



Høringsutkast
November 2020

Omsorg med kunnskap

Rullering av temaplan Omsorg med kunnskap
Plan for helseinstitusjoner og boliger med
heldøgnsbemanning i Bergen kommune 2016 – 2030



BERGEN
KOMMUNE

FORORD



Beate Husa (KrF)
byråd for eldre, helse og frivillighet

Å kunne yte en eldreomsorg med kvalitet er blant de viktigste oppgavene kommunen har. De fleste eldre er friske, men den dagen noen får behov for hjelp, skal alle være trygg på at de vil få gode tjenester. Noen trenger en tilrettelagt bolig, andre trenger en bolig med tjenester hele døgnet. Noen ganger er en sykehjemsplass det riktige tilbudet. Mange av byens eldre lever sine siste år på sykehjem, og sykehjemmene i Bergen skal være nettopp det: et hjem. De som bor i omsorgsboliger eller sykehjem skal sikres verdighet og livskvalitet, og målet er at alle som får bruk for en plass, enten for en kort periode eller for resten av livet, skal få det.

Sykehjemmene er også helseinstitusjoner som gir helsehjelp til personer som gjerne har flere diagnoser som behøver medisinsk behandling. Dette krever god medisinsk faglig kompetanse på sykehjemmene. Vi ønsker å gi nødvendig behandling til eldre der de bor, slik at de slipper unødvendige innleggelses på sykehus. Samtidig er også sykehjemmene viktige for eldre som har behov for et rehabiliterings- eller korttidsopphold.

Bergen kommune har over lang tid hatt en omfattende satsing på både forbedring av eksisterende sykehjem og bygging av nye sykehjemsplasser og boliger med heldøgns bemanning. Byrådets mål er å fortsette denne satsningen, slik at vi klarer å møte de behovene vi vet kommer fremover.

Derfor er jeg svært fornøyd med at vi nå videreutvikler denne planen og igjen kan sette et helhetlig søkelys på eldreomsorgen i Bergen. I rulleringen av planen Omsorg med kunnskap tar vi med de gode erfaringene vi har høstet og ser på områder der vi kan gjøre ting annerledes. Vi ønsker konstant å lære hvordan Bergen kommune kan levere tjenester til eldre på en enda bedre måte. Selv om planen i stort omhandler modernisering av bygningsmasse, er

det likevel menneskene som alltid skal være er i sentrum. Vi bygger gode boliger og sykehjem for de som skal bo der og for de som skal jobbe der, og vi ønsker at hver krone skal komme byens eldre til gode. Derfor ruller vi nå planen fra 2016.

Vi vet at hele Bergen kommune fremover vil ha behov for flere dyktige ansatte – ikke minst gjelder også dette eldreomsorgen som vil ha økte behov. Andelen eldre kommer til å øke mye i årene fremover, og det vil bli utfordrende å sikre nok kvalifiserte ansatte og en økonomisk bærekraftig modell for tjenestetilbudet. I takt med dette må kommunen jobbe smartere og finne gode løsninger på tjenesteleveransen. Det er sjeldent sunt å låse seg fast til historien - vi må våge å tenke nytt og se på hvilke behov kommunen skal løse. Kanskje betyr det at vi i fremtiden trenger å jobbe på andre måter, at en større andel av de eldre får bo lenger i eget hjem, en sterkere inkludering av frivillige og et større ansvar for familien til pårørende. Vi er helt avhengig av å ha med alle på laget i prosessen videre, og vi må våge å tenke nytt.

Gjennom rulleringen av planen har vi også fokus på våre dyktige ansatte. Institusjonene og boligene med heldøgns bemanning er hjem og oppholdssteder der det ytes kvalifisert og kompleks innsats på et nivå som mange ikke er klar over. De ansatte fortjener stor honnør og anerkjennelse for den jobben de gjør. Det legges ned en enorm innsats, og de brenner for å gjøre hverdagen for de eldre bedre. Både omsorgs mottakere og pårørende nyter godt av engasjementet som vises av ansatte i Bergen kommune. De er med på å oppfylle det overordnede målet til byrådsplattformen, at Bergen skal være en god by for alle. Jeg ønsker å takke alle våre ansatte – dere er både hjertet, hodet og pulsåren i eldreomsorgen vår, og jeg lar meg inspirere av engasjementet og dedikasjonen dere viser!

Gode arbeidsbetingelser og trivsel for de ansatte er avgjørende for at vi skal kunne levere gode tjenester i eldreomsorgen. Det er også avgjørende for den helt nødvendige rekrutteringen som må skje i tjenestene når andelen eldre går markant opp i årene fremover. Jeg vet at mange sykehjemsansatte har et ønske om større stillingsprosenter, og byrådet ønsker at hele og faste stillinger skal være hovedregelen for ansatte i Bergen kommune. Dette jobbes det mye med, og vi er trygg på at økte stillingsprosenter videre vil gi utslag i kvaliteten på tjenestene til de eldre. Helt konkret skal vi prøve ut en ny modell på Sandsli bo- og aktivitetssenter, der alle ansatte er tilsatt i hundreprosentstillinger. Jeg gleder meg til vi får høste erfaringene fra arbeidet som gjøres på Sandsli, og ser frem til hvordan vi kan videreføre lærdom fra den modellen til nye sykehjem.

«Uten frivilligheten stopper Norge», er det mange som sier. I Bergen kan vi si det samme om de ideelle driftene i eldreomsorgen. I Bergen kommune driftes nesten halvparten av sykehjemsplassene av privat-ideelle virksomheter. De leverer omsorgstjenester av høy kvalitet til innbyggerne, og uten de ideelle virksomhetene ville ikke kommunen klart å levere de lovpålagte tjenestene. Jeg er derfor svært glad for at ulike organisasjoner i mange år har hatt et ønske om å bidra inn mot byens eldre gjennom sykehjemsdrift. De ideelle sykehjemmene har en sentral posisjon i Bergen, og det skal de også ha i årene som kommer.

HØRINGSUTKAST

Når vi planlegger eldreomsorgen for fremtiden, må vi først finne ut hva som er målet: hva vi som kommune skal levere til innbyggerne. Bergen kommune skal fortsette med å bygge nye sykehjemsplasser og skape gode boliger. Samtidig må vi møte de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene til våre eldre. Glemmer vi de reelle behovene, har vi glemt det viktigste. For å møte de fremtidige utfordringene som kommer, er vi nødt til å se hva som er de reelle behovene og finne løsningene på dem. Som byråd er det min oppgave å aldri være tilfreds med status quo – vi må hele tiden lete etter hvordan vi kan levere gode tjenester på en enda bedre måte. I rulleringen av Omsorg med kunnskap gjør vi nettopp det, og jeg ser frem til resultatene.

Bergen, november 2020

FORORD	0
1. INNLEDNING	5
2. DAGENS SITUASJON	6
2.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING	6
2.2 ESTIMERT PLASSBEHOV	8
2.3 INSTITUSJONSTJENESTENE I BERGEN KOMMUNE	10
2.3.1 BEMANNING I SYKEHJEM	12
2.3.2 HELTIDSKULTUR	12
3. FREMTIDENS BEHOV	16
3.1 ESTIMERING AV PLASSBEHOV OG DEKNINGSGRAD	16
3.2 UTFORMING AV AREALENE	18
3.3 PROSJEKTER, UTBYGGINGER OG AVVIKLINGER 2021–2030	19
3.4 PLANLAGT ANTALL PASSER I PERIODEN 2021 – 2030	20
4. HVEM BYGGER VI SYKEHJEM FOR	22
4.1 PERSONER MED DEMENSDIAGNOSE	22
4.2 PERSONER SOM ER ELLER HAR VÆRT I AKTIV RUS	23
4.3 PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING	24
4.4 PERSONER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE	25
4.5 PERSONER MED STERKT NEDSATT FUNKSJONSEVNE	27
5. SATSINGSOMRÅDER	28
5.1 ERNÆRING	29
5.2 REHABILITERING OG KORTTIDSOPPHOLD	31
5.3 AKTIVE DAGER	32
5.3.1 MUSIKKTERAPI	33
5.3.2 FRIVILLIGHET	34
5.4 PASIENTSIKKERHET OG TRYGGHETSSTANDARD PÅ SYKEHJEM	35
5.4.1 LEGEMIDDELHÅNDTERING	37
5.4.2 SMITTEVERN I SYKEHJEM	38
5.5 ETIKK	40
5.6 KJØNNS- OG SEKSUALITETSMANGFOLD	41
5.7 FREMTIDSRETTET BRUKER- OG PÅRØRENDEFOKUS GENERELL DEL	41
1.1 PÅRØRENDES RETTIGHETER OG HELSE- OG OMSORGSTJENESTENS ANSVAR	42
1.1.1 HVEM ER NÆRMESTE PÅRØRENDE?	43
1.1.2. PÅRØRENDES RETTIGHETER	43
1.1.3 HELSE- OG OMSORGSTJENESTENS ANSVAR	44
1.2 OVERORDNEDE PRINSIPPER I BERGEN KOMMUNE	45
2.0 FORUTSIGBAR DIALOG (MERKNAD: SPEIELL DEL I OMSORG MED KUNNSKAP)	45
5.8 ÅNDELIG OMSORG	46
5.9 OMSORG VED LIVETS SLUTT	47
5.10 FORSKNING, KUNNSKAP OG KOMPETANSE	47
5.10.1 STYRKING AV TVERRFAGLIG KOMPETANSE	49
5.10.2 PSYKISK HELSE	50
5.10.3 SYKEHJEMSLEGER	51
5.11 SMART OMSORG – SATSING PÅ VELFERDSTEKNOLOGI OG INNOVASJON	53

5.11.1 VELFERDTEKNOLOGI.....	53
5.12 ULIKE BOFORMER.....	54
5.13 SYKEHJEM SOM FLERBRUKSHUS	55
5.14 SAMHANDLING	56
5.15 REGULERING AV SAMHANDLING MED DE PRIVAT-IDEELLE SYKEHJEMMENE.....	57
5.16 TILLITS- OG FAGLIGHETSREFORMEN	59
6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....	60
6.1 KONSEKVENSER AV NYBYGG OG OMBYGGINGER.....	61
6.2 ØKONOMISKE DRIFTSKONSEKVENSER AV KVALITETSHEVENDE FORSLAG I PLANEN.....	62
7. AVSLUTNING.....	63

1. INNLEDNING

Denne planen er en revisjon av eksisterende plan, Omsorg med kunnskap, vedtatt av bystyret i 2016. Planen er oppdatert slik at den beskriver dagens tilbud og behovet for nye plasser og nye sykehjem. Videre omtales kommunens satsingsområder for styrking av kvaliteten ved sykehjemmene, og forslag til tiltak. Tall er oppdatert, og nye satsinger som bedre samarbeid med pårørende, heltidskultur, tillit og faglighetsreformen, smittevern, musikkterapi og psykologtilbud i sykehjem er innarbeidet.

Planen omhandler sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgntjenester (omsorgssenter og omsorg pluss boliger). Planen skisserer innholdet i fremtidens sykehjem og beskriver utfordringene ved 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 og ønsker å bo lenger hjemme og i hvilken grad trenden med en stadig friskere og mer ressurssterk eldregenerasjon vil fortsette.

Revisjon av planen har vært gjennomført med en plangruppe og en arbeidsgruppe. Eldrerådet har vært representert i begge gruppene.

Alle innbyggere skal få leve selvstendige liv med god livskvalitet og trygghet. Bergen kommune vil legge til rette for at mennesker med behov for helse – og omsorgstjenester skal få bo hjemme så lenge de ønsker. Bergen kommune utarbeider denne planen for å sikre at sykehjem skal være et godt og tilgjengelig alternativ når hjelpebehovet er blitt så stort at heldøgnsomsorg og pleie er nødvendig.

Når helsetilstanden medfører flytting til institusjon, skal det være rom for individuelle tjenester i et sykehjemsmiljø preget av aktivitet og mangfold. Bergen kommune skal ha 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.

Utformingen av fremtidens sykehjem må ta høyde for en forventet økende andel beboere med demenssykdom. 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 tverrfaglighet og helsefaglig kompetanse vil sykehjemmet bli en arbeidsplass som tiltrekker seg kompetente og engasjerte medarbeidere.

Alle norske kommuner opplever endringer i befolknings sammensetningen, med økende eldrebefolkning parallelt med en synkende andel yrkesaktive.

Samhandlingsreformen har konsekvenser for kommunens planlegging og dimensjonering av fremtidige helse- og omsorgstjenester. Reformen har ført til at flere innbyggere med komplekse behov trenger kommunale institusjonstjenester. Fremtidens helse- og omsorgsoppgaver må løses i et godt samspill mellom brukere, kommunen, ideelle organisasjoner, pårørende, frivillige og sykehus.

Bergen kommune skal gå i front for en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av høy kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. Dette skal oppnås ved hjelp av forskning, kunnskapsbasert praksis, kompetente medarbeidere og innovativ utvikling.

2. DAGENS SITUASJON

2.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING

2.2 ESTIMERT PLASSBEHOV

2.3 INSTITUSJONSTJENESTENE I BERGEN KOMMUNE

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store oppgaver framover. Utviklingstrekk og framskrivninger tyder på at flere vil få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det må satses på forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Velferdsteknologi sikrer at brukere kan få bedre muligheter til å mestre hverdagen, og ideelle og frivillige organisasjoner involveres for å motvirke ensomhet og isolasjon.

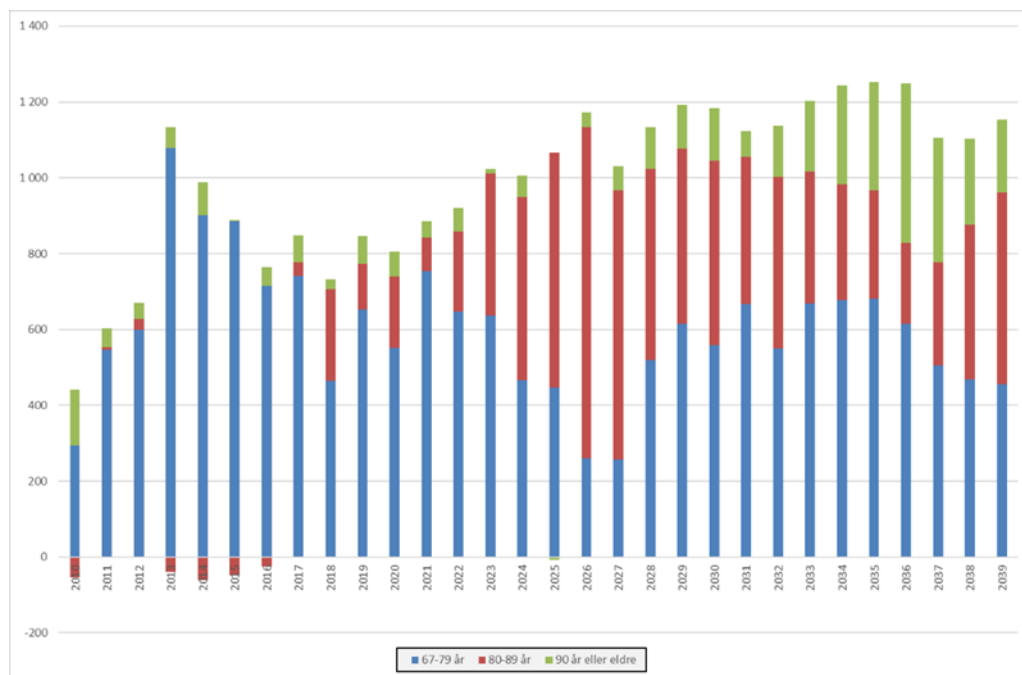
2.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING

Innbyggertallet i Bergen har i perioden 2010–2019 vokst med gjennomsnittlig 2 739 personer i året, og ved inngangen til 2020 var det 283 929 bergensere. Nye anslag fra Statistisk sentralbyrå viser at innbyggertallet kan passere 300 000 i løpet av 2030.

Den demografiske utviklingen i Bergen kommune forventes å gi betydelige utfordringer både for velferdsstaten og for familien når det gjelder å yte omsorg til de eldste. Det blir færre yrkesaktive per eldre, og det blir et sterkere omsorgspress på barna av de mest pleietrengende eldre. Reduksjon i andel yrkesaktive har betydning for verdiskapningen, for den fremtidige finansieringen av pensjoner og velferdstilbud og for dimensjonering og utforming av fremtidens omsorgstjenester.¹

Den demografiske utviklingen må tas i betraktning i planleggingen av infrastruktur og dimensjonering av utdanning, helsevesen, eldreomsorg og en rekke andre offentlige og private tjenester. Figur 1 og 2 viser vekst og framskrevet vekst i antall innbyggere i Bergen kommune fordelt på aldersgruppene 67–79 år, 80–89 år og 90+ i perioden 2010–2050.

Figur 1. Årlig vekst i antall eldre i Bergen 2010–2050



Kilde: SSB (1) (2/MMMM), Beregninger: Bergen kommune

Figuren visualiserer tydelig bølgeforskyvningen i fordelingen av de eldste i tiden fremover. På 2010-tallet har veksten i eldrebefolkningen i Bergen i all hovedsak vært konsentrert rundt 70-åringene, og det har endatil vært flere årganger med nedgang i antall 80-åringene. Etter hvert som disse 70-åringene blir eldre, forskyves veksten i tiden fremover med stadig flere 80- og 90-åringene. Dette er aldersgruppene som tradisjonelt har etterspurt kommunale helse- og omsorgstjenester.

¹ FNs rapport «World Population Ageing 1950-2050».

De siste tiårene har etterspørselen etter tjenestene likevel økt mest i aldersgruppen 0–66 år. Dette skyldes blant annet økt forekomst av kroniske sykdommer med sterke funksjonsnedsettelse.² Selv om de fleste eldre er friske, er det fortsatt slik at de fleste syke er eldre, og det forventes derfor økt etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester blant eldre i planperioden.

En sentral faktor som vil være avgjørende for hjelpebehovet i tiden fremover, er i hvor stor grad kommunen lykkes i sin satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot aldersgruppene 67–79 og 80+ år.

Innvandring og mangfold

Innvandrerbefolkningen i Bergen kjennetegnes ved at den er ung, men noen av dem som kommer som familieinnvandrere eller flyktninger er imidlertid godt voksne og flyktningsgruppene som kom til Norge fra slutten av 70-tallet begynner å ha lang botid i Bergen. Det forventes derfor at det vil være en økning fremover i innvandrerbefolkningen i Bergen som vil ha behov for omsorgstjenester for eldre og behovet vil jo være det samme for denne gruppen som i hele befolkningen. Det kan likevel være en skepsis i enkelte innvandrer miljøer til å benytte seg av slike offentlige omsorgstjenester på grunn av at de er tilpasset norsk kosthold, luthersk kristendom og tradisjoner. Det kan også være mer kulturelt betingete årsaker knyttet til at familiene i større grad tar på seg omsorgsforpliktelser enn det som er vanlig i den øvrige norske befolkningen.

Personer med minoritetsbakgrunn som har alvorlige funksjonsnedsettelse kan oppleve merbelastninger knyttet til at de har en «dobbel» minoritetstilhørighet, som gjerne kalles interseksjonalitet. Særskilte utfordringer for denne gruppen og deres pårørende kan være språkproblemer i møte med tjenestene, andre utfordringer knyttet til informasjon og kommunikasjon, mangel på sosialt nettverk i Norge og dårligere levekår enn befolkningen for øvrig.

Bergen kommune vil:

Som en del av opplæringen og tiltakene som allerede eksisterer i omsorgstjenestene skal det også legges inn opplæring i krysskulturell/tverrkulturell kommunikasjon. Bergen kommune skal utrede behovet for særskilte tiltak for personer med minoritetsbakgrunn i omsorgstjenestene. Det vil i dette arbeidet være viktig med en dialog med innvandrer miljøene.

2.2 ESTIMERT Plassbehov

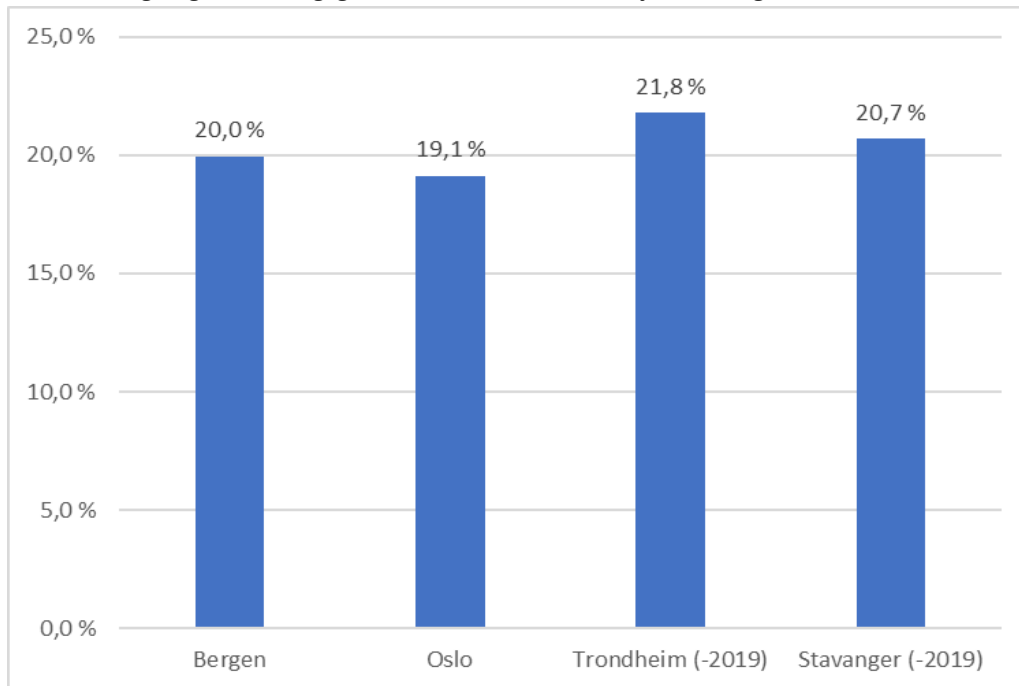
Når kommuner skal vurdere tjenestekapasitet brukes ofte begrepet dekningsgrad. Dekningsgrad viser til andelen av befolkningen som til et gitt tidspunkt kan få en type tjeneste fra kommunen. For sykehjem tar man utgangspunkt i gruppen over 80 år. En dekningsgrad for

² Meld. St. 29:32 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

sykehjemsplasser på 20 prosent vil si at kommunen til enhver tid kan gi heldøgnstilbud til 1 av 5 innbyggere i det gjeldende alderssegmentet³.

Figuren under viser dekningsgraden for sykehjemsplasser for innbyggere 80 år og oppover for de fire største byene i Norge:

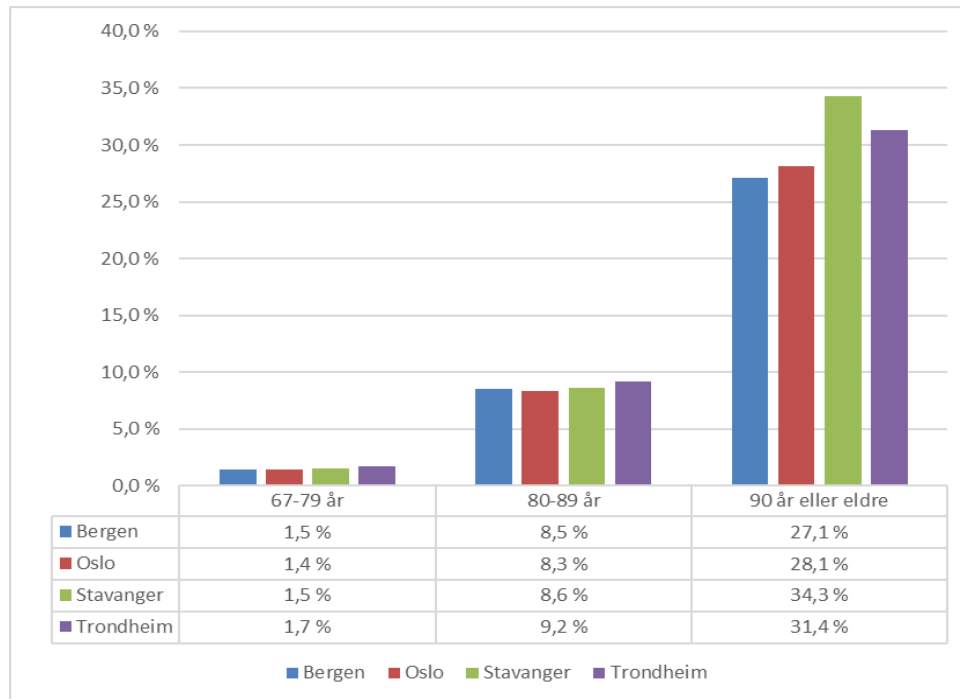
Figur 3. Sammenligning av dekningsgrader mellom de 4 største byene i Norge i 2019



Figuren viser at dekningsgraden i Bergen omtrent er på linje med de andre store byene i Norge.

Figur 4. Andel av innbygger, fordelt på ulike alderssegment, som har langtidsplass på institusjon i de fire største byene i Norge pr. 31.12.2019

³ Det er imidlertid også brukere på sykehjem som er under 80 år, slik at faktisk bruk av sykehjemsplasser i aldersgruppen over 80 år vil være lavere enn dekningsgraden.



Kilde: KOSTRA pr 31.12.2019

I figur 4 er det først og fremst Stavanger som skiller seg ut, med å ha en høy andel av de eldste innbyggerne som bor fast i en institusjon. I tillegg har Trondheim høyere andel av 90 åringene i institusjon sammenlignet med Oslo og Bergen. For øvrig er det ikke store forskjeller mellom kommunene.

2.3 INSTITUSJONSTJENESTENE I BERGEN KOMMUNE

Byrådet vil øke antall sykehjemsplasser i Bergen, og gjerne gjennom samarbeid med privat-ideelle aktører som er robuste nok til å sikre forsvarlig drift av helseinstitusjoner. Bergen kommune har totalt 2390 sykehjemsplasser ved utgangen av 2021. Disse er fordelt på 21⁴ kommunale og 13 private-ideelle institusjoner. I tillegg har kommunen 265 omsorg pluss boliger og 35 plasser i et omsorgssenter. Etat for sykehjem har ansvaret for drift av de kommunale institusjonene og årlige driftsoppfølging med de private ideelle institusjonene.

Rundt 20 prosent av sykehjemsplassene i Bergen kommune er korttids- og rehabiliteringsplasser, og plassene er fordelt på 6 korttidssykehjem. Målet med korttidsopphold er å kartlegge helsetilstand og hjelpebehov, gi medisinsk behandling, pleie og opptrening slik at den eldre kan komme tilbake til eget hjem.

⁴ Følgende institusjoner ble avviklet når Sandsli bo- og aktivitetssenter åpnet: Enker aldershjem (inngår i Sentrumssykehjemmene), Storetveit sykehjem og Hordnes sykehjem.

HØRINGSUTKAST

Bergen kommune har noen særlig tilrettelagte avdelinger for personer med behov som ikke er mulig å dekke på en vanlig sykehjemsavdeling. Dette er avdelinger for personer med alvorlige psykiske lidelser, alvorlig somatisk sykdom, rusproblemer, betydelige utviklings- og funksjonshemninger og brukere som ved livets slutt har behov for mer palliasjon som ikke kan gis der bruker er.

Omsorg pluss boliger er samlokaliserte utleieboliger med heldøgns omsorgstjenester og er tilrettelagt for personer som har store og sammensatte hjelpebehov. Boligene er døgnbemannet, og tilbudet omfatter aktivitets- og miljøtiltak.

Sykehjemstilbudet i Bergen kommune er differensiert i avdelinger med byomfattende tilbud til personer med behov for et forsterket skjermet tilbud og tettere oppfølging av personale med spesialkompetanse. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser, alvorlig sykdom med omfattende hjelpebehov, rusproblemer, betydelige utviklings- og funksjonshemninger og brukere som ved livets slutt har behov for heldøgnsomsorg, trygghet og kompetanse. Hensikten med disse byomfattende plassene, er å legge til rette for gode institusjonstjenester for et mindre antall brukere med spesielle behov.

Tabell 1: Byomfattende plasser i Bergen kommune

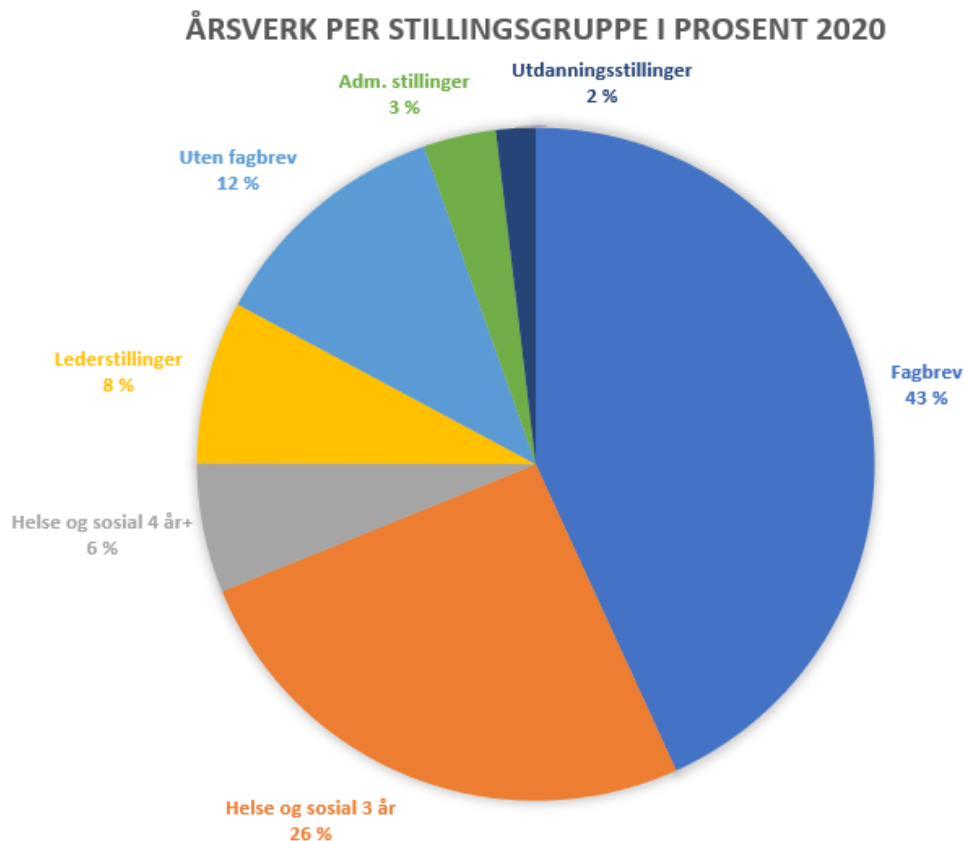
Brukergrupper	Antall
Psykiske lidelser- langtidsplasser	28
Forsterket sykehjemsavdeling- langtidsplasser	28
Kommunal mottaksavdeling- korttidsavdeling	23
Rusrelaterte skader- langtidsavdeling	20
Døve- og døvblind blitte- langtids- og korttidsplasser	21
Forsterket skjermet enhet for demenssyke- langtidsplasser ⁵	24
Huntingdon sykdom	11
Yngre demente	8
Palliative plasser	8
Akutte omsorgsplasser	16

⁵ Høsten 2020 økte plasstallet til 24

2.3.1 BEMANNING I SYKEHJEM

Per juni 2020 var det 1634,79 årsverk⁶ i Etat for sykehjem. Årsverk per stilling vises i prosent i kakediagram 1.

Figur 5: Personalsammensetning ved kommunale sykehjem i Bergen kommune



Figuren viser dagens personalsammensetning i kommunale sykehjem. Både ansatte med høyere utdanning og de faglærte ved kommunaldriftede sykehjem er i all hovedsak enten sykepleiere, leger, psykologer, farmasøyt eller helsefagarbeidere. 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 kan gi lavere sykefravær.

2.3.2 HELTIDSKULTUR

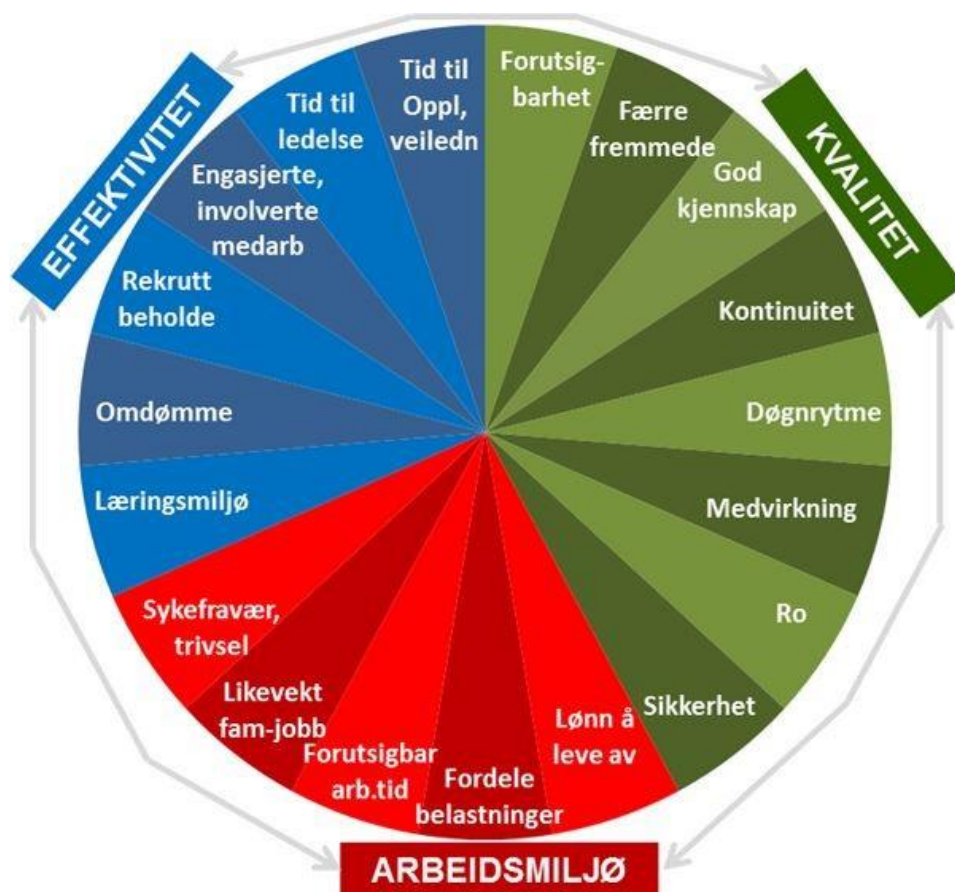
Byrådet har initiert viktige endringsprosesser for å styrke og utvikle heltidskultur i kommunen. Hele og faste stillinger skal være normen, noe som skal skape forutsigbarhet og

⁶ kilde: UBW HR

gode økonomiske rammer for den enkelte ansatte, sikre kvalitet i tjenestene, styrke kommunen som en attraktiv arbeidsgiver og for utnytte potensialet av ubenyttet kompetent arbeidskraft.

Å bygge heltidskultur innebærer å tenke nytt rundt hvordan tjenestene og arbeidstiden organiseres for alle stillingskategorier. En heltidskultur er helt avgjørende for å møte framtidens kompetansebehov. Vi har mye forskning og kunnskap som viser at heltidskultur og store stillinger har mange positive innvirkninger for arbeidsgiver, arbeidstakere og ikke minst brukere/innbyggere. De positive effektene er tydelig oppsummert i «hjulet»⁷ i figur 6. De blå feltene viser de positive effektene for arbeidsgiver, de røde feltene viser de positive effektene for arbeidstakerne og de grønne feltene viser de positive effektene for brukere av tjenestene.⁸ Med økt antall ansatte i hele stillinger forventes det å oppnå flere gevinster.

Figur 6: Fordeler ved heltidskultur



Kilde: Fafo, Moland 2015

⁷ Kilde: Fafo, Moland 2015

⁸ www.ks.no - Det store heltidsvalget – en veileder for lokalt arbeid med heltidskultur

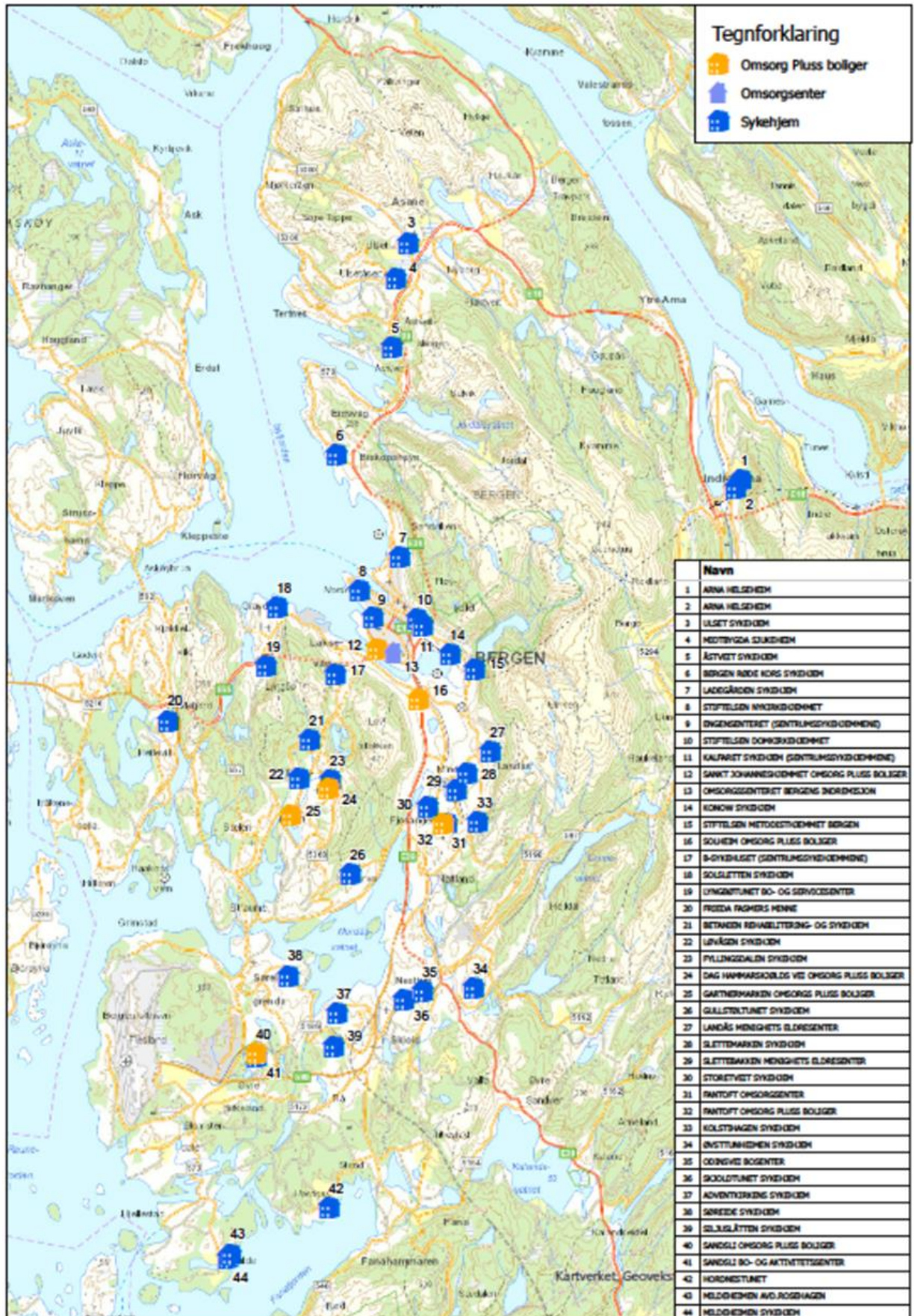
HØRINGSUTKAST

I Bergen kommune har de lokale partene undertegnet en lokal heltidserklæring for å tydeliggjøre ansvar og muligheter for å bygge og styrke en lokal heltidskultur i alle tjenesteområder i Bergen kommune.

Det er en uttalt målsetning i arbeidet med heltidskultur at den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen til kommunens ansatte og andel ansatte i 100% stilling økes. Aktuelle tiltak er økte stillingsstørrelser for ansatte med deltidsstilling og at det i størst mulig grad lyses ut etter heltidsstillinger. I tillegg har kommunen opprettet et eget bemanningssenter med ansatte i hele stillinger som skal bidra til å løse kortvarige vikarbehov i enheter.

I det videre arbeidet med heltidskultur arbeides det konkret med arbeidstidsordninger og kompetanseheving som støtter opp under hovedtariffavtalens mål om at det som hovedregel skal ansettes i faste, fulle stillinger.

I 2019-- 2020 gjennomførte Etat for sykehjem tre pilotprosjekter i forbindelse med satsingen på heltidskultur. Erfaringene fra pilotene legges til grunn når heltidskultur innføres ved de andre kommunale sykehjemmene. Sandsli bo- og aktivitetssenter åpnet i september 2020 og er det første sykehjemmet som i hovedsak har ansatte i heltidsstillinger og blir viktig i utviklingen av en heltidskultur i Bergen kommune.



3. FREMTIDENS BEHOV

3.1 ESTIMERING AV PLOSSBEHOV OG DEKNINGSGRAD

3.2 UTFORMING AV AREALENE

3.3 PROSJEKTER, UTBYGGINGER OG AVVIKLINGER – 2016-2025

3.4 PLANLAGT ANTALL PLOSSER I PERIODEN 2016 – 2030

Endringer i demografi og økte forventninger fra befolkningen utfordrer fremtidens tjenestetilbud og krever mer innovative og kreative løsninger. For å utvikle bærekraftige helsetjenester må vi i større grad benytte ressursene på en bedre måte enn det vi har gjort tidligere. Samskaping er en ny måte å utforme tjenestene på.

Samskaping
Kaja Hvitstein-Strøm

Sykehjemstjenesten reguleres av ulike lover og forskrifter som stiller krav til faglig forsvarlighet, kvalitet og brukervedvirkning. Brukervedvirkning er et sentralt og grunnleggende begrep i helse- og omsorgstjenesten. Det er både en visjon, noe å strekke seg etter, et mål og en demokratisk rettighet. Det handler om å utvikle tjenester sammen med tjenestemottakere som en likeverdig og aktiv part. Det bør også legges til rette for likeverdighet og åpenhet i prosessene som bidrar til gjensidig tillit og ønsket måloppnåelse. Brukernes rett til medvirkning er en lovfestet rettighet. Den ambisiøse utbyggingen av sykehjem skal dekke befolkningens behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester.

3.1 ESTIMERING AV PLOSSBEHOV OG DEKNINGSGRAD

For å vurdere behovet for plasser med heldøgns omsorg har Bergen kommune beregnet dekningsgrad i forhold til demografiske framskrivninger. Det knytter seg selvsagt usikkerhet til estimatene over framtidige behov for sykehjemsplasser. Framskrivningene for Bergen tilsier at det mot slutten av dette tiåret vil være økt behov for plasser (se tabell 5).

Tabellen under viser hvor stor andel av innbyggerne i aldersgrupper som har hatt fast plass på institusjon siste 10 år.

Tabell 2: Andel innbyggere som har fast plass på institusjon i Bergen etter aldersgruppe (2010-2019)

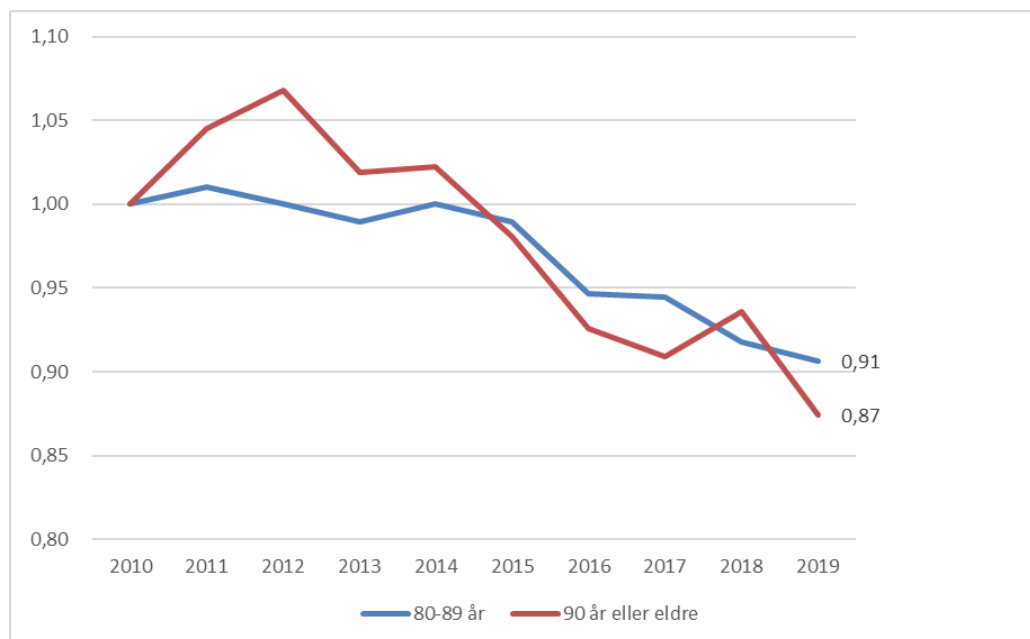
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
67-79 år	1,5 %	1,5 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %
80-89 år	9,4 %	9,5 %	9,4 %	9,3 %	9,4 %	9,3 %	8,9 %	8,9 %	8,6 %	8,5 %
90 år eller eldre	31,0 %	32,4 %	33,1 %	31,6 %	31,7 %	30,4 %	28,7 %	28,2 %	29,0 %	27,1 %

Kilde: KOSTRA pr 31.12.2019

Som tabell 2 viser er andelen innbyggere i aldersgruppen 67–79 år stabil i hele ti-års perioden. For de to høyeste aldersgruppene er det en nedgang i andelen.

Figur 7 viser at det er en nedgang spesielt fra 2014 og frem til 2019. Sammenlignet med 2010 er andelen i 2019 i aldersgruppene 80-89 år og 90+ gått ned med henholdsvis 9 prosent og 12,5 prosent.

Figur 7: Indeksert endring fra 2010 i andel av innbyggerne som bor på institusjon i Bergen kommune



Vi har ikke eksakt kunnskap om årsakene til nedgangen, men det er grunn til å tro at utbygging og utvikling av hjemmetjenestene, har hatt en effekt. I tillegg vil generelt bedret helse og bostandard være viktige årsaksforklaringer. Ventelistene til fast plass på sykehjem, er i dag relativt lave, slik at det er ikke noe som tyder på at det er lav kapasiteten som er årsaken til denne nedgangen.

Tabellen under viser hvordan dekningsgraden vil utvikle seg, dersom dagens kapasitet (institusjoner og omsorg pluss boliger) skal holdes uendret i hele perioden.

Tabell 3: Framskrivninger i andel av innbyggere som har tilgang til omsorgsbolig og institusjonsplass (dekningsgrad) for aldersgruppene 80+ og 90+ i Bergen kommune

	2020	2025	2030	2040
Dekningsgrad 80+	21,9 %	18,8 %	15,0 %	11,6 %
Dekningsgrad 90+	104,4 %	98,5 %	84,4 %	51,7 %

Som vist over har, andelen innbyggere som bor i institusjon blitt redusert. Det er vanskelig å si noe sikkert om i hvor stor grad denne utviklingen vil fortsette, men vi forutsetter vi i de kommende årene fortsatt vil se en utviklingstendens. Mer kunnskap og teknologi sammen med godt folkehelsearbeid, tilsier at det ikke vil være behov for å opprettholde dekningsgraden på samme nivå som i dag.

Det er komplisert å gjøre gode estimater på hvor stort plassbehovet vil være på lengre sikt. Det er mange forhold som spiller inn. I tillegg til hvor mange eldre innbyggere det blir, vil utviklingen i sykелighet, bostandard, kommunens forebyggende tjenester, liggetid i spesialisthelsetjenesten og kapasiteten i hjemmetjenestene være avgjørende.

KS har under utvikling et verktøy som skal støtte kommunene i disse beregningene. Bergen kommune vil ta dette verktøyet i bruk for å estimere behov for ulike omsorgstilbud med utgangspunkt i demografi.

3.2 UTFORMING AV AREALENE

Hvordan inne- og utendørsarealene på sykehjem utformes, påvirker hvordan beboerne opplever og mestrer hverdagen. Arealene skal også gi mulighet for sosial kontakt, for deltakelse i kulturelle og sosiale aktiviteter og for deltakelse i samfunnet for øvrig. Personer som har svekkede eller tapte sanser og funksjoner, er spesielt sårbare overfor omgivelsene. Når arealer som skal brukes til helse- og omsorgstjenester 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 hovedløsningene i nye og rehabiliterte bygg skal være tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Det forutsettes blant annet fokus på ergonomi som grunnlag for møblering, samt bruk av tekniske hjelpemidler 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. Akustikk og lukt er eksempler på andre 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 en del av møblene er lette å flytte på og ved å ha flyttbare vegger og skillevegger som gjør det mulig å lage store og små enheter. Lett tilgjengelige og gjenkjennelige omgivelser og utearealer er andre faktorer som har stor betydning for om blant annet personer med demens kan fungere

Husbanktilskudd til sykehjem og omsorgsboliger blir gitt etter forutsetninger hvor arealene skal fungere både som gode hjem som gir rammer for et verdig liv med mening, og fungere som en hensiktsmessig arbeidsplass.

(<https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/veileder-for-lokalisering-og-utforming-av-omsorgsbygg/2-kvaliteter-ved-losningen/overordnede-prinsipper-ved-planlegging>)

De nyeste arealene blir planlagt med hensiktsmessig teknologi, herunder kan nevnes takskinner for takheis på alle beboerrom, elektrisk hev/senk toalett og vask på beboerrommene, sensorteknologi både på beboerrom og i fellesarealene, smartskjermer på beboerrommene, digitale pasientsikkerhetstavler på arbeidsrom for personalet.

3.3 PROSJEKTER, UTBYGGING OG AVVIKLINGER 2021–2030

I løpet av våren 2021 er Bergen kommune i mål med avvikling og oppgradering av 254 aldershjems plasser⁹

I forbindelse med plassering og bygging av nye institusjoner og boliger med heldøgnsbemanning, tas det hensyn til infrastruktur, fortetting og spesielt knutepunktstenkning med nærhet til kollektivtransport.¹⁰ Integrasjon i lokalsamfunnet, med for eksempel skoler, barnehager, butikker og kulturtilbud¹¹ er viktig for å sikre samarbeid og sosiale fellesskap på tvers av generasjonene.

Bergen kommune har en ambisiøs plan for å øke antallet sykehjems plasser og omsorgsboliger. Nye sykehjem oppfyller kravene til sentral plassering opp mot knutepunkt og kollektivtransport. De ligger også i boligområder med nærhet til barnehager og skole, slik at det legges til rette for møteplasser på tvers av generasjoner. For å ivareta beboere med demens, integrerer vi trekk fra en demenslandsby i Nederland¹² ved å etablere flere skjermede uteområder (hager og terrasser/balkonger) med god bevegelsesfrihet og mulighet for

⁹ Bystyresak 221014 sak 237-14.

¹⁰ Kommuneplanens arealdel skal vise sammenhengen mellom fremtidig samfunnsutvikling og arealbruk. Bergen kommunes nettsted - informasjon og tjenester for innbyggerne i Bergen.

¹¹ St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

¹² «De Hogeweyk»

hagestell, et servicetorg, kafé/ vinterhage samt leke – og aktivitetsområde som beboere/pårørende og nærmiljøet kan bruke. Hver beboergruppe får 10 beboere.

Siljusslåttan sykehjem og Sandsli bo- og aktivitetssenter

De fire siste årene har Bergen kommune bygget to nye sykehjem i Ytrebygda bydel. Siljusslåttan sykehjem, med 90 sykehjemsplasser, åpnet 01.04.2019.

Flerbrukshuset Sandsli bo- og aktivitetssenter har 120 sykehjemsplasser, 30 omsorg pluss boliger og et aktivitetssenter med 15 plasser for hjemmeboende. De startet opp driften i september 2020.

Bergen kommune bygger fem nye sykehjem i egenregi de kommende årene, som til sammen vil ha 530¹³ sykehjemsplasser.

Tosengsrom og dubletter¹⁴

Bergen kommune har hatt som mål i planperioden å utvikle tosengsrom og kunne tilby enerom med eget bad til alle eldre som bor på helseinstitusjon. Dette arbeidet fortsetter i denne planperioden.

Bergen kommune vil vurdere i denne planperioden om det skal settes inn tiltak for å utvikle eller endre plasser med dubletter.

Bergen kommune vil:

- bygge nytt sykehjem, primært i Laksevåg bydel
- gjennomføre mulighetsstudie på Landås Menighets Eldresenter
- utvikle tosengsrom i sykehjem innen 2024
- planlegge utvikling av dubletter

3.4 PLANLAGT ANTALL Plasser I PERIODEN 2021 – 2030

Det er i kommunens v handlings- og økonomiplan vedtatt, og i denne rulleringen foreslått, en rekke byggeprosjekter. Disse vil både øke kapasiteten og øke kvaliteten. Gamle bygg vil enten bli bygget om, eller faset ut.

Tabell 4 gir en oversikt over plassstallet fram til 2030 dersom disse prosjektene blir gjennomført.

¹³ Antall plasser: Åsane 100, Midtbygda 100, Nye Frieda Fasners Minne 120, Slettemarken 90 og Nytt sykehjem 120.

¹⁴ To enerom med felles bad.

Tabell 4: Antall bo- og omsorgs plasser basert på foreslåtte tiltak i rulleringen av planen

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Sykehjem	2 390	2 383	2 397	2 397	2 451	2 630	2 750	2 750	2 750	2 750
Omsorgssenter	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Omsorg Pluss	266	266	266	266	266	296	296	296	296	296
Aldershjem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sum plasser/boliger totalt	2 691	2 684	2 698	2 698	2 752	2 961	3 081	3 081	3 081	3 081

Basert på disse plasstallene, og befolkningsframskrivingen fra SSB vil Bergen kommune få en dekningsgrad som vist i tabell 5.

Tabell 5: Estimert dekningsgrad for innbyggere 80+ i perioden 2021-203015.

	Antall plasser/boliger pr 31.12 i % av innbyggere 80 år og over									
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Sykehjem	19,1 %	18,6 %	18,2 %	17,4 %	17,0 %	17,1 %	17,0 %	16,4 %	15,8 %	15,2 %
Omsorgssenter	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Omsorg Pluss	2,1 %	2,1 %	2,0 %	1,9 %	1,8 %	1,9 %	1,8 %	1,8 %	1,7 %	1,6 %
Aldershjem	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Samlet dekningsgrad	21,5 %	21,0 %	20,4 %	19,6 %	19,1 %	19,3 %	19,1 %	18,3 %	17,7 %	17,1 %

Det foreligger så langt ikke konkret forslag om økt kapasitet etter 2027. Ved neste rullering må det tas stilling til hvordan behovet for økt kapasitet i den siste delen av tiåret skal dekkes.

Bergen kommune vil:

- etablere erstatningsplasser i takt med gjennomføringen av rehabilitering/ombygging av sykehjem

¹⁵ Dekningsgraden, spesielt fra 2027 og utover, vil bli påvirket av at det vil være nødvendig å benytte noe av den økte kapasiteten til beboere som bor på institusjoner som må rehabiliteres.

4. HVEM BYGGER VI SYKEHJEM FOR

4.1 PERSONER MED DEMENSDIAGNOSE

4.2 PERSONER SOM ER ELLER HAR VÆRT I AKTIV RUS

4.3 PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

4.4 PERSONER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

4.5 PERSONER MED STERKT NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Vårt kunnskapsgrunnlag om fremtidens behov for kommunale tjenester er basert på demografiske framskrivninger og gir kommunen et utgangspunkt for å vurdere hvor mange plasser med heldøgnsomsorg det vil bli behov for. Flere eldre som lever lenger 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 brukergrupper. Det er driftsmessige utfordringer knyttet til spesialavdelinger for bestemte diagnosegrupper. Høy grad av spesialisering kan medføre at enkeltplasser kan stå tomme. Samtidig har noen brukergrupper så store utfordringer at det fra et faglig ståsted anbefales spesialtilpassede avdelinger eller boenheter bemannet med personale med spesialkompetanse.

4.1 PERSONER MED DEMENSDIAGNOSE

Demens er en fellesbetegnelse på en kronisk tilstand som kan skyldes ulike skader i hjernen. Symptomene utvikler seg og forverrer seg over tid. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan brukes og svikten i evnen til å klare dagliglivets aktiviteter må være knyttet til denne hukommelsessvikten .

Omfanget av demenssykdom er det utviklingstrekket som vil få størst konsekvenser for fremtidens helse- og omsorgstjenester

Som følge av økt levealder og flere eldre i Norge vil antall personer med demens sannsynligvis fordobles de nærmeste 30–40 årene. 80 000 personer har demens i Norge i dag. De fleste beboerne i sykehjem har en demensdiagnose, 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. Omfanget av demenssykdom er derfor det utviklingstrekket som vil få størst konsekvenser for fremtidens helse og omsorgstjenester.

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 atferdsutfordringer 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. 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. Modellandsbyen De Hogeweyk i Weesp i Nederland har tatt denne arbeidet mot demens 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.

Personer med demensdiagnose er den største gruppen som har behov for spesielt tilrettelagte botilbud. Omfanget av demenssykdom er derfor det utviklingstrekket som vil få størst konsekvenser for fremtidens helse- og omsorgstjenester. Ifølge Nasjonalfaglig retningslinje om demens bør dette møtes med personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg. Omsorgen skal tilrettelegges slik at personens perspektiv på situasjonen blir ivaretatt. Hvordan en person opplever en situasjon er preget av personlighet, vaner og grunnleggende psykologiske behov. Virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens.

Bergen kommune vil:

- gjennomføre opplæring og kompetanseutvikling av alle ansatte innen personsentrert omsorg og behandling
- sikre at alle fremtidige sykehjemsavdelinger er tilpasset personer med kognitiv svikt og demens
- sikre at personer med demens som har spesielle behov får et tilrettelagt tilbud

4.2 PERSONER SOM ER ELLER HAR VÆRT I AKTIV RUS

Personer som har, eller har hatt langvarige og omfattende rusavhengighetsutfordringer, har langt dårligere psykisk og somatisk helseutvikling enn den øvrige delen av befolkningen. Rusmiddelbruk i kombinasjon med fattigdom og en marginalisert tilværelse medfører traumer

og tidlig fysisk aldring. Mange har somatiske utfordringer, også kroniske sykdomsbilder, så vel som psykiske tilleggslidelser. Personer i denne brukergruppen har behov for et sykehjemstilbud i yngre alder enn det som er vanlig for befolkningen ellers. Selv om langvarige og omfattende rusmiddelbruk utgjør en felles bakgrunn vil det være viktig ved inntak til avdelinger og boenheter å skille mellom personer i aktiv rus og pasienter som har vært, ikke lenger er, rusavhengige. Kognitiv svikt og eventuelle adferdsutfordringer er uansett kjente tilstander i et sykehjemstilbud uavhengig av om tidligere rusbruk er en grunnårsak. Begge grupper skal ha et fullverdig og godt sykehjemstilbud.

På grunn av normbrytende atferd, oppleves en del rusavhengige personer som utfordrende for ansatte og andre brukere. En del personer som fyller vilkår for tildeling av sykehjemsplass, vil derfor ha behov for et spesielt tilrettelagt sykehjemstilbud.

Bergen kommune har økt plassallet for rusavhengige med 10 plasser, og skal drifte 20 plasser på Hordnestunet når bygget er rehabilitert i løpet av 2021. Det vurderes om disse plassene skal driftes av Byrådsavdelingen for eldre, helse og frivillighet (BEHF) eller Byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering (BASB).

Bergen kommune vil:

- sikre at personer med pågående injiserende rusbruk får et kvalitativt godt tilrettelagt, tilpasset og skjermet tilbud når de kvalifiserer for sykehjemsplass
- sikre at opplæring og kompetanseutvikling av alle ansatte innen personsentrert omsorg og behandling inkluderer oppmerksomhet på rusavhengige pasienters situasjon

4.3 PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

Det er en overordnet målsetting å sikre at personer med utviklingshemming gis samme muligheter og like rettigheter som befolkningen for øvrig. I dette ligger det også at utviklingshemmede, så lenge som mulig, skal kunne leve og bo selvstendig i egne hjem og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

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

De fleste eldre utviklingshemmede i Bergen 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 16 personer med utviklingshemming som har langtidsplass i ordinære sykehjemsavdelinger i Bergen kommune. I 2019 hadde tolv utviklingshemmede korttidsopphold i sykehjem.

Bergen kommune ønsker å gi personer med utviklingshemming et godt og tilrettelagt tilbud i sykehjem. Dette på lik linje med andre personer som av helsemessige årsaker behøver et heldøgntilbud på en helseinstitusjon. Personer med utviklingshemming har ofte problemer

med å kommunisere egne ønsker og behov, samt generelt å klare å gjøre seg forstått. I tillegg til somatiske problemstillinger opplever utviklingshemmede også oftere å ha psykiske tilleggslidelser/problematikk. Det er derfor av avgjørende betydning at sykehjemstilbudet til denne gruppen mennesker tilpasses deres behov, og spesielt viktig er det å sikre tiltrengt kompetanse i arbeidet med dem også i sykehjem. I dette ligger behovet for å etablere et kompetent fagmiljø i arbeidet med målgruppen i sykehjem. Her fremheves vernepleierkompetansen som innehar særskilt kunnskap knyttet til observasjon av, og kommunikasjon med, utviklingshemmede. Likeledes vernepleierens tilhørende kunnskap knyttet til analytisk arbeid, tilretteleggingsstrategier og tilpassing av tiltak rundt målgruppen. Personer med utviklingshemming vil, som mange andre, profitere på å bo i et sykehjemsmiljø med tverrfaglig kompetanse. Vernepleierkompetansen bør inngå i dette miljøet og nyttes også for øvrige sykehjemsbeboere.

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

Det er en overordnet målsetting å sikre at personer med utviklingshemming gis samme muligheter og like rettigheter som befolkningen for øvrig. I dette ligger det også at utviklingshemmede, så lenge som mulig, skal kunne leve og bo selvstendig i egne hjem og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse. Bergen kommune yter tjenester til rundt 1200 utviklingshemmede. Like under halvparten bor i bofelleskap og litt over halvparten i avlastningsbolig, barnebolig, foreldrehjem eller egen bolig.

De fleste eldre utviklingshemmede i Bergen får sitt totale tjenestetilbud i bofelleskap der de har sine hjem, og skal få bo så lenge som mulig. I noen tilfeller får også utviklingshemmede behov for pleie- og omsorgstjenester i sykehjem, og i dag er det 16 personer med utviklingshemming som har langtidsplass i ordinære sykehjemsavdelinger i Bergen kommune.

Bergen kommune vil:

- Ha nødvendig kompetanse og plasser tilpasset utviklingshemmede
- Øke antall ansatte med vernepleierkompetanse på sykehjem som har brukere med utviklingshemming

4.4 PERSONER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

Kommunene har i dag ansvar for å gi bo- og tjenestetilbud til alle personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, da langtidsplassene i psykisk helsevern er avviklet. Noen i denne gruppen har også betydelige somatiske sykdommer, som krever tett medisinsk og pleiemessig oppfølging på døgnbasis. Personer som har hatt alvorlige psykiske lidelser over mange år, får og ofte alderdomssykdommer og -plager tidligere enn andre.

Bergen kommune har i dag en rekke godt tilrettelagte botilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser, så det er særlig der det generelle pleiebehovet og/eller kravet til medisinsk oppfølging er særlig stort, at tilbud i sykehjem er aktuelt. Denne gruppen krever en kompetanse som kan håndtere denne kombinasjonen av utfordringer.

Noen av beboerne kan også ha en adferd som kan være utfordrende å håndtere i et blandet beboermiljø. Dette var bakgrunnen for at det i 2005 ble etablert tre enheter på tre ulike sykehjem for denne gruppen, med til sammen 28 plasser. Plassene disponeres av Etat for psykisk helse og rustjenester. Sammen med de rundt 360 andre plassene i tilrettelagte botilbud innen psykisk helse, har dette vært svært viktige tilbud for den gruppen det gjelder.

Flere andre sykehjem har utfra beboersammensetningen de har, også funnet det hensiktsmessig å samle beboere med psykiske lidelser i egne boenheter. Disse plassene disponeres gjennom Etat for vurdering og rehabilitering i Byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet.

I dag kommer de fleste av beboerne til de 28 plassene fra andre bosituasjoner i kommunen. Derfor er det avgjørende at dette sykehjemstilbudet ses i sammenheng med andre tilrettelagte botilbud for personer med psykiske lidelser. Det er noen som venter lenge på dette spesielle tilbudet, og det kan også være utfordrende å ha nok kompetanse og ressurser hos de sykehjemmene som skal gi tilbudet. I et 5-års perspektiv bør det etableres nok en slik enhet med 8 – 10 plasser.

Det forventes at andelensykehjemsbeboere med demens diagnose og APSD¹⁶ vil øke betydelig i tiden fremover. I takt med at andelen eldre øker er det naturlig å tenke seg at også denne beboergruppen øker, og det vil være krevende å ivareta disse brukerne i egen bolig. Det er vanskelig å tallfeste behovet, men Bergen kommune har økt kapasiteten til denne målgruppen fra 16 til 24 plasser i 2020. For å imøtekomme fremtidige behov, vil Bergen kommune bygge sykehjem og boliger som lett kan tilpasses ulike grupper behov.

Bergen kommune vil:

- styrke kompetansen innen psykisk helse i sykehjemmene
- Sikre at personer med alvorlige psykiske lidelser skal ha samme tilgang til plass i sykehjem som resten av befolkningen, når det er det tilbudet som best dekker deres behov
- At det psykogeriatriske tilbudet i sykehjem innen 2025 økes med en ny enhet med 8 – 10 plasser
- Gjennom kompetansekartlegging og bevisst rekruttering sikre at de ansatte på sykehjemmene har den kunnskapen de trenger innen psykisk helse.

¹⁶ Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens

4.5 PERSONER MED STERKT NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Planen Omsorg med kunnskap inkluderer heldøgnsbemannede botilbud for personer med nedsatt funksjonsevne og store og sammensatte behov.

Nedsatt funksjonsevne forstås her som resultatet av et misforhold mellom enkeltmenneskers forutsetninger og samfunnets innretning. Personer med funksjonsnedsettelse er et samlebegrep som blir anvendt om ulike personer med forskjellige funksjonsnedsettelser. Funksjonsnedsettelse innebærer tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner.

Personer med sterkt nedsatt funksjonsevne har rett til å bo i eget hjem. I dag bor de fleste i denne gruppen i eget hjem og får tjenester fra hjemmesykepleien eller har Brukerstyrt 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.

I forbindelse med bygging av nytt Midtbygda sykehjem er det behov for å etablere et nytt bofellesskap for 16 unge fysisk funksjonshemmede som i dag bor i et bokollektiv i sykehjemanlegget. Planen for det nye bofellesskapet har vært å etablere det enten ved å kjøpe tilpassete arealer i et allerede planlagt byggeprosjekt, alternativt bygge det i egenregi på en tomt som allerede var regulert til riktig formål. Våren 2020 ble det avdekket behov for å øke arealet i de private boenhetene for å øke boligpreget, og anskaffelsesprosessen ble derfor stanset våren 2020. Status i prosjektet juni 2020 er at det søkes etter kommunale tomter og i det kommersielle markedet, som er regulert til riktig formål, slik at arbeidet med bofellesskapet kommer i gang så raskt som mulig.

Noen mennesker med funksjonshemming bor i sykehjem selv om de aldersmessig befinner seg langt fra de øvrige beboerne i sykehjemmet, og de trenger et annet tilbud enn de 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 botilbud for yngre med sterkt nedsatt funksjonsevne. Dette kan være bofellesskap som har gode ute- og fellesarealer og er utformet slik at det er lagt til rette for å ta imot besøk. For noen kan et byomfattende tilbud for brukergruppen være passende. For andre, og kanskje spesielt brukere med små barn, vil et tilbud i egen tilrettelagt bolig i nærmiljøet være viktigere enn nødvendigvis alderen på medbeboerne.

Det er en rekke utfordringer knyttet til god ivaretagelse av 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. Behandlingen kan være svært krevende faglig og ressursmessig, og det kan være utfordrende å gi behandlingen i brukernes eget hjem.

Bergen kommune vil:

- bygge boliganlegg med spesielt tilrettelagte løsninger for unge personer over 18 år med funksjonshemming

5. SATSINGSOMRÅDER

5.1 ERNÆRING

5.2 REHABILITERING OG KORTTIDSOPPHOLD

5.3 AKTIVE DAGER

5.4 PASIENTSIKKERHET OG TRYGGHETSSTANDARD PÅ SYKEHJEM

5.5 ETIKK

5.6 KJØNNS- OG SEKSUALITETSMANGFOLD

5.7 FREMTIDSRETTET BRUKER- OG PÅRØRENDEFOKUS

5.8 ÅNDELIG OMSORG

5.9 OMSORG VED LIVETS SLUTT

5.10 FORSKNING, KUNNSKAP OG KOMPETANSE

5.11 SMART OMSORG – SATSING PÅ VELFERDSTEKNOLOGI OG INNOVASJON

5.12 ULIKE BOFORMER

5.13 SYKEHJEM SOM FLERBRUKSHUS

5.14 SAMHANDLING

5.15 REGULERING AV SAMHANDLING MED DE PRIVAT-IDEELLE SYKEHJEMMENE

5.16 TILLIT OG FAGLIGHET

Tjenestene til brukerne i institusjoner og boliger med heldøgnsomsorg i Bergen kommune skal utformes i tråd med faglige anbefalinger og retningslinjer, nasjonale og lokale føringer og relevant lovverk. Brukermedvirkning skal alltid ivaretas: Personsentrert omsorg og brukernes rett til å bestemme over eget liv skal stå i fokus og medbestemmelse skal, så langt som mulig, praktiseres. Dette forutsetter at ansatte får kunnskap om brukernes individuelle preferanser,

kulturbakgrunn og livshistorier, noe som ikke minst er helt nødvendig for at ansatte skal kunne møte innvandrerbefolkningen og personer med minoritetsbakgrunn på en god måte.

I tråd med byrådet sitt ønske om å levere tjenester til eldre på en enda bedre måte, så er det viktig med en fortsatt satsing på pårørendesamarbeidet. Bergen kommune ønsker å bygge trygge og gode relasjoner med pårørende. Fremtidens helsetjenester må mobilisere ressurser hos både brukere, pårørende og helsearbeidere.

Tjenestene må ta utgangspunkt i det som er viktig for brukeren. Det skaper motivasjon og engasjement og er helsefremmende. Satsingen på *Gode pasientforløp* i norske kommuner er eksempel på en slik retningsendring.

Bergen kommune har også gått foran ved å ansette psykologer for å bidra til å bedre i våre sykehjemsbeboeres psykiske helse.

Helse- og omsorgstjenesten skal bidra til at innbyggerne har et godt liv. Livskvalitet er samtidig subjektivt og avhenger av flere faktorer. Å skape god livskvalitet for andre er utfordrende. Det er et mål at pleietrengende i institusjoner og boliger med heldøgnsbemanning i Bergen kommune skal oppleve at omgivelsene og personene de møter, støtter opp under den enkeltes evner til mestring og opplevelse av livskvalitet. Tilrettelagte omgivelser kan redusere hjelpebehovet og gjøre beboerne mer selvhjulpne, og hjelpemidler og velferdsteknologi kan være medvirkende faktorer til et godt liv. Like viktig er andre tiltak som ernæring, rehabilitering, aktiviteter og sosiale tiltak. Dette inngår i den nasjonale strategien *Aktiv omsorg*, som sier at en fremtidsrettet og god omsorgstjeneste må legge større vekt på aktivisering både sosialt og fysisk, gjennom mer tverrfaglige tilbud og økt oppmerksomhet om brukernes sosiale, eksistensielle og kulturelle behov.

5.1 ERNÆRING

Eldre som får i seg nok mat og riktig mat, har det bedre og holder seg friske lenger. Derfor er god mat og gode måltider en viktig del av den nye reformen for eldre

«Leve hele livet»

Mat og måltider har en viktig sosial, psykologisk og kulturell betydning i dagliglivet. Delikat mat i et hyggelig spisemiljø er en grunnleggende faktor for trivsel. Riktig og nok ernæring er avgjørende for å redusere risiko for sykdom og pasientskader (som f.eks. fall, infeksjon og sår), god livskvalitet og redusert pleiebehov. Det nytter ikke å tilby rehabilitering og aktiviteter dersom ernæringsstatus er dårlig. Som en del av pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten skal et ernæringsmessig fullgodt og helsefremmende kosthold være tilpasset den enkeltes behov.

Kommunen vil også sikre en bærekraftig utvikling når det gjelder mat. Det er viktig å redusere matsvinn, også i helsetjenesten. Dette både for å ivareta miljøperspektivet og for økonomiske besparelser.

Bergen kommunes utfordringsbilde og satsningsområde er fremover:

- brukerens ønsker for det gode måltid
- god ernæringspraksis og tilstrekkelig kompetanse
- et bærekraftig kjøkken

Brukerens ønsker for det gode måltid

Brukeren skal stå i sentrum i oppfølgingen av den enkeltes ernæringsstatus og behov. God dialog og samarbeid mellom helsepersonell, pasient og pårørende er avgjørende. Det ble i 2019 utført et prosjekt med å ansette matvert ved to sykehjem. Matvertene var dedikert i arbeidet rundt rett tilberedning av maten og godt spisemiljø og fikk satt i gang mange forbedringstiltak som hevet kvaliteten på måltidsituasjon. Et slikt effektivt virkemiddel for et kvalitetsløft er noe sykehjemsetaten ønsker å bruke videre, for å sikre riktig og innbydende slutttilberedning av måltidene.

Det utføres ukentlig smakspanel av middagsmat som serveres i sykehjemmene, og halvårlig gjennomgang av menyene, hvor både kokker, helsepersonell og bruker er representert. Dette vil bli satset på videre, og det vil bli gjennomført brukerundersøkelse av mat og måltider i sykehjem.

De fleste sykehjem og omsorg pluss-anlegg i Bergen får i dag levert middag av ekstern leverandør, foruten tre sykehjem som har eget kjøkken og tre sykehjem som får middag levert fra Helse Bergens Hospitaldrift matforsyning. Avtalene med leverandør utløper i mai 2022, og det utredes nå ulike løsninger for fremtidig kjøkkenstruktur. Alternativene som foreligger er egenregi ved at det etableres et kommunalt produksjonskjøkken, reetablering av kjøkken på sykehjemmene eller en videreføring av innkjøpsløsning. Det kan også være et alternativ å velge en kombinasjon av disse. Det er også et ønske å videreføre beredskapsavtalen med Helse Bergen HF om levering av middag og ernærings samarbeid.

God ernæringspraksis og tilstrekkelig kompetanse

Ernæringsarbeid innebærer langt mer enn gode måltidsopplevelser. Like viktig er det å vurdere forhold som påvirker næringsbehov og evne til å spise. Bergen kommune har arbeidet systematisk med å innføre risikovurdering av underernæring i tjenestene til eldre og syke siden 2009 og har gode rutiner for dette. Det videre arbeidet med å iverksette individrettede tiltak og ernæringsplaner, for å forebygge og behandle under- og feilernæring hos eldre. For å sikre et systematisk og individtilpasset ernæringsoppfølging, må det kompetansehevende tiltak til. Det er et mål å styrke tjenesten med klinisk ernæringsfysiolog, som beskrevet i *Handlingsplan for mat, måltider og ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten 2018–2023 Maten servert*.

Et bærekraftig kjøkken

Også helseinstitusjoner skal bidra i arbeidet med å sikre bærekraftig matproduksjon og forbruk. Andre kommuner som har hatt prosjekter med å redusere matsvinn i tjenestene, har oppnådd betydelig reduksjon i matsvinn og dermed også innkjøp av mat, hvilket bidrar til redusert klimaavtrykk og kostnadsbesparelser. Fra 2020 vil reduksjon i matsvinn være et større satsningsområde i sykehjemsetaten. Det er også et mål for byrådet å redusere kjøttforbruket i kommunale institusjoner.

På trappene står også en ny nasjonal ernæringsstrategi for eldre som mottar tjenester i hjem og sykehjem, som Bergen kommune vil bruke videre til å utvikle ernæringsarbeidet i tjenesten.

Bergen kommune vil:

- lage en plan for å sikre at slutttilberedning av middag skal ivaretas slik at maten smaker godt og har god kvalitet. Tiltakene skal evalueres. Ved manglende forbedring, skal nye tiltak iverksettes
- gjennomføre brukerundersøkelser
- satse på måltidsfellesskap gjennom å bygge kafé/kantine på nye sykehjem, og prøve ut frivillige spisevenner i sykehjem
- styrke etaten med klinisk ernæringsfysiolog for å kvalitetssikre og forbedre både det systematiske og individrettede måltids- og ernæringsarbeidet
- sikre at ansatte har kompetanse i hvordan matsvinn kan reduseres
- jobbe for å redusere kjøttforbruket i kommunale institusjoner

5.2 REHABILITERING OG KORTTIDSOPPHOLD

Tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell er viktig når en person skal rehabiliteres. Flere med behov for omfattende behandling og rehabilitering skrives ut fra sykehus tidligere enn før. En styrket tverrfaglig innsats i korttidsavdelingene vil bidra til å gjøre den enkelte bruker bedre forberedt på hjemreisen og bedre i stand til å klare seg hjemme med mindre hjelp.

Sykepleie, ergo- og fysioterapi skal være tilgjengelig for beboere med både kort- og langtidsplasser i sykehjem. De fleste enheter har faste ergo- og fysioterapeuter, som har ansvar for å yte tjenester til hver sine sykehjem. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet og trening har god effekt også ved høy alder og svekket funksjonsnivå.

Nivået på tilbudet skjer etter individuell vurdering av beboernes behov. Noen brukere har behov for opptrening flere timer per uke. Brukere på rehabiliteringsavdelingene prioriteres høyt ved at alle får individuell vurdering og tilbud om tjenester i et omfang tilpasset den enkeltes rehabiliteringspotensial.

Spesielt kritisk er overgangsfasen ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til kommunens tjenester, og ved utskrivning fra korttidsopphold på sykehjem til eget hjem. Ergo- og fysioterapeuter er ikke ansatt i Etat for sykehjem, men i Etat for helsetjenester. To etater må dermed samarbeide for å gi brukerne på sykehjemmene et godt tverrfaglig tilbud. Gjennom

den tverrfaglige arbeidsmodellen «Vel Hjem» på somatiske korttidsavdelinger i sykehjem er ergo- og fysioterapiressursene blitt styrket, og det er laget tydelige samarbeidsrutiner og ansvarsfordeling. Det skal sikres mest mulig likeverdige tilbud til alle korttidspasienter og gode og helhetlige pasientforløp.

Bergen kommune vil:

- implementere *Vel hjem* på alle korttidsavdelinger i sykehjem
- styrke dialogen mellom ulike kommunale tjenester (fastlege, hjemmesykepleie mfl.) og spesialisthelsetjenesten gjennom standardiserte prosedyrer.

5.3 AKTIVE DAGER

Personer med behov for omsorgstjenester har rett til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse. Byrådet vil jf. den nasjonale satsingen fortsatt vektlegge aktiv omsorg. Tilbudet om aktivitet i sykehjem skal utformes ut fra den enkelte beboers behov, interesser og ønsker.

Mestring av hverdagsaktivitet er viktig for å opprettholde funksjonsnivå og selvstendighet hos alle mennesker. Beboerne i sykehjemmene skal derfor i størst mulig grad få anledning til å utføre vanlige hverdagsaktiviteter selv. Det er og et mål at brukere deltar i planleggingen av fellesaktiviteter.

Aktivitet- og frivillighetskoordinatorene er viktige ressurser i sykehjemmene. Bergen kommune vil at fysisk aktivitet skal ha stor plass i heldøgns bemannede botilbud. Det innebærer at de fysiske omgivelsene må være tilrettelagt for at beboerne kan bevege seg. Overbygg og skjermede hager med varmekabler kan bidra til aktivitet året rundt.

Midtbygda sykehjem ble i 2019 sertifisert til et livsgledehjem. I forlengelse av dette har Etat for sykehjem utviklet en egen satsing som skal bidra til gode liv på sykehjemmene. Med utgangspunkt i livshistorien til den enkelte, skal beboeren få hjelp til å ivareta sine interesser. Sykehjemmene legger til rette for generasjonsmøter, tilbud om kontakt med dyr, egne klubber, bruk av frivillige og pårørende og kontakt med mennesker som har betydd mye for pasienten tidligere.

I tillegg til hverdagsaktivitetene, har sykehjemmene tilbud om en rekke fysiske og kulturelle aktiviteter. Sykkel-filmprosjektet har økt beboernes fysiske aktivitet betraktelig. Alle beboerne har nå tilgang til ergometersykler hvor de sykler til filmer fra kjente omgivelser på storskjerm. I forlengelsen av dette ble sykkelvertprosjektet etablert i 2018. Sykkelvertene motiverer beboerne gjennom sykkeløktene.

Ansatte og frivillige arrangerer årlige Olympiske Leker for Bergenssykehjemmene. Deltakerne konkurrerer i rickshawsykkelløp, rullatorløp og kakebaking. I 2019 deltok 370 personer fra 24 sykehjem. Det er ønskelig å utvide arrangementet med eldre deltakere som ikke bor i sykehjem.

Den årlige fotballkampen på Brann Stadion er også et populært arrangement for sportsglade eldre. Arrangementet er et samarbeid med Sportsklubben Brann, gatelaget til Brann og

næringslivet, og deltakerne får tilgang til VIP-lokalene, samt kaffe pølser og is til reduserte priser.

I tillegg til samarbeid med flere frivillige organisasjoner, samarbeider aktivitets- og frivillighetskoordinatorene om felles aktiviteter for beboerne på tvers av sykehjem. Det arrangeres blant annet sommerfestival, veteranbiltreff og andre tilstelninger.

Koordinatorstillingene har også muliggjort gjennomføring av spontane aktiviteter på initiativ fra samfunnsaktører som har ønsket å tilby opplevelser for eldre.

Gjennom tilbud som for eksempel "Den kulturelle spaserstokken" kan beboere også få nyte godt av profesjonell kunst og kultur. «Den kulturelle spaserstokken» er en tverrfaglig satsing med samarbeid mellom helsefaglig og kulturfaglig kompetanse og ressurser. Det stilles krav om kunstnerisk/kulturfaglig profesjonalitet og kvalitet til bidragsyterne til ordningen. Det skal også være god bredde i sjangre. Målet er å gi eldre bedre mulighet til deltakelse, refleksjon og kreativ utfoldelse, og på den måten også bidra til økt livskvalitet. Tiltaket retter seg særlig mot dem som av ulike grunner har problemer med å oppsøke kulturtilbud utenfor sitt nærmiljø. Stadig flere kunst- og kulturtilbud finnes nå også tilgjengelig via digitale plattformer, slik som for eksempel Bergen Filharmoniske Orkesters «bergenphillive.no», hvor orkesterets konserter ligger offentlig tilgjengelig for strømming. Gjennom å tilrettelegge for strømming kan kunst- og kulturopplevelser i enda større grad bli et positivt innslag i hverdagen, for de av beboerne som måtte ønske det.

Bergen kommune vil:

- implementere sykkelvertordningen fra prosjekt til en fast ordning med mål om å få til et komprimert utdanningsløp for deltakerne fra introduksjonscenteret og NAV, slik at de kan bli helsefagarbeidere på 2,5 år
- sikre at brukere får delta i planlegging av fellesaktiviteter
- utvide samarbeid mellom skoler og barnehager, øke antall frivillige
- videreføre OL på sykehjem

5.3.1 MUSIKKTERAPI

Bergen kommune har også musikkrelaterte aktivitetstilbud i sykehjemmene. Flere studier har vist at riktig bruk av musikk kan være gode miljøtiltak for urolige pasienter med demenslidelser. Musikk benyttes for eksempel ved uro hos beboere. I tillegg brukes musikk til trim i kaféene eller til kulturelle formål. Musikterapi gir muligheter for kommunikasjon og deltagelse også for pasienter som har mistet muligheten for språklig kommunikasjon. Grieg akademiets senter for musikkterapiforskning (GAMUT) og Bergen kommune samarbeider i et prosjekt for å få mer kunnskap om bruk av musikk og musikkterapi i møte med urolige og/eller agiterte personer med demens.

Bruk av musikk og musikkterapi har vist seg å redusere agitasjon, depresjon, medikamentbruk og utagering, og forbedre livskvalitet, sosiale relasjoner og humør.

Brean, A., Skeie, G.O. (2018): Musikk og hjernen. Cappelen Damm

Musikkterapeutene tilbyr musikkterapi individuelt og i grupper. I tillegg gir de opplæring og veileder personalet. *Musikken for meg* er en tilpasning av det nasjonale opplæringsprogrammet *Musikkbasert miljøbehandling*. Dette er et opplæringsprogram for ansatte, der helsepersonell og musikkterapeuter samarbeider om musikktiltak for personer med demens ved hjelp av velferdsteknologi.

Hensikten med *Musikken for meg* er å gi personalet et verktøy som de kan benytte i egen arbeidshverdag. Dette er ment som et behandlingstiltak som innebærer å bruke musikk systematisk f.eks. for å imøtekomme Kari Normann i et krevende morgenstell, Ola Normann som er urolig og vandrer mye, eller Knut Normann som er sterkt preget av angst og depresjon. Beboerne har egne nettbrett, høyttalere og musikkabonnement som del av behandlingstiltakene i *Musikken for meg*.

Musikkterapeutene har spilt inn treningsvideoer, laget sanghefter, quiz m.m., som er distribuert til både kommunale og private sykehjem. Musikkterapeutene bidrar også med tips til aktiviteter som personalet kan gjennomføre med beboerne.

Bergen kommune vil:

- at musikkterapi blir tilgjengelig for de sykehjemsbeboerne som trenger og ønsker det
- at *Musikken for meg* skal bli et effektivt og kvalitetssikret verktøy for personalet i sykehjem
- tilby opplæring for pleiepersonell og pårørende i bruk av musikk som miljøtiltak
- utvide ordningen med musikkterapeuter på sykehjemmene

5.3.2 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 ideelle og frivillige 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 arbeider med å utløse de ressurser som ligger hos frivillige, foreninger, nærmiljø og ikke minst hos brukerne og de pårørende. Eksempler på frivillig innsats er en-til-en-kontakt med brukerne, som for eksempel i form av turvenner og besøksvenner, frokosthjelpere, dugnadsarbeid, kulturelle bidrag og underholdning og ved sykehjemmene. Bergen kommune ønsker å bringe sammen offentlig sektor og sivilsamfunnet og skape relasjoner mellom nærmiljø, brukere, pårørende og frivillige.

I Bergen kommune er det godt samarbeid mellom sykehjem, skoler, barnehager og pensjonister, frivillige organisasjoner, lag og foreninger, og menigheter. I 2019 bidro over 560 frivillige fordelt på 31 sykehjem i Bergen Kommune. Rundt halvparten av befolkningen deltar i frivillig arbeid, men kun rundt 10 prosent av frivilligheten skjer innenfor omsorgssektoren. Det kreves aktiv innsats for å rekruttere, motivere og beholde frivillige. Synliggjøring og anerkjennelse av frivillig innsats er en viktig del av dette arbeidet.

Sykehjemmenes nettsider gir informasjon om arbeid med frivillighet og aktiviteter. I tillegg til Facebook sider, har flere sykehjem også skjermer i fellesarealene som viser bl.a. aktivitetsoversikt og praktisk informasjon om hvordan man melder seg som frivillig. En god digital plattform som samler all informasjon om frivillighet, møteplasser og arrangementer på et sted er ønskelig å få etablert. Det kan gjøre det enklere for kommunens innbyggere å se hvor man kan bidra som frivillig. Antallet frivillige på sykehjem som har ansatt aktivitets- og frivillighetskoordinatorene har økt og blant annet bidratt til opprettelse av en frivillig våketjeneste for døende. Bergen Røde Kors sykehjem har utviklet et eget kurstilbud og tilbyr opplæring for både de frivillige og sykehjemmene.

Bergen kommune vil:

- sikre faglig kompetanse hos aktivitet- og frivillighetskoordinator
- få på plass en god oversikt på nett som gjør det enklere å rekruttere frivillige, eventuelt ved å benytte en digital plattform med samlet informasjon om frivillighet, møteplasser og arrangementer
- utvide ordningen med aktivitets- og frivillighetsledere på sykehjem

5.4 PASIENTSIKKERHET OG TRYGGHETSSTANDARD PÅ SYKEHJEM

I trygge hender 24-7 drives av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet og skal bidra til å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Målet er å redusere pasientskader, bygge varig struktur for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. For å lykkes med forbedringsarbeid anbefales det at samtlige nivåer i helsetjenesten og aktuelle yrkesgrupper har kompetanse i forbedringsarbeid.

Etat for sykehjem har de siste årene jobbet for å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten. Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring legger til rette for at kravene i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring etterleves. Pasientsikkerhet skal integreres i styringslinjen og for å lykkes er kompetanseheving i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring nødvendig.

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 til enhver tid får den beste behandlingen, og hindre unødvendige innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Forskningsprosjektet IMPAKT ledet av Høgskolen på Vestlandet (HVL), ved Senter for kunnskapsbasert praksis, forsker på implementering av ny kunnskap i sykehjem i Bergen. Hensikten er å bli bedre kjent med sykehjem som helsetjenestestetting og sammen med de som jobber der utvikle og evaluere en tiltakspakke for å implementere kunnskapsbasert praksis.

Forskning viser at tannhelse er en viktig indikator for allmenn helsetilstand. Eldre, langtidssyke og uføre som bor på institusjon har rett til gratis tannbehandling. Den offentlige tannhelsetjenesten i Vestland skal gi beboerne tilbud om tannbehandling. Tannhelsetjenesten skal også gi opplæring til helsepersonell, slik at de får oppdatert kunnskap om hvordan de kan hjelpe beboeren til en god munn- og tannhelse.

Det er også utarbeidet retningslinjer og prosedyrer for ulike deler av pasientbehandlingen i sykehjem. Som eksempler kan nevnes: retningslinjer for ernæring, forebygging av fall, innkomstsamtale, sårbehandling og legemiddelhåndtering. Gjennomføring og avvik registreres slik at det kan settes inn tiltak ved manglende måloppnåelse.

Alle sykehjemmene har etisk refleksjon på sin dagsorden. Gjennom etisk refleksjon skal vi kunne finne de beste handlingsalternativene, både når det gjelder de store, viktige tema og i de små situasjonene i hverdagen hvor det er svært viktig å ha god moralsk handlingsevne.

Risikovurderinger og god oversikt over uønskede hendelser og avvik er viktig. En risikovurdering gjøres for å få frem hva som kan gå galt, hva vi kan gjøre for å forhindre dette og hva vi kan gjøre for å redusere konsekvensene dersom noe går galt. Alle uønskede hendelser og avvik skal meldes inn i kvalitetsstyringssystemet slik at årsaken til at avvik oppstår kan fjernes. Uønskede hendelser, avvik og risikovurderinger rapporteres på aggregert nivå til Etatens kvalitetsutvalg og videre fra etat til byrådsavdelingens sentrale kvalitetsutvalg. Rapportene bidrar til at kommunens ledelse skal være godt kjent med status i tjenestene. 1. januar 2020 tok etaten i bruk Bergen kommunes nye kvalitetsstyringssystem *BK kvalitet*. Systemet letter arbeidet med å melde inn, behandle, holde oversikt og ta ut statistikk over uønskede hendelser og avvik.

Nasjonalt forberedes innføring av *Én innbygger, én journal – Akson*. Dette vil bli et stort løft for å få et pasientjournalssystem som sikrer at helsepersonell har tilgang til nødvendig informasjon om den enkelte pasient. Samtidig skal journalsystemet i større grad understøtte arbeidsprosessene.

Bergen kommune vil:

- aktivt jobbe med systematisk forbedringsarbeid

5.4.1 LEGEMIDDELHÅNTERING

Legemiddelpraksis i sykehjem er definert i legemiddeloven, helsepersonelloven, forskrift om legemidler, forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, og retningslinjer for legemiddelhåndtering i Bergen kommune.

Mange sykehjemsbeboerne har flere sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Legemiddelbruk i kombinasjon med høy alder, ulik grad av kognitiv svikt og nedsatt funksjonsnivå gjør denne gruppen til en risikogruppe for både over- og underforbruk av legemidler og bivirkninger.

I Bergen kommune er antall faste legemidler i snitt 6,76 hos beboere med langtidsplass i institusjon. Siden eldre er mer sårbare for legemiddelrelaterte problemer, er dette en gruppe som det bør fokuseres på når en snakker om legemidler og polyfarmasi¹⁷.

Enhet for sykehjemsmedisin lager oversikt på legemiddelbruk på kommunale sykehjem hvert kvartal. Enheten overvåker bruken av preparater og grupper av legemidler, og gir konkret veiledning til sykehjemslegene ved behov.

I 2020 innførte kommunen et nytt elektronisk avvikssystem for å melde avvik i legemiddelhåndteringen. Farmasøyt i sykehjemsetaten fører statistikk og følger opp avvikene. Dette gir en oversikt på hvor det er behov for systematisk forbedringsarbeid når det gjelder legemiddelhåndtering på institusjonene. Pasienters legemiddellister gjennomgås regelmessig for å finne frem til faktiske og riktige medisiner.

Bergen kommune er pilotkommune i et viktig nasjonalt tiltak som innebærer at det skal etableres én elektronisk legemiddelliste per pasient. (PPL). Målsettingen er at alle nivåer i helsetjenesten skal ha én felles kilde for legemiddelinformasjon på tvers av kommuner og helseforetak. Det betyr at legen som behandler pasienten kan dele opplysninger slik at sykehusleger, fastleger, legevakter, sykehjem og hjemmesykepleie kan få tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelliste. På den måten kan man både øke pasientsikkerheten ved å få riktig legemiddelliste og spare tid og ressurser i ulike deler av helsevesenet. Det nasjonale

¹⁷ Polyfarmasi er anvendelse av mange legemidler, ofte overdrevent eller unødig. Kilde: Store medisinske leksikon

prosjektet ledes av prosjektleder fra Direktoratet for e-helse, og det vil etableres to delprosjekter, ett for Bergen kommune og ett for Helse vest.

Bergen kommune vil:

- ansette prosjektleder til å lede Bergen kommunes delprosjekt i utprøving av Pasientens legemiddelliste (PLL)
- sikre gjennomføring av pilot i det nasjonale prosjektet tillagt Bergen kommune
- delta og bidra i fremtidige forskningsprosjekt innen legemiddelhåndtering



5.4.2 SMITTEVERN I SYKEHJEM

Risikoen for infeksjoner øker med alder, samtidig som konsekvensene av en infeksjon er større for eldre personer. Til enhver tid vil 5–10 prosent av beboere og pasienter i norske sykehjem være rammet av infeksjonssykdom. Sykehjemsinfeksjoner er en hyppig årsak til innleggelse i sykehus og er assosiert med høy sykkelighet og dødelighet.

Flere lover og forskrifter, nasjonale anbefalinger og retningslinjer legger føringer for smittevernarbeidet sammen med pandemiplan for Bergen kommune. Alle helseinstitusjoner har rutiner for infeksjonsforebygging og overvåkning. Etat for sykehjem har utarbeidet infeksjonskontrollprogram for sykehjem i Bergen.

Smittevern er et komplekst og sammensatt fagområde. Smittevern i helseinstitusjoner spenner fra god praksis på individnivå til tekniske, ressursmessige og økonomiske forhold knyttet til institusjonsbygg og utstyr. Et godt smittevern er også avhengig av god ledelse, et godt kunnskapsgrunnlag, digital infrastruktur og gode helseregistre.

Målsettingen med systematisk smittevernarbeid i sykehjem er å sikre at arbeidet ved institusjonene organiseres og tilrettelegges på en slik måte at pasienter og helsepersonell ikke utsettes for unødig risiko for infeksjonssykdom. Infeksjoner blant beboere og personalet skal forebygges og begrenses og smittespredning hindres. Infeksjonsovervåkingen skal fungere slik at eventuelle infeksjonsutbrudd oppdages tidlig og håndteres adekvat.

Etat for sykehjem har de siste årene jobbet målrettet med forbedring av infeksjonsbehandlingen i sykehjem, og gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* har flere sykehjem fokusert på forebygging av urinveisinfeksjoner. Jevnlig undervisning i smittevern og infeksjonssykdommer har vært gjennomført, både for leger, sykepleiere og pleiepersonell.

Et godt smittevern er også avgjørende for å håndtere antibiotikaresistens. Godt smittevern begrenser spredningen av resistente mikrober og forebygger infeksjoner, og dermed reduseres behovet for antibiotikabehandling. Ulike kilder benyttes for best mulig diagnostikk og behandling av infeksjonssykdommer i sykehjem, deriblant nasjonale retningslinjer og en egen metodebok i sykehjemsmedisin med fokus på behandling av de vanligste infeksjonssykdommene i sykehjem.

Organisering av legetjenesten bidrar også til et styrket fokus på smittevernarbeid. Legetjenesten i sykehjem i Bergen er organisert i egen avdeling, der ledergruppen består av enhetsleder og tre teamoverleger, som har det faglige ansvaret for legetjenesten i hver sin geografiske sektor (team). Teamoverlegen er tilgjengelig for telefonisk og stedlig veiledning i sin sektor og har også et ansvar for håndtering av eventuelle infeksjonsutbrudd. I tillegg til journalsystemet *Profil*, benytter de kommunale sykehjemmene *Geriatrisk Basis Datasett* (GBD) som er et beslutningsstøttesystem. Systemet gir god oversikt over blant annet antibiotikabruk og forekomst av ulike infeksjonstyper ved sykehjemmene.

Vaksinasjon av beboere og helsepersonell er også et viktig forebyggende tiltak for å redusere smitte. Vaksinasjon mot influensa og pneumokokker reduserer sykdom og dødelighet, og tilbys til beboere i sykehjem og langtidsinstitusjoner. Influensavaksiner skal etter planen tas i bruk for særlig utsatte eldre etter anbefaling fra Folkehelseinstituttet.

Helsepersonell med pasientkontakt oppfordres til årlig influensavaksinasjon i tråd med Folkehelseinstituttets (FHI) anbefalinger. I *Handlingsplan for et bedre smittevern* er det et delmål at 75 prosent av ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten blir vaksinert mot sesonginfluensa.

Smitteverntiltak og covid-19

Godt basalt smittevern og forsterkede smitteverntiltak når dette er nødvendig er hjørnesteinene i forebygging og begrenning av alle epidemiske infeksjonssykdommer, inkludert covid-19. Selv med gode retningslinjer for forebygging og håndtering av covid-19, har vi hatt flere tilfeller i bergenske sykehjem, med høy dødelighet blant beboerne. Det er etablert et koronateam som skal bistå leder ved sykehjem ved utbrudd av covid-19.

Ved eventuelle nye tilfeller av covid-19 blant ansatte og/eller beboere, vil Etat for sykehjem raskt opprette kontakt med smittevern for å gjennomføre koronavirus testing av ansatte og

beboere ved sykehjemmet der coronavirus er påvist. Bergen kommune skal følge de til enhver tid gjeldende retningslinjer som utarbeides av FHI.

Utbrudd medfører også at ansatte settes i karantene. Det er laget planer for hvordan fravær blant personalet skal forebygges og håndteres, slik at forsvarlig drift kan sikres i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

Det er et kontinuerlig fokus på god hånd- og hostehygiene, grundig renhold og desinfeksjon og korrekt bruk av beskyttelsesutstyr. Fremover vil det også være fokus på kompetanseheving innen smittevern.

Bergen kommune vil:

- sikre god kompetanse om smittevern hos medarbeidere ved kommunale og private sykehjem gjennom undervisning i basalt smittevern og teoretisk og praktisk undervisning i korrekt bruk av beskyttelsesutstyr
- videreutvikle infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner i Bergen kommune
- styrke samarbeidet om smittevern mellom sykehjemsleger, teamoverleger og kommunal smittevernoverlege
- etterleve nasjonale anbefalinger som gis av helsemyndighetene
- videreutvikle og implementere rutiner for tidlig varsling av smitteutbrudd, og bedre infeksjonsovervåkingen slik at forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner reduseres
- oppfordre medarbeidere som har direkte pasientkontakt til årlig influensavaksine, og sikre god vaksinedekning blant sykehjemsbeboere
- øke oppmerksomhet om verdens håndhygienedag 5. mai ved sykehjemmene
- vurdere bygningsmessige smitteverntiltak i både nye byggeprosjekt og ved rehabilitering av eldre institusjoner
- vurdere bygningsmessige justeringer for å forebygge smittespredning

5.5 ETIKK

Etikk søker å besvare spørsmål som: «Hva er godt?», «Hva er det rette?» og «Hvordan bør man oppføre seg?». Etikk er en norm som hver enkelt legger til grunn for ord og handlinger. Å reflektere over egen praksis og systematisk vurdere om det er andre og bedre måter å gjøre ting på, er viktig for helsepersonell. Etisk refleksjon kan bidra til at våre handlinger til enhver tid både er i samsvar med lover, forskrifter, retningslinjer og våre felles verdier og normer. «Kompetent, åpen, pålitelig og samfunnsengasjert», dette er overordnede verdier i Bergen kommune, verdier som skal være rettleidende for kommunens ansatte. Ansatte trenger kompetanse og etisk bevissthet for å gi beboerne god omsorg, pleie og behandling. Etisk refleksjon er en forutsetning for å realisere felles verdier. Etiske refleksjon tar utgangspunkt i brukernes og pårørendes situasjon. Etiske problemstillinger må vurderes ut fra både brukers, pårørendes og ansattes perspektiver slik at vi gjør det som er rett.

Bergen kommune skal i planperioden arbeide for at brukermedvirkning og samarbeid med pårørende blir satt i system. Ledere er etikkansvarlige og har et særskilt ansvar for å etablere en kultur for etisk refleksjon og skal sørge for at etikk blir systematisert og integrert i det daglige arbeid.

Bergen kommune vil:

- sikre at ledere får opplæring i etikkarbeid og gjennomfører etisk refleksjon
- sikre at etikkveiledere får opplæring innen etisk veiledning og bruk av etikkverktøy og være pådrivere for etisk refleksjon hos de ansatte

5.6 KJØNNS- OG SEKSUALITETSMANGFOLD

Likestilling- og diskrimineringsloven av 2017 verner mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Loven forbyr handlinger og ytringer som er krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende. Byrådets politiske plattform er klar på dette: «All diskriminering av mennesker som bryter med normer for kjønn og seksualitet er uakseptabel. Ingen skal oppleve diskriminering på grunn av sin seksuelle orientering, sitt kjønnsuttrykk eller sin kjønnsidentitet». Ansatte i eldreomsorgen skal ha nødvendig kompetanse for å møte tjenestemottakere som bryter med normer for kjønn og seksualitet.

Eldre LHBTI-personer er oftere barnløse og enslige enn majoritetsbefolkningen. Noen har mistet kontakt med familien som en direkte følge av sin seksuelle orientering eller kjønnsidentitet. Det er en fare for at enkelte går tilbake i «skapet» når de kommer i kontakt med offentlige hjelpetiltak. Det er viktig at det er en kunnskap og åpenhet omkring dette temaet i helse- og omsorgstjenester rettet inn mot eldre. Ansatte i tjenestene bør i størst mulig grad stille åpne og inkluderende spørsmål til brukerne og være bevisste at ikke alle er heterofile. FRI Hordaland har en egen seniorgruppe og denne vil kunne være en samarbeidspartner for kommunen rundt dette temaet.

Bergen kommune vil:

- bygge opp kompetanse hos ansatte om mangfold, likeverdige tjenester og inkluderende arbeidsmiljø
- at ansatte og tjenester skal møte beboere med aksept, respekt, åpenhet og verdighet.

5.7 FREMTIDSRETTET BRUKER- OG PÅRØRENDEFOKUS GENERELL DEL

Bergen kommune skal bidra til at personer med hjelpebehov kan bo så lenge de ønsker i eget hjem. Med bakgrunn i demografiske endringer, forventet knapphet av fagutdannet personell

og flere oppgaver for kommunehelsetjenesten, er det derfor særlig nødvendig å videreutvikle samarbeidet mellom den offentlige og uformelle omsorgen.

Pårørendes innsats har stor betydning for samfunnet, da familie og sosialt nettverk utfører nesten like mange årsverk som kommunale tjenester innen omsorg¹⁸. Studier og nasjonale føringer peker på at det er behov for og et stort potensial for å bedre samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenesten og pårørende^{19 20 21 22 23}.

Pårørende har kunnskap om brukeren sitt liv, og representerer derfor en viktig ressurs som helsepersonell bør dra nytte av. Pårørende har ulike og situasjonsbestemte roller. De kan være kunnskapskilde og representant for brukere i møte med helsepersonell, samt også omsorgsgiver og nærmiljø for brukeren. Hvordan og i hvilken grad pårørende kan involveres avhenger av muligheter den enkelte pårørende har i sin hverdag og livssituasjon.

Bergen kommune ønsker å videreutvikle og styrke samarbeidet med pårørende på individ-, tjeneste og systemnivå. Møtet mellom bruker, pårørende og helse- og omsorgstjenesten skal være preget av god informasjon og forutsigbar dialog. Bergen kommune skal bruke pårørende sin kunnskap og innsikt i planlegging, utvikling og drift av dagens og fremtidens tjenester

Bergen kommune har utarbeidet egen plan for barn som pårørende. Kapittelet avgrenses derfor til å omhandle samarbeid med voksne pårørende til personer som mottar helse- og omsorgstjenester i Bergen kommune.

1.1 Pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens ansvar

Pårørendes rettigheter er i hovedsak lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven ulike kapitler²⁴. Her er det også regulert begrensninger i kontakten mellom helsetjenesten og pårørende, som først og fremst er begrunnet i hensynet til brukerens personvern, rett til selvbestemmelse og tillitsforholdet mellom helsepersonell og bruker²⁵. Ansvar til helse- og omsorgstjenestene i kommunen er regulert i andre lovverk og forskrifter²⁶.

¹⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020.

¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

²⁰ Bøhn BH, Medbøen IT, Langballe EM, Totland TH (2017). Lev hele livet- delprosjekt 5: Pårørende til eldre- oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

²¹ Helsedirektoratet (2015). Barn som pårørende- resultater fra en multisenterstudie. ISO522

²² Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Oppland (2018). Helhetlig pårørendearbeid. USHT-prosjekt 2017/2018. Gjøvik kommune (sluttrapport 23.04.2018)

²³ Bergland og Hestetun 2003, Langedal E. 2012, Tveit 2015

²⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), sist endret i 2019

²⁵ Bøckmann K., Kjelleevold A. 2010. *Pårørende i helsetjenesten –en klinisk og juridisk innføring*. Oslo: Fagbokforlaget

²⁶ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011), Lov om helsepersonell (1999), [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(2016\)](#)

1.1.1 Hvem er nærmeste pårørende?

Brukeren bestemmer selv hvem som er nærmeste pårørende og kan velge flere pårørende dersom det er ønskelig. Nærmeste pårørende har større rettigheter enn andre pårørende med hensyn til informasjon, samtykke, journalinnsyn og klage.

Brukere har rett til informasjon og rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Bruker bestemmer som hovedregel over sine egne helseopplysninger og brukerens åpenhet overfor pårørende er nøkkelen til involvering av pårørende. Helsepersonell skal som utgangspunkt be om brukerens samtykke før de gir pårørende opplysninger om brukerens helsetilstand, helsehjelp og andre personlige opplysninger. Samtykket fra bruker avgjør hvilken informasjon nærmeste pårørende har rett på, for eksempel hvilke deler av journalen pårørende har rett til innsyn i. De nærmeste pårørende til brukere uten samtykkekompetanse har også rett til å medvirke sammen med brukeren.

1.1.2. Pårørendes rettigheter

Pårørendes rett til veiledning og informasjon

Pårørende har rett til generell veiledning og informasjon når de henvender seg til helsetjenesten (f.eks. kontaktinformasjon til helsetjenesten, rutiner, saksbehandling og rettigheter, tilbud til pårørende, informasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner).

Rett til opplæring og veiledning for pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid

Veiledningen og opplæringen skal gjøre pårørende i stand til å ivareta omsorgsmottakeren på en god måte og hjelpe pårørende til å ivareta egen helse- og livssituasjon.

Pårørendes rett til avlastningstiltak

Pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver kan ha rett til kommunale avlastningstiltak for å lette omsorgsbyrden, for eksempel praktisk bistand, tilbud på dagsenter og velferdsteknologi som varsling og lokaliseringssystemer. Kommunen kan ikke kreve egenbetaling for avlastning.

Pårørendes rett til involvering ved helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp

Hvis pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp finnes det regler for hvordan nærmeste pårørende skal involveres, særlig gjelder dette ved vedtak om tvang overfor rusmiddelavhengige og tvungent psykisk helsevern²⁷. Pårørende er en viktig ressurs i behandlingen av personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Jo sykere brukeren er, desto viktigere er det at pårørende involveres og desto sterkere rettigheter har pårørende.

²⁷ Veileder for støtte og involvering av pårørende i helse- og omsorgstjenesten kap. 4.

www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/involvere-parorende-i-utredning-behandling-og-oppfolging-av-pasient-eller-bruiker/involvering-av-parorende-ved-vedtak-om-tvang

Rett til å representere en bruker som ikke kan ivareta seg selv

Når en bruker over 16 år ikke kan ivareta sine egne interesser, har nærmeste pårørende rett til nødvendig informasjon som gjør det mulig å få innsikt i helsetilstanden til brukeren og innholdet i helsehjelpen slik at brukers rettigheter og interesser kan sikres.

Hvert fylke har pasient- og brukerombud som kan gi pasienter og pårørende råd, veiledning og informasjon om pasientrettigheter. Ordningen med pasient- og brukerombud er statlig og lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel åtte.

1.1.3 Helse- og omsorgstjenestens ansvar

Individnivå

Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog mellom pårørende og helsepersonell. Dette gjelder enten pårørende har rollen som informasjonskilde, representant for brukeren, omsorgsgiver eller pårørende er berørt og har egne behov for støtte.

Kommunen har plikt til å støtte pårørende slik at de skal kunne ivareta egen helse og livssituasjon og unngå overbelastning. Kommunen skal tilby pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid pårørendestøtte som avlastning, omsorgstønad, veiledning og opplæring.

Tjenestenivå

Kommuner og helseforetak har plikt til å etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter til bruk i arbeid med kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Samarbeid og involvering av pårørende på tjenestenivå kan skje gjennom for eksempel bruker- og pårørendeutvalg, åpne allmøter, bruker- og pårørendeundersøkelser og prosjekter med representasjon av brukere og pårørende evt. brukerorganisasjoner.

Det skal sikres at helsepersonell har kompetanse på involvering og støtte av pårørende, og at helsepersonell har oversikt over lokale støttetiltak for pårørende.

Systemnivå

Kommuner og helseforetak skal sørge for at representanter for brukere blir hørt ved utforming av helse- og omsorgstjenester. Samarbeid og involvering av pårørende på systemnivå kan skje gjennom f. eks. representasjon i rådgivende organer på politisk eller administrativt nivå, bruker- og pårørendeundersøkelser, åpne møteplasser og fokusgrupper. Brukerorganisasjonene kan være representert i brukerutvalg, møter og høringer mm.

Videre bør kommuner og helseforetak samarbeide systematisk om støtte til pårørende, for eksempel bør i samarbeidsavtalene være egne punkt som omhandler støtte til og samarbeid med pårørende.

Helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide systematisk med andre sektorer om støtte til pårørende, og skal legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om støtte til pårørende.

1.2 Overordnede prinsipper i Bergen kommune

Bergen kommune har med bakgrunn i gjeldende lovverk og nasjonale faglige anbefalinger²⁸ følgende overordnede prinsipper for samarbeid og involvering av pårørende i helse- og omsorgstjenesten:

- Pårørende er en ressurs og inviteres av kommunen til samarbeid.
- Pårørende til brukere med langvarige og sammensatte behov får en fast kontaktperson.
- Kontaktpersonen legger til rette for en forutsigbar dialog ved å avklare forventninger, roller og formen samarbeidet skal ha fremover.
- Pårørende får generell informasjon som for eksempel kontaktinformasjon, rutiner på avdelingen, aktuelle tilbud og rettigheter.
- Det vurderes om andre pårørende eller nærpersoner kan være aktuelle å involvere (f.eks. voksne barn, søsken, nabo).
- Personell er særlig oppmerksom på å ta initiativ til pårørendesamarbeid ved identifisert risiko hos bruker.

2.0 Forutsigbar dialog (Merknad: spesiell del i Omsorg med kunnskap)

Bergen kommune ønsker å forbedre pårørendesamarbeid i helseinstitusjoner og boliger med heldøgnsbemanning. Ett hovedgrep er å legge til rette for en forutsigbar dialog mellom pårørende og helsepersonell. Det handler om å sette pårørendesamarbeidet i system der det å snakke sammen er en forutsetning for samarbeid.

Alle brukere får en kontaktperson som skal ta initiativ til samarbeid og legge til rette for en forutsigbar dialog med bruker og pårørende. Samarbeidet gjøres forutsigbart ved at pårørende og kontaktpersonen snakker sammen om hvilke forventninger de har til hverandre og hvordan det videre samarbeidet skal være (f. eks. møter på telefon, institusjonen, videomøter eller i sosiale aktiviteter). Andre tema kan være brukerens hverdag, hva pårørende har lyst å bidra med osv.

Mange pårørende hjelper og støtter deres nærmeste i hjemmet over tid, også etter at vedkommende har fått sykehjemsplass²⁹. De har gjerne også erfaring i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten. Pårørendes kunnskap om brukeren er verdifull for å gi brukeren et best mulig tilpasset tilbud. Pårørende ønsker vanligvis å følge med i hvordan den de er pårørende for har det³⁰. Pårørende kan delta i det sosiale miljøet på sykehjemmet og bidra i planleggingen av fellesaktiviteter i forbindelse med høytider. Kontaktpersonen legger til rette

²⁸ Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet (2017) <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

²⁹ Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet (2015) https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf: Funnene viser at under oppholdet på sykehjem yter pårørende gjennomsnittlig 6,7 timer hjelp i måneden.

³⁰ Engtrø, E., et al. Metodebok for sykehjemsleger (2015) <http://sykehjemshandboka.no/>.

HØRINGSUTKAST

for støtte til mestring gjennom tilpasset opplæring, veiledning og rådgivning. Tilrettelegging og involvering av pårørende bidrar til å gjøre sykehjemmet åpent og inkluderende.

Pårørendesamarbeidet preges av om brukeren kan ivareta interessene sine selv eller ikke. Samarbeidet blir gjerne tettere når brukeren ikke kan ivareta egne interesser.

Bruker- og pårørendeundersøkelser samt informasjonsmøter gjennomføres som en del institusjonenes forbedringsarbeid i forutsigbar dialog. Sykehjemmene har brukerråd med representanter for pårørende der sakene angår brukerne og der dette brukes i forbedringsarbeid.

Bergen kommune vil:

- styrke ansattes kompetanse om pårørendesamarbeid, gjennom opplæringsprogram som utvikles sammen med representanter for pårørende
- utvikle prosedyre om pårørendesamarbeid på institusjoner og heldøgns omsorgsboliger, i samarbeid med representanter for pårørende
- videreutvikle og gjennomføre pårørendeundersøkelser som omhandler forutsigbar dialog
- anvende kommunikasjonsteknologi i sykehjem som legger til rette for involvering og trygger pårørende
- lage en oversikt over lokale støttetiltak for pårørende som er lett tilgjengelig for pårørende og personell
- styrke rekruttering av pårørende til brukerrådene på sykehjemmene

5.8 ÅNDELIG OMSORG

Åndelig omsorg skal være en del av den personsentrerte og helhetlige omsorgen beboerne mottar på sykehjemmet, uansett tro og livssyn. 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 en del av fundamentet i livet, og det er derfor viktig at personalet har høy kompetanse på å ivareta beboernes åndelige behov. Ved å bli lyttet til og vist respekt for tro, livssyn og meninger, for sine verdier, tanker og følelser, blir den enkelte sett og anerkjent.

Ved å avdekke den enkeltes behov og ivareta dem, kan vi i en svært sårbar livsfase bidra med det som gir håp, glede og mening hos den enkelte sykehjemsbeboer.

God åndelig omsorg er viktig for at beboerne skal oppleve sykehjemmet som et trygt og godt sted å være.

Uavhengig av livssyn og religiøs tilhørighet skal alle sikres mulighet til å motta åndelige eller eksistensielle samtaler når man har behov for dette.

Bergen kommune vil:

- styrke kompetansen hos de ansatte innen åndelig omsorg gjennom undervisning og veiledning ledet av prestetjenesten
- at ulike tros- og livssynssamfunn skal ha lik tilgang til sykehjemmene

5.9 OMSORG VED LIVETS SLUTT

Bergen kommune jobber systematisk for å sikre et godt og helhetlig tilbud til beboere og deres familier i livets siste fase. God lindrende (palliativ) behandling stiller store krav til samhandling og flere aktører kan være involvert for å gi et godt tilbud. Helsepersonellens ansvar er å gi lindrende behandling, god omsorg og tilrettelegge for at pasienten blir ivaretatt og er trygg. Gode forberedende samtaler er viktig. Ivaretagelse av pårørende er av stor betydning og det tilstrebes at familie eller andre nære relasjoner blir inkludert i denne fasen.

De gode forberedende samtalene ivaretas gjennom forhåndssamtaler. Beboer og pårørende får anledning til å formidle ønsker og valg knyttet til framtidig medisinsk behandling. I disse samtalene er det også viktig å få frem tanker omkring tro, livssyn og verdier som vil ha betydning for beboeren når livet går mot slutten. Både helsepersonell og pårørende kan da bli tryggere på at senere beslutninger og ivaretagelse gjøres med kunnskap om og respekt for den enkelte. Det er spesielt viktig dersom den eldre i løpet av sykehjemsoppholdet har mistet evnen til å selv delta i beslutningsprosessene.

I 2019 døde det om lag 37 000 personer i alderen 60 år og eldre i Norge. Omtrent 29 700 av disse døde på sykehjem. I Norge dør det daglig i gjennomsnitt 45 personer på sykehjem.

I løpet av de siste årene har sykehjemmene arbeidet mye med tiltak som skal gi best mulig omsorg ved livets slutt. Etaten har satset på fagutvikling og kompetansehevede tiltak gjennom flere prosjekter. Prosjektet *Helt til det siste* startet i 2018 og er kommet på plass. Det retter seg mot ansatte og flere kompetansehevede tiltak innen lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Sykehjemsbeboere i livets slutfase skal være sikret god omsorg fra kompetente ansatte.

Bergen kommune vil:

- styrke kompetansen innen lindrende behandling, og øke den tverrfaglige tilnærmingen
- kontinuerlig fagutvikling gjennom ulike prosjektarbeid
- arrangere årlige fagdager
- etablere tverrfaglig palliativt team

5.10 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. Dette gjelder også for Bergen kommune, som må gjennomføre en betydelig rekruttering av helsepersonell i planperioden.

Innbyggerne forventer at behandling, tilbud og tjenester er forskningsbasert. Dette krever forskningsbasert kunnskap om hvilke tiltak som fungerer best og om hvordan tjenestene bør organiseres.

Kunnskapskommunen helse omsorg vest er en kunnskapsatsing i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Bergen kommune og flere omegnskommuner samarbeider med forsknings- og utdanningsinstitusjoner og sykehus om å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i tjenestene. Målet er å gi innbyggerne kunnskapsbaserte tjenester.

Kunnskapskommunen helse omsorg vest skal være en foregangsmodell for hvordan kommuner, forsknings- og utdanningsinstitusjoner og helseforetak går sammen om å utvikle fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskningen skal orienteres mot brukerne og være rettet mot samfunnets og innbyggernes behov. Bergen kommune opplever en vekst i behovet for helse- og omsorgstjenester, og et økt behov for bedre ressursutnyttelse, organisering og drift. For å kunne håndtere utviklingen må kommunen identifisere og iverksette flere helsefremmende og forebyggende tiltak. Kommunene opplever i større grad at innbyggerne og myndigheter stiller krav til at behandling, tilbud og tjenester er forskningsbasert. Dette krever forskningsbasert kunnskap om hvilke tiltak som fungerer best og om hvordan tjenestene bør organiseres.

Alrek helseklynge

Alrek helseklynge er en unik satsing på folkehelse og primærhelse og samler relevante forskningsmiljø under samme tak. Bergen kommune er en formell partner og skal inn med flere miljøer i klyngen, blant annet Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), Smart omsorg, Enhet for sykehjemsmedisin og et fastlegekontor. Den sterke involveringen i Alrek helseklynge åpner opp for nye muligheter for Bergen kommune og omegnskommunene. Helseklyngen er særlig innrettet mot primærhelsetjeneste og folkehelse. For Bergen kommune vil dette være et møtested mellom forsknings- og utdanningsmiljø, innbyggere og kommunens tjenester. Med fremragende forskning og utdanning, fullverdige praksisarenaer, tverrfaglig samhandling, skal klyngen gå sammen om å skape innovative helse- og omsorgsløsninger. Gjennom forskning, utdanning, praksisarenaer og tverrfaglig samhandling skal det skapes løsninger som forebygger og møter fremtidens folkehelseutfordringer.

Visjonen til Alrek er å være et internasjonalt kraftsentrum innen helseforskning og bidra til nye og effektive løsninger på lokale og globale helseutfordringer gjennom forskning og bruk av teknologi. Gjennom Alrek bidrar Bergen kommune til å utdanne morgendagens helsearbeidere. Her skal alle aktørene samarbeide om forskning, innovasjon og utdanning for å skape bedre primærhelsetjenester for innbyggerne, bedre folkehelse tiltak, og tjenester som møter kommunen og innbyggerne sine behov – i dag og for fremtiden!

Bergen kommune vil:

- fremme forskning knyttet til sykehjemsbeboere for å bedre kvalitet i medisinske institusjoner
- samarbeide tett med forsknings-, utdannings- og innovasjonsmiljøene i klyngen og ha fast møteplasser for tverrfaglig samarbeid og utviklingssamarbeid med utdanningsinstitusjonene om utdanning av leger i spesialisering innen allmenntidning, geriatri og indremedisin
- samarbeide med utdanningsprogrammene for å ivareta medisinsk kompetanse inne blant annet sykehjemsmedisin
- være en arena for videreutdanning og spesialisering i allmenntidning, deriblant prøve ut nye for utdanningssamarbeid med partnere i klyngen (Alrek legesenter)
- tilby praksisundervisning for helsepersonellutdanninger
- jobbe for å øke rekruttering til kommunale helse- og omsorgstjenester
- integrere forskning og praksis
- etablere aldringshub, et forsknings- og brukerdrevet innovasjonssenter på Alrek helseklynge, der Etat for sykehjem er aktiv deltaker

5.10.1 STYRKING AV TVERRFAGLIG KOMPETANSE

Kommunen har i dag ulike brukergrupper med særlige behov som krever spesialisert fagkompetanse innen behandling, rehabilitering og omsorg. Det kan være personer med demensdiagnose, utviklingshemming, psykisk sykdom, personer i aktiv rus, yngre med sterk funksjonshemming og andre med alvorlig sykdom, samt personer som trenger palliativ (lindrende) behandling. Disse menneskene har i tillegg til grunnleggende somatiske sykdommer ofte også psykiske lidelser. Sykehjemmene har tradisjonelt sett hatt et sterkt fokus på somatisk sykdom. Samtidig viser forskning fra norske sykehjem at 75 prosent har symptomer på psykisk lidelse, herunder psykose, apati, affektive symptomer eller agitasjon. Mange av disse vil ha dette i kombinasjon med en demenssykdom.

Bergen kommune har ansatt tre psykologer for å styrke den tverrfaglige kompetansen i sykehjem. Etat for sykehjem ansatte en farmasøyt i 2018, som jobber med å redusere avvik og videreutvikle kvalitetssystemer for god legemiddelhåndtering.

Bergen kommune samarbeider med Universitetet i Bergen (UiB) for å få til en praksis for farmasistudenter og klinisk ernæringsfysiologer både i hjemmetjenestene og på sykehjem.

Arbeidsdagen til helsearbeidere er i dag preget av tverrfaglig samarbeid. For å forberede studentene på denne arbeidsformen er det viktig at universitetene og høgskolene gir studentene erfaring med tverrfaglig samarbeid allerede tidlig i studieløpet. Dette kan skje ved at det arrangeres felles forelesninger på tvers av profesjoner og felles praksis for studentene. Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TVEPS) er et godt eksempel på slik tverrfaglig

læring for studenter innen helseprofesjonsfagene ved UiB og HVL. Studentene i TVEPS bidrar også til god kunnskapsoverføring fra sine egne tverrprofesjonelle prosjekter til de ansatte på sykehjemmene.

Bergen kommune vil:

- samarbeide med UiB om å etablere praksis for farmasistudenter og kliniske ernæringsfysiologer på sykehjem og i hjemmetjenestene

5.10.2 PSYKISK HELSE

Psykisk helse handler om hva som gir livet glede og mening, og hvordan vi forstår og håndterer utfordringer i hverdagen. Dette har sammenheng med menneskenes tilgjengelige ressurser til å håndtere utfordringene. Psykisk helse kjennetegnes blant annet av våre muligheter til å være aktiv og utnytte våre evner, ta selvstendige valg, foreta handlinger på egenhånd og å oppleve relasjoner til andre. God psykisk helse handler både om individet, om fellesskapene som omgir individet og om tilgang på ressurser. Psykisk helse er mer enn psykiatri. Forskning viser at psykisk helse henger sammen med opplevd anerkjennelse fra og tilhørighet til et fellesskap Verdens helseorganisasjon (WHO). Alle har en psykisk helse, både beboere og ansatte.

God psykisk helse i sykehjem handler i stor grad om ansattes kompetanse, muligheter for pårørende- og brukermedvirkning, arbeidsmiljø og grad av tverrfaglighet i tjenestene. Med en økende sårbar og multisyk beboergruppe, må sykehjemmene løse stadig mer komplekse oppgaver bestående av stadig færre faglærte.¹ Norsk forskning viser at opptil 90 prosent av beboerne har symptomer på psykisk uhelse, men at dette ikke kartlegges systematisk med forskningsbaserte verktøy. Rundt halvparten av beboerne fyller kriteriene for en psykisk lidelse, 75 prosent av beboerne har nevropsykiatriske² problemer, og de fleste har demens.³ Utagering og uro blant beboere⁴ er ikke uvanlig på sykehjem, og i tillegg finnes det beboere som lider i det stille.

Rapporter om Eldres menneskerettigheter⁵ peker på at vold og overgrep mot eldre skjer i institusjoner og at det må kartlegges hvordan helsehjelp utføres og hva som skal til for å ivareta det minste inngreps prinsipp og helsefremmende omsorgsarbeid.

Det er viktig å kartlegge beboernes psykiske lidelser systematisk for å bedre kunne legge til rette for persontilpasset behandling, oppfølging og omsorg. Dette vil bidra til økt og nyansert bevissthet, kunnskap og forståelse for psykiske lidelser og psykososial helse.

Behov for kunnskap

Bergen kommunes visjon om å drive kunnskapsbasert⁶ utvikling av tjenestene krever godt samarbeid med eksterne kunnskaps- og kompetansemiljø, fokus på ledelse og implementering, samt utbredt kartlegging og økt medvirkning fra tjenestene. Fysisk og

psykisk helse skal prioriteres på lik linje i henhold til føringer fra helsemyndighetene. Det er et stort og udekket behov for å fremme og implementere kunnskap om psykisk helse, kommunikasjon, forebygging av sykefravær og konflikter, og håndtering av utagerende beboere. Det er avgjørende for beboerne at kvaliteten på det psykiske helsearbeidet er forutsigbar, systematisk og god. Ansattes uttrykte behov for kompetanseheving må møtes for å styrke deres evne til å gi god psykososial⁷ omsorg.

Et bærende prinsipp i kommunen er å gi god personsentrert omsorg. Dette krever ressurser og stor grad av kunnskap og kompetanse om hver enkelt beboer og om en selv som verktøy.⁸ Kunnskap om egne reaksjonsmønstre, verbal og ikke-verbal kommunikasjon, og selvregulering er eksempler på relevante kompetansehevingstema. Dette vil møte ansattes uttrykte behov for mer kompetanse, anledning og tid til å møte den enkelte beboers psykologiske behov, samt utvikle gode tilnærminger til en uensartet gruppe. Sammensatte beboergrupper med pleietrengende, mentalt friske og psykisk syke gjør det utfordrende å møte alles behov. Ansatte har uttrykt ønske om en læringsressurs med ulike typer læringsformer, der de kan oppsøke læringsmateriell etter interesse og kompetansenivå⁹.

Behov for nye former for samarbeid og samhandling

En anerkjennelse av at psykisk helse er priggitt ens omgivelser. Det fordrer nye måter å effektivisere og brukersentrere praksisnær kunnskap om psykisk helse i systemene som omgir ansatte. For å oppnå økonomisk bærekraftige tjenester er det tilrådd å avspesialisere demensomsorgen og la spesialister veilede og støtte ansatte med mindre kompetanse ute i tjenestene¹⁰. Med utgangspunkt i dagens dekningsgrad, 3 psykologer per 2500 beboere og 5000 ansatte, er slikt systemrettet og indirekte arbeid den mest forsvarlige arbeidsformen.

Bergen kommune vil:

-
- bygge en infrastruktur der psykologene arbeider for å styrke kompetanse og kvalitet på psykisk helsearbeid
 - sikre at pasienter som har behov for individuell behandling av psykolog får dette
 - etablere et nettverk av psykisk helsekontakter ved hvert sykehjem
 - planlegge og gjennomføre en pilotering av *trener trenerne*, der psykologteamet koordinerer og veileder nettverket av helsekontakter
 - utvikle en digital interaktiv læringsressurs for opplæring, fagstøtte og tilbakemelding for og med ansatte
 - innføre systematisk kartlegging av beboere, pårørende og ansattes psykisk helse behov

5.10.3 SYKEHJEMSLEGER

Sykehjemslegene i Bergen er ansatt i Enhet for sykehjemsmedisin, under Etat for sykehjem. Det foregår omfattende medisinsk behandling i sykehjemmene i dag, og sykehjemspasienter

har i gjennomsnitt 6–7 alvorlige diagnoser. Bergen kommune har styrket legedekningen i sykehjemssektoren ved å ansette spesialister i indremedisin, geriatri og allmenntilleggsmedisin på utvalgte sykehjem.

Det er etablert samarbeid med spesialisthelsetjenestene om utdanning av spesialister og etablert et formelt samarbeid mellom Enhet for sykehjemsmedisin og UiB om forskning innen sykehjemsmedisin. Deltakelse i forskningsprosjekter er en effektiv måte å utvikle kvalitetskultur og bedre kvaliteten i medisinske institusjoner.

Legetjenesten ved sykehjemmene har vært styrket de siste årene, men det er behov for medisinsk nærvær også utenom normalarbeidstiden. Bergen kommune ønsker å øke tilgangen til leger på kveld og i helg på sykehjemmene, for å styrke pasientsikkerheten og heve kvaliteten på tjenestene. Fra desember 2019 ble sykehjemslegevaktbemanningen styrket i helgene, og det arbeides for å bemanne alle vaktstillingene med sykehjemsleger i faste stillinger. Bergen kommune vil utarbeide nye modeller for økt medisinsk nærvær sammen med aktuelle faggrupper og fagforeninger på sykehjem i Bergen.

Et viktig kvalitetsarbeid drevet frem av sykehjemslegene i Bergen kommune er utarbeidelsen av en metodebok med retningslinjer for behandling på sykehjemmene i Bergen kommune for sykehjemsleger.³¹ Metodeboken bidrar til at behandlingen som gis på sykehjemmene blir mer enhetlig og basert på siste kunnskap innen feltet. Metodeboken er nå gjort tilgjengelig nasjonalt på Helsebiblioteket.no. Ledergruppen i Enhet for sykehjemsmedisin utgir dessuten kvartalsrapporter om den medisinske oppfølgingen og behandlingen i kommunens sykehjem.

Bergen kommune vil:

- styrke legedekning på sykehjem på kveld og i helg, og øke legebemanningen i takt med endring i pasientpopulasjonen, økte krav til diagnostikk, behandling og dokumentasjon
- påvirke høgskoler og universiteter til å styrke grunnutdanningene innen helse med nye kompetanser som tverrfaglighet og teambasering, øke kommunal praksisutplassering og arbeide for å etablere flere gjensidige toerstillinger med forsknings- og utdanningsinstitusjonene
- være pådriver for at andelen legespesialister i større stillinger økes, og at flere sykehjem blir godkjent som utdanningsinstitusjoner

³¹ Forfattere av metodebok: sykehjemslege Einar Engtrø, geriater Sabine Piepenstock Solheim Nore, indremedisiner og infeksjonsmedisinere Bård Reikvam Kittang og avdelingsoverlege ved Enhet for sykehjemsmedisin, Kjell Krüger.

5.11 SMART OMSORG – SATSING PÅ VELFERDSTEKNOLOGI OG INNOVASJON

Smart omsorg var innledningsvis et treårig program for perioden 2015–2018 hvor man hadde en stor portefølje av prosjekter med hovedvekt på bruk av ny teknologi. Målet var å gjøre Bergen klar til å møte fremtidens utfordringer innen helse og omsorgsfeltet, gjennom å gi bedre tjenester for innbyggerne og en bedre arbeidshverdag for ansatte. Smart omsorg ga gode gevinster og ble derfor reetablert som innovasjons- og forbedringsprogram i Byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet fra og med 2020. Programmets visjon er å skape nye løsninger, og hovedmålet er å støtte tjenestene i å forbedre sine arbeidsprosesser, nyttiggjøre seg effektive verktøy og optimalisere sin ressursbruk.

Per juni 2020 er programmet i konseptfasen hvor man utreder hvilke prosjekter som skal igangsettes. I programkontoret arbeider medarbeidere med kompetanse på tjenestedesign, prosessforbedring, gevinstrealisering og prosjektledelse. Smart omsorg favner om hele byrådsavdelingen slik at også sykehjemmene vil få nytte av denne satsingen.

5.11.1 VELFERDSTEKNOLOGI

Bergen kommune har som mål å være i front nasjonalt innen e-helse og velferdsteknologi i denne planperioden. Velferdsteknologiprogrammet prøver ut og innfører ulike teknologier i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Deltakelse i nasjonale e-helseprosjekter sørger for at vi tilgjengeliggjør nasjonale e-helseløsninger som for eksempel elektronisk innmelding av Pasientens legemiddelliste (PLL) i våre tjenester. I alle nye sykehjem skal fremtidsrettede og innovative velferdsteknologiske løsninger integreres i byggene. Vi vil innføre sensorsystemer i gulv som registrerer bevegelse og fallulykker, kommunikasjonssystemer og styringssystemer for lys og ventilasjon, vask- og tørk-toalett og tekniske løsninger for å få ryddet vekk skittentøy. Ved rehabilitering av sykehjem skal digital infrastruktur installeres, slik at man tilrettelegger for velferdsteknologiske løsninger også i eksisterende sykehjem og boenheter.

Det skal tilrettelegges for multimedierom i sykehjem. Dette vil gi flere beboere mulighet til å delta på kulturelle og sportslige arrangement uten å måtte forlate sykehjemmet. Kreativ bruk av multimedierom kan være med å bidra til både mental og fysisk stimulering og skape møtesteder som innbyr til nye og spennende aktiviteter og muligheter for sosiale settinger på tvers av generasjoner. Det kan gi økt fleksibilitet med tanke på kommunikasjon med familie og venner og kan være med å opprettholde relasjoner.

Ny kunnskap og teknologiske nyvinninger fører sjelden i seg selv til endring av kvalitet eller effektivisering. Endringer krever at nye arbeidsmåter implementeres, og at implementeringene fastholdes.³² Bergen kommune jobber for at innføring av ny teknologi skjer sammen med endringer i kompetanse, arbeidsrutiner, organisering og oppgavefordeling.³³³⁴

³² Ravn et al 2011 i Mainz et al 2011.

³³ Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

³⁴ Bergen kommune har god erfaring med KS' «Veikart til innovasjon i velferdsteknologi». Dette er et eksempel på prosjektmetodikk som skal støtte norske kommuner i arbeidet med utvikling og implementering av velferdsteknologi spesielt.

Som et ledd i utvikling av fagkompetanse i våre helsetjenester har Bergen kommune anskaffet et digitalt prosedyreverktøy for helsepersonell, Sykepleierhåndboka (SHB).

Verktøyet inneholder prosedyrer, fagstoff innen sykdomslære, førstehjelp, etikk og juridiske emner.

Bergen kommune vil:

- sikre at både nye og eksisterende sykehjem har grunnleggende teknisk infrastruktur som tilrettelegger for bruk av e-helse løsninger og kommunikasjon over nett
- alle sykehjem og omsorg pluss anlegg skal ha trådløse nettverk med god dekningsgrad for både ansatte, beboere, besøkende og pårørende
- ta i bruk velferdsteknologi i alle sykehjem, deriblant øke bruk av lokaliseringsteknologi/GPS og etablere multimedia-rom
- tilrettelegge for samhandling via digitale informasjons- og kommunikasjonsløsninger ved å innføre digitale tavler i nye og eksisterende sykehjem
- ta i bruk kompetanseverktøyet Sykepleierhåndboka (SHB)
- opprette et kompetansenettverk for kunnskapsdeling og opplæring ved innføring av velferdsteknologiske løsninger for både innbyggere og ansatte.
- delta i nasjonale og regionale e-helse-prosjekter for å nyttiggjøre og vurdere innføring av nasjonale e-helse-løsninger som Pasientens legemiddelliste, kjernejournal, Akson med flere

5.12 ULIKE BOFORMER

I Bergen kommune har vi i dag heldøgnsbemannede omsorgsplasser i institusjon (sykehjem) og boliger (omsorg pluss boliger). Boformene skal være gode alternativ når hjelpebehovet er blitt så stort at heldøgnsomsorg er nødvendig.

Når en person får en funksjonssvikt er god tilrettelegging av egen bolig viktig for at personen skal kunne bli boende i eget hjem og leve et aktivt liv. Mange får nødvendig helsehjelp og bistand i eget hjem.

Alle kommuner er pålagt å tilby plass i institusjon, herunder sykehjem. Hvor mange plasser kommunen skal tilby og kriterier for tildeling vedtas av Bergen bystyre. En kommunal forskrift regulerer hvem som har krav på en sykehjems plass og hvem som skal godkjennes for venteliste.

Husbanken gir investeringstilskudd som skal gjøre det mulig for kommunene å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer som har behov for helse- og

omsorgstjenester hele døgnet.³⁵ Bergen kommune satser på omsorg pluss boliger med heldøgnsbemanning i tillegg til flere sykehjemsplasser. Med omsorg pluss boliger får vi et mer variert tilbud enn om kommunen kun hadde bygget sykehjemsplasser. I omsorg pluss boligene får beboer en leiekontrakt og opprettholder sin egen husholdning. De får et tjenestevedtak som sier hvilken bistand de skal få og beholder sin pensjon og betaler selv for det de har behov for av dagligvarer, medikamenter osv. Bistanden beboerne mottar får de av personell som er ansatt i boligen.

Omsorg pluss boligene kan være et godt alternativ for noen av de som i dag får sykehjemsplass. Eldre som ikke har omfattende kognitiv svikt kan i større grad ha kontroll over eget liv i en omsorg pluss bolig enn i et sykehjem, men det krever at personen selv, pårørende eller verge tar et ansvar for egen økonomi mm. Et moderne omsorg pluss anlegg vil holde en kvalitet som gjør at mange eldre kan bo der livet ut.

Bergen kommune ønsker å legge mer til rette for fleksible boformer som er tilpasset deling og fellesskap ved å bruke elementer fra demenslandsbyer og ved å legge til rette for en byutvikling som sikrer bomiljø hvor unge og eldre, familier og enslige treffes slik at det kan bygges gode relasjoner.

På Slettemarken sykehjem vurderes det å bygge studentboliger i sykehjemmet. Dette kan bidra til mindre ensomhet og et mer variert bomiljø, til glede for begge parter. Studentene skal være en miljøfaktor ved å delta i og organisere sosiale aktiviteter. De skal ikke ha pleieoppgaver. Oslo kommune har tilsvarende planer for Oppsalhjemmet, hvor de planlegger sykehjemsplasser, men også omsorgsboliger hvor blant annet studenter skal bo.

Bergen kommune vil:

- arbeide videre med å planlegge om studentboliger kan tas inn i nytt sykehjem på Slettemarken
- fortsette å dra veksler på trekk ved demenslandsbyen i Nederland ved tilrettelegging og bygging av botilbud for personer med demensdiagnose i de kommende sykehjemmene

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. Ved nybygging og omstillinger utover kommende femårsperiode planlegges etablering av boligløsninger som integrerer ulike tjenester og tilbud til eldre og andre pleietrengende og befolkningen for øvrig.

³⁵ <https://www.husbanken.no/kommune/lan-og-tilskudd/investeringstilskudd/>

HØRINGSUTKAST

Det er ønskelig å samlokalisere kultur med omsorgstilbud ved å legge kino og svømmehall i samme bygg som omsorgssenteret. Dette er med på å skape gode kontaktpunkter mellom generasjoner.



Bergen kommune vil:

- etablere flerbrukshus ved bygging av nye sykehjem
- tilstrebe at fremtidige sykehjem ligger i nærheten av barnehager, skoler og andre velferdstilbud, for å sikre samarbeid og sosiale fellesskap på tvers av generasjoner
- at fremtidige institusjoner og boliger som bygges skal innredes på en måte som fremmer mestringsevne hos brukere med ulike behov
- at alle nye sykehjemsbygg skal inkludere lett tilgjengelige og tilrettelagte utearealer som fremmer aktivitet
- vurdere aktører som vil benytte fellesarealer på ettermiddagstid til øvingslokaler eller møteplass
- integrere sykehjem og omsorgsboliger i nærmiljøets aktiviteter slik at disse blir en naturlig del av lokalsamfunnet
- utvide ordningene med samarbeid mellom barnehager og skoler

5.14 SAMHANDLING

Samhandlingsreformen[3] 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 en 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.

Bergen kommune har deltatt i et samhandlingsprosjekt med Helse Bergen og Haraldsplass diakonale sykehus om et felles kunnskapsløft i eldreomsorgen. Prosjektets hovedmål har vært å sikre at den eldre pleietrengende pasienten får riktig og trygg utredning, behandling, pleie og omsorg i både kommunen og sykehusene. Prosjektet har gitt gode resultater og er overført til drift med egenfinansiering.

Bergen kommune vil:

- videreutvikle helhetlige og koordinerte pasientforløp mellom tjenestene internt i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- sikre gjensidig kunnskapsoverføring på tvers av tjenestenivå
- arbeide for god dialog og godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten

5.15 REGULERING AV SAMHANDLING MED DE PRIVAT-IDEELLE SYKEHJEMMENE

I Bergen kommune driftes nesten halvparten av sykehjemsplassene av privat-ideelle virksomheter. De leverer omsorgstjenester av høy kvalitet til innbyggerne, og er avgjørende for at kommunen skal klare å levere de lovpålagte tjenestene. De ideelle sykehjemmene har en sentral posisjon i Bergen, og det skal de også ha i årene som kommer.

Regulering via driftsavtaler og husleiekontrakter.

Eksisterende avtaler

Ved 12 av 13 institusjoner³⁶ drevet av privat-ideelle organisasjoner³⁷, skjer reguleringen via løpende driftsavtaler og husleiekontrakter. Hovedmalen for disse avtalene ble utarbeidet i 2002/2003 og er med mindre tilpasninger stort sett gjeldende for alle de ideelle sykehjemmene. Driftsavtalene er løpende, ikke tidsavgrenset, og kan sies opp av hver av partene med to års varsel. Et gjennomgående trekk i disse avtalene er likebehandling med de kommunale sykehjemmene med hensyn til pasientinntak, vederlag og økonomi. Videre er det et trekk at det er et faglig nettverkssamarbeid mellom kommunale og ideelle sykehjem, felles kursmuligheter og innkjøpssamarbeid.

Behov for revisjon

Bergen kommune har et behov for revisjon av avtaleverket basert på tre hovedhensyn:

- *Den generelle og faglige utviklingen i løpet av en 20 års periode*

Det nærmer seg 20 år siden dagens avtalestruktur ble utarbeidet. Siden den tid har lovverket endret seg, kommunens kvalitetskrav for pleie- og omsorgstjenestene, samt en rekke prosedyrer, har blitt videreutviklet. Det har videre skjedd en betydelig medisinsk-faglig utvikling når det gjelder beboer- og pasientinntaket. Husbankens krav til bygningsmessig utforming er presisert og videreutviklet.

Det er behov for en oppdatering av de økonomiske rammebetingelsene, herunder med en mer operasjonell sammenligning med de kommunale sykehjemmene. Bestemmelser om pensjon og oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår for ansatte er en del av dette bildet. Likeledes er det behov for gjennomgang av brukermedvirkning.

³⁶ Unntaket er Siljusstøen sykehjem, drevet av Haraldsplass Diakonale Stiftelse, og der bygget eies av Bergen kommune. Kontrakten her er helt annerledes enn de løpende driftsavtalene og bygger på forutgående konkurranse forbeholdt ideelle organisasjoner. Avtaleperioden er inntil 8 år (til 01.04.2027).

³⁷ Solsletten Sykehjem AS deltar/samarbeider med de øvrige ideelle sykehjemmene, men kan formelt sett ikke defineres som drevet av ideell organisasjon.

Innenfor e-helse og kommunens elektroniske fagsystemer har det skjedd, og kommer til å skje, en omfattende utvikling. Dette innebærer et behov for en presisering og gjennomgang i et revidert avtaleverk.

- *Tidsavgrensede husleiekontrakter*

Noen av husleiekontraktene utløper i perioden 2023–2024 og må følgelig reforhandles og revideres.

- *Forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser*

Det vises til omtalen nedenfor, og særlig der det vil være tale om vidtgående endringer, som fordrer en annen tilknytningsform til kommunen, som utvidet egenregi. Kommunen vil vurdere hvordan dette kan gjennomføres samtidig om man ivaretar ideell sektors egenart. Avtaleverket mellom kommunen og de ideelle sykehjemmene og institusjonene er tosidig og endringer i avtaleverket vil måtte basere seg på forhandlinger med tanke på løsninger. Samtidig som kommunen har sine hensyn å ivareta, vil det vektlegges begrunnelsen for ønsket om å ha ideell virksomhet, som mangfold, særpreg, ideell merverdi o.a.

Det er en målsetning å foreta en revisjon av avtaleverket i løpet av perioden 2021–2024. Dette vil være en stor og sammensatt oppgave som må organiseres som eget prosjekt med dedikerte ressurser innenfor bl.a. juridisk, økonomisk, hr-faglig, og omsorgsfaglig kompetanse. Oppgaven vil være å forestå arbeidet med avtaler som regulerer framtidig samarbeid og tilknytning til privat-ideelle institusjoner. Dette vil bli fulgt opp i forbindelse med byrådets forslag til kommende handlings- og økonomiplan.

[Forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser](#)

Eksisterende drift, videreføring

Dagens driftsavtaler og drift bygger på en løpende avtale inngått før EØS avtalens ikrafttredelse 1. januar 1994. Praksis fra EU-domstolen tilsier at avtaler inngått før 1. januar 1994 kan videreføres og at kravet til kommunen om å gjennomføre konkurranse da ikke gjelder.³⁸

Vidtgående endringer i bygningsmasse og i driftsvolum

Imidlertid heter det følgende i veilederen:

«Hvis det foretas vesentlige endringer i en tidsbegrenset løpende avtale, vil dette innebære at det anskaffelsesrettslig inngås en ny avtale, og anskaffelsesregelverket må da følges ved inngåelse av denne nye avtalen.»

Bergen kommune har nylig inngått en intensjonsavtale med stiftelsen Betanien Bergen om drift av sykehjem med mer i nybygg og som erstatter dagens bygg og dagens drift. Her er endringene vidtgående og en er over vesentlighetsterskelen som fremgår av veileder. Intensjonsavtalen innebærer at driften av tjenestene reguleres som utvidet egenregi og som vil være lovlig etter anskaffelsesregelverket.

³⁸ Jf. Veileder i anskaffelser av helse- og sosialtjenester, punkt 4.1.2 (Difi april 2017).

Styringsfilosofi

Funksjoner

Sykehjem utgjør det høyeste omsorgsnivået som kommunene er ansvarlige for (innenfor omsorgspyramiden), og innebærer i seg selv en kompleks og omfattende utførelse av tjenester. Det gir utfordringer for kommunen med tanke på rollene som bestiller og kontraktsoppfølger. Ved å kontraktsfeste at de privat-ideelle har ansvar for sykehjemsplasser, vil en forenkle kontraktsoppfølgingen noe og gjøre den mer robust. Det innebærer at ansvaret for spesialiserte plasser legges til kommunen.

Prinsipper for samhandling

Kommunens samhandling og oppfølging overfor de privat-ideelle sykehjemmene vil måtte balanseres. Det kan innebære en kombinasjon av tillit og kontroll, og det som innebærer samtidig et bevisst forhold til og bruk av styringsparadigmer³⁹.

Tabell 6: Modell for offentlig–privat-ideelt samspill

	OPA (Old Public Administration)	NPM (New Public Management)	NPG (New Public Governance)
Relasjon til privat-ideelle partnere	Kommunen styrer og kontrollerer relasjon	Uavhengige leverandører driver på markedsvilkår	Vedvarende relasjoner, samarbeid og partnerskap
Styringsmekanisme	Regelstyring, formelle kontrakter	Mål- og rammestyring, kontrakter, strategisk ledelse	Nettverksstyring, tillit og relasjonelle kontrakter

En grunnleggende antakelse er at styringsparadigmer (her: NPG, NPM, OPA) sameksisterer og supplerer hverandre. De har forskjellige styrker og svakheter som gjør at deres tilhørende styringsmekanismer skal tilpasses til de foreliggende oppgaver og problemstillinger.

Bergen kommune vil:

- ta initiativ til å revidere gjeldende driftsavtaler og husleiekontrakter med privat-ideelle organisasjoner
- forhandle om samarbeidsformer etter forskrift om offentlige anskaffelser, kapittel 3: samarbeid i offentlige anskaffelser, særskilt ved vesentlige endringer i løpende avtaler.

5.16 TILLITS- OG FAGLIGHETSREFORMEN

Tillits- og faglighetsreformen omfatter hele Byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet. Reformen ble vedtatt i 2017 i forbindelse med avskaffelsen av normtidssystemet, som

³⁹ Ref. blant annet «New Public Governance, på dansk (2017), kap. 10 Udvikling i samspillet mellom offentlige og private aktører».

involverte Etat for hjemmebaserte tjenester, Etat for helsetjenester og Etat for forvaltning. Målet er å sikre at alle ledere og medarbeidere forstår og etterlever prinsippene i tillits- og faglighetsreformen. Ansatte skal få bruke sin kompetanse, og det skal pågå et kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Vi skal fjerne unødvendig kontroll og byråkrati og inkludere brukere og pårørende i utviklingen av nye tjenester. Våre ledere skal få kunnskap og verktøy til å drive tillitsbasert ledelse og styring, og våre medarbeidere skal få kunnskap og verktøy til å drive aktivt medarbeiderskap.

Det tar tid å skape endringer i store organisasjoner, og derfor har vi valgt å implementere tillits- og faglighetsreformen i flere faser.

Bergen kommune vil:

- sikre at alle kjernemedarbeidere kjenner til tillits- og faglighetsreformen gjennom omfattende opplysningsarbeid
- gjennomføre kompetansehevende tiltak innen kontinuerlig forbedring slik at vi kontinuerlig bedrer tjenestene våre
- gjennomføre aktivt medarbeider og tillitsbasert lederskap for å sikre et godt arbeidsmiljø
- inkludere brukere og pårørende i forbedringsarbeidet av våre tjenester

6. ØKONOMISKE KONSEKVENSER

6.1 KONSEKVENSER AV NYBYGG OG OMBYGGINGER

6.2 ØKONOMISKE DRIFTSKONSEKVENSER AV KVALITETSHEVENDE FORSLAG I PLANEN

I dette kapittelet presenteres de økonomiske konsekvensene av denne rulleringen av planen. De er basert på endringer i forhold til dagens plasser og budsjetterte utgifter per plass. Alle foreslåtte tiltak med økonomiske konsekvenser er tallfestet.

De økonomiske konsekvensene er delt inn i to deler:

1. konsekvenser av nybygg og ombygginger
2. andre tiltak

6.1 KONSEKVENSER AV NYBYGG OG OMBYGGINGER

Planen forutsetter at investeringstilskuddet fra Husbanken blir videreført på dagens nivå og at husbanken gir tilsagn om fullt tilskudd til det enkelte prosjekt.

Investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger gis over to poster i statsbudsjettet:

1. investeringstilskudd til rehabilitering (uten netto tilvekst)
2. investeringstilskudd til netto tilvekst

Det kan søkes tilskudd til prosjekter med delvis netto tilvekst. Disse prosjektene blir finansiert med midler fra begge postene. Tilskuddet er det samme per plass, uavhengig av hvilken post de gis fra.

Tabell 7: Investeringstilskuddet fra Husbanken i 2020

	Tilskudd pr plass (1000 kr)
Plasser med tilfredstillende lokalt produksjonskjøkken:	2 153
<i>Sykehjem</i>	1 762
<i>Omsorgsbolig</i>	
Plasser uten tilfredstillende lokalt produksjonskjøkken:	
<i>Sykehjem</i>	2 046
<i>Omsorgsbolig</i>	1 674

Beregningen av driftskonsekvenser tar som utgangspunkt at dagens nivå på bemanning i sykehjem fortsetter. Det er videre i disse beregningene av driftsutgiftene forutsatt at det ikke etableres lokale produksjonskjøkken.

Tabell 8 viser en oversikt over de foreslåtte bygningsmessige tiltakene i planen og driftskonsekvensene av disse. Endringene er i størst mulig grad vist brutto, i den forstand at den viser både nye plasser og plasser som avvikles.

Virkningstidspunkt: Her er det oppført et estimert virkningstidspunkt, dvs. hvilket tidspunkt man regner med at institusjonen tas i bruk eller avvikles.

Plasser/enheter: Antall plasser eller boliger som er omfattet av prosjektet. Ved institusjoner som fraflyttes/avvikles er plasstall oppført med negativt fortegn.

Netto driftskonsekvens pr. år: I denne kolonnen ligger alle driftskonsekvensene, dvs. de generelle driftsutgiftene på institusjonen og egenbetalingsinntekt. For prosjekter i regi av privat-ideelle virksomheter er også kapitalutgifter/husleie inkludert. Ved institusjoner som fraflyttes/avvikles er utgiftene som bortfaller oppført med negativt fortegn.

Tabell 8: Oversikt over de foreslåtte bygningsmessige tiltakene i denne planen og driftskonsekvensene av disse

Endringer fra 1.1.2021				
Prosjekt/institusjon	Virknings- tidspunkt	Plasser/ enheter	Netto drifts- konsekvens pr år	
Kommunale institusjoner				
Åsane sykehjem	4. kv. 2022	100	72,4	
Nytt bofellesskap for funksjonshemmede	4. kv. 2022	16	38,4	
Midtbygda - eksisterende bokollektiv - avvikles	4. kv. 2022	-16	-31,1	
Midtbygda - eksisterende bygg rives	4. kv. 2022	-107	-77,5	
Midtbygda - nybygg	2. kv. 2026	100	72,4	
Frieda Fasmer - nybygg	4. kv. 2025	120	115,7	
Frieda Fasmer - eksisterende bygg fraflyttes	4. kv. 2025	-66	-63,6	
Slettemarken - nybygg	3. kv. 2026	90	86,8	
Slettemarken - eksisterende bygg rives	3. kv. 2026	-30	-28,9	
Nytt sykehjem - Lakevåg *)	2027	120	115,7	
Privat ideelle prosjekter **)				
Johanneshjemmet - omsorgpluss boliger	2. kv. 2021	41	24,0	
Johanneshjemmet - avvikling av aldershjem	2. kv. 2021	-46	-21,9	
Metodisthjemmet	3. kv. 2023	14	14,3	
Betanien nybygg- sykehjemsplasser	1. kv. 2026	120	126,9	
Betanien nybygg- omsorgpluss- boliger	1. kv. 2026	30	21,5	
Betanien - avvikling av drift i gammelt bygg	1. kv. 2026	-110	-94,1	
Sum		376	370,9	
*) Deler av denne kapasiteten må i en periode påregnes brukt ifm. rehabilitering av eldre institusjoner.				
**) For prosjekter i regi av privat ideelle virksomheter er kapitalutgifter på investeringen inkludert i driftsutgiftene.				

I tabellen over fremgår at det at for å gjennomføre de foreslåtte tiltakene må driftsbudsjettet økes med ca. 370 mill. kr. Det vil imidlertid først være mot sluttet av 2020-tallet at alle disse prosjektene er gjennomført og tiltakene har full økonomisk virkning.

6.2 ØKONOMISKE DRIFTSKONSEKVENSER AV KVALITETSHEVENDE FORSLAG I PLANEN

I den opprinnelige planen var det foreslått en del kvalitetshevende tiltak, herunder:

- økt grunnbemanning i korttidsavdelinger
- styrket palliasjon
- kommunal farmasøyt
- aktivitets- og frivillighetskoordinatorer
- psykologer
- ergo- og fysioterapeuter

Samtlige av disse er gjennomført og budsjettet til institusjonene er blitt styrket tilsvarende.

I denne rulleringen er det foreslått en del tiltak ut over nybygg og ombygginger. Noe av dette vil være helt nye tiltak, mens andre vil være styrking av allerede etablerte tiltak. I denne rulleringen tas det ikke stilling til enkelt tiltaks omfang og tidspunkt for iverksettelse. Byrådet vil gjennom den årlig handlings- og økonomiplanen vise de økonomiske konsekvensene etter hvert som tiltakene blir foreslått gjennomført.

7. AVSLUTNING

Denne planen for institusjoner og boliger med heldøgnsbemanning presenterer en rekke tiltak for at Bergen kommune 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 at Bergen kommune har utfaset aldershjemmene, gjennom avvikling av noen og, omgjøring, ombygging og rehabilitering til sykehjemsplasser, samt bygging av nye sykehjem. Det innebærer videre en oppgradering av alle tosengsrom til ensengsrom, 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 er aktiv i rus, personer med alvorlig psykisk lidelse og yngre alvorlig syke og personer med funksjonshemming.

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 *Leve hele livet*.

Fremtidige flerbrukshus 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 flerbrukshus i byggeprosjekter etter 2021.

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

HØRINGSUTKAST

og tverretattlig samarbeid og samarbeid med forskningsmiljøene ved blant annet universitet og høyskole.

Vedlegg 1: Plan for rullering av Omsorg med kunnskap – Oversikt over utvikling og ombygging av aldershjem

Vedlegg 2: Plan for rullering av Omsorg med kunnskap – Kommunale og private ideelle byggeprosjekter