



Levanger
kommune

Kommunedelplan Helse- og omsorgstjenesten

Delrapport

*Institusjonsbruksplan med mulighetsstudie for
Levanger kommune*

Hvor er vi og hvor skal vi?



Innhold

Innledning.....	3
Institusjonsbruksplanens hovedmål.....	3
Planens avgrensninger	3
Status pr i dag – heldøgns helse og omsorgstjenester for eldre	3
Hvorfor endre?	4
Dagens bygg-tekniske standard og miljømessige tilbud;	4
Et verdivalg;.....	4
Et økonomisk valg;.....	5
Tabeller for utregning.....	5
Et strategisk valg;.....	5
Et nytt konsept for sykehjem og omsorgsboliger.....	6
Morgendagens omsorgstjenestebrukere (Fra St.Meld. 29)	7
Definisjoner	8
Hvordan?	9
Demografisk utvikling.....	10
Økonomiplan 2014-2017	10
Tiltaksplan med kommentarer	11
Økonomiplan 2020 – 2030	12
Status pr i dag - kjøkkentjenesten	13
Kjøkkenstruktur på kort og lang sikt.....	15
Endring av kjøkkenstruktur på kort sikt	15
Endring av kjøkkenstruktur på lang sikt	15
Kommunedelplan Helse og omsorgstjenesten.....	16
Legedekningen	16
Avlastningsboligen for barn og unge.....	17
Konklusjon/Oppsummering	17

Innledning

Gjennom kommunens OU-prosess 2012/2013 og budsjett 2014/økonomiplan 2014-2017 har kommunens drift av sykehjem og institusjoner fått stor oppmerksomhet. På bakgrunn av dette arbeidet, er det på bestilling utarbeidet en "Institusjonsbruksplan". Innledningsvis er det derfor nødvendig å gjøre rede for noen sentrale føringer som grunnlag for denne planen.

Følgende vedtatte målsettinger er hentet fra [kommuneplanens samfunnsdel \(2008-2020\)](#) for Levanger;

- Overordnet visjon: «Livskvalitet og vekst»
- Folkehelsestrategi: «En aktiv befolkning med god helse»
- Omsorg for alle: «Tjenestetilbudet er trygt og forutsigbart samtidig som det er dimensjonert og strukturert i forhold til befolkningens sammensetning og behov. Enhver har en meningsfylt hverdag ut fra egne forutsetninger»
- Stimulere til at innbyggerne kan bo i egen bolig og klare seg selv lengst mulig
- Etablere intermediaære senger
- Intermediaære senger drives i forpliktende samarbeid med helseforetaket. Pasientene har startet behandling i sykehuset og overføres kommunene for videre behandling og oppfølging

Formannskapet fattet følgende vedtak ang budsjett 2014 og økonomiplan;
PS 98/13 [Budsjett 2014 - Økonomiplan 2014 - 2017 - Levanger kommune](#). I pkt. 12 står det:

Institusjonsbruksplan (del av Kommunedelplan Helse / Omsorg) legges fram til politisk behandling i løpet av januar 2014. Deretter tas det stilling til tiltakene beskrevet i notatet «Omstilling, omfordeling og nye tiltak» (vedlagt budsjettokumentet).

Disse nevnte vedtak legger derfor føringer for hvordan en kan se for seg det videre arbeidet. I tillegg er det verdt å ta stilling til flere aspekter vedrørende hvorfor, hvordan og når en institusjonsbruksplan kan iverksettes.

Institusjonsbruksplanens hovedmål

Dette er en plan som tar utgangspunkt i alle sykehjem og omsorgsboliger i Levanger, der det ytes helse- og omsorgstjenester hele døgnet, **fortrinnsvis for eldre**. Videre muligheter bygger derfor på dagens situasjon. Dette gjelder også dagens kjøkkenstruktur, og mulige vegvalg videre.

Planens avgrensninger

Denne planen vil ikke behandle heldøgns omsorgstjenester og botilbud for barn og unge, funksjonshemmede eller personer med rus og psykiatri. Dette vil bli beskrevet og gjort rede for i kommuneplan Helse- og omsorg. Planen går heller ikke i dybden på å beskrive innhold og tjenesteutvikling ut over institusjonsstruktur og kjøkkenstruktur.

Status pr i dag – heldøgns helse og omsorgstjenester for eldre

Per i dag yter kommunen heldøgns helse- og omsorgstjenester for eldre på flere arenaer i kommunen. Sted, type og antall plasser kan oppsummeres i følgende tabell.

STED	TYPE	ANTALL
Levanger Bo- og aktivitetssenter	Omsorgsbolig	20
Ytterøy Helsetun	Omsorgsbolig	2
Breidablikktunet	Omsorgsbolig	40
Sum		62
Skogn Helsetun	Sykehjem	42
Åsen Helsetun	Sykehjem	20
Breidablikktunet	Sykehjem	26
Ytterøy Helsetun	Sykehjem	10
Sum		98
TOTALT		160

Hvorfor endre?

Hvorfor bør Levanger kommune endre på botilbudet og heldøgns helse- og omsorgstjenester? Er ikke tilbudet godt nok slik det er? Videre utredninger vil vise til hvorfor endring er påkrevet.

Dagens bygg-tekniske standard og miljømessige tilbud;

Ut i fra standardene som gjelder for dagens nybygg tilfredsstillende ikke dagens sykehjem og omsorgsboliger de krav som stilles til areal, utforming, størrelse, ventilasjon og tilgang til eget bad osv. (Se mulighetsstudien). Dette tilsier at vi verken i dag, eller i fremtiden, gir et kvalitetsmessig godt nok tilbud til kommunens innbyggere ut i fra nevnte kriterier. Uavhengig av om kommunen skal tilby omsorgsbolig eller sykehjem som boform, er fasilitetene på alle sykehjemmene i dag, stort sett så dårlig, at de ikke tilfredsstillende dagens krav til utforming. Det er derfor helt nødvendig med en total gjennomgang, og en renovering og/eller nybygging, for å tilfredsstillende dagens- og morgendagens krav til hva og hvordan byggene skal innrettes. Det må imidlertid legges til at det er stort rom for justeringer i f.h.t. nevnte krav og at en tilpasning/oppgradering må sees i sammenheng med hvilken standard man velger å legge seg på i f.h.t. kostnader opp mot nybygg. De fleste av rommene på BBT kan omgjøres til omsorgsboliger uten veldig store omkostninger.

Et verdivalg; der tjenestetilbudet innen heldøgns helse- og omsorgstilbud innebærer at du skal få de tjenestene du har krav på og behov for, uavhengig av hvor du bor. Verdivalget ligger i om kommunen ønsker å opprettholde en boform/botilbud i tradisjonell institusjon, eller tilrettelagt i egen bolig. Det vil være slik at målet om større åpenhet og sosial interaksjon også må få rom i en slik vurdering.

En endring i form av at botilbudet skal gis i omsorgsbolig, og ikke som langtidsopphold i sykeheim, er et verdivalg. Verdivalget handler om verdigheten i å få bo i egen bolig, eller omsorgsbolig, alderdommen ut, og ikke bli institusjonalisert.

Et langsiktig verdivalg må derfor også ta stilling til om kommunen kun skal drive ett sykehjem, der sykehjemmet blir brukt til behandling, rehabilitering, utredning og avlastning, og ikke som et botilbud. Sykehjemmet blir derfor en intermedieæravdeling i forhold til å kunne løse alle nye og "gamle" oppgaver i f.h.t. hele befolkningen.

Et økonomisk valg; for kommunen, som må redusere kostnadene i drift, og som må fordele knappe ressurser til det beste for alle. På lengre sikt må flere innbyggere få samme tjeneste, men for mindre ressurser. For kommunen vil forskjellen i drift ligge på minst kr 118 000,- pr seng pr langtidsplass i sykehjem (132.860 pr. seng/år), sammenlignet med plass i omsorgsbolig. Grunnlagstallene er basert på budsjett 2014, der en sammenligner drift av omsorgsboligene på Breidablikktunet, med drift av langtidsopphold på Skogn helsetun. En tar da for gitt at tjenestene til pasientene er lik. Gitt en drift tilsvarende 100 sykehjemssenger og langtidsopphold, innebærer det en merkostnad i drift på kr 11 800 000,- p. seng/årsverk eller 13.286.000 pr. seng/år

Tabeller for utregning

Basert på budsjettforslaget for 2014, så vil en skjematisk oppstilling/kalkyle vise at det eksisterer en differanse i driftsutgifter på drift av omsorgsboliger og sykehjem. Sammenligningsgrunnlaget er basert på omsorgsbolig som et varig botilbud, og langtidsopphold i sykehjem som botilbud. Forskjellen i kostnader utgjøres i hovedsak av lønn og av kostnader knyttet til den enkeltes helsetilstand. Se tabell.

KALKYLE (Budsjett 2014)	Breidablikktunet 40 Omsorgsboliger	Skogn 42 sykehjemsplasser	Differanse
	Omsorgsbolig - 0,74 Årsverk pr seng	Langtids - 0,8 årsverk pr seng	Omsorg vs langtids
Lønnskostnad	553605	614058	60453
Øvrige kostnader			
Lege	0	13333	13333
Medikamenter	0	6429	6429
Andre driftsutgifter	50537	92992	42454
Brukerbet/ Vederlag	-134000	-123810	10190
Kost pr seng pr år	470143	603003	132860
Døgnpris	1288	1652	364
Pris pr seng/pr årsverk	635328	753753	118425

I tillegg kommer det inn faktorer i det økonomiske bildet som sier oss at mens lønnsveksten i Norge har vært prosentvis høy så har ikke dette ført til samme vekt i trygdeytelsene i befolkningen. Kommunens inntekter fra vederlag viser derfor en fallende tendens i f.h.t. veksten i lønnsutgifter. Dette vil bli annerledes dersom kommunen bare hadde omsorgsboliger hvor det ble betalt en husleie. Noe som ville gi en langt større stabilitet i inntektene.

Et strategisk valg; for å kunne gi et svar på de statlige føringer som er lagt på hva kommunene skal tilby sine innbyggere. Her viser siste stortingsmelding (St.Meld. 29 – Morgendagens omsorg, at vi må legge til rette for å kunne svare på demografisk utvikling, og en ønsket statlig

politikk med bedre tilrettelegging for felleskapsløsninger. Men helse- og omsorgstjenesteloven og samhandlingsreformen har også påvirkning på hvordan vi velger å organisere tjenestene våre.

Kommunen har etter helse og omsorgstjenesteloven plikt til å sørge for nødvendige helsetjenester og praktisk bistand til de som har behov for dette. For kommunen vil det være en utfordring å finne frem til riktig balanse mellom ulike typer av tilbud. Den enkelte har dog ikke rett til selv å velge hvordan hjelpebehovet skal dekkes, eller hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Ved behov for tjenester hele døgnet, kan kommunen tilby dette i beboerens hjem, i en omsorgsbolig med heldøgns omsorg eller på et sykehjem. Lovkravet er at tjenestene er forsvarlige i forhold til hjelpebehovet, og at tjenestetilbudet ikke fremstår som åpenbart urimelig for brukeren.

Omsorgsboliger med heldøgns omsorg (Omsorgsfelleskap) og fast tilknyttet personell hele døgnet, vil være et nødvendig satsningsområde for videre strategi og utbygging. Dette for å ivareta kvalitet, hensiktsmessighet og gi et godt og varig botilbud. Det er viktig at bo- og tjenestetilbudet tilrettelegges slik at den enkelte slipper flyttinger mellom ulike nivåer i en tiltakskjede, selv om behovet for helse- og omsorgstjenester øker.

Tildeling av sykehjems plass og/eller bolig i omsorgsfelleskap, er et enkeltvedtak. Enkeltvedtaket skal begrunnes og hjelpebehovet konkretiseres. Kommunen har imidlertid ingen plikt til å definere det konkrete tjenestetilbudet i sykehjem. Tjenestene skal være faglig forsvarlige og dekke grunnleggende behov. Men en står nå foran et valg i forhold til om kommunen skal opprettholde et tilbud om langtidsopphold i sykehjem som botilbud, eller erstatte dette botilbudet med en satsning og utbygging av omsorgsboligen som botilbudet for eldre med behov for tjenester hele døgnet.

Langtidsopphold i sykehjem er ikke egnet som boform, verken faglig, økonomisk eller strategisk. Hvis en spør morgendagens eldre, hvor mange ønsker da å bo på sykehjemmet fremfor egen bolig? Egen bolig vil i denne sammenheng være omsorgsbolig.

Det formelle skillet mellom institusjonsomsorg og tjenester i omsorgsboliger (private hjem) går først og fremst på ansvarsforhold, økonomi og ulik forankring lovverket. I institusjoner er det et samlet offentlig ansvar for både bofunksjon og tjenester, og institusjonene tar et totalansvar for å dekke beboernes behov. I omsorgsboliger og andre private hjem har beboerne ansvar for bofunksjonen, og individuelle tjenester tildeles etter behov. Men i praksis trenger ikke skillet å være stort. Omsorgsboliger med fast tilknyttet tjenester hele døgnet, skal ivareta nødvendige helse- og omsorgsbehov og derfor vil en klare å legge til rette for at omsorgsboligen blir en varig bolig.

Omsorgsboliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester og fast tilknyttet personell hele døgnet, innebærer helse- og omsorgstjenester *tilsvarende det kommunen i dag tilbyr som langtidsopphold i sykehjem*. I Levanger har det fram til i dag vært ulike syn om eldre trenger å bo i sykehjem, for å oppnå forsvarlige tjenester og tilstrekkelig trygghet. Men de som i dag har langtidsopphold og bor på sykehjem, er eldre med kroniske sykdommer, fysisk funksjonssvikt og/eller aldersdemens. Det vil si mennesker som i hovedsak trenger omsorg og aktivitet der de bor (hjemme, eller i omsorgsbolig), og helsetjenester i varierende grad, men ikke kontinuerlig og av en spesiell art.

Det er derfor svært få som trenger å bo i sykehjem. Sykehjemmet må derfor utvikles til å bli en behandlingsinstitusjon, en intermedieæravdeling, hvor en skal sikre at kommunen i form av korttidsopphold tilbyr forsvarlige tjenester innen behandling, rehabilitering, utredning, avlastning og øyeblikkelig hjelp.

Et nytt konsept for sykehjem og omsorgsboliger

Regjeringen ønsker å ta med det beste fra de to ulike tradisjonene og bygge morgendagens løsninger

på noen grunnleggende prinsipper:

- «Smått er godt». Små bofellesskap og avdelinger i stedet for tradisjonelle institusjonsløsninger.
- Et tydelig skille mellom boform og tjenestetilbud, der tjenestetilbud og ressursinnsats knyttes til den enkeltes behov.
- Et tydelig skille mellom privat areal, fellesareal, offentlig areal og tjenesteareal i alle bygg med helse- og omsorgsformål.
- Boligløsninger som er tilrettelagt for bruk av ny velferdsteknologi og har alle nødvendige bofunksjoner (bad, toalett, kjøkkenkrok, soverom og oppholdsrom) innenfor privatarealet, tilrettelagt både for beboer og pårørende.
- En omsorgstjeneste med boformer og lokaler som er en integrert del av nærmiljøet i tettsteder og bydeler, der de offentlige arealene deles med den øvrige befolkning.
- Slik kan vi få sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem.

Morgendagens omsorgstjenestebrukere (Fra St.Meld. 29)

De fleste utviklingstrekk og framskrivninger tyder på at morgendagens brukere blir flere enn før, de vil være i alle aldersgrupper og ha et mer sammensatt omsorgsbehov. De siste 20 år har ikke tallet på eldre brukere økt. Veksten har vært størst blant de som er under 67 år, med fokus på langvarige og kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer. De nærmeste årene er det sannsynligvis tallet på brukere i aldersgruppen 67-79 år som vil vokse, mens den sterke veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer om 10-15 år. Da vil også utfordringene knyttet til demens vokse tilsvarende.

Mens det i dag er stor overvekt av kvinner, ikke minst i sykehjemmene, vil dette jevne seg noe ut, ettersom levealderen for menn øker raskere enn for kvinner. Samtidig vil framtidens brukere ha andre ressurser å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og problemer med. Det er ikke nok bare å framskrive problemene. Vi må også framskrive ressursene og se hvordan brukernes egne ressurser kan tas i bruk. Ikke minst gjelder dette de nye generasjoner eldre som vil leve lenger og møte alderdommen med bedre økonomi, høyere utdannelse, bedre helse og helt andre materielle forhold enn noen generasjon før dem. En 80-åring i 2000 og en 80-åring i 2030 vil derfor ikke være det samme.

Til grunn for alle tiltak og program i denne meldingen ligger det et helhetlig syn på morgendagens brukere. De har ikke bare sykdommer og problemer, men også ressurser de skal bruke til å mestre eget liv og ta del i fellesskapet. Helt til det siste vil alle ha noe verdifullt å bidra med. Nye organisasjonsformer skal invitere til det. Nye kommunikasjonsformer og arbeidsmetoder skal legge til rette for det. Ny teknologi og mer universell utforming av boliger og omgivelser skal gi bedre muligheter for det. Meldingen bruker derfor begreper som medborgerskap, samskaping, likemannsarbeid og brukerstyring, og inviterer brukerne og deres representanter til aktiv deltakelse i morgendagens omsorgsfellesskap.

Definisjoner

OMSORGSBOLIG MED HELDØGNS OMSORG	<p>Rett til tjenester vurdert etter helse- og omsorgstjenesteloven. Husleieloven regulerer boforholdet</p> <p>Tjenesten ytes individuelt ut fra enkeltvedtak av fast tilknyttet personell hele døgnet</p> <p>Tjenestens innhold, omfang og utførelse kan påklages</p> <p>Pårørende eller andre nærpersoner kan være hos deg i boligen, lage mat, invitere til selskap, gi hjelp og støtte som de tidligere gjorde i opprinnelig hjem</p> <p>Omsorgsboliger bygd som bofellesskap gir mulighet for sosialt samvær og aktiviteter med andre beboere og personale, i fellesareal</p> <p>Kan delta i dagliglivets gjøremål ut fra egne behov, ønsker og forutsetninger</p> <p>Kan fortsatt opprettholde sitt nettverk, ta i mot overnattingsgjester etc.</p> <p>Kan ha styring og kontroll over egen økonomi, eventuelt med hjelp fra pårørende eller verge</p> <p>Kan fortsatt styre egen hverdag, ut fra egne forutsetninger</p> <p>Gir trygghet for helse og omsorgstjenester hele døgnet</p>
SYKEHJEM	<p>Rett til tjeneste etter lovgivningen</p> <p>Tjenesten ytes av fast personale</p> <p>Tradisjonelt sykehjem kan gi mindre mulighet for deltakelse i dagliglivets gjøremål ut fra forutsetninger og ønsker</p> <p>Kan flyttes internt innen institusjonen</p> <p>Noe mindre mulighet for pårørende til å utøve de støttefunksjoner de hadde i opprinnelig bolig eller omsorgsbolig</p> <p>Kommunen har overtatt ansvaret for din økonomi, du betaler for oppholdet etter vederlagsforskrift, disponerer kun lommepenger</p> <p>Institusjonens rutiner og døgnrutime kan oppleves å legge føringer for deg</p> <p>gir trygghet for hjelp og tilsyn gjennom hele døgnet</p> <p>Har en boform som mange ikke oppfatter som likeverdige</p>

INTERMEDIÆRAVDELING (Korttidsplasser i sykehjem) (Breidablikktunet)	Planlagt og målrettet helsehjelp i en tidsbegrenset periode Spesialiserte senger med nødvendig kompetanse for å ivareta rehabilitering, behandling, utredning, avlastning og ø-hjelp
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Omsorgsboliger med heldøgns omsorg og fast tilknyttet personell kombinerer den private, fullverdige bofunksjonen og de rettigheter som det medfører å ha egen bolig, samt en trygghet for nødvendige helse og omsorgstjenester gjennom hele døgnet.

I prinsippet skal brukere med behov for heldøgns helse og omsorgstjenester over lengre tid kunne få det samme tilbudet enten de bor fast ved et sykehjem eller de bor i bofellesskap med heldøgns tjeneste. Forskjellen går i hovedsak på boformen, bokvaliteten og finansieringen, og et verdivalg ifht verdigheten i å kunne bo i egen bolig

Hvordan?

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11/5/2/3.html?id=646839>

Beregninger av behovet for antall plasser med heldøgns omsorg som kommunen behøver, er vanskelig å anslå. Men gjennom statlige føringer er det blitt en myte at en trenger en dekningsgrad på minst 25 % av antall eldre over 80 år.

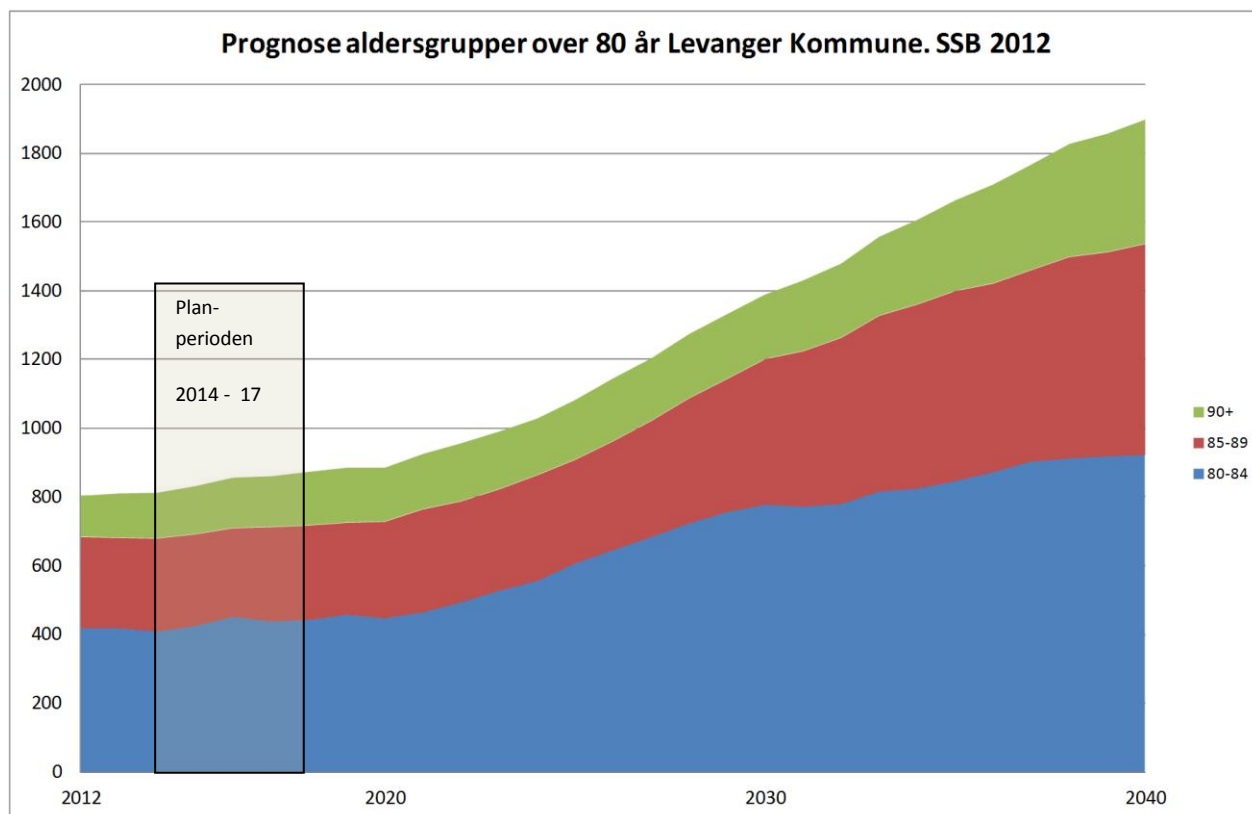
Kommunen må uansett ta et strategisk valg nå, ifht demografisk utvikling og om en skal legge seg på denne normen. Det vil i så fall innebære en kraftig utbygging de nærmeste år, spesielt i årene 2025 til 2030. Et alternativ er å satse på teknologi, forebygging og hjemme-rehabilitering for å legge til rette for å bo i egen bolig.

Mulighetsstudien viser til de muligheter som ligger i eksisterende bygningsmasse og lokasjoner. Gitt at den overordnede strategien er å redusere både antall sykehjem men også sykehjemsplasser, for så å bygge opp antall omsorgsboliger med heldøgns omsorg og fast tilknyttet personell hele døgnet. Dette innebærer at alle institusjoner må moderniseres ut i fra dagens form, for så å tilpasses morgendagens krav.

Utviklingen av heldøgns helse- og omsorgstjenester framover (Institusjonsbruksplan) må sees i

sammenheng med mulighetsstudien og de kostnader som ligger i ombygging og nybygging. Men noen strategiske valg er viktig å ta for å se på muligheten for videre drift.

Demografisk utvikling



Denne prognosen viser en betydelig økning i antall eldre i nær fremtid. For å imøtekomme behovet for heldøgns omsorgsplasser, må en legge opp til en langsiktig strategi. Strategien bygger på tidligere nevnte valg, begrunnet i verdier og økonomi, som innebærer at botilbudet for personer som trenger heldøgns omsorg, gis i omsorgsbolig og ikke som langtidsopphold i sykehjem. Denne endring i tjenester krever omfattende tiltak, og en kan se for seg at endringene grovt sett kan deles inn i tiltak for økonomiplan 2014-2017, og økonomiplaner for 2020-2030.

Økonomiplan 2014-2017

Innenfor nåværende økonomiplan kan en se for seg følgende tiltak på kort og lang sikt.

Tiltaksplan med kommentarer

Type Tjeneste	Hvor	2013	2014	2015	2016	2017	Kommentar
Omsorgsbolig (HDO)	Breidablikktunet	40	40	40	40	40	Ingen endring i Økonomiplan 2014-2017
	LBAS	20	30	30	30	30	Økning boliger med HDO KORT SIKT 2014
	Ytterøy	2	2	2	2	2	Ingen endring i Økonomiplan 2014-2017
	Skogn	0	0	0	0	0	Ingen endring i Økonomiplan 2014-2017
	Staup	0	0	0	36	36	36 nye omsorgsboliger i 1 byggetrinn
	Åsen	0	0	21	21	21	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger 2015
	SUM	62	72	93	129	129	Antall plasser HDO økes fra 62 til 129 Økonomiplan 2014-2017
Institusjonsplasser Antall	Breidablikktunet	26	26	26	26	26	Intermediæravdeling, rehabiliteringsavdeling, ø-hjelp
	Skogn	42	46	46	46	46	4 nye plasser KORT SIKT 2014
	Åsen	20	0	0	0	0	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger 2014
	Ytterøy	10	10	10	10	10	Ingen endring i Økonomiplan 2014-2017
	Staup	0	0	0	4	4	4 nye institusjonsplasser i 1 byggetrinn
	SUM	98	82	82	86	86	Antall plasser sykehjem reduseres fra 98 til 86
Totalt antall plasser		160	154	175	215	215	Heldøgns plasser økes fra 160 til 215 i Økonomiplan 2014-2017
Antall plasser i sykehjem		98	82	82	86	86	Åsen sykehjem er avviklet i Økonomiplan 2014-2017
Faktisk dekningsgrad %		20	19,0	21,1	25,1	25,0	Dekningsgraden når 25 % i Økonomiplan 2014-2017
Befolkning 80 +		811	811	830	855	859	Demografisk utvikling
Antall plasser ved 20 % dekning		162	162	166	171	172	Behov for antall plasser
Antall plasser ved 25 % dekning		203	203	208	214	215	Behov for antall plasser
Avvik 25 % dekning		-43	-49	-33	1	0	Avvik i behov og antall plasser 25 % dekning
Avvik 20 % dekning		-2,2	-8	9	44	43	Avvik i behov og antall plasser 20 % dekning

Det må vurderes hvilken faktisk dekningsgrad en ønsker å legge seg på. 25 % dekning er et måltall det kan være greit å jobbe ut i fra innenfor nåværende økonomiplan. I tabellen ser en også hvilke tall som beregner 20 % dekningsgrad.

Ved å avvikle sykehjemmet på Åsen, må en søke å finne kortsiktige løsninger som kompensasjon for en reduksjon i antall plasser. Det kan gjøres ved å øke antall plasser på Skogn med 4 innenfor dagens rammer, og samtidig øke antall plasser med heldøgns helse og omsorgstjenester på LBAS med 10.

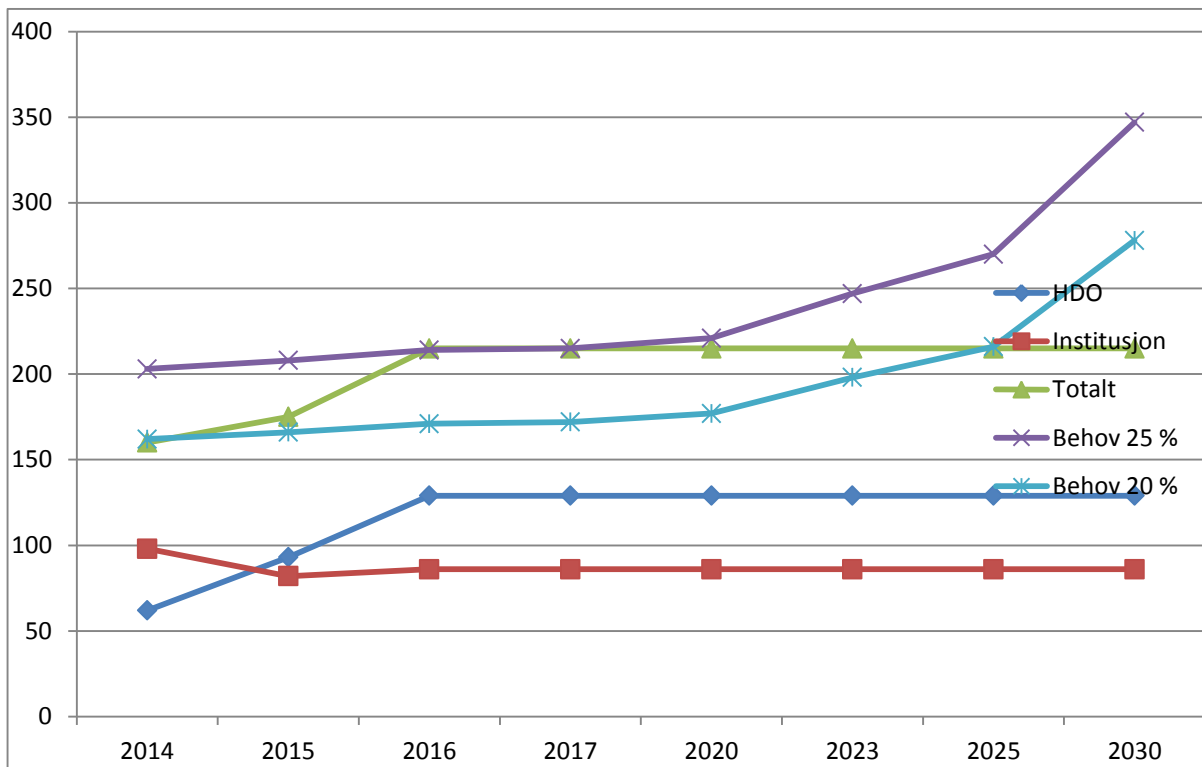
Samtidig er det viktig, på kort sikt, å spisse sykehjemmet på Breidablikktunet til å bli kommunens sykehjem som skal ivareta korttidsfunksjonene innenfor rehabilitering, utredning, behandling, avlastning og kommunal øyeblikkelig hjelp. Breidablikktunet blir derfor mer å betrakte som en intermediær avdeling.

Utbygging på Staup må forseres i henhold til vedtak, og med forslag til løsninger i tabell over, vil en kunne nå måltallet med 25 % dekning innen nåværende økonomiplan. Utbyggingen på Staup må ivareta behovet både for flere omsorgsplasser, men også behovet for et spisset sykehjem tilrettelagt for morgendagens utfordringer og behov.

Det er viktig å gjøre rede for ulike begrep i denne sammenheng. Men ved å avvikle ordningen med langtidsopphold i sykehjem, for å erstatte dette med omsorgsboliger med heldøgns omsorg, er det viktig å presisere at tjenestetilbudet og omfanget er på samme nivå, og at det er fast tilknyttet personell hele døgnet.

Ved endringer på Åsen helsetun, medfører dette også endringer på kommunens kjøkkenstruktur.

Grafisk vil en fremstilling av tiltaksplan i økonomiplan 2014-2017 se slik ut;



En ser i grafen at hovedstrategien som innebærer avvikling av varig botilbud i sykehjemmet, for en satsning på botilbud i omsorgsfelleskap, på langt nær er nådd i denne perioden. En slik omstilling krever endring over tid, men utbygging og ombygging må også ta hensyn til følgende utfordringer;

1. Kompensere for gjeldende avvik i gjeldende antall plasser pr år og behov for plasser pr år
2. Kompensere for antall plasser som er avviklet pr år
3. Utbygging i henhold til demografisk utvikling og dermed et økende behov

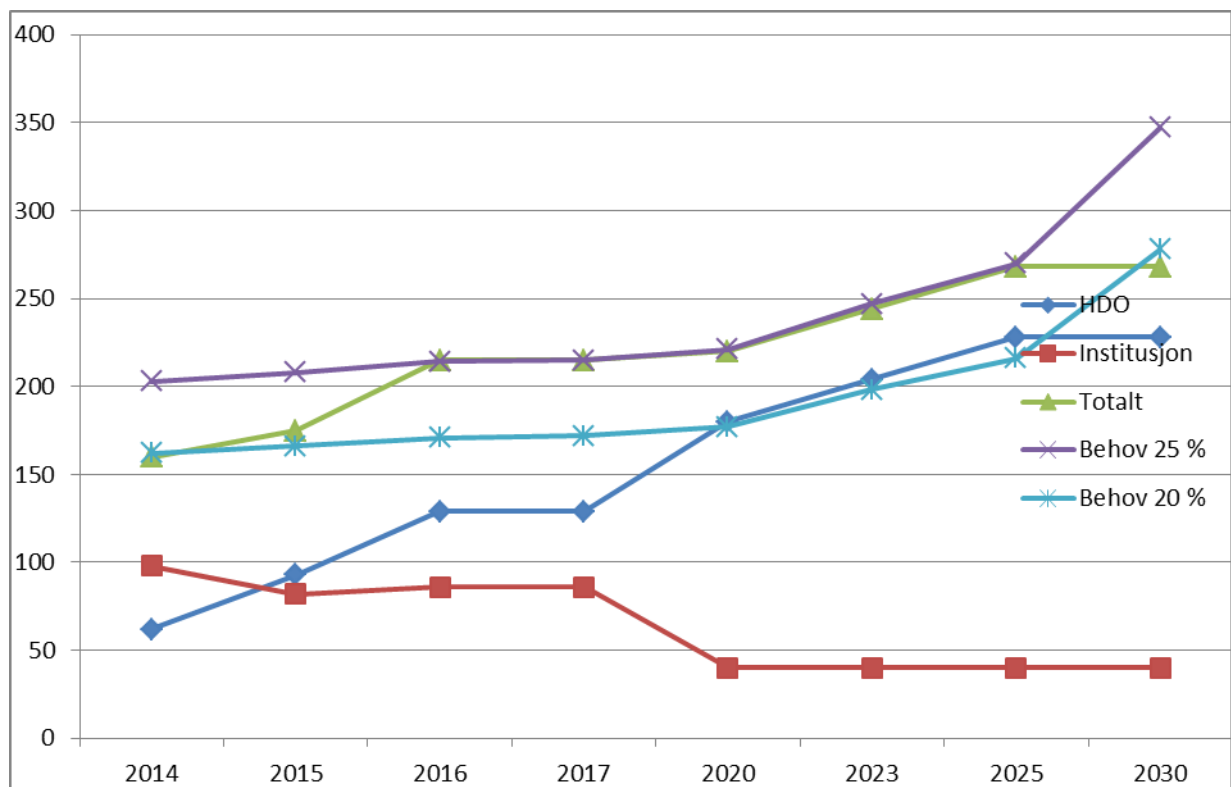
Ser en frem i tid, kan økonomiplaner for 2020-2030 gi noen svar på hvordan dette kan gjøres.

Økonomiplan 2020 – 2030

På lengre sikt kan følgende tiltaksplan være en løsning.

Type Tjeneste	Hvor	2013	2014	2015	2016	2017	2020	2023	2025	2030	Kommentar
Omsorgsbolig (HDO)	Breidablikktunet	40	40	40	40	40	54	54	54	54	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger
	LBAS	20	30	30	30	30	30	54	54	54	24 nye omsorgsboliger
	Ytterøy	2	2	2	2	2	9	9	9	9	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger
	Skogn	0	0	0	0	0	30	30	30	30	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger
	Staup	0	0	0	36	36	36	36	60	60	24 nye omsorgsboliger i 2 byggetrinn
	Åsen	0	0	21	21	21	21	21	21	21	Ingen endring i økonomiplan 2020-2030
SUM		62	72	93	129	129	180	204	228	228	Antall plasser HDO økes fra 129 til 228 i økonomiplan 2020-2030
Institusjonsplasser Antall	Breidablikktunet	26	26	26	26	26	0	0	0	0	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger
	Skogn	42	46	46	46	46	0	0	0	0	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger
	Åsen	20	0	0	0	0	0	0	0	0	Ingen endring i økonomiplan 2020-2030
	Ytterøy	10	10	10	10	10	0	0	0	0	Sykehjemmet endres til omsorgsboliger
	Staup	0	0	0	4	4	40	40	40	40	36 nye plasser i økonomiplan 2020-2030
	SUM	98	82	82	86	86	40	40	40	40	Redusere plasser i institusjon- økning i HDO
Totalt antall plasser	160	154	175	215	215	220	244	268	268	Heldøgns plasser økes fra 215 til 268 i økonomiplan 2020-2030	
Antall plasser i sykehjem	98	82	82	86	86	40	40	40	40	40	Ytterøy, BBT og Skogn sykehjem er avviklet i økonomiplan 2020-2030
Faktisk dekningsgrad %	20	19,0	21,1	25,1	25,0	24,9	24,7	24,8	19,3		Faktisk dekningsgrad i %
Befolkning 80 +	811	811	830	855	859	884	989	1081	1388		Demografisk utvikling
Antall plasser ved 25 % dekning	162	162	208	214	215	221	247	270	347		Behov for antall plasser 25 % dekning
Antall plasser ved 20 % dekning	203	203	166	171	172	177	198	216	278		Behov for antall plasser 20 % dekning
Avvik 20 % dekning	-2,2	-8,2	9	44	43	43	46	52	-10		Avvik i behov og antall plasser
Avvik 25 % dekning	-43	-49	-33	1	0	-1	-3	-2	-79		Avvik i behov og antall plasser

Med en slik framskrivning og endring, er sykehjemmene avviklet til fordel for omsorgsboliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester. I tillegg har en oppnådd en dekningsgrad som vertfall frem til 2025 er tilfredsstillende. Så må avviket etter 2025 dekkes gjennom andre tiltak. Dette vil kommunedelplanen foreslå løsninger på. Grafisk blir dette fremstilt slik;



Status pr i dag - kjøkkentjenesten

Lokalisasjoner

Levanger kommune har i dag 5 produksjonskjøkken, der 4 produserer varm- og tørrmat, og 1 kjøkken som kun produserer tørrmat. Åsen Helsetun, Skogn Helsetun, Ytterøy Helsetun og Levanger Bo og Aktivitetssenter (LBAS) produserer både varm og tørr mat, mens kjøkkenet på Bredablikktunet (BBT) kun produserer tørrmat.

Alle kjøkken er i dag bemannet i tidsrommet kl 0700 – 15.30, og er tilrettelagt etter produksjonsprinsippet kok/server.

Produksjon og produksjonsprinsipp

Kok/server betyr at maten blir produsert varm, for så og bli pakket og satt i varmekasser eller vannbad, og utsendt til mottakerplassen. Maten pakkes hovedsakelig i engangs plastbeger. Dette gjelder både for beboere i institusjon og omsorgsboliger, samt hjemmeboende og brukere av dagtilbudene ved Åsen, Skogn og LBAS. De enkelte kjøkken har egne menyer, men det jobbes med og få til felles menyer.

Årlig produksjon av varmmat er ca. 125.000 porsjoner.

Årlig produksjon av tørrmat er ca. 150.000 porsjoner.

Årlig produksjon av kaffemåltid er ca. 176.000 porsjoner.

Logistikk

I Åsen, Skogn og Ytterøy bringes maten ut av frivillige. De har avtale med de respektive kjøkkensjefene, og får godtgjort for antall kjørte kilometer i tillegg til en liten dagsats for utkjøringen. Ved LBAS er denne matombringen satt ut på anbud, og det er i dag Innherred Produkter(IPAS) som har anbudet. Dette innebærer transport fra LBAS til BBT, og til hjemmeboende abonnenter i området Gråmyra i sør til Rinnelva i nord.

Innkjøpsavtaler

Levanger kommune har felles innkjøpsavtaler av råvarer til matproduksjonen, sammen med Verdal kommune.

Lager og oppvask

Skogn og Åsen har god lagerkapasitet. Kjøkkenet ved LBAS har liten lagerkapasitet. Kjøkkenet på LBAS ble bygget i 1996, og da med en planlagt produksjon på ca. 100 porsjoner med varm-mat. Dagens produksjon er 210-250 pr dag, i tillegg til en økning i produksjon av tørrmat. Mottaks-kjøkkenet ved BBT har for liten lagringskapasitet.

Kapasiteten i forhold til oppvask, er på alle kjøkken godt nok. Problemet ved alle kjøkkenene er at arealet til oppvask er for lite. Dette gjelder først og fremst LBAS, men også til dels Skogn.

Areal og standard

Kjøkkenene ved Åsen og Skogn er bygd tidlig på 1980- tallet. Det har vært små endringer og oppgraderinger av disse siden de ble bygd. Maskinparken er i all hovedsak også fra tiden da disse ble bygget. Kjøkkenet ved LBAS og Ytterøy ble bygd på 1990 tallet. BBT ble bygd tidlig på 2000 tallet, der det hovedsakelig skulle produseres tørrmat. Kjøkkenet på Skogn ble i 2013 bygget ut for å bedre muligheten for en mere effektiv smørelinje. Ved LBAS er arealet for lite etter dagens produksjon. Kjøkkenet er trangt, noe som medfører utfordringer i forhold til hvor mange som kan arbeide der samtidig. Det er også utfordringer i forhold til støy og utvikling av varme, noe ventilasjonsanlegget ikke er bygd for. Dette gjelder også for oppvaskrommet. Ved Skogn og Åsen er en del av lagrene plassert i kjeller, med suppleringslager inne på kjøkkenene.

Kjøkkenstruktur på kort og lang sikt

De to mest brukte metoder for produksjon av middagsmat i dag er kok/kjøl og kok/server. I Levanger brukes i dag kok/server.

Kok/kjøl

Maten produseres ferdig og pakkes på plastposer og nedkjøles hurtig. Ferdig produsert mat kan lagres på denne måten, gjerne en uke før den varmes opp og serveres. Oppvarmingen bør utføres av kompetente personer for å kunne ivareta kvaliteten. Ikke all mat egner seg for denne produksjonen. Denne måten krever god plass til nedkjøling/oppbevaring. Ferdigprodusert mat kjøres ut til avdelinger eller brukere ca 2 ganger i uka. Denne metoden gjør at man kan stenge kjøkkenet i helger og helligdager.

Kok/server

Maten produseres samme dag, og sendes ut varm. Transporteres ut, og serveres ved ankomst. Variasjonsgraden på rettene er større enn produksjonsmåten. Dette krever drift hver dag.

Endring av kjøkkenstruktur på kort sikt

Ved flytting av produksjonen av varm og tørr mat fra Åsen til Skogn, jmf avvikling av sykehjemmet i Åsen, vil det kreves økt bemanning ved Skogn med ca 1.2 årsverk + transport 0,15 årsverk. Ved en flytting av produksjonen av tørr mat fra BBT til LBAS vil det kreves økt bemanning ved LBAS med ca 1.2 årsverk.

Det må i denne prosessen vurderes å gå over til gasspakking av tørr mat. Dette vil kunne frigi kapasitet i helgene, ved at tørrmatproduksjonen kan overføres til ukedagene.

Logistikk:

Ved en endret kjøkkenstruktur vil det fortsatt være stort behov for en videreføring av samarbeidet med de frivillige matkjørerne. Dette er også ønskelig at denne ordningen hadde blitt utvidet til å gjelde all transport av mat til brukere, og mellom de enkelte kjøkken. Ved en sentralisering av produksjon av mat til Skogn helsetun og LBAS vil det øke behovet for transport. En utvidelse av avtalen med IPAS medfører økte transportutgifter tilsvarende kr. 193.920,-. Verdal kommune har erfart i det siste et frafall av frivillighetene når det gjelder matombringning, og er derfor i dialog med Veksttorvet for en overtagelse av denne transporttjenesten.

Endring av kjøkkenstruktur på lang sikt

Kjøkkentjenesten bør sentraliseres til ett kjøkken. Kjøkkenet bør bygges i den planlagte utbyggingen på Staup. Ingen av kjøkkenene i kommunen i dag er store nok til å takle en samlet produksjon. Kjøkkenet trenger det meste nytt i forhold til produksjonsutstyr, da det som er rundt om på kjøkkenene i dag er gammelt. Småutstyr som kjøkkenene har i dag kan brukes i et sentralisert kjøkken. Kjøkkentjenesten bør sentraliseres til ett kjøkken, og produsere etter kok/server metoden. Dette med bakgrunn i at man kan utnytte stordriftsfordelene det har. Det finnes i dag produksjonsmetoder/utstyr som er mere rasjonell en den kommunen operer med per i dag. Man trenger mindre årsverk til produksjonen hvis man samler alle arbeidsoppgavene under samme tak. Kjøkkentjenesten produserer da alt av mat som behøves, som middag, tørrmat og kaffemåltider. Kjøkkentjenesten skal også ha lager for drikke som sendes ut etter bestilling. Ved å benytte kok/server metoden kan tilpasninger skje hurtigere, alt samme dag.

Det bør innføres avdelings-vise budsjetter for innkjøp av mat, i avdelingene. Dette vil utløse et større eierforhold, slik at svinnet og mengde stemmer bedre overens. Man blir da kvitt dette med at hva den hver enkelt ansatt synes om mat. Det er viktig at kontrollen med økonomien ligger i

kjøkkentjenesten. Det leveres da et kosthold som er tilpasset hver enkelt brukers behov, ut i fra de retningslinje som er gitt. Trondheim kommune bruker dette i dag.

Den demografiske utviklingen tilsier at antall eldre vil øke kraftig i årene som kommer, og derfor vil behovet for hjemmetjenester vokse. Det er et mål å legge til rette for å kunne bo i egen bolig så lenge som mulig, derfor vil matombrining og ernæring være en sentral del av denne tilretteleggingen.

Behov for areal i et nytt sentralkjøkken må ivareta en produksjon tilsvarende 500-600 porsjoner pr. dag i fullforpleining. Dette krever også stor lagerkapasitet. Anslått behov:500-600-kvm.

Kommunedelplan Helse og omsorgstjenesten

Mye av det som denne planen har behandlet, må gjøres nærmere rede for i den totale kommunedelplanen for helse og omsorgstjenesten. Til slutt vil det kort nevnes noen punkter som griper inn i institusjonsbruksplanen.

Legedekningen

Driftskomiteen har i møte den 12.12.07, PS sak nr 039/07 behandlet sak ang legedekningen i kommunens sykehjem. Dette med bakgrunn i krav fra departementet og Fylkesmannen om en politisk behandling av slik normvurdering av legedekningen ved kommunenes sykehjem, innen den 21.12.07. I vedtaket kan man lese:

- 1). Legetimetallet pr uke for brukere og pasienter ved institusjonene i Levanger kommune må økes opp mot anbefalt normtall.
 - 1 ukelegetime per 4 langtidsplasser
 - 1 ukelegetime per 1 korttidsplass for opphold av 3-4 ukers varighet
 - 2 ukelegetimer per 1 plass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller Rehabiliteringsopphold
 - 2 ukelegetimer per1 plass spesielt beregnet på terminalomsorg
- 2). Den anbefalte normen (normtallet) er et mål å nå i tråd med utviklingen i behovet fram mot 2020+, og at dette må knyttes til de vurderinger som skjer lokalt i samarbeid mellom ledelsen ved PO-tjenestene, Helse- rehabilitering, kommunelege 1, sykehjemslegene (tilsynslegene), og ikke minst som følge av samfunnsutviklingen, utviklingen i samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved helseforetakene, kompetanseutviklingen og bruk og tilgjengelighet av enda mer avansert medisinsk teknisk utstyr ved kommunens institusjoner.
- 3). Levanger kommune må ha en løpende vurdering av behovet for å etablere en tilsynslegetjeneste på samme måte som sykehjemslegetjenesten for alle brukerne av omsorgsbolig type 3. Dette må vurderes i sammenheng med tiltak forøvrig, og som en del av

Det er et uttalt mål om å øke legedekningen i kommunens institusjoner. Jmfr vedtak i driftskomiteen. Dette beskrives nærmere i kommunedelplanen, men det pågår en ansettelsesprosess med tanke på en økning av legeressursen allerede fra våren 2014. Denne endringen vil medføre et bedre og mer helhetlig medisinsk miljø for alle som jobber i helse og omsorgstjenester. Dette vil også på sikt ha effekter på rekrutteringen da det er hevet over tvil at dagens løsning stiller for store krav til en arbeidsstyrke som i prinsippet er uten fast medisinsk kompetanse. Det er også en forventning om at en fast lege kan bli den nødvendige fagressursen som kan fatte riktige vedtak ut i fra en helhetsvurdering og på den måten kunne bidra til å redusere bruken av spesialisthelsetjenester og

bygge opp gode tjenester i kommunen

Avlastningsboligen for barn og unge

Mulighetsstudien har vist til hva som er status i eksisterende bolig. Kommunedelplanen vil se nærmere på hvordan dette tjenestetilbudet kan utvikles fremover.

Konklusjon/Oppsummering

Delplanen har vist til hvorfor endring er påkrevet, og hvordan dette kan gjennomføres. Videre vil denne planen ytterligere bli bearbeidet og behandlet som helhet når en samlet kommunedelplan Helse- og omsorg blir fremlagt.