

Sjukeheimstilbud og heimetenester

Rapport frå arbeid med punkt 42 Handlingsplan HSO 2023-2024

Innholdsliste

1. Innleiing	3
2. Samandrag	4
3. Kor mange sjukeheimsplassar treng me?	5
1.1. <i>Kven har behov for sjukeheimstilbod?</i>	5
1.2. <i>Kapasitet</i>	6
1.3. <i>Arbeidskraftbehov</i>	10
1.4. <i>Samlokalisering/ reduksjon av sjukeheimsplassar</i>	12
1.5. <i>Kva kan bidra til å redusera behov for institusjonsplassar i framtida?</i>	12
1.5.1. <i>Heimetenestene</i>	12
1.5.2. <i>Omsorg Pluss- bustadar</i>	13
1.5.3. <i>Dagtilbod/ trivselshus</i>	13
4. Spesialiserte plassar for enkelte diagnosegrupper?	15
1.6. <i>Forsterka skjermatilbod</i>	16
1.7. <i>Øyremerka palliativtilbod</i>	18
7. Vedlegg 1: Mandat for arbeidet	21
8. Vedlegg 2: Framdriftsplan	23

1. Innleiing

Bømlo kommune har ein Kommunedelplan for helse-sosial-omsorg (HSO 2023-2033) med ein tilhøyrande Handlingsplan for 2023-2024.

I punkt 42 i Handlingsplanen er det bestemt at kommunen skal vurdere sjuheimstilbodet. Mandatet for arbeidet har vore å:

42.	<ul style="list-style-type: none">- Vurdere å redusere kapasitet på institusjonsplassar/ endring i drift for å vri ressursar mot tiltak til heimebuande og andre prioriterte førebyggjande oppgåver der ein i dag ikkje har kapasitet/ tilbod- Gjera ei samla vurdering av tilbod på langtidsplassar, kortidsplassar, rehabilitering og avlastning. I denne samheng utgreia etablering av<ul style="list-style-type: none">- meir spesialiserte plassar for enkelte diagnosegrupper- forsterka skjerma eining- øyremerka palliativt tilbod
-----	---

Ei breitt samansett arbeidsgruppe har jobba med tema og denne rapporten er eit resultat av arbeidsgruppa. Meir om mandatet og kven som ha deltatt kan du lesa i vedlegg 1.

2. Samandrag

Arbeidsgruppa til mandat 42 har gjennom denne rapporten forsøkt å gi ei oversikt over kva behov sjukeheimsdrifta har for framtida i Bømlo kommune. Rapporten er ikkje ei evaluering av dagens sjukeheimstilbod, men ei tilråding for korleis Bømlo kommune kan rigge sine helse- og omsorgstenester i institusjon med tanke på demografi, økonomi og faglege lovkrav.

Oppsummert har arbeidsgruppa desse tilrådingane:

- Bømlo kommune har nok institusjonsplassar dei neste 10- 20 åra, med rom for å auke tal institusjonsplassar frå 99 til 117.
- Arbeidsgruppa tilrår ikkje å redusere tal institusjonsplassar som i dag er 99 plassar. Dette grunna aukande behov, særskilt for korttidsplassar og med tanke på auke i tal personar med demenssjukdom i åra som kjem.
- Arbeidsgruppa tilrår at andre tiltak nedst i omsorgstrappa blir prioritert framover for å minke behov for institusjonsplassar i framtida, og at ein samla ser på struktur, organisering og drift for å få dette realisert.
- Institusjonsplassane vil vera for dei aller sjukaste, då «nålauga» for å få tildelt institusjonsplass vil vera smalare i åra som kjem.
- Det har skjedd ei stor endring i pasientpopulasjonen dei siste 10 åra med aukande oppgåveoverføring frå spesialisthelsetenesta. Dette vil halde fram, og institusjonstilbodet må rigge seg til å møte dette i forhold til kompetanse, utstyr, bygg og drift.
- Bruk av velferdsteknologi, teknisk behandlingshjelpemiddel og betre oppgåvefordeling kan effektivisere institusjonstilbodet.
- Det blir viktig framover å arbeida meir målretta for å skape gode fag- og arbeidsmiljø for å kunne rekruttere og behalde tilsette.
- Det blir viktig framover å dele meir på ressursar, fagkompetanse og at tenestene er meir mobile/fleksible. Dette inneber endå tettare samarbeid med andre tenester.
- Avdelingane bør driftast og organiserast slik at alle blir meir «demensvennlege».
- Forsterka skjerma tilbod bør etablerast i drift på Teiglandshagen for inntil 2 personar.
- Legeressurs på institusjon bør aukast på KOR og post 2 Sør, BBH.
- Palliasjon ved livet slutt er ein stor del av institusjonstilbodet og bør framover vera prioritert. Arbeidsgruppa tilrår at KOR bør vera kommunen sin palliative eining i tett samarbeid med heimetenesta, tenestekontoret, fastlegen og institusjonslegen.

3. Kor mange sjukeheimsplassar treng me?

Bømlo kommune har i dag totalt 99 institusjonsplassar fordelt på 3 ulike sjukeheimar som er lokalisert på Svortland, Moster og Langevåg.

Institusjonsplassane er fordelt slik:

	Antal:	Type plass:	Rom ikkje i bruk:	Sum rom:
Teiglandshagen	16	Langtid- demens	0	16
Bømlo omsorgstun	12	Langtid	4 (til anna formål)	16
BBH, post 1 og post 2	59	Langtid	0	59
BBH, Korttid og rehabilitering	12	Korttid (5 rehab + 7 korttid)	14 (til anna formål)	26
Sum	99		18	117

Langtidsplass i institusjon blir i dag tildelt til dei som treng nødvendig og forsvarleg hjelp, og som er varig ute av stand til å ta vare på seg sjølv og der helsehjelpa ikkje kan gis ved tiltak i heimen eller i annan form utanfor institusjonen. I Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 3-2 a) står det:

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

3.1. Kven har behov for sjukeheimstilbod?

Sjukeheimsbebruarane er i stor grad skrøpelege eldre, med høg alder og med fleire sjukdomsdiagnosar. Ein stor del av bebruarane på sjukeheimane har ein demenssjukdom. Tida ein lev på sjukeheim blir stadig kortare, noko som indikerer at dei fleste bur heime lengst mogleg i eigen heim, og at dei er i sin siste livsfase når dei flyttar inn til sjukeheimen. Den nasjonale gjennomsnittlege tida ein bur på sjukeheim er omlag 2 år. Det betyr at palliativ pleie ved livets slutt utgjer ein stor del av sjukepleia ved våre sjukeheimar.

I tillegg til langtidsplassar så tilbyr ein opphald som korttidsplassar, rehabiliteringsplassar og rulleringsplassar. Eit korttidsopphald er tidsavgrensa og kan variera frå ein dag til fleire veker. Tilbodet kan vera rullerande, det vil seie at du vekslar mellom å bu heime og på sjukeheim. Behov for korttidsplassar er aukande, då ein i dag blir utskriven frå sjukehus langt tidlegare enn før. Mange av dei

som kjem på korttidsopphold treng forlenga behandling og oppfølging etter sjukehusopphald. Andre kjem direkte frå eigen heim på grunn av akutt sjukdom eller forverra kronisk lidning. Korttidsavdelinga opplev stadig sjukare og/eller at nyopererte pasientar kjem til dei, og at det er stort behov for god legedekning og fagkompetanse for å imøtekomme brukarane sine behov under korttidsopphald. Samstundes er bebuarane deira avhengig av god tverrfagleg rehabilitering i tett samarbeid med fysio/ergo for å kunne bli godt rehabilitert til kome heim igjen.

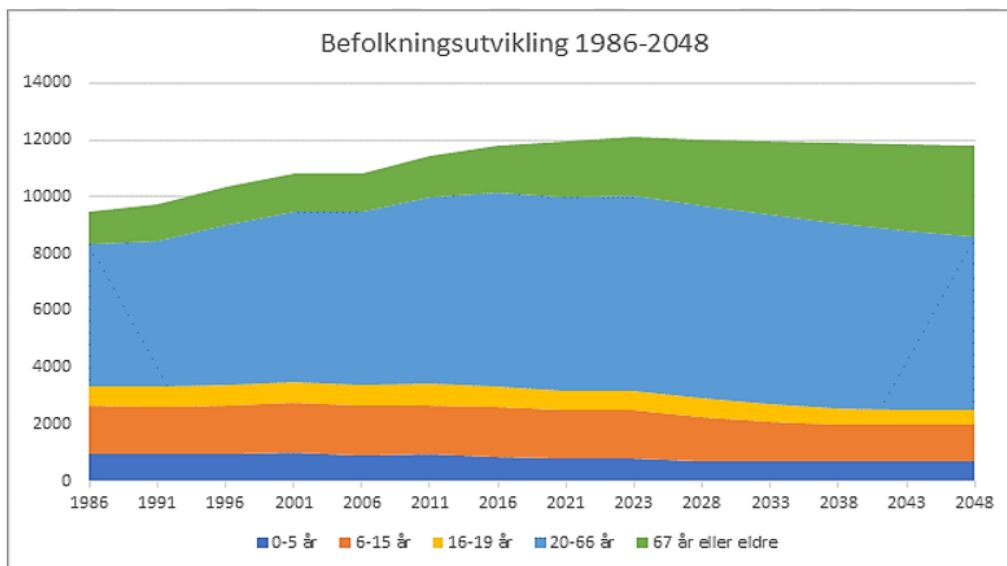
Det har skjedd ei stor endring i pasientpopulasjonen som kommunane må handtera samanlikna med før samhandlingsreforma. I tråd med [samhandlingsreforma](#) si intensjon har det skjedd ei betydeleg oppgåveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane dei siste 10 åra, og denne utviklinga vil halde fram. Kommunane er forventa å dekke det aller meste av helse- og omsorgstilbodet til eldre, inkludert akutt behandlingsbehov som ikkje må handterast i spesialisthelsetenesta. I tillegg blir fleire sjuke yngre pasientar i større grad vist til kommunane for behandling og pleie. Sjukeheimstilbodet er difor i stor grad ferd med å bli eit «B- sjukehus» samanlikna for nokre tiår sidan. Kommunane har fått ein større del av ansvaret for pasientbehandlinga, og sit no med ansvar for mange behandlingstilbod som før vart ivareteke av sjukehusa. Dei som får institusjonsplass har store utfordringar i forhold til fysisk/ psykisk helse og demens. Ei svært selektert gruppe med behov for tett oppfølging både frå pleiepersonale og sjukeheimslege. Noko av det sjukeheimane tilbyr no er behandling av til dømes alvorlege infeksjonar med iv behandling, væsketerapi, god palliativ behandling, lindring og omsorg. Rehabilitering av nyoperert etter blant anna ortopediske inngrep, hjartekirurgi, avansert kreftsjukdom. Hjerneslagpasientar får tverrfagleg rehabilitering i kommunen i større grad enn før. Færre får rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Me gjer medikamentgjennomgangar, og fallførebyggjande arbeid i eit førebyggjande medisinsk perspektiv. Hos korttidspasientar kartlegg ein hjelpebehov i heimen for i størst mogeleg grad å unngå unødige innleggingar i sjukehus. Krav til samhandling mellom spesialisthelsetenesta, fastlegar, pårørande og andre kommunale einingar er større, og viktigare med tanke på at fleire skal klara seg lengre i heimen.

Alle desse faktorane gjer at det er stort behov for høg fagkompetanse gjennom heile døgeret for at sjukeheimsbebuarane skal få ei forsvarleg og omsorgsfull helseteneste slik lova krev. Avansert sjukepleie krev ressursar i form av kompetanse og tid. Dette er forankra i [forskrift for sykehjem m.v](#) kor det står omtalt kva tilbodet skal innehalde, og kva ein har rett på ut frå lova. Det vil òg vere aukande behov for å ha tilgang til lege alle vyrkedagar, i tillegg til vaktberedskap via legevakt/ alternativt få på plass eiga regional vaktordning for sjukeheimar.

3.2. Kapasitet

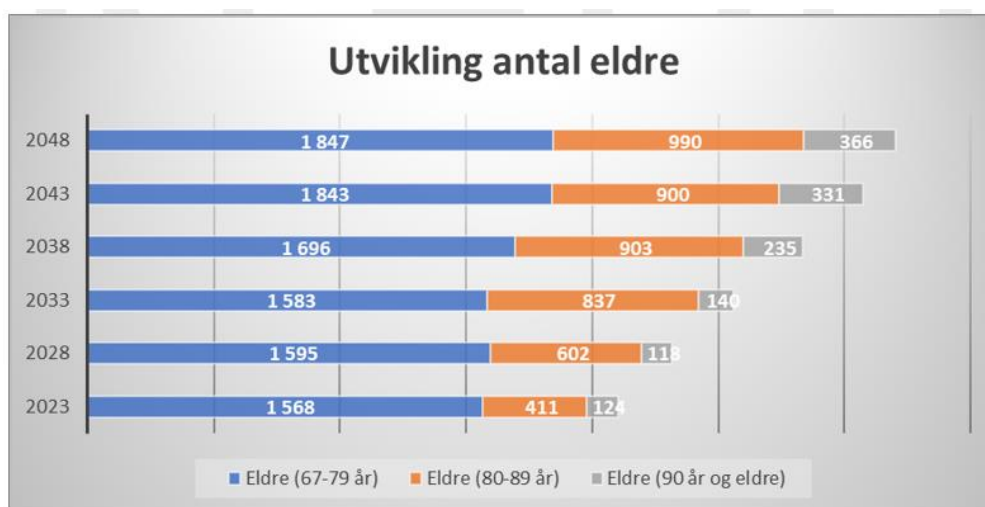
Dei siste åra har Bømlo kommune hatt grei kapasitet med eit belegg på om lag 97 %. I året 2022 hadde sjukeheimane ledig kapasitet, mens 2023 har dei hatt fullt belegg der ein og ser aukande mengde søknadar. Dette vil alltid variere, men det er god grunn til å tru at dette vil auke i tida som kjem på grunn av auke tal eldre over 80 år, og at stadig fleire lev lengre med kronisk lidning.

Føreskrivingar gjeldande for Bømlo kommune visar at talet eldre vert nesten 3- dobla frå 1986 fram til 2048.



Figur 2: Befolkningsutvikling i Bømlo, faktisk utvikling 1986-2023 og berekna utvikling 2023-2048

Dei eldste eldre i 2033 og 2043 vil og ha rett på naudsynte helse- og omsorgstenester i vårt velferdssamfunn. Kor mange av desse som vil trenge institusjonsplass er vanskeleg å svare på, men ein kan anta at talet vil auke frå 2028 og utover ut frå figur 2 og 4 i [kunnskapsgrunnlaget «Bømlo i dag- eit samfunn i endring, status og hovudutfordringar 2023- 2034»](#).



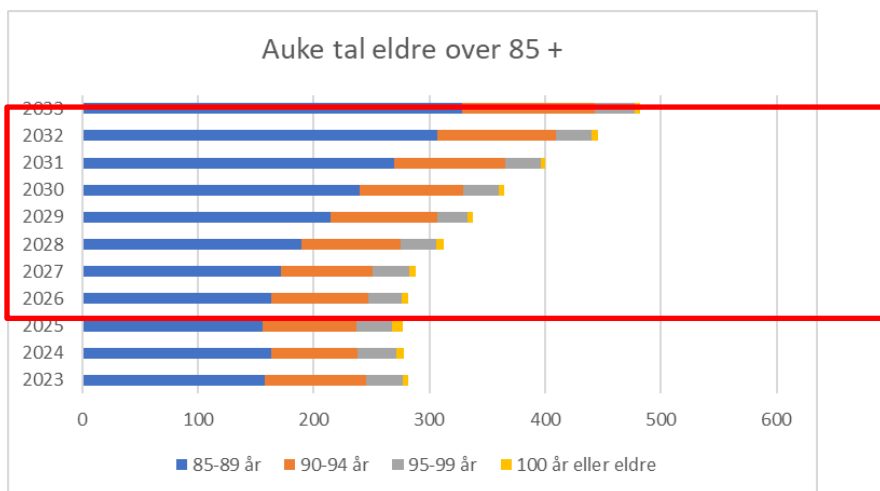
Figur 4: Prognose endring i eldrepopulasjonen i Bømlo kommune 2023-2048 (kjelde SSB)

Om me framover framleis ønskjer å ha 99 institusjonsplassar til dei over 80 år vil dekningsgrada vera:

År	Antal eldre over 80 år	Dekningsgrad sjukeheimsplass
2023	535	18,5 %
2028	720	13,75%
2033	977	10,1 %
2043	1231	8 %

Allereie om 10 år vil talet eldre nesten ha dobla seg, noko som igjen førar til om lag ei halvering av dekningsgraden pr plass pr eldre over 80 år. Om 20 år har dekningsgraden senke til 8 %. Det indikerer at nålauge for å få tildelt institusjonsplass i framtida vil vera «smalt» og at det kun blir dei sjukaste som får tildelt ein slik plass til ei kvar tid. På den andre sida er heller ikkje eit institusjonsopphald for dei som ønskjer det. Tilbodet er og skal vera for dei som treng det.

Jo høgare alder, jo meir sannsynleg er det for at ein blir ramma av sjukdom og naturleg funksjonsnedsetting på grunn av alderdom. Ein har difor grunn til å særleg leggje vekt på dei eldste eldre, og kva behov desse vil trengje framover. I kunnskapsgrunnlaget visar statistikken at tal eldre over 85 år vil ha nedgang dei nærmaste åra (2024- 2027), men at talet vil auke igjen i åra 2028- 2033 på grunn av storleiken på årskulla.



Med 99 institusjonsplassar har me ein dekningsgrad til dei over 85 år på:

År	Antal eldre over 85 år	Dekningsgrad sjukeheimsplass
2023	282	35 %
2028	312	31,7%
2033	482	20,5 %
2043	?	?

Kunnskapsgrunnlaget visar til at ein nasjonalt rådar ein sjukeheimsdekning på over 20 % til dei over 85 år. Dette har Bømlo kommune god margin til fram mot 2033.

Vår tilråding:

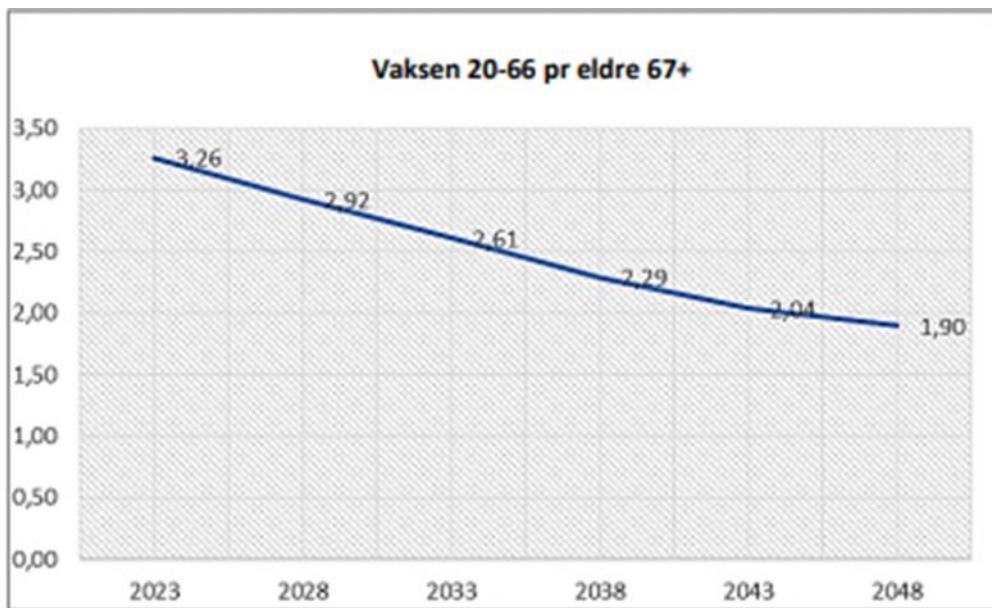
Arbeidsgruppa trur at dei eldre blir sprekare i framtida, og at fleire har ressursar og økonomisk handlingsrom til å leggje til rette for eigen alderdom. Den medisinske behandlinga i dag og i framtida vil bidra til eldre kan leve bra og lenge med kronisk sjukdom. Det er difor grunn til å tru at dei fleste eldre vil kunne leve i eigen heim så lenge som mogleg, og at aldersfastsetting opp mot institusjonsopphald kan opplevast aldersstigmatiserande. Alder har ikkje noko å sei i forhold til tildeling av institusjonsplass i «seg sjølv». Det er den enkelte sin helse- og funksjonstilstand som gir indikasjon på om ein treng institusjonsplass eller ikkje. Samstundes vil sjølvstige stigande alder gi naturleg sviktande helse og nedsett funksjon, noko som igjen førar til aukande behov for institusjonsplassar jo eldre ein vert. Behovet for institusjonsplassar vil dessutan vere påverka av kva som skjer i samfunnet utanfor helsetenesta. Opplevd einsemd og isolasjon disponerer for sjukdom og gjev auka hjelpebehov, og tidlegare behov for institusjonsplass.

Arbeidsgruppa opplev å ha nok institusjonsplassar slik tabellen synar oss i dag. Tal på institusjonsplassar kan derimot aukast frå 99 stk. i dag til 117 plassar om behovet blir større. Romma som står ledig i dag på Bømlo bu og helsesenter (BBH) og Bømlo omsorgstun (BOT) er brukande og kan enkelt iverksettast om ein får tilført helsepersonell til dette. I tillegg har både BBH og BOT omsorgsbustadar under same tak som gjer at ein kan styrkje institusjonstilbodet ytterlegare, totalt 14 stk. i sokkelen på BBH og 6 stk. i underetasjen på BOT. Totalt 137 rom/bustadar om ein ser dette samla. Ut frå dette konkluderer arbeidsgruppa at det ikkje er behov for bygging av institusjonsplassar som treng å prioriterast i åra som kjem, og at me i stor grad kan klare oss med dei sjukeheimsplassane me har i dag fram mot 2033, med evt. auke til 117 plassar mot 2043.

Arbeidsgruppa meiner at andre tiltak nedst i omsorgstrappa heller bør prioriterast framover. Målet bør vera å behalda tal institusjonsplassar me har i dag (99 stk.) mot 2033. Det er vanskeleg å tilrå lågare tal på institusjonsplassar så lenge kommunen ikkje har bygd ut eit tilbod mellom sjukeheim og heimetenester, og sidan heimetenestene i dag har «sprengt kapasitet». Tal på institusjonsplassar må samstundes sjås i samheng med andre helse- og omsorgstenester. Me vil framover ha mangel på helsepersonell, noko som gjer at me må ta gode val på kor me vil nytte ressursen framover. Eit stort spørsmål er om me kan løyse arbeidsoppgåvene våre annleis? Kan førebyggjande tiltak og betre rehabilitering redusere behov for institusjonsplassar? Kan betre utbygd heimeteneste og Omsorg+ bustadar bidra til at fleire eldre kan bu heime lengre til tross for sjukdom og funksjonsnedsetting? Svaret frå arbeidsgruppa er ja. Tiltak som blir iverksett i HSO heng saman, og arbeidsgruppa meiner at betre oppgåvefordeling og samarbeid på tvers må til for å imøtekomme framtidas behov for helse- og omsorgstenester. Me må dele på dei ressursane me har. Arbeidsgruppa tilrår difor at tal på institusjonsplassar ikkje blir auka ut over dei 99 plassane me har i dag fram mot 2033, og at kommunen heller jobbar for å minke behov for institusjonsplassar i framtida.

3.3. Arbeidskraftbehov

Institusjonsdrifta er i utgangspunktet veldig «personalavhengig», då alt er basert på tal omsorgshender me har i drifta til ei kvar tid. Perspektivmeldinga, [NOU- rapporten «Tid for handling»](#) av helsepersonellkommisjonen, samt Kunnskapsgrunnlaget «Bømlo i dag- eit samfunn i endring 2023-2033» gir difor grunn til bekymring for framtidens tilgang på arbeidskraft i våre tenester. Statistikken i kunnskapsgrunnlaget visar at me vil få færre vakse i yrkesaktiv alder pr eldre i framtida;



Figur 3: Beregna utvikling i forholdet mellom yrkesaktive og pensjonistar 2023-2048

Helsepersonellkommisjonen rådar oss i NOU- rapporten «Tid for handling» til å planleggje og ta høgde for dette i tenestene våre framover. Dei visar til at me ikkje kan basere oss på å ta arbeidskraft frå andre næringer eller rekruttere frå andre land for å løyse egne behov. Me må, om me vil eller ei, i tida framover tenkje nytt og smartare på korleis me kan drifte og effektivisere helse- og omsorgstenester våre, både i primær- og spesialisthelsetenesta. Dette gjeld og for våre institusjonstenester. Eit viktig spørsmål blir; korleis kan me organisere helsepersonell slik me får nytta kompetansen som er tilgjengeleg på best mogleg måte? For å bygge framtidens helsetenester vil difor god leiing vera nødvendig, samt gode rammevilkår for leiing slik dette kan bli realisert. I dag er institusjonsavdelingane store med lite leiarstøtte- funksjonar.

Andre viktige stikkord for å møte framtida er samarbeid, opplæring og teknologi. Sjølv om det er tal som kan tyda på at det vert færre med høgskuleutdanning og fagbrev pr brukar, blir det viktig framover at ein forsøker skapa arbeidsmiljø som kan vera stimulerande og interessante for at flest mogleg av dei aktuelle faggruppene ønskjer å søkja seg til oss på Bømlo. Tid avsett til fagutvikling og internundervisning kan vera døme på dette, i lag med gode og fleksible arbeidstidsordningar og tilbod om heile stillingar. God kommunikasjon på tvers av avdelingane i institusjonane og mellom heimetenestene kan og vera av stor betydning. Det blir viktig framover å arbeida meir målretta for å skape gode fag- og arbeidsmiljø for å kunne rekruttere og behalde tilsette, samt at ein i større grad dannar ulike fagteam som er fleksible og mobile etter kor behovet er størst. Me må samhandle endå betre framover for å sikre pasientane våre gode og heilskaplege tenester, der kontinuitet og god koordinering er kjenneteiknet på dette.

Teknologi og bruk av velferdsteknologi, samt betre oppgåvefordeling, kan bidra til å avlaste og minke behov for ytterlegare auke i bemanning ved våre institusjonar. Særskilt kan teknologi truleg lette pleiebyrda noko, men det er ikkje sannsynleg at det vil gi vesentleg mindre belastning på tenestene. Teknologi kan til dømes gi betre vurderingar ved akutt sjukdom ved gi direkte overføring av data til legevakt eller sjukehus (videokonsultasjon, elektronisk stetoskop, fjernmonitorering, sårbehandling i samarbeid med spesialist osv.). I tillegg inneber velferdsteknologien å gi digitale tilsyn, samt varsling ved fall, epilepsi og/eller fall i vitale målingar, samt at dør- og sengalarmar kan varsle tilsette tidlegare om behov for hjelp. Dette kan gi auka tryggleik og kvalitet på tenesta, slik tilsette i større grad kan prioritere kven som treng hjelp til ei kvar tid. Betre oppgåvefordeling gjennom «rett bruk av kompetanse til rett tid» kan og føre til at helseressursane blir nytta meir hensiktsmessig og berekraftig. Sidan det er helseressursane me framover får knappheit på, så bør institusjonsdrifta tenkje nytt på korleis dei nyttar sine ressursar. Prosjektet «Oppgåvefordeling i sjukeheim» har så langt synt oss at me har nok helsefaglege ressursar, men at me framover bør nytte kompetansen langt meir konsekvent. For å avlaste helsepersonell kan ufaglærte utføre såkalla «hotell- og serviceoppgåver». Helt med- prosjektet eller varig tilrettelagde stillingar via NAV er døme på stillingar som kan vera til nytte for institusjonsdrifta. Dette er altså ikkje stillingar kor ein inngår i pleia eller behandlinga av bebuarane våre, men stillingar som avlastar pleiepersonellet med oppgåver på kjøkken, stove og skyllerommet ute på avdelingane. Frivillige og lag/organisasjonar, skular og barnehagar kan avlaste ved å gi sosiale møtepunkt, aktivitet og fellesskap i lag med pårørande. Det er viktig å understreke at dette samstundes gir nye moglegheiter både for innbyggjarar, pasientar og helsetilsette. Alle kan ikkje gjere alt, men alle har ein kompetanse som er viktig i helsetenesta. Dette må me nytte på ein god måte gjennom god fordeling av ansvar og oppgåver.

Det er ingen sentrale krav til legedekning i sjukeheimar, og kommunane er sjølv ansvarleg for å setja ei norm for legedekning i sjukeheim. Norsk foreining for alders og sjukeheimsmedisin, NFAS utarbeidde i 2020 ei «Bemanningsnorm for legedekning i sjukeheim». Denne kom på bakgrunn av ulik praksis i kommunane, med stor skilnad på legedekning for institusjonsbrukarane. Den er meint å synleggjera den auka arbeidsmengda sjukeheimslegane i dag står i samanlikna med for nokre år sidan. Med bakgrunn i pasientar med kompliserte og tidvis ustabile kliniske forløp, samt jamfør bemanningsnorm frå NFAS, så tilrår arbeidsgruppa at legedekninga i sjukeheim bør aukast. Post 2 BBH har behov for større legestilling, spesielt med tanke på demensavdelinga i post 2 SØR. KOR har behov for tilgjengeleg lege kvar dag. Ved sjukdom hos sjukeheimslege er det fastlegane som skal dekkja inn pasientane på sjukeheimane, noko som er lite hensiktsmessig i ein travel fastlegekvardag. Det er for få legar som er tilknytt institusjonsarbeid slik det er organisert i kommunen i dag. Det er og for få faste tilsette legar tilknytt institusjon til at ein får delta i fagutvikling og smågrupper som er nødvendig for å få gjennomført kompetanseområdet i alders- og sjukeheimsmedisin. Arbeidsgruppa sitt anslag er at legedekninga i institusjon i Bømlo treng aukast med om lag 50% i tida framover, spesielt tilknytt post 2 og KOR.

3.4. Samlokalisering/ reduksjon av sjukeheimplassar

Arbeidsgruppa har og drøfta kva som kan vera fordelar og ulemper ved ei eventuell samlokalisering eller reduksjon av institusjonsplassar for å sikre ressursoverføring til tenester lenger ned i omsorgstrappa. Arbeidsgruppa ser at reduksjon av sjukeheimplassar vil gi store konsekvensar for heimetenestene som då må overta desse arbeidsoppgåvene i tillegg til den naturlege auke dei vil få i form av fleire eldre og fleire oppgåver frå spesialisthelsetenesta. Skulle likevel dette vera nødvendig blir det svært viktig at heimetenestene blir styrkja i tilsvarande ende.

Bømlo bu og helsesenter har «ledig kapasitet» med 14 bebuarrom som står klare om noko bør samlokalisera. Ei samlokalisering av sjukeheimstilbodet kan i framtida vera meir berekraftig i forhold til betre sjukepleiedekning, fagkompetanse og bruk av ressursar samla sett, mens den på andre sida vil medføre at institusjonstilbodet blir samla på helsehuset framfor å ha tilbodet ute på Langevåg. Dette bør likevel utgreiast ytterlegare ut frå kva tiltak og ressursar som trengs for å få på plass omsorg+ bustadane og styrking av andre tenester lengre ned i omsorgstrappa.

Fordeler:	Ulemper:
<ul style="list-style-type: none">• Meir berekraftig• Samla tverrfagleg fagkompetanse på eit hus• Kompetanse- kompetanse- kompetanse• Stordriftsfordelar?• Meir avansert sjukepleie og betre legedekning• Rimelegare utbygging av velferdsteknologi og innkjøp av utstyr?• Meir berekraftig ved fråvær og ferieavviklingar• «Frigjorde ressursar» vil kunne styrkje heimetenestene og andre viktige tiltak nedst i omsorgstrappa	<ul style="list-style-type: none">• Mindre arbeidsplassar lokalisert på Langevåg• Flyttast ut av eige miljø når dei frå Langevåg treng institusjonsplass• Store personalgrupper vil gjere det mindre personleg?• På Langevåg mistar dei fleksibiliteten ved å jobbe «inne og «ute»- sparar ressursar ved fråvær.• Byggje ned institusjonstilbodet på Langevåg for så å måtte bygge det opp igjen om 10 år?

3.5. Kva kan bidra til å redusera behov for institusjonsplassar i framtida?

3.5.1. Heimetenestene

Heimetenestene bør styrkjast då det er dei som skal serve den største delen av eldre som treng helse- og omsorgstenester. Kvar «større» grend bør ha god tilgang til heimebaserte tenester, tilrettelagde omsorgsbustadar, tilbod om rehabilitering, velferdsteknologi og aktivitetssenter for at innbyggjarane kan bu i eiga bygd så lenge som mogleg. Dette er viktig for både den eldre og for bygdene, og for at ein kan bli gamal og sjuk på eigen heimsplass. Arbeidsgruppa meiner at heimetenestene bør servast via Langevåg, Moster og Bremnes. Målet må vera at innbyggjarane kan bu heime lengst mogleg, alternativt i tilrettelagte bustadar og i bufellesskap.

Det blir viktig framover å dele på kompetansen, slik at dei som treng det får den hjelpa dei må ha. Særleg må sjukepleiekompetansen fordelast likt i heile kommunen, og vera styrt etter «rett kompetanse på rett stad til rett tid». Dette kan ivaretakast av eit sjukepleieteam som server heile kommune. Elles er tenestene tent med å vera «mobile» der tilbodet riggast etter kor det er størst behov.

3.5.2. Omsorg Pluss- bustadar

Arbeidsgruppa stillar spørsmål om det er blitt kartlagt om det eigentleg er eit behov for omsorg+ bustadar? Driv me å planlegg for eit tilbod som me i utgangspunktet ikkje treng? Vil den eldre heller bu i eigne heimar? Privat bygde leilegheiter? Dette bør avklarast før ein iverksett ytterlegare planar.

Arbeidsgruppa sit i dag med eit inntrykk av at ikkje alle eldre vil eller kan kjøpe eigen tilrettelagt bustad når alderen og behovet er der. Difor er det naudsynt at desse eldre får tilbod om å leige tilrettelagt bustad den dagen dei treng det. Høge depositum opplev ein som ei stor utfordring for mange eldre som slit med å innfri kravet. I dag må ein betale tre husleiger i depositum og kjøpe inn alt av kvitvarer, og dette er ein stor sum som gir eit stor innhogg i økonomien til dei som allereie slit. Mange eldre vil ikkje ta opp lån, og må finne andre som kan garantere for dei. Tenestekontoret meldar tilbake at dette er ei utfordring, og at denne summen er førande for om folk takkar ja til omsorgsbustad eller ei. Dette bør kommunen vera klar over.

3.5.3. Dagtilbod/ trivselshus

Arbeidsgruppa meiner at det er viktig å tilby gode aktivitetssentre for seniorar (dagtilbod/ trivselshus) for alle eldre heimebuande. Etter innspel frå ressursgruppa tilrår arbeidsgruppa at kommunen riggar til 4 ulike dagtilbod:

- Trivselshuset (slik det er i dag for personar med demens)
- Svortland (for alle)
- Moster (for alle)
- Langevåg (for alle).

Dagtilboda bør liggja sentrumsnært og aukast opp i tal dagar (helst tre- fem gonger i veka). Tilbodet må gis med tilrettelagt transport og høve til kjøp av mat/middag. I tillegg bør det gis tilbod om individretta aktivitet. Det er avgjerande at transport er på plass for at dette skal vera til nytte for alle dei som har behov for det. Nokre kan køyre sjølv, mens andre er heilt avhengig av hjelp.

Ein bør vurdere om aktivitetstilbodet bør organiserast og driftast av heimetenestene i samarbeid med kultur og frivillige. Arbeidsgruppa tilrår at dette er eit kommunalt tilbod og at kommunen har ansvar for å drifte det.

Aktivitetssentera er eit tilbod til eldre som treng ein sosial møteplass. Det bør byggast slik at tilbodet opplevast som trygt, avlastande for familien og at det er eit opphald med meningsfullt innhald. Opningstida bør vera tilrettelagde for dei som går der. Gjerne fleksible; open på kveld? Nokre timar på ein laurdag og/eller søndag? Fleksibel avlastningsplass for ektefellar som treng det? Aktivitetssentera kan gjerne vera små.

Forslag til innhaldet på aktivitetssenteret; sosial møteplass, fysisk aktivitet/trening, opplæring, kursverksemd, prøve ut velferdsteknologi, låne utstyr, kultur, mat og måltid, meningsfulle og varierende aktivitet etter interesser, song og musikk osv.

Kompetanse på aktivitetssentra: aktivitørar, assistentar, helsefagarbeidarar, vernepleiarar og andre helse- og sosialfaglege utdanningar, musikkterapeutar osv. Ein bør setje inn variert kompetanse etter behov og tidsplan. Elles treng ein både stasjonær og ambulerande bemanning på sentra. To tilsette pr senter.

Tilbodet bør vera lågterskel og tenkt til å vera førebyggjande i forhold til einsemd. Tilbodet er for alle, og ikkje for ei definert brukargruppe. Dette er viktig for å få ein balanse mellom dei som deltek og at alle som ønskjer å delta på eit slik tilbod har ein plass å gå. Ein bør ha vedtak, særleg om ein har behov for henting og bringing for å ha ein viss kontroll.

Vår tilråding:

Lukkast Bømlo kommune med å styrkje dei nedste trinna i omsorgstrappa vil ein kunne minke behov for institusjonsplassar. Arbeidsgruppa meiner at eit godt tilrettelagt bustadtilbod (omsorg+?), aktivitetssenter for seniorar/ dagtilbod, styrkja heimetenester og meir rehabilitering vil redusere behov for institusjonsplassar i framtida. Det forutset at tilbodet me har i dag blir prioritert styrka.

Betre avlastning for dei med særleg tung pleie i eigen heim må på plass, samt auka dagtidtilbod i form av aktivitetssentre for seniorar for sosialt samvær, hyggeleg felles måltid og aktivitetar. I tillegg vil velferdsteknologi og betre teknisk utstyr og hjelpemiddel føre til at fleire vil føle seg tryggare lengre heime.

Økonomisk sett vil kommunen tene på å minke behov for institusjonsplassar i framtida, då institusjonsdrift er ei svært dyr ordning samanlikna med andre helse- og omsorgstenester; «ein kan køyre mange mil for den summen ein institusjonsplass kostar». Ein institusjonsplass i 2022 kosta kr. 1 242 234,- i året. I tillegg kjem driftsutgifter til bygg etc. som ikkje ligg i denne summen. Ein institusjonsplass skal difor berre vera for dei som ikkje kan bu heime lengre p.g.a. helse og funksjonsnedsetting, enten av kortvarig eller langvarig karakter. Alle andre skal servast av andre helse- og omsorgstenester ut frå deira individuelle behov.

4. Spesialiserte plassar for enkelte diagnosegrupper?

Mange av dei som bur på institusjon har ei form for kognitiv svikt. Nasjonale undersøkingar tydar på om lag 80 % av bebuarane har dette, og at kognitiv tilstand i stor grad er indikasjon som gjer at ein oppfyller krava til å få tildelt institusjonsplass.

Nye undersøkingar visar at tal personar med påvist demenssjukdom vil gå ned, men at dette i størst grad er blant dei yngre personane som får demenssjukdom. Alderdsdemens i høg alder vil framover vera aukande, noko som vil gi aukande press på institusjonsplassar.

År	Antal personar med demens	Prosent del
2020	233	1,95 %
2025	259	2,22 %
2030	312	2,68%
2040	446	3,84 %
2050	533	4,62%

Demenskartet.no (10.01.2024)

Vår tilråding:

Arbeidsgruppa tilrår at tilrettelagde institusjonsplassar til personar med demens blir auka i åra som kjem og at alle sjukeheimsavdelingar jobbar miljøterapeutisk med individretta aktivitetsplanar. Dekningsgrad på demensplassar pr d.d. ligg **24, 2 %** i Bømlo kommune. Dette meiner arbeidsgruppa er alt for lite ut frå behov. Helsedirektoratet rådar kommunane å tilpasse alle sine heildøgns plassar til å vera butilbod for personar med demens. Dei visar til at slike tilpassa bumiljøer vil ha god effekt uavhengig av diagnose, og at det vil gi stor fleksibilitet i bruk av bygningsmasse over tid. Vidare visar dei til at undersøkingar tilseier at 80 % av alle sjukeheimsbebuarar reelt sett har demenssjukdom (REDIC 2015 (sykehuset-innlandet.no)), og at § 4- 1 i sjukeheimsforskrifta pålegg kommunar at både inne- og uteareal er tilrettelagt funksjonshemmingar og behandling-, pleie- og assistansebehov hjå bebuarane. Arbeidsgruppa tilrår difor at alle våre institusjonar blir meir «demensvennlege» i si utforming av tenestetilbodet.

Langkommen demensdiagnose førar til at ein treng institusjonsplass, og med tanke på at terskelen på å få tildelt institusjonsplass vil vera aukande i åra som kjem, så trur arbeidsgruppa at dei fleste av institusjonsplassane vil «gå» til personar med demenssjukdom. Forskjellen på ein demensplass i motsetnad til somatisk plass er at demensplassar inneber høgare bemanningsfaktor og korleis (måten) ein jobbar på. Ein demensplass har 3 tilsette: 8 plassar, mens somatiske plassar har ei bemanning på 2 tilsette:8 plassar. I tillegg bør bygg og miljø vera tilrettelagde for å hindre uro og vandring, der tilsette har stort fokus på å jobbe individretta og miljøterapeutisk. Arbeidsgruppa meiner at demensomsorg er

eit eige fagfelt, og at miljøterapeutisk arbeid, tilrettelegging og ro bør bli den naturlege måten å drive institusjonsdrift på. Tilsette må jobbe fagleg i møte med sine pasientar og vite korleis dei kan nytte eige kroppsspråk for å få tillit og kontakt. Det er altså forventa at ein veit korleis ein skal jobbe, og at det blir stilt krav til kompetanse til dei som jobbar med personar med demenssjukdom. Ikkje alle treng fagbrev og høgskuleutdanning, men alle bør kursast og bli tilbudd opplæring i form av demensomsorgs ABC eller liknande. Mykje tung pleie i lag med mange med demenssjukdom førar til uro og vandring i dag, til dels skjer det utagering om personalet ikkje er til stades for å førebyggje eller hindre at dette skjer/oppstår. Ein person med demenssjukdom treng ro, struktur og rutinar, og at ein er konsekvent med tiltaka som er bestemt. Avdelingane bør difor driftast og organiserast slik alle blir «demensvennlege». Lukkast ein med dette vil det vera personalsparande i den andre enden.

Pårørande og frivillige kan i stor grad vera med å bidra til å gi alle som bur i institusjon god livskvalitet, sosialt fellesskap og meningsfulle dagar, noko som i stor grad og kan vera med på å avlaste og frigjere helsepersonell til anna oppgåver. «Hotelloppgåver» bør gis over til servicevertar, slik at fagpersonellet kan nytte sin kompetanse på den sjuke framfor kjøkken- og skylleromsarbeid. Me ser elles dei siste åra ei endring i brukargruppa som blir tildelt institusjonsplass. Stadig fleire har ein demensdiagnose, samt angstproblematikk og uro. Vandring og utagering kan vera eit problem, særskilt på kveld og natt då bemanninga er på sitt lågaste. Bemanningsplan og ressursfordeling må difor skje etter behov. Arbeidsgruppa trur og at me får ei auke i framtida med fleire pasientar som har psykiatri/rusproblematikk, samt at personar innan habilitering vil bli eldre og ha aukande behov for institusjonsplassar. Dette gir store indikasjonar på at det som er bra for personar med demens, og er bra for andre grupper som har same behov for tett personalnærleik.

Sjukeheimsdrifta bør difor rigge seg til å bli meir demensvennleg, men samstundes utan auke i tal helsepersonell. Styrkinga bør skje gjennom betre oppgåvefordeling og personlege eigenskapar hjå dei tilsette. Arbeidsgruppa visar til eiga rapport om «Oppgåvefordeling i sjukeheim» for korleis dette kan organiserast, der prosjektgruppa tilrår auke i inntil 4- 5 stillingar som servicevertar.

4.1. Forsterka skjerma tilbod

Arbeidsgruppa tilrår at ein samstundes får på plass eit forsterka skjerma tilbod i kommunen.

Forsterka skjerma eining er eit tilbod til personar med demens med spesielle omsorgsbehov kor målet er at ein skal oppleve individuell omsorg, ro og forutsigbarheit og ein meningsfull kvardag.

Forsterka skjerma eining er eit tilbod Bømlo kommune manglar, men som kommunen er pliktig til å tilby ut frå forskrifta. I fleire år no har kommunen likevel gitt dette tilbodet til dei personane som treng det, som igjen er ein stor medverkande årsak til at sjukeheimane ved BBH og TLH har eit økonomisk årsresultat med høgt meirforbruk. Både BBH og TLH, særskilt TLH, har gitt tilbod i forsterka skjerma eining med 1:1 bemanning til 1- 2 personar årleg.

Kvifor:

Skjerming av behandlingssmessige omsyn kan vera naudsynt for eksempel for å avgrense pasienten sine sanseintrykk. Skjerming kan og nyttast førebyggjande dersom pasienten visar tiltakande uro eller angst, og tiltaket vurderast å kunne motverka forverring av pasienten sin tilstand.

Vilkåra for skjerming er at det må vera naudsynt på grunn av pasienten sin tilstand eller utagerande åtferd der dei er til fare for seg sjølv eller andre. Tilstandar som gir grunn til skjerming er pasienten sin psykiske tilstand ved sterk uro, suicidalitet eller kataton åtferd. Skjerming er ikkje formelt eit tvangsmiddel, men eit tiltak for å skjerme pasienten frå medpasientar eller personalet når dette er nødvendig for å oppretthalde eit forsvarleg behandlingstilsetning.

Forsterka skjerma eining er altså ein avgrensa område kor den pasienten blir skjerma frå andre i kortare eller lengre periode. Statsforvaltaren er oppteken av slike plassar, då ein lett får tildelt tvangsvedtak under slike opphald. Statsforvaltaren stillar krav til dei fysiske områda, og at pasienten har høve til å vandre på ein annan stad enn inne på sitt rom. Pasienten har og krav til eige uteområde der han/ho kan vandre fritt eller i lag med helsepersonell. Det er viktig at eit tilbod i forsterka skjerma eining ikkje er dårlegare enn eit vanleg opphald. Ein har rett på same hjelp og friområde som ein ville ha fått i ordinært tilbod. Pårørandearbeid er elles særskilt viktig i denne samanheng. Tett oppfølging og dialog med dei er viktig, då dette er vanskelege forhold som mange slit med å forhalda seg til.

Bømlo kommune har i mange år hatt behov for å tilby 1- 2 pasientar dette tilbodet. Arbeidsgruppa meiner dette er eit behov nokon i framtida og vil ha, men at ein ikkje treng å auke tal på plassar ut over 2 stk. Arbeidsgruppa tilrår difor at:

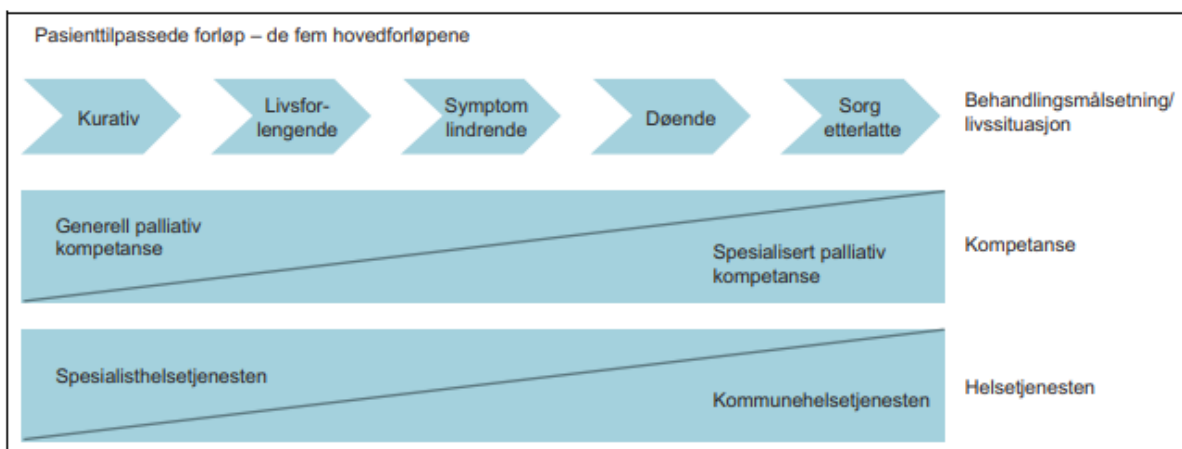
- Forsterka skjerma eining blir ei lita avlukke i «vanleg avdeling» med inntil 2 plassar for personar med demenssjukdom på Teiglandshagen.
- Teiglandshagen har over mange år opparbeidd seg kompetanse innan skjerming av utagerande pasientar, og har oppretta eit rom som er avgrensa frå dei andre. Dette tilbodet førar til at ein pasient treng 2 rom, og at institusjonsplasstilbodet soleis blir redusert med ein plass.
- Teiglandshagen treng større areal ute (hage er sakna).
- På Teiglandshagen er det og mogleg å lage til endå ein forsterka skjerma plass på motsett side av veggen. Alternativt bemanne ein av avdelingane med dei som har behov for litt «tyngre» bemanning, slik som Stord kommune har gjort. Det betyr ei bemanning på 4: 8 istadenfor 3:8, noko som gir ei auke på 1,5- 3 stillingar.
- Digitale tilsyn og anna velferdsteknologi kan vera ressursparande her, samt sikre at tilsett kan kjenne seg tryggare på jobb.
- På Bømlo bu og helsesenter og Langevåg er det ikkje mogleg å rigge slikt tilbod utan større ombyggingar. På post 1 og post 2, BBH er det umogleg p.g.a. luft, ventilasjon og brannvern ut frå dagens byggkonstruksjon. Har ein behov for fleire plassar ut over dei to på TLH, så må kommunen vurdere å byggje fleire skjermingsplassar på Bømlo bu og helsesenter.
- Bygningsmessig og kompetansemessig er Teiglandshagen i dag den som er «best eigna», men samstundes minst berekraftig med tanke på personelltilgang og framtidig mangel på helsepersonell. TLH ligg organisert under BBH i dag. Ved mangel på personell så må det difor overførast tilsette frå BBH til TLH. Det same gjeld kompetanseoverføring- som bør gå begge vegar.

- Det bør vera eit eige team som jobbar med denne pasientgruppa, som er dedikert og kjenner til tiltaka godt.
- Ein treng i stor grad 1:1 bemanning i mange tilfeller, men bemanninga må justerast etter behov og etter risikovurderingar. Sikkerheit til personellet må alltid har høg prioritet. På natt må ein i enkelte tilfeller alltid vera 2 stk. I dag må ein av dei ut i heimetenesteoppdrag noko som gjer dette sårbart.
- Første bod for å lukkast med tilbodet er kompetanse, kompetanse og kompetanse. Sjukeheimane må nytte vernepleiekompetansen kommunen har meir fornuftig.
- Alle sjukeheimane har elles behov for styrka kompetanse innan alderspsykiatri og rus. Skjerming og tilbod til denne pasientgruppa bør skje på Bømlo helsehus eller i tilrettelagt omsorgsbustad i tett samarbeid psykisk helse og rus, samt heimetenesta. Dette må riggast til etter behov.
- Kommunen er elles tent med å ha forsterka skjerma tilbod på Teiglandshagen innanfor planlagt drift framfor årlege økonomiske overskridingar...

4.2. Øymerka palliativt tilbod

Har me behov for det? Korleis skal dette i så fall organiserast?

I palliasjon er den personsentrerte tilnærminga ein av hjørnesteinane. Med palliasjon meinast behandling, pleie og omsorg ved livet slutt. Fleire studiar har dokumentert at tidleg integrasjon av palliasjon kan betre livskvaliteten til både pasient og pårørande, redusere bruk av unødvendig behandling ved livets slutt, samt bidra til at fleire kan døy heime og vera lengre og oftare heime. For å lykkast med ei slik brei tilnærming krevjast det god tverrfagleg kompetanse, gjerne i form av team som føl opp pasient og pårørande. NOU (2017:16) visar til desse fem hovudforløpa for å få eit godt pasienttilpassa forløp:



Figur 1.2 Behovet for spesialisert kompetanse

NOU 2017:16, s. 10

Vår tilråding:

Arbeidsgruppa tilrår etter innspel frå referansegruppa at 1 av 12 plassar på KOR blir øyremerka til palliative pasientar.

Arbeidsgruppa er av den oppfatning av at helsetenestene i Bømlo kommune er godt rigga for å ivareta innbyggjarane sitt behov for palliativ omsorg ved livets slutt, og at ein kompetansemessig har alle forhold til å kunne organisere/drifte tilbodet endå betre. Både heimetenesta og korttid og rehabilitering (KOR) har eigne kreftsjukepleiarar tilsett, og på tenestekontoret er det tilsett eigen kreftkoordinator. I tillegg har verksemdene både sjukepleiarar og helsefagarbeidarar med vidareutdanning innan palliativ behandling og omsorg. Tilsynslegane har og over mange år opparbeidd seg god kompetanse på dette området, og i samarbeid med fastlegane utgjer dette eit godt tverrfagleg kompetanse som ein kan byggje vidare på. Fysio og ergo tenesta har og ressurspersonar i fagfeltet palliasjon.

NOU 2017:16 rådar kommunar over 10 000 innbyggjarar å ha ei palliativ eining, alternativt ei palliativ seng. I tillegg rådar dei at eit kommunalt palliativ team blir sett i verk ved behov, og at eit slikt team kan bidra til at fleire får døy heime. Berre 10- 15 % får tilbod om å døy heime i Noreg. Dette er eit relativt låg tal som nasjonal mynde ønskjer skal styrkast. Ei fin og verdig heimedød kan fint la seg gjera for fleire, men det krev kompetanse og tid for å sikre god behandling og oppfølging ved livets slutt både til den døyande og til han/hennar pårørande. Skal ein lukkast med dette så meiner arbeidsgruppa at heimetenesta, KOR, fastlegen og institusjonslegen bør samarbeide endå tettare enn det dei gjer i dag. Dette kan gjerast gjennom felles organisering og samkøyring av rutinar og prosedyrar gjeldande for heile HSO, og der KOR får ei større rolle til «styrkje» heimetenesta. Meir heimetid og fleire heimedødar kan sikrast om me organiserer det litt annleis enn i dag.

KOR har jamt inne palliative pasientar, og har over lang tid opparbeidd seg mykje kompetanse. Eit viktig mål under opphaldet er lindring, tryggleik og omsorg. Pårørandearbeid utgjer og ein del av dette. Dei fire medikament blir starta opp ved behov, og gjennom systematisk kartlegging av symptom gjennom ESAS- skjema består behandlinga i stor grad av symptomlindring. På IDA tilbyr dei og palliativ omsorg ved livets slutt og er i desse dagar i ferd med å avslutte eige prosjekt knytt til deira rolle som kompetansesenter for palliasjon i regionen. Arbeidsgruppa tenkjer IDA har eit godt tilbod, men at det på ingen måtar kan dekkje heile regionen sitt tilbod til heimebuande. Me må nytte deira kompetanse inn i samarbeidet gjennom råd og rettleiing. Tilbodet palliativ seng og palliativ omsorg i BK må heller styrkast gjennom tettare samarbeid mellom heimetenesta, KOR, tenestekontoret og fastlegane. Arbeidsgruppa ser at ei palliativ seng inne på KOR ikkje nødvendigvis er nok, men at det i stor grad vil vera ein god start for å styrkje det palliative tilbodet. Me må samstundes nytte KOR som vår palliative eining, sidan befolkninga vår er på over 10 000 innbyggjarar. «Open retur» og andre avlastningstiltak må organiserast og definerast tidlegare i gode palliative planar. KOR har kompetanse som skal til, og i tettare samarbeid med heimetenesta og fastlegen vil dette gi styrkja tilbod ut til heimebuande. Kommunen har alt å tene på å samarbeide tettare.

Kriteriar for bruk av senga;

Rommet skal vera eit tilbod til alle pasientar med alvorleg sjukdom, kort forventet levetid og behov for palliative tenester, også dei yngre. Pasientane vil komme frå heimen eller sjukehus. Det er tenestekontoret som «styrer» plassen og har oversikt over kva pasient som er aktuell for bruk av senga. Kreftkoordinator er ofte den som kjem tidlegast i kontakt med desse pasientane, og gruppa ynskjer å styrke samarbeidet med kreftkoordinator/heimetenesta/KOR.

Senga skal nyttast til pasientar:

- som har behov for justering av symptomlindrande behandling, optimalisering av funksjon og planlegging av vidare oppfølging eksempel tilrettelegging i heimen
- Korttidsopphold for å avlaste pårørende
- Symptomlindrende behandling, pleie og omsorg inntil døden

Ei målsetting i nasjonale føringar er å legge til rette for heimetid/heimedød. Eit palliativt rom vil styrke samarbeid mellom tenestene. Ein vil auke fokuset på faget palliasjon, ein vil i større grad dele erfaringar og kompetanse slik at ein arbeider tettare rundt pasienten.

Ein har i dag ulike rutinar i heimetenesta og KOR for oppfølging av palliative pasientar. KOR har utarbeida ei sjekklister som er tilpassa KOR med utgangspunkt i nasjonale faglege retningslinjer. Heimetenesta og KOR planlegg i det vidare arbeidet å utarbeide felles rutinar for desse pasientane. Det er og eit mål om betre samarbeid med spesialisthelsetenesta om desse pasientane. Elles har alle avdelingane tilsettrepresentant som deltek i eit palliativt nettverk i Helse Fonna- regionen. I tillegg søker legane råd hos palliativt team på Haugesund sjukehus og Haukeland universitetssjukehus ved behov.

Dersom det blir satsa på eit øymerka palliativt rom må tilbodet informerast ut til fastlegane, samt til innbyggjarane i kommunen. Fastlegane har ei svært viktig rolle for å få til heimetid/heimedød.

Alle i gruppa ser eit behov for styrke samarbeidet rundt denne pasientgruppa og eit øymerka palliativt rom vil bidra til dette. Ein vil auke kvaliteten og få eit større fokus på systematisk kartlegging, rutinar og oppfølging. Den palliative pasienten og pårørende vinner på dette.

7. Vedlegg 1: Mandat for arbeidet

Mandat 42: Sjukeheimstilbod



Kva skal me gjera?

(jf. punkt 42 [Handlingsplan HSO 2023-2024](#))

42.	<ul style="list-style-type: none">- Vurdera å redusera kapasitet på institusjonsplassar/ endring i drift for å vri ressursar mot tiltak til heimebuande og andre prioriterte førebyggjande oppgåver der ein i dag ikkje har kapasitet/ tilbod- Gjera ei samla vurdering av tilbod på langtids plassar, kortids plassar, rehabilitering og avlastning. I denne samanheng utgreia etablering av<ul style="list-style-type: none">- meir spesialiserte plassar for enkelte diagnosegrupper- forsterka skjerma eining- øyremerka palliativt tilbod
-----	---

Arbeidet skal resultera i ein rapport med vurderingar og tilrådingar som skal leggjast fram for styringsgruppa og politisk nivå. Endringar som har større budsjettmessige konsekvensar blir tatt med i budsjettgrunnlag for 2025.

Arbeidet må også sjåast i samanheng med anna pågåande arbeid knytt til utvikling av helse- og omsorgstenestene, til dømes mandat 09 som skal vurdera samla bruk av nattevaktressursar, og mandat 38-41 som omhandlar Omsorg Pluss-tilbod.

Fristar

Oppstart: Innan 10.09.23.

Ferdigstilling (fase 1): Rapport med vurderingar og tilrådingar skal ferdigstillast innan Innan 15.01.24

Kvifor skal me gjera dette?

Bakgrunn for arbeidet (jf. [Kommunedelplan HSO 2023-2033](#) og tilhøyrande [Grunnlagsdokument](#))

Om Bømlo kommune skal kunna tilby nok tenester av god kvalitet i framtida må me tenkja nytt om tenesteyting, kommunen si rolle og samspelet med samfunnet.

Strategi C1 (i kap 4 KDP-HSO) peikar på at dersom HSO skal ha nok kapasitet og personell i framtida må me

- gjera prioriteringar og ha fokus på effektiv drift (C1.1.), og
- gjera naudsynte strukturelle og organisatoriske endringar for å sikra god kompetanse og ressursbruk på tvers av verksemdar (C1.2.)

Tema sjukeheimstilbod blir nærmare omtala i kap 3.10. i [Grunnlagsdokumentet](#)

Kven har deltatt i arbeidet?

Styringsgruppe: Utval for levekår

Mandateigar: Kjell Magnar Mellesdal, Kommunalsjef for Helse-sosial-omsorg

Arbeidsgruppe *):

1. Monica Smedsrud (leiar), Verksemdsleiar Bømlo bu og helsesenter og Sjøra Bømlo omsorgsområde
2. Hilde Markhus, Verksemdsleiar Bømlo Heimenester
3. Reidun R Sortland, Verksemdsleiar Tenestekontoret
4. Stine Lodden/ Selma Karin Vestvik, Avdelingsleiar Sjøra Bømlo omsorgsområde
5. Ann Heidi Mathisen, Avdelingsleiar Teiglandshagen
6. Solfrid Bø Hallaråker (Fagforbundet, BBH)
7. Bjørg Hinderlid Lønning (Fagforbundet, SBO)
8. Vivian Bærøy (Sjukepleiarforbundet, BBH)
9. Anne Merete Engenes (Verneombod, SBO)
10. Idunn Øvre (Verneombod, BBH)

**) Det kan bli endringar i samansetjing av tillitsvalte/verneombod*

Andre ressurspersonar som kan takast med på møte ved behov

Verksemdsleiar Ergo-/ fysioterapitenesta, Verksemdsleiar i legetenesta og sjukeheimslege
Arbeidsgruppa står elles fritt til å ta med andre ressurspersonar i arbeidet

Referansegruppe: Verksemdsleiargruppa i Helse-sosial-omsorg (HSO)

8. Vedlegg 2: Framdriftsplan

Møte nr:	Dato:	Tema:	Kven deltok:
1	18.09.23	Bli kjent med mandat + lage framdriftsplan for korleis me ønskjer å løyse oppdraget vårt.	Anne Merete Engenes, Reidun Stautland (på vegne av Reidun Sortland), Idunn Øwre, Solfrid Bø Hallaråker, Bjørg H. Lønning, Stine Lodden, Ann Heidi Mathisen, Hilde Markhus og Monica Smedsrud. <i>Fråfall:</i> Vivian Bærøy, Reidun Sortland.
2	02.10.23	Kor mange institusjonsplassar treng me no og i framtida? Kva kan bidra til å redusera behov for institusjonsplassar i framtida? - Presentasjon av talmateriale	Reidun Sortland, Hilde Markhus, Anne Merete Engenes, Bjørg H. Lønning, Solfrid Bø Hallaråker, Ann Heidi Mathisen, Vivian Bærøy, Idunn Øwre og Monica Smedsrud <i>Fråfall:</i> Stine O. Lodden.
3	16.10.23	«Forsterka skjerma plassar» Har me behov for fleire spesialiserte plassar for enkelte diagnosegrupper?	Ann Heidi Mathisen, Solfrid Bø Hallaråker, Anne Merete Engenes, Idunn Øwre, Vivian Bærøy, Reidun Sortland, Hilde Markhus og Monica Smedsrud. <i>Ressurspersonar:</i> Kjersti Vågen (gruppeleiar TLH) og May Tove Meling (demenskoordinator). <i>Fråfall:</i> Stine O. Lodden og Bjørg H. Lønning.
4	30.10.23	«Øymerka palliativt tilbod» Har me behov for det? Korleis skal dette i så fall organiserast?	Ann Heidi Mathisen, Anne Merete Engenes, Idunn Øwre, Vivian Bærøy, Reidun Sortland, Hilde Markhus, Selma Karin Vestvik og Monica Smedsrud. <i>Ressurspersonar:</i> Hanne Stokka (kreftkoordinator), Reidun Stautland (tenestekontoret) og Martha N. Fylkesnes (kreftspl heimetenesta). <i>Fråfall:</i> Solfrid Bø Hallaråker og Bjørg H. Lønning.

5	13.11.23	Gjennomgang av forslag til rapport. Kva tilrådingar har me og kva må/vil me utgreie meir før me presenterer arbeidet vårt til referansegruppa?	Solfrid Bø Hallaråker, Ann Heidi Mathisen, Idunn Øwre, Reidun Sortland, Selma Karin Vestvik, Bjørg H. Lønning og Monica Smedsrud. <i>Fråfall:</i> Anne Merete Engenes, Hilde Markhus og Vivian Bærøy.
6	27.11.23	Gjennomgang og ferdigstilling av første utkast rapport.	Hilde Markhus, Ann Heidi Mathisen, Idunn Øwre, Reidun Stautland, Selma Karin Vestvik, Anne Merete Engenes, Bjørg H. Lønning og Monica Smedsrud. <i>Fråfall:</i> Solfrid Bø Hallaråker, Reidun Sortland og Vivian Bærøy.
7	18.12.23	Gjennomgang av innspel frå 27.11 og det som er meldt inn frå tillitsvalde, verneombod, ressurspersonar og leiarar innan 10.12. Samle alt i ein felles rapport.	Hilde Markhus, Idunn Øwre, Solfrid Bø Hallaråker, Reidun Sortland og Vivian Bærøy, Selma Karin Vestvik, Anne Merete Engenes, Bjørg H. Lønning og Monica Smedsrud. <i>Fråfall:</i> Ann Heidi Mathisen
8	25.01.24	Oppgåve sendt til referansegruppa: Arbeidsgruppa ber referansegruppa konkretisere meir korleis ei palliativ seng/eining kunne ha sett ut om me fekk til eit tettare samarbeid. Referat frå arbeidet skal sendast til arbeidsgr.	Deltok i Ressursgruppa: Martha Nesse Fylkesnes, Vivian Bærøy, Heidi Lie, Reidun Stautland, Hanne Stokka, Cathrine Halleråker, Elin Vik, Isabel Knutsen
9	08.02.24	Oppgåve sendt til referansegruppa: Arbeidsgruppa ber referansegruppa innan dagtilbod om innspel på fylgjande: -Kor anbefaler de at det blir dagtilbod (Trivselshus) i kommunen? -Kor mange dagtilbod (Trivselshus)? -Stasjonære eller ambulerande?	Deltok i Ressursgruppa: Elin Akse Vik (BHT), May Linn Bortne (BHT), Anna Iren Stavland (tenestekontoret) og Merete Amundsen (trivselshuset).

		-Lågterskel tilbud og eit tilbud utan definert brukargruppe? -Med eller utan vedtak? -Bemanning? Innspeil skal sendast til arb.gr.	
--	--	---	--

Alle møta blei gjennomført kl 13- 15 på BBH, helsehuset.

