert.

Det er nødvendig med åpenhet rundt sentrale forbedringsområder som avdekkes gjennom gode rutiner for avvikshåndtering. Dette forutsetter at det i rådenes møteagenda gis plass for informasjon angående nevnte utfordringer. Sykehjem med korttidsplasser, har startet opp med samarbeidsutvalg i 2015, men da uten representanter for brukere og pårørende. Målsetning og møteaktivitet er tilsvarende det som gjelder for langtidspsykehjem.

Det er flere utfordringer for å lykkes med et mål om i større grad enn i dag å involvere pårørende i oppfølgingen av sykehjemsbeboerne, og det er stort potensial for å bedre samhandlingen mellom omsorgstjenesten og pårørende<sup>40</sup>

Gjennomgang av studier på området, viser blant annet at pårørende har behov for å bli sett og oppleve at deres «ekspertkunnskap» om beboer blir anerkjent<sup>41</sup>. Aktiv innsats for gode relasjoner med pårørende er en viktig del av sykehjemmenes oppgaver, og bidrar til økt trivsel for beboerne. Å skape enighet blant personalet i et sykehjem om god praksis for samarbeid er en nødvendig del.<sup>42</sup> Tilgjengelighet til personalet, informasjon og egnede arenaer for kommunikasjon er nødvendig. Herunder må kommunen være klar og tydelig mht. hva sykehjemmene ivaretar, og hva det er nødvendig at pårørende, frivillige eller andre kan bistå med i omsorgen for beboer. Erfaringer viser at de sykehjemmene som tar opp pårørendes engasjement i inntakssamtale, i større grad får pårørende som inngår avtaler om bidrag. Pårørendes faktiske involvering dokumenteres, og tematiseres eksplisitt i

<sup>40</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

<sup>41</sup> Bergland og Hestetun 2003, Langedal 2012, Tveit 2015.

<sup>42</sup> Bergland og Hestetun 2003.

oppfølgingssamtaler. Det er viktig med åpenhet i sykehjemmene om hvordan pårørende kan være med å bidra til av kjærkomne aktiviteter for sine. Samtidig kan bistand også bestå i hverdagsoppgaver som å utføre huslige aktiviteter på beboers rom, delta i det sosiale miljøet på sykehjemmet, og bistå i planlegging av fellesaktiviteter i forbindelse med høytider. Tilrettelegging og inkludering av pårørende bidrar til at sykehjemmet fremstår som åpent og inkluderende. Der pårørende inviteres til å bidra vil forventningene til tjenestene blir mer nyansert og realistisk.

Pårørendes individuelle ressurser må samtidig tas hensyn til. Helsemessige eller relasjonelle utfordringer kan begrense muligheten for en pårørendes oppfølging av beboer. Andre, og sannsynligvis flere enn de som involverer seg i dag, har gode forutsetninger for å kunne bistå eller bedrive aktivitet med beboer.

Bergen kommune vil:

---

- Utvide tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens.
- Sikre god, tilgjengelig og nødvendig informasjon til pårørende gjennom nært samarbeid med representanter for brukere og pårørende og fagmiljøer.

#### 5.6 Åndelig omsorg

Åndelig omsorg er en svært viktig del av omsorgstilbudet til beboere på sykehjem. For noen handler det åndelige om tro på en Gud, mens for andre handler det om å søke håp eller styrke. For mange kan dette være noe av det aller viktigste i livet, og det er derfor viktig at personalet har høy kompetanse på å ivareta beboernes åndelige behov. Med større åpenhet, tillit og oppmerksomhet til tema kan flere beboere bli ivaretatt i den daglige omsorgen. Prestene har en svært viktig rolle i sykehjemstilbudet med både samtaler, andakter og viderefremidling av kompetanse til andre ansatte ved sykehjemmene. Prestene innehar høy kompetanse på eksistensiell og åndelig omsorg til brukerne som flere kan dra nytte av.

Bergen kommune vil:

---

- Sikre bedre kompetanse hos de ansatte om åndelig omsorg gjennom kurs og veiledning ledet av prestatjenesten.

#### 5.7 Omsorg ved livets slutt

Det er et mål at beboerne som flytter inn på sykehjem skal føle seg godt ivaretatt gjennom innflytelse og mulighet for påvirkning av egen livssituasjon. De skal kunne leve et aktivt og godt liv til tross for sin sykdom og funksjonstap. Likeledes skal de i livets siste fase oppleve seg ivaretatt og trygg. Helsepersonells ansvar er å gi lindrende behandling og god omsorg ved

livets slutt og gjøre alt for at pasienten har det så bra som mulig i livets siste fase. Spesielt viktig er symptomlindring og gode forberedende samtaler.

Gjennom innkomstsamtale eller oppfølgingssamtaler med beboer og pårørende, har helsepersonell mulighet og ansvar for å avklare forventninger. For mange er det et vanskelig tema å ta opp spørsmål knyttet til livets slutfase, likevel kan åpenhet om dette temaet bidra til at den siste delen av livet blir så godt forberedt og så verdig som mulig. Døden er en del av livet, men likevel er den for de fleste foruroligende og fremmed. I løpet av de siste årene har det skjedd en endring ved at nesten halvparten av alle dødsfall skjer på kommunale sykehjem og institusjoner.<sup>43</sup> Som en konsekvens av dette, stilles det større krav til personalet ved sykehjemmene om kompetanse i lindrende behandling og omsorg ved livets slutt<sup>44</sup>.

Det skjer mye god pleie og omsorg og verdig ivaretagelse av den døende og pårørende ved livets slutt, men døende pasienter har mer komplekse sykdomsbilder enn tidligere. Det er derfor viktig at både leger, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere kan gi god lindrende behandling. Pårørende er en viktig støttespiller og ressurs og må involveres og kommuniseres med. En særlig utfordring er møtet med den døende pasient med kognitiv svikt. Disse kan ikke alltid gi uttrykk for egne behov og ønsker. Likevel viser forskning at noen mennesker med alvorlig demenssykdom kan gi et konsistent svar på dette temaet<sup>45</sup>. Dette utfordrer både kunnskap og forståelse hos helsepersonell til å observere behov hos pasienten.

I Omsorg 2020, fokuseres det på en tverrfaglig tilnærming for å ivareta sykehjemsbeboere og pårørende. Pleiepersonalet bærer det største ansvaret med å gi god pleie og skape trygghet, mens legene har det medisinske ansvaret. Andre profesjoner som ergo- og fysioterapeuter, psykologer og musikkterapeuter kan være viktige bidragsytere i denne fasen. De kommunale sykehjemmene har to prestestillinger som blant annet skal gi tilbud om rådgivning, veiledning og undervisning innenfor temaer åndelig og eksistensiell omsorg ved livets slutt, åndelig og eksistensiell omsorg for beboere med demens og andre diagnoser, samt bringe inn nye tanker i forskningen om sorg og sorgreaksjoner. Dette er et viktig bidrag for å kunne gi en helhetlig omsorg ved livets slutt.

---

<sup>43</sup> Omsorg 2020- Helse- og omsorgsdepartementet.

<sup>44</sup> Fosse, Anette Spesialist i allmennmedisin « Døden i sykehjem», Nr 1-2015 Omsorg Nordisk tidsskrift for palliativ medisin

<sup>45</sup> Fosse, Anette Spesialist i allmennmedisin « Døden i sykehjem», Nr 1-2015 Omsorg Nordisk tidsskrift for palliativ medisin.



Bergen kommune vil:

- Skape større faglig bredde med flere faggrupper som gir økt tverrfaglig tilnærming til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt
- Bergen Røde kors sykehjem har egne palliasjonsplasser som gir et høykompetent og svært godt tilbud til mennesker ved livets slutt. Bergen kommune ønsker å utvide antall palliasjonsplasser for å møte fremtidens behov.

## 5.8 Forskning, kunnskap og kompetanse

Det er ventet at det de neste tiårene blir knapphet på helse- og omsorgspersonell, utfordringene dreier seg både om å få nok arbeidskraft og at arbeidskraften har rett kompetanse. Kommunen har som resultat av samhandlingsreformen fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse, medisinske og psykososiale behov. Videre forventes en fordobling av antallet personer med demensdiagnose innen 35 år. Tilsammen gir dette utfordringer får både kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet.<sup>46</sup> Dette gjelder også for Bergen kommune, som må gjennomføre en betydelig rekruttering av helsepersonell i planperioden

Det er etablert et samarbeid med Universitet i Bergen, Høgskolen i Bergen, UNI Research Helse og Helse Bergen om samarbeid om forskning, innovasjon og utdanning. Aktørene skal samarbeide om gode utviklingstiltak, som for eksempel praksisnære forskningsprosjekter, videreutdanning og praksisutplasseringer. Sykehjemmene er i dag allerede involvert i mange forskningsprosjekt, blant annet om smertebehandling hos personer med demens, brukermedvirkning, diagnostikk av urinveisinfeksjon og mange flere. Målet med samarbeidet er å styrke den kunnskapsbaserte utviklingen av tjenestene, sikre høyt kompetent personale og øke omdømmet til kommunen som arbeidsgiver også hos unge som tar helsefaglige

<sup>46</sup> Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste.

utdanninger. Våre sykehjem er attraktive arbeidsplasser med interessante medisinske og pleiefaglige problemstillinger.

Bystyret i Bergen vedtok 17. februar 2016 «Plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse- og omsorgstjenesten i Bergen kommune 2016-2019». Dette er en plan som viser mål og tiltak for å videreutvikle det etablerte samarbeidet og ruste kommunen til å være en aktiv part innen forskning, utdanning og innovasjon.

Bergen kommune tar i mot studenter i praksis fra de ulike helsefaglige utdanningsprogrammene. Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) organiserer tverrfaglig samarbeidslæring til studenter innen helseprofesjonsfagene ved Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen. Tilbudet om tverrfaglig praksis blir gitt til studenter som er i siste del av utdanningsløpet, og studentene bidrar selv til læring hos sykehjemsansatte med sine tverrprofesjonelle prosjekter.

#### Helse- og omsorgspersonell

---

Det er i dag ansatt 564 sykepleiere i kommunale sykehjem. 12 % (68) av disse er over 60 år. Når det gjelder fagarbeidere, er 28 % (248) av totalt 876 ansatte over 60 år. Dette innebærer at det de nærmeste årene blir behov for å erstatte 316 av de ansatte i bare sykehjemmene. Det er allerede i dag utfordringer knyttet til rekruttering av nok sykepleiefaglig kompetanse til omsorgstjenesten. En landsomfattende undersøkelse gjennomført av Norsk Sykepleierforbund i 2013, ved alle landets høgskoler, viser at bare syv prosent av nyutdannede sykepleiere har sykehjem som førsteprioritet når de søker jobb<sup>47</sup>. De viktigste faktorene når nyutdannede sykepleiere søker jobb er gode lønns- arbeidsbetingelser, arbeidsmiljø og godt fagmiljø.

Kommunen har ulike brukergrupper med særlige behov for spesialisert fagkunnskap knyttet til behandling, rehabilitering og omsorg. Dette gjelder for personer med demensdiagnose, misbrukere av rusmidler, utviklingshemning, psykisk sykdom, yngre med sterk funksjonshemning og andre med alvorlig sykdom, samt personer som trenger palliativ behandling. Det er verdt å nevne at de som innvilges sykehjemsplasser ofte er mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser. Disse menneskene har i tillegg til grunnleggende somatiske sykdommer ofte også psykiske lidelser. Søvnproblematikk, angst og depresjon er de mest utbredte plagene, men også mennesker med mer alvorlig psykisk sykdom vil være blant beboerne i slike institusjoner. Det er anslått at så mye som 40 % av alle sykehjemspasienter har symptomer som tilfredsstillende kriteriene for en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2011)

Å kunne håndtere psykiske lidelser innenfor rammene av en institusjon, krever kompetanse som i stor grad ikke er en del av grunnutdannelsen til personale i sykehjem. Likevel er det relativt få som har videreutdanninger knyttet til dette fagfeltet. Dette krever at kommunen prioriterer å øke fokuset på denne type ferdigheter i sine tjenester.

---

<sup>47</sup> Avgangundersøkelse 2013 Norsk sykepleierforbund NSF

Byrådsavdeling for helse og omsorg har inngått et femårig samhandlingsprosjekt innen kompetanseutvikling med Haukeland universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus (2014-2019). Prosjektet skal gi henholdsvis sykehjemmene og spesialisthelsetjenesten økt, anvendbar kunnskap om hverandres brukere og tilbud. Målet for kommunen er bedre tjenester, hindre unødvendige innleggelser i sykehus og styrke helhetlig behandlingsskjede på tvers av den kommunale- og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsdagen til helsearbeidere er i dag preget av tverrfaglig samarbeid. For å forberede studentene på denne arbeidsformen er det viktig at universitetene og høyskolene gir studentene erfaring med tverrfaglig samarbeid allerede tidlig i studieløpet. Dette kan skje ved at der arrangeres felles forelesninger på tvers av profesjoner og at der organiseres felles praksis for studentene. Gjennom at profesjonene er til stede samtidig kan flere av pasientenes problemer avdekkes samtidig, og pasientene slipper å gjenta sin sykehistorie.

Helseledelse er en stadig viktigere kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Vi driver store helse- og omsorgstjenester som har et betydelig omstillingsbehov. Det er behov for at våre sykehjemsledere har god ledelseskompetanse, prioriterer å utvikle kompetanse og arbeidsmiljø og forstår nytten av teknologi og innovasjon. Ledere i sykehjem må evne å få sine medarbeidere motiverte til videreutvikling av tjenestene, gjennomføring av e-helseprosjekter, velferdsteknologi og innovasjon. Det er også nødvendig å kunne hente ut gevinster av nytenkningen.



## Sykehjemsleger

---

Tidligere var sykehjemslegene organisert i en etat utenfor sykehjemmene. For å heve den medisinske tilstedeværelsen og medvirkning har man reorganisert legene etter en mer tradisjonell organisasjonsmodell der legene er samlet i Avdeling for sykehjemsmedisin, under Etat for alders- og sykehjem. Bergen kommune iverksatte en handlingsplan for perioden 2013-2015 for å sikre god kvalitet på legetjenestene og for å legge til rette for fremtidige utfordringer. Tiltakene har omfattet både organisering, strukturering og forskning.

Tradisjonelt har leger vært relativt lite nærværende i utvikling av pleie- og omsorgstjenestene. Dette er et paradoks, da svært mye medisinsk behandling foregår på denne arena. I gjennomsnitt har sykehjemspasienter 6–7 kroniske og/eller alvorlige diagnoser.

Bergen kommune har styrket legedekningen i sykehjemssektoren ved å ansette spesialister i indremedisin, geriatri og allmenntidmedisin ansatt på utvalgte sykehjem. Det er etablert samarbeid med andrelinjetjenestene om utdanning av spesialister, og etablert et formelt samarbeid mellom Avdeling for sykehjemsmedisin og universitetet om forskning innen sykehjemsmedisin. Deltagelse i forskningsprosjekter er en tradisjonell og effektiv måte for å utvikle kvalitetskultur og bedre kvaliteten i medisinske institusjoner.

Siden januar 2012 har samhandlingsformen medført store omveltninger på landets sykehjem. Et helhetlig pasientforløp betyr at den medisinske kompetansen må følge pasientene. Det skal tilrettelegges for akademiske bistillinger (inntil 120 %) for kvalifiserte sykehjemsleger.

Sykehjemslegene i Bergen kommune har utarbeidet en metodebok med retningslinjer for behandling innen sykehjemmene i Bergen kommune<sup>48</sup>. Metodeboken bidrar til at behandlingen som gis på sykehjemmene blir mer lik og er basert på siste kunnskap innen feltet. Dette er i tråd med utviklingen innen helse- og omsorgstjenesten i kommunen der kunnskapsbasert praksis vektlegges. Metodeboken er nå gjort tilgjengelig nasjonalt på [Helsebiblioteket.no](http://Helsebiblioteket.no). Helsebiblioteket.no gir helsepersonell tilgang til fagprosedyrer, oppslagsverk, databaser, tidsskrifter og andre kunnskapsressurser. Boken tar blant annet for seg tema som kognitiv svikt og psykisk sykdom, hjerte-karsykdommer og hjerneslag og infeksjoner.

#### Tverrfaglig styrking

---

Oppmerksomheten rundt legemiddelbruk på sykehjem har økt. Legemidler står sentralt i behandlingen av pasientene, og det er viktig at sårbare eldre og pasienter med demens får optimal behandling. Sykehjemspasientenes fysiologiske aldersforandringer gir høy risiko for legemiddelrelaterte problemer. Fra 2008-2010 gjennomførte Statens helsetilsyn kontroll ved 67 sykehjem i Norge. Det ble avdekket avvik ved 76 % av de involverte sykehjemmene. I rapporten ble det konkludert med at kommunene måtte sørge for tilstrekkelig medisinsk kompetanse og velfungerende journalsystem. Det ble foreslått årlig gjennomgang av legemidler til pasienter med langtidsvedtak og at dette burde utføres av et tverrfaglig team

---

<sup>48</sup> Forfattere av metodebok Einar Engtrø, geriater Sabine Piepenstock Nore, indremedisiner og infeksjonsmedisinere Bård Reiakvam Kittang og avdelingsoverlege ved Avdeling for sykehjemsmedisin, Kjell Krüger.



bestående av lege, sykepleier og farmasøyt. Per i dag utføres legemiddelgjennomgangen av sykehjemslegene og sykepleiere, hvert halvår etter gjeldene rutiner.

Ved å ansette farmasøyt vil arbeidet med å redusere avvik, implementere kunnskapsbasert opplæring og praksis samt standardisere gode systemer på sykehjemmene, bli satt i system. Legemiddelbehandling i kommunehelsetjenesten blir mer og mer avansert, og behovet for kvalitetsforbedrende tiltak både på systemnivå og individnivå er nødvendig.

Samhandlingsreformen krever at kommunen får ansvar for pasienter med psykiske helseutfordringer. Konsekvensene av manglende kunnskap innen psykisk helse og adekvate vurderinger og intervensjoner, inkluderer økt bruk av medisiner, polyfarmasi og medikamentavhengighet. Andre følger er økning i situasjoner der bruk av tvang kan være et utfall, feil- og underdiagnostisering, dårligere livskvalitet for brukere og pårørende og økt personalbelastning, konflikt og fravær. Ved å tilføre psykologikompetanse, vil en kunne møte behovene for økt kunnskap om psykisk helse. Tilgjengelig psykolog kan bistå sykehjemslegene med utredning og vurdering for så å følge opp personalet i saker som er utfordrende. Dette vil kunne ha en god effekt på det helhetlige sykehjemstilbudet, blant annet ved å skape rom for praksisnær kompetanseutvikling og tryggere rammer for ansatte som jobber tett på pasienter med alvorlige sammensatte lidelser.

For mennesker som bor i institusjon, vil den beste oppfølgingen etter kartlegging og diagnostisering ofte gjøres best gjennom en helhetlig innsats fra personalgruppen. Det er mye man ikke vet om psykiske lidelser blant eldre, men studier indikerer at de eldre som bor på institusjon har større forekomst av psykisk sykdom enn yngre hjemmeboende eldre.<sup>49</sup> Økt psykologisk erfaring i form av psykologer og psykiatriske sykepleiere vil kunne legge til rette for gode miljøterapeutiske tiltak, bedre psykisk velvære og gi økt livskvalitet for en gruppe som ofte har sammensatte lidelser. Med psykolog som en del av ulike tverrfaglige team, vil en lettere kunne fange opp psykiske aspekter ved lidelsestrykket hos enkeltpasienter, og samtidig gi gode sammensatte faglige begrunnelser og vurderinger for videre hjelp. Ved langvarig kronisk sykdom eller alvorlig psykisk lidelse vil psykologen eller psykiatrisk sykepleier kunne gjøre oppfølging av personale gjennom enkeltkonsultasjoner eller ved veiledning til personalgrupper.

Psykologene vil kunne bidra med utvikling og gjennomføring av kompetanseheving og undervisningsopplegg for både personell, pårørende og frivillige, samt prosjektutvikling og rådgivning.

Bergen kommune vil:

- Legge frem en strategisk Kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene i Bergen kommune i 2016.

---

<sup>49</sup> Langballe og Evensen 2011.

- Påvirke grunnutdanningene innen helse ved høyskolene og universitetene til å ta opp i seg nye kompetanser som velferdsteknologi, e-helse og ledelse, og øke praksisutplassering og finansieringen av denne.
- Videreutvikle ledelseskompetanse hos ledere i sykehjem.
- Fremme heltidskultur og legge til rette for at ansatte i størst mulig grad kan jobbe i heltidsstillinger
- Legge til rette for at ansatte kan bruke e-læringsprogram for kompetanseheving.
- Ansette en farmasøyt som skal bistå etatene med å bygge gode systemer for ivaretagelse av legemiddelhåndtering.
- Ansette tre psykologer med forankring i avdeling for sykehjemsmedisin og knytte til seg en psykolog i en akademisk bistilling mellom Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved UiB og Etat for sykehjem.
- Øke psykiatrisk sykepleierkompetanse innen heldøgns omsorg.
- Være pådriver for andelen legespesialister i større stillinger videreføres og at flere sykehjem blir godkjent som utdanningsinstitusjoner.

## 5.9 Velferdsteknologi og innovasjon

Velferdsteknologi er helt nødvendig for å kunne løse fremtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Bergen kommunes strategiske plan for bruk av velferdsteknologi beskriver følgende mål for kommunens satsing på dette feltet. (Bystyresak 109/13)

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og/eller bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbud» (NOU 2011 «Innovasjon i omsorg»).

Som en del av kommunens satsing på velferdsteknologi, gjennomføres det en kartlegging av velferdsteknologiske løsninger og eksisterende sykesignalanlegg på sykehjemmene i Bergen. Målsetningen er å få oversikt over og erfaring med hva som finnes av teknologiske løsninger, hva som er tatt i bruk og hvilke erfaringer sykehjemmene har gjort seg. Kartlegging og erfaringer vil være viktig for videre satsing på teknologiske løsninger for denne målgruppen. Tre kommunale sykehjem er i gang med utprøving av lokaliseringsteknologi (GPS). Gjennom praksisnær forskning søkes det svar på hvordan en GPS-løsning med støttesystemer kan ha effekt og nytte for denne målgruppen, deres pårørende og de ansatte. Denne lokaliseringsteknologien er ment til å bidra til økt trygghet, frihet og livskvalitet - både for demente og de pårørende. Kompetansesenteret for demens, er ansvarlig og har en koordinerende rolle i dette arbeidet.

I planleggingen av alle nybygg skal det vurderes i hvilken grad ulike velferdsteknologiske løsninger skal integreres i byggene. Dette kan være forskjellige sensorsystem i gulv som registrerer bevegelse og fallulykker, kommunikasjonssystem og styringssystem for lys og ventilasjon, vask- og tørktoalett og tekniske løsninger for å få ryddet vekk skittentøy. Ved rehabilitering av bygg, vurderes det i hvert enkelt prosjekt hvilke muligheter som finnes for tilrettelegging for velferdsteknologiske løsninger.

Bergen kommune vil:

- Opprette et kompetansenettverk som skal ivareta kunnskapsdeling og opplæring ved innføring av velferdsteknologiske løsninger.
- Installere trådløst nettverk i sykehjem i løpet av 2016.
- Videreføre utprøving av velferdsteknologi innen rammene av Smart omsorg-programmet.

## 5.10 Organisering

Pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv gjennom forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Dette forutsetter god brukermedvirkning, der trygghet, forutsigbarhet, kontinuitet og tilgjengelighet er viktige mål i arbeidet med planlegging og organisering.

Ny kunnskap og teknologiske nyvinninger fører sjeldent i seg selv til endring av kvalitet eller effektivisering. Endringer krever at nye arbeidsmåter implementeres og at implementeringene fastholdes<sup>50</sup> For eksempel fører ikke en innføring av velferdsteknologi og modernisering av pasientjournalssystemet alene til bedre kvalitet og effektivitet. Innføring av ny teknologi må følges av endringer i arbeidsrutiner, organisering og oppgavefordeling.<sup>51</sup>

Innføring av nye måter å arbeide på, krever evne og vilje til å planlegge endring av arbeidsprosesser, utføre, undersøke resultat av endringene og evt. korrigere før endringene implementeres (jf. Demings sirkel). KS Veikart til innovasjon i velferdsteknologi er et eksempel på en prosjektmetodikk som skal støtte norske kommuner i arbeid med utvikling og implementering av velferdsteknologi spesielt. Prosjektveiviseren er en annen prosjektmetodikk, som er etablert metode i Bergen kommune.

<sup>50</sup> Ravn et al 2011 i Mainz et al 2011.

<sup>51</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

### 5.11 Ulike boformer

Utvikling av mer effektive og bedre tjenester krever også vilje til å se nærmere på organiseringen og finansieringen av tjenestene, herunder de ulike boformene med heldøgns bemanning. Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg», viser til sykehjemsrom som utvikler seg mot rom i vanlige boliger og omsorgsboliger som blir benyttet både som supplement og alternativ til sykehjem. «Vi har fått sykehjem med boligstandard og omsorgsboliger med sykehjemstilbud. Det er all grunn til å videreføre og forsterke en slik utvikling, og ikke gå tilbake til 1980-tallets tunge institusjons- løsninger når vi skal finne svar på framtidens utfordringer.<sup>52</sup>

I dag driftes Omsorg Pluss boligene av Etat for hjemmebaserte tjenester. Unntaket er boliger som ligger i tilknytning til et sykehjem og som driftes av Etat for alders og sykehjem. En bygging/oppsettelse av Omsorg Pluss boliger som driftes fra sykehjemmene, kan medføre en bedre forvaltning av personellressursene og kompetansen, bedre samarbeid når det gjelder aktiviteter for brukerne i de to boformene, og en større nærhet mellom beboerne og personalet. Det kan også åpne Omsorg Pluss boligene for noen av brukerne som i dag får sykehjemsplass, og det kan bli boliger hvor disse brukerne bor livet ut.

Det er grunn til å tro at fremtidens brukere på sykehjem og i Omsorg Pluss boliger vil ha minst like høye forventninger til innholdet i tjenestene som dagens befolkning. Dette vil kunne medføre krav om et annet innhold enn i dag. I utredninger av finansieringer av tilbudene, vil det derfor også kunne ses på mulighetene for å kunne tilby ulike typer omsorgspakker.

### 5.12 Samhandling

Samhandlingsreformen<sup>53</sup> ble iverksatt i januar 2012, og har med sine juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler, stor betydning for kommunens planlegging og dimensjonering av fremtidige helse- og omsorgstjenester. Pasienter skrives nå ut tidligere fra sykehusene, og flere har derfor behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester i institusjon og i hjemmet. Dette kan være oppjustering av eksisterende tilbud, eller etablering av helt nye tilbud, som når tidligere friske personer skrives ut fra sykehus med alvorlige følgetilstander etter for eksempel ulykker eller hjerneslag. Sykehjemmenes rolle endres derfor i retning av økt deltakelse i, og ansvar for medisinsk behandling.

I 2012 inngikk Bergen kommune en samarbeidsavtale med Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland universitetssykehus om inn- og utskrivning av pasienter innen somatisk sektor.<sup>54</sup> Avtalen var et riktig steg i retning av å beskrive ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune og sykehus lokalt, men er ikke tydelig nok på hva en utskrivningsklar pasient er.

<sup>52</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg:101.

<sup>53</sup> St. Meld. nr. 47 (2008-2009)

<sup>54</sup> Bystyresak 12/12.

Bergen kommune har tatt initiativ til at partene i samhandlingen lokalt reviderer avtalen og blir enige om faglige kriterier for hva som skal til for at en pasient er utskrivningsklar. Da handler det blant annet om at kommunen må ha mottatt all relevant informasjon, og hatt anledning til å melde tilbake om når og hvor pasienten er klar til å tas imot. Det er viktig for å sikre gode og sikre overganger mellom kommune og sykehus for eldre pleietrengende pasienter, og for å unngå reinnleggelser.

Som et tiltak for å videreutvikle det faglige samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har Bergen kommune også tatt initiativ til etablere et underutvalg for somatikk. Underutvalget er sammensatt av representanter fra den kommunale etatsledelsen og faglig ledelse ved Haraldsplass diakonale sykehus og Haukeland universitetssykehus. Hensikten er å skape gjensidig forståelse på tvers av nivåene i samhandlingen og bidra til å utvikle helhetlige og koordinerte helsetjenester. Underutvalget for somatikk starter opp i februar 2016.

Bergen kommune deltar også i et felles samhandlingsprosjekt med Helse Bergen og Haraldsplass om et gjensidig kunnskapsløft i eldreomsorgen. Hovedmålet er å sikre at pasientene får riktig og trygg utredning, behandling, pleie og omsorg uavhengig av tjenestenivå. Bergen kommune forventer at prosjektet vil resultere i en mer helhetlig behandlingsskjede og metoder for evaluering av kvaliteten i overgangen mellom behandlingsnivåene.

En sentral utfordring for kommunene handler om hvordan personer med demens som blir rammet av akutt, alvorlig psykisk sykdom skal håndteres. Enkelte tilstander krever etter kommunens vurdering innleggelse i spesialisthelsetjenesten, ofte med tvang. Dette synet understøttes av Fylkesmannen i Hordaland, som i et skriv om innleggelse av demente pasienter i psykiatriske akuttmottak datert 05.03.15, som konkretiserer at:

*«En pasient som har psykotiske symptomer, forvirring, utagering med videre kan være vanskelig å gi god hjelp og utredning. Man må like fullt takle situasjonen og gi pasienten et best mulig tilbud. For de fleste pasienter vil dette kunne ytes i kommunen, for noen vil det korrekte stedet for en tid være i spesialisthelsetjenesten».*

Bergen kommune vil benytte sin posisjon i samhandlingen gjennom deltakelse i underutvalg for somatikk og andre faglige underutvalg, til å bedre dialogen rundt grenseoppgangene mellom kommunalt og statlig ansvar for eldre pleietrengende pasienter med psykiske lidelser, rus og atferdsproblematikk. Ved å ansette psykologer tilknyttet arbeid i sykehjem og korttidsinstitusjoner vil kommunen styrke dialogen om grenseoppgangene mellom kommunalt og statlig ansvar for pasienter med psykiske lidelser, rus og atferdsproblematikk.

Samhandlingen mellom institusjonstjenesten, de hjemmebaserte tjenestene og pasientens fastlege er en kritisk faktor for best mulig overføring av brukere fra korttidsopphold i sykehjem til eget hjem. For rehabiliteringsbrukere, er det for eksempel risiko for mangelfull

koordinering og oppfølging av brukerens mål og tiltak. Det medfører ofte reduksjon i oppnådd funksjonsnivå og fare for reinnleggelser.

Bergen kommune vil:

- Bidra til å utvikle helhetlige og koordinerte pasientforløp mellom tjenestene internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.
- Sikre gjensidige kunnskapsoverføring om pasientgruppen på tvers av tjenestenivå gjennom samhandlingsprosjektet Kompetanseløftet.
- Arbeide for bedre dialog og enighet med spesialisthelsetjenesten angående hvordan brukere i sykehjem og boliger med heldøgns omsorg som blir rammet av alvorlig psykisk sykdom skal skrives ut og håndteres.
- Styrke det faglige samarbeidet med spesialisthelsetjenesten gjennom etablering av et eget underutvalg for somatikk.

### 5.13 Sykehjem som flerbrukshus

Nasjonale føringer fremhever behovet for større tverrfaglighet i helse- og omsorgstjenestene, bedre samarbeid med pårørende og frivillige, brukermedvirkning, integrering av tilbudet til eldre og andre pleietrengende i lokalsamfunnet og tilbudet som del av og isolert fra nærmiljøet.<sup>55</sup> Ved nybygginger og omstillinger utover kommende 5-årsperiode, planlegges det for etablering av boligløsninger som nettopp integrerer ulike tjenester og tilbud til eldre og andre pleietrengende og befolkningen for øvrig. Mye tyder på at tjenestene i dag er for fragmenterte på grunn av blant annet organisering som kan føre til silo-effekter.<sup>56</sup>

Noen steder i landet har de fått til å samlokalisere kultur med omsorgstilbud ved å legge kino og svømmehall i samme bygget som omsorgssenteret. Dette er med på å skape gode kontaktpunkter for generasjoner.<sup>57</sup>

Et flerbrukshus kan inneholde flere boformer, for eksempel sykehjemsavdelinger, Omsorg Pluss boliger og korttids/rehabiliteringsplasser. Det kan gi mulighet for en annerledes og bedre utnyttelse av personalet enn i dag, og felles aktivitetstilbud for beboerne. Differensierte avdelinger innenfor et område kan også gi fleksibilitet i bruken av de forskjellige plassene, da det vil være enklere å flytte beboerne og gi tilpasset hjelp i for eksempel korttidsavdeling. Et flerbrukshus kan ha dagsenter, være base for hjemmesykepleien, ha legekontor, tilbud om fysioterapi m.m. og fellesareal som kan brukes av mange. Videre kan det legges til rette for at

<sup>55</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

<sup>56</sup> Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

<sup>57</sup> Tysværtunet aktivitets- og omsorgssenter.

andre aktører kan leie lokaler i huset, som for eksempel frisører, kafeer, kino, fotterapeut, bibliotek, og lokaler kan brukes som informasjons- og læringsentre for pårørende. Det vil gi beboerne i huset bedre tilgang til relevante tilbud, integrere huset i det øvrige lokalsamfunnet og kunne medføre en større interaksjon mellom innbyggere i ulike aldre. Et slikt hus kan også gi plass til frivillighetssentraler, som arbeider med både hjemmeboende pleietrengende og de som bor i sykehjem.

Bygging av flerbrukshus vil utfordre eksisterende organisering av og kultur i helse- og omsorgstjenestene, og kreve endring av tenkning rundt arbeidsformer, bruk av personalet, dagaktiviteter, og interaksjon med nærmiljøet for øvrig.



Bergen kommune vil:

- Etablere flerbrukshus ved bygging av nye sykehjem.
- Fremtidige institusjoner og boliger som bygges, skal innredes for å fremme mestringsevne hos brukere med ulike behov.
- At alle nye sykehjemsbygg skal inkludere lett tilgjengelige og tilrettelagte utearealer som fremmer aktivitet.

## 6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I dette kapittelet presenteres de økonomiske konsekvensene av planen. De er basert på endringer sammenlignet med dagens plasser og budsjetterte utgifter per plass. Budsjettmessige konsekvenser skal alltid tallfestes, herunder at planarbeid som innebærer investeringer skal vise driftskonsekvenser i form av husleie (inkl. kapitalkostnader). Slike konsekvenser er innarbeidet i tråd med planinstruksen. Finansieringsløsninger er vist på følgende to måter: «Innsparingstiltak eller omstrukturering, eksempelvis i form av reduksjon eller avvikling av eksisterende tiltak» og «Behov for nye/friske midler».

**Netto kostnader per år:** De økonomiske konsekvensene er oppsummert i tabeller, der netto kostnader per år = driftskostnad + husleie/kapitalkostnad – egenbetaling. En mer detaljert

oversikt framgår som vedlegg til planen. Innsparinger som følge av avviklinger framgår med negativt fortegn.

**Kobling til aldershjemsaken:** Omgjøring og avviklinger som er vedtatt gjennom *bystyresak 237/14 Aldershjemmenes plass i omsorgstjenesten. Fremtidig struktur* (heretter kalt *Aldershjemsaken*), er med i beskrivelsene ettersom de økonomiske konsekvensene ikke var fullt ut utredet i den saken. I tabellen nedenfor er det derfor en egen kolonne hvor det fremgår hvorvidt tiltaket var innarbeidet i aldershjemsaken.

**Kalkylegrunnlag, forutsetning om tilskudd Husbanken:** Det tas et gjennomgående forbehold om kalkylegrunnlaget for investeringer, ettersom det er grovkalkyler som er lagt til grunn. Gjeldende regler for investeringstilskudd fra Husbanken utgjør for tiden 55 % av godkjente anleggskostnader for sykehjemsplasser og 45 % for omsorgsboliger. Andre viktige forutsetninger knyttet til gjennomføring er bl.a. følgende:

**Ombyggingsprosjekter:** Det er forutsatt at Husbankens kriterier for utforming og funksjonskrav praktiseres noe mer lempelig ved ombygging enn ved nybygg. Bakgrunnen for dette er fysiske strukturer i eksisterende bygg som typisk vil medføre bindinger og begrensinger. I retningslinjene til Husbanken framgår det at det skal tas hensyn til tekniske begrensninger og økonomisk akseptable rammer ved ombygging og utbedring av eksisterende bygninger. Dersom Husbanken i den endelige søknadsbehandlingen likevel finner å måtte avvise et prosjekt mht. tilskudd, vil kommunen tilsvarende måtte frafalle prosjektet revidere planen med hensyn til gjennomføring. Tilsagn om husbanktilskudd er en ufravikelig forutsetning for gjennomføring.

Som et anslag på økte driftskostnader per bolig med heldøgnsomsorg tas utgangspunkt i bemanningsnivå tilsvarende Gartnermarken Omsorg Pluss - anlegg, som utgjør ca. 0,5 mill. kr. per boenhet/beboer per år. Dersom en realiserer hele planens potensial på 177 boliger, vil kostnaden utgjøre 88 mill. kr. pr år (= brutto økte driftskostnader før det er gjort fratrukk for hjemmetjenester tilsvarende anslagsvis 23 mill. kr. for bruker som disse brukerne har per i dag). Ettersom disse boligene er bebodd per i dag vil det måtte bli en gradvis opptrapping av ressursene ved omgjøring til Omsorg Pluss. I beregningene er det inkludert investeringskostnader i form av mindre ombygginger. En realisering av hele eller deler av potensialet når det gjelder omgjøring av omsorgsboliger til Omsorg Pluss er ikke lagt inn i planen.

## 6.2 Oppsummerende tabell økonomisk oversikt

Tabell 8 er en oversikt over økonomiske konsekvenser av alle prosjekter hvor det foreligger et grunnlag for beregning. Omgjøring av aldershjemsplasser for øvrig og avvikling av aldershjem presenteres i vedlegg 1. Oppsummert viser tabellen at denne planen foreslår tiltak som øker driftskostnadene brutto med 465,0 mill. når alle tiltakene er gjennomført. Dette



finansieres delvis av avviklinger / reduksjoner tilsvarende 154,4 mill. (33 %). Det er dermed behov for rammestyrkning tilsvarende 310,7 mill. om alle tiltakene skal gjennomføres. Av disse er 133,2 mill. allerede innarbeidet i vedtatt økonomiplan (2016 – 2019). Planen forutsetter derfor en ytterligere rammeøkning, evt. i kombinasjon med flere avviklinger, på til sammen 177,5 mill. for å kunne bli realisert. Dette må fases inn i økonomiplanen i forbindelse med de ordinære budsjettprosessene.

Dersom et slikt nivå for nye midler ikke kan prioriteres, vil det være behov for ytterligere innsparingstiltak eller justering av planen. Slike tiltak kan for eksempel være at institusjoner med stort rehabiliteringsbehov avvikles og ikke blir erstattet, evt. at det skjer en nedskalering. Et annet tiltak kan være at aldershjem som foreslås omgjort til omsorgssenter likevel ikke omgjøres, men heller avvikles.

Alle tall må justeres for oppdatert framdrift og prosjektkostnad, slik dette framkommer i løpende budsjettprosesser. For flere av prosjektene foreligger kun skisser og mulighetsstudier med grove kostnadsestimater.

Prosjekt	Vedtatt i BEBY 237/14	Netto økonomisk effekt pr år	Beløp innarbeidet i vedtatt økplan 16-19 (beløp i 2019)	Estimat for oppstart/ibruktakelse
<b>Kommunale tiltak</b>				
<b>Nye sykehjem</b>				
Råstølen	Nei	69,2	69,0	2019
Sandsli	Nei	92,5	92,5	2019
Åsane	Nei	75,3	18,8	2020
Nybygg ved Frieda Fasners minne	Nei	49,2	-	
Nybygg ved Slettemarken sykehjem	Nei	50,5	-	
<b>Avviklinger</b>				
Storetveit sykehjem	Nei	-44,7	-40,0	2019
Hordnestunet	Nei	-13,2	-12,8	2019
B-sykehuset	Nei	-15,8	-15,8	2019
Enkers aldershjem		-8,0	-	2019
<b>Avvikling av dobbeltrom</b>				
Slettemarken sykehjem (3 plasser)	Nei	-1,8	-1,8	2017
<b>Botiltak utenfor sykehjem</b>				
Sandsli Omsorg Pluss boliger (30)	Nei	13,7	-	2019
Botiltak for funksjonshemmede (16 plasser)	Nei	24,9	-	
<b>Private / ideelle institusjoner med driftsavtale</b>				
<b>Ombygginger</b>				
Landås Menighets eldrecenter	Ja	7,2	6,4	2018
Slettebakken Menighets eldrecenter	Ja	11,1	10,7	2018
Bergen Indremisjons aldershjem	Ja	5,8	5,8	2017
<b>Avviklinger</b>				
Solhaug sjukeheim	Nei	-23,8	-20,9	2018
Fundacion Betanien	Nei	-10,1	-10,1	2018
Margit Tanners minne	Ja	-12,3	-12,0	2016
Johanneshjemmet	Ja	-18,6	-18,0	2019
<b>Rehabiliteringer / tilbygg</b>				
Betanien	Nei	12,4	12,4	2019
Metodistkirken alders og sykehjem	Nei	13,2	20,6	2019
<b>Botiltak utenfor sykehjem</b>				
Johanneshjemmet - omsorgsboliger	Ja	2,1	-	2019
<b>Avvikling av dobbeltrom</b>				
Domkirkehjemmet (9 plasser)	Nei	-6,1	-6,1	2017
<b>Kvalitetsfremmende tiltak i planen</b>				
"Andel av 150 mill til institusjonstjenester som følge av økt demografi"			34,5	
<b>Sum</b>		<b>310,7</b>	<b>133,2</b>	<b>177,5</b>
<b>Netto behov for økt ramme</b>				
		<b>427,1</b>	<b>236,3</b>	<b>190,8</b>
		<b>-154,3</b>	<b>-137,5</b>	<b>-16,7</b>
		<b>38,0</b>	<b>34,5</b>	<b>3,5</b>
		<b>310,7</b>	<b>133,2</b>	<b>177,5</b>

### 6.3 Nærmere om økonomiske driftskonsekvenser av andre kvalitetshevende forslag i planen

Det redegjøres her kort for de økonomiske driftskonsekvensene av øvrige tiltak i planen som foreslås med sikte på å gi faglig forsvarlige og gode heldøgns omsorgstjenester. Summen av økte kostnader som følge av de foreslåtte tiltak er tatt med i tabellen over.

En økning av bemanningen rundt korttidsplassene i sykehjem er nødvendig for å sikre en forsvarlig tjeneste som i vesentlig grad skal bidra til målet om å bo lengre hjemme, samt ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten på en god måte. Forslaget innebærer at plassprisen for demens- og rehabiliteringsplasser øker til 1,05 og at de somatiske korttidsplassene får en plasspris på 1,1. Dette gir økte kostnader på 21 mill. pr år. I tillegg er det lagt inn en styrking som gir rom for å omgjøre inntil 6 ordinære plasser til palliative plasser.

Det er så langt ikke lagt inn økonomiske konsekvenser med hensyn til forslaget om å øke grunnbemanning ved tre sykehjem. Det er imidlertid vedtatt som en del av budsjettet for 2016 å utrede spørsmålet, herunder å beregne de økonomiske konsekvensene ved gjennomføring av forsøket.

Ved ansettelse av 3 psykologer, er det lagt inn som forutsetning at det søkes om og tildeles statstilskudd fra Helsedirektoratet. Netto kostnad er beregnet til 1,8 millioner.

Ansettelse av en kommunal farmasøyt har en kostnad på 750.000.

Ansettelse av en aktivitets- og frivillighetskoordinator på etatsnivå, vil gi en årlig kostnad på ca. kr. 650 000.

Ansettelse av aktivitetsledere på alle kommunale sykehjem, gir en økt utgift på kr. 8 mill., som vist i tabell 9.

**Tabell 9.** Aktivitetsledere på kommunale sykehjem

Samlet kostnad		12 100 000
Brukes i dag	3 150 000	
styrking i 2016	1 000 000	4 150 000
Netto behov		7 950 000

Opprettelse av 10 nye plasser for personer som er, eller har vært, i aktiv rus. Dette vil koste ca. kr 8,5 mill. i drift. Beløpet er ca. 0,8 mill. mer enn drift av dagens 10 plasser på B-sykehuset i regi av Engensenteret. Dersom de 10 plassene skal opprettes som nye plasser, må ha økte driftsutgifter, samt investerings- eller leiekostnader legges til.

**Tabell 10.** Kvalitetsfremmende forslag og tiltak i planen – total oppsummering

	Mill.
Øke grunnbemanning i korttidsavdelinger, herunder styrking palliasjon	24,7
Farmasøyt	0,8
Aktivitets- og frivillighetskoordinatorer	8,6
Psykologer	1,8
Ergo- og fysioterapeuter	2,1
<b>Sum</b>	<b>38,0</b>

## 7. AVSLUTNING

Denne planen for institusjoner og boliger med heldøgns bemanning presenterer en rekke tiltak for at Bergen kommune i kommende femårsperiode skal få modernisert og oppgradert sin bygningsmasse. Målet er at institusjonene og boligene i større grad skal samsvare med nasjonalt etablerte kvalitetskrav og mer effektivt møte det faktiske pleiebehovet i befolkningen. Det innebærer i praksis blant annet en utfasing av aldershjemmene gjennom avvikling av noen og omgjøring av andre til sykehjemsplasser og Omsorg Pluss boliger, ombygging/rehabilitering av sykehjemsplasser samt bygging av nye sykehjem. Det innebærer videre en oppgradering av tosenksom til ensenksom, samt satsing på IKT, velferdsteknologi ledelse og organisasjonsutvikling. Planen legger videre opp til at institusjonsplassene og boligene i all hovedsak skal bygges fleksible slik at de kan brukes av ulike brukergrupper uavhengig av diagnose. Unntakene er spesielt tilpassede tilbud til personer med demensdiagnose, personer som misbruker rusmidler, personer med alvorlig psykisk lidelse og yngre alvorlig syke og sterkt funksjonshemmede.

Planen presenterer samtidig tiltak som skal øke kvaliteten i sykehjemstjenestene. Det er et mål at de pleietrengende skal oppleve at omgivelsene og personene de møter støtter opp under den enkeltes evner til mestring og livskvalitet. Utvalgte satsingsområder er blant annet tverrfaglige fagmiljøer, rehabilitering, ernæring, aktivitet, samarbeid med frivillige og pårørende. Dette inngår i den nasjonale strategien Aktiv omsorg, som sier at «En framtidrettet og god omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering både sosialt og fysisk, gjennom mer tverrfaglige tilbud og økt oppmerksomhet på brukeres sosiale, eksistensielle og kulturelle behov»<sup>58</sup>.

Fremtidige bo - og aktivitetshus er flerbrukshus som skal legge til rette for en mer aktiv alderdom, og integrering av tjenester til eldre og pleietrengende og tilbud til befolkningen for øvrig. Det skal undersøkes hvilke muligheter kommunen har for å satse på bo - og aktivitetshus i byggeprosjekt etter 2020.

<sup>58</sup> Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg:83

Den demografiske utviklingen gjør at det samtidig ikke er mulig å dekke de fremtidige behovene for helse- og omsorgstjenester gjennom utelukkende utbygging av institusjoner og boliger med heldøgns omsorg. Som denne planen viser, vil derfor tilbudet om institusjonsplasser og boliger med heldøgns omsorg på sikt måtte gå ned. Det er derfor helt nødvendig at kommunen i større grad klarer å bidra til at innbyggerne kan bo hjemme lengre enn i dag. Det krever satsing på bo- og nærmiljøene, hjemmebaserte tiltak, utstrakt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid og samarbeid med forskningsmiljøene ved blant annet universitet og høyskole.

Vedlegg 1: Oversikt over avvikling og omgjøring av alders- og sykehjem