



Notat

Utredninger fra sektor for helse og omsorg

Årsbudsjett 2022

og

økonomiplanperiode 2022 – 2025

Innholdsfortegnelse	Side
0. Innledning	3
1. Statistikk, styringsinformasjon og overordnede utfordringer i helse og omsorg	4
2. Driftstiltak	8
2.1. Nedskalering av institusjonsomsorgen	8
2.2. Økt grunnbemanning sykeavdelingen	13
2.3. Forvaltning av omsorgsboliger med og uten bemanning – bedre utnyttelse av kapasitet i kommunale omsorgsboliger	15
2.4. Økt grunnbemanning hjemmesykepleietjenesten	17
3. Investeringsiltak	
3.1. Nytt pasientsignalanlegg sykeavdelingen / plattform for implementering av velferdsteknologi i institusjon og hjemmetjeneste	20
3.2. Ovn til kjøkkenet	24
3.3. Dekontaminatorer sykeavdelingen	25
4. Vedlegg	
Risikokartlegging reduksjon årsverk sykeavdelingen (2020)	
Risikokartlegging sykesignalanlegg sykeavdelingen	
Fremlegg formannskapet 18.10.21 – overordnede utfordringer i helse og omsorg	

0. Innledning

I dette dokument fremkommer utredninger knyttet til budsjettarbeid 2022 og økonomiplanperiode 2022 – 2025 for helse og omsorg.

Arbeidet er forankret i ledergruppen for helse og omsorg, samt hos tillitsvalgte, vernetjeneste, ansatte og private parter der dette har vært naturlig. Dokumentasjon benyttet i utredning er journalført på sak 2021/1819.

Utredninger har som mål å beskrive driftsmessige muligheter, utfordringer og konsekvenser på ulike områder innen sektor for helse og omsorg. Det er også redegjort for konkrete investeringsbehov. Enkelte utredninger utleder ikke konkrete tiltak, men kan være et grunnlag for ytterligere politiske bestillinger på utredninger eller til generell avklaring. Det er anmerket i hver utredning om tiltak er lagt inn i Arena som konkret tiltak. I tiltakstekst i Arena ligger kun utdrag av utredningstekster fra dette dokument.

Det er relevant å påpeke at tiltak som omhandler årsverk vil legges inn med halvårsvirkning i 2022 og helårsvirkning fra 2023.

Skulle det være spørsmål til utredninger kan disse rettes til sektor via Kommunedirektør.

24.10.21 - Helse- og omsorgssjefen

1. Statistikk, styringsinformasjon og utfordringer i helse og omsorg

Det ble fra utvalg for helse og omsorg i forbindelse med budsjettprosess høsten 2020 lagt inn bestilling på utredning av områder der det i Kostra fremkommer at Porsanger kommune bruker ressurser ut over det sammenlignbare kommune og særlig Kostra-gruppe 3 benytter. Det legges også til budsjettprosess 2022 og økonomiplanperiode 2022 – 2025 frem en generell administrativ gjennomgang av statistikk fra 2020/ 2021, der noen utviklingstrekk omtales. Her benyttes dokumentasjon fra Kostra, Kommunebarometer, Folkehelseprofil og Kommunalt pasient- og brukerregister. Disse benyttes også i det interne forbedrings- og utviklingsarbeid i sektor, og er gode verktøy for styring lokalt. I tillegg omtales overordnede utfordringer i sektor, som også er beskrevet i Kommunedirektørens utfordringsnotat og under presentasjon til Formannskapet den 18.10.21.

[Kostra](#) er basert på kommunens årlige rapportering på regnskapsinformasjon og informasjon om tjenester til staten ved SSB. Nøkkeltall og grunnlagsdata gjennom Kostrarapportering skal bidra til å gi informasjon om det meste av kommunens virksomhet, og det er i ettertid anledning for alle til å hente ut disse. Informasjonen skal videre bidra til åpenhet, gjennomsiktighet og å gi muligheten for å forbedre tjenestetilbudet i kommunesektoren. KOSTRA rapporteringen har også direkte betydning for kommunenes rammeoverføringer fra staten.

[Kommunebarometeret](#) er en måling som publiseres av Kommunal rapport hvert år, der kommunene rangeres etter 151 nøkkeltall på tvers av ulike sektorer.

[Pasient- og brukerregisteret](#) (KPR) er Helsedirektoratets register over data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Formålet er å gi grunnlag for forskning, kvalitetssikring, planlegging og styring av helse- og omsorgstjenesten både nasjonalt og lokalt. For å få frem lokale tall og statistikker velges Porsanger som kommune i åpningsbildet.

[Folkehelseprofilen](#) er Folkehelseinstituttets (FHI) bidrag til kommunenes arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne.

Statistikk skal som med all annen dokumentasjon leses med et kritisk blikk, og det kan være behov for tilleggsinformasjon for å tolke og bruke tallene. Statistikk kan påvirkes av feilrapporteringer lokalt, det presenteres tall som ikke er satt i en sammenheng og en vil ved sammenligning med andre kommuner kunne være avhengig av kunnskap om hvordan andre kommuner organiserer og løser sine oppgaver. Det kan med andre ord foreligge faktorer som påvirker resultatet, men som ikke fremkommer av statistikken i seg selv.

Den mest overordnede utfordringer innen helse og omsorg er å opprettholde en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i årene som kommer samt kommunenes utfordring med å håndtere og ivareta de stadig flere statlige oppgaver som overføres til kommunene i tråd med politiske strategier nasjonalt.

Samtidig med en økende oppgaveoverføring til kommunehelsetjenesten stilles politisk et krav om en mer effektiv bruk av ressurser. Å stadig skulle løse flere oppgaver i kommunehelse-tjenesten samtidig som ressurstilgang ikke øker tilsvarende, er en oppgave som utfordrer til å tenke nytt på hvordan vi forvalter økonomiske og menneskelige ressurser. I dette arbeidet må en også ivareta det faktum at tilgangen på helsepersonell ikke øker i takt med antatt etterspørsel i årene som kommer, som følge av at utdanningstakt pr. nå ikke følger den demografiske utvikling som viser en stadig aldrende befolkning nasjonalt. Utfordringen er svært sammensatt, og berører ikke bare helse- og omsorgsavdelingens tjenester.

Det vil være av avgjørende betydning at kommunen gjennom etablering av arbeidsplasser og godt utbygd idretts- og kulturtilbud klarer å opprettholde en demografisk utvikling, som sikrer nødvendig omfang av innbyggere i arbeidsfør alder. Frivilligheten må trekkes inn på arenaer som tidligere var forbeholdt kommunens tjenester jmf. nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet, tjenester må dreies til mer forebygging og lavterskel og ikke minst at det i et folkehelseperspektiv opprettholdes en god helse hos innbyggere. Noe av dette vil ha fokus gjennom kommunens arbeid med å imøtekomme og implementere eldreformen Leve hele livet i alle sektorer samtidig som det lokalt er initiert et retningsvalg på tverrsektoriell satsning på tidlig innsats ovenfor barn og unge. Kommuneplanens samfunnsdel ansees å ha en særlig viktig rolle i dette arbeidet.

Av Kostratall for Porsanger 2020, ser en at Porsanger ligger lavere enn både kommune-gruppe 3 og fylkesgjennomsnittet på utgifter til helse- og omsorgstjenester, der Porsanger har en kostnad på kr. 33 913.- pr. innbygger mot kr. 36 677.- og 36 677.- for henholdsvis Kostragruppe 3 og fylket. Også på standarden netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter, ligger kommunen under nivået for kommunegruppe 3 og fylket med 26,5% mot henholdsvis 30,5% og 33.7%.

På årsverk pr. 10 000 innbygger ligger kommunen over kommunegruppe 3 og fylkessnittet med 403,3 årsverk mot 390,9 og 389,2 for henholdsvis kommunegruppe 3 og fylket. Når en ser dette opp mot antall årsverk pr. bruker av omsorgstjenester har Porsanger har 0,51 årsverk pr. bruker, der kommunegruppe 3 og fylket har 0,57 og 0,63. Dette viser det at Porsanger gir tjeneste til flere brukere pr. årsverk enn både kommunegruppa og fylket. Dette samsvarer med tidligere tidsregistreringer i hjemmetjenesten som viste at kommunen gir litt tjeneste til mange brukere. Dette samsvarer også med Kostrastandarden for andel brukere av hjemmetjeneste i alderen 0 – 66 år, der Porsanger nå har 49% mot kommunegruppas og fylkets 40,9% og 45,8%. Det vurderes at tilgjengelige årsverk benyttes økonomieffektivt, men at dette også innebærer en risiko for høy belastning for den enkelte ansatte og at brukere med omfattende hjelpebehov ikke fullt ut får dekket dette.

Sette opp mot Kostratall for 2019 ser man at antallet brukere av hjemmetjenester har gått ned for alle aldersgrupper. I aldersgruppen 0 – 66 år har antallet brukere av hjemme-tjenester gått ned fra 49,4% i 2019 til 49% i 2020, og i aldersgruppen 80 år og eldre fra 37,6% til 32,7%. Dette til tross for at den demografiske utviklingen viser en aldrende befolkning som igjen betyr et økt antall potensielle brukere av omsorgstjenester, og kan sees i sammenheng med de siste års fokus på revidering av tjenestebeskrivelser og tildelingskriterier samt internkontrollarbeid knyttet til saksbehandling. Utviklingen understøttes også av IPLOS-data

for kommunen i Kommunalt pasient- og brukerregister som viser at antallet brukere av våre helse og omsorgstjenester fordelt på alle tjenestetyper har gått ned med 10,3% fra 2019 til 2020.

Kostratall for institusjonsomsorgen viser at også andelen innbyggere over 80 år som er beboer på sykehjem er gått ned fra 15,9% i 2019 til 14,3% i 2020, men likevel viser en dekningsgrad som ligger over både kommunegruppe 3 og fylkesgjennomsnittet. Da antallet sykehjemsplasser er uendret, kan årsaken til denne endringen ligge i at langtidsplass benyttes til avlastning eller at man i 2020 har hatt flere beboere i aldersgruppen under 80 år enn i 2019. Dette er imidlertid ikke ettergått. Avtalen om kjøp av institusjonsplasser fra privat leverandør utgår i 2024, og må derfor opp til politisk behandling i økonomiplanperioden 2022 – 2025.

Av Kommunebarometeret fremkommer at over 80% av innbyggere i institusjon har et omfattende pleiebehov, noe som er en naturlig utvikling med tanke på at flere og flere eldre bor lengere hjemme enn før og nå også erfares lokalt i praksis også for beboere i omsorgsboliger. I denne statistikken fremkommer også at 4 av 5 innbyggere over 80 år i sykehjem har en form for demens. [Demenskartet](#) (velg Porsanger) viser at andelen innbyggere med demens i Porsanger er 2,05% mot et landsgjennomsnitt på 1,88%. Utviklingen viser her at antallet personer med demens i Porsanger vil øke fra 82 personer i dag til 200 i 2040 dersom dagens forutsetninger legges til grunn.

Av Kostratall 2020 ser en at kommunen på tjenesteområde *Psykisk helse og rus* at rapportering er svært mangelfull, også for sammenlignbare kommuner, og vil derfor ha fokus for internt forbedringsarbeid frem til neste rapportering. Porsanger kommune fremstår her med god dekning årsverk av psykiatriske sykepleiere med 15,5 årsverk pr. 10 000 innbyggere, mot 6,0 og 4,7 årsverk for henholdsvis kommunegruppe 3 og fylkesgjennomsnitt. Kostratallene vurderes imidlertid ikke å være valide slik de fremstår. Kommunens Rus- og psykiatritjenesten disponerer 2,0 faste årsverk psykiatrisk sykepleier, og det er få psykiatriske sykepleiere i øvrige helse og omsorgstjenester. Kommunen ansees derfor i realiteten å ha lav ressursbruk på området, og kompetanseheving innen fagområdet er prioritert i sektorens kompetansehevingsplan. Kostratallene for 2020 har ingen resultater på omfang av brukere. Tjenesten selv rapporterer om stor pågang til tjenester fra innbyggere i alle aldersgrupper, noe som opp mot tilgjengelige ressurser medfører sterkt behov for prioritering. Fastlegetjenesten rapporterer også på at de nå merker en økning i antall henvendelser som omhandler psykiske vansker knyttet til pandemien.

Når det gjelder kommunehelsetjeneste viser Kostratall at kommunen har netto driftsutgifter til kommunehelsetjeneste på 8,9% av kommunens samlede driftsutgifter, som er over både kostragruppe 3 med 6,9% og fylkesgjennomsnitt med 6,4%. Kostnadsdriver her er fastlegetjeneste og legevakt. Samtidig viser også tallene at kommunene har færre avtalte legeårsverk pr. 10000 innbygger med 15,3 mot kostragruppas 17,3 og fylkets 15,9. Alle stillinger i fastlegetjenesten er nå besatt, noe som tilskrives det arbeid som er gjort på flere områder både administrativt og politisk for å rekruttere og stabilisere denne tjenesten som for få år siden var svært ustabil.

Videre har kommunen god dekning av fysioterapeuter med 15,6 årsverk pr. 10000 innbyggere, mot kostragruppas 11,2 og fylkets 11,7. Dette tilskrives at kommunen har flere avtaler om driftstilskudd med private fysioterapeuter.

Videre viser Kostratall for Porsanger 2020 ser en at kommunen i likhet med i 2019, på tjenesteområde *Barnevern* bruker mer ressurser pr. innbygger i alderen 0 - 22 år enn sammenlignbare kommuner. Porsanger bruker kr. 16 992.- pr. innbygger i aldersgruppen mot kr. 11 432.- og 9 316.- for henholdsvis kommunegruppe 3 og fylkesgjennomsnitt. På den annen side viser imidlertid statistikken at Porsanger har høyere andel barn med meldinger, andel undersøkelser og barn med tiltak. Statistikken har ikke en målestANDARD som viser antall saker pr. saksbehandler, men av interne oversikter viser denne å enda ligge over anbefalt nivå selv om den gjennom interne målrettede tiltak er gått ned de siste 2 år. Statistikken viser videre at tjenesten til tross for mange meldinger, behandler saker innenfor 3 måneders fristen. Dette fremkommer også av Kommunebarometer som viser til at 94% av sakene behandles innen fristen, noe som er bedre enn de aller fleste kommuner. En faktor som også kan påvirke kostnader i barnevernet er hvordan kommunene løser kravet til døgnkontinuerlig akuttvakt, og omfang og behov for type tiltak i og utenfor hjemmet.

I Barnevernreformen som iverksettes fra 1.1.22 ligger at det også innen barne- og ungdomsvern er flere oppgaver som overføres fra statlig til kommunal forvaltning. Her nevnes spesielt at kommunens kostnadmessige andel for tiltak øker kraftig fra 2022. Omfanget av dette kom til kunnskap i forbindelse med fremlegging av statsbudsjett i oktober 2021, og anslagene som er kommet viser en betydelig kostnadsøkning som kun delvis kompenseres gjennom økte rammeoverføringer. Det legges frem en tilstandsrapport for barnevernet til kommunestyret i november i år.

I de utfordringer helse og omsorgstjenesten står ovenfor ligger det også muligheter, herunder bruk av teknologi. Porsanger kommune er en del av et nasjonalt og regionalt velferdsteknologinettverket og har gjennomført et arbeid på området som en del av den daglige drift. Arbeidet har avdekket at implementering av teknologi i helse og omsorgstjenesten vil kunne gi gevinster, men også at det vil kreve økonomiske investeringer. Dette omtales ytterligere i egen utredning under pkt. 3.

Av begrensninger som foreligger i arbeidet med tjenesteutvikling trekkes her frem de dokumenterte bygningsmessige utfordringer og avvik, som i budsjett 2021 ble ivaretatt av vedtak om et forprosjekt for nytt helsehus. Prosjektet er pr. i dag ikke startet opp, og det foreligger derfor ikke løsninger på dokumenterte avvik (særlig knyttet til legestasjonen), manglende tilgang på lokaler for etablering av nye forebyggende lavterskeltiltak eller muligheter for å gjennomføre konkrete kostnadsbesparende løsninger som samlokalisering av tjenester.

I Fylkesmannens kommunebilde for Porsanger 2020, ble det kommentert at ressursbruken innen helse og omsorg ble vurdert å utgjøre en bekymring når en ser dette opp mot den demografiske utvikling for kommunen frem mot 2050. Statsforvalteren har så langt ikke presentert et tilsvarende kommunebilde for 2021 pr. nå.

2. DRIFTSTILTAK

2.1. Nedskalering av institusjonsomsorgen

Utvalg for helse og omsorg bestilte til budsjettprosess 2021 en utredning på området institusjonsomsorg og konsekvenser av en nedskalering. Tiltaket ble ikke valgt inn i budsjett 2021 eller økonomiplanperioden 2021-2024, og utredning legges derfor frem også til budsjett 2022 og økonomiplanperiode 2022 – 2025. Som beskrevet under pkt. 1, ligger kommunen over kostragruppe 3 og fylket på andel innbyggere 80+ som er beboere i institusjon.

Ved hjelp av verktøyet *Tidlig metodevurdering*, der ledere på tjeneste- og sektornivå, ansatte på sykeavdelingen, tillitsvalgte sykeavdeling, verneombud sykeavdeling og styrer på Solbrått har medvirket, er følgende mulige konsekvenser kartlagt som følge av en nedskalering av kommunens institusjonsomsorg:

For pasientene:

Lengere ventetid på langtidsplass
Dårligere pasienter i hjemmet
Dårligere pasienter i omsorgsboliger (særlig Porstun)
Dersom reduksjon gjennomføres på sykeavdelinga må dårligere pasienter enn nå til Solbrått

For pårørende:

Økt omsorgsbelastnings i hjemmet
Omsorgsbelastning i hjemmet vil vedvare over lengere tid enn nå
Risiko for sykdom og slitasje hos omsorgsperson selv

For ansatte:

Hjemmetjenesten vil få økt oppdragsmengde
Sannsynlig økt belastning på ansatte og fagkonsulent som møter pårørende i førstelinje
Tyngre pasienter som gjenstår i institusjon ved reduksjon av institusjonsplasser, økt pleietyngde
Det kan oppstå gå-saktaksjoner og økt sykefravær
Må inn i omstillingsprosess enten på Solbrått, sykeavdelingen eller begge.
Redsel for å miste jobben, usikkerhet for framtida

For sykeavdelingen:

Kutt i årsverk, tap av fagkompetanse, bedre ledertetthet, mulig bedre fagutvikling med færre ansatte.

For Solbrått :

Fare for kontraktsopløsning, tap av arbeidsplasser. Ved kutt av plasser på sykeavdelingen vil de garanteres fullt belegg, men må påregne å måtte ta imot dårligere pasienter enn nå som igjen fører til behov for å øke fagkompetanse blant ansatte.

For organisasjonen Porsanger kommune:

Lengere ventelister på alle typer institusjonsplass, også korttidsplasser og avlastning
Dårligere omdømme
Dårligere score på statistikker
Omfang av HR- oppgaver reduseres
Lavere lønnskostnader (lønn, permisjon, ferie mm)
Avtale om kjøp av institusjonsplasser kjøp fra privat institusjon utgår
Avtale om kjøp fra privat institusjon fremstår som uoppsigelig i avtaleperiode ut 2025
Økt utfordring innfri krav om avlastningstilbud
Øker utfordring med å møte den demografiske utvikling
Mister fagpersoner
Behov for å opprette mellomnivå mellom hjem og institusjon øker, tilsvarende tidligere
"avlastningsenheten" på Trekløveren.
Oppnår dekningsgrad lik sammenlignbare kommuner i Kostra
Krever reduksjon av minst 5 institusjonsplasser på sykeavdelingen før man kan ta ned på grunnbemanning
Ikke økonomi for drift av færre plasser på Solbrått enn i dag. 10 plasser er minimum.
Mindre inntekt i form av brukerbetaling
Reduserte driftskostnader bygg, dersom ikke alternativ aktivitet i lokalene etableres
Økonomi i bedre balanse

For helsetjenesten:

Demografisk utvikling tilsier økt pågang på helsetjenester
Lavere tilgang på tjenestetilbud
Redusert mulighet til å spille på hverandre på tvers av tjenester
Må samarbeide mer på tvers av tjenester
Økt behov for forebyggende tiltak
Omdømmetap
Tilsynslegefunksjon på Solbrått opphører

For Porsangersamfunnet:

Mulig konsekvens for bolyst/ omdømme
Eldre må bo hjemme lengere selv med høyt bistandsnivå
Distriktpolitikk, risiko for fraflytting fra Børselvregionen
Konsekvens for andre tilbud utenfor organisasjonen, skoletilbud og varehandel kan rammes
Kan det føre til et varmere samfunn på sikt, følge med nabo, besøksvenner, m.m.?
Døgnmulkt, lengre liggetid på sykehus, flere må være lengre borte fra familie ved alvorlig sykdom

Klinisk helseeffekt:

Kan bli en bedre faglig tjeneste i institusjon med færre pasienter
Pasienter på venteliste til institusjonsplass risikerer utilfredsstillende oppfølging, dette knyttes også til at vi ikke lenger har mellomnivå på Trekløveren.
Bedre tilbud til dem som får langtidsopphold og dårligere til pasienter med høyt bistandsbehov som må bo hjemme lengere enn nå.

Beskrivelse

En finner det relevant å beskrive innhold i tjenester i institusjonene som i dag inngår i kommunens samlede institusjonstjeneste. En vet av erfaring at kostnader for institusjonsplass på sykeavdelingen og Solbrått kommer opp som tema og at de sammenlignes direkte. Kostnader kan imidlertid ikke direkte sammenlignes uten å kjenne til innhold i tjenestene.

Sykeavdelingen har i dag 22 langtidsplasser inkludert 8 plasser på skjermet enhet samt 4 korttidsplasser. 2 av korttidsplassene benyttes i dag til langtidsopphold. I tillegg har sykeavdelingen 2 sykestueplasser der 0,56 plass er definert som kommunal ø-hjelpsplass (KAD). Driftskostnader til KAD og sykestueplasser delfinansieres av staten, henholdsvis over ramma og øremerket tilskudd via Finnmarkssykehuset. Sykeavdelingen har også ansvar for kommunens legevakt på kveldstid og natt på ukedager, på døgnbasis helger og på helligdager. Avdelingen har også ansvar for å bistå lege og ambulanse ved mottak av pasienter på akuttrom. Drift av sykestueplasser og legevakt medfører krav om sykepleierkompetanse til stede til enhver tid - 24/7.

Solbrått er et aldershjem som tilbyr pleie- og omsorgstjenester til pasienter som er tildelt langtidsplass i institusjon. Porsanger kommune kjøper 10 institusjonsplasser og har tildelingsrett til disse. Det foreligger begrensninger i hvilke helseutfordringer som kan ivaretas på disse plassene. Eksisterende avtale om kjøp av institusjonsplasser er gjeldende ut 2024, og utløper derfor i kommende økonomiplanperiode. Sykepleier fra Solbrått er fast medlem i kommunens inntaksråd. Institusjonen har ingen tjenester som i seg selv medfører krav om sykepleiertjeneste på døgnbasis, og har heller ikke dette som en del av sin bemanningsplan. Tjenesten skal likevel være faglig forsvarlig og med samme krav til tilbud og tjenester som langtidspasienter i andre institusjoner. Kommunen er ansvarlig for legetilsyn, som utføres fast hver 14. dag. Ved ledighet har plasser på Solbrått også vært benyttet til både avlastning og andre typer av korttids-opphold, for å utnytte kapasitet fullt ut.

I følge Kostra 2019 hadde Porsanger en dekningsgrad av institusjonsplasser for innbyggere over 80 år på 15,9% som var over det kostragruppe 3 og sammenlignbare kommuner hadde. Dette har vist seg også på statistikk over mange år tilbake, og kan knyttes til kjøp av private institusjonsplasser. Antallet plasser som kjøpes fra privat leverandør er imidlertid redusert fra 14 til dagens 10 fra 2018. I følge Kostra for 2020 er andel innbyggere over 80 år i institusjon redusert til 14,3%, men ligger ennå over både kommunegruppe 3 og fylkesnivå men nå under sammenlignbare kommuner (her Karasjok og Nordkapp).

Av Kostra for 2020 fremkommer at kommunens kostnader pr. oppholdsdøgn i institusjon utgjør kr. 3 894.-, som er lavere enn både kommunegruppe 3, fylket og sammenlignbare kommuner.

Uavhengig av i hvilken institusjon reduksjon i plasser gjennomføres, vil sykeavdelingen som konsekvens oppleve økt antall pasienter som kommer inn via KAD og sykestue, og som ikke umiddelbart kan skrives ut igjen. Sykeavdelingen opplever allerede en økt belastning på dette i forhold til både tidlige utskrivninger fra sykehus og at det er stadig mer komplekse sykdomsforløp som skal følges opp i kommunen. Sett i sammenheng med at avlastning tilbys på sykeavdelingen, forsterkes behovet for at antallet korttidsplasser burde økes. Dette medfører ytterligere inntektstap i form av redusert brukerbetaling, da det er plasser avsatt til langtidspasienter som eventuelt må omdefineres. Det pågår i partssammensatt utvalg et

arbeid med revidering av kommunenes sykestueavtaler med Finnmarkssykehuset, der kommuneoverlegen i Porsanger deltar. Dersom det viser seg at kommunen får tildelt økt antall sykestueplasser, vil også øremerket tilskudd fra stat øke. Det endelige grunnlag for revidering av sykestueavtalene forventes å foreligge rundt årsskiftet.

Dersom reduksjon i antall plasser vedtas gjennomført på sykeavdelingen, er en forutsetning at det etableres et større fellesareal der inntil 15 pasienter kan samles. Dette da antallet pasienter ute i avdelingen ikke lenger kan fordeles på to grupper som nå, da en reduksjon vil medføre alenearbeid for ansatt på aften og behov for å tilrettelegge for forsvarlig tilsyn med de som sitter oppe mens andre legges. Det finnes rom i avdelingen som egner seg til ombygging til dette formål, og det må påregnes kostnader til slik ombygging.

Det presiseres at reduksjon må skje på antall langtidsplasser, da sykestue-, KAD- og legevaktjeneste er lovpålagt opprettholdt.

Alternative driftsreduksjoner for nedskalering av institusjonsomsorg

Alternativ I sykeavdelingen:

For at en nedskalering skal ha en økonomisk effekt må det minimum reduseres med 5 langtidsplasser. Dette gir rom for å redusere grunnbemanning med 2,7 årsverk. Besparelse vil med utgangspunkt i lønnskostnad for helsefagarbeider med full ansiennitet (kr. 521 318.-) være kr. 1 407 000.-. I tillegg vil det tilkomme en besparelse på faste tillegg beregnet til et snitt på kr. 50 000.- pr. årsverk - kr. 135 000.- for 2,7 årsverk. Besparelser i form av stillinger for ufaglærte vil gi lavere innsparing. Redusert antall plasser vil gi redusert inntekt i form av brukerbetalinger, anslått til et snitt på kr. 13 800.- pr. mnd., noe som betyr en inntektsreduksjon på kr. 828 000.- pr. år. dersom 5 langtidsplasser legges ned. I tillegg vil en lavere grunnbemanning gi reduserte kostnader til vikar ved permisjoner og sykefravær, men omfang er vanskelig å anslå da dette avhenger av den enkeltes behov for slike tiltak. Det vil ikke være mulig å forvente helårsvirkning av et slikt vedtak, da plasser må tas ned ved naturlig avgang eller flytting til annet botilbud. I tillegg må nedbemanningskriterier følges. Halvårsvirkning er sannsynlig.

Netto besparelse helårsvirkning kr. 714 600.-. Legges inn i Arena som tiltak.

Alternativ II sykeavdelingen:

En reduksjon av 10 langtidsplasser på sykeavdelingen gir rom for å redusere grunnbemanning med 5,2 årsverk. Dette vil berøre flere besatte stillinger og vakante helgestillinger. Besparelse vil med utgangspunkt i lønnskostnad for helsefagarbeider med full ansiennitet være kr. 2 711 000.-. Besparelser i form av stillinger for ufaglærte vil gi lavere innsparing og høyskolestillinger høyere. I tillegg vil det tilkomme en besparelse på faste tillegg beregnet til et snitt på kr. 50 000.- pr. årsverk - kr. 260 000.- for 5,2 årsverk. I tillegg vil en lavere grunnbemanning gi reduserte kostnader til vikar ved permisjoner og sykefravær, men omfang er vanskelig å anslå da dette avhenger av den enkeltes behov for slike tiltak. Medfører inntektstap i form av redusert brukerbetaling langtidsplass med beregnet snitt på kr. 13 800.- pr. plass pr. mnd. - kr. 1 656 000.- pr. år. Det vil ikke være mulig å forvente helårsvirkning av et slikt vedtak, da plasser må tas ned ved naturlig avgang eller flytting til annet botilbud. I tillegg må nedbemannings-kriterier følges. Sannsynlig nedskalering ansees å være 5 plasser med halvårsvirkning i 2022 og årsvirkning fra 2023. Eventuelle driftsreduksjoner bygg og vedlikehold er ikke kartlagt.

Netto besparelse helårsvirkning kr. 1 315 000.-. Legges inn i Arena som tiltak.

Et så omfattende kutt i årsverk kan ikke gjennomføres uten at drift på sykestue og legevakt omorganiseres i en felles sykepleieturnus på tvers av flere tjenester. Kuttet kan ikke utelukkende tas fra fagarbeidergruppen og reduksjon av antall årsverk sykepleier gir større sårbarhet ved fravær. Det kan som et alternativ IV reduseres med 7-8 plasser, men kan da bare reduseres med en dagvakt og en aftenvakt. Dette gir ikke større netto besparelse enn ved reduksjon av 5 plasser, og legges ikke som eget tiltak. Kan muligens få ned sykefraværet ved mindre belastning på pleierne.

Ved reduksjon i dette omfang bør hele personalgruppa gå over i overskuddsturnus og bemanningsnorm endres, slik at det ikke leies inn ved fravær. Slik kan man beholde fagkompetanse til eldrebølgen kommer og motvirke de negative konsekvenser som fraflytting osv.

En reduksjon i dette omfang vil videre øke behov for opprettelse av et omsorgsnivå mellom eget hjem og institusjonsomsorgen, der også et antatt økt behov for avlastning kan tilbys. Mellomnivå for demente bør også vurderes for å senke liggetiden på institusjonsplasser. Det må påregnes investeringskostnader til dette, som ikke er utredet i denne sammenheng.

Alternativ III - Solbrått aldershjem:

Det vil ikke være rom for å redusere kjøp av antall plasser knyttet til avtalen om kjøp av institusjonsplasser fra Solbrått aldershjem, da utgifter og inntekter ifølge styrer på Solbrått balanserer hårfint med drift av 10 plasser som i dag. Dette vurderes å være et adekvat syn. Alternativet vil være at avtalen om kjøp av plasser opphører i sin helhet. Gjeldende avtale om kjøp av institusjonsplasser løper ut 2024 og utløper derfor i den kommende økonomiplanperioden (sak 2017/413). Avtalen fremstår som uoppsigelig og har 1 års oppsigelsestid med virkning senest fra 1.1.23. Det er ikke gjennomført en administrativ vurdering på om avtalen eventuelt skal og kan sies opp på et tidligere tidspunkt enn fra 1.1.23, da det ansees å ligge til politisk ledelse å avgjøre om slik utredning skal gjennomføres. Kostnader til juridisk bistand vil påløpe. Ved opphør av kjøp av 10 institusjonsplasser vil netto besparelse med utgangspunkt i budsjett 2021 og fradrag av mindreinntekt brukerbetaling fra 2025 være kr. 9 262 000.- pr. år. Lønns- og prisvekst i perioden 2022 – 2024 er ikke hensyntatt. Et bortfall av avtalen fra 2025 vil kreve oppbygging av et styrket tilbud, eksempelvis i form av døgnbemannede omsorgsboliger eller økt antall sykehjems plasser i Lakselv. Omfang og kostnader til dette er ikke utredet.

Dersom det i perioden frem til 2025 er gjennomført nedskalering av institusjonsplasser på sykeavdelingen, må dette skaleres opp igjen dersom kjøp av plasser fra Solbrått aldershjem opphører. Det vil ikke være forsvarlig å nedskalere omfang innen kommunal og privat institusjonsomsorg parallelt.

Alternativet legges ikke inn som tiltak i Arena, da dette krever et større utredningsarbeid knyttet opp mot eventuelt behov for styrking av andre tilbud.

2.2. Øke grunnbemanning på sykeavdelingen

I 2020 ble det, fordelt på flere ulike rammer og tjenester, totalt redusert 10.2 årsverk i helse og omsorgsavdelingen, hvorav sykeavdelingen fikk et kutt på 1,7 årsverk der 1,5 årsverk var styrking på legevakt. Dette var basert på en fremlagt konsekvensanalyse som var utført av avdelingen selv, der det ble konkretisert at beskrevet konsekvens var reell med mindre avdelingen ble påført tilleggsoppgaver som følge av kutt i andre tjenester (Vedlegg).

I etterkant av vedtaket er sykeavdelingen likevel påført nye oppgaver som følge av stillingskutt på kjøkken, meroppgaver legestasjonen til testing m.m., reduksjoner i renholdstjeneste, tidsbegrensede vakanser på fysioterapitjenesten og reduksjoner på driftssentralen. Hver for seg er ikke oppgavene av omfattende karakter, og noe er relevant at avdelingens ansatte ivaretar, men summen av disse utgjør en arbeidsmengde som nå gir konsekvens for ansattes direkte pasientrettede arbeidstid. Kvaliteten på omsorgen pasientene og de pårørende får anees å være av redusert kvalitet, og det foreligger flere klager fra pårørende til tjenesten på dette.

I tillegg erfares over tid at det er stor endring i funksjonsnivå på pasienter som skrives ut fra sykehus. Behandling som nå forventes utført på sykestueplass blir stadig mer avansert og spesialisert, og forventningene fra spesialisthelsetjenesten om hvilke pasient- og behandlingsforløp som skal ivaretas av kommunen blir stadig flere. Dette dokumenteres nå internt å kreve mer tid til legetilsyn, til utarbeidelse av behandlingsprosedyrer for enkelttpasienter på sykestueplass (og i hjemmet) og til å skaffe særlige medisiner og utstyr som vanligvis ikke benyttes i avdelingen for øvrig. Legetilsyn som daglig skal gjennomføres i sykehjem, har økt fra 10 til inntil 60 minutter pr. dag de siste årene og opptar derfor også stadig mer sykepleierressurs underveis og til etterarbeidet etter visitt. Man ser også at funksjonsnivå på langtidspasienter som følge av at folk bor hjemme lenger enn før, er lavere ved innkost og medfører oppfølging av flere somatiske utfordringer enn bare for noen år siden.

En gjennomgang av oppgaver som av ulike årsaker er tilført sykeavdelingens ansatte bare det siste året ga følgende oversikt og estimert tidsbruk:

Oppgaver for kjøkken som følge av stillingsreduksjon på 0.9 årsverk der i 2019:

Klargjøring av måltider på aftenvakt på alle 3 grupper, oppvask på skjermet enhet og tilberedning av spesialkost v/ behov.

Estimert tidsbruk: 3 grupper x 30 min pr måltid pr gruppe x 2 pr. døgn - 3 t. pr. dag, oppvask x 2 pr. døgn skjermet enhet - 1 t. pr. dag. Totalt 28 t. pr. uke. Oppgavene utføres samtidig som ansatte skal ha ansvar og tilsyn med pasienter.

Oppgaver på legevakt:

kontroll av akuttrom på ukedager og økt bistand til legevakt utenom «røde» pasienter.

Estimert tidsbruk: kontroll av utstyr på akuttrom – 0,5 t. x 3 dager, 1,5 t. pr. uke, bistand legevakt varierer men opptar sykepleierressurs ved behov som oppstår gjennom døgnet, forsiktig anslått til minimum 2 t. pr. dag, 14 t. pr. uke. Totalt 15,5 t. pr. uke. Tidligere

ivaretatt av egen ressurs dedikert til styrking legevakt, der erfaringer i ettertid har vist at denne ikke var mulig å redusere i skissert omfang.

Oppgaver overført etter reduksjon av 0,5 årsverk i renholdstjenesten i 2020:

Innkjøp av tekstiler (bl.a. sengetøy og håndklær), innkjøp av arbeidstøy til felles lintøylager, sortering av arbeidstøy på lintøylager etter ankomst fra renseri, sortering av pasienttøy etter ankomst fra renseri og pynting ved høytider x 3.

Estimert tidsbruk: Sortering av pasienttøy samt sortering av arbeidsklær og rydding av lintøylager 2 t. x 2 pr. uke, totalt 4 t. pr. uke. Pynting til høytider krever ekstra innleie av personell x 3 dager pr. år (påført ekstra kostnad som følge av reduksjoner i annen tjeneste).

Konsekvens av midlertidige vakanser i fysioterapitjenesten:

Gir lengere liggetid på korttids plass og ansvaret for å følge opp treningsprogram flyttes i større grad til ansatte på sykeavdelingen. Anslått til 2,5 t. pr. uke i de perioder det er vakanser på fysioterapitjenesten, 2 måneder i 2022.

Oppgaver tilført sykeavdelingens ansatte som følge av reduksjoner på driftssentralen i 2020:

Vinterstrøing av alle innganger, snømåking av alle innganger for å sikre åpne rømningsveier om vinteren, praktiske oppgaver utenom det som direkte har med bygg å gjøre (eks. vedlikehold og montering av inventar, flytting av inventar når pasienter bytter rom).

Alternativ er kjøp av bistand fra eks. Asvo, noe som vil medføre ekstra kostnad for tjenesten.

Estimert tidsbruk: avhenger av vær- og føreforhold, anslått 0,5 t. pr. vakt x 3 for å holde nødutganger åpne. Totalt 10,5 t. pr. uke i vinterhalvår (4 mnd). Praktiske oppgaver estimeres forsiktig til 3 t. pr. uke.

Oppsummert utgjør fast tilførte oppgaver overført til ansatte på sykeavdelingen 50,5 t. pr. uke. Sesongbaserte oppgaver kommer i tillegg. Det er åpenbart at dette nå får konsekvenser for det omfang av tid som kan settes av til direkte bruker- og pårørenderettet arbeid. Det ansees ikke at dette pr. nå utgjør en risiko for pasientene, men det har en konsekvens for kvaliteten på tilbudet som gis. Tjenesten kan dokumentere flere klager på kvalitet innkommet fra pårørende, og det kan også dokumenteres flere avvik på uønskede hendelser på eksempelvis vold og trusler fra pasient.

For å sikre at alle som mottar pleie, omsorg og helsehjelp fra sykeavdelingen som pasient på kort- og langtids plass, på legevakt eller som pårørende fortsatt skal få et forsvarlig tilbud av god kvalitet, foreslås følgende alternative tiltak:

1. Styrking av grunnbemanning med 1,2 årsverk fagarbeider for å dekke de tilleggsoppgaver som er tilført tjenesten og det merarbeid som følge av økt kompleksitet hos pasienter på sykestueplass. Sykepleierressurs frigjøres fra oppgaver andre kan utføre, og tilførte oppgaver kan ivaretas. Tiltaket kan også sees i sammenheng med arbeid for flere hele stillinger.

Kostnadsestimat:

Sum kostnader pr. årsverk inkl. pensjon og feriepenger x 1,2 årsverk kr. 685 581.-

Alternativt kan kjøkken, renhold og driftssentral styrkes og tilleggsoppgaver legges tilbake til de opprinnelige tjenester.

2. Styrking i helg/ særavtale hele året er en del av heltidskulturteknningen. Utfordringen er at sykepleiere og helsefagarbeiderne jobber hver tredje helg. Dette gir færre med fagkompetanse på jobb i helg, og genererer 17 helgestillinger på fra 15 til 30 %. Ved fravær eller behov for flere med fagkompetanse i helg, benyttes det overtid da det ikke finnes vikarer med nødvendig kompetanse tilgjengelig. Dette fører igjen til større belastning på enkeltansatte og øker sykefravær. Sykeavdelinga har i tre år prøvd ut styrking av alle helger under ferieavviklingen på sommeren med særavtale på helg. Det tilbys ekstra timelønn for helgetimer, for å stimulere til at fagutdannede bytter planlagt arbeidstid i ukedag til helg for å dekke kompetansebehovet. Dette gjøres da planlagt i en sommerturnus, og frigjør vakter i ukedager som kan tildeles deltidsansatte og sommervikarer. Bemanningen gjennom uka, blir da jevnere og sårbarheten ved fravær og økt behov for kompetanse synker. Ansatte ønsker nå å utvide ordningen til hele året, og benytte langturnus som er en av modellene i heltidskultur. Det gis da mulighet for å inngå særavtale på helger med forventet fravær eller antatt økt behov, på samme måte som for sommeren. For å få dette til er det behov for tilførsel av lønnsmidler til å inngå særavtaler. Med utgangspunkt i kostnad til tiltaket under ferieavvikling anslås kostnaden for fast ordning gjennom hele året å utgjøre kr. 260 000,-.

Tiltakene er lagt inn som separate tiltak i Arena.

2.3. Forvaltning av omsorgsboliger

Tiltaket utredet i et samarbeid mellom sektorene for helse og omsorg og kommunalteknikk og samfunnsutvikling. Da omsorgsboliger ikke er en lovfestet tjeneste, kan kommunen avgjøre omfanget av slik tjeneste selv. Kommunen kan også avgjøre hvordan tjenesten organiseres.

Porsanger kommune (PK) har i dag en fremleieavtale med Porsanger boligstiftelse (PB) for tilrettelagte boliger i Peder Sivertsens vei. I omfang utgjør dette 8 leiligheter uten tilknyttet bemanning, 5 miniomsorgsboliger med døgnbemanning ved "avlastningen" på Trekløveren (ikke i drift fra 1.11.20) samt 6 leiligheter psykiatri med døgnbemanning som også er lokalisert til Trekløveren.

I avtalen ligger at kommunens helse- og omsorgsavdeling har tildelingsrett på disse, og at PK betaler leie til PB uavhengig av om enkeltleiligheter i perioder står tomme. Avtalen løper til 2024. I avtalen fremkommer videre at PB har utvendig vedlikeholdsansvar mens PK har ansvar innvendig. En opplever likevel at det ofte er uklart hvilken instans som har det faktiske ansvar for vedlikehold og skader i leilighetene. Eksempel her er etter lynnedslag juli-19.

Det finnes også en tilsvarende avtale om fremleie mellom Nav sosial og PB, men her er det PB som utsteder leiekontrakter og krever inn depositum mens Nav har tildelingsrett.

Boliger uten bemanning benyttes til personer som av mobilitetshensyn ikke lenger kan bo hjemme i egen bolig. Leietakere mottar eventuelle hjemmetjenester på lik linje med personer som bor i egen bolig. Det må rettes søknad til helse- og omsorgsavdelingen som fatter enkeltvedtak om tildeling av bolig. Tjenesten er ofte en del av et helhetlig

tjenestetilbud til leietaker. Det er helse- og omsorgsavdelingen som i dag har ansvaret for tildeling i form av enkeltvedtak samt de praktiske oppgaver med leiekontrakt, depositum og nøkkelforvaltning. Det er imidlertid kommunalteknikk og beredskap som budsjetterer utgift til kostnader for fremleieavtale med boligstiftelsen, og som inntektsfører husleie fra leietakere.

Ansvar og oppgaver er med andre ord fordelt over 2 sektorer, der det til nå ikke har vært samarbeid om forvaltning og organisering. Resultatet av dette er at det mangler kvalitetssikring av utgift og inntekt leieavtale PB i form av gode nok rutiner for inngåelse og avslutning av husleieavtaler, årlig kvalitetssikring av størrelse på husleie og strømkostnader, kunnskap om vi har forsikring på boligene som dekker skade fra 3. part og oppdatering av reglement for leietaker. Ansvar for dette blir uklart og pulveriseres. Tidligere var deler av oppgavene lagt til kommunal boveilederstilling. Det ansees at dagens organisering av utleie er uhensiktsmessig organisert, og at det er for mange involverte tjenester og enkeltansatte: Avtaleoppfølging og kostnader: PB, komm.tekn., merkantil ressurs ho. Vedtak, kontrakter og depositum: fagkonsulent ho, inntaksmøte ho, ho-sjef, merkantil ressurs ho, plan- og økonomi, driftssentral.

Forslag til endring:

Det søkes å inngå avtale om at PB utsteder leieavtaler, krever inn depositum og forvalter nøkler til de 8 leilighetene uten bemanning på lik linje med leilighetene der Nav har tildelingsrett. Helse- og omsorg beholder tildelingsretten.

Kostnader for dekning av fremleieavtale og inntekt husleie overføres til helse- og omsorgsavdelingen. Ved forhandling om eventuell ny avtale forsøkes å få til en avtale om tildelingsrett uten fremleieavtale.

Ho og komm.teknikk. v/ sektorsjefer initierer et arbeid med kvalitetssikring av rutiner for inngåelse av leiekontrakter og rutiner for avslutning av leieforhold for å sikre inntekspotensialet som ligger i utleie/ fremleie - også for boliger med døgnbemanning. Om rutiner også skal gjelde for boliger der Nav har tildelingsrett må vurderes underveis i arbeidet.

Gevinst:

Komm.teknikk og beredskap, plan- og økonomi og merkantil HO oppnår spart tid da de ikke lenger har en rolle i oppgaven, og gi mer oversikt.

Dersom ny avtale inngås med de forslag som foreligger vil hele forvaltningen med unntak av tildeling ligge hos PB. PK anser at dette er en optimal løsning. Er avtalen oppsigelig før 2024?

Det ansees at en ved å legge hele det økonomiske ansvaret til HO vil sikre en mer presis budsjettering på bakgrunn av at det er der tildelinger gjennomføres, og en har en oversikt over tidsbegrenset ledighet og manglende husleieinntekt – behov for budsjettregulering.

2.4. Øke grunnbemanning i hjemmesykepleietjenesten

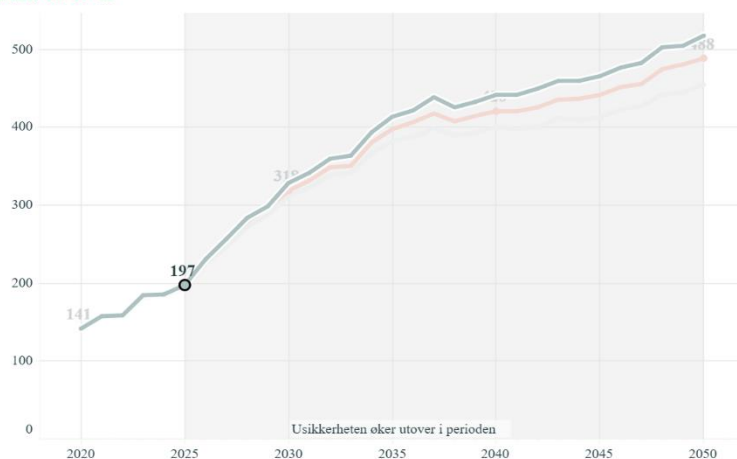
Hjemmesykepleietjenesten gir helse og omsorgstjenester i hjemmet til alle innbyggere i kommunen som har et behov. Tjenesten har i dag ca 23,5 årsverk fordelt på avdelings-leder, sykepleiere og helsefagarbeidere og helgestillinger tiltenkt pleiemedhjelpere. Pr. i dag har tjenesten rundt 140 personer med aktivt vedtak på tjenester. Tjenester ytes på dag, kveld og natt. I årene som kommer vil antall eldre over 80 år øke, også i Porsanger (se graf nedenfor). Ifølge tall fra SSB for befolkningsframskriving, har Porsanger kommune i dag 157 innbyggere i aldersgruppen 80-89. Innen 2025 vil disse ha økt til 197, en økning på 40 personer.

Med dette er det nærliggende å tro at det også vil bli flere hjemmeboende eldre som har behov for helsetjenester i hjemmet, slik det også er vist til i utredningsnotatets pkt. 1 om statistikk og styringsdata.

Befolkningsframskrivninger for kommunene. 2020-2050

Kommune: 5436 Porsanger - Porsángu - Porsanki

Begge kjønn. 80-89 år



Kilde: SSB

Leve hele livet reformen, som er en kvalitetsreform for eldre, sier noe om at eldre skal ha en god kvalitet i helsetjenester som gis, og at de skal få den helsehjelpen de trenger når de trenger den. De skal oppleve god livskvalitet og egenmestring. Reformen sier også noe om at den skal bidra til at pårørende ikke blir utslitt, og at ansatte i helsetjenestene skal oppleve et godt arbeidsmiljø der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb. Slik som situasjonen er i dag, driftes tjenesten med en absolutt minimumsbemanning der man har en høy andel brukere som skal få helsetjenester i hjemmet. Ansatte føler ikke at de får gjort en så god jobb de skulle ønske, og det oppleves som vanskelig å til enhver tid vie så mye tid til brukere som de har behov for. En fremtidig satsning på velferdsteknologi kan avhjelpe dette.

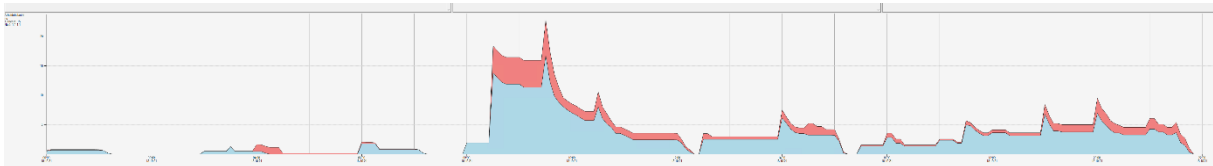
Samhandlingsreformen har bidratt til at pasienter som legges inn på sykehus nå skrives raskere ut til kommunen og ofte er sykere og med mer komplekse sykdommer enn før. Dette medfører at kommunene må stå klar for å ta imot med den kompetansen som trengs når pasienten skrives ut. Da kommunen ikke har mange sykestue/KAD plasser, er det ikke alltid

pasienter kan skrives ut til sykehjemmet. Ofte skrives de direkte ut til hjemmet, der hjemmesykepleietjenesten gjør tiltak for at pasienten skal kunne være hjemme, eller de blir værende på sykehus frem til det blir ledig plass og kommunen må betale døgnmulkt.

Hjemmesykepleietjenesten har fra 2011 hatt en reduksjon i årsverksrammen på totalt 3 årsverk. Det er en dokumentert økning av brukere i tjenesten de siste årene, og grafen for antall pasienter og antall årsverk til å gi tjenester går derfor i ulike utviklingsretninger. Kostratallene dokumenterer dette. En økt årsverksramme vil også kunne bidra til flere faste stillinger, da mange av fagarbeiderne går i reduserte stillinger. Flere fagarbeider gir også anledning til å ta inn flere helsefaglæringer dersom antallet lærlingestillinger økes, noe som vil være et godt tiltak i rekrutteringsarbeidet.

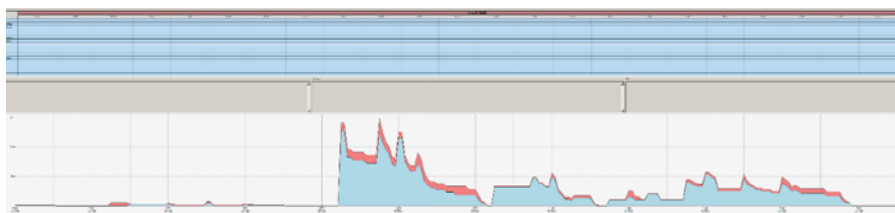
Som tidligere nevnt, har tjenesten merket en økning i bistandsbehov fra tjenestemottakere. I dag bor tjenestemottakere lengere hjemme enn tidligere, noe som også medfører at de kommer senere inn til for eksempel omsorgsbolig på Porstun. Som konsekvenser av dette ser man at nye beboere ved Porstun også ofte har lavere funksjonsnivå nå enn tidligere, men også at hjemmeboende tjenestemottakere i distriktet har behov for flere tjenester og tiltak. Dette igjen skaper og kan skape merarbeid, samt mer kjøretid for hjemmesykepleien (indirekte brukerrettet arbeidstid).

Mange av våre brukere har behov for tjenester innenfor et fast tidsrom, dette være seg personlig hygiene og mobilisering, matstell eller hjelp til å få i seg medisiner til rett tid. Med dagens bemanning rekker man ikke til alle brukere i det tidsrommet de burde ha tjenester, og mange får bistand på et senere tidspunkt enn de burde. For å illustrere dette har vi lagt med en graf fra Geric (journalprogrammet) som beskriver hvor mange ansatte som burde være på jobb innenfor et avgrenset tidsrom for å gi tjenester til brukere innenfor den tiden behovet faktisk foreligger.



Figur 1: Skjerm bilde fra Geric (journalprogram)

Til høyre vises hvor mange ansatte som bør være på jobb for å gi tjenester innenfor rett tidsramme. Figuren viser at på en vanlig mandag (18.10.21) kreves det egentlig opp mot 21 ansatte for å kunne gi tjenester til riktig tid innenfor tiden 0830 – 1030. Ut over dagen jevnes det mer ut. Figuren viser også det samme for kveld, henholdsvis med anbefalt rundt 8 ansatte på vakt. Reelt antall ansatte på dag/kveld er henholdsvis 6 og 5 stk. Det må dog bemerkes at dette er et øyeblikksbilde og at det vil kunne variere. Man må også ta i betraktning at det kan være enkelte feilkilder som feile tidspunkt lagt inn per bruker. Til sammenligning viser graf fra 05.10.20 et behov for 15 ansatte i samme tidsrom (figur 2).



Figur 2: Skjermbilde fra Gerica (journalprogram) fra 05.10.2020

Ved å øke årsverk i hjemmesykepleietjenesten vil man trolig kunne se flere gevinster:

- Tjenestemottaker kan bo lengere hjemme med punktjenester fra hjemmesykepleien. Dette vil også kunne bidra til økt trygghet, økt autonomi og økt egenmestring hos tjenestemottaker.
- Tjenesten vil kunne ha større fokus på økt hverdagsrehabilitering i hjemmet til tjenestemottaker.
- En antakelse om reduksjon i sykefravær da arbeidsbelastning og stressnivå for den enkelte ansatt vil reduseres og man vil kunne vie mer tid til de brukerne som faktisk har behov for det.
- Økonomisk gevinst i form av redusert sykefravær, redusert vikarinneleie ved behov i særlig krevende perioder, redusert overtidsbruk, færre liggedøgn sykehus og døgnmulkt.
- Økt kvalitet i tjenesten med flere fagressurser.
- Redusert stress per ansatt. Jamfør punkt 1. i dette dokumentet viser kostratall fra 2020 at Porsanger kommune gir tjenester til flere brukere per årsverk enn sammenlignbare kommuner.

Tjenesten har per i dag de sykepleieressursene det er behov for. Derfor ansees at det vil være hensiktsmessig å øke med fagarbeidere dersom man velger å øke årsverk i tjenesten.

Kostandsberegning foreslått tiltak på tilførsel av 1 ansatt på dag- og aftenvakt alle dager:

Årslønn helsefagarbeider med full ansiennitet:	446 000,-
Faste tillegg	50 000,-
Pensjonskostnader	75 318,-
Totale lønnskostnader 1 årsverk	571 318,-

Ved å styrke med 1 helsefagarbeider på dag- og aftenvakt utgjør et behov for tilførsel av 2,86 årsverk. Totalkostnad 2,86 årsverk: 1 633 969,-

3. INVESTERINGSTILTAK

3.1. Nytt sykesignalanlegg på sykeavdelingen som plattform for implementering av velferdsteknologi i institusjons- og hjemmetjenesten

Sykeavdelingen har i dag et sykesignalanlegg som ikke fungerer optimalt, og som ikke fremstår som sikkert for verken pasienter eller ansatte. Avdelingsleder, nestleder og verneombud har i samråd med ansatte utarbeidet en risikokartlegging av dette, som ligger som vedlegg.

Sykesignalanlegget på sykeavdelinga ble installert ved utbygging og renovering rundt 2002/03. Anlegget ga mulighet for å tilkalle hjelp fra alle pasientrom og toaletter, og hadde mulighet tilkobling av ulike typer utstyr som kunne varsle om fall, at noen forlater seng og ulike måter pasient kan ringe på etter personens evne til å bruke anlegget. I tillegg hadde anlegget tilknyttet overfallsalarmer, som personalet kan bære på seg for å tilkalle andre i situasjoner der pasienter utøver vold mot pleiere. Disse ble også benyttet for å varsle om nødsituasjoner på fellesrom som hele tiden har manglet varsling. Jordmor er også tilknyttet anlegget, slik at hun kan be om nødhjelp ved akutt fødsel.

Før lynnedslag i 2018, var anlegget i drift, men det var allerede da knyttet alvorlige avvik til at ikke alle utløste alarmer ga videre varsling. Noen rom hadde ødelagte deler, slik at de uløste uønskete alarmer eller ikke lenger lot seg bruke. Dette gjaldt særlig de rommene som hadde benyttet systemet mest, herunder sykestue- og korttidsplasser. Det kom også inn alarmer fra rom som ikke eksisterer i bygget. Det oppstod også «kø» på alarmer, noe som gjør at varsling kan forsinkes.

I august 2018 slår lynet ned på Helsetunbygget og ødelegger alarmsystemet. Det blir reparert, men callere mottar ikke noen signaler. Samtidig ble utslitte systemdeler i pasientrom byttet. Per i dag er det en caller på avdelingen som mottar varsling men da ikke alle utløste alarmer. Dette forklares med at callerne virker via antenner på taket, som gjør at det kan oppstå dødsoner i bygget der man ikke kan motta signal. Hvis man skal erstatte callerne som ble ødelagte under lynnedslaget, vil disse koste 80 000,- pluss installering. De vil likevel ikke fungere optimalt, da man risikerer at alarmer ikke mottas med mindre antenne på taket utbedres.

Overfallsalarmene er helt ute av drift etter lynnedslaget, leverandør har ikke greid å få disse til å virke igjen og kan ikke tilby noe som erstatter disse. Det er knyttet flere alvorlige avvik til at pleiere har blitt stående alene i voldssituasjoner, uten å kunne tilkalle hjelp fra andre. Det er heller ikke noen varsling fra fellesrom og det oppstår ukjentlig situasjoner der det er behov for å utløse varsling. Dette kan være både fall, illebefinnende, pasient som har satt mat i halsen osv. Det er nødvendig å få varsling fra fellesrom og til de som jobber med utagerende pasienter på plass snarlig.

Som løsning ble det kjøpt inn ringeklokker av den typen man benytter på ytterdør i private hjem. Pasientene som evner å bruke disse får utdelt knappen som vanligvis henger på husveggen. Selve klokken plasseres på fellesrom og kodes med ulike melodier for hver

pasient. Disse kan imidlertid ikke høres av pleierne når pleier er på annet pasientrom, og når flere ringer på samtidig kan det være vanskelig å skille ut den enkeltes melodi. Dette er en nødløsning som må erstattes med et skikkelig sykesignalanlegg snarest.

Det har vært et samarbeid mellom helse, IT og driftsavdelingen for å søke å få anlegget opp og gå på et forsvarligvis.

IT har klart å koble sykesignalanlegget slik at det mottas SMS som varsling, med romnummer fra hvor alarmene er utløst. Dette går via mobilnettet og er ikke avhengig av antenner på taket så alarmer sendes ut. Utfordringen ved dette er at alle typer alarmer mottas som samme SMS. Det kan ikke skilles på om det er pasient/ pårørende som har ringt på, pleier som ber om håndsrekning fra annen pleier eller om det er en nødsituasjon. Det er også et praktisk problem å kunne lese av meldinger på mobiler mens pleiere står i arbeid. Denne varslingen brukes i dag kun for pasientene, og hvis pleieren har avtalt seg imellom at de kommer til å ringe på når de trenger hjelp. Det er en mistillit til anlegget som følge av at det har vært mye feil og lange perioder uten drift. Det oppstår fremdeles feil som uteblitt alarm, alarmer fra rom som ikke finnes, alarmer som har hengt seg opp og kø i systemet. Flere av pasientene foretrekker alternative løsninger som å benytte egen mobil å ringe til pleier, ringe til pårørende som varsler pleier eller benytte kubjelle, roping eller dørklokker. Flere har også dører til rommet åpne, og nattevakter sitter i høreavstand på natt. Dette øker fallfaren og risikoen for at pasienter skal gå ut av bygget på natt, når de enten vekkes unødig eller ikke får hjelp når de trenger.

For varsling mellom pleierne benyttes ikke lenger sykesignalanlegget, da det er en stor risiko for at alarmer ikke mottas. Pleiere benytter ringing og roping, noe som skaper uro på avdelingen og kan blottlegge en del av pasientene.

Det er heller ikke mulig å utløse nødalarm på sykeavdelinga. Denne skal kunne benyttes både fra jordmorkontor, akuttrom, legevakt og i alle situasjoner som krever flere personer eller utstyr raskt. Det betyr at man kan tape de første viktige minuttene, som kan være avgjørende for om personer dør eller får varig helseskade for at pleier skal løpe, ringe eller rope etter hjelp. Tidligere da nødalarm enda fungerte, var praksis slik at alle som kunne forlate det de står i umiddelbart skal løpe til alarmstedet og stille seg disponibel til å hjelpe. Nødalarm benyttes ved hjertestans, illebefinnende, kvelning, blødninger, akutt fødsel og andre hastesituasjoner som krever flere personer eller utstyr. Også nødvarsling fra legene og psykiatritjeneste bør kunne varsles vi anlegget. Det må sikres nødvarsling snarlig, dette berører ikke bare de som bor eller oppholder seg på sykeavdelingen, men også alle som benytter legevakt.

Også gjennom det iverksatte kompetansehevingstiltak *Klinobskommune* har prosjektledelse kommet med krav til nødvarsling. Dersom ikke dette kommer i orden risikeres det at prosjektledelsen varsler dette som avvik til Statsforvalteren. Dette da de anser dette som en risiko, og fordi det som en del av prosjektet skal utarbeides prosedyre for nødvarsling og dette derfor må være på plass. Dagens alternative og midlertidige løsninger i form av eks. ringeklokke e.a. vil ikke dekke dette kravet.

Det er i løpet av de siste årene blitt kjøpt inn teknologi i form av fallalarmer som kan kobles til sykesignalanlegget. Disse er nå ute av drift, fordi ikke alle alarmer kommer frem til mottaker og det kreves programvare som kommunen ikke lenger benytter (Java).

Leverandør kan ikke tilby noen hjelp til å få disse i drift igjen. Sykeavdelinga trenger fallforebyggende varsling. Lårhalsbrudd hos eldre er en av de vanligste akutte skadene hos eldre, og ved høy alder viser det seg at dødeligheten ved brudd og i året etter brudd er svært høy.

Leverandør av dagens anlegg kan ikke hjelpe avdelingen med ytterligere utbedring og påviste avvik kan ikke lukkes med dagens system. Herunder at de ikke kan bistå med oppkopling av klokker, men har sendt avdelingen en bruksanvisning for selv å skulle løse dette.

Et nytt sykesignalanlegg vil også kunne løse andre og tidligere varslede investeringsbehov, nærmere bestemt behovet for en digital plattform for å kunne ta i bruk (velferds)teknologi også i hjemmebaserte tjenester. En slik plattform er ifølge kommunens IT-tjeneste en forutsetning for å kunne implementere av velferdsteknologi også i hjemmetjenesten. Utfordringen er at dagens sykesignalanlegg er proprietært og derfor ikke mulig å benytte til dette. Med proprietært menes enkelt forklart at programvaren er begrenset og ikke kan benyttes med løsninger og produkter fra andre leverandører, eller kan repareres av andre enn leverandøren selv.

En investering i nytt sykesignalanlegg vil kunne lukke de dokumenterte avvik og risikoer i sykeavdelingen, men også løse behovet for løsninger for fremtidige satsninger for teknologi i hjemmebaserte tjenester og kunne defineres som en smart investering. Kravet er at det ikke velges et nytt proprietært system. IT har satt som absolutt krav at det ved implementering av velferdsteknologi må være ett felles grensesnitt for vedlikehold og konfigurering, som effektiviserer driften for it i stedet for å ha flere systemer som skal følges opp og være ressurskrevende sett opp mot de ressurser de har tilgjengelig.

En bruk av samme system til begge formål vil ikke automatisk tilsi at det er sykeavdelingen som skal følge opp alarmer også i hjemmetjenesten, med mindre dette bevisst velges, da et ikke-proprietært system vil gi mulighet for å fordele ansvaret for dette til flere tjenester. Det er kartlagt at det finnes leverandører som tilbyr slike løsninger.

En egen tverrfaglig arbeidsgruppe med deltakere fra ulike helsetjenester og IT har de siste årene jobbet med en plan for implementering av mer teknologi i sektor. Arbeidet er i dag en fase hvor man ser på løsninger som kan fungere til allerede kartlagte behov og muligheter for Porsanger kommune.

Hjemmetjenesten gir i dag tjenester til mange brukere som kan få dekket sitt bistandsbehov og øke sin egenmestring i egen bolig ved hjelp av ulike teknologiske løsninger. Slike løsninger vil også gi gevinst i form av at ansatte sparer tid, og gevinst i form av å unngått/ redusert kostnad til økning av årsverksramme i hjemmetjenesten. Implementering av teknologi vil med utgangspunkt i arbeidsgruppens gevinstkartlegging ikke gi noen direkte økonomisk gevinst, da omfanget av potensielt kartlagte brukere ikke er av stort nok omfang, samtidig som bruk av teknologi medfører nye oppgaver som ansatte skal følge opp. Det vil likevel gi en mer effektiv bruk av ressurser.

Eksempler her er:

- Fallalarm eller trygghetsalarm til bruker som har fallrisiko og derfor er utrygg i eget hjem. Teknologi kan gi økt trygghet i form av varslingsmulighet ved faktisk fall, og en kan unngå eller redusere antall fysiske tilsyn som ansatte i hjemmesykepleien i dag gjennomfører. Det vil også føre til at eventuelle fall avdekkes umiddelbart, og ikke først ved neste tilsyn.
- Trygghetsalarm til bruker som i dag har fysisk tilstedeværelse av ansatte i hjemmet under dusj. Trenger ikke bistand til aktiviteten men er utrygg på grunn av fallrisiko.
- Elektroniske medisindispensere til brukere som har behov for påminnelse om å ta medisiner gjennom dagen. Dispenseren vil i form av lyd minne brukeren om å ta sin medisin, i stedet for at ansatte kommer innom inntil x 4 pr. døgn og tilser at medisin er tatt eller ringer for å minne om dette.
- Digitalt tilsyn med pasienter som av ulike årsaker føler seg utrygge i hjemmet på grunn av medisinsk helsetilstand. I dag drar ansatte på et omfattende antall tilsyn for trygge bruker og sikre at bruker har det bra. Vil også være en alternativ løsning for personer som bor langt unna hjelpetjenester og føler seg utrygg i hjemmet.

Dagens eldre, og især morgendagens brukere av helsetjenester, har allerede opparbeidet seg digital kompetanse. De bruker allerede flere teknologiske løsninger som følge av den generelle samfunnsutviklingen, eksempelvis smarttelefoner, nettbrett, gps og robotstøvsugere. Dette gir et godt utgangspunkt for kommunens eventuelle satsning på området.

Investeringen vil fullt ut dekke de avvik og behov som foreligger for sykesignalanlegg til sykeavdelingen, og gi økte driftskostnader til abonnement på varslingskomponenter. For å ta i bruk teknologi i hjemmebaserte tjeneste, vil det tilkomme ytterligere kostnader til innkjøp av teknologi. Her vil imidlertid den største investeringen allerede være på plass dersom nytt sykesignal prioriteres, og kostnader til innkjøp av teknologi kan tas etter prioritet over de neste år.

Som følge av at det allerede på 2021-budsjettet er avsatt investeringsmidler til utbygging av trådløs wifi på hele Helsetunbygget, vil dette også dekke de behov et nytt sykesignalanlegg har til slik løsning og eliminerer behov for ytterligere kostnader til dette i denne sammenheng. Trådløs wifi på Helsetunbygget gir også grunnlag for å kunne se om det finnes løsninger der Imp-telefoner på sykeavdelingen kan gå via wifi og ikke via mobildata som nå, og slik redusere driftskostnader.

Kostnadsoverslag legges inn i Arena når det er klart.

3.2. Ovn til kjøkkenet

Ovnen på kjøkkenet på Helsetun er fra 2011 og det har ved flere anledninger de siste år vært behov for reparasjoner. Levetiden på slikt utstyr, trekker på årene.

Fagleder kjøkkenet melder om mye feil og reparasjoner og ovnen er slitt. Mange deler skiftet, kostnader til ekstern reparatør kjøle-frys tekniker og er ikke kompetanse kommunen besitter selv. Krever særlig tillatelse til å utføre slikt arbeid og kommunenes interne personell kan dermed ikke benyttes. Autorisert personell.

Holder ikke lenger tilfredsstillende temperatur under matlaging, reparert flere ganger-temperaturstyring. Plages med at den kalkes igjen, På nye ovner renses dette automatisk fortløpende.

Risiko: fortsatt utgifter til vedlikehold, ovnen kan ikke brukes når feil oppstår, gammel ovn må da benyttes frem til lokal reparatør er tilgjengelig eller reparatør fra Alta må benyttes. Spesialdeler som må bestilles.

Ovnen på kjøkkenet som benyttes daglig til tilberedelse av i snitt 80 måltider til institusjon, omsorgsboliger og matombringning har ved flere anledning de siste år påført tjenesten kostnader til reparasjon. Tjenesten er avhengig av denne ovnen for å kunne tilby middager til kundegruppen nevnt over, og reparasjon må derfor gjennomføres. Denne type utstyr har begrenset levetid og ovnen holder eksempelvis ikke lenger tilfredsstillende temperatur og på grunn av alder har den heller ikke automatisk kalkrens som gjør at den gjentatte ganger kalker igjen.

Det kreves særlig kompetanse fra kjøle-frys tekniker til reparasjon og er ikke kompetanse kommunen besitter selv. Eksternt firma må da benyttes. Dersom det ikke investeres i ny ovn, må det påregnes fortsatte utgifter til vedlikehold og fortsatte reserveløsninger for ansatte i tidsrommet fra feil oppstår til deler og tekniker fra Lakselv eller Alta er tilgjengelig.

En ny ovn vil gi muligheter for å koke og steke samtidig og effektivisere den daglige driften for ansatte. Den vil også redusere behov for driftsutfordringer pga behov for reparasjoner og redusere risiko for driftsopphold på grunn av at den har 2 ovner.

I tillegg til kostnad for innkjøp av utstyr, vil det også påløpe utgifter til rørlegger og elektriker. Innkomne tilbud på ovner er journalført på sak 2021/1819, der alternativ 2 fra Lindrup Martinsen as er lagt til grunn i kostnadsoverslaget på kr. 185 000.- eks. mva.

3.3. Dekontaminatorer til sykeavdelingen

Dekontaminering innebærer rengjøring, desinfeksjon og/eller sterilisering av medisinsk utstyr som skal gjenbrukes. Mulighet for dekontaminering er en grunnleggende forutsetning for at medisinsk gjenbruksutstyr skal kunne anvendes på en sikker måte, både for pasienter og personalet. Dekontaminering gjøres på utstyr som benyttes i omsorg på alle typer institusjonsplasser og akuttmottaket. Eksempler på utstyr som dekontamineres er bekken, vaskefat og urinflasker der en også må skille på hvilket utstyr som rengjøres i den enkelte maskinen.

Sykeavdelingen har, og må ha, 5 dekontaminatorer tilgjengelig for prosess som beskrevet over. Med unntak av 2 er alle av eldre dato. De 3 eldste har vært reparert flere ganger og kan ikke lenger repareres da en ikke får tak i nye deler til disse. Også den nyeste, som ble kjøpt inn for bare noen år siden, har nylig hatt feil men er sannsynligvis reparert og vil holde en stund til. Dette utstyret er i daglig bruk, og bruken eskalerte med påfølgende slitasje i 2020 under pandemien. Uten slik utstyr må avdelingen stenge, da det ikke er forsvarlig å rengjøre dette utstyret på annen måte med tanke på smitte og hygienekrav. Alternativet kan være å bruke engangsutstyr, som vil være en stor kostnadsdriver og et lite miljøvennlig alternativ.

Det er på bakgrunn av årsakene beskrevet ovenfor behov for innkjøp av 3 dekontaminatorer til sykeavdelingen.

Pristilbud lagt til grunn i kostnadsoverslaget på totalt kr. 200 000.- eks. mva. er journalført på sak 2021/ 1819.