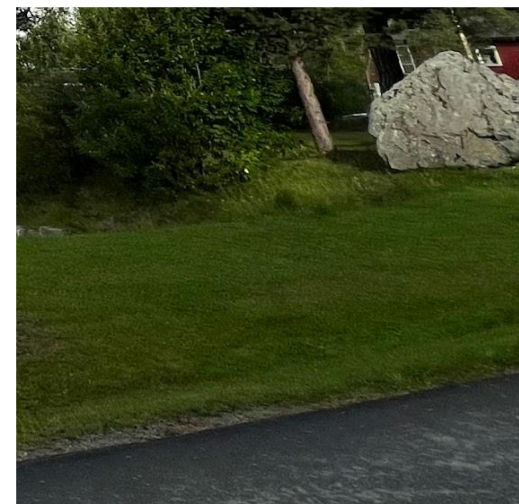
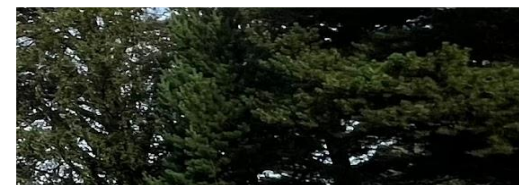


Konseptutredning av fremtidens sykehjem

Oppdal kommune
September 2024



Innhold

1	Bakgrunn, mandat og metode
2	Fremtidens mottakere av kommunale omsorgstjenester
3	Konsepter for fremtidens sykehjem
3a	0-alternativ: Videreføring av nåsituasjon
3b	Konsept 1: Medisinske plasser og demensplasser
3c	Konsept 2: Korttid på sykehjem, demens i egen organisering
4	Oppsummering og anbefalt konsept

1

Bakgrunn, mandat
og metode

Bakgrunn, mandat og metode

Bakgrunn

Som resten av landets kommuner står Oppdal kommune overfor en kraftig økning i antall eldre den neste tiårsperioden. Kombinert med begrenset tilgang til helsepersonell er Oppdal kommune avhengig av å tenke annerledes om hvordan kommunen leverer sine helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Høsten 2023 bistod PwC Oppdal kommune med å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for fremtidens kommunale tjenester. En av anbefalingene fra dette arbeidet var å endre innretningen på sykehjem og heldøgns omsorgsplasser til mer spesialiserte institusjonsplasser, bedre tilgang til omsorgsboliger med og uten bemanning, samt styrking av den hjemmebaserte omsorgen.

Parallelt med dette har Oppdal kommune hatt utfordringer med bruken av dagens sykehjems- og omsorgsboligplasser. For liten kapasitet i kommunens korttidstilbud på sykehjemmet har ført til at kommunen ikke har klart å ta imot sykehuspasienter etter utskrivning. Disse har enten blitt liggende på sykehuset, eller måttet få oppfølging i en annen kommune. Samtidig har Oppdal kommune lange ventelister for personer som ønsker seg omsorgsbolig.

Det er behov for å utvide og tilpasse dagens tilbud av omsorgsplasser i Oppdal kommune, men dagens innretning er ikke tilpasset fremtidens behov. For å kunne fatte en velinformert beslutning, er det nødvendig med et solid faglig grunnlag. Med bakgrunn i dette har Oppdal kommune bedt om en konseptutredning for fremtidens sykehjemstilbud. Utredningen skal peke på hvor mange plasser og hvilke typer plasser Oppdal kommune har behov for ved sykehjemmet for å dekke behovet til fremtidens tjenestemottakere.

Mandat

Prosjektets mandat har vært å gjennomføre en konseptutredning som skal danne fundamentet for fremtidige beslutninger om omsorgstilbudet i Oppdal. Konseptutredningen skal vise ulike måter Oppdal kommune kan innrette sykehjemstjenestene på for å dekke behovene til fremtidens pasienter. I tillegg skal utredningen belyse konsekvenser ved å videreføre tjenesteinnretningen som i dag.

I tillegg til en beskrivelse av fremtidig innretning av sykehjemstjenesten skal hvert konsept også vise behov for innretning og dimensjonering av kommunens øvrige tilbud av helse- og omsorgsplasser for eldre.



Bakgrunn, mandat og metode

Metode

Konseptutredningen av fremtidens sykehjem på Oppdal har som fundament en grundig innsiktsprosess. Målet med innsiktsprosessen har vært å få god kjennskap til dagens sykehjemstjenester, dagens sykehjemsbeboere, og behov hos ulike brukergrupper. Som en del av prosjektet har PwC gjennomført en rekke dybdeintervjuer med både ledere/ansatte, brukere og fagpersoner. Intervjuene og observasjonene har hatt som mål å kartlegge behov og barrierer, identifisere suksesskriterier for vellykkede omsorgstjenester, samt å utforske mulighetsrommet for hvordan man kan forbedre og innovere tjenestetilbudet. Vi har også jobbet tett med ledere og tillitsvalgte ved både sykehjemmet og hjemmetjenesten for å utforme konsepter, og kvalitetssikre faktagrunnlag og forutsetninger som ligger til grunn for utredningen.

Innsikt i nåsituasjon og brukerbehov	Utforming og utredning av konsepter	Kvalitetssikring av fakta og beregningsgrunnlag
Vi har gjennomført seks innsiktsintervjuer for å få bedre innsikt i dagens organisering av sykehjemmet, og behovene til pasientgruppene ved sykehjemmet: • Ledere ved Oppdal helsesenter • Tillitsvalgte ved Oppdal helsesenter • Representanter for Oppdal elderråd • Pårørenderepresentanter • Demensforeningen nasjonalt • Samhandlingsavdelingen ved St. Olavs hospital Basert på intervjuene har vi definert åtte ulike pasientgrupper som mottar tjenester ved dagens sykehjem. Pasientgruppene er gjennomgått med representanter for sykehjemstjenesten for å sikre at pasientgruppene er representative. PwC har også hentet inn statistikk om dagens pasienter og driften ved Oppdal helsesenter. Dette er gjort gjennom en gjennomgang av dagens beboere på sykehjem og i omsorgsboliger. Kartleggingen er gjort sammen med ledere og tillitsvalgte ved sykehjemmet, samt vedtakskontoret. Statistikken danner grunnlaget for fremskrivninger og beregninger av fremtidig behov for bemanning og plasser ved sykehjemmet og øvrige helse- og omsorgsboliger.	For å utforme konsepter har vi gjennomført et eget arbeidsmøte med ledere og tillitsvalgte ved Oppdal helsesenter og hjemmetjenesten, samt representanter for elderrådet. I dette arbeidsmøtet ble deltakerne delt inn i fem grupper, som hver utformet sine løsninger for fremtidens sykehjem. Deretter ble løsningene gjennomgått i plenum, og basert på de fem løsningene, ble det utviklet to ulike konsepter. PwC har utredet begge konseptene, samt effekten av en videreføring av dagens sykehjemsinnretning. I utredningen har vi lagt til grunn sammensetningen av dagens pasientgruppe, og fremskrevet antall pasienter i hver gruppe frem mot 2040. I fremskrivningen har vi basert oss på forventet befolkningsvekst i aldersgruppen 80+, men korrigert for forventede endringer i helsetilstand i aldersgruppen de neste 15 årene. Det er viktig å presisere at det er usikkerhet rundt estimater om fremtidig pasientgruppe. Sammensetningen av pasientgruppene vil naturlig variere over tid, og befolkningsutvikling og helsetilstand i aldersgruppen 80+ kan endre seg sammenlignet med hva som er lagt til grunn i utredningen.	Alle tall og forutsetninger som ligger til grunn for beregningene i utredningen er kvalitetssikret med ledere og tillitsvalgte ved Oppdal helsesenter og hjemmetjenesten. Kvalitetssikringen ble gjort i et eget møte der alle tall og forutsetninger ble diskutert og drøftet. I møtet gikk vi gjennom: • Fordeling av dagens pasientgruppe • Forventet utvikling i befolkning og helsetilstand • Bemanningssammensetning for ulike typer plasser Oppdal kommune har også fått endelig rapport til kvalitetssikring, der kommunen er bedt om å vurdere fakta i rapporten - både tall og statistikk, og kvalitative beskrivelser.

2

Fremtidens
mottakere av
kommunale
omsorgstjenester

Antallet eldre i Oppdal vil øke betydelige frem mot 2040

Demografisk utvikling

I takt med nasjonale trender vil også Oppdal kommune oppleve en betydelig økning i antall innbyggere over 80 år. Veksten i antall eldre kommer som følge av store barnekull etter krigen, og i den neste 10-årsperioden er det ventet at antall eldre over 80 år vil øke med over 60 prosent i Oppdal kommune. Behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester øker kraftig i denne aldersgruppen, og når antall eldre øker, forventer vi også at det vil utløse økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ifølge SSBs befolkningsfremskrivninger vil antallet eldre over 80 år i Oppdal kommune øke med 278 personer fra 2024 til 2040. Dette utgjør en økning på hele 58%. Økningen for de ulike aldersgruppene er fordelt slik:

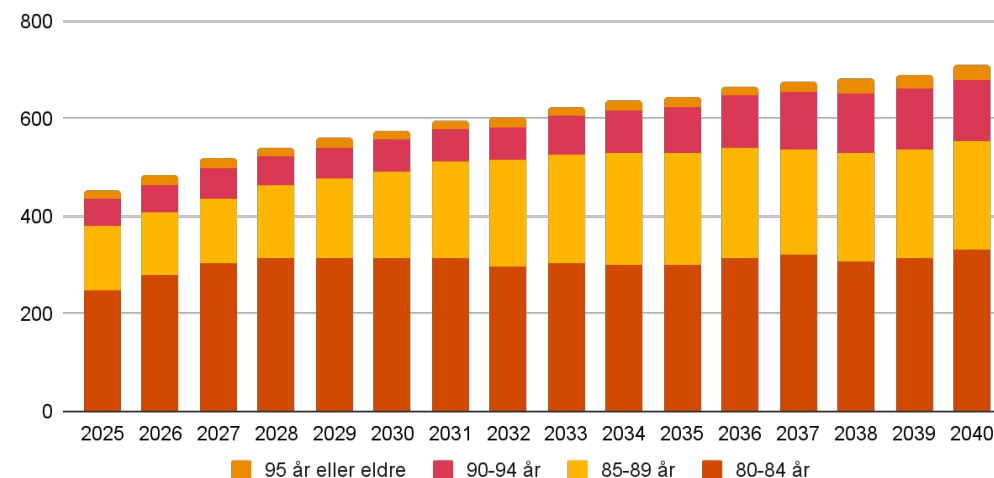
- 80 - 84 år: +103 personer / 45%. Fra 229 til 332 personer.
- 85 - 89 år: +90 personer / 68%. Fra 132 til 222 personer.
- 90 - 94 år: +64 personer / 105%. Fra 61 til 125 personer.
- 95 år og eldre: +21 personer / 175%. Fra 12 til 33 personer.

Antall eldre vil øke jevnt gjennom den kommende 15-årsperioden, og den største prosentvise veksten vil komme i aldersgruppen 85-94 år. Innen 2040 er det ventet at det vil være om lag 150 flere innbyggere i denne aldersgruppen i Oppdal kommune. Dette er en aldersgruppe der mange i dag mottar én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester.

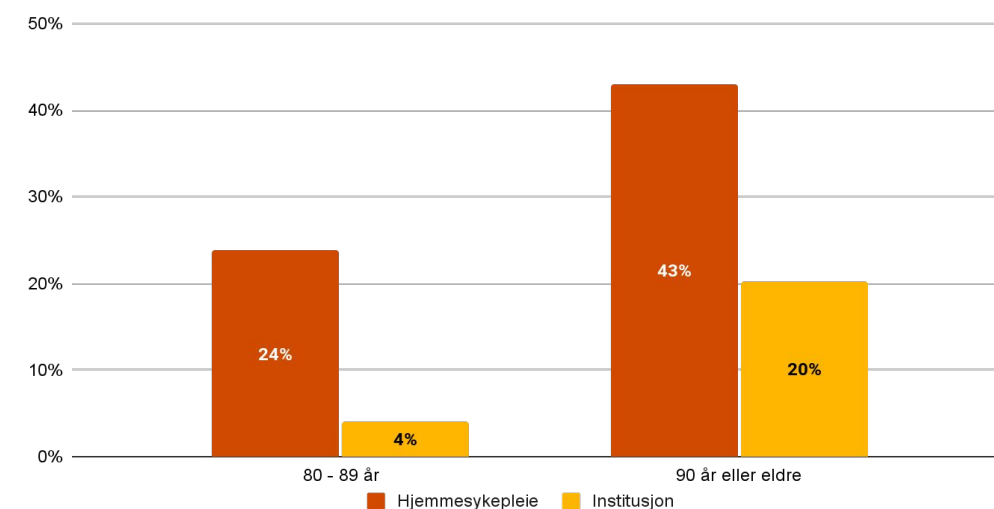
De eldste gir størst behov for flere institusjonsplasser

Flertallet av dagens sykehjemsbeboere er over 80 år. Det er enkelte yngre pasienter med stort pleiebehov. I tillegg har Oppdal helsesenter også noen plasser for personer med rusproblemer. Risikoen for sykehjemsinnleggelse øker med alder. Mens om lag 6 prosent av kommunens innbyggere mellom 80-89 år bodde på sykehjem i 2023, gjaldt dette for 20 prosent av innbyggerne over 90 år.

Samtidig viser SSBs befolkningsfremskrivninger at det særlig er i de eldste aldersgruppene det vil være høyest befolkningsvekst frem mot 2040. Antall eldre i aldersgruppen 80-84 vil stabilisere seg fra slutten av 2020-tallet, mens veksten i de eldre aldersgruppene fortsetter videre utover 2030-tallet.



Figur 1: Fremskrevet beolkningsutvikling i ulike aldersgrupper over 80 år frem mot år 2040 for Oppdal kommune. (Kilde: SSB - Tabell 14288, alt. MMMM)



Figur 2: Andel av innbyggere over 80 år som mottok helsehjelp i Oppdal kommune i 2023. (Kilde: SSB - Tabell 07459 og tall fra Oppdal kommune)

Flere eldre klarer seg lengre uten å motta helsehjelp

Økt selvstendighet blant eldre i Oppdal

Veksten i antall eldre behøver ikke å innebære en tilsvarende økning i behovet for helse- og omsorgstjenester i Oppdal kommune. De siste 10 årene har andelen eldre med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester sunket for både aldersgruppen 80-89 år og de over 90 år. Særlig har det vært en nedgang i antall eldre over 80 år med behov for sykehjemsplass.

For ti år siden viser tall fra SSB at nær alle eldre over 90 år i Oppdal kommune mottok kommunale helse- og omsorgstjenester, mens dette sank til kun å gjelde to av tre innbyggere i aldersgruppen i 2023. Andel eldre over 90 år med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester varierer en del fra år til år, men trenden viser en nedgang på totalt 33 prosent den siste 10-årsperioden.

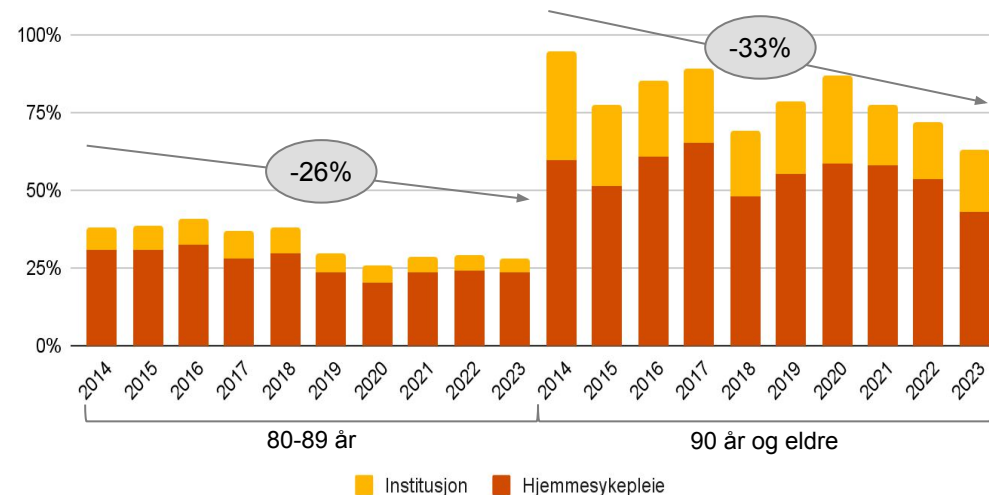
At en stadig lavere andel av de eldre over 80 år trenger kommunale helse- og omsorgstjenester demper noe av utfordringen med at det blir stadig flere eldre. Det er vanskelig å estimere utviklingen i sykdomsbilde i befolkningen over tid, men det er ikke usannsynlig å anta at bedre levekår blant dagens yngre eldre kan bidra til at denne trenden videreføres noe i årene som kommer.

Nasjonal økning i forventede gjenstående leveår ved 70-årsalder

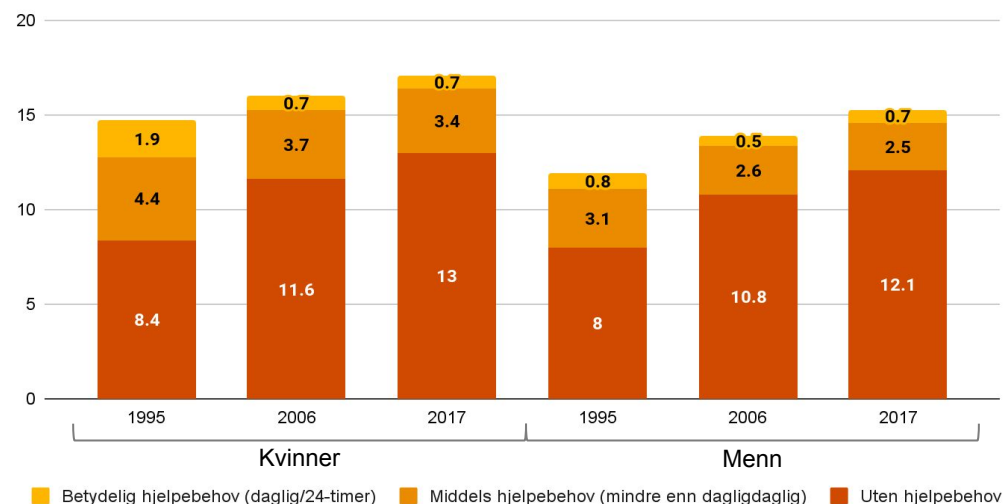
Også på nasjonalt nivå er det en økende trend hvor eldre er i stand til å leve lengre uten behov for helsehjelp. Beregninger fra Folkehelseinstituttet (FHI) viser at befolkningen lever stadig lengre, og at økningen i levealder i sin helhet utgjøres av leveår uten hjelpebehov. Faktisk har antall gjenstående leveår etter fylte 70 år med hjelpebehov gått ned for både kvinner og menn i perioden 1995-2017.

Denne økningen i antall friske leveår er i samsvar med trenden fra Oppdal kommune der en synkende andel av innbyggerne over 80 år har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Samlet sett tyder dette på at kommunen, i likhet med resten av landet, vil oppleve en fremtid hvor eldre bor lengre hjemme og med mindre behov for intensiv omsorg. 11,5 prosent av de over 80 år hadde behov for institusjonsopphold i 2014, mens dette tallet sank til 7,1 prosent i 2023. Det er usikkert hvordan dette vil utvikle seg fremover, og derfor vanskelig å lage en modell for fremstilling av befolkningens helse den neste 10-15 årene. I beregningene av fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester i Oppdal kommune vil det imidlertid være hensiktsmessig å legge til grunn en viss videreføring av denne trenden.



Figur 3: Endring i antall eldre over 80 år som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester siste 10 år i Oppdal kommune. (Kilde: SSB, Tabell 07459 og tall fra Oppdal kommune)



Figur 4: Forventede gjenstående leveår med og uten bistandsbehov ved 70-årsalder. (Kilde: FHI)

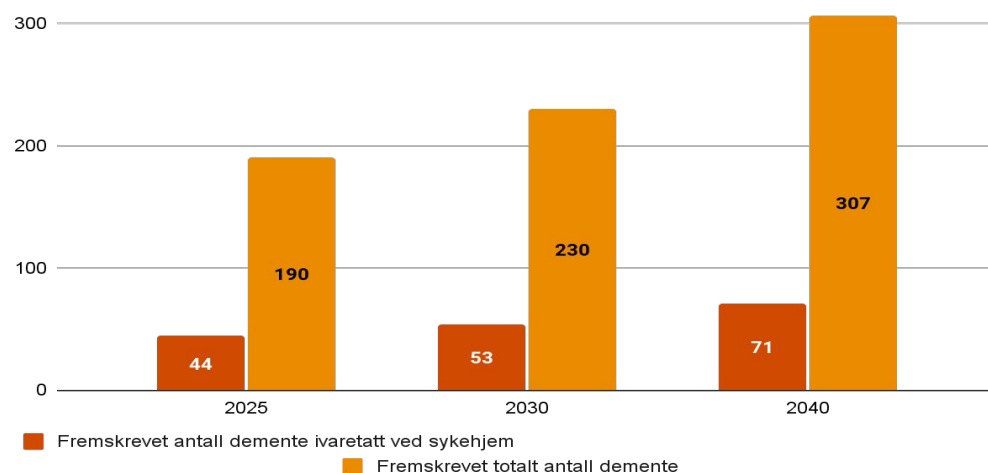
Utvikling i bestemte brukergrupper for Oppdal kommune

Utvikling i antallet demente og fremtidig behov

Demens er en av de raskest voksende helseutfordringene i Norge, og Oppdal er intet unntak. Tall fra demenskartet.no anslår at andelen personer med demens i den norske befolkningen vil øke med omtrent 56% frem mot 2040. For Oppdal kommune er det anslått at antall personer med demens vil øke med 64 prosent frem mot 2040.

I dag mottar 44 av de 190 estimerte personene med demens omsorg i sykehjem. Dette utgjør 23 prosent av innbyggerne med demens. Dersom denne andelen holder seg stabil, vil det tilsvarende behovet for omsorg i sykehjem øke til 71 personer i 2040.

Det er ventet at mange av fremtidens mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester vil ha en grad av demens. Det er derfor viktig å tilrettelegge fremtidens tjenester til å ivareta denne pasientgruppens behov.

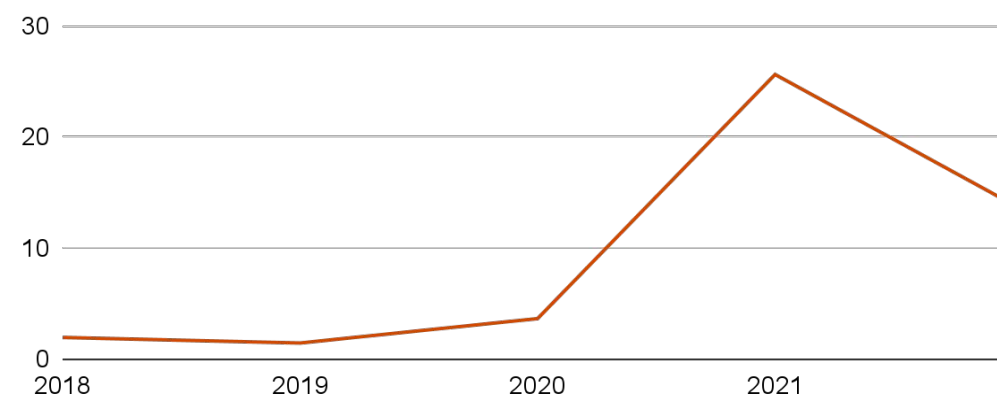


Figur 5: Fremskrevet utvikling i antall demente ivaretatt ved sykehjem eller omsorgsbolig, og totalt for Oppdal kommune. (Kilde: Demenskartet.no og tall fra Oppdal kommune)

Utskrivningsklare pasienter

Den andre store pasientgruppen som er forventet å øke i årene som kommer er utskrivningsklare pasienter. Økningen i denne pasientgruppen vil både bli påvirket av økningen i antall eldre, samtidig som det er ventet at økende press på spesialisthelsetjenesten kan styrke behovet for å skrive ut pasienter til videre oppfølging i kommunen etter endt behandling.

Dagens utskrivningsklare pasienter er stort sett eldre over 80 år, og mange av disse har tre eller flere diagnoser. Mange har behov for enten rehabilitering eller avklaring av helsetilstand etter endt sykehusopphold. Da er det viktig at Oppdal kommune har tilrettelagte plasser med tilstrekkelig kapasitet til å håndtere svingninger i antall utskrivningsklare over tid.



Figur 6: Utvikling i antall overliggerdøgn per 1000 innbygger for Oppdal kommune. (Kilde: Helsedirektoratet)

Oppdal kommune har hatt en økning i antall overliggerdøgn de siste to årene, noe som utfordrer kommunens helse- og omsorgstjenester. Flere overliggerdøgn fører til økt press på korttidsplassene og kan forsinke oppstarten av nødvendig oppfølging fra kommunen, noe som kan gi negative følger i form av forsinket rehabilitering og forverring av pasientens helsetilstand. I tillegg kan begrenset kapasitet i omsorgstilbudet gi i økt ventetid på boliger, og en øker risikoen for at pasientenes funksjonsnivå faller til et nivå som gjør de avhengige av sykehjems plass. Flere overliggerdøgn gir også en merkostnad for Oppdal kommune, da spesialisthelsetjenesten kan kreve om lag 5500 kr. i dagbøter per overliggerdøgn.

Behovene til fremtidens sykehjemspasienter

En mer personsentrert omsorg

Fremtidens sykehjemspasienter vil ha behov som reflekterer en kompleks og helhetlig tilnærming til omsorg. Dette innebærer en anerkjennelse av sykehjemspasientene ikke bare som mottakere av klinisk omsorg, men også som personer, brukere og beboere med unike behov. Skiftet mot en mer personsentrert omsorg er særlig drevet av at demente både i dag og i fremtiden utgjør vil utgjøre majoriteten av sykehjemsbeboerne. Likefullt finner man igjen de samme behovene også hos de andre sykehjemspasientene. Fem hovedpunkter har i innsiktsarbeidet blitt identifisert som viktig for å møte behovene til fremtidens sykehjemspasienter:

Kompetent og godt bemannet helsepersonell

En kritisk faktor for å møte fremtidens omsorgsbehov er å sikre et helsepersonell som er kompetent og godt bemannet. Dette betyr en satsing på kontinuerlig faglig utvikling og spesialisering, spesielt innen geriatrik omsorg og demensbehandling. Ansatte må være oppdatert på beste praksis og nyeste forskning for å kunne tilby omsorg av høyeste kvalitet. Det er også viktig å sikre tilstrekkelig bemanning for å gi personlig og oppmerksom omsorg, noe som krever et integrert team av helsearbeidere som arbeider sammen for å møte pasientenes behov. I kompetanse ligger også ferdigheter og holdninger, særlig i møte med pasienter, men også i møte med pårørende. Det vil være viktig at ansatte også kan fange opp utfordringer og sykdommer i de tilfeller hvor pasientene har mistet evne å kommunisere dette selv.

Trygghet - sosial og psykisk støtte

Trygghet er et grunnleggende behov for pasientenes velvære. Dette oppnås ikke bare gjennom fysisk helsehjelp, men også gjennom sosial og psykisk støtte. En ser at utrygghet hos pasienter ofte kommer gjennom endret fysisk eller kognitiv tilstand, men også usikkerhet hos helsepersonell kan bidra til å eskalere omsorgsnivået. Tiltak for å motvirke dette kan inkludere sosiale aktiviteter og besøkstjenester. Samtidig pekes også stabilitet i personalgruppen på som avgjørende for å sikre trygghet hos pasientene. Psykologiske støttetjenester og samtaleterapi kan gi ytterligere støtte og bidra til å opprettholde pasientenes mentale helse. Tiltak for å motvirke ensomhet og isolasjon er viktig. Dette kan omfatte

inkluderende sosiale aktiviteter, besøkstjenester og psykologiske støttetjenester, samtaleterapi.

Egnet bygningsutforming

Bygningsutformingen må reflektere behovene til en personsentrert omsorg, altså et miljø som fremmer autonomi, opplevelsen av hjemlighet, samt muligheten for meningsfylt aktivitet. Dette innebærer et miljø som tar hensyn til både de sanselige (stemninger/lukt/lys), kommunikative (hva rommene forteller om hva de skal brukes til), de sosiale (hvor mange personer en må forholde seg til på ulike områder) og de rent funksjonelle dimensjonene. Dårlige tilpassede miljøer kan på sin side føre til økt forvirring, frustrasjon, angst og utagerende atferd.

Byggets utforming kan også påvirke kommunens mulighet til å utnytte tilgjengelig bemanning på en effektiv måte. Store avstander, uoversiktlige arealer og etasjeskiller begrenser muligheten for samarbeid, og bruk av bemanning på tvers av avdelinger.

Tilpasset rehabilitering

Rehabilitering må være tilpasset den enkeltes behov og potensial for bedring. Dette innebærer at kommunen må være i stand til å ta imot pasienter til rehabilitering umiddelbart etter utskrivning fra sykehus for å bevare og maksimere rehabiliteringspotensialet. Det største potensialet for rehabilitering forsvinner hvis kommunen ikke er i stand til å ta imot pasienten når behovet foreligger.

Effektive korttidsopphold

Kommunen må kunne tilby effektive korttidsopphold for de pasientene som enten har behov for korttidsopphold i form av KAD (kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud), rehabilitering eller som en bro mellom sykehusopphold og hjemkomst. Dette krever fleksibilitet og evne til å håndtere endringer i kapasitetsbehov, samt å tilby mellomløsninger mens boliger tilpasses eller rehabiliteres. Dette krever også at kommunen må tåle å ha ledige senger i perioder, slik at en til en hver tid evner å håndtere endringer i kapasitetsbehovet.

Oppsummering av fremtidens brukere

I samarbeid med ledere og ansatte i Oppdal kommune har vi gått gjennom dagens beboere på sykehjem og i omsorgsbolig. Basert på denne gjennomgangen har vi fordelt beboerne inn i åtte ulike pasientgrupper.



Pasienter med demens og atferdsproblematikk

Pasienter med demens, hvor atferdsproblematikk som agitasjon, aggresjon og apati utgjør sentrale utfordringer. For personer i denne pasientgruppen kan inntrykk og stimuli forsterke pasientens utfordringer. Disse pasientene har derfor behov for rolige omgivelser uten fysisk, psykisk eller visuell støy. Pasientene vil ha behov for persontilpasset omsorg og stimuli for å unngå at man utløser adferdsutfordringer.



Pasienter med kronisk sykdom

Pasienter med langvarige helseutfordringer forårsaket av kroniske sykdommer som blant annet MS, Parkinsons, diabetes eller hjerte- og karsykdommer. Dette er often en pasientgruppe med en stabil sykdomstilstand, men som har behov for pleie og omsorg flere ganger i døgnet, også på natt.



Pasienter med demens og omfattende pleiebehov

Pasienter med demens, hvor sykdommen er kommet til et stadie der man er avhengig av hjelp til de fleste daglige gjøremål. Dette er personer som har stort somatisk pleiebehov kombinert med kognitiv svikt. Ofte vil det somatiske omsorgsbehovet være mest fremtredende, men de har også behov for persontilpasset omsorg som tar hensyn til graden av kognitiv svikt.



Pasienter med rus- og/eller psykisk helselidelse

Pasienter med rusrelaterte problemer og/eller psykiske helseutfordringer, noe som krever en integrert tilnærming til behandling og omsorg. Dette er en pasientgruppe som kan ha god nytte av ro, omsorg og måltider. Ansatte ved Oppdal helsesenter opplever ofte at personer i denne pasientgruppen har godt av tidsavgrensede opphold på en omsorgsplass for å "hente seg inn", men sjelden har langvarig nedsatt helse som krever langtidsplass.



Pasienter med demens og tilleggssymptomer

Pasienter der den primære utfordringen er kognitiv svikt, men som også har et avgrenset somatisk oppfølgingsbehov. Dette kan typisk være begrensede motoriske evner, behov for hjelp til personlig stell og hygiene eller annen bistand til utførelse av daglige oppgaver. Dette er en pasientgruppe med behov for daglig hjelp og støtte, men som har godt av moderat stimuli, og kan leve godt i trygge og stabile omgivelser.



Pasienter med andre utfordringer - alder, utrygghet

Denne pasientgruppen består primært av eldre som opplever ulike former for utrygghet, tilknyttet alder, isolasjon, eller manglende nettverk. For enkelte vil uegnet bolig være utløsende for økt omsorgsbehov, blant annet på grunn av forhold som kan utløse fallfare, eller utrygghet for at illebefinnende ikke vil bli oppdaget. Ofte er personer i denne pasientgruppen personer som bor alene. Personer i denne pasientgruppen opplever ofte en oppsving i helsetilstand når de kommer i trygge og stabile omgivelser.



Pasienter med omfattende somatisk bistandsbehov

Pasienter med somatiske helseutfordringer og som har behov for omfattende bistand i hverdagen, men uten kognitiv svikt. Dette er en pasientgruppe med stort somatisk bistandsbehov som krever døgntilstand oppfølging. Denne pasientgruppen har ofte en medisinsk tilstand som krever oppfølging av ansatte med medisinsk kompetanse.



Pasienter med midlertidige oppfølgingsbehov

Pasienter som trenger midlertidig omsorg og oppfølging, ofte etter sykehusopphold, operasjoner eller akutte medisinske hendelser. Midlertidige plasser kan blant annet brukes til:

- Rehabilitering
- Kartlegging og vurdering
- Avlastning

Fremtidens brukere

Pasienter med demens og atferdsproblematikk

Beskrivelse av brukergruppen:

Denne gruppen består av personer som lever med ulike stadier av demens, hvor atferdsproblematikk som agitasjon, aggresjon og apati utgjør sentrale utfordringer. Disse pasientene kan være i ulike aldersgrupper, men forekommer oftere i de senere fasene av livet. Det er viktig å anerkjenne at atferdsendringene er symptomer på sykdommen og ikke bevisste og villedede handlinger fra pasientens side.

Brukerbehov:

Pasientene krever tett oppfølging av personale med god kompetanse innen demensomsorg, inkludert kompetanse på forebygging og håndtering av atferdsproblematikk. Personalet må være utrustet med strategier for å de-eskalere utfordrende situasjoner og engasjere pasientene i aktiviteter som kan redusere stress og forvirring. En tverrfaglig tilnærming, som involverer sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere, samt terapeuter er nødvendig for å skape en helhetlig omsorgsplan.

Bygget bør utformes slik at det skaper et trygt og rolig miljø som minimerer atferdsproblematikk. Dette betyr klare og oversiktlige romstrukturer, skjermede områder, samt trygge og tilgjengelige uteområder for å fremme ro og avslapning. Materialvalg og interiørdesign bør bidra til en følelse av hjemlighet og ro, samtidig som det opprettholdes høye standarder for sikkerhet og funksjonalitet.

Tjenestene må være fleksible og personsentrerte, med fokus på å opprettholde pasientenes verdighet og selvstendighet så langt det er mulig. Dette innebærer tilpassede omsorgsplaner som tar hensyn den enkelte pasients historie, preferanser og behov. Bruk av teknologi for overvåking og forebygging av helseproblemer bør integreres i tjenestetilbudet, og tjenestene bør være tilrettelagt for palliativ omsorg ved livets slutt.

Antall:

Dette er en brukergruppe med behov for mindre bogrupper, mellom 4 og 8 beboere. Brukergruppen består i dag av om lag 9 personer.

Pasienter med demens og omfattende pleiebehov

Beskrivelse av brukergruppen:

Pasienter med demens og omfattende pleiebehov inkluderer som oftest eldre personer som har utviklet demens til et stadium der de er avhengige av hjelp til de fleste daglige gjøremål. De har gjerne vanskeligheter med å utføre grunnleggende funksjoner som å spise, kle på seg og ivareta personlig hygiene. Pasientene kan også oppleve utfordringer med kommunikasjon og kan være utsatt for ytterligere helsekomplikasjoner. Deres tilstand krever konstant tilsyn og assistanse. Denne pasientgruppen har også et somatisk oppfølgingsbehov, i tillegg til demenssykdommen.

Brukerbehov:

Pasientene trenger en høy grad av pleie og omsorg, levert av personale med solid kompetanse på demens. Personalet må i tillegg kunne tilby og ivareta omfattende støtte for personlig hygiene, medisiner og ernæring, samt være oppmerksomme på endringer i pasientens helse for å kunne handle raskt ved behov. Det er følgelig nødvendig med en bemanningstetthet som bidrar til å gi individuell oppmerksomhet og pleie.

Selv om bygningsutforming er viktig for å støtte pasientenes behov, er det spesielt kritisk at miljøet er trygt og navigerbart, med enkle og klare innretninger som reduserer risikoen for forvirring og fall. Rommene bør være lyse og innbydende, med lett tilgang til trygge, tilpassede uteområder som gir mulighet for bevegelse og frisk luft.

Tjenestene må være innrettet for å gi kontinuerlig støtte, med tilgang til nødvendige medisinske tjenester og aktiviteter som opprettholder pasientens fysiske og mentale funksjoner så langt det er mulig. Det er viktig å integrere tjenester som bidrar til økt livskvalitet, samt sikrer et hjemlig miljø for pasientene.

Antall:

Brukergruppen består i dag av om lag 31 pasienter.

Fremtidens brukere

Pasienter med demens og tilleggssymptomer

Beskrivelse av brukergruppen:

Denne gruppen består av personer med demens som også opplever tilleggssymptomer. Tilleggssymptomer kan her typisk være begrensede motoriske evner, behov for hjelp til personlig stell og hygiene eller annen bistand til utførelse av daglige oppgaver.

Brukerbehov:

Graden av demens for denne pasientgruppen vil variere, fra moderat til langtkommen kognitiv svikt. Fellesnevneren er at demenssykdommen fører til at personen trenger hjelp til daglige oppgaver. I tillegg har personer i denne pasientgruppen et avgrenset somatisk oppfølgingsbehov.

Disse pasientene har behov for nærhet til ansatte som kan bistå når pasienten har behov for det. Oppfølgingsbehovet er imidlertid avgrenset, og personen vil kunne mestre en del daglige oppgaver på egenhånd. Daglige oppgaver kan blant annet være knyttet til forflytning, måltider, toalettbesøk eller ivaretagelse av personlig hygiene. Ansatte rundt denne pasientgruppen trenger en grunnleggende forståelse for utfordringer og begrensninger med demenssykdommen, men pasientene har ikke stort behov for medisinsk oppfølging.

Bygningsutformingen bør ta hensyn til pasientenes behov for et strukturert og forutsigbart miljø som kan redusere stress og forvirring. Tilrettelegging for sikker navigasjon i bygget og tilgang til spesialtilpassede områder for aktivitet og hvile er viktig for å støtte pasientenes velvære. Pasienter i denne gruppen har ofte god effekt av aktiviteter og moderat stimuli, tilpasset egne forutsetninger.

Tjenestene må være integrerte og fleksible, med mulighet for å tilpasse seg pasientenes skiftende behov. Dette inkluderer tilgang til aktivitetstilbud som er skreddersydd for å opprettholde eller forbedre pasientens kognitive og fysiske funksjoner, samt psykososial støtte for å håndtere de psykiske aspektene ved tilleggssymptomene.

Antall:

Dette er en pasientgruppe som klarer seg i større bomiljøer med leiligheter som består av flere funksjoner, 12-20 rom per avdeling. Denne brukergruppen består i dag av om lag 29 beboere i sykehjem og omsorgsbolig.

Pasienter med omfattende somatisk bistandsbehov

Beskrivelse av brukergruppen:

Denne gruppen består av personer med betydelige fysiske helseutfordringer og som krever omfattende bistand i hverdagen. Pasientene kan være berørt av en rekke somatiske tilstander, inkludert alvorlige hjerte- og lungesykdommer, avansert diabetes, eller store funksjonshemminger som følge av slag eller andre nevrologiske tilstander. Behovet for hjelp kan spenne fra assistanse med grunnleggende aktiviteter som å spise og kle seg, til mer kompleks medisinsk behandling og tilsyn.

Brukerbehov:

Pasientene har behov for tilgang til et bredt spekter av helse- og omsorgstjenester som kan håndtere deres behov. Dette inkluderer spesialisert sykepleie, fysioterapi og ergoterapi, og ved behov palliativ omsorg. Personalet må inneha relevant kompetanse og være i stand til å gi omfattende og tilpasset støtte, samt ha evnen til å raskt identifisere og respondere på akutte medisinske situasjoner.

For å støtte pasienter med omfattende somatisk bistandsbehov, er det avgjørende at det fysiske miljøet er tilrettelagt for å håndtere deres begrensninger. Universell utforming som sikrer enkel tilgang og bevegelse for alle, uavhengig av fysisk kapasitet, er essensielt. Tilpasninger som høydejusterbare senger, sklisliske gulv, og tilgjengelige badedrom med tilpassede hjelpemidler er eksempler på hvordan bygningsutformingen kan fremme selvstendighet og sikkerhet.

Tjenestene må være koordinerte og helhetlige, og de må kunne tilpasse seg pasientenes skiftende behov. Det er viktig å integrere tjenester som bidrar til å opprettholde pasientenes livskvalitet og selvstendighet, og som støtter dem i å leve så aktivt og godt liv som mulig, til tross for deres fysiske begrensninger.

Antall:

Dette er en pasientgruppe som klarer seg i større bomiljøer med leiligheter som består av flere funksjoner, 12-20 rom per avdeling. Det er i dag om lag 11 pasienter med omfattende bistandsbehov uten demensdiagnose.

Fremtidens brukere

Pasienter med kronisk sykdom

Beskrivelse av brukergruppen:

Denne gruppen består av personer som lever med langvarige helseutfordringer forårsaket av kroniske sykdommer som blant annet MS, Parkinsons, diabetes eller hjerte- og karsykdommer. Disse tilstandene krever kontinuerlig oppfølging og kan resultere i varierende grader av funksjonshemming. Pasientene, som kan være i alle aldre, opplever at deres sykdommer påvirker deres fysiske evner, psykiske velvære og sosiale liv. Ofte består denne pasientgruppen av pasienter i alderen 60-79 år.

Brukerbehov:

Pasienter med kroniske sykdommer trenger regelmessig medisinsk oppfølging for å håndtere og overvåke deres tilstander. De har behov for tilgang til et bredt spekter av tjenester, inkludert spesialisert sykepleie, medisinsk behandling, fysioterapi, ergoterapi og psykologisk støtte. Omsorgspersonalet må forstå de unike utfordringene som følger med hver kronisk sykdom og være i stand til å tilby en personlig og tilpasset omsorgsplan. Både omfang og innretning av tjenestene vil variere mellom ulike pasienter. Enkelte har behov for tett bemanning, mens andre kan klare seg med et begrenset omfang, men har behov for oppfølging av ansatte med medisinsk kompetanse.

Det er viktig at omsorgsmiljøet er tilrettelagt for å støtte pasientenes selvstendighet og sikkerhet, uavhengig av deres bosted. Tilpasninger bør fokusere på å fremme funksjonalitet og tilgjengelighet, og kan inkludere hjelpemidler og designelementer som støtter pasientenes evne til å utføre daglige aktiviteter så selvstendig som mulig.

Tjenestene må være fleksible og tilpasset individuelle behov, og de må kunne inkludere alt fra daglig medisinsk oppfølging til spesialiserte behandlingsprogrammer. Målet med tjenesteytingen er å støtte pasientene i å håndtere deres sykdommer på den beste måten, opprettholde selvstendighet og sikre høyest mulig livskvalitet. Dette inkluderer psykososial støtte og hjelp til å opprettholde sosiale kontakter, som er essensielt for den mentale og emosjonelle velværen.

Antall:

Denne brukergruppen har behov for ordinære leiligheter som er tilrettelagt for deres behov, med en bemanningsbase. Dette kan organiseres i leilighetskomplekser med 4-12 leiligheter. Denne pasientgruppen består i dag av om lag 8 personer.

Pasienter med rus- og/eller psykisk helselidelse

Beskrivelse av brukergruppen:

Denne gruppen består av personer med kombinerte rusrelaterte og psykiske helseutfordringer. Disse pasientene kan ha komplekse behov som krever en integrert tilnærming til behandling og omsorg. Tilstandene kan variere fra akutte psykiske lidelser til langvarige avhengighetstilstander, og ofte kan det være en kombinasjon av begge. Disse utfordringene kan påvirke alle aspekter av livet, fra personlig helse til sosiale relasjoner og evnen til å fungere i hverdagen.

Brukerbehov:

Pasienter med rus- og psykiske helselidelser trenger tilgang til kvalifisert personale som har spesialkompetanse innen psykiatri og rusbehandling. Dette inkluderer psykiatere, psykologer, sosionomer, sykepleiere, vernepleiere og støttepersonell som kan tilby en helhetlig og koordinert behandling. Personalet må være trent i å håndtere kriser, gi emosjonell støtte og utvikle individuelle omsorgsplaner som adresserer både de psykiske og fysiske aspektene ved pasientens tilstand.

Omsorgsmiljøet for denne pasientgruppen må være trygt og støttende, designet for å redusere stress og fremme helbredelse. Det bør være tilrettelagt for ulike terapeutiske aktiviteter, med områder for privatliv og ro, samt fellesområder som oppmuntrer til sosial interaksjon og samfunnsdeltakelse. Sikkerhet er også en prioritet, med nødvendige tiltak for å håndtere risikoatferd og beskytte både pasienter og ansatte.

Tjenestene må være tilpasset for å møte de unike og ofte skiftende behov. Dette inkluderer tilgang på akutt psykisk helsehjelp, langsiktig oppfølging, rehabiliteringsprogrammer og støtte for sosial reintegrering. Målet med tjenesteytingen er å fremme rehabilitering, styrke pasientenes evne til å håndtere sin egen helse og støtte dem i å oppnå en meningsfull og selvstendig tilværelse i samfunnet.

Antall:

Denne pasientgruppen skiller seg mye fra øvrige beboere i helse- og omsorgsboliger, og kan være forstyrrende elementer i andre bomiljøer. Det kan derfor være hensiktsmessig å legge boliger for psykisk helse og rus adskilt fra andre helse- og omsorgsplasser. Et bomiljø kan bestå av 4-8 plasser. Denne pasientgruppen består av om lag 4 personer.

Fremtidens brukere

Pasienter med andre utfordringer - alder, utrygghet

Beskrivelse av brukergruppen:

Denne gruppen består av eldre personer og andre som opplever ulike former for utrygghet, knyttet til alder, isolasjon eller manglende nettverk. Disse pasientene kan stå overfor en rekke utfordringer som ikke alltid er medisinsk definerte, men som likevel påvirker deres livskvalitet og evne til å bo selvstendig. Utrygghet kan manifestere seg i form av frykt for fall, bekymring for sikkerhet eller angst for fremtiden.

Brukerbehov:

Denne pasientgruppen har ofte et avgrenset omsorgsbehov, men er ikke i stand til å ivareta egne behov i privat bolig. Oppfølgingsbehovet kan variere fra avgrenset til moderat. Et kjennetegn med mange i denne pasientgruppen er at de kan ha store utfordringer mens de bor hjemme i privat bolig, mens helsetilstanden tar seg opp når de kommer i trygge og stabile omgivelser. Ofte kan midlertidige avklaringsopphold være til stor nytte for disse pasientene. Det bidrar til å stabilisere pasientens tilstand, og forhindrer at pasienten legges inn på et mer omfattende langsiktig omsorgstilbud enn nødvendig.

Dette er en pasientgruppe som først og fremst trenger trygghet og stabile omgivelser. Ofte kan dette løses med annen bemanning enn ansatte med helsefaglig kompetanse. Dette kan for eksempel være miljøarbeidere, assistenter eller annet støttepersonell.

Omsorgsmiljøet for disse pasientene må være trygt og innbydende, med tilrettelegging som minimerer risiko for skader og fall. Det kan inkludere enkle tiltak som bedre belysning, håndtak i boligen, og fjerning av fallfarer. Videre er det viktig med tilgang til sosiale møteplasser og aktiviteter som fremmer samhold og gir en følelse av tilhørighet.

Ofte kan disse brukernes behov ivareta med begrenset bemanning, for eksempel gjennom trygghetsverter som er til stede deler av dagen, som jevnlig er innom på tilsyn hos brukerne. Pleie og omsorg på netter og i helger kan ivaretas av ambulerende hjemmetjenester.

Antall:

Denne pasientgruppen kan bo i ordinære bomiljøer eller i tilrettelagte leiligheter med nærhet til bemanningsbase. Denne pasientgruppen består av om lag 23 personer.

Pasienter med midlertidige oppfølgingsbehov

Beskrivelse av brukergruppen:

Denne gruppen omfatter personer som trenger midlertidig omsorg og oppfølging, ofte etter sykehusopphold, operasjoner eller akutte medisinske hendelser. Disse pasientene kan være i en rehabiliteringsfase eller trenge hjelp til å komme tilbake til sine daglige rutiner. Behovet for oppfølging kan variere fra noen få dager til flere uker, og målet er å støtte pasientens tilbakevending til full selvstendighet.

Brukerbehov:

Pasienter med midlertidig oppfølgingsbehov er ikke én pasientgruppe, men ulike pasientgrupper kan ha behov for ulike former for midlertidig oppfølging:

Rehabilitering

Formålet med rehabilitering er å styrke pasientens funksjonsevne etter sykdom eller sykehusbehandling. Rehabiliteringen bør startes opp raskt etter endt behandling, bør være individuelt tilpasset, og vil ofte omfatte oppfølging fra flere faggrupper, som fysio- og ergoterapeuter i tillegg til sykepleiere og helsefagarbeidere. Personalet må ha kompetanse til å vurdere pasientens fremgang og tilpasse omsorgsplanen etter hvert som pasienten gjenvinner sin styrke og funksjonsevne.

Korttids- og vurderingsplass

Målgruppen for korttids- og vurderingsplasser er pasienter som har så svekket helsetilstand at de har behov for et institusjonsopphold i påvente av at helsetilstanden avklares, og at kommunen kan finne riktig omsorgstilbud. Ofte er dette utskrivningsklare pasienter fra sykehus, eller hjemmeboende som har hatt et funksjonsfall.

Avlastning

Avlastningsopphold er ment å være et tilbud til pårørende med store omsorgsoppgaver til en hjemmeboende mottaker av helse- og omsorgstjenester. Varigheten på et avlastningsopphold kan variere fra noen timer, til flere uker, alt etter den pårørendes behov for avlastning.

Antall:

Korttidsplassene kan organiseres med opp til 25-30 plasser per avdeling, avhengig av hva slags brukergruppe som skal benytte seg av plassene. Det er i dag om lag 4 plasser for midlertidig sykehjemsopphold i Oppdal kommune.

3

Konseptbeskrivelser

Fremtidig pasientmengde og bemanningsbehov for ulike plasser

Pasientgrunnlag

For å beregne pasientmengden Oppdal kommune forventes å måtte ivareta i 2040, tar rapporten utgangspunkt antall pasienter kommunen ivaretar ved eller utenfor sykehjem i dag. Estimater for 2040 blir da altså:

Antallet pasienter kommunen ivaretar i dag x Vekst i pasientgruppe x Utvikling i brukergruppe

Befolkningsvekst

Befolkningsvekst sier noe om hvor mye brukergruppen er forventet å vokse frem mot 2040. For alle pasientergrupper, med unntak for de med en rus- og/eller psykisk helselidelse, settes denne lik forventet befolkningsvekst for aldersgruppen over 80 år, dvs. 63 prosent vekst.

Vekting for endret helsetilstand

At helsetilstanden til eldre over 80 år kontinuerlig forbedres er hensyntatt i beregningen gjennom en egen faktor med vekting for endret helsetilstand. Vektingen for endret helsetilstand indikerer om vi forventer økt eller redusert forekomst av denne pasientgruppen som andel av total befolkning. Som presentert tidligere i rapporten har en sett hvordan flere eldre klarer seg

Tabell 1: Fremtidig pasientgrunnlag for ulike pasientgrupper.

	Personer i pasientgruppen	Befolkningsvekst	Vekting for endret helsetilstand*	Estimat 2040
Pasienter med demens og atferdsproblematikk	9	1.63	1	15
Pasienter med demens og omfattende pleiebehov	31	1.63	1	51
Pasienter med demens og tilleggssymptomer	29	1.63	1	48
Pasienter med omfattende somatisk bistandsbehov	11	1.63	0.9	17
Pasienter med kronisk sykdom	8	1.63	0.9	12
Pasienter med rus- og/eller psykisk helselidelse	4	1	0.9	4
Pasienter med andre utfordringer - alder, utrygghet	23	1.63	0.9	34
Pasienter med midlertidig oppfølgingsbehov	5	1.63	1.1	9
Totalt	120			190

* 1 indikerer at vi anslår at det ikke vil være noen endring i forekomsten av denne pasientgruppen som andel av befolkningen, tall over 1 indikerer at pasientgruppen vil øke som andel av befolkningen, mens tall under 1 indikerer at pasientgruppen vil reduseres som andel av befolkningen.

lenger uten å motta helsehjelp. For alle demensgrupper estimeres det ikke noen utvikling i årene fremover. I Helsedirektoratets retningslinjer for oppfølging av demens påpekes det at en økning i den eldre befolkningen også vil føre til økt forekomst av demens, vi legger derfor til grunn at utviklingen i demens vil følge utviklingen av eldre over 80 år.

For pasientgrupper med somatisk bistandsbehov, kronisk sykdom, rus- og/eller helselidelse, og andre utfordringer legger vil til grunn en nedgang på 10%. Dette er basert på data fra FHI som viser at eldre har stadig flere friske leveår etter fylte 70, og har færre år med pleiebehov mot slutten av livet. Dette understøttes også av trenden i tjenestetildeling i Oppdal kommune de siste 10 årene. For de med midlertidig oppfølgingsbehov forventes det en økning på 10%, dette med bakgrunn i forventninger om endret utskrivningspraksis i spesialisthelsetjenesten. Grunnlaget for estimatene er også diskutert og vurdert i samråd med representanter for helse- og omsorgstjenestene i Oppdal kommune.

Pasienter med rus- og/eller psykisk helselidelse

Pasientgruppen med rus og/eller psykisk helselidelse skiller seg vesentlig fra de øvrige sju pasientgruppene i utredningen og er derfor ikke inkludert i noen av konseptene for fremtidens sykehjem. Personer med rus- og/eller psykisk helselidelse er gjerne yngre, mellom 40 og 66

år, og har behov for en annen type oppfølging. Sykehjem eller bemannet omsorgsbolig er gjerne ikke riktig tilbud for disse pasientene. I tillegg er pasientgruppen så liten at det vil være vanskelig å etablere et eget tilbud med riktig bemanning for denne pasientgruppen på sykehjemmet.

For å dekke behovet til fem brukere i fremtiden vil det være behov for 2-3 plasser i egnet boform. Dette bør enten organiseres sammen andre tilbud til personer med rus- og/eller psykisk helselidelse i Oppdal kommune, eller i samarbeid med andre kommuner.

Tallgrunnlag for beregning av utgifter i hvert konsept

Driftskostnader

Driftskostnadene for hvert konsept baseres på de pasientrettede årsverkene, altså den estimerte årsverkskostnaden vektet etter behovet for ulike kompetansegrupper. Kostnaden for de ulike kompetansegruppene er basert på lønnsstatistikk hentet fra Oppdal kommune, oppdatert i juni 2024. Tallene inkluderer variable tillegg for relevante stillinger markert med '*'. Dette er tillegg på grunnlønn for arbeid på kveld/natt, helg og helligdager, samt eventuelle bonuser o.l. Dette er etter informasjon fra kommunen estimert til 30 000 kr.

Sosiale utgifter er beregnet til 25 prosent av brutto årslønn, basert på kommunens utgifter til arbeidsgiveravgift, pensjon, og andre utgifter knyttet til den enkeltes arbeidsforhold, som utgifter til kurs og opplæring.

Tabell 2: Bemanningsutgifter for ulike kompetansegrupper i Oppdal kommune.

	Bruttolønn	Sosiale utgifter	Estimert årsverkskostnad
Sykepleier*	609 685	25 %	762 106
Vernepleier*	580 757	25 %	725 946
Helsefagarbeider*	500 716	25 %	625 895
Fysioterapeut/Ergoterapeut	591 200	25 %	739 000
Lege	1 005 889	25 %	1 257 361
Assistent* (andre pleiemedarbeidere)	456 702	25 %	570 878

Det er i tillegg tre andre grupper kostnader som også inngår i driftskostnader. Administrasjon og ledelse (15%), andre driftsutgifter (renhold, strøm, varer og utstyr 15%) og vikarinnleie (20%) utgjør anslagsvis 50% av utgiftene til pasientrettede årsverk. Til slutt legger vi til grunn gjennomsnittlig årlige inntekter på 300.000 kr. per sykehjemsplass, 60 000 kr per korttidsplass, og 170.000 kr. per omsorgsbolig. Totale driftskostnader er derfor utledet av de kostnaden for de pasientrettede årsverkskostnadene ganget med en faktor på 1.35, minus inntekter per type plass. Denne beregningsmetoden matcher med dagens bemannings- og utgiftsnivå ved Oppdal helsesenter.

Investeringskostnader

Investeringsutgiftene som er identifisert i konseptutredningen er knyttet til å tilpasse eller utvide den eksisterende bygningsstrukturen i tråd med fremtidens behov. Dette inkluderer både kostnader for oppføring av nybygg og rehabilitering av eksisterende bygningsstruktur. Investeringskostnader er basert på tall innhentet fra Oppdal kommune, og Norsk prisbok 01/2024. Den valgte størrelsen for ulike omsorgsboliger og tilhørende fellesarealer og kontor er basert på Husbankens *Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg*.

Oppsummert legges følgende byggekostnader til grunn i beregningen av investeringsutgifter:

- Per sykehjemsplass: ~5,0 MNOK.
- Per omsorgsbolig m/HDO (30 kvm + 30% fellesareal og kontor): ~2,0 MNOK.
- Per omsorgsbolig u/HDO (+/- 45 kvm + 20 % fellesareal og kontor): ~2,8 MNOK.

Vi legger til grunn at ombygging av eksisterende plasser kan gjøres til 30 prosent av kostnaden av nybygg.

Variasjon i pris mellom omsorgsbolig og bolig med livsløpsstandard vurderes liten. Parkeringsløsning kan imidlertid har stor innvirkning på pris, noe som fanges opp av byggeareal per boenhet.



I tillegg til en videreføring av nåsituasjonen har vi utviklet to alternative konsepter for fremtidens sykehjem

I samarbeid med representanter fra sykehjemmet, hjemmetjenesten og elderrådet i Oppdal kommune har PwC utarbeidet to alternative konsepter for fremtidens sykehjem. I tillegg har vi utredet hva som vil være konsekvensen av en videreføring av dagens tjenester, noe tilpasset for å ta høyde for at en forutsetning om at flere pasienter kan følges opp i bemannede omsorgsboliger, og ikke har behov for sykehjemsplass i fremtiden. I alle konseptene har vi gjort en vurdering av behovet for plasser og bemanning for å møte forventet behov i 2040. Det er ventet at den største veksten i antall eldre vil komme frem til 2040, mens veksten flater ut etter 2040.

0-Alternativ: Videreføring av dagens innretning

En videreføring av dagens sykehjemsinnretning innebærer at tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger vil bestå av:

- Sykehjemsplasser
- Omsorgsboliger for personer med demens
- Somatiske omsorgsboliger

Antall sykehjemsplasser vil økes tilnærmet i takt med veksten i brukergruppen.

En videreføring av dagens innretning vil innebære stor grad av somatiske langtidsplasser i sykehjem, med begrenset kapasitet for midlertidige opphold. Det innebærer også en videreføring og utvidelse av dagens Sanatelltun og BOAS.

Ved en videreføring av dagens innretning vil det være nødvendig å utvide både sykehjemmet og de to omsorgsboligbyggene.

Konsept 1: Sykehjem for somatikk og demens

I konsept 1 foreslår vi å innføre omsorgsboliger uten døgnskcontinuerlig bemanning. Konseptet vil bestå av:

- Sykehjemsplasser, med økt kapasitet på skjermede plasser og korttidsplasser
- Økning i antall omsorgsboliger for personer med demens
- Somatiske omsorgsboliger
- Omsorgsboliger uten fast bemanning

Konsept 1 legger opp til en videreføring av dagens antall plasser ved sykehjemmet, men endrer innretningen. Det blir flere korttidsplasser for vurderingsopphold, rehabilitering og mottak av utskrivningsklare pasienter. Samtidig blir det færre somatiske langtidsplasser, og disse innrettes for å dekke behovet til de pasientene som har stort medisinsk omsorgsbehov.

Konseptet innebærer en vesentlig økning i antall omsorgsboligplasser for personer med demens. Det er ventet at dette er en pasientgruppe som vil øke mye i årene som kommer, og en stor del av omsorgsboligtilbudet vil være tilpasset denne brukergruppen.

Til slutt legger konseptet opp til en etablering av omsorgsboliger uten bemanning hele døgnet. Disse boligene vil være tilrettelagt for personer som av ulike årsaker ikke lengre kan bo i sitt private hjem, men ikke har behov for døgnskcontinuerlig oppfølging. Et slikt tilbud vil dempe trykket på kommunens heldøgns omsorgsplasser, samtidig som det lar kommunen gi et godt og tilpasset omsorgstilbud med lavere ressursinnsats enn i dag.

Konsept 2: Eget bygg for demensomsorg

I konsept 2 foreslår vi å etablere et eget bygg for demensomsorgen. Dette konseptet vil bestå av:

- Somatisk sykehjem
 - Langtidsplasser
 - Korttidsplasser
- Demensbygg
 - Sykehjemsplasser for demens
 - Omsorgsboligplasser med heldøgns bemanning
 - Omsorgsboliger uten heldøgns bemanning
- Somatiske omsorgsboliger
- Omsorgsboliger uten heldøgns bemanning.

I dette konseptet samles hele demensomsorgen i samme bygg, både sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Formålet med dette konseptet er å skape en helhetlig demensomsorg der personer med demens kan følges opp i samme bygg, uavhengig av hvilket stadium de er i demenssykdommen. Dette danner grunnlaget for en demensomsorg med høy kvalitet, der både bygningsmasse og bemanning kan skreddersys for å møte behovet til personer med demens.

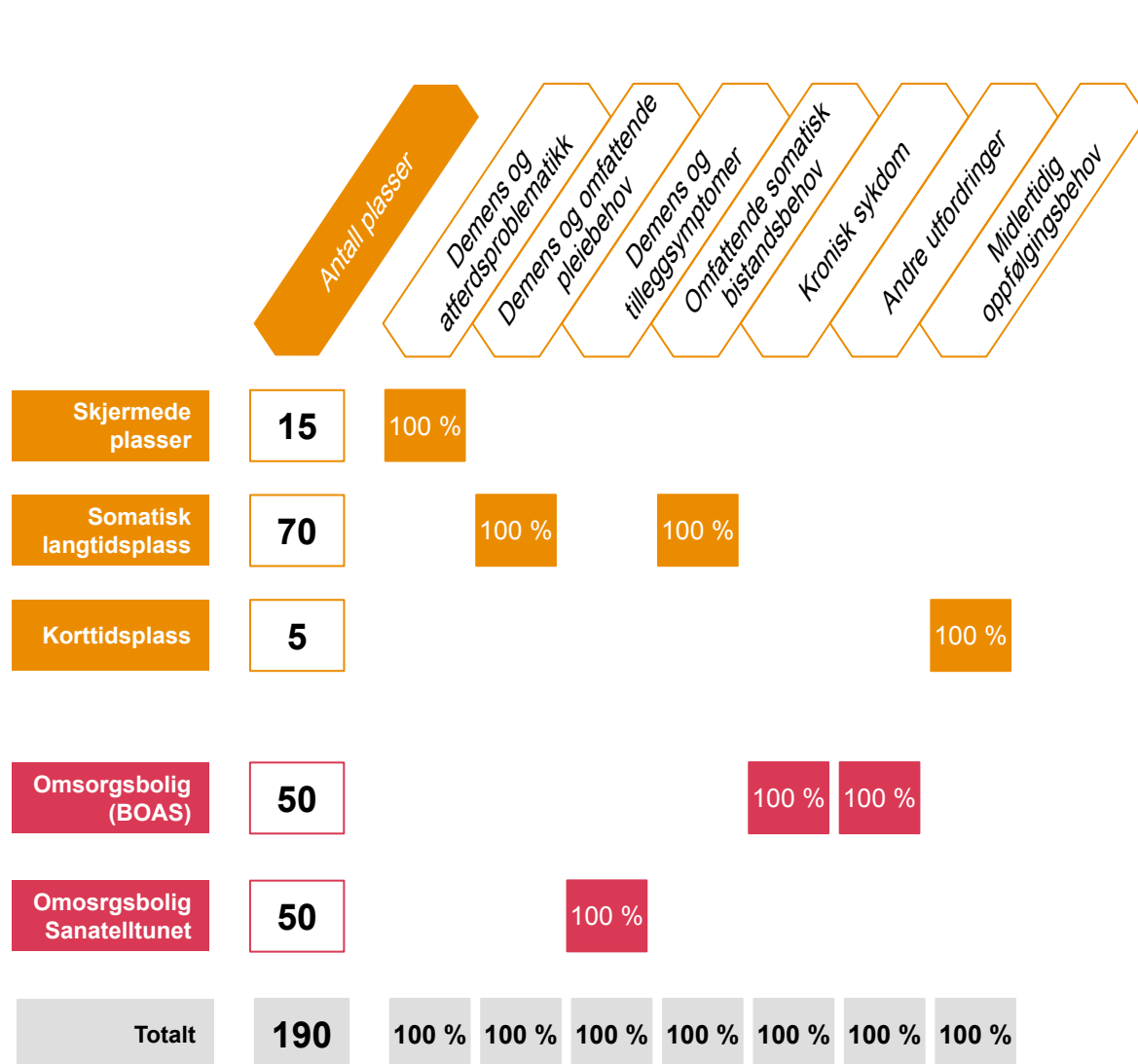
Utenom demensbygget vil det være behov for å samle somatiske sykehjemsplasser og omsorgsboliger med heldøgns bemanning i samme bygg, for å drive disse effektivt. Antall sykehjemsplasser og somatiske omsorgsboliger vil være begrenset, og krevende å drive effektivt hver for seg.

Til slutt legger konseptet opp til etablering av omsorgsboliger uten heldøgns bemanning, lik konsept 1.

0-alternativ

Videreføre dagens innretning

Beskrivelse av 0-alternativ: Innretning av plasser



Sykehjemstjenester

0-alternativet representerer i stor grad en videreføring av den nåværende strukturen og tjenestene ved sykehjemmet i Oppdal. I videreføringen av dagens innretning har vi likevel lagt til grunn en tydeligere fordeling av pasienter til riktig plass. Dagens sykehjem ivaretar pasienter innenfor alle de åtte brukergruppene, mens i videreføringen av nåsituasjonen har vi lagt til grunn at fremtidens sykehjemspasienter kun er pasienter med omfattende bistandsbehov og pasienter med behov for skjerming.

Sykehjemmet vil bestå av langtidsplasser for både somatikk og demens. For personer med demens vil det også være etablert egne skjermede plasser. I tillegg vil det være korttidsplasser ved sykehjemmet som ivaretar utskrivningsklare pasienter, vurderingsopphold, rehabilitering, avlastning og øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD).

Sykehjemsplassene vil dekke behovet til personer med omfattende somatisk bistandsbehov, både med og uten demens, mens de skjermede plassene vil være tilrettelagt for personer med demens og adferdsproblematikk.

Personer med demens uten omfattende somatisk oppfølgingsbehov, samt personer med kronisk sykdom og andre utfordringer vil få tilbud i bemannet omsorgsbolig, mens vi legger til grunn at personer med psykisk helse- og/eller rusproblematikk ivaretas i andre tilbud.

En avgrensning av hvilke pasientegrupper som vil ha behov for sykehjemsplass innebærer en tydeliggjøring av målgruppen for sykehjemsplass, men innretningen legger til grunn en vekst i antall sykehjemsplasser i takt med forventet vekst i antall eldre. Med en videreføring av dagens innretning av sykehjemmet anslår vi at det vil være behov for å utvide dagens sykehjem med 35 plasser frem mot 2040.

Ved å opprettholde 0-alternativet vil sykehjemmet fortsette å levere tjeneste slik som i dag, og alternativet krever følgelig ingen større endringer i struktur eller tilbud utover en økning i antall plasser i takt med økningen i brukergruppen. Sykehjemmet vil fremdeles primært bestå av somatiske langtidsplasser, samt én avdeling for skjermede plasser. Antall korttidsplasser er såpass begrenset at disse bør organiseres sammen med de somatiske langtidsplassene.

Innretning av øvrige tjenestenivå - Omsorgsboliger



Omsorgsboliger med heldøgns bemanning

Totalt legger konseptet til grunn et behov for 105 bemannede omsorgsboligplasser, som utgjør en økning på 45 plasser fra i dag. Den største veksten vil komme i behovet for plasser tilrettelagt for demens.

Somatiske omsorgsboliger

Behovet for somatiske omsorgsboliger vil i all hovedsak videreføres som i dag, om lag 50 plasser. Målgruppen for disse plassene begrenses til færre pasientgrupper enn i dag, og er primært tenkt å dekke:

- Pasienter med kronisk sykdom
- Pasienter med andre utfordringer - alder, utrygghet

BOAS dekker i dag også flere brukergrupper med omfattende pleiebehov, og har større variasjon i brukergruppen. En videreføring av dagens sykehjemsinnretning innebærer en tydeliggjøring av skille mellom hvilke pasienter som krever sykehjemsplass, og hvilke som kan følges opp i omsorgsbolig.

Omsorgsboliger for personer med demens

Oppdal kommune har i dag 16 heldøgnsbemannede omsorgsboligplasser for personer med demens. I 0-alternativet legger vi til grunn en økning til 50 slike plasser. Økningen skyldes at en større del av de som i dag bor i andre omsorgsboligtilbud forutsettes å få et tilbud om denne typen bolig. Målgruppen her er alle personer med demenssykdom som ikke kan bo i privat bolig, men ikke har adferdsproblemer eller så stort somatisk oppfølgingsbehov at det krever sykehjemsplass.

Det vil være relevant å samlokalisere tilbud til hjemmeboende med demens, som dagsenter, og eventuelt også avlastningsplasser sammen med omsorgsboligene.



Andre helse- og omsorgstilbud

Innretningen av sykehjem og omsorgsboliger i 0-alternativet stiller i liten grad krav til endringer i andre helse- og omsorgstilbud. Det vil være behov for å styrke hjemmetjenestene i takt med den forventede veksten i antall eldre over 80 år, men det er i utgangspunktet ikke lagt til grunn mer krevende pasienter enn i dag.

Kvalitet - Ivaretagelse av brukerbehov og bygningsutforming

Ivaretagelse av brukerbehov

Dagens sykehjem kan deles inn i tre hovedfunksjoner:

- Skjermede plasser for personer med demens og adferdsutfordringer
- Langtidsplasser
- Korttidsplasser, inkludert rehabilitering, KAD, og avlastning

De skjermede plassene sikrer at personer med adferdsutfordringer er adskilt fra sykehjemets øvrige beboere. For personer med behov for skjerming sikrer det at inntrykk og stimuli kan begrenses, og tilpasses den enkelte brukers behov.

En utfordring med dagens organisering er at bogrupper med skjermede plasser er relativt stor (ti plasser). Ledere og ansatte trekker frem at mindre bogrupper kan gjøre det enklere å yte persontilpasset omsorg som kan dempe adferdsuttrykk, uro og utagering hos beboerne. Med en økning til 15 skjermede plasser kan det være hensiktsmessig å dele personer med demens og skjermingsbehov inn i to bogrupper.

Langtidsplassene ivaretar brukere med ulike behov, der fellesnevneren er omfattende pleiebehov. Disse plassene dekker pasienter både med og uten demens. En avgrensning av hvilke pasientgrupper som tildeles sykehjemsplass gjør det enklere å tilpasse bemanning og arbeidsprosesser for å ivareta målgruppen for sykehjemsplassene.

0-alternativet inkluderer et begrenset antall **korttidsplasser**, og det er sannsynlig at kapasiteten i stor grad vil bli bundet opp til mottak av utskrivningsklare pasienter. Dette gir lite kapasitet til andre pasientgrupper. Med fem korttidsplasser vil det være vanskelig å tilpasse bemanningen ved disse til brukernes behov på en effektiv måte.

Omsorgsboligene vil tilpasses to ulike brukergrupper. En egen omsorgsbolig for personer med demens legger godt til rette for å gi gode tjenester til en avgrenset brukergruppe. Med en slik omsorgsbolig er det mulig å både tilrettelegge bemanning, utforming av arealer og aktiviteter på en god måte for brukergruppen. For eksempel kan mulig å samle ansatte med spesialkompetanse på demens ved en slik omsorgsbolig. Dette bidrar både til at disse ansatte får brukt sin kompetanse best mulig, samtidig som det skaper et fagmiljø for oppfølging av personer med demens. God kapasitet på tilrettelagte plasser bidrar også til at det ikke er behov for å flytte pasienter selv om demenssykdommen forverres.

En tydeliggjøring av skille mellom somatisk omsorgsbolig og sykehjemsplass kan gjøre det enklere å tilpasse innretningen og aktiviteter ved omsorgsboligene til brukernes behov og forutsetninger.

Bygningsutforming

Dagens sykehjemsbygg er lite egnet for å dekke behovet til pasienter med demens og adferdsutfordringer.

- Det er vanskelig å redusere bogrupper på grunn av byggets utforming
- Dagens plasser består av store rom og rom ut mot korridorer, som kan skape forvirring og utrygghet blant pasientene
- Plassene mangler direkte tilgang til uteområder

Det er flere forhold ved dagens skjermede plasser som kan skape utrygghet og utløse adferdsuttrykk hos pasientene. Ledere og tillitsvalgte ved sykehjemmet oppgir blant annet at manglende direkte tilgang til uteområder kan være en utfordring. Dette svekker både kvaliteten i tilbudet til den enkelte pasient, utløser høyere bemanningsbehov og skaper en mer krevende arbeidshverdag for dagens ansatte.

Dagens sykehjemslokaler er til en viss grad tilpasset behovene til personer med omfattende bistandsbehov, samt korttidsplasser med enerom og egne bad. Store avstander gjør det imidlertid vanskelig for ansatte å dekke flere avdelinger, og begrenser muligheten til å bruke kapasitet og kompetanse effektivt. I tillegg oppgir ledere at dagens sykehjemsplasser ikke tilrettelagt for bruk av teknologi, eller tekniske hjelpemidler som takheis.

Sanatelltunet er tilpasset personer med demens. Ved en utvidelse av kapasiteten på omsorgsboliger for denne pasientgruppen vil det være mulig å tilpasse utformingen av bygget til disse pasientenes behov i et eventuelt nybygg.

Bygningsutformingen ved dagens BOAS er tilstrekkelig tilpasset behovet til personer med moderat omsorgsbehov, eller behov for trygghet og nærhet til bemanning.

Kvalitet - Bemanning og kompetanse

Bemanning tilpasset brukernes behov

Ved de skjermede plassene er brukere med likt behov samlet i samme avdeling. Her er det mulig å samle ansatte med kompetanse på demens i oppfølgingen av denne pasientgruppen. Vi legger til grunn at det er mulig å supplere med vernepleiere i bemanningen ved disse plassene.

I sykehjemmet forøvrig består avdelingene av pasienter med ulike behov som krever ulike oppfølging og kompetanse. Dette gjør det vanskelig å tilrettelegge for bruk av spesialisert kompetanse i sykehjemmet. Ansatte på vakt vil ha ansvar for å håndtere en rekke ulike utfordringer, fra uro og utagering, til medisinske problemstillinger i løpet av arbeidsdagen.

Denne innretningen er lite egnet for å at bemanningen i sykehjemmet skal være tilpasset ulike brukergrupper.

Forutsetning for fagmiljøer

Det vil være vanskelig å bygge gode fagmiljøer med denne innretningen. Når burkere med like behov er fordelt på ulike avdelinger, blir også fagmiljøene spredt utover. Dette skaper få naturlige møtepunkter for faglige diskusjoner i det daglige.

Ved de skjermede plassene er det mulig å bygge et fagmiljø for ansatte med demenskompetanse. Antall skjermede plasser er imidlertid lavt, og størrelsen på et slikt fagmiljø blir derfor også lite. At de skjermede plassene ikke er samlet med de øvrige demensplassene på Sanatelltunet svekker muligheten for å bygge et fagmiljø for demens.

Denne innretningen legger i liten grad til rette for å bygge gode fagmiljøer.

Effektiv utnyttelse og robusthet

Ved de skjermede plassene kan det være krevende å utnytte bemanning på tvers, på grunn av små bomiljøer. Dette vil først og fremst være relevant for bruk av syke- og vernepleiere. Øvrig bemanning bør i stor grad være knyttet til det enkelte bomiljø.

De øvrige sykehjemsplassene kan deles inn i avdelinger på 20-30 plasser. Dagens byggningsutforming vil begrense muligheten til å ha større avdelinger eller la ansatte gå på tvers. Dette gjør avdelingene sårbare for fravær av ansatte som i liten grad kan dekkes inn med samarbeid med andre avdelinger.

Få korttidsplasser fører til at bemanningen ved disse også må ivareta langtidsplassene. Da blir det vanskelig å tilpasse bemanningen særskilt mot behovet til pasientene på korttid. Dette begrenser muligheten til å benytte sykepleier- og fysioterapiressurs effektivt.

Tilgang på bemanning

Liten grad av spesialisering på hver avdeling forutsetter mange generalister. Ofte utløser en slik organisering større behov for sykepleiere og andre ansatte med helsefaglig utdanning. Det skyldes at den enkelte avdelingen får større variasjon i hvilke helsefaglige oppgaver som må ivaretas, og avdelingen må ha høyere beredskap av særlig sykepleiere for å kunne håndtere de hendelsene som oppstår i løpet av dagen.

Stort omfang av sykehjemsplasser og bemannede omsorgsboliger gir også behov for mange ansatte med høyere utdanning.

0-alternativet krever en økning i antall sykepleiere og vernepleiere med om lag 75 prosent, samt en nær dobling av antall helsefagarbeiderårsverk. Dette vil være svært krevende å oppnå, da kommunen allerede har utfordringer med å erstatte ansatte med denne kompetansen.

Oppdal kommune vil sannsynligvis ikke klare å bemanne denne innretningen med nødvendig kompetanse.

	Antall plasser	Sykepleier	Vernepleier	Helsefagarbeider	Assistent	Lege	Fysio/Ergo
Skjermede plasser	15	5.2	3.0	8.3	3.0	0.6	0.0
Somatisk langtidsplass	70	22.3	0.0	34.4	6.0	0.9	2.3
Korttidsplass	5	2.2	0.0	1.0	1.1	0.3	0.3
Omsorgsbolig (BOAS)	50	8	0.0	19.1	2.4	0.0	0.0
Omsorgsbolig Sanatelltunet	50	3.3	6.1	40.7	0.0	0.0	0.0
Sum	190	41.0	9.1	103.5	12.5	1.8	2.6
Endring fra i dag	70	13.9	7.45	45.9	4.3	1.0	0.6

Økonomisk effekt

Driftskostnader

En videreføring av dagens situasjon, altså 0-alternativet, forventes å gi driftskostnader i 2040 på om lag 127 MNOK i året til sykehjem og omsorgsboliger. Dette innebærer en utgiftsvekst på om lag 41 MNOK, tilsvarende nær 50 % frem mot 2040.

Det er særlig to faktorer som bidrar til denne økningen i driftskostnader:

1. Økningen i antall plasser kommer kun innenfor heldøgnsbemannede omsorgstilbud, som krever høy bemanning
2. Bemanningsøkningen skjer utelukkende med syke-/vernepleiere og helsefagarbeidere, som har høyere kostnad per årsverk enn assistenter

0-alternativet forutsetter en høy vekst i antall årsverk i pleie, som også gir høyere utgifter til administrasjon, og vikarbruk. Samtidig øker kommunens inntekter fra brukerbetalinger ved at antall plasser med høye brukerinntekter øker.

	Nå- situasjon		Endring	2040
Bemanningsutgifter	76,2		37,8	114,0
Ledelse og administrasjon	12,3		4,6	17,1
Vikarutgifter	10,7		6,2	17,1
Andre driftsutgifter	15,2		7,4	22,8
Inntekter sykehjemsplass	- 18,0		-9,0	-27
Inntekter omsorgsbolig	- 10,2		-6,8	-17
Totalt	86,2		40,8	127,0

Investeringskostnader

I 0-alternativet legger vi til grunn at bruken av dagens bygningsmasse videreføres som i dag. Det vil likevel være behov for utvidelse av kapasiteten på både sykehjemsplasser og omsorgsboliger frem mot 2040 for å møte veksten i forventet brukerbehov. Totalt anslår vi et investeringsbehov i størrelsesorden 195 til 265 MNOK for å etablere de 70 nye plassene som kreves for å dekke behovet skissert i 0-alternativet.

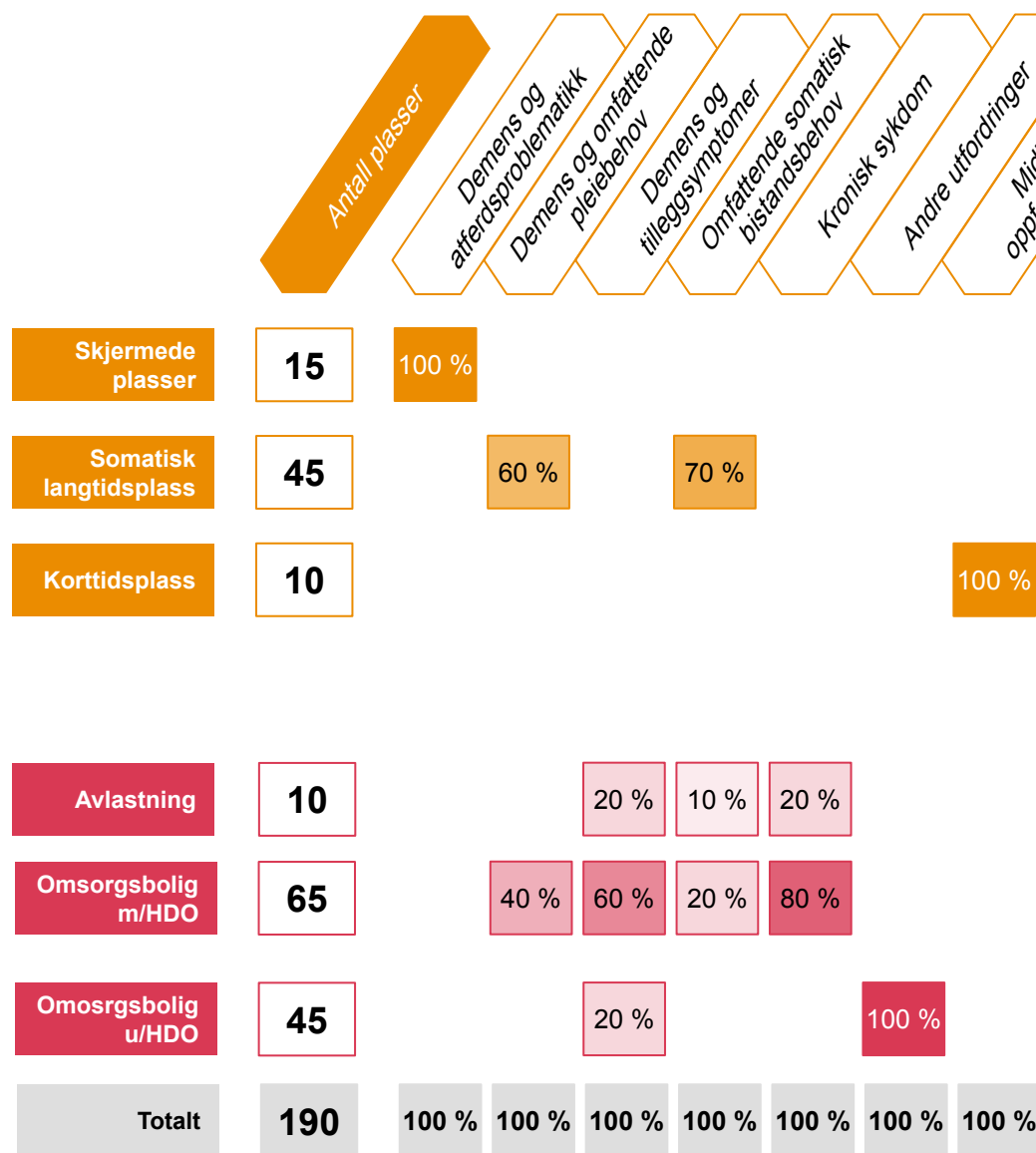
Det er viktig å understreke at kostnadsestimatene her er veiledende og overordnede. For å komme frem til tall som kan brukes i budsjettering er det nødvendig å gjøre en konkret vurdering av videre bruk av dagens bygningsmasse, behov for utvidelser, og konkrete løsninger for bruk av dagens lokaler og nybygg.

	Antall nye plasser	Investeringskostnad* (i MNOK)
Sykehjemsplasser	30	125 - 170
Omsorgsbolig m/HDO	40	70 - 95
Omsorgsbolig u/HDO	-	-
Totalt		195 - 265

Konsept 1

Sykehjem for somatikk og demens

Beskrivelse av konsept 1: Innretning av plasser



Sykehjemstjenester

Sykehjemstjenestene i konsept 1 består av skjermede plasser for personer med demens og adferdsproblematikk, langtidsplasser for personer med omfattende bistandsbehov, samt korttidsplasser for midlertidig oppfølgingsbehov.

Dette konseptet innebærer ikke noen vesentlig endring i innretningen av sykehjemmet, sammenlignet med dagens innretning. Den største endringen er sammensetningen av plasser, med flere skjermede plasser og korttidsplasser til fordel for somatiske langtidsplasser. I sum fører dette til at det kun vil være behov for å utvide antall sykehjemsplasser med fem. Innretningen krever en vesentlig spissing av hvilke pasienter som får tildelt sykehjemsplass mot pasienter med omfattende bistandsbehov og behov for jevnlig medisinsk oppfølging. Samtidig legger vi også til grunn at deler av pasientgruppen med omfattende somatisk bistandsbehov kan følges opp i omsorgsbolig med heldøgns bemanning.

Skjermede plasser

De skjermede plassene vil ivareta alle pasienter med demens og adferdsproblematikk som dagens skjermede plasser, men økes i takt med en forventet økning i pasientgrunnlaget.

Somatisk langtidsplass

De somatiske langtidsplassene vil være tilpasset personer med omfattende pleiebehov. Dette kan også inkludere personer med demens, men der primærbehovet dreier seg om somatisk oppfølging. Disse plassene vil være begrenset til de mest krevende pasientene som er i livets siste fase.

Korttidsplass

Konsept 1 innebærer en vesentlig økning i antall korttidsplasser. Korttidsplassene vil dekke flere funksjoner:

- Mottak av utskrivningsklare pasienter
- Rehabiliteringsopphold
- Avklaringsopphold
- Kommunal akutt døgnplass (KAD)

Økt kapasitet på korttidsplasser vil bidra til raskere mottak og oppfølging av utskrivningsklare pasienter, rehabilitering. I tillegg vil bedre mulighet til avklaringsopphold sette Oppdal kommune bedre i stand til å vurdere pasienters helsetilstand og oppfølgingsbehov før tildeling av plass på sykehjem eller i omsorgsbolig.

Innretning av øvrige tjenestenivå - Omsorgsboliger



Omsorgsboliger med heldøgns bemanning

Omsorgsboliger med heldøgns omsorg vil være tilrettelagt for pasienter med behov for døgnskategorisk bistand, men ikke så stort medisinsk oppfølgingsbehov at det krever sykehjemsplass. Konsept 1 legger til grunn en videreføring av dagens inndeling av omsorgsboligene, med egne boliger tilrettelagt for personer med demens.

Somatiske omsorgsboliger

Behovet for somatiske omsorgsboliger vil være begrenset i dette konseptet. Det skyldes primært to forhold:

1. Fremskrivningen av dagens brukergruppe viser at en stor andel av de med behov for døgnskategorisk oppfølging i fremtiden også vil ha en grad av demens
2. Omsorgsboliger uten heldøgns omsorg vil dekke behovet til mange som i dag får omsorgsbolig for somatisk oppfølging

Totalt anslår vi at det vil være behov for om lag 20 omsorgsboliger for somatikk, tilrettelagt for:

- Pasienter med omfattende bistandsbehov
- Pasienter med kronisk sykdom

I tillegg til de 20 plassene kommer avlastningsplasser, som fordeles mellom somatikk og demens.

Omsorgsboliger for personer med demens

I dette konseptet vil det være behov for å utvide antall omsorgsboliger tilrettelagt for personer med demens, fra dagens 16, til om lag 45 i 2040. Dette inkluderer også plasser for avlastning.

Målgruppen for omsorgsboliger med demens er alle personer med demenssykdom som ikke kan bo i privat bolig, men ikke har adferdsproblemer, eller så stort somatisk oppfølgingsbehov at det krever sykehjemsplass. Sammen med omsorgsboligene vil det også være relevant å samle tilbud til hjemmeboende med demens, som dagsenter og eventuelt avlastningsplasser.

Avlastning

I konsept 1 foreslår vi å legge avlastningsplasser til omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Omsorgsboligene vil være bedre tilpasset oppfølgingen av personer på avlastning enn en sykehjemsplass. En avlastningsplass kan dekke mellom fire og seks pasienter, avhengig av innretning på plassene. Det gir kapasitet til opp mot 60 avlastningspasienter hvis kommunen har ti plasser. Dette kan legge til rette for at flere pasienter kan ivaretas av ambulerende hjemmetjenester enn i dag.



Omsorgsboliger uten heldøgns bemanning

I konsept 1 foreslår vi etablering av 45 omsorgsboliger uten heldøgns bemanning. I dette konseptet vil disse boligene ha tilknyttet bemanning deler av døgnet, primært dagtid og kveld, mens beboerne får oppfølging av ambulerende hjemmetjenester når boligene ikke er bemannet. Bemanningen vil i hovedsak bestå av personer som kan hjelpe beboerne med hverdagsoppgaver som mat, påkledning og enkelt stell.

Målgruppen for omsorgsboligene uten heldøgns omsorg er personer som av ulike årsaker ikke lenger kan bo i privat bolig, men ikke trenger døgnskategorisk omsorg. Disse boligene kan organiseres som ordinære leiligheter, og det kan både være mulig å etablere egne leilighetsbygg, eller et leilighetene er en del av bygg som også består av ordinære private leiligheter.



Andre helse- og omsorgstilbud

Konsept 1 stiller i liten grad krav til styrking eller utvidelse av andre helse- og omsorgstilbud i Oppdal kommune. Det legges opp til like mange plasser og boliger utenfor brukers private hjem som i videreføringen av nåsituasjonen (190 plasser og boliger). Noe av innretningen vil imidlertid påvirke behovet for samhandling og oppgaver mellom sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester:

- Styrking av avlastningstilbudet vil føre til at enkelte pasienter som i dag får plass i et heldøgns omsorgstilbud vil kunne bo hjemme lengre. Det gjelder særlig personer med demens og personer med kronisk sykdom. Hjemmetjenestene må ha et godt tilbud til disse utenom avlastningsoppholdene.
- Hjemmetjenestene må levere hjemmesykepleie til personer i boliger uten heldøgns bemanning, samt gi tjenester til beboerne utenom tidene boligene er bemannet.

Kvalitet - Ivaretagelse av brukerbehov og bygningsutforming

Ivaretagelse av brukerbehov

I konsept 1 deles sykehjemsplassene inn i tre funksjoner

- Skjermede plasser for personer med demens og adferdsutfordringer
- Langtidsplasser
- Korttidsplasser, inkludert rehabilitering, KAD, og avlastning

De skjermede plassene sikrer at personer med adferdsutfordringer er adskilt fra sykehjemets øvrige beboere. For personer med behov for skjerming sikrer det at inntrykk og stimuli kan begrenses, og tilpasses den enkelte brukers behov.

En utfordring med dagens organisering er at bogrupper med skjermede plasser er relativt stor (ti plasser). Ledere og ansatte trekker frem at mindre bogrupper kan gjøre det enklere å yte persontilpasset omsorg som kan dempe adferdsuttrykk, uro og utagering hos beboerne. Med en økning til 15 skjermede plasser kan det være hensiktsmessig å dele personer med demens og skjeringsbehov inn i to bogrupper.

Langtidsplassene avgrenses til å gjelde personer med omfattende somatisk bistandsbehov. Ved å avgrense målgruppen for langtidsplassene blir det enklere å tilpasse bemanning og tjenester til brukergruppens behov. Det gir også større muligheter for sambruk av bemanningen mellom langtid- og korttidsplassene fordi begge vil ha høyt behov for sykepleierbemanning.

En begrensning i antall langtidsplasser, og avgrensning i målgruppen for disse, vil føre til flere pasienter i omsorgsboliger med høyt bistandsbehov. Det vil skape større spredning i oppfølgingsbehovet blant beboerne i omsorgsboliger. Dette kan være en utfordring, og enkelte pasientgrupper som i dag ville fått sykehjemsplass, vil få noe lavere oppfølging i omsorgsboligene. Det vil imidlertid sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Organiseringen av egne omsorgsboliger for personer med demens videreføres og utvides fra dagens innretning. Disse boligene kan både utformes og bemannes slik at de er tilpasset brukergruppen, og bidrar slik til god ivaretagelse av pasienter med ulik grad av demens.

Bygningsutforming

Bruken av dagens sykehjemsbygg vil videreføres, men det vil være behov for å etablere 15 nye skjermede plasser for personer med demens og adferdsproblematikk. Her vil det være mulig å bygge nytt, med størrelser på bogrupper og utforming av rom, fellesarealer og tilgang til utearealer som er særlig tilrettelagt for pasientgruppen.

Ved bruk av de øvrige sykehjemsplassene til lang- og korttidsplasser vil det være nødvendig å vurdere om noen av dagens rom og arealer bør tilpasses når bruken av disse endres.

Dagens sykehjemslokaler er til en viss grad tilpasset behovene til personer med omfattende bistandsbehov, samt korttidsplasser, med enerom og egne bad. Store avstander gjør det imidlertid vanskelig for ansatte å dekke flere avdelinger, og begrenser muligheten til å bruke tilgjengelig kapasitet og kompetanse effektivt. I tillegg oppgir lederne at dagens sykehjemsplasser ikke tilrettelagt for bruk av teknologi, eller tekniske hjelpemidler som takheis.

Bemanning og kompetanse

Bemanning tilpasset brukernes behov

Konsept 1 gir gode forutsetninger for å tilpasse bemanningen til brukernes behov

- Vi legger til grunn økt bruk av fysioterapiårsverk, og tettere oppfølging av lege ved korttidsplassene
- Ved å samle pasienter med like behov på de somatiske langtidsplassene kan vi prioritere bruk av sykepleierressurser her
- Vi legger til grunn økt bemanning av vernepleiere ved plassene tilpasset personer med demens

Ved å samle pasienter med likt behov i samme tjeneste blir det enklere å bemanne ulike tilbud ulikt, og sikre riktig bemanning på rett sted.

Forutsetning for fagmiljøer

Ved at vi kan samle ulike faggrupper i de forskjellige avdelingene, legger vi også bedre til rette for etablering av robuste fagmiljøer.

En stor del av sykepleierårsverkene samles ved sykehjemmet, og skaper grunnlag for et godt sykepleierfaglig miljø. Tilsvarende gjelder for fagmiljøer for vernepleiere ved de skjermede plassene og omsorgsboligene for personer med demens.

En større variasjon av ulike faggrupper kan også skape sterkere tverrfaglig samhandling, for eksempel ved korttidsplasser, som har god kapasitet på både sykepleiere og fysioterapi.

Effektiv utnyttelse og robusthet

Innretningen av sykehjemmet og omsorgsboligene for demens skaper et godt utgangspunkt for robust bemanning og effektiv ressursutnyttelse. Begge disse har tilstrekkelig antall plasser til at det er mulig å dele bemanning på tvers, og justere bemanningssammensetning ved kritisk fravær.

Omsorgsboligene for somatikk vil være mer sårbare. Her er det et begrenset antall plasser, og det kan være vanskelig å bemanne disse plassene effektivt. Disse boligene vil også være sårbare for fravær som må erstattes.

Tilgang på bemanning

Konsept 1 innebærer samme nivå på sykepleierbemanning som i dag. Dette er et bemanningsnivå som vil være realistisk for Oppdal kommune å videreføre i fremtiden.

Veksten i årsverk for ansatte med høyskoleutdanning ligger på vernepleiere og fysioterapeuter. Det er større tilgang til disse faggruppene enn sykepleiere, og det vil være realistisk å øke bemanningen for å møte behovet i konsept 1.

Det økte behovet for helsefagarbeidere kan i stor grad tas gjennom en økning i stillingsstørrelsen til dagens ansatte.

Den største endringen i årsverksbehov i dette konseptet ligger hos assistenter. Gode rutiner for opplæring og oppfølging kan gjøre det enklere for Oppdal kommune å ansette assistenter.

	Antall plasser		Sykepleier	Vernepleier	Helsefagarbeider	Assistent	Lege	Fysio/Ergo
Korttidsplass	10		4.3	0.0	2.0	2.2	0.6	1.5
Avlastningsplass	10		1.0	0.0	1.5	2.0	0.0	0.3
Langtid, ordinær	45		11.2	0.0	22.5	9.0	0.6	0.9
Langtid demens - skjermet	15		2.3	3.0	8.3	3.0	0.6	0.0
Omsorgsboliger m/HDO	65		9.7	3.2	29.3	9.7	0.0	0.0
Omsorgsboliger u/HDO	45		0.0	0.0	4.5	9	0.0	0.0
Sum	190		28.5	6.2	68.1	34.9	1.8	2.7
Endring fra i dag	70		1.4	4.6	10.6	26.7	1.0	0.7

Økonomisk effekt

Driftskostnader

Med den løsningen som legges til grunn i konsept 1, forventes driftskostnaden i 2040 å utgjøre totalt 103,7 MNOK i 2040. Dette gir en estimert utgiftsøkning på 17,4 MNOK, tilsvarende 20 prosent, til tross for at målgruppen for sykehjem og omsorgsboliger er ventet å øke med 60 prosent.

Utgiftsveksten holdes nede ved en økning i omsorgsboliger uten heldøgns bemanning, og økt bruk av avlastningsplasser. Dette bidrar til at plassene kan drives med lavere bemanning. Samtidig vil en omstilling fra sykehjemsplasser til omsorgsboliger også føre til lavere driftsinntekter. På grunn av færre langtids sykehjemsplasser, vil inntektene fra slike plasser gå ned i dette konseptet. Samtidig vil inntektene fra omsorgsboliger øke.

I sum vil konsept 1 bidra til at Oppdal kommune kan holde utgiftene til helse- og omsorgstjenester nede til tross for en vesentlig vekst i forventet brukergruppe.

	Nåsituasjon		Endring	2040
Bemanningsutgifter	76,2		18,2	94,4
Ledelse og administrasjon	12,3		1,8	14,1
Vikarutgifter	10,7		3,5	14,2
Andre driftsutgifter	15,2		3,7	18,9
Inntekter sykehjemsplass	- 18,0		-1,2	-19,2
Inntekter omsorgsbolig	- 10,2		-8,5	-18,7
Totalt	86,2		17,4	103,7

Investeringskostnader

Vi legger til grunn at en stor del av dagens sykehjemsbygg kan brukes i konsept 1. Det vil imidlertid være behov for å bygge nye plasser tilpasset skjerming for å kunne ivareta denne brukergruppen bedre enn i dag. Dette krever en bygging av 15 nye sykehjemsplasser.

I tillegg vil det være behov for å utvide kapasiteten på omsorgsboligplasser for demens med 24. Disse må antagelig bygges som nye, da det vil være krevende å bygge om eksisterende bygningsmasse for å møte behovene til pasientgruppen.

Behovet for somatiske omsorgsboligplasser går ned sammenlignet med i dag. Frigjorte omsorgsboliger ved BOAS kan benyttes som omsorgsboliger uten heldøgns omsorg, og slik redusere behovet for nybygg.

Det er viktig å understreke at kostnadsestimatene her er veiledende og overordnede. For å komme frem til tall som kan brukes i budsjettering er det nødvendig å gjøre en konkret vurdering av videre bruk av dagens bygningsmasse, behov for utvidelser, og konkrete løsninger for bruk av dagens lokaler og nybygg.

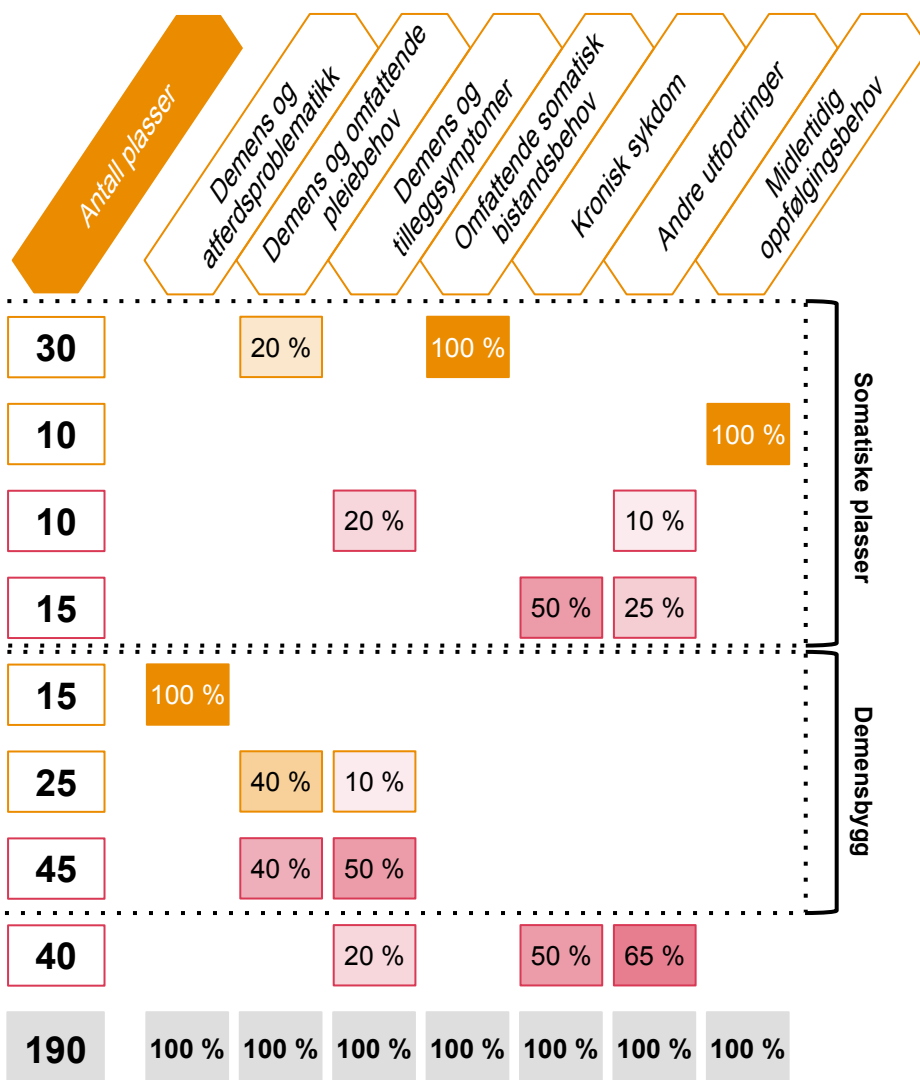
Utgifter til omsorgsboliger uten HDO er særlig usikkert. Valg av løsninger, og muligheter for samarbeid med private utbyggere kan gi store utslag på pris per enhet.

	Antall nye plasser	Endrede plasser	Investeringskostnad* (i MNOK)
Sykehjemsplasser	15		65 - 85
Omsorgsbolig m/HDO	24		40 - 55
Omsorgsbolig u/HDO	31		75 - 100
Totalt			180 - 240

Konsept 2

Demensbygg

Beskrivelse av konsept 2: Innretning av plasser



Innretning av konsept 2

Konsept 2 representerer en annen innretning av sykehjem og omsorgsboliger enn nåsituasjon og konsept 1. I konsept 2 vil vi samle demensomsorgen i et eget bygg, som både vil bestå av sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Dette fører til at sykehjemsplassene vil deles mellom to bygg, der sykehjemsplasser for somatikk vil samles med somatiske omsorgsboliger.

Oppfølgingen av pasienter med somatisk oppfølgingsbehov vil deles mellom sykehjem og omsorgsbolig. I dette konseptet vil omfanget av somatiske sykehjemsplasser for henholdsvis langtid og korttid organiseres adskilt fra sykehjemsplassene for personer med demens.



Somatiske plasser - Sykehjem

I konsept 2 vil omfanget av somatiske sykehjemsplasser være begrenset. Konseptet legger opp til totalt 40 sykehjemsplasser, fordelt på 10 korttidsplasser og 30 somatiske langtidsplasser.

De somatiske langtidsplassene vil i all hovedsak ivareta behovet til personer med omfattende somatisk bistandsbehov, samt lindrende behandling i livets siste fase. Med kun 30 somatiske langtidsplasser vil disse være forbeholdt pasienter med svært høyt bistandsbehov og forventet kort oppholdstid - mellom 6 og 12 måneder i gjennomsnitt. Dette er tilsvarende som gjennomsnittlig oppholdstid på sykehjem i større kommuner som Oslo, Trondheim og Bergen.

Korttidsplass

Innretningen av korttidsplassene vil være lik som i konsept 1, og innebærer en vesentlig styrking av kapasiteten av korttidsplasser. Korttidsplassene vil dekke flere funksjoner:

- Mottak av utskrivningsklare pasienter
- Rehabiliteringsopphold
- Avklaringsopphold
- Kommunal akutt døgnplass (KAD)

Kapasiteten på korttidsplasser vil bidra til raskere mottak og oppfølging av utskrivningsklare pasienter, samt styrke kapasiteten på rehabilitering. I tillegg vil mulighet til avklaringsopphold sette Oppdal kommune bedre i stand til å vurdere pasienters helsetilstand og oppfølgingsbehov før tildeling av plass på sykehjem eller i omsorgsbolig.

Innretning av plasser



Omsorgsboliger for somatikk

Omsorgsboligene for somatikk vil bestå av somatiske heldøgns omsorgsplasser i tillegg til avlastningsplasser. Totalt er det lagt opp til 15 avlastningsplasser i konsept 2. Disse er i dette konseptet lokalisert i omsorgsboligene, men det vil være hensiktsmessig å ha avlastningsplasser både i omsorgsboliger for demens og for somatikk.

Somatiske omsorgsboliger

Behovet for somatiske omsorgsboliger vil være begrenset i dette konseptet. Det skyldes primært to forhold:

1. Vi forventer at en stor andel av de med behov for døgnskuttinuerlig oppfølging i fremtiden også vil ha en grad av demens
2. Omsorgsboliger uten heldøgns omsorg vil dekke behovet til mange som i dag får omsorgsboligplass for somatisk oppfølging

Totalt anslår vi at det vil være behov for om lag 15 omsorgsboliger for somatikk, tilrettelagt for:

- Pasienter med omfattende bistandsbehov
- Pasienter med kronisk sykdom

I tillegg til de 15 plassene kommer avlastningsplasser, som fordeles mellom somatikk og demens.

Avlastningsplasser

I konsept 2 legger vi opp til totalt 10 avlastningsplasser. Dette gir høy kapasitet til avlastning og vil legge til rette for at flere personer kan bo hjemme lengre. Samtidig gir det mulighet for å avlaste pårørende med stort omsorgsansvar.

Med 10 avlastningsplasser er potensialet stort for å utforske ulike avlastningsløsninger som drop-in, kortere avlastningsopphold og andre tilnærminger som møter behovene til de som trenger avlastning.

En avlastningsplass kan dekke mellom fire og seks pasienter, avhengig av innretning på plassene. Det gir kapasitet til opp mot 60 avlastningspasienter hvis kommunen har 10 plasser.

Avlastningsplassene bør legges til omsorgsboligene fordi dette gir rom for bedre oppfølgingen av personer på avlastning enn en sykehjemsplass.



Somatiske plasser - Sykehjem

I Konsept 2 samles all demensomsorgen på samme sted, med både sykehjemsplasser og omsorgsboliger i ett bygg. Dette vil særlig gjøre overganger fra omsorgsbolig til sykehjem mindre belastende for den enkelte pasient. Pasientene vil allerede være kjent med bygget, omgivelsene og bemanningen selv om de må overføres til et annet rom.

I dette bygget vil det også være relevant å etablere andre funksjoner, som dagaktivisering og avlastningsplasser for hjemmeboende med demens. Slik kan alle tjenester for personer med demens samles ett sted.

Sykehjemsplassene vil bestå av skjermede plasser og langtidsplasser.

Skjermede plasser

De skjermede plassene vil ivareta alle pasienter med demens og adferdsproblematikk som dagens skjermede plasser, men økes i takt med en forventet økning i pasientgrunnlaget. Med 15 plasser vil det være hensiktsmessig å dele plassene inn i 2-3 bomiljøer, for å tilpasse innretningen til pasientenes behov.

Demensplass med sykehjemsstandard

Sykehjemsplassene i demensomsorgen vil være innrettet for å ivareta personer med demens og omfattende somatisk bistandsbehov. Disse plassene vil primært være innrettet for å ivareta det somatiske omsorgsbehovet, når dette blir stort. Samtidig vil en innretning med slike plasser i et demensbygg forhindre overganger for en sårbar brukergruppe, og sikre nærhet til bemanning med demenskompetanse sammen med oppfølgingen av det somatiske.



Omsorgsboliger for demens

Omsorgsboliger for demens vil være bemannet hele døgnet, og ivareta demenspasienter både med og uten somatisk oppfølgingsbehov. Organiseringen sammen med sykehjemsplassene kan gjøre det mulig å bruke bemanning på tvers av omsorgsnivåene. Totalt er det lagt opp til 45 omsorgsboligplasser for demens, i tillegg til eventuelle avlastningsplasser, som må fordeles mellom omsorgsboligene for somatikk og demens.

Innretning av øvrige tjenestenivå - andre tjenestetilbud



Omsorgsboliger uten heldøgns bemanning

I konsept 2 foreslår vi etablering av 40 omsorgsboliger uten heldøgns bemanning. I dette konseptet vil disse boligene ha tilknyttet bemanning deler av døgnet, primært dagtid og kveld, mens beboerne får oppfølging av ambulerende hjemmetjenester når boligene ikke er bemannet. Bemanningen vil i hovedsak bestå av personer som kan hjelpe beboerne med hverdagsoppgaver som mat, påkledning og enkelt stell.

Målgruppen for omsorgsboligene uten heldøgns omsorg er personer som av ulike årsaker ikke lenger kan bo i privat bolig, men ikke trenger døgkontinuerlig omsorg. Disse boligene kan organiseres som ordinære leiligheter, og det kan både være mulig å etablere egne leilighetsbygg, eller et leilighetene er en del av bygg som også består av ordinære private leiligheter.



Andre helse- og omsorgstilbud

Konsept 2 stiller i liten grad krav til styrking eller utvidelse av andre helse- og omsorgstilbud i Oppdal kommune. Det legges opp til like mange plasser og boliger utenfor brukers private hjem som i videreføringen av nåsituasjonen (190 plasser og boliger). Noe av innretningen vil imidlertid påvirke behovet for samhandling og oppgaver mellom sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenester:

- Styrking av avlastningstilbudet vil føre til at enkelte pasienter som i dag får plass i et heldøgns omsorgstilbud vil kunne bo hjemme lengre. Det gjelder særlig personer med demens og personer med kronisk sykdom. Hjemmetjenestene må ha et godt tilbud til disse utenom avlastningsoppholdene.
- Hjemmetjenestene må levere hjemmesykepleie til personer i boliger uten heldøgns bemanning, samt gi tjenester til beboerne utenom tidene boligene er bemannet.

Kvalitet - Ivaretagelse av brukerbehov og bygningsutforming

Ivaretagelse av brukerbehov

Demensbygg

Konsept 2 er i stor grad bygd rundt behovet til personer med demens, og vil være svært godt egnet for å ivareta disse pasientenes behov. Det vil være mulig å tilpasse forholdene rundt disse pasientene på en måte som gir høy kvalitet i tjenesteytingen:

- Bygningsutformingen kan tilpasses særskilte behov hos personer med demens
- Bemanningssammensetningen kan tilpasses for å møte de utfordringene denne pasientgruppen har

Totalt vil et eget demensbygg bestå av 85 plasser, som gjør det mulig å drive dette effektivt, med samtidig som det er stort nok til at det kan etableres egne avdelinger tilpasset ulike pasientgrupper.

Somatikk

Konseptet innebærer totalt 55 somatiske plasser, fordelt på lang- og korttids sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Dette inkluderer ikke avlastningsplassene. Innenfor de somatiske plassene skal bemanningen dekke svært varierende behov, fra tett medisinsk oppfølging av utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringstjenester, til ivaretagelse av brukere som mestrer enkelte hverdagsoppgaver på egenhånd. Det vil være krevende å bygge opp et godt tilpasset tilbud til en så sammensatt pasientgruppe. Disse plassene vil i større grad ligne på dagens sykehjemsplasser, der pasientgruppen innenfor samme avdeling kan være variert.

Andre forhold

For personer med et begrenset eller moderat omsorgsbehov kan konsept 2 være godt egnet. Omfanget av avlastningsplasser kan utsette behov for innleggelse i et kommunalt omsorgstilbud, samtidig som både pasienter og pårørendes behov blir ivaretatt. Ved avlastningsplassene kan Oppdal kommune også følge opp pasientene tett, og slik bremse funksjonsfall.

Omsorgsboliger med delvis bemanning kan bidra til å opprettholde brukeres autonomi og funksjonsevne, samtidig som nærhet til bemanning skaper trygghet.

Bygningsutforming

Skillet mellom somatikk og demens, med etablering av eget demensbygg vil bidra til at bygningsutformingen for pasientgruppen med demens vil bli svært god og tilrettelagt. Her vil det være mulig å bygge nytt, med størrelser på bogrupper og avdelinger som er tilpasset ulike deler av pasientgruppen. I tillegg kan hele bygningsutformingen tilrettelegges til behovene og utfordringene som personer med demens har.

For somatiske plasser legger vi til grunn at eksisterende bygningsmasse kan benyttes. Siden det samlede antall somatiske plasser er på nivå med antall plasser ved dagens sykehjem, legger vi til grunn at både sykehjemsplasser og omsorgsboliger kan samles ved dagens sykehjemsbygg. Disse plassene vil dekke grunnleggende behov for areal og utforming for både kort- og langtidsplasser. Det kan være behov for tilpasning av rommene for å dekke krav til omsorgsboliger.

Dagens sykehjemslokaler er til en viss grad tilpasset behovene til personer med omfattende bistandsbehov, samt korttidsplasser, med enerom og egne bad. Store avstander gjør det imidlertid vanskelig for ansatte å dekke flere avdelinger, og begrenser dermed muligheten til å bruke tilgjengelig kapasitet og kompetanse effektivt. I tillegg oppgir ledere at dagens sykehjemsplasser ikke tilrettelagt for bruk av teknologi, eller tekniske hjelpemidler som takheis.

Oppsummert vil et nybygg kunne utformes på en optimal måte for å ivareta behovene til personer med demens. En videre bruk av dagens sykehjemsbygg for somatiske plasser vil dekke grunnleggende behov.

Bemanning og kompetanse

Bemanning tilpasset brukernes behov

Konsept 2 legger svært godt til rette for oppfølging av personer med demens

- All demensomsorg samlet ett sted gir gode muligheter for å samle demenskompetansen
- Innretningen gir gode muligheter for tilpasset demensomsorg også for personer med omfattende somatisk bistandsbehov

Ved de øvrige sykehjemsplassene vil det også være mulig å spisse bemanningen mot sykepleie og rehabilitering.

Omsorgsboligene for somatikk vil måtte dekke en bred brukergruppe. Med få plasser vil det kunne bli krevende å tilpasse bemanningen til behovene til ulike brukergrupper her.

Forutsetning for fagmiljøer

Det vil være gode forutsetninger for å etablere fagmiljøer ved demensplassene.

- Det er mulig å bygge sterke fagmiljøer for oppfølging av demens, både innenfor hver faggruppe, og med tverrfaglige miljøer

Det vil samles mye sykepleierkompetanse ved de somatiske sykehjemsplassene, noe som kan legge til rette for et godt sykepleierfaglig miljø.

Bredden i pasientgruppa ved de somatiske omsorgsboligene kan gjøre det utfordrende å ha større miljøer med felles kompetanse på én pasientgruppe. Her vil det være mer krevende å bygge gode fagmiljøer.

Effektiv utnyttelse og robusthet

Konsept 2 har mange ulike innretninger på plassene. Dette gir få plasser for hver type plass, noe som kan skape sårbarhet. Selv om flere ulike plasser vil være geografisk samlet, kan de kreve ulike kompetanse, som gjør tjenesten sårbar for fravær. Det vil være få ansatte med samme kompetanse tilstede på vakt, som fører til at det blir vanskelig å erstatte fravær ved omrokking av tilgjengelig bemanning. Dette gjør tjenesten mer sårbar for innleie.

Ved demensplassene vil det være mulig å la noe av bemanningen dekke flere typer plasser, noe som vil legge til rette for effektiv utnyttelse av tilgjengelig bemanning. De somatiske plassene vil være færre og ha større spredning i brukerbehovet, noe som vil gjøre ressursdeling vanskeligere her.

Tilgang på bemanning

Konsept 2 innebærer samme nivå på sykepleierbemanning som i dag. Dette er et bemanningsnivå som vil være realistisk for Oppdal kommune å videreføre i fremtiden.

Veksten i årsverk for ansatte med høyskoleutdanning ligger på vernepleiere og fysioterapeuter. Det er større tilgang til disse faggruppene enn sykepleiere, men det kan være utfordrende å øke antall vernepleierårsverk i takt med behovet.

Det økte behovet for helsefagarbeiderårsverk i stor grad kan tas gjennom en økning i stillingsstørrelsen til dagens ansatte.

Den største endringen i årsverksbehov i dette konseptet ligger hos assistenter. Gode rutiner for opplæring og oppfølging kan gjøre det enklere for Oppdal kommune å ansette assistenter.

	Antall plasser	Sykepleier	Vernepleier	Helsefagarbeider	Assistent	Lege	Fysio/Ergo
Korttidsplass	10	4.3	0.0	2.1	2.2	0.6	1.5
Langtid somatikk og palliasjon	30	11.4	0.0	13.5	6.0	0.9	0.3
Omsorgsboliger somatikk	15	2.3	0.0	6.8	2.3	0.0	0.0
Skjermet demens	15	2.3	3.0	8.3	3.0	0.6	0.0
Omsorgsboliger demens	45	4.5	6.8	24.8	10.5	0.0	0.0
Demensplasser med sykehjemsstandard	25	3.8	5.0	11.3	5.0	0.8	0.3
Avlastningsplass	10	1.0	0.0	1.5	2.0	0.0	0.3
Omsorgsboliger u/HDO	40	0.0	0.0	4.0	8.0	0.0	0.0
Sum	190	29.6	14.8	72.3	39.0	2.9	2.4
Endring fra i dag	70	2.5	13.2	14.8	30.8	2.1	0.4

Økonomisk effekt

Driftskostnader

Med løsningen som legges til grunn i konsept 2, forventes driftskostnaden i 2040 å utgjøre totalt 120 MNOK i 2040. Dette gir en estimert utgiftsøkning på 33,1 MNOK, tilsvarende 39 prosent, til tross for at målgruppen for sykehjem og omsorgsboliger er ventet å øke med 60 prosent.

Utgiftsveksten holdes nede ved en økning i omsorgsboliger uten heldøgns bemanning, og økt bruk av avlastningsplasser. Dette bidrar til at plassene kan drives med lavere bemanning. Samtidig vil mange av plassene for personer med demens være bemanningskrevende, og slik trekke opp bemanningsnivået. Dette er den største forskjellen mellom konsept 1 og konsept 2.

Inntekter fra både sykehjemsdrift og omsorgsboliger vil ligge høyere enn i dag.

	Nåsituasjon		Endring	2040
Bemanningsutgifter	76,2		30,0	106,2
Ledelse og administrasjon	12,3		3,6	15,9
Vikarutgifter	10,7		5,2	15,9
Andre driftsutgifter	15,2		6,0	21,2
Inntekter sykehjemsplass	- 18,0		-4,2	-22,2
Inntekter omsorgsbolig	- 10,2		-6,8	-17,0
Totalt	86,2		33,8	120,0

Investeringskostnader

For å realisere konsept to vil det være behov for å bygge et nytt bygg for demensomsorgen. Vi forutsetter at Sanatelltunet kan videreføres, men det krever likevel nybygging av 40 nye sykehjemsplasser, og 29 nye omsorgsboligplasser.

Samtidig kan det være mulig å videreføre dagens sykehjemsbygg til sykehjem- og omsorgsboligplasser for somatikk. Dette vil kreve en utvidelse på 10 plasser for å dekke inn behovet for avlastningsplasser. Samtidig kan overføring av omsorgsboliger til dagens sykehjemslokaler frigjøre kapasitet på BOAS til leiligheter uten heldøgns omsorg. Her må det imidlertid gjøres en vurdering av egnetheten til disse boligene, og i neste omgang behovet for nybygg.

Det er viktig å understreke at kostnadsestimatene her er veiledende og overordnede. For å komme frem til tall som kan brukes i budsjettering er det nødvendig å gjøre en konkret vurdering av videre bruk av dagens bygningsmasse, behov for utvidelser, og konkrete løsninger for bruk av dagens lokaler og nybygg.

Utgifter til omsorgsboliger uten HDO er særlig usikkert. Valg av løsninger, og muligheter for samarbeid med private utbyggere kan gi store utslag på pris per enhet.

	Antall nye plasser	Investeringskostnad* (i MNOK)
Sykehjemsplasser	40	170 - 230
Omsorgsbolig m/HDO	39	65 - 90
Omsorgsbolig u/HDO	20	50 - 65
Totalt		285 - 385

4

Oppsummering og
anbefalt konsept

Oppsummering av konseptene

	Nåsituasjon	0-alternativ	Konsept 1	Konsept 2
Antall plasser				
Sykehjem	60	90	70	80
Omsorgsbolig m/HDO	60	100	75	70
Omsorgsbolig u/HDO	-	-	45	40
Bemanning				
Årsverk syke-/vernepleier	28,8 Årsverk	50,2 Årsverk	34,9 Årsverk	44,4 Årsverk
Årsverk helsefagarbeider	57,5 Årsverk	103,5 Årsverk	68,4 Årsverk	72,3 Årsverk
Årsverk assistent	8,2 Årsverk	12,5 Årsverk	37,7 Årsverk	39 Årsverk
Årsverk Annet	2,8 Årsverk	4,4 Årsverk	4,5 Årsverk	5,3 Årsverk
Utgifter				
Driftsutgifter per år	86,2 MNOK	127 MNOK	103,7 MNOK	120 MNOK
Investeringskostnader		195-265 MNOK	180-240 MNOK	285-385 MNOK
Kvalitetsparametere				
Ivaretagelse av brukerbehov				
Bygningsutforming				
Tilgang på nødvendig bemanning				

Anbefalt konsept

PwC anbefaler Oppdal kommune å velge konsept 1 for fremtidig innretning av sykehjemmet

Vi anbefaler dette konseptet fordi:



Konseptet gir lavest driftskostnader. Det er estimert at konseptet vil koste om lag 18 MNOK mindre å drive i året enn konsept 2, og 25 MNOK mindre enn en videreføring av nåsituasjonen



Behovet for investeringer i nybygg er begrenset. Det vil være mulig å benytte mye av eksisterende bygningsmasse. Det er primært behov for å utvide kapasiteten på demensplasser



Konseptet er realistisk å drive. Det forutsetter ikke noen stor økning i antall årsverk av ansatte med høyskoleutdanning.



Oppdal kommune kan yte gode og tilpassede tjenester med dette konseptet. Det sikrer kapasitet på ulike plasser, det samler pasienter med like behov i samme tilbud, og sikrer effektiv bruk av bemanning.

Innretningen av konsept 1 ligner til en viss grad på dagens innretning av sykehjems- og omsorgsboligtjenestene. De største forskjellene ligger i en økning i kapasiteten på korttidsplasser og skjermede plasser, samt styrking av de lavere trinnene i "boligtrappen" med innføring av omsorgsboliger uten heldøgns bemanning. Dette bidrar til å redusere presset på de mer bemanningsintensive plassene.

At tjenestene er innrettet likt som dagens tjenester reduserer behovet for investering i nye bygg. Vårt estimat er at konsept 1 ikke krever større investeringer enn en videreføring av dagens tjenester vil kreve. Samtidig innebærer ikke konsept 1 behov for å endre organiseringen av sykehjems- og hjemmetjenestene, noe konsept 2 gjør.

Konsept 1 krever i liten grad økning i antall årsverk med høyskoleutdanning. Det er allerede mangel på helsefaglig ansatte med høyskoleutdanning i Norge, og økningen i høyskolekompetanse som kreves for å møte bemanningsbehovet ved en videreføring av nåsituasjonen eller i konsept 2 vil være svært krevende. Vi mener derfor konsept 1 er det eneste av de tre alternativene i utredningen som er realistisk med tanke på kompetanse og rekruttering. Konsept 1 krever at Oppdal kommune bruker bemanningen annerledes enn i dag, men innretningen av legger til rette for at Oppdal kommune kan oppnå en slik endring.

Ansvarsbegrensning

Denne rapport er utarbeidet for Oppdal kommunes interne bruk i forbindelse med *Konseptutredning av fremtidens sykehjem* i samsvar med kontrakt datert 25.04.2024.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer med Oppdal kommunes ansatte og i dokumentasjon som Oppdal kommune har gjort tilgjengelig for oss. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi inntar ikke ansvar for at den er fullstendig, korrekt og presis. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Oppdal kommunes virksomhet. Rapporten inneholder materiale som er konfidensiell for Oppdal kommune og PwC.

Oppdal kommune har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med avtalen mellom Oppdal kommune og PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Oppdal kommune eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller avtalen. Ved deling av hele eller deler av rapporten skal Oppdal kommune sikre at enhver ansvarsfraskrivelse PwC har inkludert eller senere ønsker å inkludere i rapporten, blir gjengitt i sin helhet i alle eksemplarer som deles.

Oppdal kommune får rettighetene til resultatet av oppdraget når betaling har skjedd, mens PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til alt bakgrunnsmateriale, herunder, men ikke begrenset til, ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. Oppdal kommune kan ikke videreutvikle resultatet under PwC logo.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

[pwc.com](https://www.pwc.com)