



# Rapport

## Behov, boformer og bygningsmasse

### Pleie og omsorg

Februar 2020

Berlevåg kommune



**RO**

Værnesgata 17, 7503 Stjørdal  
Sentralbord: 74 83 97 99

[www.ro.no](http://www.ro.no)

## Innhold

<b>Oppdraget</b> .....	<b>3</b>
<b>Kompletterende behovsanalyse, kvalitativ og kvantitativ</b> .....	<b>3</b>
<b>Befolkningsframskriving</b> .....	<b>3</b>
<b>Dekningsgrad institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger</b> .....	<b>6</b>
Plan for helse og omsorg .....	8
<b>Kvalitative undersøkelser</b> .....	<b>9</b>
Ressurser .....	9
Kvalitet.....	10
Ledelse.....	11
Velferdsteknologi .....	11
<b>Bygningsmasse</b> .....	<b>12</b>
<b>Byggeprosessen</b> .....	<b>12</b>
<b>Vurdering og anbefaling</b> .....	<b>13</b>
<b>Bygningsmasse</b> .....	<b>13</b>
<b>Dimensjonering og innretning av tjenestene</b> .....	<b>13</b>

## Oppdraget

Oppdraget har hatt som formål å bistå kommunen med å ta gode valg for fremtidig innretning og drift av tjenestene i en ny eller oppgradert bygningsmasse.

RO har gjort en enkelt kompletterende behovsanalyse med grunnlag i arbeidet som Telemarksforskning har gjort i 2017/18. Og vi har sett på tjenestens behov i forhold til fremtidig utfordringer og dagens bygningsmasse. Arbeidet har foregått i en prosess som har involvert ansatte, ledere og brukerrepresentanter.

Resultatet av oppdraget skal være tilstrekkelig for å be om en bygningsteknisk og kostnadmessig vurdering av ingeniør/arkitekt og deretter beslutninger om investeringer og prosesser for innretning i bygningsmasse.

## Kompletterende behovsanalyse, kvalitativ og kvantitativ

### Befolkningsframskriving

Telemarksforskning gjorde i 2017/18 en grundig analyse for Berlevåg kommune. Rapporten viste blant annet at kommunen hadde for lite fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, men drev de "tradisjonelle" pleie- og omsorgstjenestene relativt godt. Det ble også gjort en kapasitetsvurdering basert på en befolkningsframskriving. Til grunn for vurdering lå prognoser fra SSB fra 2016. Disse hadde en overvurdering av innvandrings- og fruktbarhetstallene, hvilket gjorde at Telemarksforskning i sin rapport skriver: "vi vil sterkt anbefale at Berlevåg kommune gjør en oppdatering av befolkningsframskrivingene når nye prognoser foreligger ....."

Vi har derfor gjort en ny analyse av fremtidig behov basert på prognosene som foreligger fra SSB pr. juni 2018 som belyser følgende:

- Befolkningsframskriving, prognose for utvikling i 20-årsperspektiv
- Aldersbæreevne i et 20-årsperspektiv
- Familieomsorgskoeffisient i et 20-årsperspektiv
- Dekningsgrad for institusjon og heldøgns omsorg med alternativer for dekningsgrader i et 20-årsperspektiv

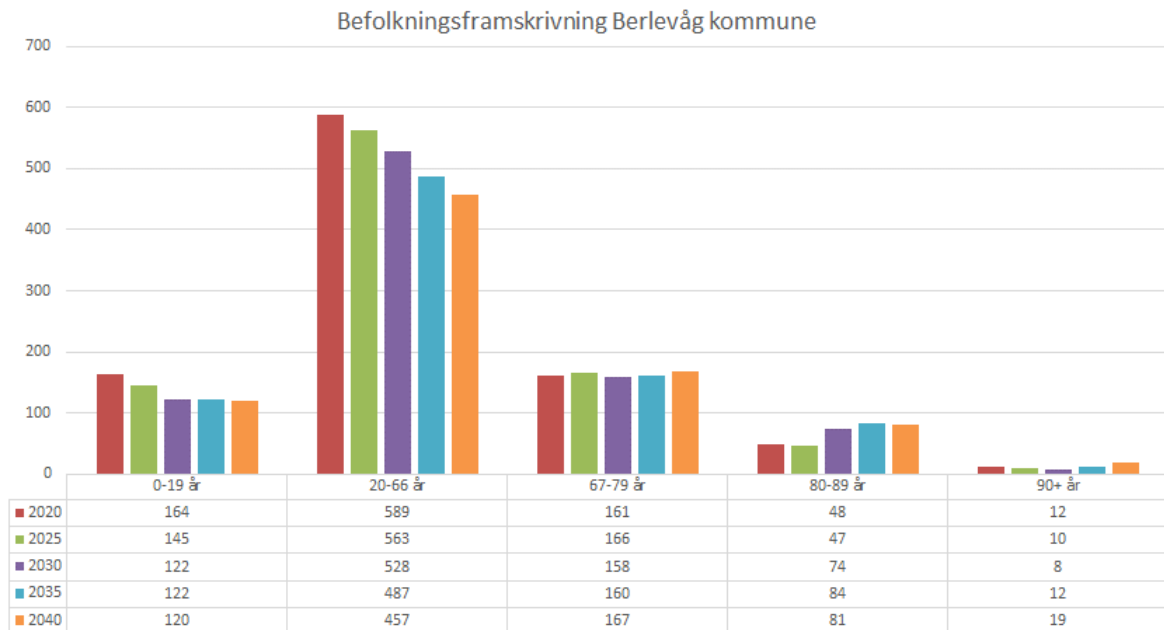
Den demografiske utviklingen i Berlevåg kommune, gir det samme utfordringsbildet som for mange kommuner i Norge, at antallet eldre øker mens antallet omsorgsgivere går ned. Figur 1 viser prognosen for befolkningsframskrivingen<sup>1</sup> mot 2040. Berlevåg kommune kan vente seg en befolkningsnedgang mot 2040. Det faktiske folketallet er pr. 3. kvartal i 2019 på 962 innbyggere.<sup>2</sup> Prognosene viser at folketallet vil synke til 890 i 2030 og 844 i 2040. Det er viktig å understreke at det alltid vil knyttes usikkerhet til befolkningsframskrivinger. Det er den eldre befolkningsgruppen som vil øke. Dette gjelder særlig gruppen eldre mellom 80-89

---

<sup>1</sup> SSB Hovedalternativet MMMM. Tabell 11668

<sup>2</sup> <https://www.ssb.no/kommunefakta/berlevag>

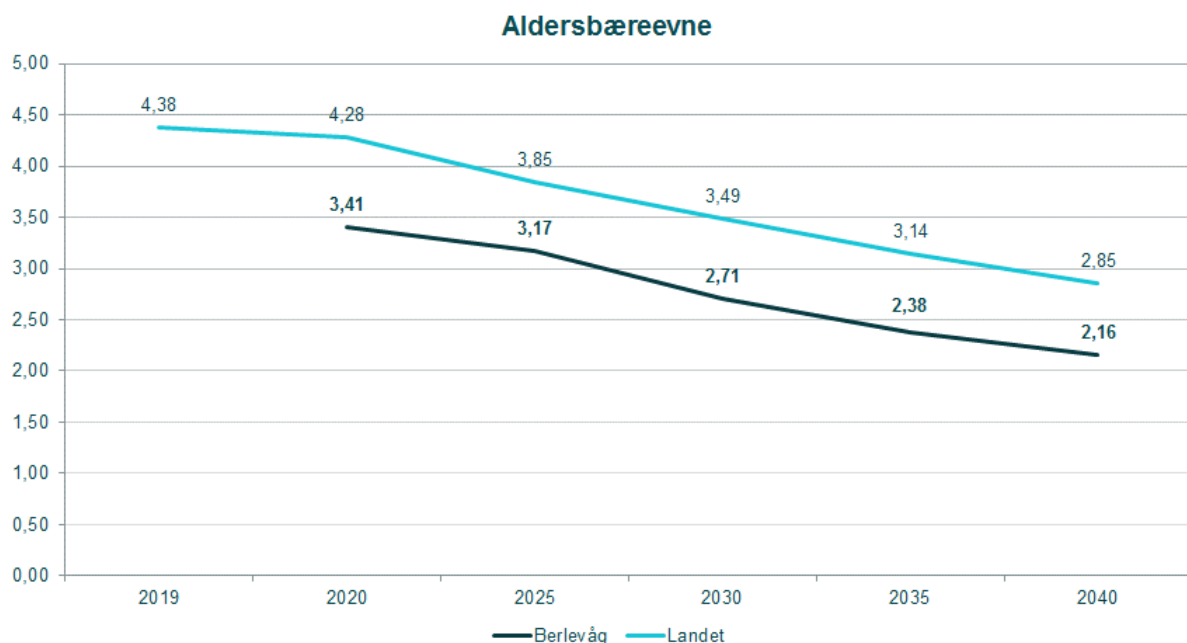
år, som vil øke med 33, fra 48 personer i dag til 81 personer om 20 år. Aldersgruppen mellom 67 og 79 år øker noe, mens det også blir en økning i antall eldre over 90 år. Antallet yngre innbyggere, under 67 år, vil reduseres.



Figur 1: Befolkningsframskriving, prognose for utvikling i 20-årsperspektiv. Kilde: SSB.

Det er viktig å se på hva denne aldersfordelingen i den demografiske utviklingen kan bety.

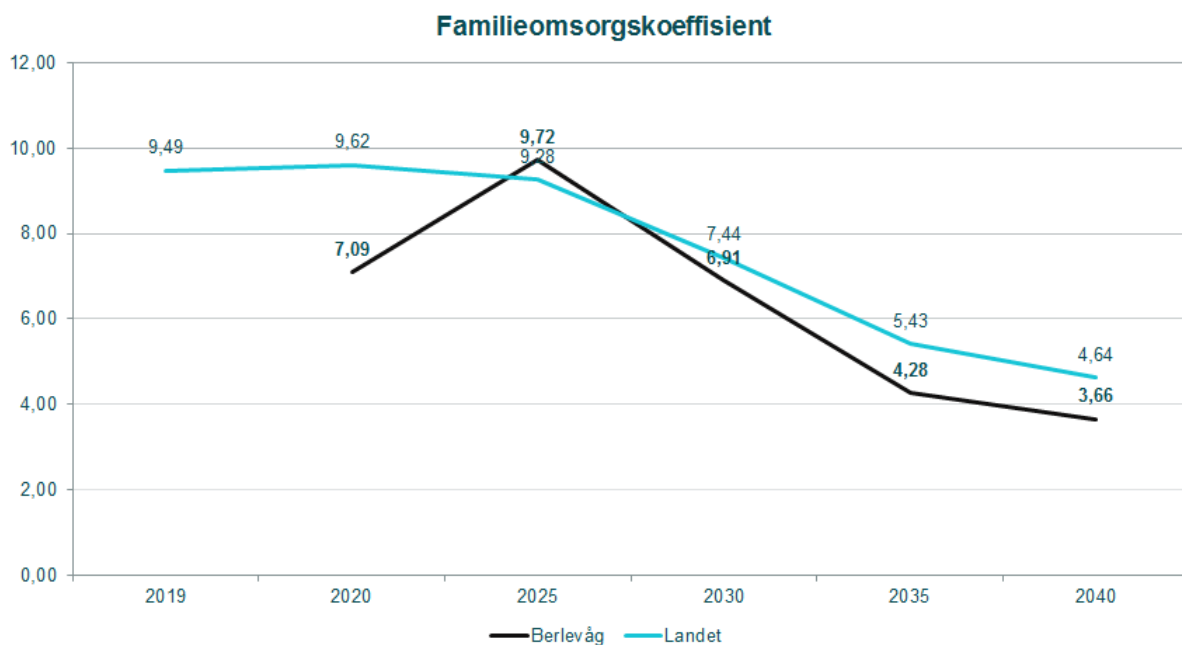
Aldersbæreevne er forholdet mellom de yrkesaktive (16-66 år) og innbyggere 67 år og eldre og er av interesse for finansiering av pensjoner, velferdstilbud og antatt tilgang til personalressurser. Figur 2 viser aldersbæreevnen i Berlevåg kommune.



Figur 2: Aldersbæreevne. Kilde: Befolkningsframskriving fra SSB (MMMM)

Forholdet mellom den yrkesaktive delen av befolkningen og den eldre befolkningen er viktig for økonomisk bæreevne i fremtiden og for helse- og omsorgstjenestene. I 2020 er det 3,41 yrkesaktiv pr. eldre. I 2030 er den 2,71 og på landsbasis vil den være 3,49. Frem mot år 2040 reduseres antallet yrkesaktive pr. eldre ytterligere til 2,16. Det blir flere som trenger helse- og omsorgstjenester og det blir stadig mer utfordrende å få kvalifisert personell til oppgaven.

Det andre vi kan se på, er familieomsorgskoeffisienten. Det er forholdet mellom antall personer i alderen 50-66 år og personer over 85 år. Den er et uttrykk for antall potensielle familieomsorgsgivere og omsorgstrengende eldre. Litt enkelt kan vi si at det er pårønderessursen. Ulønnet omsorgsarbeid til syke, eldre og funksjonshemmede tilsvarer tusenvis av årsverk. Samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. I Berlevåg kommune vil antatte potensielle omsorgsgivere først øke noe mot 2025 for deretter å synke dramatisk de neste 15 årene. Figur 3 viser utviklingen i Berlevåg kommune.



Figur 3: Familieomsorgskoeffisient. Kilde: Befolkningsframskriving fra SSB (MMMM)

I Berlevåg kommune vil familieomsorgskoeffisienten øke fra 7,09 til 9,78 i 2025 og faktisk være noe høyere enn landsgjennomsnittet på 9,72. Dette vil den synke til 3,66 i 2040. Landsgjennomsnittet vil på samme tid være 4,64 omsorgsgivere pr. eldre. Dette er et varsel om at helse- og omsorgstjenestene vil måtte møte et økt behov for tjenester.

## Dekningsgrad institusjonsplasser og heldøgns omsorgsboliger

**En institusjonsplass** er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven og er det vi betegner som en sykehjemsplass. I samsvar med «Forskrift for sykehjem» skal denne typen boform gi heldøgns opphold. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste, i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenestene. Beboerne betaler etter forskrift en egenandel til kommunen etter vedtatte satser.

En langtidsplass i sykehjem er tidsubegrenset, og det kan være skjermede plasser for demente eller andre med slike behov. Tilbakeholdelse krever vedtak etter kapittel 4A i Lov om pasient- og brukerrettigheter<sup>3</sup>. Korttidsplasser er tidsavgrensede/ikke varige opphold i sykehjem. Plassene kan for eksempel brukes til pasienter som har behov for opptrening eller forsterket bistand etter en sykehusinnleggelse, opphold i påvente av opptrening/rehabilitering, kartlegging, utredning og observasjoner. Korttidsplasser på sykehjem er ofte en nøkkelfaktor for å få omsorgstrappen til å fungere. Reelle og tilgjengelige korttidsplasser med kort gjennomløpstid vil innebære at de som trenger hjelp, får det og til rett tid.

**Boliger til omsorgsformål - omsorgsboliger<sup>4</sup>**, er boliger kommunen stiller til disposisjon for eldre eller personer med funksjonsnedsetning (som ikke bor på institusjon). Dette er selvstendige boenheter der beboeren er leietaker eller deleier. Omsorgsbolig er ikke en lovregulert boform som sykehjem. Det er juridisk å betrakte som beboerens private hjem. Beboeren er beskyttet av husleieloven. Beboerne i omsorgsboliger søker om og får vedtak om praktisk bistand og hjemmesykepleie basert på behov på linje med alle hjemmeboende i kommunen. De betaler for kost, medisiner, helsetjenester mv. som andre hjemmeboende. Boligene kan ha fellesareal som for eksempel felles oppholdsrom. Det er variasjon i hva disse boligene kalles, bofellesskap, omsorgsbolig, servicebolig eller bokollektiv er noe eksempler. I tillegg kommer boliger for utviklingshemmede under kategorien boliger til omsorgsformål.

Mange kommuner tilbyr også omsorgsboliger til personer med store hjelpebehov, bl.a. til personer med demens. I slike tilfeller er det personale til stede hele døgnet, eller tilgjengelig innen 5-10-15 minutter eller man har «fast» bemanning til stede. Dette omtales som **omsorgsboliger med heldøgns omsorg**.

Berlevåg kommune oppgir at de i dag har 13 langtidsplasser i institusjon (5 av disse er skjermede) +3 korttidsplasser, samt 8 HDO (heldøgns omsorgsplasser). Det siste tallet kan det knytte seg noe usikkerhet til, i følge kommunen.

Basert på prognosene for fremtidig befolkningstetthet, vil det være 60 personer over 80 år i Berlevåg kommune i 2020, i 2030 vil det være 82 og i 2040 100 personer over 80 år som bor i kommunen. Vi legger til antall institusjonsplasser og plasser med heldøgns omsorg og finner det som kalles dekningsgraden.

---

<sup>3</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4A

<sup>4</sup> <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Dette gir kommunen en dekningsgrad på 40% i dag.

Det er gjort flere forsøk på å beregne en norm for framtidig behov for institusjonsplasser og andre heldøgns omsorgsplasser, men dette har vist seg å være vanskelig. Dekning av heldøgns omsorgsplasser varierer i stor grad i kommunene. I en FOU-rapport fra VID og Agenda Kaupang<sup>5</sup> på oppdrag fra KS i 2016 vises det til at det lenge har vært en forventning om at antall sykehjemsplasser skal utgjøre 25 prosent av antall eldre over 80 år.

Denne forventningen har kanskje sin opprinnelse fra «Handlingsplanen for eldreomsorgen», St.meld.nr. 50 (1996-97), altså 20 år tilbake i tid. Siden den tid har kommunene utviklet et tjenestetilbud som består av institusjonsplasser, boliger spesielt tilpasset for heldøgns omsorg og ordinære «omsorgsboliger».

Konklusjonen i ovennevnte rapport er at det er lite hensiktsmessig med en nasjonal norm for dekningsgraden. En tilsvarende konklusjon blir trukket i «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11). Det hevdes at det er en myte at det eksisterer en statlig norm på en dekningsgrad på 25 prosent. Det blir vist til at det ikke eksisterer en slik statlig norm, og at en dekningsgrad på 25 prosent savner også et faglig vitenskapelig belegg.

**Felles for hva som regnes som heldøgns tilbud må være at helsepersonell må kunne nå brukerne på kort varsel. Tilbud kan imidlertid gis både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger. Responstiden varierer fra kommune til kommune og varierer fra 5 minutt og opp mot 15 minutter.**

I ovennevnte FOU rapport ble det drøftet om det bør være en anbefalt norm med en dekning av **heldøgns omsorg** på mellom 16 og 20 prosent (av befolkningen over 80 år). Denne hypotesen ble fastsatt ut fra at dekningsgraden i norske kommuner viser stor variasjon og at dette kunne være en «middels dekningsgrad».

Heldøgns omsorg kan altså gis både i institusjon og i omsorgsboliger. Tabell 1 gir et anslag for dimensjonering med ulike alternative dekningsgrader; dagens 40%, 20 prosent eller 16 prosent. Estimert alternativer for framtidig kapasitetsbehov institusjon+ heldøgns omsorg basert på prognoser for antall innbyggere (MMMM) over 80 år i Berlevåg kommune vises i tabell 1.

---

<sup>5</sup> Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad, Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester, 8 april 2016 (FOU oppdrag KS)

	2020		2030		2040	
Dekningsgrad	Institusjons- plasser	HDO- Bolig	Institusjons- plasser	HDO-bolig	Institusjons- plasser	HDO- Bolig
Antall personer over 80	60		82		100	
<b>40% (i dag)</b>	<b>16</b>	<b>+</b>	<b>8</b>	<b>33</b>	<b>40</b>	
	<b>= 24</b>					
20%	12		16		20	
16%	10		13		16	

Tabell 1: Dekningsgrad. Alternativer for framtidig kapasitetsbehov institusjon+ heldøgns omsorg

Hvilket antall institusjonsplasser kommunen skal ha, må også basere seg på en bevissthet om hva en institusjonsplass skal være. Dersom disse plassene skal spesialiseres, vil det si å gi behandling og pleie som krever spesialisert kompetanse. For eksempel til pasienter med alvorlig og langtkommet demens som krever skjerming eller pasienter med livsavsluttende behandling (palliasjon). Øvrige plasser vil da måtte brukes som korttidsplasser, til rehabilitering eller avlastning. Dersom kommunen tenker tradisjonelt, som i dag, at det tildeles langtidsplasser på sykehjem, bør fremtidige reelle, gode og funksjonelle omsorgsboliger erstatte dagens bruk av langtidsplasser. Det har også betydning i hvilken grad kommunen evner å bygge opp hjemmebaserte tjenester og jobbe med forebygging og mestring og gi et godt tilbud om dagsenterplasser. Det forutsettes også at flere kan bo hjemme lengre. I hvilken grad kommunen kan oppnå dette, må sees opp mot hvilken dekningsgrad det planlegges for.

Dagens dekningsgrad i Berlevåg kommune er for høy pr. i dag, hvis vi ser på tallene alene. Det er knyttet noe usikkerhet til om omsorgsboligene fungerer etter hensikt og vi må derfor tolke tallene med en viss forsiktighet. Dersom kommunen legger seg på en dekningsgrad på 20% vil det totale antall plasser til institusjon og heldøgns omsorg være 16 i 2030 og 20 i 2040. I hvilken grad kommunen lykkes med omsorgstrappa, vil være avgjørende for om en slik dekningsgrad oppleves som tilstrekkelig. Den bør kanskje ikke vurderes lavere enn 20%.

### Plan for helse og omsorg

Berlevåg kommune er i ferd med å utarbeide en sektorplan for helse og omsorg 2020-2024. Der vil kommunens omsorgstrapp beskrives. I planen vektlegges rehabilitering, forebygging og dreining mot mer hjemmebaserte tjenester. Planen har fått navnet "Ka e viktig for dæ" og indikerer således en ønsket pasientsentrert tjeneste. Planens intensjoner og mål går i retning av mer hjemmebaserte tjenester, forebygging og rehabilitering. RO har sett utkastet til plan og anbefaler for øvrig at temaet velferdsteknologi også vies oppmerksomhet.



## Kvalitative undersøkelser

RO har gjennomført intervju med både ansatte, ledere, tillitsvalgte/verneombud, samt brukerrepresentant. Dette er gjort for å et bilde av dagens tjeneste driftsmessig. Det er summen av intervjuene som danner grunnlaget for bildet vi får, særlig forhold som gjentas, med ulike ord, men samme innhold. Ledelse, kvalitet, drift og tjenesteprofil er det viktig å vurdere, fordi det kan være avgjørende for om kommunen får de ønskede gevinster ut av et nytt bygg. Det å skulle inn i nye bygg er handler ikke bare om logistikk, teknikk og planløsning. Det handler vel så mye om organisasjonsutvikling, endringskapasitet og ledelse. Skal bygget for eksempel innredes med velferdsteknologi, må kommunen være i stand til både å bruke, forstå, gi opplæring og videreutvikle tjenestene med teknologiske løsninger.

### Ressurser

I små kommuner er det ofte behov for å bruke ressurser på tvers. En og samme stilling kan ofte måtte tillegges mange ulike arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Med få ledere blir også ansvarsområdene deres store. Det vil være krevende å holde seg oppdatert, og kommunen blir mer sårbar for uforutsette hendelser og problemer med å rekruttere fagpersonell. Fleksibilitet og tverrfaglighet, sammen med mer teambasert arbeid blir viktig for å bruke ressursene mest mulig effektivt. Korte fysiske avstander er en forutsetning for å få dette til.

De fleste tjenestene er samlet i Helsesenteret i kommunen dag. En gjennomgående tilbakemelding var at kommunen kunne bli bedre på å bruke ressursene rett, blant annet ved turnus-messige grep. De mente ressursene burde sees mer samlet og ikke minst tenke helhet. Sammenhenger og overganger mellom faggrupper og avdelinger kunne forbedres. Det største forbedringspotensialet for en mer hjemmebasert tjenesteprofil ligger antagelig i mer planmessighet i før, under og etter korttidsopphold, rutiner for vedtak og felles mål for pasientene i hjemmetjenestene.

Vedtak må fattes og skrives etter en tverrfaglig kartlegging, med størst mulig samtidighet for oppstart av tjenestene. Vedtakene må også evalueres jevnlig og justeres etter behov hos brukerne. Det knytter seg stor usikkerhet til tallmateriale knyttet til vedtakstimer. Kommunen har ikke tilstrekkelig struktur, både i forhold til oppdaterte vedtak og uttak av rapporter. Det er viktig at det blir mer system og kunnskap om dette. Vedtakstimer er beskrivende for behovet og derav også en bestemmende variabel for ressursinnsats. Det er pr. nå vanskelig å si noe om kommunen bruker sine ressurser effektivt i forhold til behov.

Korttidsplasser er tidsavgrensede/ikke varige opphold i sykehjem. Plassene kan for eksempel brukes til pasienter som har behov for opptrening eller forsterket bistand etter en sykehusinnleggelse, opphold i påvente av opptrening/rehabilitering, kartlegging, utredning og observasjoner. Det som kjennetegner korttidsplassene, er nettopp at oppholdene er midlertidige og det er en høy grad av sirkulasjon i bruk av plassene. Korttidsplasser på sykehjem er ofte en nøkkelfaktor for å få omsorgstrappen til å fungere.

Pasienter som skal inn på korttidsopphold bør ha en plan for oppholdet. Det betyr at oppholdet bør planlegges tverrfaglig og tidsavgrenses. Mål må settes i samarbeid med

pasientene og det må lages en plan for oppholdet med fokus på mestring og bedring. Det var flere som mente at pasientene på korttidsavdelingen i alt for stor grad kom til "hotell-standard" og det i liten grad var noe fokus på mestring og rehabilitering. Riktig bruk av korttids plassene krever også at holdningen de ansatte har til bruken dem må være lik.

Det samme vil gjelde for hjemmetjenestene. De ansatte må jobbe etter en felles standard som bidrar til å mestre, med fokus på hva pasientene kan gjøre selv. Ikke hva helsepersonellet kan gjøre for dem. Vi fikk en oppfatning av at noen ansatte er "snillere" enn andre. En felles faglig standard også her, vil derfor være viktig å diskutere og jobbe for. Det å "hjelp til hjelpeløshet" vil være kontraproduktivt for at hjemmetjenesten skal være det trinnet i omsorgstrappa som skal øke antall hjemmeboende år.

Fleksibel bruk av ressurser, vedtak etter behov og felles faglige standarder og holdninger, er blant de områdene kommunen bør jobbe med møtet med fremtidens utfordringer. Særlig dersom gevinsten av investeringer i nytt bygg skal betale seg og at kommunen skal oppleve å kunne gi tjenester med en dekningsgrad som er lavere enn i dag.

### **Kvalitet**

Kommunen bruker journalsystemet Profil. Det er en del som uttrykker misnøye med funksjonaliteten. Dette kan forbedres både ved å gi opplæring, måten journalsystemet brukes på og ved at leverandøren kommer med nye bedre løsninger, som blant annet Visma Flyt Omsorg<sup>6</sup>. Det er viktig med en systemansvarlig i kommunen som opparbeider seg god kompetanse på journalløsningene.

Vi ønsker å belyse og knytte til bekymring til opplysninger om at ikke alt helsepersonell bruker Profil. "Skyggesystemer" som papirer og bøker brukes som erstatning heller enn å sørge for at alle tar i bruk det systemet som skal være kommunens elektroniske journal. Plikten til å føre journalopplysninger er hjemlet i Lov om Helsepersonell Kap. 8.<sup>7</sup> For at ledere og ansatte skal kunne jobbe med kvalitet og forbedring, må ansatte gis nødvendig opplæring og ta i bruk systemene. Det må legges til rette gjennom tilstrekkelig tilgang til PC'er. Dette vil RO anbefale som en prioritert oppgave uavhengig av eventuelle byggeplaner- og prosesser.

Dernest er det viktig med gode prosedyrer, faglige diskusjoner og opplæring. Selv om avvik meldes, er det ingen garanti for at kvaliteten forbedres. Et avvik gir ingen gevinst før det er gjort forbedringer for å unngå at det skjer igjen. Det systematiske forbedringsarbeidet for etterlevelse av Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, har stort forbedringspotensiale. «Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.»<sup>8</sup>. RO anbefaler at kommunen prioriterer dette arbeidet uavhengig av fremtidige byggeprosesser.

---

<sup>6</sup> <https://www.visma.no/helse-og-omsorg/epj-elektronisk-pasientjournal/>

<sup>7</sup> [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_8#%C2%A740](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#%C2%A740)

<sup>8</sup> Veileder til Forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren

## Ledelse

Dette bringer oss over til temaet ledelse. Det var områdene struktur, klare regler, ledelse av daglig drift og opplæring som ble trukket frem i intervjuene. Alt dette var områder de informantene ønsket forbedring på. Også fagutvikling ble diskutert, med henblikk på å avlaste avdelingsleder som nå forvalter et stort ansvarsområde. Avdelingsleder driver også forvaltning og saksbehandling. Det er behov for å jobbe strukturert med fagutvikling med tanke på å innrette tjenestene i tråd med omsorgstrappa. Det er behov for å etablere en felles faglig standard og dette gjøres blant annet gjennom kunnskapsbaserte prosedyreverk. System for behandling av avviksmeldinger og påfølgende tilbakemeldinger og tiltak er avdelingsleders ansvar. Både at de ansatte kjenner til prosedyrer, følger dem og driver kontinuerlig forbedring, må være et mål. Det må etableres en metodikk som er kjent i virksomheten, der ledelse er å ta beslutninger om hvilke forbedringer som skal prioriteres, hvordan og hvor de skal implementeres, hvordan måle om en endring er en forbedring og klargjøre hvem som skal ha ansvar for at endringer innføres og vedlikeholdes.

I denne formen er ledelse en kontinuerlig prosess<sup>9</sup>. Det betyr at struktur, plan og oppfølging gjøres gjennom en veiledende lederstil der medarbeidere involveres. Det krever en daglig ledelse som er tettere på. Vi anbefaler at lederne innen helse og omsorg prioriterer denne type arbeid.

## Velferdsteknologi

"Formålet med å ta velferdsteknologi i bruk er å gi enkeltmennesket mulighet til bedre å mestre eget liv og helse (NOU 2011:11), styrke det offentliges oppgaveløsning gjennom innovasjon og anvendelse av ny teknologi og bedre kunne møte de fremtidige utfordringene, bl.a. som følge av den demografiske utviklingen (Damvad 2011)."<sup>10</sup>

Det må være et viktig mål for kommunen å kunne ta i bruk velferdsteknologi i sammenheng med å ta i bruk ny bygningsmasse. Erfaringene fra arbeidet med implementering av velferdsteknologi og digitalisering så langt viser at små kommuner har god nytte av interkommunalt samarbeid.<sup>11</sup> Kommunen har deltatt i et interkommunalt prosjekt om innføring av velferdsteknolog, men prosjektet har stoppet opp i Berlevåg kommune.

Å implementere velferdsteknologi krever ny kunnskap om innovasjon og teknologi og evne til organisasjonsutvikling, da teknologien utfordrer roller og arbeidsmåter. Det krever dessuten individuell kartlegging og opplæring av både medarbeidere og brukere.<sup>12</sup> Det er altså ingen liten oppgave og prosessene må ledes samtidig som det settes av ressurser for å lykkes. HelseDirektoratets gevinstrealiseringsrapporter viser at det er et gevinstpotensial og

---

<sup>9</sup> Endringsledelse og ledelsesendring – fra plan til praksis. B. Hennestad og Ø. Revang, Universitetsforlaget. 2017

<sup>10</sup> Fagrappport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. IS-1990. HelseDirektoratet. 2012.

<sup>11</sup> Utredning om små kommuner. TF-rapport nr. 473. 2019

<sup>12</sup> Velferdsteknologi i praksis. S. Nakrem. Cappelen Damm Akademisk. 2017

gir anbefalinger for satsninger. Både Sintef<sup>13</sup> og KS<sup>14</sup> har utviklet veiledere for innovasjon og velferdsteknologi, vi anbefaler at disse legges til grunn i det videre arbeidet med å ta i bruk velferdsteknologi.

## Bygningsmasse

Det er også gjort en enkel befaring på helsesenteret.

Telemarksforskning beskriver den bygningsmessige tilstanden i sin rapport og sier at kommunen har tre valg for fremtidens helsesenter.

"- Rehabiliterer og bygger ut Berlevåg helsesenter der det ligger i dag  
- Bygge et helt nytt bygg som rommer alle tjenestene innenfor helse- og omsorg. Eventuelt flytte enkelte tjenester til andre ledige lokaler (om det finnes)  
- En kombinasjon, hvor en bygger et nytt bygg som kan romme noen av dagens helse- og omsorgstjenester, og en ombygging av dagens Berlevåg helsesenter for å romme de resterende"

Tilstanden er ikke vesentlig endret siden den gang og alternativene er fortsatt de samme. Kommunen sier det er et mål for dem å ha alle tjenester under samme tak. For å kunne gå videre, bør kommunen få en teknisk gjennomgang og vurdering av bygningsmasse; byggets tilstand, fundamenter, bærestrukturer, tekniske installasjoner, tomtens beskaffenhet for utbygging osv. Kort sagt en vurdering av byggeteknisk standard/kvalitet på bygget med tanke på renovering kontra sanering, samt egnethet for fremtidig bruk. Denne kan enten gjøres med egen kompetanse og eller ved å hente inn ekstern arkitekt/ingeniør.

Det er mulig å gjøre mindre endringer og oppgraderinger allerede nå for å forbedre dagens tilstand. Blant annet kan lager ryddes og organiseres bedre. Skyllerommet kan også enkelt utbedres for å skille "ren" og "uren" side. Badene er i svært dårlig forfatning og er liten grad hensiktsmessige i forhold til brukergruppens behov. Både i forhold til størrelse og innretning. Kommunen må vurdere å oppgradere disse i noen grad ettersom det fortsatt vil være mange år til nytt helsesenter er ferdigstilt.

Kommunen kan dessuten legge til rette for at et rom er tilrettelagt for små møter, opplæring i mindre grupper eller individuelt i helsesenteret. Det er viktig å legge til rette for, med praktiske grep at ledere og ansatte kan gjennomføre tiltak for endring og forbedring.

## Byggeprosessen

Både anskaffelsesprosesser og byggeprosesser består av flere faser. Det finnes flere fasemodeller for byggeprosjekter. RO har ikke inngående kompetanse om disse, men baserer seg på Bygg21s rammeverk fra Difi sine nettsider. Litt forenklet kan vi si at byggeprosesser ofte består av følgende faser:

- Avklare behov
- Konseptutvikling- og bearbeiding

---

<sup>13</sup> <https://www.sintef.no/prosjekter/veikart-for-innovasjon-av-velferdsteknologi/>

<sup>14</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>

- Detaljprosjektering
- Utførelse
- Overlevering

Prosesser for anskaffelse og bygging er krevende. Det er viktig at prosessene ledes av folk med nødvendig kompetanse og erfaring, og at det er god kvalitet og planmessighet i arbeidet. Både for fremdrift og investeringstilskudd, må kommunen gjøre de riktige valgene fra begynnelsen av. Kommunen har ikke denne type kompetanse selv. Vi anbefaler derfor at det tilsettes eller leies inn en prosjektleder for den videre prosessen for anskaffelse og bygging av helsesenter.

## Vurdering og anbefaling

### Bygningsmasse

Den Europeiske menneskerettskonvensjonen slår fast at: "enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse ..." <sup>15</sup>

Å ha eget rom er en viktig forutsetning for å ha et privatliv når man bor i sykehjem. Andelen brukertilpassede enerom med eget bad/WC var på 50% i Berlevåg kommune i 2018 <sup>16</sup>. Snittet for Kostragruppe 6 var på 87,6%. Kommunen kan derfor ikke basere fremtidig drift på dagens bygningsmessige standard.

Det er ikke noe tvil om at dagens Helsesenter i Berlevåg enten må gjennomgå en større renovering og ombygging eller at det må komme et helt nytt bygg. Kommunen må starte denne prosessen nå og prosjektorganisere den. Kommunen må legge inn prosjektet i sine budsjett- og investeringsplaner. Det må også opprettes kontakt med saksbehandler i Husbanken for prosess med å søke investeringstilskudd.

**Kommunen bør få en teknisk gjennomgang og vurdering av bygningsmasse; byggets tilstand, fundamenter, bærestrukturer, tekniske installasjoner, tomtens beskaffenhet for utbygging osv. Kort sagt en vurdering av byggeteknisk standard/kvalitet på bygget med tanke på renovering kontra sanering, samt egnethet for fremtidig bruk.**

Utforming av ny bygningsmasse og organisasjonsutvikling henger sammen. Måten ressursene brukes på henger sammen med bygningsmessig utforming, men også hvordan tjeneste ledes og innrettes seg. Det er derfor RO i sine anbefalinger om videre fremdrift skisserer to prosessløp – ett for utvikling av kvalitet og tjenesteprofil og ett for anbud og byggeprosjekt. Se modell i vedlegg 1.

### Dimensjonering og innretning av tjenestene

RO vurderer i dag organisasjonen som lite moden for endrings- og forbedringsarbeid som følge av manglede faglige standarder og strukturer. Tjenestene er tradisjonelle med relativt lite fokus på hverdagsmestring. Selv om det er mye god fagkompetanse og ofte godt samarbeid i organisasjonen, skal det store endringer til over tid for at kommunen har tatt i

<sup>15</sup> Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem. Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester. Berit Otnes. SSB Notat 2018/28

<sup>16</sup> Pleie og omsorg - Andel plasser i brukertilpasset enerom m/ eget bad/wc. Basert på KOSTRA-tall 2018.

bruk omsorgstrappa slik de vil ønske. En dimensjonering som er for lav, vil derfor være uheldig.

Sårbarheten som Berlevåg kommune har, som følge av både størrelse og beliggenhet må være en faktor som tas med i vurderinger av behov og fremtidig kapasitet. Det er store avstander til samarbeidskommuner og alternative løsninger. Selv om kommunen på et senere tidspunkt kan bygge eller legge til rette for bygging av flere omsorgsboliger, er antallet plasser med heldøgns omsorg som det nå skal bygges for, av betydning for tryggheten brukerne opplever.

Samtidig skal hensynet til fremtidig kompetanse og personalressurser spille inn. Den må disponeres på en annen måte i dag dersom den skal strekke til i fremtiden. Det blir flere brukere med behov for tjenester og en stadig synkende yrkesaktiv befolkning. Økonomisk skal også tjenestene være bærekraftige. Oppsummert står kommunen foran relativt store omforminger og endringer for å kunne møte fremtidens utfordringer.

**RO vil anta at en dekningsgrad på mellom 20-25% er det kommunen bør strekke seg etter på lang sikt.**

Dette forutsetter en større dreining mot at innbyggerne tar ansvar for egen alderdom, at kommunen satser intensivt på mestring og velferdsteknologi, samt at organisasjonen jobber med å forbedre faglige standarder og strukturer for kvalitetsforbedring. Det å kunne lede endring er en viktig kompetanse for organisasjonen, sammen med et aktivt medarbeiderskap. **RO mener kommunen bør ha en intern diskusjon og beslutning om dimensjonering, både av dekningsgrad og andel institusjonsplasser.**

**Det er viktig at både ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenestene jobber med faglige standarder og forbedring av tjenestene sine. Struktur, klare regler, ledelse av daglig drift og opplæring må bli bedre dersom kommunen skal kunne utvikle tjenestene.** Formålet på lang sikt må være en tjenesteprofil som styrker hjemmeomsorg, forebygging og rehabilitering. Da må det trekkes i samme retning og ressurser må sees på samlet. **Vi anbefaler at det jobbet strukturert med dokumentasjon, kvalitet og avvik. Deretter med god flyt og planlegging for bruk av korttidsplasser. Hjemmebaserte tjenester må styrkes og jobbe sammen for forebygging og rehabilitering for at brukerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig.** Eventuelt at de skal klare seg med omfattende tjenester i en omsorgsbolig, der tjenester og pleie kan gis hele døgnet. Kommunen må også ta en diskusjon om egen ideologi for tjenestene i et nytt helsesenter. Hvordan kan bygget understøtte og gi et tilbud slik at flere kan leve godt i egen bolig eller omsorgsbolig? Det være seg muligheter for behandling, dagsenter, sosiale treff, måltider, aktivitet og trening. Hvilke funksjoner skal i så fall bygget ha? Dette er diskusjoner som også må gjøres i en byggeprosess og her krysser prosessforløpene hverandre.

Å implementere velferdsteknologi krever ny kunnskap om innovasjon og teknologi og evne til organisasjonsutvikling. Det krever dessuten individuell kartlegging av behov og opplæring av både medarbeidere og brukere. **RO vil anbefale at Berlevåg kommune investerer tid og personalressurser i å etablere en økt bruk av velferdsteknolog.**

# Vedlegg 1

## Forslag til prosess Berlevåg helsesenter

