

Arvid Birkeland

Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter

Kommuner som er med i helsetorgmodellen og deres organisering og dimensjonering av tilbudet til skrøpelige eldre og samhandling med Stord-, Odda- og Haugesund Sykehus.

Helsetorgmodellen - rapport 2011/1

Helsetorgmodellen - rapport 2011/1
Omslagslayout: Eirik Dankel, Helse fonna

Publisert av

Helsetorgmodellen
Bjørnsons Gate 45
5528 Haugesund

Kopirett © Arvid Birkeland

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med Åndsverkloven og
Fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan
for rettighetshavere til åndsverk.

Helsetorgmodellen er et samhandlingsprosjekt mellom kommuner, helseforetak og
høgskole.

INNHOLDSLISTE

1. Innledning: 3
2. Fremgangsmåte for å innhente og analysere data: 4
3. Institusjonsplasser: 5
 - Ventelister til sykehjem: 7
 - Hvordan brukes sykehjemsplassene: 9
 - Egne tilgjengelige korttidsplasser: 10
 - Hvordan fungerer/brukes korttidsplassene? 11
4. Legetilsyn og legemedvirkning: 15
 - Legemedvirkning når det gjelder innleggelser i sykehjem: 15
 - Hvor mange timer pr. uke er lege tilknyttet sykehjemmene?: 15
 - Intermediær-/observasjonsplasser: 16
5. Aldershjem: 18
6. Bruk av sykehusene: 19
7. Hjemmetjenester: 22
 - Hjemmesykepleie og hjemmehjelp: 22
 - Omsorgsboliger: 25
 - Dagavdelinger/dagtilbud: 26
8. Heldøgns omsorg og pleie: 28
9. Fysioterapi/ergoterapi: 31
10. Diskusjon. 32
 - Heldøgns omsorg og pleie: 32
 - Demensomsorg: 34
 - Bruk av sykehjemsplassene: 35
 - Rehabilitering: 35
 - Akutt-plasser, intermediær/observasjonsplasser: 37
 - Palliasjon – tilbud til døende pasienter: 38
 - Dagavdelinger: 40
 - Hjemmetjenester og institusjon: 40
11. Sammendrag: 43

1. Innledning

Bakgrunnen for denne rapporten er at det i 2009 ble nedsatt en prosjektgruppe som skulle vurdere pasientforløp for skrøpelige eldre i Haugesund Kommune og Haugesund Sykehus. Prosjektet ble betraktet som et pilotprosjekt i og med at det skulle være med på å legge grunnlag for videre prosjekter i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Prosjektgruppen bestod av 14 personer fordelt på en brukerrepresentant, 5 fra Haugesund Sykehus, 6 fra Haugesund og 2 fra Høgskolen Stord/Haugesund. Undertegnede, Arvid Birkeland, var leder for prosjektgruppen og hadde hovedansvaret for prosjektgjennomføringen og skrivingen av rapporten. Etter hvert ble den såkalte Helsetorgmodellen etablert som et samarbeidsprosjekt mellom 7 kommuner, Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund.

I og med at det kun var Haugesund Kommune som var med i pilotprosjektet ble det på en del områder vanskelig å se sammenhenger og trekke konklusjoner fordi datamaterialet var begrenset til en kommune. Det ble derfor nokså raskt synbart at det ville vært en fordel å få data fra flere kommuner for på den måte å få et større datagrunnlag. I forbindelse med etablering av en egen FOU – enhet som del av Helsetorgmodellen, ble det litt tid til å gå videre med pilotprosjektet i form av at det ble laget et spørreskjema. Spørreskjemaet inneholdt stort sett de samme områder/variablene som det ble innhentet opplysninger om i forhold til Haugesund Kommune. Det var da naturlig å involvere de andre 6 kommunene som etter hvert ble med i Helsetorgmodellen. Samtlige kommuner har derfor mer og mindre svart på skjemaet slik at det har vært mulig også å få en oversikt over en del sentrale forhold omkring pasientflyt for skrøpelige eldre i de ulike kommunene.

Hensikten med dette prosjektet var å se på ulike faktatall samt dimensjonering og organisering av tilbudet til gruppen skrøpelige eldre pasienter i den enkelte kommune, for om mulig å hente ut en helhetsinformasjon som kan si noe om hva som påvirker pasientflyten. Grunnen til at betegnelsen skrøpelige eldre brukes er at en her snakker om den gruppen eldre over 75 år som har moderat til omfattende helsesvikt og som er mottakere av helsehjelp i kommunene og som til enhver tid er aktuelle brukere av sykehusene. Betegnelsen ”skrøpelige eldre” brukes i det akademiske språket både i norsk og internasjonal litteratur.

2. Fremgangsmåte for innhenting og analyse av data

Dette prosjektet er å betrakte som et utviklingsarbeid i den forstand at det er en del av samhandlingsreformen, helsetorgmodellen og FOU – driftsgruppens arbeid for om mulig å stake ute noen fremtidige retninger som kan forbedre helse og omsorgstjenestene til blant annet gruppen skrøpelige eldre i Helse Fonna – regionen. Utviklingsarbeid defineres i denne sammenhengen som ”systematisk arbeid basert på anvendelse av viten oppnådd gjennom forskning og/eller praktisk erfaring med det formål å frambringe nye eller vesentlig forbedre prosesser, systemer eller tjenesteytelser” (OECD – Frascati manualen). Med viten tenkes her for eksempel på detaljerte opplysninger fra kommunene. I tillegg er det en del forskning omkring kommunenes helse og omsorgstjenester som kan gi et visst fundament for videre vurderinger. Kravet til systematikk ligger her i et strukturert spørreskjema basert på skrøpelige eldre – prosjektet som ble gjennomført i forhold til Haugesund Kommune der en rekke variabler ble vurdert. Ut fra disse variablene ble det laget et spørreskjema (se vedlegg) som ble sendt til FOU – driftsgruppens kontaktpersoner i kommunene som har distribuert skjemaet videre innad i den aktuelle kommunen. Følgende variabler var sentrale:

- *Antall eldre i kommunen*
- *Antall institusjonsplasser og type institusjonsplasser*
- *Ventelister til institusjon*
- *Legetilsyn og legemedvirkning*
- *Hjemmesykepleie og hjemmehjelp*
- *Dagplasser*
- *Demensomsorg og antall personer med demens*
- *Omsorgsboliger*
- *Fysio- og ergoterapi*

I tillegg til de faktasvar som kommunen har gitt er det gjort en del analyser. Analysen er gjort i form av bakgrunnskunnskap fra feltet, blant annet fra pilotprosjektet og en del forskning, samt sammenstilling og sammenligninger mellom de ulike data fra de ulike kommunene. Konklusjonene er derfor ikke statistisk nøytrale, men bygger på subjektive vurderinger og oppfatninger basert på de dataene som finnes. En kan derfor ikke dra for bastante konklusjoner fra dette, men meningen er om mulig, å bidra til en større forståelse av den kompleksiteten som helse og omsorgstjenesten i kommunene tross alt representerer.

3. Institusjonsplasser

Institusjonsplassene har til nå vært kjernen i eldreomsorgen og antall institusjonsplasser vil nødvendigvis bety svært mye for hvordan den enkelte kommune skjøtter omsorgen for eldre. Spesielt gjelder dette sykehjemmene i og med at andre institusjonstyper som for eksempel aldershjem ser ut til å være på vei ut selv om de fortsatt finnes i enkelte kommuner. Antall institusjonsplasser trenger ikke i seg selv si så mye. Det har derfor vært viktig å anslå antall plasser i institusjonene, og da spesielt sykehjemmene, i forhold til antall eldre og da spesielt antall eldre over 80 år, i og med at det er denne aldersgruppen som spesielt bruker institusjonsplassene. Hvis vi da ser på antall eldre i den enkelte kommune forløper det seg slik:

Befolkningsoversikt, personer over 67 år i de ulike kommunene basert på oversikt fra Statistisk Sentralbyrå; folkemengde etter kommune pr. 1. januar 2011.

Kommune	Antall over 67 år	Antall over 80 år	% andel over 80 år i kommunen
Stord	2034	641	3.6 %
Odda	1315	530	7.6 %
Tysvær	1105	315	3.1 %
Karmøy	4810	1433	3.6 %
Haugesund	4344	1594	4.6 %
Sveio	585	203	4 %
Bømlo	1408	569	5 %

Vi ser her en oversikt over antall personer over 67 år og over 80 år i hver kommune. Grunnen til at over 67 år er valgt er at det er der SSB har lagt innslaget for så å ta neste innslag fra 80 og så siste over 90 år. Når en har antall over 80 år er det enkelt å regne ut hvor stor bl. a. andel eldre over 80 år utgjør av det totale folketallet i kommunen.

Hvis vi ser alderssammensetningen så er det ikke dramatiske forskjeller unntatt Odda som har en klart høyere andel eldre enn de andre kommunene. Faktisk er andelen langt over dobbelt så stor som Tysvær som har færrest over 80 år. Når det gjelder fremskrivinger er det slik at

Haugesund har en relativt stor andel eldre over 80, men frem mot 2020 er det heller en nedgang i denne gruppen etter tall innhentet fra pilotprosjektet. Først mot 2025 kan en se en økning i antall eldre over 80 år i Haugesund Kommune. Når det gjelder Odda er det ikke tegn til at antall eldre over 80 år vil øke vesentlig framover mot 2030, men kommunen har pr. i dag en stor andel. Når det gjelder Karmøy så er det en mer markert økning uten at det kan karakteriseres som dramatisk før en nærmer seg 2030. For Tysvær ser sitt vedkommende ser det ut for å stige nokså raskt og kommunen må nok regne med å øke sine tilbud nokså raskt skal tilbudet være på samme nivå som i dag. Bømlo er den kommunen som har flest over 80 år etter Odda, men utviklingen ser imidlertid også her ut til å jevnes ut helt til en nærmer seg 2030 da det vil stige nokså raskt. Når det gjelder Stord flater det også her ut fram mot 2020 og så kan en se en stigning som blir relativt bratt fra 2025. Når det gjelder Sveio har vi ikke framskrevne tall.

Antall plasser i sykehjem for den enkelte kommune basert på antall eldre over 67 år og 80 år pr. 01.01.11.

Kommune	Antall plasser	% dekning over 67 år	% dekning over 80 år
Stord	76	4 %	12 %
Odda	74	6 %	11 %
Tysvær	76	7 %	24 %
Karmøy	221	5 %	15 %
Haugesund	281	6 %	18 %
Sveio	47	8 %	23 %
Bømlo	99	7 %	17 %

Disse tallene er basert på ”rene” sykehjemsplasser, og tar ikke høyde for at kommunen kan ha andre heldøgns - plasser som fungerer som et alternativ til sykehjem. Både Stord, Karmøy og Haugesund har slike tilbud i form av aldershjem og/eller omsorgsboliger, noe vi kommer tilbake til. Det vi ser er at spesielt Tysvær og Sveio ligger et godt stykke over de andre når det gjelder antall ”rene” sykehjemsplasser.

3.1 Ventelister til sykehjem

For å få et bilde av kapasiteten i sykehjemmene er det av en viss interesse å få en oversikt over hvor mange som eventuelt står på venteliste til sykehjem. Sett i forhold til pilotprosjektet og Haugesund Kommune ble det ikke avklart noe eksakt tall i forhold til dette, men det ble anslagsvis snakket om et tall på fra 20 – 50 personer som til enhver tid står på vent til i hovedsak sykehjem selv om det offisielt ikke ble operert med noen venteliste. Vi kan da anslå at et tall på mellom ca. 8 og 20 personer er relativt akutt trengende til en plass i institusjon eller heldøgns omsorgs og pleie til enhver tid. En del av disse vil imidlertid være innlagt i sykehus og en del får omfattende hjelp i hjemmet. Inntrykket var at det hele tiden skjedde endringer på listen ved at for eksempel personer som ønsket plass i sykehjem på et tidspunkt, endret dette senere. Inntrykket fra Haugesund Kommune var imidlertid at presset på plassene var relativt høyt og det resulterte i at det kunne oppstå kriser i tilslutning til hjemmet, ofte omkring innleggelser og utskrivinger i/fra både sykehjem og sykehus.

På bakgrunn av dette ble de andre kommunene som var med helsetorgmodellen spurt om eventuelle ventelister til sykehjem og eventuelt aldershjem siste året. Fokus ble lagt på der det var et avklart behov for institusjonsplass og der den instans som gjør vedtak på innleggelse i sykehjem mener at det er det mest adekvate tilbud til den aktuelle pasienten (selv om det gis et forsvarlig tilbud hjemme) og der pasienten selv og pårørende ønsker det. Det ble også spurt om hvor lang anslagsvis ventetiden i snitt hadde vært siste året for utskrivingsklare pasienter på sykehus som venter på tilbud i kommunen.

Sveio oppgir at ikke noen har stått på venting til sykehjem siste året. De oppgir også at de kan frigjøre plass på institusjon til enhver tid slik at de som har behov for institusjonsplass får det uten noen som helst form for venting.

Karmøy anslår at 19 pasienter har i snitt stått på venting til korttidsplass siste året og 4 har i snitt stått på venting til såkalt langtidsplass. Pr. februar 2011 venter 7 pasienter på korttidsplass og 3 venter på langtidsplass. Når det gjelder snitt - ventetid for utskrivingsklare pasienter i sykehus siste år så anslås det til 3 – 7 dager. Kun 1 person anslås i snitt å ha stått på vent til aldershjem. Kommunen kan uansett ikke frigjøre plass på institusjon til enhver tid.

Odda anslår at 2 – 3 har i snitt stått på venting til sykehjem siste året. Snitt – ventetid for utskrivingsklare pasienter i sykehus anslås til å være 3 – 7 dager. Selv om antall på venting er lite kan ikke kommunen til enhver tid frigjøre plass ved behov.

Tysvær oppgir at 1 – 2 i snitt har stått på venteliste til sykehjem siste året og at ingen pr. februar 2011 står på venteliste, men det tas forbehold om at pårørende og pasienter kan ha en annen oppfatning uten at det eventuelt utgjør et stort antall. Ventetid for utskrivingsklare pasienter oppgis også av Tysvær til å være 3 – 7 dager. Tysvær kan til enhver tid frigjøre plass på institusjon uten noen form for venting hvis det er behov for det. Det vil si at det i perioder kan være overbelegg på alle institusjonene, dette muliggjøres ved at det er det samme personalet som evt. ville måtte gi hjelp hjemme.

Stord oppgir at de ikke opererer med ventelister til sykehjem. Dersom kommunen ikke kan tilby plass i institusjon eller bolig med heldøgns – omsorg, blir det gitt avslag og tildelt tjenester i hjemmet. Pr. februar 2011 oppgis det at 28 personer *søker* om korttidsopphold i sykehjem, rehabilitering, langtidsplass eller bolig med heldøgns – omsorg uten at dette karakteriseres som noen venteliste. Normalt er det 25 – 30 søknader til disse tilbudene til enhver tid. Når det gjelder snitt – ventetid for utskrivingsklare pasienter så har ikke kommunen statistikk for dette. Det er vansker med fastsetting av utskrivingsklar - dato i sykehus, men kommunen gir tilbud så snart som mulig og når pasienten er klar. Følgelig kan ikke kommunen til enhver tid frigjøre plass i sykehjem til de som har behov for det, men det gis annen hjelp på forsvarlig nivå.

Bømlo oppgir at pluss – minus 20 til enhver tid har stått på venteliste til sykehjem siste året uten at dette blir spesifisert noe nærmere. Anslaget er usikkert i og med at det ikke blir operert med noen venteliste. Når det gjelder utskrivingsklare pasienter som ligger på sykehus føres det heller ikke noen statistikk over dette, men ingen pasienter har på noen måte overskredet 10 dager. Ut fra de opplysninger som er gitt fra Bømlo sin side synes det ikke å være slik at kommunen til enhver tid kan frigjøre plass i sykehjem til den som måtte ha behov for det.

Haugesund hadde heller ikke noen eksakt registrering av ventelister, men mye tydet på at 20 – 50 personer til enhver tid stod på en uformell venteliste der en kan anta at mellom 10 og 20 av disse er relativt akutte til enhver tid. Det kan da dreie seg om pasienter som er innlagt i sykehuset og venter på en avklaring og det kan være pasienter i hjemmene som er i en relativt vanskelig situasjon der de er. Ellers legger også Haugesund til rette for hjelp i hjemmet slik at pasientene får et forsvarlig tilbud i egen bolig.

3.2 Hvordan brukes sykehjemsplassene?

Det vi ellers vet om sykehjemmene er at plassene i stor grad belegges av personer med demens. En god del av sykehjemsplassene er derfor ulike steder normert for personer med denne lidelsen i form av skjermede avsnitt og med spesiell miljøterapeutiske tiltak. Det var derfor av interesse å få vite i hvilken grad kommunen har egne plasser eller avdelinger for personer med demens?

Antall plasser i sykehjem avsatt til personer med demens

Kommune	Antall plasser	% plasser avsatt til personer med demens
Stord	27	35.5 %
Odda	*0	0 %
Tysvær	19	25 %
Karmøy	130	59 %
Haugesund	128	46 %
Sveio	22	47 %
Bømlo	12	12 %

*Odda har 32 plasser i omsorgsbolig til personer med demens tilsvarende 30 % av plassene til heldøgns omsorg og pleie

Tallene sier derfor ikke noe om hvor mange personer som har demens som er innlagt i sykehjemmene, men det sier noe om antall plasser som er normert for denne pasientgruppen. Det vi ser er at her skiller Karmøy og Haugesund, og delvis Stord seg ut ved at antall plasser normert for dette er betraktelig høyere i disse store kommunene enn i de mindre kommunene. Bømlo kommune utmerker seg med et veldig lite antall plasser som er avsatt til personer med demens.

Når det gjelder hvor mange personer med demens som reelt er innlagt i sykehjemmene så har kommunen blitt utfordret på å telle dette manuelt, dvs. at hver enkelt sykehjem/avdeling gjør en vurdering uten at det nødvendigvis tillegges klare medisinsk diagnostiske kriterier. Det er et overslag ut fra den vurdering pleiepersonellet gjør ut fra de opplysninger og observasjoner de sitter inne med. Kommunene har oppgitt følgende:

Ca. anslag personer med demens innlagt i sykehjemmene

Kommune	Antall med demens	% plasser til personer med demens	% andel innlagte med demens
Stord	48	27 %	63 %
Odda	57	30 %	57 %
Tysvær	*	25 %	
Karmøy	118	59 %	53 %
Haugesund	210	46 %	74 %
Sveio	30	47 %	64 %
Bømlo	76	12 %	77 %

* ikke oppgitt

Kommunene har her blitt oppfordret til å telle ”manuelt”. Tallene er derfor usikre og vi ser for eksempel at Karmøy her har avsatt et høyere antall plasser i sykehjemmene for personer med demens enn antall innlagte med demens. Ulike statistikker viser imidlertid at ca. 70 – 85 % av innlagte i sykehjem har en demens (Nygård m. fl. 2000, Demensplan 2015). Bømlo brukte en del tid på kartleggingen og tallene fra Bømlo virker derfor realistiske. Det vi ser er at personer med demens ender opp med å belegge ca. 77 % av sykehjemskapasiteten i Bømlo Kommune og det stemmer med de anslag en har gjort på landsbasis. Det vi uansett ser at over halvparten av alle plasser i sykehjemmene i de 7 kommunene er belagt av personer med demens og at vi av det kan slutte at personer med demens utgjør en vesentlig andel av dem som er innlagt i sykehjemmene. Det vi også ser, og det er også kjent fra andre registreringer, er at andel plasser avsatt for personer med demens ofte er langt lavere enn det reelle antall innlagte pasienter med demens.

3.3 Egne tilgjengelige korttidsplasser

I forlengelsen av dette med egne plasser for lindrende behandling er antall korttidsplasser totalt sett av stor betydning for å sikre at det til stadighet er plasser tilgjengelig og for å sikre at pasienter som trenger innleggelse i sykehjem over et begrenset tidsrom får det. Det ble derfor spurt om i hvilken grad kommunene hadde korttidsplasser tilgjengelig og hvordan de er fordelt:

Oversikt over faste korttidsplasser i sykehjem

Kommune	Antall plasser	% av plassene	Fordeling på sykehjemmene
Stord	16	21 %	2
Odda	19	18 %	2
Tysvær	0	Fleksibelt etter behov	3
Karmøy	*58	26 %	6
Haugesund	*28	10 %	2
Sveio	6	13 %	1
Bømlo	14	14 %	4

*I Haugesund inkluderer dette 5 plasser for lindrende behandling og for Karmøy inkluderer det 6 korttidsplasser på Avaldsnes aldershjem

Alle kommunene unntatt Tysvær oppgir at de har et fast antall plasser avsatt til korttidsplasser i sykehjem. Selv om Tysvær ikke har et fast antall korttidsplasser så tas pasienter inn til korttidsopphold ved behov. Karmøy skiller seg her ut ved at de har mange korttidsplasser og i tillegg er korttidsplassene fordelt på de ulike sykehjemmene. Stord har 14 plasser tilknyttet Stord Kommunale rehabiliteringssenter og 2 plasser på Stord Sjukeheim. Odda har stort sett lagt korttidsplassene til Bokko sjukeheim der plassene er differensiert i forhold til ulike funksjoner + en plass på Røldal sjukeheim. Bømlo har også fordelt korttidsplassene slik at det er korttidsplasser på alle sykehjemmene. Haugesund utmerker seg med minst antall korttidsplasser, og sett i forhold til den andre store kommunen, Karmøy, har Haugesund bare halvparten så mange plasser. Dessuten har Haugesund lagt så godt som alle korttidsplassene på et sykehjem, dvs. Udland, i motsetning til Karmøy som har spredt plassene utover på alle sykehjemmene.

3.4 Hvordan fungerer/brukes korttidsplassene?

I forlengelsen av registrering av antall korttidsplasser var det også av interesse å få en oversikt over om plassene er differensiert i ulike funksjoner eller om de for eksempel kun defineres som korttidsplasser som i tilfelle skal ivareta flere funksjoner. Dette er interessant i og med at det snakkes om at kommunen muligens skal overta flere spesialfunksjoner i fremtiden, f. eks. mer spesialisert behandling og observasjon av pasienter. Det ble videre spurt om kommunen har egne plasser/avdelinger for rehabilitering, egne akutt plasser som kun disponeres av hjemmesykepleien og om noen av korttidsplassene fungerer som en slags

intermediæravdeling/observasjonsplasser med utvidet liggetid der det foregår aktiv medisinsk behandling og rehabilitering, og der lege har hovedansvar for innleggelser og utskrivinger og pasienter kan innlegges på kort varsel.

3.4.1 Vekselplasser

Avlastning blir definert som en viktig funksjon for sykehjemmene og vekselplasser utgjør en type avlastning der en pasient/familie har faste uker på sykehjemmet og faste uker hjemme, f. eks. to uker på sykehjemmet og tre uker hjemme. Følgende ble svart i forhold til om kommunen hadde et fast tilbud i forhold til dette:

Vekselplasser i sykehjem

Kommune	Antall vekselplasser
Stord	3
Odda	3 – 4
Tysvær	*3
Karmøy	**20
Haugesund	3
Sveio	*2
Bømlo	***

*Betyr at antallet ikke er fast, men et snitt siste året og varierer etter behov

** Litt uklart om dette gjelder antall plasser eller antall pasienter

*** Korttidsplassene nyttes til dette

3.4.2 Plasser for lindrende behandling/for døende

En ikke liten andel av befolkningen dør i sykehjem og i kjølevannet av en utvikling der sirkulasjonen og utskrivningstakten fra sykehusene øker, må en påregne at en større andel av befolkningen vil dø i sykehjemmene. Det var derfor av interesse å få kartlagt om sykehjemmene har egne enheter eller plasser der dette er en spesialfunksjon. Kommunene svarte følgende på dette:

Egne plasser for lindrende behandling/for døende

Kommune	Antall plasser
Stord	0
Odda	2
Tysvær	2
Karmøy	0
Haugesund	5
Sveio	0
Bømlo	0

Haugesund Kommune har i flere år hatt en enhet på Vardafjell Sykehjem som har fungert som en forsterket enhet (gjelder antall personale) i forhold til pasienter som er i en siste fase av livet. Odda oppgir at de har 2 plasser og at enheten har personell med spesialkompetanse. Tysvær oppgir 2 plasser, som vel knyttes til egne leiligheter tilknyttet Tysværtunet og Akسدaltunet (Tysvær har integrert drift hjemmesykepleie/sykehjem), og kommunen har personell med spesialkompetanse tilknyttet og utvider bemanning ved behov.

3.4.3 Sykepleier med spesialutdanning i palliativ omsorg?

Ingen av kommunene oppgir at de har egen ressurs sykepleier i hjemmesykepleien med spesialutdanning i palliativ omsorg som har avsatt tid til å drive med kun palliativt arbeid.

3.4.4 Rehabilitering

Karmøy oppgir her at de har 3 plasser avsatt til rehabilitering. Tysvær har ikke egne plasser avsatt til rehabilitering mens Stord oppgir at de har avsatt 6 plasser til dette. Sveio oppgir at denne funksjonen er integrert i korttidsavdelingen. Odda oppgir at 8 plasser er normert for dette. Haugesund oppgir ikke at egne plasser er definert som rehabiliteringsplasser mens Bømlo oppgir Bømlo Bu- og rehabiliteringssenter der 5 av 13 plasser er avsatt til spesielt rehabilitering.

3.4.5 Akutt plasser

Tysvær oppgir her at de har integrerte tjenester, hjemmesykepleie og sykehjem, og at personalet derfor bestemmer og vurderer dette løpende og kan legge inn i sykehjem etter behov. Haugesund har 2 plasser avsatt der hjemmesykepleien disponerer disse og kan legge inn akutt. Sveio oppgir at ansvarlig lege og/eller sykepleier kan legge inn nokså akutt hvis forholdene tilsier at det er forsvarlig. De andre kommunene oppgir ikke å ha slike ordninger.

4. Legetilsyn og legemedvirkning

Det ble her spurt om i hvilken grad lege medvirker ved innleggelse i sykehjem og hvor mange timer pr. uke lege er tilknyttet sykehjemmet. Bakgrunnen for å spørre om dette var mulighetene for at kommunene i større grad kan behandle skrøpelige eldre pasienter selv slik at de ikke trenger å innlegges i sykehus, og om noen kommuner ligger forkant på en eller annen måte når det gjelder dette. Tanken var at hvis lege for eksempel har muligheter for å bruke noen plasser i sykehjem til direkteinnleggelser og det samtidig er godt med legeressurser i sykehjemmet når pasienten er innlagt, så kan flere behandles i kommunen i stedet for å bli lagt inn i sykehus slik jfr. føringer i St. melding nr. 47 om Samhandlingsreformen.

4.1 Legemedvirkning når det gjelder innleggelser i sykehjem

Tysvær oppgir at lege er medlem av inntaksteam som har regelmessige møter. Ellers kan sykehjemmene i Tysvær, som altså har integrert drift med hjemmesykepleien, i samråd med tilsynslegen ta inn pasienter utenom møtene.

Karmøy og Haugesund oppgir at det kun er bestillerkontoret som avgjør dette og der er lege ikke representert.

Stord kommune har et eget inntaksteam som bestemmer inntak i sykehjem og lege er representert i inntaksteamet.

Sveio har i likhet med Stord egen inntaksnemnd, men her kan lege eller legevakt også legge pasienter direkte inn i sykehjemmet i samarbeid med vakthavende sykepleier hvis det er ledige plasser.

Odda har en ordning der lege ikke er medvirkende ved innleggelser i sykehjem.

Bømlo har en egen tildelingsgruppe for sykehjemsplasser der virksomhetslederne i alle områder er representert. Kommuneoverlegen har vært medlem der, men en har nå vært uten lege en periode i gruppen. Kommunen regner med at det vil komme endringer i forhold til dette.

4.2 Hvor mange timer pr. uke er lege tilknyttet sykehjemmene?

Kommune	Totalt timetall	Timer i snitt pr pasient pr. uke
Stord	29.5	0,38
Odda	26.5	0,35
Tysvær	33	0,43
Karmøy	45	0,2
Haugesund	58.5	0,2
Sveio	8	0,17
Bømlo	26	0,26

Det vi ser er at Tysvær ligger i en særstilling når det gjelder legetimer i sykehjemmene etterfulgt av Stord og Odda. (Når det gjelder Odda er det tydeligvis også tilknyttet lege til Bokko Sykehjem som har 24 døgnplasser for personer for demens, men som regnes som omsorgsboliger og dette regnes derfor ikke med her). En må også bemerke at Sveio ligger under halvparten i dekning sett i forhold til for eksempel Tysvær slik at det er klare ulikheter i legedekning mellom kommunene.

4.3 Intermediær-/observasjonsplasser

Intermediær og observasjonsplasser i kommunene er betegnelser som er dukket opp spesielt i forbindelse med samhandlingsreformen og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet med samhandlingsreformen er å redusere antall innleggelser og liggetid i sykehus ved at kommunene gjør en større del av den jobben. Dette punktet kommenteres her fordi det er fastlegene og legevakt som har myndighet til å legge inn i sykehus og hvis en skal kunne ha alternativer til innleggelser i sykehus må det nødvendigvis være tilbud som legene har en viss råderett over. Samtidig er det viktig at ikke legene må legge inn pasienter i sykehus, som situasjonen er blitt akutt for, fordi de egentlig burde vært innlagt i sykehjem. Kommunen vil etter hvert, slik det ser ut nå, bli pålagt å etablere døgnplasser for øyeblikkelig hjelp der pasienter som blir vurdert av fastlege eller legevakt ikke umiddelbart tilfredsstillende kriterier for innleggelse i sykehus (Helse og omsorgsdepartementet 2010 – 2011). Det er dette som også benevnes observasjonsplasser der pasienten blir overvåket og løpende vurdert. En slik avdeling/funksjon vil kreve utvidet legetilsyn + forsterkninger av annet personell og lab. –

tjenester. Med intermediærplasser menes plasser som er tiltenkt pasienter som har vært innlagt i sykehus, men som trenger videre spesialisert medisinsk behandling og som ikke er i stand til å bli utskrevet til egen bolig. I stedet for å bli liggende på sykehuset kan pasienten bli innlagt i en kommunal intermediæravdeling til videre behandling. En slik avdeling krever også utvidet legetid + forsterkninger av annet personell. Selv om noen kommuner har mer legetid enn andre, er det ingen kommuner som oppgir å ha slike funksjoner.

5. Aldershjem

Aldershjem er en gammel institusjonstype som stammer fra før sykehjemmenes tid som er underlagt sosialomsorgsloven, ikke kommunehelsetjenesteloven slik som sykehjemmene. Aldershjem utgjør nå ikke mer enn ca 4 % av institusjonsplasser totalt (SSB 2009). Sånn sett er aldershjem juridisk sett i hovedsak en form for sosialhjelp og ikke helsehjelp, selv om det er mye helsehjelp som foregår der (ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2012). I pilotprosjektet om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter mellom Haugesund Sykehus og Haugesund Sykehus viste det seg at Haugesund Kommune hadde 2 aldershjem. Det er Sentrumsheimen som har 25 plasser og Skåreheimen som har 30 plasser. Begrunnelsen for det var at det var en del ”engstelige” eldre som har vansker med å være hjemme delvis av psykiske årsaker og at aldershjemmene er et godt tilbud for disse. Samtidig bekreftet kommunen at det ikke var et stort press på aldershjems plassene og det er begrensninger i forhold til pasienter med store fysiske handikap grunnet at aldershjemmene ikke er tilpasset dette.

Karmøy Kommune oppgir også at de har 2 aldershjem, det vil si Kopervik og Avaldsnes med henholdsvis 14 og 21 plasser. Selv om dette i prinsippet er aldershjem oppgir kommunen at de regnes med i oppsettet for sykehjem og driftes på lik linje. For Karmøy er sitt vedkommende legetilsyn stort sett på nivå med sykehjemmene. De andre kommunene har ikke aldershjem.

6. Bruk av sykehusene

Det har vært arbeidet med å få en oversikt over hyppighet av innleggelser i sykehus fra de ulike kommunene, og i hvilken grad pasientene blir reelt utskrevet fra sykehusene når pasienten er definert som utskrivingsklar. Det har vært problemer knyttet til dette i og med at Helse Fonna har gått over til et nytt pasient - registreringssystem fra og med mai 2011 (fra IMX til DIPS). Konverteringsdataene er ikke kvalitetssikret og det er derfor knyttet en del usikkerhet til dataene. Tabellene gir derfor kun en pekepinn på en tendens/retning. I den første tabellen, tabell 6.1, er det tatt ut en oversikt over antall innleggelser og av dette øyeblikkelig hjelp og totalt antall liggedøgn. For at dette ikke skal bli frittstående tall er tallene omregnet til % av det totale folketallet. Det er ikke tatt høyde for alder, slik at dette gjelder alle aldersgrupper.

I pilotprosjektet fremkom det opplysninger om at Haugesund Kommunen hadde et høyt forbruk av sykehustjenester. Det bekreftes av denne oversikten ved at Haugesund ligger litt over de andre kommunene som ellers bruker Haugesund Sykehus, spesielt når det gjelder totalt antall liggedøgn. Det kan ha med geografisk nærhet til sykehuset og det kan ha med andre ting å gjøre. Når vi så beveger oss over til Stord og Odda er det tydelig at antall innleggelser overstiger alle kommunene som ellers sokner til Haugesund Sykehus. Det kan derfor, ut fra denne oversikten, se ut for at terskelen for innleggelser både på Stord og i Odda er lavere enn i Haugesund. Spesielt Odda ligger her over alle de andre kommunene i forhold til alle variablene.

Når det gjelder den andre tabellen, tabell 6.2, er det slik at fra 01.01.12 vil kommunene i følge forslag til forskriftsendringer i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester måtte betale det regionale helseforetaket for utskrivingsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av kommunalt helse- og omsorgstjene i sin bostedskommune. Betaling vil skje etter den døgnpris som til enhver tid er fastsatt. (Helse og omsorgsdepartementet 2010 – 2011). Sykehuset har gjort registreringer i forhold til liggedager etter at pasienten er registrert som utskrivingsklar (ferdigbehandlet), men også her er det usikkerhetsmomenter spesielt i forhold til antatt underrapportering. Registrering skjer fra dag 1 etter at pasient er registrert utskrivingsklar. For å få en viss proporsjonalitet i forhold til folketall er det her tatt utgangspunkt i de ulike kommunens antall innbyggere over 80 år. Det vi ser er at de samme kommunene som bruker

sykehuset relativt mye også har mange ”overliggere”, med unntak av Haugesund som her kan se ut som å forholde seg nokså lojalt til utskrivingsklar – dato på tross av at de bruker mange liggedøgn. Alle avdelinger er ikke med i oversikten.

Tabell 6.1: Oversikt over antall innleggelser i perioden 01.01. – 23.06.11, øyeblikkelig hjelp innleggelser og totalt antall liggedøgn justert i % etter folketall:

Karmøy

Innleggelser	726 = 1.8 %
Ø. – hjelp	593 = 1.5 %
Totalt antall liggedøgn	2922 = 7.3 %

Haugesund

Innleggelser	655 = 1.9 %
Ø. – hjelp	548 = 1.6
Totalt antall liggedøgn	3167 = 9.1 %

Tysvær

Innleggelser	175 = 1.7 %
Ø. – hjelp	148 = 1.5 %
Totalt antall liggedøgn	709 = 6.9 %

Sveio

Innleggelser	95 = 1.8 %
Ø. – hjelp	80 = 1.6 %
Totalt antall liggedøgn	314 = 6.1 %

Stord

Innleggelser	402 = 2.3
Ø. – hjelp	339 = 1.9
Totalt antall liggedøgn	1557 = 8.7 %

Bømlo

Innleggelser	235 = 2 %
Ø. – hjelp	195 = 1.7 %
Totalt antall liggedøgn	814 = 7.1 %

Odda

Innleggelser	207 = 3 %
Ø. – hjelp	179 = 2.6 %
Totalt antall liggedøgn	751 = 10.8 %

Tabell 6.2: Utskrivningsklare pasienter for perioden: 01.01.11 – 23.06.11

Kommune	Venter på	Antall døgn
HAUGESUND	Hjemmesykepl: 3	9
	Sykehjem: 5	19
	Annet: 9	26

Totalt antall pasienter: 17

Totalt antall dager: 54 = 3.5 % > 80 år

Kommune	Venter på	Antall døgn
KARMØY	Hjemmesykepl: 5	17
	Sykehjem: 7	46
	Annet: 10	36

Totalt antall pasienter: 22

Totalt antall dager: 99 = 7 % > 80 år

Kommune	Venter på	Antall døgn
STORD	Rehabilitering: 2	6
	Sykehjem: 1	2
	Annet: 7	43

Totalt antall pasienter: 10

Totalt antall dager: 51 = 8 % > 80 år

Kommune	Venter på	Antall døgn
TYSVÆR	Hjemmesykepl: 1	1
	Sykehjem: 2	9

Totalt antall pasienter: 3

Totalt antall dager: 10 = 3 % > 80 år

Kommune	Venter på	Antall døgn
BØMLO	Sykehjem: 2	14
	Annet: 3	3

Totalt antall pasienter: 5

Totalt antall dager: 17 = 3 % > 80 år

Kommune	Venter på	Antall døgn
SVEIO	Sykehjem: 1	1
	Annet: 1	2

Totalt antall pasienter: 2

Totalt antall dager: 3 = 0.1 % > 80 år

Kommune	Venter på	Antall døgn
ODDA	Rehabilitering: 3	10
	Sykehjem: 2	7
	Annet: 2	6

Totalt antall pasienter: 8

Totalt antall dager: 33 = 6 % > 80 år

7. Hjemmetjenester

Med hjemmetjenester menes i denne sammenhengen alle de tilbud som står til disposisjon til pasienter som ikke er innlagt i en institusjon og som dermed i prinsippet bor i egen bolig/eget hjem. I praksis tenker vi da på hjemmesykepleie og hjemmehjelp, omsorgsboliger og dagavdelinger. Bakgrunnen for å kartlegge dette nærmere var å få opplysninger om hvordan hjemmetjenestene både var organisert og dimensjonert og hvordan dette eventuelt kan påvirke pasientflyten.

7.1 Hjemmesykepleie og hjemmehjelp

Det ble spurt om type og antall personell i hjemmetjenesten, oppdeling i distrikt/områder og fordeling av personell i de ulike områdene. Videre ble det spurt om i hvilken grad hjemmesykepleie og hjemmehjelp var organisert som en enhet eller sammen i tilknytning til de ulike områdene eller for eksempel en enhet sentralt i kommunen. Videre ble det spurt om det var egen ressurs sykepleier i hjemmesykepleien med spesialutdanning i palliativ omsorg og hvor mange brukere hjemmetjenesten hadde.

Antall og type personale i hjemmetjenesten

KOMMUNE	Sykepleiere	Hjelpepleiere el. tilsv.	Assistenten/ ufaglærte	Årsverk totalt
HAUGESUND	45,4	66	21,4	132
KARMØY	57	64	12	133
STORD	39.15	44,5	14,3	98
*TYSVÆR				33.4
ODDA	16	46	19	67
SVEIO	5	7	2	14.1
**BØMLO	**19.1	21.7	21.5	62.3

*Tysvær har integrert drift men anslår at ca. 20 stillinger går med til drift av hjemmesykepleiedelen og 13.43 stillinger til hjemmehjelp

**Både sykepleiere og vernepleiere

% antall ansatte i hjemmetjenesten sett i forhold til antall eldre over 80

Kommune	Antall årsverk	Antall > 80 år	% ansatte i hjemmetjenesten i forhold til > 80 år
Stord	98	641	15.3 %
Odda	67	530	12.6 %
Tysvær	*33.4	315	*10.6 %
Karmøy	133	1433	9.3 %
Haugesund	132	1594	8.2 %
Sveio	14.1	203	6.9 %
Bømlo	62.3	569	10.9 %

*samdrift med sykehjem og derfor usikkert

Hvis vi ser disse tabellene under ett så er det en del variasjon i fordelingen av personell med helsefaglig utdanning og ufaglærte uten at det er veldig store variasjoner her. Det samme gjelder for antall ansatte sett i forhold til personer over 80 år. En må her ta høyde for en del forskjeller i organisering mellom kommunene som for eksempel tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, psykiatri og rus som enten kan være organisert separat eller være mer og mindre integrert med tjenester til eldre. En må også ta høyde for at ca. en tredjedel av pasientene i hjemmetjenesten er personer under 67 år.

Odda har en organisering der hjemmetjenesten i utgangspunktet er en egen enhet for hele kommunen med egen leder og felles base. Videre er hjemmetjenesten delt inn i hjemmehjelpsgruppe og hjemmesykepleiegruppe slik at i praksis er dette adskilte enheter med hver sine avdelingsledere. Hjemmesykepleien er igjen delt inn i 2 grupper med egne gruppeledere. I Røldal er hjemmetjenesten integrert med sykehjemmet og har felles leder. Ansatte i hjemmesykepleien kan være ufaglærte, helsefagarbeidere eller sykepleiere, dette varierer fra dag til dag.

Sveio organiserer også hjemmesykepleie og hjemmehjelp som en egen enhet med felles leder, men på kveld og natt er hjemmesykepleien integrert med sykehjemmet der personellet blir brukt fleksibelt både i hjemmene og inne i sykehjemmet.

Tysvær har gjort det slik at de har integrert både hjemmesykepleie, hjemmehjelp og sykehjemmene i 3 distrikt, slik at personellet benyttes fleksibelt både i hjemmene og inne i sykehjemmet i distriktene.

Karmøy har delt opp hjemmetjenesten i 6 områder/distrikt som er: Skudenes, Åkra/Vea, Kopervik, Avaldsnes, Torvastad og Norheim. Karmøy har organisert

hjemmesykepleie og hjemmehjelp som en enhet i hvert område/distrikt med felles leder i hvert område/distrikt.

Stord har organisert hjemmesykepleie og hjemmehjelp som en enhet for hele kommunen med felles daglig leder.

Haugesund hadde på det tidspunkt ”Skrøpelige eldre – prosjektet” ble kjørt en organisering der hjemmetjenesten var organisert integrert med felles ledelse i egne områder i tilslutning til omsorgssentrene. Haugesund har nå endret dette slik at hjemmebaserte tjenester nå er en egen enhet med egen enhetsleder. Enheten har nå 6 avdelinger.

Bømlo kommune har hjemmetjenester for utviklingshemmede, psykisk syke og andre yngre med bistandsbehov integrert i tjenestene som blir ytt til eldre. I et område er òg institusjonsdrift integrert i åpen omsorg. Å finne eksakt hvor mange stillingshjemler som blir benyttet i hjemmetjenestene til eldre i Bømlo Kommune er derfor vanskelig. Det er derfor gjort et anslag i forhold antall stillingshjemler.

Hvor mange personer med demens som får hjelp av hjemmetjenesten:

KOMMUNE	Antall med demens
HAUGESUND	109
KARMØY	122
STORD	**72
TYSVÆR	32
ODDA	27
SVEIO	15
BØMLO	*

*Ikke oppgitt

**derav 29 på Kutsaåsen

7.1.1 Hukommelses/demensteam:

Hukommelses/demensteam er et ambulerende team som kommer på hjemmebesøk til personer med mistanke om demens og deres pårørende for å starte utredning, samt gi råd og veiledning om hva som kommunen eventuelt kan hjelpe med. Spørsmålet var da om det er etablert hukommelsesteam/demensteam i kommunen som en del av tjenestetilbudet og

eventuelt når det ble etablert, hvor mange besøk som ble gjennomført i 2010 og hvilke faggrupper som er med i tilfelle?

| **Sveio, Bømlo, Karmøy** oppgir at de ikke har et slikt team.

Stord har opprettet et eget hukommelsesteam/team som ble etablert i 2005. Teamet gjennomførte 25 besøk i 2010. Ergoterapeut og spesialsykepleier er med i teamet i 20 % stilling hver.

Tysvær har et eget team som ble etablert i 2010 og som gjorde 10 besøk. 4 sykepleiere med spesialutdanning i geriatri og lege utgjør teamet.

Odda har eget demensteam som ble etablert i 2010 og hadde 19 besøk i 2010. Teamet består av geriatrisk sykepleier, sykepleier, vernepleier og ergoterapeut.

Haugesund er nå i gang med å etablere dette (starter i august 2011), men hadde ikke dette når "Skrøpelige eldre – prosjektet" ble kjørt.

7.2 Omsorgsboliger

Det er i hovedsak to typer omsorgsboliger. Den ene typen er såkalte selvstendige omsorgsboliger med en fysisk avgrenset leilighet med egen inngang, og såkalte felleskapsboliger som i praksis kalles for bofellesskap eller bokollektiver. De siste har et mindre areal og brukes gjerne for pasienter med demens eller andre som har behov for et mindre og mer oversiktlig fellesareal. I gjeldende rundskriv og veiledninger (Sosial og omsorgsdepartementet 1997 og Husbanken 1998) fremheves ofte omsorgsboligene som et alternativ til sykehjem, men det er igjen avhengig av den hjelp og service pasientene i tilfelle kan få i omsorgsboligene. Ellers er det slik at kommunene ofte har avtaler med for eksempel private/frittstående eiendomsselskap som eier og driver boligene, men der kommunene disponerer plassene. Når det gjelder omsorgsboliger oppgir kommunene følgende:

Kommune	Antall totalt	Tilstedebemanning hele døgnet	Tilstedebemanning dag og kveld	Kun hjelp fra hjemmetjenesten	Av disse i tilslutning til sykehjem
Stord	84	46	8	30	0
Odda	67	32	40	27	24
Tysvær	30			30	30
Karmøy	188	23		149	16
Haugesund	106			106	67
Sveio	14		14		14
Bømlo	57			57	47

Det er her 3 kommuner som skiller seg ut ved at de har tilstedebemanning hele døgnet, dvs. Stord, Odda og Karmøy. Det betyr at vi må anta at de som da bor i disse omsorgsboligene har personale tilgjengelig hele døgnet, også om natten. Når det gjelder Karmøy sitt vedkommende har vi ikke noen nærmere beskrivelse av hvilken bemanning det her er snakk om eller hvor mye bemanning det dreier seg om, men at dette er å forstå slik at Karmøy har et heldøgns omsorg og pleietilbud selv om vi ikke kjenner detaljene her. Det samme gjelder for så vidt Stord, men der vet vi at dette gjelder Knutsåsen som vi kort omtaler nedenfor. Odda har totalt 32 omsorgsboliger med tilstedebemanning hele døgnet for personer med demens og 24 av disse er lokalisert i tilknytning til Bokko Sjukeheim.

7.3 Dagavdelinger/dagtilbud

Siden dagplasser ble kartlagt i Haugesund Kommune og tydelig var et viktig tilbud for en del pasienter der, ble det også spurt om dette i forhold til de andre kommunene. Med dagavdeling menes her et tilbud som primært var tiltenkt skrøpelige eldre der kommunen har egen transportordning for transport fra og til dagavdelingen. Oftest er disse enhetene lagt til sykehjemmene og det er tilbud om blant annet mat og aktiviteter. Konkret ble det spurt om hvor mange dagplasser kommunene hadde, samt hvordan dagplassene var fordelt og hvor mange brukere de hadde. Det ble også spurt om noen dagplasser var tiltenkt en spesiell funksjon, for eksempel egne plasser for personer med demens, egne rehabiliteringsplasser, egne plasser for yngre eller annet.

KOMMUNE	ANTALL PLASSER	ANTALL BRUKERE	ANTALL MED DEMENS	ÅPENT DAGER/UKE
HAUGESUND	65	129	61	5
KARMØY	67	146	9	**5
STORD	10	18	18	4
TYSVÆR	Etter behov		5	2
ODDA	Etter behov			
SVEIO	0			
BØMLO	12	30	3	4

**Dagavdelingen på Åkra Bu og Behandlingsheim har også åpent 3 kvelder i uken.

Haugesund har 65 dagplasser som er fordelt på alle sykehjemmene. Haugesund oppgir ikke at det er noen differensiering i funksjon mellom de ulike dagavdelingene utenom en avdeling på Stølen som har vært et spesialisert tilbud til yngre personer med demens.

Karmøy oppgir at de har ca. 67 dagplasser. I likhet med Haugesund er dagplassene lokalisert til sykehjemmene. Spesielt er det at Åkra også er åpent om ettermiddagen/kveld noen dager i uken.

Stord har en dagavdeling som ikke er tilknyttet noe sykehjem. Plassene er normert som kun plasser for personer med demens og er oppgitt til å ha åpent 4 dager i uke.

Tysvær oppgir ikke å ha et fast dagavdelingstilbud, men de som ønsker å komme får tilbud om aktivitet, transport og mat på det aktuelle omsorgssenteret. Det er et eget fast dagtilbud for personer med demens 2 dager i uken.

Odda oppgir at de gir dagtilbud ved behov, men at det ikke er noe fast antall satt av til dette.

Sveio oppgir ikke å ha dagtilbud ut fra de kriterier som det ble spurt om.

Bømlo har en dagavdeling lokalisert til Bømlo bu- og rehabiliteringssenter med ca. 30 brukere og der 3 plasser er avsatt til personer med demens.

8. Heldøgns omsorg og pleie

Med dette mener vi en oppsummering av de døgntilbudene kommunene har til pasienter som trenger omsorg og pleie og som får et døgntilbud i form av at de har personale tilstede i kontinuerlig og kan få hjelp og assistanse av disse løpende. Et slikt tilbud er sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger med personale til stede i boligen hele døgnet. Selv om type og antall personell i aldershjem, og spesielt omsorgsboliger, kan avvike mye fra det vi finner i sykehjemmene, representerer et botilbud med døgntilbud om hjelp et relativt høyere omsorgsnivå enn å bo i egen bolig (inkludert omsorgsbolig uten heldøgns service) med punktbesøk fra hjemmesykepleien. Hvis vi da samler tilbudene med døgnbemanning, dvs. plasser i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger med døgnbemanning, får vi følgende fordeling på de ulike kommunene (avrundet til hele % - er).

Oversikt over antall plasser med heldøgns omsorg og pleie fordelt på hver kommune i forhold til eldre over henholdsvis 67 og 80 år.

Kommune	Antall plasser med heldøgns omsorg og pleie	% dekning for eldre over 67 år	% dekning for eldre over 80 år
Stord	122	6 %	19 %
Odda	106	9 %	20 %
Tysvær	76	7 %	24 %
Karmøy	279	6 %	19 %
Haugesund	336	8 %	21 %
Sveio	47	8 %	23 %
Bømlo	99	7 %	17 %

Stord oppgir at de har 46 omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie for eldre skrøpelige pasienter. Dette er Knutsåsen omsorgssenter som er et avhjemlet sykehjem, men som altså nå defineres som omsorgsboliger. Kommunen har ellers 8 boliger som det er fast bemanning på dag og kveld og utgjør dermed et forsterket omsorgstilbud sett i forhold til det å bo hjemme med punktbesøk fra hjemmesykepleien, men disse karakteriseres ikke her som et heldøgns omsorg og pleietilbud. Stord har ikke noen aldershjem slik at heldøgns - tilbudene utgjøres av Stord Sjukeheim, Stord Kommunale Rehabiliteringsseter og omsorgsboligene på Knutsåsen.

Odda har 32 omsorgsboliger med bemanning hele døgnet for personer med demens. 24 av disse ligger i tislutning til Bokko Sjukeheim. Odda har i tillegg 40 omsorgsboliger med tilstedebemanning dag og kveld uten at vi vet nærmere om hvilken og hvor mye bemanning dette dreier seg om. Boligene er heller ikke plassert i tislutning til noen av institusjonene. Likevel er det grunn til å tro at disse utgjør et betydelig forsterket tilbud sett i forhold til å bo egen bolig med kun punktbesøk fra hjemmesykepleien.

Tysvær har heller ikke omsorgsboliger med bemanning hele døgnet. Det som imidlertid utmerker seg med Tysvær er at omsorgsboligene ligger i tislutning til sykehjem og at hjemmesykepleie og sykehjem har en integrert bemanning. Det kan medføre en større fleksibilitet i betjeningen av omsorgsboligene uten at det medfører at de kan karakteriseres som tilbud med tilstedebemanning hele døgnet. Ellers er Tysvær den kommunen med høyest sykehjemsdekning.

Karmøy oppgir at de har 35 plasser i aldershjem, men at disse i praksis driftes som sykehjem. Kommunen oppgir at de har 188 omsorgsboliger, der 23 oppgis å ha tilstedebemanning hele døgnet. 16 boliger oppgis å ligge i tislutning til sykehjem og kan påkalle hjelp fra sykehjemmet. Karmøy har i utgangspunktet en nokså lav sykehjemsdekning og en relativt liten andel av omsorgsboligene er heldøgns - bemannet. Dette i tillegg til at en god del av heldøgns - plassene er aldershjems plasser gjør likevel sitt til at Karmøy scorer relativt lavt når det gjelder heldøgns pleie og omsorgsplasser.

Sveio har en sykehjemsdekning tilsvarende 23 % som er nest best sykehjemsdekning av de kartlagte kommunene. I utgangspunktet er derfor Sveio godt stilt når det gjelder heldøgns omsorg og pleie sett i forhold til en del av de andre kommunene. I tillegg til dette har Sveio 14 omsorgsboliger som er lokalisert i tislutning til sykehjemmet. Det er i praksis stort sett personale til stede der hele tiden, men i prinsippet kan en gå fra. På dagtid er det folk der hele tiden. På kveldstid er det folk til og fra, og på natt er en kun innom på faste oppdrag og går igjen. Alle har trygghetsalarm. Dette medfører at siden omsorgsboligene er så nært tilknyttet sykehjemmet og boligene er så omfattende bemannet som de er, så fungerer boligene tilnærmet som det vi kan kalle for heldøgns omsorg og pleie. Likevel regner vi det ikke som det i denne sammenhengen siden boligene pr. definisjon ikke har tilstedebemanning hele døgnet, men tilbudet bidrar til at Sveio kan ha relativt tungt pleietrengende pasienter i boligene. Totalt sett bidrar dette til at Sveio ligger helt i tet når det gjelder heldøgns omsorg og pleie – plasser.

Bømlo har en god del omsorgsboliger, men bemanningen tilsvarer det som ellers blir gitt av hjemmetjenester, dvs. det blir gitt oppfølging fra den ordinære hjemmetjenesten som kommer på punktbesøk. Det er derfor ikke noe som tilsier at noen omsorgsboliger kan defineres som heldøgns omsorg eller tilnærmet dette. Bømlo blir derfor stående med kun sykehjemsplassene når det heldøgns omsorg og pleie og ender derfor opp som den kommunen som har lavest dekning av heldøgns omsorg og pleie - plasser.

Haugesund har relativt mange omsorgsboliger som ligger i tislutning til sykehjemmene og noen ligger i tilslutning til et av aldershjemmene, men ingen har utvidet bemanning utover det som ellers tilbys av den ordinære hjemmetjenesten. Når det gjelder omsorgsboligene i tilknytning til Udland og Bjørgene er det imidlertid personalet på sykehjemmet som betjener trygghetsalarmen. Dessuten er det slik at aldershjemmene utgjør 55 plasser med de begrensninger de har.

9. Fysioterapi/ergoterapi

Haugesund har organisert dette i en avdeling, adskilt fra sykehjemmene, og tjenesten ytes i hovedsak til pasientenes i eget hjem, men foregår også i institusjon fortrinnsvis overfor brukere med korttidsopphold med akutt skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse. Haugesund har også en egen dagrehabilitering for hjemmeboende med potensielt rehabiliteringspotensial. Det er på Havnaberg eldrecenter der det er basseng og kantine.

Sveio har en kommunalt ansatt fysioterapeut som er ansatt i en egen enhet og som betjener sykehjem og hjemmesykepleie etter forespørsel, men Sveio har ikke ansatt egen ergoterapeut. Pasienter i sykehjemmet og hjemmesykepleien får oppfølging av både av kommunal og private fysioterapeuter.

Odda har 3 fysioterapeuter inkludert en turnuskandidat og totalt 3 ergoterapeuter fordelt på ulike funksjoner. Disse er organisert i en egen avdeling som betjener bl. a. pasienter i sykehjemmene, mens pasienter i hjemmesykepleien også betjenes av private.

Stord har 7 stillinger for fysioterapeut og 4.4 for ergoterapeut som er ansatt i en egen enhet/avdeling. Pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie betjenes både av private og de kommunalt ansatte.

Karmøy har ansatt 10 fysioterapeuter og 5 ergoterapeuter som er ansatt i en egen enhet/avdeling og som betjener både sykehjem og hjemmesykepleie, + at privat ansatte også har oppdrag i tillegg til de kommunale.

Bømlo har 5 fysioterapeuter og 2 ergoterapeuter organisert i en egen enhet/avdeling og som betjener pasienter både i sykehjemmene og hjemmesykepleien.

Tysvær har 5.5 kommunalt ansatte fysioterapeuter og 2 ergoterapeuter som er ansatt i en egen avdeling/enhet og som betjener pasienter både i sykehjemmene og hjemmesykepleien.

.

10. Diskusjon

Som nevnt innledningsvis er hensikten med dette prosjektet å se på ulike faktatall samt dimensjonering og organisering av tilbudet til gruppen skrøpelige eldre pasienter i den enkelte kommune, for om mulig å hente ut en helhetsinformasjon som kan si noe om hva som påvirker pasientflyten. I det følgende blir det forsøkt å gjøre en bearbeiding/diskusjon av de data som er fremkommet.

10.1 Heldøgns omsorg og pleie

Vi starter med området heldøgns omsorg og pleie fordi det har stor betydning for pasientflyt og det berører både institusjonsdelen og hjemmetjenesten og det er et begrep som går igjen når det gjelder tilbud til gruppen pasienter som trenger til dels omfattende hjelp. Det er imidlertid vanskelig å fastslå hva som egentlig menes med dette hvis en vurderer ut fra gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer. Det som er klart er at i forskriften for sykehjem (1988) heter det i forlengelsen; ”og boform for heldøgns omsorg og pleie” som må bety at kommunen også kan drive andre typer ”sykehjem” enn det vi vanligvis tenker på som sykehjem. For eksempel kan dette dreie seg om institusjoner for barn/ungdom. Det er ellers knyttet en del krav til disse institusjonene som er nærmere beskrevet i forskriften som at institusjonen skal ha egen leder, egen lege som er medisinsk ansvarlig og offentlig godkjent sykepleier som skal være ansvarlig for sykepleien. Når det gjelder andre heldøgns omsorg og pleietilbud gjelder det for eksempel aldershjem, men disse er på vei ut og det bygges praktisk talt ikke aldershjem lenger. Vi ser derfor ikke noen grunn å gå nærmere inn på disse.

Problemet med betegnelsen heldøgns omsorg og pleie oppstår imidlertid i forhold til omsorgsboligene der også denne betegnelsen brukes. Av de 49 000 som bodde i bolig til pleie- og omsorgsformål i 2006, bodde om lag en tredel i bolig med heldøgns bemanning. Det vil si at de bodde i bygning/bofellesskap med minst én ansatt til stede hele døgnet (Otnes 2007). Alternativt kan en definere heldøgns omsorg og pleie som at hjemmetjenesten har tilbud hele døgnet, selv om de fysisk kan befinne seg på en base langt fra den aktuelle omsorgsboligen. I retningslinjene for investeringstilskudd til omsorgsboliger, fra Husbanken, stilles også kriteriet at tiltaket skal betjene personer som trenger ”heldøgns omsorg og pleie”. Ellers fremheves enkelte steder at omsorgsboligene skal være et alternativ til sykehjem (Helse og omsorgsdepartementet 1999).

Det en uansett ser er at grensene mellom alders- og sykehjem og omsorgsboliger med hjemmetjenester viskes ut. Når vi i denne sammenhengen definerer noen tilbud som heldøgns omsorg og pleie vil vi imidlertid avgrense det til sykehjem og omsorgsboliger der det er minst en person til stede hele døgnet. Hvis omsorgsboliger kun skal betjenes av hjemmetjenesten som gjør punktbesøk slik dette utøves i vanlige hjem og boliger, er det vanskelig å se forskjell på en omsorgsbolig og en vanlig bolig selv om omsorgsboligene kan bidra til mer sosial kontakt enn en vanlig privat bolig.

Selv om de aktuelle kommunene har 5 – 600 omsorgsboliger, er det ca 100 av disse som oppgis å ha heldøgns bemanning. Det vil si at ca. 18 % av omsorgsboligene i de aktuelle kommunene har heldøgns - bemanning, mens på landsbasis ligger dette på drøyt 30 % (Otnes 2007). Heldøgns omsorg og pleie vil derfor i hovedsak være knyttet til sykehjemmene selv om Karmøy i oversikten har fått uttelling for både aldershjemmene og 23 omsorgsboliger. Dessuten har Haugesund fått uttelling for aldershjemmene selv om disse har klare fysiske begrensninger slik at de ikke kan ta inn pasienter med stor fysisk funksjonssvikt. Stord får uttelling for 46 omsorgsboliger som har heldøgns omsorg og pleie og det gjør sitt til at Stord beveger seg fra en sykehjemsdekning på 12 % til en heldøgns omsorg og pleiedekning på 19 %. Mye av det samme skjer med Odda som har 32 omsorgsboliger med 24 timers bemanning for personer med demens. Selv om altså alternativer til sykehjem gir positive utslag er det likevel langt til Tysvær og Sveios dekning på henholdsvis 24 og 23 % av rene sykehjemsplasser. Sveio kan i tillegg nyte godt av at de har 14 omsorgsboliger nært sykehjemmet med tilnærmet døgnbemanning. Tysvær har integrert drift og kan derfor også utnytte omsorgsboligene mer fleksibelt og gjør det blant annet til palliativ pleie og behandling.

I pilotprosjektet snakket vi om at såkalt ”full sykehjemsdekning” antageligvis lå i retning av 25 % av antall eldre > 80 år (Birkeland m. fl. 2010). Dataene fra de andre kommunene bekrefter dette. Mye tyder på at en sykehjemsdekning eller tilsvarende på 25 % > 80 år medfører en helt annen pasientflyt enn hvis det er en dekning vesentlig under dette. Dette ser vi av kommunenes beskrivelser av ventelister der de kommunene som har en dekning opp mot 25 % beskriver at de har en kapasitetsreserve i bakhånd slik at de kan finne løsninger relativt raskt hvis det oppstår akutte behov. I % er ikke forskjellene så store, men 1 % utgjør relativt mange plasser spesielt for de større kommunene. For eksempel for Karmøys

vedkommende utgjør 1 % ca. 14 plasser og hvis Karmøy da har 15 % dekning av sykehjemsplasser tilsvarer det en differanse på ca. 140 plasser i forhold til 25 % dekning, og ca. 84 plasser hvis vi regner i forhold til heldøgns omsorg og pleie (19 %). Mye tyder på at det ikke er akutte og alvorlige problemer i kapasiteten i noen av kommunen, men en mangler noe av den kapasitet og fleksibilitet som ofte er nødvendig for å forhindre at det oppstår kriser i hjemmet som ofte ender i innleggelse i sykehus. En litt større kapasitet ville sannsynligvis også ha medført at venting og kriseløsninger som ofte må etableres etter innleggelse i sykehus, kan finne sin løsning for eksempel av en korttids eller rehabiliteringsplass i sykehjem som en mykere overgang til egen bolig. Når aldershjemmene er på vei ut står kommunen igjen med sykehjem og omsorgsboliger. Mye tyder på at kommunen kan tjene på at hjemmetjenesten i større grad bemanner opp eller kanaliserer en del av ressursene sine til omsorgsboliger som er egnet til det, slik at de i større grad blir reelle alternativer til sykehjem.

10.2 Demensomsorg

I pilotprosjektet i Haugesund Kommune ble det gjort en telling av antall pasienter med demens. I spørreskjemaene til de andre kommunene ble det også spurt om dette, men vi har ikke noen kvalitetssikring av dette, slik at tallene er usikre. Uansett ser det ut for at Haugesund og Bømlo skiller seg vesentlig ut, og mye kan tyde på at det skyldes ulikheter i kartleggingen. Uansett vet vi at antallet personer med demens som er innlagt i sykehjem ligger i snitt på mellom 70 og 85 % (Nygård m. fl. 2000, Demensplan 2015). Det vi også ser er at plasser avsatt for personer med demens oftest er betraktelig lavere enn antall pasienter som er innlagt der demens er hovedproblematikken. Mye tyder også på at store tradisjonelle sykehjem ofte er svært dårlig tilpasset langtidspasienter med demens. Når personer med demens belegger så mye av sykehjemsressursene kan det være betimelig å spørre om ikke hjemmetjenesten bør kunne gi et mer adekvat tilbud til denne gruppen? Demensplan 2015 (2007) trekker fram behovet for å utvikle gode dagtilbud til denne gruppen, viktigheten av diagnostisering og tilpassede boliger. I kartleggingen av dagtilbudene til de ulike kommunene viser dette store variasjoner fra ingen plasser, til kommuner som har spesielle dagtilbud. Når det gjelder demensteam er flere kommuner kommet i gang med dette og det vil være et viktig bidrag til tidlig diagnostisering og oppfølging. I tillegg til at mange av sykehjemmene ofte er lite tilpasset personer med demens vil det samme gjelde for omsorgsboligene.

Omsorgsboligkomplekser med lange korridorer med mange dører og/eller separate leiligheter

med egne innganger rett utenfra er ikke tilpasset personer med demens. Å plassere personer med demens i tradisjonelle omsorgsboliger er nærmest kontra indisert hvis det ikke medfølger helt spesiell oppfølging eller tilrettelegging. Omsorgsboligene må i tilfelle tilpasses spesielt og det er vanligvis omsorgsboliger av typen bofellesskap eller bokollektiv som er tilrettelagt for denne gruppen. Mye tyder på at personer med en relativt ukomplisert demens vil kunne få et likså godt tilbud i en tilrettelagt omsorgsbolig av typen bofellesskap/bokollektiv. Dermed kan sykehjemmene brukes til mer spesialiserte funksjoner.

10.3 Bruk av sykehjems plassene

Enkelte studier anbefaler at 15 % av kapasiteten i sykehjem bør øremerkes korttidsopphold (Otterstad m. fl. 2007). Det vi ser av det kommunene her har oppgitt så er det en del kommuner som har mye mer enn det, som for eksempel Karmøy og Stord, mens Haugesund og Sveio ligger en del lavere. Det vi spesielt ser når det gjelder Karmøy er at de har spredd korttids plassene utover på alle sykehjemmene, mens for eksempel Haugesund legger mestedelen til et sykehjem. Det kan være argumenter som taler for begge deler. Geografi kan for eksempel spille en større rolle i Karmøy enn i Haugesund, og når det gjelder de små kommunene er det også et begrenset antall sykehjem. Kravet fremover vil være at kommunene i større grad ta pasienter som til nå har vært innlagt i sykehus, og sykehusene vil raskere skrive ut pasienter som vil trenge en mellomstasjon og større grad av behandling når de blir utskrevet. Det kan kreve egne institusjonsplasser av typen intermediær eller etterbehandling, eller det er enheter som kan legges i tilslutning til et sykehjem. Det vil imidlertid uansett kreve en gjennomgang av type og lokalisering av korttids plassene.

10.4 Rehabilitering

Det har ikke vært mulig å gå dypt inn i dette med rehabilitering, men målet har vært å få en oversikt over om sykehjemmene har egne plasser eller avsnitt til dette. Det er en egen forskrift om dette (2001) som fastslår blant annet kommunenes ansvar. For øvrig bruker ikke forskriften for sykehjem begrepet rehabilitering, men ”medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til hjemmet” (Forskriften for sykehjem 1988). Forskrift om rehabilitering er ellers nokså detaljert anvisende for hva rehabilitering er og hvordan det skal organiseres. Det synes å være to hovedretninger når det gjelder rehabilitering (Bredland m. fl. 2002), dvs.:

- Bidra til vesentlig bedring eller helbredelse fra sykdom og/eller skade
- Bidra til et så verdig liv som mulig for dem som ikke kan oppnå vesentlig bedring eller helbredelse

Ellers kan noen studier tyde på at skrøpelige har mest nytte av at rehabiliteringen skjer i tilslutning til hjemmet (Crotty m. fl. 2008, Rensink m. fl. 2008, Ziden m. fl. 2008).

I en rapport fra Statens Helsetilsyn (2011) uttrykkes bekymring for om rehabiliteringstilbudet i sykehjem drives innenfor gjeldende lovkrav. De skriver videre: *”Statens Helsetilsyn vil sterkt oppfordre kommunen til selv å vurdere sitt eget rehabiliteringstilbud til eldre i sykehjem. Spesielt bør kommunen vie oppmerksomhet til hvordan tjenestene er planlagt, organisert og styrt, og om de er i tråd med gjeldende regelverk”* (Statens Helsetilsyn 2011 s. 37).

Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder dette. Det at noen kommuner ikke har spesialavsnitt i sykehjem for dette trenger ikke å bety at de ikke driver rehabilitering, og noen kommuner oppgir da også at dette er integrert i driften ellers. Likevel er det et visst tilfeldighetens preg over dette når alle kommunene blir betraktet under ett, og mye tyder på at dette bør klargjøres nærmere når kommunene i større grad blir utfordret på å ta imot pasienter raskere fra sykehus. Samtlige kommuner oppgir at ergo- og fysioterapi er lagt til egne enheter, som stort sett betjener både pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie selv om det er en del variasjon her. Rehabilitering er avhengig av tverrfaglig samarbeid. Spørsmålet er om det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt nok med dagens organisering, eller om spesialiserte team eller egne dag- og/eller døgnavdelinger kan bidra til å heve kompetanse og fungering i forhold til dette? Det kan se ut som at fysio- og ergoterapitjenesten blir stående litt på sidelinjen og gjør isolerte oppdrag inn mot sykehjem og hjemmesykepleie uten at det blir stor grad av dynamisk samarbeid. Spørsmålet er også om enkelte dagavdelinger bør ha en spesiell rehabiliteringsfunksjon?

Rehabilitering er og skal være en del av sykepleiefunksjonen, men det er grunn til å tro at pleiepersonells kompetanse på dette området er varierende. Mye tyder på at en kan tjene på et kompetanseløft når det gjelder rehabilitering. Rehabilitering foregår mer og mindre både i sykehjem og hjemmetjenester, men en kan stille spørsmål ved bevisstheten, systematikken og

samarbeidet mellom de ulike aktørene. Fysio- og ergoterapitjenesten er på en måte spesialenheten for rehabilitering slik situasjonen er i dag. Sammen med denne kan det dannes team sammen med andre aktører rundt pasienten enten denne er i sykehjem eller hjemme. Det ligger derfor et potensial i det systemet de fleste kommunene allerede har pr. i dag. Samtidig må kommunene ha døgnplasser der pasienter kan få et rimelig kvalifisert rehabiliteringstilbud for eksempel i en overgangsfase til egen bolig. Om det skal være egne enheter eller om dette skal ses som på integrert i kommunens eksisterende døgn-, dag- eller hjemmetjenester må vurderes ut fra de lokale forholdene. I småkommunene vil det være vanskelig å ha egne spesialiserte enheter for dette grunnet at etterspørselen vil være så liten at det vil være vanskelig å drive enhetene effektivt. Her må en se på om en spesialisert funksjon eventuelt kan foregå i en intermediæravdeling som drives i samarbeid med andre kommuner. De større kommunene bør imidlertid ha potensial i seg til å ha enheter som har dette som en spesialfunksjon, eventuelt i tillegg til en intermediærfunksjon der rehabilitering kan være en del av denne.

10.5 Akutt plasser, intermediær/observasjons plasser

Når det gjelder akutt plasser kan dette ses på to måter. Det første er det vi kan kalle for akutte pleiebehov. Det er kronisk dårlige pasienter der en etter relativt langvarig observasjon, behandling og utredning ser at pasienten blir dårligere og at det til slutt blir uforsvarlig å være hjemme. For eksempel kan dette gjelde personer med demens. Det kan også gjelde pasienter som er avhengig av hjelp fra pårørende i tillegg til hjemmesykepleie, men der pårørende blir akutt syke eller dør slik at pasienten ikke lenger kan greie seg hjemme. Hjemmesykepleien, eventuelt i samarbeid med fastlegen eller legevakt, kan da ha behov for rask innleggelse i sykehjem for i det minste å få avklart en akutt situasjon. Haugesund har for eksempel 2 slike akutt plasser der de kan legge inn akutt. Det er grunn til å tro at slik situasjonen er i dag så vil de kommunene som har en kapasitetsreserve når det gjelder institusjons plasser, raskt tar inn disse i sykehjem til kortere eller lengre opphold. For de kommunene som har ventelister til sykehjem eller ikke har noen kapasitetsreserve i bakhånd, vil pasientene ofte bli hjemme til det blir en eller annen krise som ender opp i innleggelse i sykehus. Pasientflyten vil da i større grad gå via sykehuset selv om situasjonen kunne bli avhjulpet med en direkte innleggelse i sykehjem.

Den andre formen for akutt plasser er der pasienten trenger observasjon eller behandling, men der pasienten ansees for dårlig, eller tilstanden er for uavklart til at det er aktuelt med innleggelse i en ordinær sykehjemsplass. Dette gjelder for eksempel øyeblikkelig hjelp, ofte i tilknytning til legevakt, der det er behov for å observere pasienten for å få en nærmere avklaring av om det er behov for innleggelse i sykehus eller om det er tilstander som lar seg behandle i kommunen. Ingen av kommunene har i dag slike plasser, men dette vil være et krav i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen selv om mye tyder på at kommunen har en del tid på seg til å etablere døgnplasser for øyeblikkelig hjelp (Proposisjon om ny lov for kommunale helse og omsorgstjenester 2010 – 2011). I forbindelse med dette brukes også begrepet intermedieærplasser som sikter spesielt til pasienter som har vært innlagt i sykehus og som trenger videre relativt avansert oppfølging og behandling på et nivå mellom sykehjem og sykehus. Vi snakker da altså om avdelinger som har en forsterket bemanning, ikke minst av leger, sett i forhold til den bemanning sykehjemmene har i dag.

Det vi ser er at flere steder i landet har kommuner, enten alene eller i samarbeid med andre kommuner, etablert eller er ferd med å etablere tilbud som i større grad ivaretar observasjon og behandling både for å forhindre innleggelser i sykehus og for raskere å ta imot pasienter som har vært innlagt i sykehus. Både på Stord, med kommunene Bømlo, Stor og Fitjar og i Hardanger, har helsetorgmodellen prosjekter som utreder dette, uten at det kan sies at mye er avklart.

Selv om det er slik at det nå synes å være på gang en planlegging av tilbud som ligger på et nivå mellom sykehus og sykehjem, må ikke det forhindre at det fortsatt er en fleksibilitet i innleggelser mellom hjem og sykehjem. Med det menes at det fortsatt vil være behov for å ha korttids plasser i sykehjem med ulike funksjoner der det bør være mulighet for raske innleggelser og der hjemmesykepleien, eventuelt i samarbeid med ansvarlig lege, kan legge inn pasienter for kortere eller lengre tid.

10.6 Palliasjon – tilbud til døende pasienter

I 1987 døde 46 prosent av alle nordmenn på sykehus, mens 29 prosent døde på pleieinstitusjoner/sykehjem. I 2009 var dødsfall på sykehus falt til 36 prosent, mens andelen som døde på pleieinstitusjoner var steget til 44 prosent (Statistisk sentralbyrå). I løpet av de siste tjue årene har også hjemmedødsfall gått kraftig ned og utgjør i dag 14 prosent av dødsfallene. Selv om dette er nasjonale tall gir de en pekepinn på at bortimot halvparten av

alle dødsfall som skjer i Norge skjer på kommunale sykehjem/institusjoner. Selv om vi ikke har lokal statistikk på dette, er det grunn til å tro at de nasjonale statistikkene ikke er så forskjellige fra det som skjer i Helse Fonna området.

Spørsmålet fremover er i hvilken grad vi fortsatt kan forvente at relativt mange avslutter livet på sykehusene eller om vi fortsatt vil se en utvikling der mer og mer av dette blir overført til kommunene? Mye tyder på at utviklingen med at flere og flere dør utenfor sykehus i tilslutning til institusjoner i kommunen, vil fortsette. Det vi ser er at sykehjemmene etter hvert har mange korttidsplasser og mye tyder på at mange av dem som innlegges der kommer fra sykehus. Dermed er mange av dem som kommer fra sykehus og inn på sykehjem døende og dør på sykehjemmet fordi de utskrives raskere fra sykehuset. I pilotprosjektet fremkom det en disputt om dette som gikk ut på at sykehuset opplevde at de fikk inn døende pasienter som de mente kommunene burde ta seg av. Det kan for eksempel være døende pasienter som er hjemme der en kommer til et siste stadium der det blir for vanskelig å være hjemme, og så ender det med innleggelse i sykehus. Kommunene klaget samtidig over at sykehuset skrev ut døende pasienter som de i noen tilfeller opplevde kunne dø 2 timer etter at de hadde ankommet sykehjemmet. Uansett forventer sykehusene en raskere utskrivningstakt og de forventer at kommunene tar en større del av den palliative omsorgen og behandlingen.

Odda og Tysvær oppgir at de har egne plasser for palliasjon, mens Haugesund har hatt noen plasser for dette på Vardafjell Sykehjem. Tysvær har for eksempel avsatt enkelte omsorgsleiligheter i tilslutning til sykehjemmene, til dette formålet og som det kan se ut som det er gode erfaringer med. Fordelen med dette er blant annet at en omsorgsbolig har egen inngang separat fra sykehjemmet og da får ikke pasient og pårørende en opplevelse av å være innlagt i et sykehjem. Det vi vet er at en del relativt yngre døende reagerer på å bli lagt inn i sykehjem. Pårørende får også et eget og større areal i forhold til at dette skjer på et lite rom i en institusjon der de har hvilemuligheter og flere kan oppholde seg. Samtidig er en nærmest avhengig av at denne leiligheten ligger i nærheten av en omsorgsbolig slik at pasient og pårørende har kvalifisert personell tilgjengelige hele tiden.

De andre kommunene oppgir ikke å ha egne plasser eller spesialiserte tilbud for dette. Ingen kommuner oppgir at de har egen ressurspsykepleier/kreftpsykepleier i hjemmesykepleien som har avsatt tid for å arbeide med dette. Det viser seg at det er sykepleiere som for eksempel

jobber i hjemmesykepleien som har spesialkompetanse, men som ikke får brukt sin kompetanse fordi de går inn i den vanlige, ordinære driften. Selv om mange opplever at de får god omsorg, behandling og pleie innenfor det systemet som kommunene har i dag, er det grunn til å tro at pasientflyten i for stor grad skjer via spesialisthelsetjenesten uten at det er nødvendig. En må da regne med at sykehusene vil kreve at kommunen tar en øket andel av dette i tiden fremover og det kan se ut for at denne utviklingen allerede er i gang.

Palliasjon/omsorg for døende er en såpass stor del av helse og omsorgstjenesten i kommunen at det bør ha en spesiell oppmerksomhet. Spørsmålene fremover er om kommunene tenker dette som en funksjon som skal tillegges en intermedieæravdeling/-funksjon, om enkelte sykehjem skal ha egne plasser for dette, om enkelte omsorgsleiligheter skal brukes til dette og hvordan hjemmesykepleien skal/kan øke sin funksjon og kompetanse i forhold til dette?

10.7 Dagavdelinger

I forskriften for sykehjem (1988) fremheves at dagopphold kan være en av flere oppgaver for et sykehjem, men i oversikten fra kommunene er det store variasjoner i hvilken og i hvor stor grad det er dagtilbud i de enkelte kommunene. Det er spesielt Haugesund og Karmøy som har prioritert dagtilbudene, mens Sveio oppgir at de ikke har dagtilbud i det hele tatt. Tysvær og Odda har ikke noe stipulert antall plasser, men har en policy som går ut på at alle som ønsker det får et dagtilbud. Stord har et tilbud kun for personer med demens, mens Bømlo har et tilbud der 3 plasser er avsatt til personer med demens. Juridisk sett kan tilbudet om dagopphold knyttes til Forskriften for kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (2003) som trekker frem dette med samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet og enkelte studier fremhever dagtilbudenes positive innvirkning på pasienters livskvalitet spesielt knyttet til dette med sosial kontakt (Molzahn m. fl. 2009). Dessuten presiserer Demensplan 2015 (2007) viktigheten av å ha gode dag og aktivitetstilbud til personer med demens. Vi har ikke noen detaljert oversikt over dagtilbudene, men det kan i noen tilfeller stilles spørsmål ved hvorfor ikke dagavdelingene er mer integrert med hjemmesykepleien når tilbudene er for hjemmeboende? I Hagesund Kommune har en tatt konsekvensen av det og fra 01.01.11 er dagavdelingene underlagt hjemmetjenesten. Ellers vil manglende dag og aktivitetstilbud nødvendigvis gå utover dem som er hjemme og som har store handikap og har vansker med å komme seg ut og dermed står i fare for å bli sosialt isolert. Når noen kommuner har dette

tilbudet og andre ikke, eller at tilbudet er begrenset, vil det nødvendigvis innvirke på det totale tilbudet hver enkelt kommune har for hjemmeboende skrøpelige eldre.

10.8 Hjemmetjenester og institusjon

Hjemmetjenester karakteriseres i denne sammenhengen som hjemmesykepleie/helsehjelp/ personlig bistand og hjemmehjelp/praktisk bistand til personer som juridisk sett bor i egen eller leiet bolig. Dagtilbud, omsorgsboliger, matombringing, transportordninger osv. er også å karakterisere som hjemmetjenester i og med at de er innrettet på å betjene personer som bor i egen bolig. Dette i motsetning til sykehjem som er en institusjon der pasienter er innlagt for kortere eller lenger tid fordi de er i behov av omfattende helsehjelp. Det er ikke å betrakte som pasientens egen bolig i vanlig forstand, men det er en helseinstitusjon som er innrettet på å gi helsehjelp og som er underlagt egne forskrifter avgrenset til selve institusjonen.

Kommunene har krav på seg til å sikre et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til befolkningen. Derfor organiseres tjenestene ofte integrert, og en type organisasjonsmodell som blir mye brukt er såkalt ”stor integrasjon”. Det vil si at hjemmetjenester og institusjonstjenester er organisert som en enhet, under felles ledelse og budsjett, men der det er et eget personale i institusjonene og eget personell i hjemmetjenesten. Fullintegrerte tjenester er en variant av stor integrasjon og Tysvær har dette. Personalet kombinerer da arbeid i hjemmetjenesten og inne på sykehjemmet. Det er ofte små kommuner med god økonomi som har dette (Solem og Høistad 2000).

I følge en studie gjort i 2005 av Borge og Haraldsvik brukes begrepene hjemmetjenesteorienterte og institusjonsorienterte kommuner. Grunnen til at grad av hjemmetjenester ble kartlagt i dette prosjektet var for å finne ut om det var noen sammenheng mellom en prosentvis lav eller høy dekning av institusjonsplasser sett i forhold til antall ansatte i hjemmetjenesten. Det er spesielt Karmøy, Odda og Stord som har færrest institusjons-/sykehjems plasser. For Odda, og spesielt for Stord, er det samtidig en større andel ansatte i hjemmetjenesten. Karmøy har også en lav sykehjemsdekning selv om den er litt høyere Stord og Odda, men Karmøy ser ikke ut for samtidig å ha flere ansatte i hjemmetjenesten. (En må imidlertid ta forbehold om at det kan være en del usikkerhet i beregning av antall ansatte i hjemmetjenesten). Det er ikke grunnlag for å si at noen av de kartlagte kommunene helt klart skiller seg ut som enten institusjonsorienterte eller

hjemmetjenesteorienterte. Likevel kan vi si at både Odda, Stord og Karmøy er i retning av hjemmetjenesteorienterte i og med at de har en så lav andel sykehjems plasser. Sveio tenderer helt klart til å være en institusjonsorientert kommune i og med at de har et høyt antall sykehjems plasser, de har færrest ansatte i hjemmetjenesten, det er ingen dagplasser og det er et relativt lavt antall omsorgsboliger som i tillegg er delvis integrert med sykehjemmet.

Selv om graden av integrasjon mellom institusjon og hjemmetjenester ofte er stor, er det både juridisk og praktisk visse forskjeller på å arbeide i en institusjon kontra mot pasienter som bor i egen bolig. Personell som arbeider i kommuner som har fullintegrert tjenester beveger seg derfor hele tiden i et landskap der de fleksibelt arbeider i en institusjon og i hjemmetjenesten. Sykehjem bør imidlertid først og fremst være et tilbud, for kortere eller lengre tid, til dem som har omfattende helsesvikt og som ikke under noen omstendighet vil kunne få et forsvarlig tilbud i egen bolig. En del ting tyder derfor på at sykehjemmene kan miste sin kraft som helseinstitusjoner som skal fylle en rekke funksjoner hvis de for mye blir definert som en bolig. I motsatt fall kan en for stor vektlegging av hjemmetjenester der pasientens egen bolig i stor grad blir en arena for omfattende helsehjelp føre til at boligen mister sin kraft som eget hjem hvis den i praksis fungerer som en institusjon. Hvis kommunene bygger ut sine tjenester for mye i den ene eller andre retningen, kan det føre til at både sykehjemmene og hjemmetjenesten sitter med oppgaver som henholdsvis den ene eller den andre heller burde ha. Det er også slik at pasienter kan ikke tvinges til å bo på sykehjem, og kommunen kan ikke skrive pasienter ut fra sykehjem hvis det ikke er et forsvarlig tilbud i egen bolig. Tilbudet om hjelp kan i prinsippet ikke knyttes til sted, men til pasientens behov. Mye taler derfor for at et godt tilbud til skrøpelige eldre i kommunene ikke er et ”enten eller tilbud”, men et ”både og” der pasienter med omfattende funksjonssvikt får tilfredsstillende hjelp enten de bor i egen bolig eller i institusjon. Det er spesielt i hjemmetjenesten det blir utfordringer i forhold til dette, men her har kommunene et potensial i omsorgsboligene der en større del av personellet i hjemmetjenesten kan kanaliseres mot disse slik at disse i større grad har en tilstedebemanning.

11. Sammendrag

- Kommunene Bømlo, Stord, Sveio, Odda, Tysvær, Haugesund og Karmøy synes i sum å representere et snitt av det en kan forvente av tilbud til skrøpelige eldre ut fra de forutsetninger som ligger til grunn og den arbeidsfordeling som i dag eksisterer mellom kommuner og helseforetak. Samtidig er det store ulikheter mellom kommunene både når det gjelder type tilbud og dimensjonering og organisering av de ulike tilbudene til skrøpelige eldre. Dette stemmer med andre studier (Huseby og Paulsen 2009).
- Når kommunene er såpass forskjellige kan det komplisere samarbeidet med sykehusene i og med at sykehusene da får mange enheter å forholde seg til som fungerer forskjellig. Mye taler derfor for en større standardisering og samarbeid både omkring type tilbud, dimensjonering og organisering av de ulike tilbudene.
- Det ser ut for at kommuner som har tilnærmet 25 % dekning av sykehjemsplasser > 80 år, har en bedre pasientflyt i og med at de kan frigjøre plasser i sykehjem i løpet av kort tid ved behov. Dette bekrefter antagelser som ble gjort i pilotprosjektet. De kan dermed lettere avverge kriser og vanskelige situasjoner i hjemmet og/eller innleggelse i sykehus.
- De aktuelle kommunene har i sum mellom 500 og 600 omsorgsboliger, men antallet omsorgsboliger med tilstedebemanning hele døgnet ser ut for å ligge godt under landsgjennomsnittet. Omsorgsboliger med mer tilstedebemanning kan være et mer "hjemlig" og reelt alternativ til sykehjemmene. Når såpass få av omsorgsboligene har utvidet tilstedebemanning, kan det medføre at sykehjemmene i for stor grad blir rene boenheter for pasienter over lang tid. Det skal sykehjemmene også være, men sykehjemmene er ment å fylle en rekke andre funksjoner som da lett kan komme i bakgrunnen. På samme måte kan hjemmetjenesten lett få et institusjonelt preg hvis de for kortere eller lengre tid må ha pasienter hjemme som har stor og ustabil helsesvikt.
- Tilbudet til døende er forskjellig og kan virke tilfeldig sett ut fra kommunenes tilbagemeldinger. Antallet pasienter som dør i sykehjemmene er økende, mens antallet som dør i sykehus er nedadgående. Mye tyder på at kommunenes ansvar

for denne gruppen pasienter vil stige ytterligere når samhandlingsreformen trår i kraft ved at flere av de som til nå er blitt blir kanalisert til sykehuset, forventes å få et tilbud i kommunene. En kan tenke seg at en del av disse vil måtte få et tilbud i en type intermediæravdeling, mens andre vil få et tilbud i tilgjengelige kortidsplasser i sykehjemmene eller et tilbud i hjemmetjenesten. En kan her se eksempler på at omsorgsboliger med en strategisk beliggenhet kan være et godt tilbud i forhold til dette.

- De fleste kommunene har frittstående fysioterapi og ergoterapi – enheter, som server både sykehjemmene og hjemmetjenesten og dermed representerer et sentralt element når det gjelder rehabilitering i kommunene. Utenom dette er kommunene veldig forskjellige med tanke på om de har egne sykehjemsplasser avsatt til dette eller ikke. Det kan derfor se ut som at det er behov for klargjøringer omkring organisering og dimensjonering av dette.
- Kun Haugesund og Karmøy har fremdeles aldershjem, men det er tydelig at dette er en type institusjon som er på vikende front både lokalt og nasjonalt (utgjør nå kun ca. 4 % av institusjonsplassene). Problemet er ofte at de lokalitetsmessige forhold er så dårlige at kun en begrenset gruppe pasienter kan gjøre seg nytte av tilbudet. Aldershjem utgjør et heldøgns omsorg og pleie – tilbud, og det er positivt og noe som kan bygges videre på, for eksempel ved en ombygging til omsorgsboliger.
- Ingen av kommunene kan karakteriseres som enten såkalt institusjonsorienterte eller hjemmetjenesteorienterte, men Stord, Odda og delvis Karmøy tenderer til å være hjemmetjenesteorienterte kommuner. Sveio tenderer til å være en institusjonsorientert kommune.
- I forbindelse med samhandlingsreformen legges det opp til at kommunene i større grad må etablere enheter med utvidet legefunksjon som fungerer som en mellomting mellom sykehus og sykehjem. På den måten kan en forhindre innleggelser i sykehus og raskere ta imot pasienter som har vært innlagt i sykehus. En rekke kommuner ellers i landet har derfor, enten alene eller i samarbeid med andre kommuner, etablert eller planlagt forsterkede enheter i sykehjem eller såkalte lokalmedisinske sentra. Ingen av de aktuelle kommunene har slike enheter.

- Selv om kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen må etablere andre typer pasientforløp, vil dette i hovedsak bestå av tilbud som skal avlaste sykehusene. En kan derfor ikke regne med at nye tiltak i vesentlig grad vil avhjelpe eller erstatte de tilbudene som er i dag, og som videre trengs for å ivareta skrøpelige eldres behov i kommunene. For eksempel ser vi at mestedelen av kapasiteten i sykehjemmene blir brukt overfor pasienter med demens, som kommunene fortsatt vil ha hovedansvaret for.

Referanser

- Birkeland, A. m.fl. (2010). "Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter". Et pilotprosjekt om samhandling mellom Haugesund Kommune, Haugesund Sykehus og Høgskolen Stord/Haugesund. Tilgjengelig fra: www.helsetorgmodellen.no
- Borge LE og Haraldsvik M. (2005). Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner, SØF-rapport 1/05. Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS, Trondheim.
- Bredland, E.L., Linge, O.A., Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Crotty M, Giles LC, Halbert J mfl. (2008). Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 37 (6): 628–633.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 28. juni 2001 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 og § 1-4 og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a.
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Fastsatt av Sosialdepartementet 14. november 1988 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 femte ledd jfr. § 6-9. Endret 19. des. 1990 nr. 1132, 11 nov 1997 nr. 1158, 19 mai 2003 nr. 653.
- Helse og omsorgsdepartementet 2007. *Demensplan 2015*. Den gode dagen. Delplan til omsorgsplan 2015.
- Husbanken (2008). *Omsorgsplan 2015 – Retningslinjer for investeringstilskudd fra Den Norske Stats Husbank til sykehjemsplasser og omsorgsboliger*. HB 8. B. 18.
- Helse og omsorgsdepartementet (1999). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste – analyse av alders og sykehjemsfunksjoner*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010- 2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak).
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. *Innovasjon i omsorg*
NOU 2011:11. Hagenutvalget v/Kåre Hagen. ISBN 978-82-583-1099-7
- Molzahn, A.E., Callagher, E., McNulty, V. (2009). Quality of Life Associated with Adult Day Centers. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 35, No. 8. 37-46.

- Nygaard, H.A., Naik, M. & Ruths, S. (2000), "Mental svikt hos sykehjemspasienter", *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, vol. 120.
- Otnes, B. (2007) Hjelp til flere utenfor institusjon. *Statistisk Sentralbyrå*. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/ssp/utg/200705/06/>
- Otterstad, H.K. & Tønseth, H. (2007). "Hvordan unngå sykehjemskø?", *Aldring og livsløp*, no. 4.
- Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E. mfl. (2008). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*.; 65 (4): 737–754.
- Solem, P. E. & Høistad, B. (2000). *Vi spiller på lag- Om integrerte organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 1/00.
- Statistisk Sentralbyrå (2009). Kommunal pleie og omsorgsstatistikk. *Færre sykehjemsplasser*. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/emner/03/02/pleie/>
- Statens Helsetilsyn (2011). Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Rapport fra helsetilsynet 5/2011. Tilgjengelig fra: <http://www.helsetilsynet.no>
- Statistisk Sentralbyrå (2010). Dødsårsaker 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/dodsarsak/>
- Zidén L, Frändin K, Kreuter M. Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clin Rehabil*. 2008; 22 (12): 1019–1033.

Vedlegg

OPPLYSNINGSSKJEMA

KOMMUNE: _____

1. Befolkningsprognoser - personer over 60 år

Vi er selvsagt primært interessert i antall pr. dags dato, men det er fint hvis det kan gis opplysninger om prognoser fremover. Fyll inn tallene i de åpne rubrikkene.

	2010	2015	2020	2025	2030
60 - 69 år					
70 (67) - 79 år					
80 - 89 år					
90 år og eldre					

2. Institusjonsplasser

2.1 Sykehjem

Hvor mange sykehjem og hvor mange plasser i sykehjem har kommunen totalt sett, fyll inn antall: _____

NAVN PÅ SYKEHJEM	ANTALL PLASSER
PLASSER TOTALT:	

Av det totale antall plasser; hvor mange dobbeltrom er i bruk, antall: _____

Har kommunen gjort vedtak i forhold til behov for institusjonsplasser i 2010, og estimerte tall mot 2030? Nei _____ Ja, antall plasser i 2010: _____ 2030: _____

Har sykehjemmet (-ene) egne avdelinger/plasser for personer med demens (f. eks. skjermede enheter), og i tilfelle hvor mange av det totale antall sykehjemsplasser utgjør dette?:

Nei _____ Ja /antall plasser _____

Har sykehjemmet (-ene) egne vekselplasser (dvs. at pasienter kombinerer å bo hjemme og i sykehjem). Nei _____ I tilfelle der er et fast stipulert antall vekselplasser, hvor mange dreier det seg om?: _____

Hvis kommunen ikke har et fast antall vekselplasser, hvor mange plasser i sykehjem vil kommunen anslå har blitt brukt til dette formålet siste år? Gi eventuelt et ca. snitt – anslag: _____

Har kommunen et fast antall avlastningsplasser, dvs. plasser som primært er avsatt til avlastning for pårørende og som ikke utløser egenbetaling: Nei _____ Ja _____

Har kommunen en egen enhet for lindrende behandling/for døende pasienter? Nei _____ Ja _____. Hvis der er en egen enhet/egne plasser for dette, hvor mange plasser dreier det seg om? _____ Er enheten bemannet med personell med utvidet kompetanse (for eksempel sykepleier med videreutdanning i kreftsykepleie): Ja _____ Nei _____. Har enheten forsterket bemanning? Ja _____ Nei _____

Har sykehjemmet (-ene) et fast antall korttidsplasser (f. eks en egen avdeling der pasienter er innlagt over et kortere tidsrom for så å bli tilbakeført til hjemmet). Ja _____ Nei _____

Hvis der er egne korttidsplasser, hvor mange plasser utgjør dette av det totale antall plasser i sykehjem?: _____

Spesifiser hvordan eventuelt korttidsplassene er fordelt på de ulike sykehjemmene:

SYKEHJEM	ANTALL KORTTIDSPASSER

Hvis kommunen ikke har et fast antall korttidsplasser, hvor mange plasser av det totale antall plasser i sykehjem har blitt brukt til dette i løpet av siste år? Gi eventuelt et ca. snitt – anslag: _____

Har kommunen et fast antall plasser, eventuelt egen avdeling, avsatt til rehabilitering i sykehjem? Ja _____ Nei _____

Hvis kommunen har et fast antall plasser til rehabilitering; hvor mange plasser dreier det seg om? _____ plasser.

Har kommunen egne akutt plasser i sykehjem som bare hjemmesykepleien disponerer og som de kan legge pasienter inn i f. eks. på kvelder/helger/høytider?: Ja _____ Nei _____

Hvis kommunen har egne akutt plasser som bare hjemmesykepleien disponerer; hvor mange dreier det seg om i tilfelle?: _____

Har kommunen en egen avdeling (-er) av typen intermedieravdeling/observasjonsavdeling med utvidet legetid der det foregår ”aktiv” medisinsk behandling og rehabilitering, og der

lege har hovedansvar for innleggelser og utskrivinger og kan legge inn pasienter på kort varsel? Ja _____ Nei _____

2.2 Legetilsyn og legemedvirkning

I hvilken grad medvirker lege ved innleggelser i sykehjem?

- Lege er ikke aktivt medvirkende ved innleggelser i sykehjem _____
- Lege er medlem av inntaksteam til sykehjem som har regelmessige møter _____
- Lege, evt. legevakt kan legge direkte inn i sykehjem ved ledig plass i samarbeid med vakthavende sykepleier _____
- Innleggelser i sykehjem bestemmes av kommunens bestillerkontor der lege ikke er representert _____

Annet (beskriv eventuelt) _____

Hvor mange timer pr. uke er lege tilknyttet sykehjemmet (-ene). Spesifiser:

SYKEHJEM	ANT. PLASSER	ANT. TIMER LEGETILSYN/UKE.

Kan personalet på sykehjemmet kontakte tilsynslege utenom ordinær arbeidstid (slik et en unngår involvering av legevakt)? Ja _____ Nei _____

2.3 Aldershjem

Har kommunen aldershjem og i tilfelle hvor mange institusjoner; _____ - og plasser dreier det seg om?: _____

Har aldershjemmet (- ene) egne korttidsplasser og i tilfelle hvor mange plasser utgjør dette? _____

Eventuelt utfyllende kommentarer til punktet om sykehjem og aldershjem:

2.4 Ventelister til sykehjem og aldershjem

Selv om det ikke opereres med offisielle ventelister til sykehjem viser det seg ofte at det uoffisielt står pasienter på vent til å få en plass i sykehjem, dvs. de som har et avklart behov for institusjonsplass, men der det ikke er ledige plasser. Med avklart behov menes;

- der den innstans som gjør vedtak på innleggelse i sykehjem mener at innleggelse i sykehjem er det mest adekvate tilbud til den aktuelle pasienten (selv om det gis et forsvarlig tilbud hjemme)
- der pasienten selv og pårørende ønsker det

Hvor mange vil kommunen anslå i snitt/til enhver tid har stått på venteliste til sykehjem siste år?: _____ Eventuelt; Hvor mange står på vent til sykehjem pr. dags dato?: _____

Hvor lang har anslagsvis ventetiden i snitt vært siste året for utskrivingsklare pasienter på sykehus som venter på et tilbud i kommunen (uavhengig hjemme/institusjon)?:

0 dager _____ 1 dag _____ 2 dager _____ 3 – 7 dager _____ 8 – 16 dager _____ 17 dager eller mer _____

Hvor mange vil kommunen anslå i snitt/til enhver tid har stått på venteliste til aldershjem siste år?: _____ Eventuelt: Hvor mange står på vent til aldershjem pr. dags dato?: _____

Kommunen kan uansett frigjøre plass på institusjon til enhver tid slik at de som har behov for institusjonsplass får det uten noen som helst form for venting? _____

Eventuelt utfyllende kommentarer til punktene om ventelister:

2.5 Dagavdelinger/dagtilbud

Hvor mange dagplasser har kommunen (som er primært tiltenkt skrøpelige eldre der kommunen har egen transportordning for transport til og fra dagavdelingen): _____

Hvordan er dagplassene fordelt og hvor mange brukere er det til dagplassene, fyll inn:

STED/SYKE- HJEM	ANATLL PLASSER	ANTALL BRUKERE	*ANTALL MED DEMENS	ÅPENT DAGER/UKE

*Se pkt. 4

Hvor mange av det totale antall dagplasser er eventuelt tiltenkt å ha en spesiell funksjon, for eksempel:

Egne dagplasser for personer med demens _____

Egne dagplasser til rehabilitering _____

Egne dagplasser til yngre pasienter _____

Annet/ utfyllende kommentarer (beskriv i tilfelle):

2.6 Hukommelsesteam / demensteam

Hukommelsesteam / demensteam er et ambulerende team som kommer på hjemmebesøk til personer med mistanke om demens og deres pårørende for å starte utredning, samt gi råd og veiledning om hva kommunen kan hjelpe til med.

Er det etablert hukommelsesteam /demensteam i kommunen som en del av tjenestetilbudet?

JA _____ NEI _____

Dersom kommunen har hukommelsesteam / demensteam, hvilket år ble teamet etablert? _____

Hvor mange besøk er gjennomført av teamet i 2010? _____

Hvilke faggrupper er med i teamet? Beskriv; _____

Eventuelt utfyllende kommentarer:

3. Omsorgsboliger

Hvor mange omsorgsboliger har kommunen totalt sett (som eies og drives av kommunen): _____

Har kommunen omsorgsboliger som eies og drives av private/frittstående eiendomsselskap el. l., men som kommunen disponerer; og hvor mange dreier det seg om i tilfelle? _____

Hvor mange omsorgsleiligheter har:

- Oppfølging av kun den ordinære ambulerende hjemmetjenesten som kommer på punktbesøk (dvs. der er ikke personale til stede hele tide) _____
- Tilstedebemanning (dvs. personale til stede hele tiden) på kun dagtid _____
- Tilstedebemanning (dvs. personale til stede hele tiden) dag og kveld _____
- Personale til stede hele døgnet _____
- Beliggenhet i tilslutning til sykehjem og kan påkalle hjelp fra sykehjemmet (alarm/ringsignal/nattassistanse el. l.), men betjenes ellers av hjemmetjenesten? _____
- Annet, beskriv: _____

Hvordan foregår inntak til omsorgsboligene og hvordan/hvem behandler søknadene?

Vennligst beskriv:

Eventuelt utfyllende kommentarer om omsorgsboliger:

4. Antall personer med demens

Hvor mange personer med demens er anslagsvis innlagt i kommunens sykehjem (må eventuelt telles manuelt av ansatte på sykehjemmet):

SYKEHJEM	ANTALL
TOTALT ANTALL:	

Hvor mange personer med demens er anslagsvis innlagt i kommunens aldershjem (må eventuelt telles manuelt av ansatte på aldershjemmet):

ALDERSHJEM	ANTALL

Hvor mange personer med demens er anslagsvis innlagt i kommunens dagavdelinger (må eventuelt telles manuelt av ansatte på dagavdelingen) _____

Hvor mange personer med demens får hjelp av hjemmetjenesten (må eventuelt telles manuelt av ansatte i hjemmesykepleien) _____

Eventuelt utfyllende kommentarer:

5. Hjemmetjenester.

Antall og type personale i hjemmetjenesten:

Type personell	Antall
Sykepleiere	
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere	
Assistenten/ ufaglærte	
Totalt antall ansatte:	

Er hjemmetjenesten delt opp i flere distrikt/områder? Ja____ Nei____

Hvis ja: Hvor mange distrikt/områder dreier det seg om? _____

Spesifiser i ulike områder eventuelt:

Område:							
Sykepleiere							
Hjelpepleiere el. tilsv.							
Assistenter/ ufaglærte							
Totalt antall ansatte:							

Hvordan er hjemmetjenesten (dvs. hjemmesykepleie og hjemmehjelp) organisert (kryss av)?

1. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp er organisert som *en* enhet for hele kommunen med felles daglig leder? _____
2. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp er organisert som *en* enhet i hvert område/distrikt med felles daglig leder i hvert område/distrikt? _____
3. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp er organisert som adskilte enheter med hver sin avdeling med egne daglige ledere for hele kommunen? _____
4. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp er organisert som adskilte enheter i hvert distrikt/område med egne daglige ledere? _____
5. Hjemmesykepleie er integrert med sykehjem der personell benyttes fleksibelt både i hjemmene og inne i sykehjemmet? _____
6. Både hjemmehjelp og hjemmesykepleie er integrert med sykehjem der personell benyttes fleksibelt både i hjemmene og inne i sykehjemmet? _____
7. Hjemmesykepleie er integrert med sykehjem der personell benyttes fleksibelt både i hjemmene og inne i sykehjemmet, men hjemmehjelp er organisert i egen enhet separat fra sykehjemmet? _____
8. Eventuelt annen organisering, beskriv: _____

Er det ansatt ressurspsykepleier i hjemmesykepleien med spesialutdanning i palliativ omsorg som har avsatt tid (frikjøpt tid) til å drive med kun palliativt arbeid? Ja _____ Nei _____

Brukere av hjemmetjenesten(siste tilgjengelige registrering):

Hvor mange pasienter/brukere i kommunen får både hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie/personlig bistand?: _____

Hvor mange er brukere av kun hjemmehjelp/praktisk bistand?: _____

Hvor mange får kun hjemmesykepleie/helsehjelp/personlig bistand?: _____

Evt. utfyllende kommentarer om hjemmesykepleie og hjemmehjelp:

6. Fysioterapi/ergoterapi:

Hvor mange fysioterapeuter er ansatt i kommunen, dvs. kommunalt ansatt? _____

Hvor mange ergoterapeuter er ansatt i kommunen, dvs. kommunalt ansatt? _____

Hvor mange fysioterapeuter er i tilfelle ansatt som en del av staben på sykehjem? _____

Hvor mange ergoterapeuter er i tilfelle ansatt som en del av staben på sykehjem? _____

Organisering:

Fysio- og ergoterapeuter er ansatt i kommunen i en egen enhet/avdeling og betjener sykehjem og hjemmesykepleie ved forespørsmål og/eller etter faste avtaler? Ja _____ Nei _____

Pasienter i sykehjem får kun oppfølging av kommunens fast ansatte fysio- og ergoterapeuter på sykehjemmene? Ja _____ Nei _____

Pasienter i hjemmesykepleien får kun oppfølging fra kommunens fast ansatte fysio- og ergoterapeuter? Ja _____ Nei _____

Pasienter i sykehjem får kun oppfølging av privatpraktiserende fysioterapeuter etter avtale? Ja _____ Nei _____

Pasienter i hjemmesykepleien får kun oppfølging av privatpraktiserende fysioterapeuter etter avtale? Ja _____ Nei _____

Hvem/hvordan er koordinerende enhet for rehabilitering organisert, dvs. hvem er tillagt et spesielt ansvar for dette i kommunene (jfr. Forskriften om habilitering og rehabilitering):

Beskriv _____

Eventuelt utfyllende kommentarer om ergo-/ fysioterapi:

Prosjektet "Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter" er et samhandlingsprosjekt i regi av Helsetorgmodellen mellom Høgskolen Stord/Haugesund, Helse Fonna og kommunene Haugesund, Karmøy, Tysvær, Bømlo, Stord, Sveio og Odda.

Hensikten med prosjektet er å se på ulike faktatall samt dimensjonering og organisering av tilbudet til gruppen skrøpelige eldre pasienter i den enkelte kommune, for om mulig å hente ut en helhetsinformasjon som kan si noe om hva som påvirker pasientflyten.

Rapporten viser at de involverte kommunene i sum ser ut til å representere et snitt av det en kan forvente av tilbud til skrøpelige eldre ut i fra de forutsetninger som ligger til grunn og den arbeidsfordelingen som i dag eksisterer mellom kommuner og helseforetak.

Samtidig er det store ulikheter mellom kommunene både når det gjelder type tilbud, dimensjonering og organisering av de ulike tilbudene til de skrøpelige eldre. Dette kan bidra til å komplisere samarbeidet med sykehusene i og med at disse får mange enheter å forholde seg til.

Rapporten stiller derfor spørsmål om ikke en må søke en større standardisering og samarbeid både omkring type tilbud, dimensjonering og organisering av tilbudene til de skrøpelige eldre.