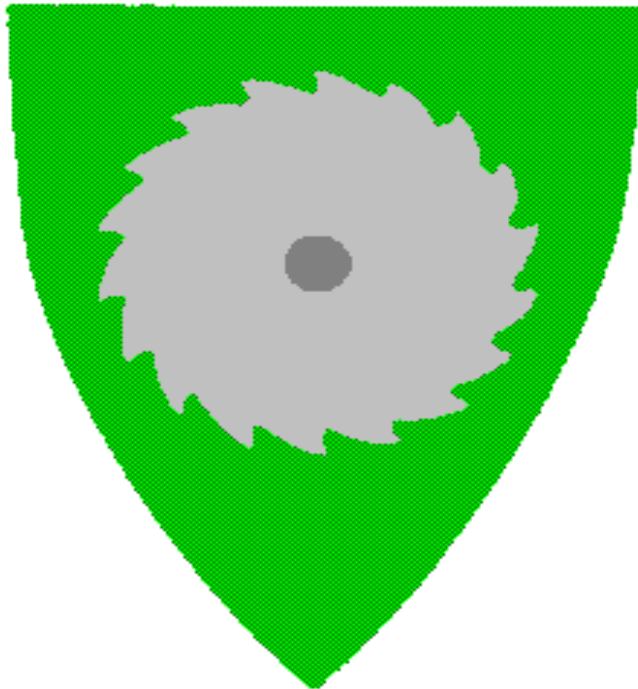


OMSTRUKTURERING AV TJENESTETILBUDET I HSO-SEKTOREN AUDNEDAL KOMMUNE



Rapport del 2

våren 2013

Høringsnotat

Innhold

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Innledning..... | 2 |
| 1.1 | Mandat for utredningen – Kommunestyrets vedtak 13.12.2012 – sak 75/12..... | 3 |
| 1.2 | Målsetninger for utredningen | 3 |
| 1.3 | Hvordan arbeidet med utredningen er organisert..... | 4 |
| 2. | Alternative løsningsmodeller | 4 |
| 2.1 | Alternativ a, en institusjon på Konsmo – hjemmebaserte tjenester på Byremo | 4 |
| 2.2 | Alternativ c, en institusjon på Byremo – hjemmebaserte tjenester på Konsmo | 7 |
| 2.3 | En 24-timers institusjon på Konsmo og Byremo med 1 nattevakt på hvert sted, alternativ b. | 14 |
| 3.3 | Kjøkken | 19 |
| 3.1 | Ordinær kjøkkendrift på to institusjoner (kostnader i dag,) | 19 |
| 3.2 | En institusjon og ett kjøkken i kommunen..... | 19 |
| 3.3 | To institusjoner og ett kjøkken..... | 20 |
| 3.4 | Vakuumpakking | 20 |
| 3.4 | Kjøp av tjenester fra andre | 22 |
| 4.0 | Vaskeri | 22 |
| 5.0 | Konklusjon | 25 |

1. Innledning

Høsten 2012 ble det utredet en foreløpig rapport vedr organisering av tilbudet inne Helse, sosial- og omsorgssektoren (HSO) i kommunen. Det ble i den forbindelse gjort en analyse av nåsituasjonen, pekt på utfordringer som kommunen står overfor frem til 2020 – 2025 og videre etter denne perioden. Generelt så er det slik andelen eldre over 80 år holder seg stabil i perioden frem til 2020 – 2025 men øker betydelig i årene etter dette. Det samme gjelder aldersgruppen 67 – 80 år, men hvor en også har noe økning frem mot 2020 – 2025. Det betyr at de største utfordringene på kort sikt ikke ligger på kapasiteten innen omsorgssektoren, men at kommune får et økt ansvar i forhold forebygging, behandling og oppfølging i henhold til intensjonen med Samhandlingsreformen sammen med en generell økning av livsstilsrelaterte sykdommer. Dette medfører at en i de første årene ikke har behov for flere institusjonsplasser, men en generell kompetansebygging og en økning av ressursene innen helseenheten slik som psykiatri, rus, kommuneoverlege, fysioterapi, helsesøster og jordmortjenester.

I den foreløpige rapporten ble det utredet fire forskjellige alternative løsninger. To løsninger hvor en samler institusjonstjenestene enten på Byremo eller Konsmo i en institusjon og hvor en samler hjemmebasert tjenester i den motsatte institusjonen. De to andre forslagene var å samle både institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester enten på Byremo eller på Konsmo. Det ble ikke gjort noen vurdering i forhold til planløsninger og flere av kostnadskalkylene var ikke detaljtrudet. Intensjonen var at kommunestyret skulle velge ett til to forslag som skulle utredes nærmere.

Kommunestyret bestemte at de to alternative forslagene med en institusjon på Byremo eller Konsmo og hjemmebaserte tjenester i den motsatte institusjonen skulle utredes videre. I tillegg ble det vedtatt et tredje alternativ med å beholde institusjonen både på Byremo og Konsmo.

Denne rapporten bygger på den foreløpige rapporten, hvor en har gjort en grundig utredning i forhold til nå situasjon, utfordringer og fremtidige behov. Dette omhandles ikke i denne rapporten og det anbefales derfor at begge rapportene leses samtidig for å få en bedre helhet i det utredningsarbeidet som er gjort.

Arbeidet med utredningen ble startet like over nyttår 2013, hvor utredningen var ferdig for å sendes ut på høring den 20. mars 2013. Arbeidsgruppa har opplevd tiden med selve utredningen som knapp, men hvor hele arbeidsgruppa står samlet i forhold til innholdet i rapporten.

1.1 Mandat for utredningen – Kommunestyrets vedtak 13.12.2012 – sak 75/12.

1. Kommunestyret tar arbeidsgruppas rapport til etterretning og ser at det vil være både faglige og økonomiske gevinster ved å omstrukturere tjenestetilbudet i HSO-sektoren.
2. Kommunestyret ber nåværende arbeidsgruppe utrede videre følgende alternativ:
 - a) En 24-timers institusjon på Kongsmo og hjemmebaserte tjenester på Byremo slik som hjemmesykepleie, psykiatri, rus, lege, helsestasjon/helsesøster, jordmor, folkehelse inkludert frisklivssentral, fysioterapi, ergoterapi, hjelpemiddelformidling, barnevern, sosiale tjenester i NAV m. m..
 - b) En 24-timers institusjon på Kongsmo og Byremo med 1 nattevakt på hvert sted.
Det skal sees på mulighetene for å organisere / spesialisere tilbudene på hver institusjon slik at tilbudene blir ulike, men at det samlet faktiske beste tilbudet ved en omorganisering gir et fremtidig bedre tilbud for innbyggerne. Det skal også tas med de utfordringene Samhandlingsreformene gir.
 - c) En 24-timers institusjon på Byremo og hjemmebaserte tjenester på Kongsmo slik som hjemmesykepleie, psykiatri, rus, lege, helsestasjon/helsesøster, jordmor, folkehelse inkludert frisklivssentral, fysioterapi, ergoterapi, hjelpemiddelformidling, barnevern, sosiale tjenester i NAV m. m..
3. Arbeidsgruppa leverer rapport til rådmannen innen 01.04.13. Arbeidsgruppa har ansvaret for utredning, informasjon og høringsrunde. Det stilles inntil kr. 250.000 til disposisjon for utredningen. Midlene finansieres ved bruk av disposisjonsfond overskudd HSO - etaten.
4. Rådmannen innstiller til politisk behandling innen mai 2013.
5. Hovedverneombud tas med i arbeidsgruppa i den videre prosessen.

1.2 Målsetninger for utredningen

Målsettingen for del 2 vil være det samme som for foreløpig rapport høsten 2012:

- Opprettholde og videreutvikle tjenestetilbudet med høy kvalitet
- Mer framtidsrettet institusjonsbruk med tanke på utfordringer i Samhandlingsreformen
- Mer effektiv drift
- Bedre mulighet for rekruttering og kompetanseutvikling

I tillegg har kommunestyret i forbindelse med handlingsplan2013 – 2016 vedtatt en innsparing innen HSO på 2 mill fra 2014.

1.3 Hvordan arbeidet med utredningen er organisert

Deltakere i arbeidsgruppen har vært:

- Odd Arne Ougland, Høyre
- Åslaug Høyland, Bygdelista
- Heidi Andersen, Norsk sykepleierforbund til februar 2013
- Fra februar 2013 Gerd Marie Viblemo NSF
- Brit Egebø, Fagforbundet
- Marion Seland, Hovedverneombud. Fra mars 2013 Tine Marie Vaaje
- Kristine Valborgland, Kommunalleder økonomi
- Tom Valand, Kommunalleder HSO

Enhetsleder teknisk Terje Ågedal har i tillegg vært konsultert i forhold til bygningstekniske vurderinger sammen med Styringsgruppa for Investeringsprosjekter i kommunen. Styringsgruppa har bestått av:

- Ordfører Tønnes Seland
- Åslaug Høyland
- Jon Stedjan

Enhetsleder teknisk Terje Ågedal har vært sekretær for styringsgruppa.

I tillegg har det vært arbeidsgrupper i forbindelse med å utrede kjøkken og vaskeridrift.

2. Alternative løsningsmodeller

Arbeidsgruppen skal i henhold til mandat utrede tre forskjellige løsningsforslag. Alternativ a og c, hvor arbeidsgruppen er bedt om å utrede henholdsvis en institusjon på Byremo og Konsmo og hvor hjemmebaserte tjenester stasjoneres på motsatt sted i forhold til institusjonen, er delvis utredet i den foreløpige rapporten høsten 2012. De faglige elementene er her godt nok utredet, mens de økonomiske konsekvensene i forhold til bygninger, personell og alternative løsninger for kjøkken og vaskeri, må utredes nærmere.

Alternativ b, hvor det skal utredes en 24-timers institusjon både på Byremo og Konsmo slik som i dag og hvor en har differensierte tilbud med en nattevakt på ett sted, vil måtte utredes i sin helhet.

Når det gjelder drift av kjøkken og vaskeri, så behandles dette som egne punkter siden flere av løsningene ikke er avhengig av valg av løsningsmodell for institusjonstjenesten.

2.1 Alternativ a, en institusjon på Konsmo – hjemmebaserte tjenester på Byremo

Ut fra behov for ca. 20 -24 plasser til heldøgns- omsorg og pleie, kan behovet dekkes ved å bruke Konsmoheimen slik den er i dag. Dette ved å ta i bruk omsorgsleilighetene i 2. etg. eller evt. omgjøre

areal til pasientrom i 1. etg. på institusjonen. Byremo bo og omsorgssenter omgjøres til senter for hjemmebaserte tjenester. Fordeler og ulemper med denne løsning er beskrevet i den foreløpige rapporten og gjelder generelt for løsning der en har en institusjon i kommunen.

Økonomisk vil det ha betydning om en definerer alle plassene som institusjonsplasser eller om noen av plassene defineres som omsorgshybler/leiligheter. En mulig fordeling av plassene er definert i den foreløpige rapporten.

2.1.1 Personellmessige konsekvenser

Ved å ha en institusjon i kommunen vil det være mulig å redusere en nattvakt, slik at en har en grunnbemanning med to nattevakter istedenfor tre som i dag. Dette er samme bemanning som Hægebostad og Marnardal har i dag. Begge kommunene har en institusjon og er av noenlunde samme størrelse som Audnedal. Periodevis vil det være behov for å øke bemanningen på natt, men dette er også tilfelle i dag dersom en har dårlige pasienter. Evt. behov for ekstra ressurser må dekkes på vanlig måte slik som i dag, enten via redusert inntak av vikarer ved sykdom/permisjoner etc i rolige perioder eller som ekstrabevilgning.

Reduksjon av antall nattevakter innen institusjonene fra tre til to:

| | |
|---|-----------|
| Innsparingen er 1,83 årsverk totalt kr. | 1.328.000 |
|---|-----------|

2.1.2 Bygningsmessige konsekvenser

Praktisk beskrivelse av de forskjellige alternativene i HSO utredningen:

Utgangspunktet for prisberegningen er å tilpasse eksisterende bygningsmasse til nytt formål ved bruk av minst mulig midler. Forutsetningen i beregningen er at de forskjellige rommene skal brukes slik som de er i dag med minst mulig sammenslåing/oppdeling av rom, men at de skal være hensiktsmessige i forhold til formålet. Det er ikke beregnet andre arbeid på uendret rom enn, tilpasning av lyskilder, kabelføringer til ekstra stikkontakter og datauttak. Rommene er ellers tenkt innredet med kontormøbler fra eksisterende kontor. Det må muligens noe ekstra møbler i enkelte tilfeller.

For å lage et kostnadsoppsett på de forskjellige arbeidene er det laget et regneark med en ganske detaljert kostnadsberegning på de forskjellige alternativene. Prisene er beregnet med utgangspunkt i enhetspriser eller. Rs (rund Sum).

Enhetsprisene er hentet inn ved å forespørre lokale firma. Det har også vært befaring og kontakt med leverandører på byggene for å avklare for eksempel ventilasjonsforholdene.

Anslaget (rund sum) er beregnet i administrasjonen etter befaring på stedet og egen kompetanse.

Alternativ a En 24-timers institusjon Konsmo 22 plasser.

- For å få 22 pasientrom omgjøres frisør (21,4m²), legekantor (15m²) og gjesterom (28,4 m²) til pasientrom. I tegningen er det lagt inn ombygging av legekantor til pasientrom. Dette rommet blir veldig lite. Alternativet er å bygge om dagens hobbyrom til pasientrom (24,8m²).
- Garderobe etableres i kjeller der hvor det i dag oppbevares hjelpemidler. Hovedtyngden av hjelpemidler flyttes til senter for hjemmebaserte tjenester.
- Personal/spiserom ombygges. Garderobe og toalett flyttes til kjeller.
- Eksisterende spisestue avdeles med vegg og dør inn til dageligstue.
- Dageligstue omgjøres til hovedinngang med inngang fra øst. Ny trapp med rullestolrampe og dør etableres. Takoverbygg/terrasse/søyler oppgraderes. Inngangspartiet tettes, underkles og lyssettes.
- Parkeringsareal etableres på plenareal på sydside av bygget.
- Areal på loft brukes til gjesterom.
- Det må fristilles en leilighet i 2. etg til bruk for fotpleie og frisør. I forhold til i dag har dette ingen kostnadmessige konsekvenser siden det i dag kun budsjetteres med to leiligheter oppe.

Alternativ a. Byremoheimen senter for hjemmebaserte tjenester:

- Personalinngang i kjeller. Eksisterende garderobe brukes. En ekstra dusj/wc etableres.
- Felles Spiserom i dageligstue ved hovedinngang. Brukes som møterom på kveldstid.
- Legesenter i hele fløy mot nord.
- Akuttmottak etableres direkte inn i øverste leilighet mot øst med tak over.
- Hjelpemiddelkoordinator, jordmor og helsesøster i fløy fra arbeidsstue og sør og vest totalt 4 kontor.
- Psykiatri og barnevern disponerer i 3 oppholdsrom totalt ca 124m² Her påregnes noe innvendig oppdeling av oppholdsrom. Vindfang ved kjøkken kan brukes som alternativ inngang.
- Fysioterapi. Disponerer 2 oppholdsrom, lager og lintøyrom.
- Skyllerom og stue omgjøres til møterom
- Spiserom øst for kjøkken utbygges til møterom.
- 1 oppholdsrom, Gard, wc deler av TV stue omgjøres til areal for NAV.
- Stue mellom nye omsorgsleiligheter og legesenter kan brukes på dag/kveldstid til sosiale aktiviteter for bygdefolk. Det samme gjelder spiserom ved dagligstuen som evt. kan brukes på kveldstid.

Kostnader eksl. mva. alternativ a:

| | |
|--|----------------------------|
| Ombygging Byremo bo og omsorgssenter til hjemmebaserte tjenester: | kr. 1 630 600 |
| Ombygging Kongsmoheimen bo og servicesenter inst. for 22 beboere: | kr. 1 150 000 |
| Uforutsette kostnader iflg. reglement for investeringsprosjekter 5 % | kr. 139 030 |
| Prisstigning 2 % | kr. 58 393 |
| Ekstra uforutsette kostnader | <u>kr. 500 000</u> |
| Totale byggekostnader alternativ a. | <u>kr.3 478 023</u> |

Det vil være mulig å ha ferdig pasientrom og personalrom på Kongsmoheimen til ca 1.10.2013. Inngangsparti og andre bygningsmessige endring kan ta noe lengre tid. Ombygging Byremoheimen til senter for hjemmebaserte tjenester vil sannsynligvis ikke kunne være ferdig før høsten 2014.

2.1.3 Delkonklusjon alternativ a

Ved å velge Kongsmoheimen som institusjon for hele kommunen vil en kunne få plass til 22 institusjonsplasser i 1.etg. Noen av rommene som er foreslått omgjort til pasientrom, er noe små dersom en skal ha inn hjelpemidler og være to personer i pleiesituasjoner. Rom til pårørende, fotpleie/hårpleie foreslås omgjort til pasientrom. En til to leiligheter i 2.etg bør derfor fristilles til bruk for institusjonsbeboere, hår-/fotpleie og pårønderom.

Det er mulighet for å få egnet plass til hjemmebaserte tjenester i Byremo bo og omsorgssenter uten store bygningsmessige kostnader ut fra foreslått arealdisponering. Dette med unntak av tannlegekontor. Dersom helsehuset på Byremo skal kunne frigjøres for salg, kan tannlegen evt. flyttes over i lokalene til det gamle kommunehuset på Byremo.

Personellmessig innsparing for alternativ a, er ca. 1,3 mill i forbindelse med reduksjon fra tre til to personer i grunnturnus på natt. Periodevis vil det være behov for ekstrapersonell på natt. I tillegg kommer innsparinger ved å ha ett kjøkken, samt innsparinger på strøm, vaktmester osv. Dette omtales i egne kapitler.

Totale bygningsmessige kostnader blir ca 3,5 mill for omgjøring av både Kongsmoheimen og Byremo bo og omsorgssenter.

2.2 Alternativ c, en institusjon på Byremo - hjemmebaserte tjenester på Kongsmo

Det er i dag 11 institusjonsplasser på Byremo bo og omsorgssenter. For å kunne dekke kommunens behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester til 2020 -2025, må det bygges 10-12 nye plasser. Dette inkludert evt. eksisterende rom som kan omdisponeres. I totalarealet må det tilrettelegges for skjermet avdeling for senil demente med tilhørende uteområde (sansehage) og avlastning for hjemmeboende senil demente.

Kongsmoheimen omgjøres til senter for hjemmebaserte tjenester.

Dette alternativet er tidligere utredet i den foreløpige rapporten når det gjelder fordeler og ulemper. Økonomisk vil det som i alternativ a, ha betydning om en velger institusjonsplasser eller omsorgsleiligheter/-hybler.

2.2.1 Personellmessige konsekvenser

De personalmessige kostnadene vil være lik som for alternativ a.

2.2.2 Bygningsmessige konsekvenser

Alternativ c. 24-timers institusjon Byremo.

- Eksisterende bygg får ingen endringer.
- Nybygg med 12 plasser etableres i forlengelse av eksisterende bygg mot syd.

Alternativ c. Konsmoheimen senter for hjemmebaserte tjenester

- Eksisterende bygg til dement brukes til legesenter inklusiv akuttmottak og helsesøster.
- Akuttmottak etableres ved inngang til leilighet a, med takoverbygg utvendig.
- NAV disponerer areal mot syd i hovedbygg - totalt ca 160m².
- Fysioterapi etableres i pasientrom B1,B2 og stue/gjesterom. Det kan frigjøre mer areal ved behov.
- Barnevern og psykiatri disponerer pasientrom A1-A5 inklusiv et møterom.
- Hjemmesykepleien etableres i pasientrom A6
- Hjelpemiddelformidler disponerer eksisterende vaktrom.
- Eksisterende spisestue avdeles med vegg og dør inn til dageligstue og får nå funksjon som personal/spiserom.
- Dageligstue omgjøres til hovedinngang med inngang fra øst. Ny trapp med rullestolrampe og dør etableres. Takoverbygg/terrasse/søyler oppgraderes. Inngangspartiet tettes, underkles og lyssettes.
- Parkeringsareal etableres på plenareal på sydside av bygget.
- Eksisterende personalrom brukes som møterom.
- Rom O3 benyttes som møterom
- Rom O1 etableres som personalgarderobe
- Rom O1 Korttid etableres som personalgarderobe
- Det kan evt. omgjøres ledige pasientrom i fløyen mot elva for å få til egnet rom for sosiale aktiviteter for bygdefolk.

Kostnader ekskl. mva alternativ c:

| | |
|---|------------------------------|
| Ombygging Byremo bo og omsorgssenter til 23 institusjonsplasser: | kr. 12 070 630 |
| - Tilskudd fra Husbanen nybygg | kr. 4.800 000 |
| Ombygging Konsmoheimen bo og services. til hjemmebaserte tjenester: | kr. 1 693 840 |
| Uforutsette kostnader iflg reglement for investeringsprosjekter 5 % | kr. 688 224 |
| Prisstigning 2 % | kr. 289 054 |
| <u>Ekstra uforutsette kostnader</u> | <u>kr. 500 000</u> |
| Totale byggekostnader alternativ c. | <u>kr. 10 441 748</u> |

Det vil ta ca. ett år etter at evt. vedtak er fattet før det vil være mulig å flytte beboere fra Konsmo og å starte omgjøring av Konsmoheimen til hjemmebaserte tjenester. Dette avhenger av nybygget på Byremoheimen som tidligst kan være klart høsten 2014. Konsmoheimen som senter for hjemmebaserte tjenester vil derfor ikke kunne være ferdig før ca årsskiftet 2015.

2.2.3 Delkonklusjon alternativ c

Byremo bo og omsorgssenter har i dag 11 institusjonsplasser. Utvidelse av institusjonen med plass til 23 beboere er kostnadsberegnet til ca. 7 – 8 millioner i netto investeringer.. Alle rommene vil da være på ett plan, hvor ca. halvparten vil ha arealmessig standard som omsorgsleilighet.

Konsmoheimen har mer enn nok areal i forhold til dagens behov for hjemmebaserte tjenester. Rommene på Konsmoheimen godt egnet til kontorer. Kostnader for ombygging er beregnet til ca 1,7 mill. I tillegg kommer uforutsette kostnader.

Totale kostnader for begge institusjonen er beregnet til ca. 10,5 mill. Dette gir årlige driftskostnader på ca. kr. 610 000, noe som gjør at de totale innsparinger er noe mindre enn om en velger en løsning hvor Konsmoheimen er institusjon og Byremo bo og omsorgssenter omgjøres til senter for hjemmebaserte tjenester.

Personellmessig og faglig vil denne løsningen være lik som i alternativ a.

2.2.4 Andre kostnader/innsparinger ved overgang til en institusjon i kommunen

2.2.4.1 Renhold

Redusert renhold som følge av en institusjon

Ved å slå to institusjoner samme til en er det mulig å redusere renholdsressursen, pga reduksjon av fellesarealer. Det er beregnet et redusert behov for renhold med 0,3 årsverk uavhengig av plassering av en felles institusjon. Dette er som vist i HSO - utredningen høsten 2012. Oversikt over beregningen følger i vedlegg til rapporten.

Økt renhold som følge av økt areal til hjemmebaserte tjenester

Ved å samle hjemmebaserte tjenester i et bygg, vil det bli økt fellesareal (bl.a spiserom, toaletter, ganger, inngangsparti). NAV, legekantor, tannlegekontor og fysioterapi betaler renholdet selv. Audnedal kommune har 0,2 årsverk til renhold av Helsestasjon og fellesareal med legekantoret. Renhold til Audnedal Helse er inkludert i renhold av rådhuset, og utgjør en marginal andel. Renhold av kontoret til hjemmesykepleie/ hjemmehjelp er inkludert i renholdet ved sykehjemmene i dag, og utgjør også svært lite.

Ressursen til renhold på Helsehuset i dag er for liten til å ta jevnlig renhold av fellesarealene ved et nytt senter for hjemmebaserte tjenester. Det er beregnet et økt behov for renhold på mellom 0,15 og 0,20 årsverk.

Det er mulig at det hadde vært mer hensiktsmessig at renholdet for hele bygget var organisert felles og hver betalte sin andel, pga mye små stillinger hver for seg, samtidig som det er krav om høy vaskefrekvens på enkelte kontorer. Dette må tas opp når framtidig organisering er avklart.

2.2.4.2 Overgangskostnader

I forbindelse med sammenslåingen av de to sykehjemmene, vil det påløpe en del ekstra kostnader i en overgangsperiode. I grunnlaget for budsjettet for 2013 er det forutsatt en 24-timers institusjon fra

1.oktober. Det vil være en innsparing ved en felles institusjon de siste tre månedene i 2013 dersom Konsmoheimen velges som institusjon. Denne innsparingen skal finansiere overgangskostnadene.

Det er ikke beregnet noen overgangskostnader ved alternativ B - opprettholdelse av to 24-timers institusjoner.

2.2.4.3 Flyttekostnader

Det er sannsynlig at flyttekostnadene blir ganske like uavhengig av om institusjonen blir på Byremo eller Konsmo.

Flytting av beboerne:

Det er lagt til grunn at det er ca 10 beboere som skal flyttes. Flyttingen kan gjennomføres innen en uke, med flytting av ca. to pasienter per dag. Det er foreslått å beregne to ansatte ekstra på dagtid disse fem dagene. De har ansvaret for å følge beboerne som flytter, hjelpe til med flyttingen og at beboerne kommer seg i orden på nytt rom. Uken som flyttingen av beboerne foregår, må det være ekstra bemanning på den institusjonen som tar i mot pasienter, fordi antall beboere øker. Det er beregnet to ekstra ansatte på dag- og kveldsvakt i fem dager.

Noen av beboerne må flyttes med ambulansse, og de andre med en stor drosje tilrettelagt for rullestolbrukere.

Det er også beregnet å leie en flyttebil på 7,5 tonn med lift denne uken. Alle vaktmestrene er med på flyttingen, og kun helt nødvendige andre oppdrag utføres i denne perioden.

Flytting av kjøkken

Kjøkkenet flyttes uka etter at beboerne er flyttet. Det er beregnet to ansatte i en uke til å ha ansvaret for å flytte all mat og alt som kan nyttiggjøres til felles kjøkken. I tillegg må det være tomt og rent i kjøkken, fryser, kjølerom og lager.

Flytting av Audnedal Helse og Helsestasjonen:

Ansatte avsetter 1-3 dager til flyttingen og er med og flytter kontoret de tilhører. Vaktmestrene bistår med praktisk hjelp. Bil med henger er tilstrekkelig.

Flytting av legesenter:

Det er beregnet ca kr 10.000 til ekstern bistand i forbindelse med flytting av teknisk utstyr. Vaktmestrene bistår med praktisk hjelp. Bil med henger er tilstrekkelig.

Evt. flytting av tannlegekontor

En vanlig flyttekostnad på en tannlegeplass inkl skjerming for stråling og ekstra el+ rør. og tømmer oppgis fra kr 100 000 til 150 000 inkl mva.

Totale flyttekostnader er beregnet til ca. kr. 130 000

2.2.4.4 Utarbeiding av nye rutiner, turnuser etc

Det må utarbeides en ny turnus for den nye felles institusjonen. Like viktig er utarbeidelsen av nye rutiner, planlegging av ansvarsfordeling og organisering av oppgaver. Det er viktig med medvirking fra ansatte, og det må være en prosess slik at nye rutiner og oppgaver er kjent og forstått av alle.

Totale kostnader knyttet til utarbeidelse av nye rutiner m.m. er beregnet til ca 147 000.

2.2.4.5 Andre kostnader knyttet til sammenslåing av arbeidsplasser

Å slå sammen arbeidsplasser er en spennende prosess i forhold til at det er mange som skal bli kjent med hverandre og lære seg å samarbeide. Hver arbeidsplass har sin unike kultur, og så skal man bygge en ny på de to nye arbeidsplassene – senter for hjemmebaserte tjenester og en 24-timers institusjon. Dette krever ekstra tid sammen for de ansatte.

Det blir ca 60 ansatte på den nye institusjonen. I tillegg blir det etablert et senter for hjemmebaserte tjenester som også må kjøre en prosess i forhold til å bli en ny felles arbeidsplass for flere funksjoner.

Det må settes av ressurser til å gjennomføre en oppstartssamling og et ekstra personalmøte i tillegg til de ressurser som det er budsjettet med på institusjonene for 2013. Det foreslås også av avsette ressurser til ekstern bistand i forbindelse med prosessen med å lage en ny felles arbeidsplass.

Det antas at personalmøter på senter for hjemmebaserte tjenester kan gjennomføres i arbeidstida.

Det vil bli søkt om tilretteleggingstilskudd fra NAV i forhold til prosessen med slå sammen personalet fra flere arbeidsplasser til to nye.

Totale kostnader knyttet til ekstra personalmøter etc. er beregnet til ca. 122 000

2.2.4.6 Avklaring med Husbanken i forhold til tilbakebetaling av investeringstilskudd

I følge retningslinjene for investeringstilskudd fra Husbanken, pkt 6,7 skal investeringstilskuddet som hovedregel tilbakebetales i sin helhet dersom arealet ikke brukes til de formål som var forutsatt ved tilskuddstildelingen. Viser til kapittel 8.2 i HSO - rapporten høsten 2012.

Husbanken har signalisert en streng praksis i forhold til å kreve tilbakebetaling. Husbanken pleier likevel ikke kreve tilbakebetaling for den delen av tilskuddet som allerede er avskrevet.

Oversikt over investeringstilskudd som må tilbakebetales:

| | Investerings-tilskudd | Gr.lag rentekomp. | Gjenstående tilskudd 2014 | Reduserte renteinnt. pga tilbakebetaling av inv.tilskudd | Årlig rentekompensasjon bortfaller. Red inntekt |
|--|-----------------------|-------------------|---------------------------|--|---|
| Nedleggelse Konsmoheimen, 11 plasser (2000) | 4 125 000 | 5 000 000 | 1 237 500 | 49 500 | 220 000 |
| Nedleggelse Byremoheimen, 11 plasser (2002) | 4 273 000 | 5 000 000 | 1 709 200 | 68 368 | 240 000 |
| Nedleggelse Konsmoheimen, skjermet 6 pl (1999) | 1 050 000 | 3 400 000 | 262 500 | 10 500 | 15 000 |

Investeringsstøtte må tilbakebetales for Kongsmoheimen for 11 institusjonsplasser og 6 omsorgsboliger dersom Kongsmoheimen blir senter for hjemmebaserte tjenester.

Investeringsstøtten må tilbakebetales for Byremoheimen for 11 institusjonsplasser dersom Byremoheimen blir senter for hjemmebaserte tjenester.

2.2.4.7 Variable kostnader

Driften av de to institusjonsbyggene har i snitt kostet kr 1 780 000 i pr. år (snitt for siste tre år, avskrivninger er ikke med). Store poster er strøm, renhold og bygningsvedlikehold og vaktmestertjenesten.

Årlige kostnader til drift av selve helsehuset har i snitt vært kr 188.000 (snitt for siste tre år, avskrivninger er ikke med). Dersom Helsehuset selges, eller får ny aktivitet slik at det er selvfinansierende vil kommunen spare disse kostnadene.

Ved en felles institusjon vil samlet areal til institusjonene bli betydelig redusert. Helsehuset er også frigjort. Ved den institusjonen som blir senter for hjemmebaserte tjenester vil innetemperaturen kunne senkes flere grader. I tillegg vil bygget kun være i bruk i mindre grad i helgene.

I forhold til variable kostnader er det beregnet at strømforbruket kan reduseres med minst kr 100.000. Dette er et forsiktig anslag, slik at innsparingen sannsynligvis er større.

Bygningsvedlikeholdet kan reduseres ut fra at aktiviteten er flyttet fra tre til to bygg. Dette er beregnet til ca kr 50.000. I tillegg vil man spare en del småposter som renholdsartikler, smårekvisita, mindre inventar etc. Dette er beregnet til ca kr 30.000.

Totalt er det beregnet en innsparing på ca kr 180.000 i diverse variable kostnader.

2.2.5 Fordeler og ulemper med en institusjon i kommunen

Fordeler og ulemper med en institusjon kontra to institusjoner i kommunen er utredet og hentet fra den foreløpige rapporten 2012. Følgende elementer er vurdert:

Fordeler:

- Bedre i stand til å takle faglige utfordringer i Samhandlingsreformen ved at en har større fagmiljø samlet på ett sted. Større mulighet for spesialisering innen forskjellige fagområder og faglig utvikling.
- Vil ha mulighet til fast personell på avdeling for urolig demente.
- Bedre i stand til å takle uforutsette hendelse i forhold til personalressurser, for eksempel ved fravær, variasjon i pasientbelegg etc. Bedre i stand til å kunne takle fravær uten inntak av vikarer.
- Trenger kun to nattevakter i forhold til tre som i dag.

- Dersom Audnedal bo og dagsenter legges til en av institusjonene, eller i samme del av kommunen som en institusjon, kan det være mulighet for bedre utnyttelse av ressursene på natt.
- Kun kjøkkendrift på ett sted i forhold til dagens tilbud med to kjøkken. Sparte utgifter i forhold til utstyr og personell.
- Reduserer potensielle økte utgifter ved at en vil eliminere behovet for sykepleier på natt ved Byremo bo og omsorgssenter for å takle utfordringer i Samhandlingsreformen. (Kan allikevel være behov for to sykepleiere på natt ved en institusjon)

I forhold til dagens ordning ved at Audnedal helse, NAV og legekantoret er spredt på forskjellige steder i kommunen vil det være en fordel å samle alle disse fagområdene på ett sted. Fordelen ved å samle helse og sosiale tjenester på ett sted er.

- Bedre mulighet for tverrfaglig samarbeid – mer rasjonell utnyttelse av ressursene og større fagmiljø. Bedre dekning av sykepleiere i hjemmesykepleien.
- Redusere fra to enhetsledere til en enhetsleder i 100 % stilling. Dette medfører ikke innsparing på ledelsesressurs, men gir en bedre koordinering av ressursene.
- Frigjør nåværende helsehus som kan selges/leies ut til andre formål – medfører mindre vedlikeholdskostnader, sparte strøm- og renholdsutgifter.
- Sparte kommunale utgifter til leie av kontor for NAV i tillegg til at en får inntekter fra statlig del av NAV.
- Mulighet for leieinntekter fra fysioterapi.

Ulemper

- Flere beboere må flytte lengre bort fra lokalmiljøet. Dette kan medføre lengre avstander for pårørende og mindre besøk for noen av beboerne i institusjon.
- Dersom en skal ha Kongsmoheimen som institusjon og at en må ha beboere med behov for heldøgns- omsorg og pleie i 2.etg, er ikke dette en optimal løsning uten egnet skyllerom etc. Det er allikevel mulighet for at de som er minst pleietregende kan legges i 2. etg.
- Mister noe av fleksibiliteten ved at hjemmesykepleie og institusjon splittes – men det er fortsatt mulighet for at ansatte i hjemmesykepleien kan bistå inne på institusjon dersom det er ledig tid i hjemmesykepleien eller omvendt.
- Mister noe av fleksibiliteten for å ta inn ekstra beboere i korte perioder dersom antall ordinære plasser er fylt opp.

- Mer kjøring i forbindelse med å bringe ut middag til hjemmeboende i hele kommunen.
- Ikke egnede rom til vaskeridrift i Konsmoheimen. Må evt. gjøres bygningsmessige endringer.

Ulemper ved å bruke en av institusjonene til hjemmebaserte tjenester:

- Lokalen er ikke tilpasset dette formålet og en må evt. gjøre bygningsmessige utbedringer.
- Noe mer kjøring i hjemmesykepleien ved at hjemmesykepleien skal dekke hele kommunen. Behovet for kjøring kan reduseres ved bruk av Ipad i hjemmesykepleien slik at rapporter kan leses og skrives i forbindelse med hjemmebesøk. Ikke nødvendig med oppmøte hver dag på Byremoheimen. Anslår behov for oppmøte 2-3 dager pr. uke.

2.3 En 24-timers institusjon på Konsmo og Byremo med 1 nattevakt på hvert sted, alternativ b.

Ut fra mandatet skal det sees på mulighetene for å organisere / spesialisere tilbudene på hver institusjon slik at tilbudene blir ulike, men at det samlet faktiske beste tilbudet ved en omorganisering gir et fremtidig bedre tilbud for innbyggerne. Det skal også tas med de utfordringene Samhandlingsreformene gir.

I mandatet betyr det også at en må se på hvordan de hjemmebaserte tjenestene skal kunne organiseres i forhold til to institusjoner.

Ved gjennomgang av beboerne på Byremo bo og omsorgssenter og Konsmoheimen bo og servicesenter i januar 2013, er det ca. halvparten av beboerne som ikke kan klare seg uten et heldøgns- omsorg og pleietilbud pga demensdiagnose eller en psykisk sykdom. Mang har i tillegg andre tilleggsdiagnoser. Resterende del er enten mennesker med en kronisk sykdom, nedsatt funksjonsevne, pleietrengende eller at de er inne på avlastningsopphold eller kortidsopphold.

Dersom en skal spesialisere tilbudene slik at en har forskjellige diagnosegrupper på Byremo og Konsmo, vil det ut fra antall innen de forskjellige diagnosegrupper være naturlig med følgende fordeling:

- eldre med demens og psykiske lidelser inklusive avlastning for hjemmeboende demente i en institusjon
- kortidsplasser (øyeblikkelig hjelp, mottak av pasienter fra sykehus, rehabilitering, lindrende behandling etc.), avlastning og faste plasser for mennesker som ikke primært har behov for heldøgns- omsorg og pleie grunnet demens eller psykiske lidelser i den andre.

2.3.1 *Alternative løsninger:*

2.3.3.1 *Konsmoheimen bo og servicesenter er institusjon for eldre med demens og psykiske lidelser inklusive avlastning for hjemmeboende demente.*

Konsmoheimen har i dag en egne avdeling (bokollektivet) for urolig demente som er bundet sammen med institusjonen via en tube. Det er til sammen 13 pasientrom inne på institusjonen og 6 leiligheter i bokollektivet. Dersom en skal ha en nattevakt, og ca 12- 13 demente på en institusjon, vil det kunne være to aktuelle løsninger:

1. En bruker dagens bokollektiv til urolig demente slik som i dag og resterende rom i nærheten av tuben. Vaktrommet må da evt. flyttes og tilpasses slik at det er i tilknytning til bokollektivet (kontor enhetsleder) eller i institusjonen i nærheten av tuben. (f. eks kontor hjemmesykepleien)
2. Alle beboerne flyttes inn på institusjonen. Det vil da være nødvendig å gjøre bygningsmessige endringer slik at en kan skjerme de urolig demente på en funksjonell måte. I den forbindelse må det være tilhørende oppholdsrom og egnede areal til sansehage utendørs.

Bygningsmessige endringer:

Avdeling for urolig senil dement fortsatt i gult bygg.

- Kontor til enhetsleder og vaktrom bytter plass.

Avdeling for urolig senil dement flyttes over i institusjonen.

- Dementavdeling flyttes over i sør enden av bygget og dør i gang etableres ved vaktrom.
- Egen utgang fra avdelingen og ut til sansehage etableres fra tube mot nord.
- Ny hovedinngang etableres som i alternativ a.
- Spisestue deles av fra dageligstue og brukes som kombinert spise og dagligstue.

Gult bygg kan evt. selges eller brukes som eldreboliger.

Kostnader:

- Avdeling for urolig senil dement fortsatt i gult bygg. kr. 20 000
- Avdeling for urolig senil dement flyttes over i institusjonen. kr. 717 570

2.2.3.2 *Konsmoheimen bo og servicesenter er institusjon for beboere som har behov for kortidsplasser, avlastning og faste plasser for mennesker som ikke primært har behov for heldøgns-omsorg og pleie grunnet demens eller psykiske lidelser.*

Det vil være mulig å bruke institusjonen slik den er i dag uten bygningsmessige endringer til 13 pasienter. Med tanke på Samhandlingsreformen og at en skal overta større ansvar i forhold til rehabilitering og forebyggende arbeid, vil det være behov for å tilrettelegge for fysioterapivirksomhet og frisklivssentral.

Dette alternativet krever ingen bygningsmessige endringer.

2.2.3.3 Byremo bo og omsorgssenter er institusjon for eldre med demens og psykiske lidelser inklusive avlastning for hjemmeboende demente.

Byremo bo og omsorgssenter har i dag 11 rom for beboere. Fem rom ligger i den nye fløyen nord for hovedinngangen mens de resterende seks rommene ligger i "gammel" fløy mot øst. Det vil være behov for å lage egen skjermet enhet for urolig demente. Dette kan gjøres enkelt ved å sette opp en skillevegg inn til en av fløyene. Det anbefales at en her bruker "gammel" fløy, siden denne er best egnet i forhold til hovedinngang, dagligstue og rom for beboere. Det må i tillegg tilrettelegges for dagtilbud til hjemmeboende demente, ved f. eks at man bruker fysioterapi rom etc. eller tilsvarende som hvilerom.

Bygningsmessige endringer:

Byremo bo og omsorgssenter med egen avdeling for urolig senil demente.

- Dementavdeling i østfløyen etableres med utgang til fremtidig sansehage mot sør.
- Avstenging med dør etableres i området ved vaktrom.

Kostnader:

- Etablering av avdeling for urolig senil demente kr. 80 000

2.2.3.4 Byremo bo og omsorgssenter er institusjon for beboere som har behov for kortidsplasser, avlastning og faste plasser for mennesker som ikke primært har behov for heldøgns- omsorg og pleie grunnet demens eller psykiske lidelser.

Institusjonen kan brukes slik den er i dag med samme forutsetninger som for Konsmoheimen bo og servicesenter.

Dette krever ingen bygningsmessige endringer.

2.2.3.5 Hjemmebaserte tjenester

Hjemmebaserte tjenester omfatter hjemmesykepleie, psykiatri, rus, lege, helsestasjon/helsesøster, jordmor, folkehelse inkludert frisklivssentral, fysioterapi, ergoterapi, hjelpemiddelformidling, barnevern, sosiale tjenester i NAV m. m..

Hjemmesykepleien er i dag organisert ut fra hver av institusjonene. Dersom en fortsatt skal ha to institusjoner er det mulighet å fortsette samme modell. En annen måte vil kunne være å samle *hjemmesykepleien* for hele kommunen i tilknytning til en av institusjonene. Dette vil ikke være hensiktsmessig når en har to institusjoner siden det ikke vil det være umulig å samle alle *hjemmebaserte* tjenester til en av institusjonene. Det må da i tilfelle bygges ut.

Den eneste institusjonen som har mulighet for frigjort areal til noen av de hjemmebaserte tjenestene uten å bygge ut vil være på Kongsmoheimen. Dette siden bokollektivet eller flere av rommene vil stå ledig dersom en velger en løsning med to institusjoner. Det kan da være mulighet for felles ledelse med Audnedal helse og at den del av dagens helse som i dag er stasjonert på rådhuset, (psykiatri, folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, barnevern) får kontorer i Kongsmoheimen bo og servicesenter.

På natt vil det være nødvendig med en ekstra person slik som i dag for å kunne opprettholde heldøgns- omsorg og pleie i hjemmesykepleien. Det vil også periodevis være behov for to personer på natt, spesielt i institusjonen for senil demente. Det betyr at med en organisering med to institusjoner vil en være avhengig av en person som kan yte tjenester både ute i hjemmebaserte tjenester og inne på institusjonene slik som i dag på natt. Det er lite realistisk med kun en fast bakvaksordning enten som hjemmevakt eller vakt på vaktrom. Dette både i forhold til at omfanget av aktiv tjeneste på natt sannsynligvis vil være så stort at det ikke er aktuelt med en bakvaksordning og at det vil være vanskelig å kombinere en aktiv bakvaksordning med ordinære vakter på dag, kveld og natt. Timer jobbet på bakvakt inngår i henhold til omregningsfaktor for aktiv tjeneste enten 1:5 eller 1:3. Dersom en skulle ha rene bakvaksstillinger ville en med å ha bakvakt 35,5 t/uke ha en reell stillingsprosent på 20 % stilling ved hjemmevakt og 33.3 % stilling ved vakt på vaktrom. Evt. utrykning på vakt blir i regnet som overtid.

Hjemmesykepleie natt i samarbeid med andre kommuner.

Hægebostad kommune har to nattevakter stasjonert på Eiken bu og omsorgssenter. Disse dekker både hjemmesykepleien og institusjon. I tillegg har Hægebostad kommune en bakvaksordning for vaktmestere, hvor det er mulighet for at hjelp dersom det er hjemmeboende som har behov for to personer til f. eks å komme seg opp etter fall etc. Det har til nå ikke vært behov denne tjenesten. Ved dårlige pasienter i hjemmetjenesten settes det inn ekstra ressurser ved behov.

Dersom Audnedal og H kommune skal samarbeide med felles nattevakt, må det evt. opprettes 1, 8 sykepleierstilling på natt

Marnardal kommune har i dag to nattevakter inne på Marnarheimen. Disse dekker både institusjon og hjemmesykepleien. Dersom det oppstår spesielle behov i hjemmesykepleien som de ikke klarer å dekke med de to nattevaktene de har, etableres det et ekstratilbud for å løse den aktuelle problemstillingen. De har ikke planer om ytterligere økning på natt på nåværende tidspunkt. Dette gjør at det foreløpig ikke er aktuelt med samarbeid med Marnardal kommune for felles nattevakt.

2.3.2 Fordeler og ulemper ved å opprettholde to institusjoner:

Forskjellen fra dagens struktur hvor en har to institusjoner, vil være at en ved nytt forslag differensierer på diagnoser. Det betyr at uavhengig om de er hjemmehørende på Byremo eller Kongsmo, så vil en bli tilbudt plass ut fra diagnose. Fordeler og ulemper med denne modellen vurderes opp mot dagen organisering, i forhold til organisering av hjemmebaserte tjenester og med tanke på fremtidig utvikling.

Fordeler:

- Opprettholder institusjoner som en del av lokalmiljøet, dvs. nærhet for noen brukergrupper.
- Vil kunne samle psykiatri, folkehelse og kommuneoverlege, som i dag er på rådhuset, på Kongsmoheimen med felles leder.
- Noe bedre mulighet for kompetanseoppbygging i forhold til diagnosegrupper.

Ulemper

- Vil ikke kunne samle hjemmebaserte tjenester uten at det gjøres bygningmessige endringer - vanskeligere å få til et godt tverrfaglig miljø.
- Vil måtte opprettholde nattevakt i hjemmesykepleien – ingen innsparing på natt.
- Med tanke på kommunal øyeblikkelig hjelp plikten fra 2016 vil det kunne være vanskelig å få en forsvarlig faglig bemanning hele døgnet.
- Vanskelig å få nødvendige stillingsøkninger innen helse, midler til kompetanseheving og investering i velferdsteknologi.
- Mer sårbar i forhold til å utnytte fagressurser.
- Små fagmiljø – jo flere med forskjellig fagkompetanse en har samlet på en plass, jo større mulighet for å øke den totale kompetanse i kommunen.
- Eldre pasienter med demens eller psykiske lidelser har ofte andre somatiske diagnoser, hvor fagkompetansen vil være i motsatt institusjon.
- Vil kunne være vanskelig å avgjøre hvilken diagnose som skal vektlegges mest i forhold til hvilken institusjon som den enkelte skal legges inn i.
- Små enheter vil stå svakt i forbindelse med en kommunesammenslåing.
- Med tanke på fremtidig økning i antall eldre over 67 år etter 2020 -2025, med flere demente og behandlingstrengende i institusjon, vil det være behov for utbygging av begge institusjonene. Erfaringsmessig med mindre ressurser til kommunene og HSO sektoren vil en selv med en økning i antall beboere ha så små enheter at en vil være veldig sårbare i forhold til rekruttering og kunne opprettholde et godt fagmiljø.

2.3.3 Delkonklusjon to institusjoner med differensierte tilbud og en nattevakt på hver institusjon

Faglig kan det være en noe bedre løsning å ha differensierte tilbud ved de to institusjonene sammenlignet med dagens organisering med to likeverdige institusjoner. Differensiering i henhold til diagnose kan allikevel by på mange utfordringer i forhold til valg av institusjon og oppfølging av beboere med forskjellige diagnoser. For hjemmesykepleien vil det ikke være noe tilbud på natt dersom det kun skal være en nattevakt på hver institusjon. Det betyr at en må opprettholde dagen organisering med tre nattevakter. En slik organisering vil ikke gi noen personellmessig innsparing. Det vil heller ikke være noen andre innsparinger i form av redusert vaktmestertjenester, besparelser strøm eller andre vedlikeholdsutgifter. Den eneste mulig innsparingen er å ha ett kjøkken og at middag og kveldsmat leveres den andre institusjonen daglig. Det må evt. tilberedes frokost ved den institusjonen som ikke har kjøkken.

Med tanke på utfordringer i Samhandlingsreformen vil det med en slik modell være vanskelig å kunne gjøre nødvendige utvidelser i stillinger innen helseenheten. Det kan også være vanskelig å frigjøre økonomiske midler til kompetanseheving og investering i velferdsteknologi.

3. Kjøkken

3.1 Ordinær kjøkkendrift på to institusjoner (kostnader i dag,)

Kostnadene for kjøkkendrift er beregnet ut fra regnskapstall 2012. Ved begge kjøkkene i kommunen tilberedes tørrmat og middagsmat både for beboere i institusjon og hjemmeboende.

Konsmoheimen bo og servicesenter produserer ca 20 porsjoner med middag pr. dag. Tre personer får middag kjørt hjem til egen bolig januar 2013, men dette kan variere ut over året. Det er totalt 1,45 stilling inkl. renhold på kjøkkenet.

Byremo bo og omsorgsenter produserer ca 12 porsjoner daglig. I tillegg kommer i snitt ca 30 porsjoner ekstra tirsdag og torsdag i forbindelse med utsending av middag til hjemmeboende. Det er også hjemmeboende som har abonnement og får middag hver dag via hjemmesykepleien. Det er totalt 1,38 st. kokk og 0,07 stilling assistent på kjøkkenet. Renholdspersonalet gjør rent gulvet på kjøkkenet.

Forbruk kjøkken Byremo og Konsmo

| | |
|------------------------------------|-------------------------|
| Lønn Byremo og Konsmo | 1 695 036 |
| Forbruksvarer Byremo og Konsmo | 760 786 |
| Inntekter matsalg Byremo og Konsmo | <u>-420 271</u> |
| Totale utgifter kjøkken | <u><u>2 035 551</u></u> |

3.2 En institusjon og ett kjøkken i kommunen.

Det er ved kjøkkenet på Byremo bo og omsorgsenter og Konsmoheimen bo og servicesenter mulig å produsere mat for både institusjonsbeboere og hjemmeboende i hele kommunen uten å gjøre noen bygningsmessige forbedringer. Personalmessig har en i dag 1,45 stilling ved hver av institusjonene, totalt 2,9 stilling for begge institusjonene. Ved å ha ett kjøkken og å produsere mat for institusjonsbeboere i en institusjon og for hjemmeboende i hele kommunen, vil en forholdsmessig ha

behov for lite økning i personellressurser sammenlignet med det som en har ved en institusjon i dag. Dette fordi det arbeids og tidsmessig er lite forskjell i å produsere 20 porsjoner i forhold til 40 porsjoner med middag. Tilbereding av tørrmat utgjør heller ikke den store forskjelling i tidsressurs selv om en får flere beboere (noen beboere smører maten selv). Det er i forhold til pakking og utsending av middag det vil medgå mer tid når man øker antall porsjoner. I samarbeid med kokk på en av institusjonene er det beregnet at en personalmessig har behov for kokk 7,5 t/dag alle dager i uken samt assistent tre timer pr. dag tre dager i uken i forbindelse med utsending av mat etc. Dette utgjør totalt 1,72 stilling.

Totale utgifter ett kjøkken

| | |
|---|------------------|
| Lønnsutgifter | 991 243 |
| Matvarer/forbruksvarer/strøm etc | 710 786 |
| Inntekt matsalg | -420 271 |
| Merkostnader kjøring mat hjemmeboende Byremo - Konsmo | 25 272 |
| Totale utgifter ett kjøkken | 1 307 030 |

Innsparing ett kjøkken

| | |
|--|----------------|
| Totale utgifter to kjøkken (regnskap 2012) | 2 035 551 |
| Totale utgifter ett kjøkken | 1 307 030 |
| Total innsparing | 728 521 |

3.3 To institusjoner og ett kjøkken

En legger her til grunn samme kostnader som ved en institusjon, hvor en i tillegg får ekstra utgifter i forbindelse med kjøring fra den ene institusjonen til den andre og lønnskostnader i forbindelse med tilbereding av mat ved den institusjonen som ikke har kjøkken. Det forutsettes her at middagsmat og kveldsmat kan leveres en gang om dagen og at pleiepersonalet kan levere ut mat til beboerne. Frokost må tilberedes på den ene institusjonen. Det beregnes en time ekstra ressurs pr. dag til dette. For transport mellom institusjonene beregnes 1,5 t/dag. I tillegg stipuleres ca kr. 5000 til emballasje ved transport.

| | |
|---|----------------|
| Utgifter to kjøkken (regnskap 2012) | 2 035 551 |
| Totale utgifter ett kjøkken og levering til den andre institusjonen | 1 641 248 |
| Innsparing ett kjøkken og to institusjoner | 394 302 |

3.4 Vakuumpakking

Informasjonen er hentet fra Hægebostad kommune, hvor de har innført vakuumpakking av mat. De tilbereder mat fra hovedkjøkken 2-3 dager pr. uke istedenfor 7 dager pr. uke. Maten leveres ut fra kjøll til avdelingskjøkken hvor den varmes opp i konveksjonsovn hvor den står klar når avdelingen ønsker det. Til hjemmeboende kjøres maten ut en gang pr. uke.

Noen viktige argumenter for at Hægebostad kommune har innført ordningen:

Bedre tilbud til beboere på institusjonen

- Maten lages fra bunnen av dvs. mer hjemmelaget mat
- Mulighet for å tilpasse næringsinnhold i større grad
- Valgfrihet, det er produsert opp mat på forhånd og det vil være mulig å velge noe annet enn «dagens»

Bedre tilbud til hjemmeboende

- Mulighet for å kjøpe middag hver dag
- Utkjøring kan skje en gang pr uke

Arbeidssituasjonen på kjøkkenet

- Produksjonen av mat foregår til lager
- Forbruk tas av lager
- Det daglige tidspresset blir borte

Beregnet økonomiske konsekvenser for Hægebostad kommune:

| | |
|--|--------------------|
| Innsparing personellressurs fra 1.9 st – 1,6 st | kr. 192 000 |
| Sparte lønnsutgifter utkjøring av mat 7 dager pr. uke | kr. 160 720 |
| Sparte kjøreutgifter utkjøring 1 dag i forhold til 7 dager | <u>kr. 50 544</u> |
| Totalt | <u>kr. 403 264</u> |

Pr. i dag kjører ikke Hægebostad ut mat hver dag. Beregnede kostnader for matombringning er under forutsetning av utkjøring av middag hver dag slik at tilbudet ble likt som ved ny ordning hvor det er mulighet for middag hver dag.

Investeringer utstyr i overkant av 500 000 eks. mva.

Dersom en skal gå over til vakuumpakking i Audnedal kommune forutsatt en institusjon i kommunen med ett kjøkken, og at en beregner at en må ha tilsvarende bemanning som Hægebostad kommune, vil en ha en innsparing på 17,2 % stilling. Dette utgjør en innsparing på ca. kr. 90 000 pr år.

Ved investeringsutgifter på ca. 500 000 pluss kostnader til emballasje i forbindelse med vakuumpakking, vil det være lite å hente på en slik løsning i Audnedal kommune. Innsparingen vil bli i underkant av ca. 50 000 pr. år. inklusive avskrivninger og forbruksvarer pr år.

Ved to institusjoner må en i tillegg ha konveksjonsovn ved den andre institusjonen. En må i tillegg ha noe ekstra personell til tilberedning av middag hver dag. Dette må gjøres innenfor rammen av i underkant av ca 50.000, som er innsparing ved denne løsningen. Ekstra kjøreutgifter er allerede medregnet i ett kjøkken i forhold til utkjøring av mat til hjemmeboende. Totalt vil det ikke være noe innsparing dersom en har to institusjoner.

3.5 Kjøp av tjenester fra andre

Lindesnes kommune har kapasitet og kan levere middag til både institusjonsbeboere og hjemmeboende i Audnedal. Forutsetninger for at de kan lever er at en går over til vakuumpakket middag. Det betyr at middagen må varmes opp i konveksjonsovn på institusjonen/-e i kommunen og at hjemmeboende må varme maten i mikrobølgeovn eller tilsvarende. Tørr mat må tilberedes i kommunen slik som i dag. Beregnet tidsbruk i løpet av en 7,5 times dag er 4 timer (57,14 %) i forbindelse med middagstilbereding og 3,5 timer (46,67 %) pr. dag til tørrmat.

Lindesnes kommune stipulerer en pris på kr. 60,- pr. middag levert institusjon i kommunen to dager pr uke.

Det beregnes forskjell i kostnader ved å kjøpe middag fra Lindesnes kommune (vakuumpakket) kontra produsere maten selv ved at man har en institusjon i kommunen med ett kjøkken. Totalt er det beregnet at en i dag produserer ca. 11150 porsjoner middag i løpet av året. Det beregnes at en må bruke noe ekstra tid i forbindelse med oppvarming av middag i konveksjonsovn, bestilling av varer og IK-mat. Det stipuleres 0,5 t ekstra pr. dag til dette i tillegg til den tiden som er beregnet for tilbereding av tørrmat.

Utgifter t ved kjøp av middag fra Lindesnes:

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| Tørrmat | 609 947 |
| Ekstra lønn tilbereding av middag | 52 611 |
| Kjøp av middag Lindesnes | 669 000 |
| Inntekter matsalg hjemmeboende | <u>-203 007</u> |
| Totalt | <u>1 128 552</u> |

Besparelse ved kjøp av middag fra Lindesnes

| | |
|---|------------------|
| Utgifter ett kjøkken | 1 307 030 |
| Utgifter en institusjon og kjøp av middag fra Lindesnes | <u>1 128 552</u> |
| Besparelse | <u>178 478</u> |

4.0 Vaskeri

4.1 Dagens drift

I dag er vaskerifunksjonen lagt til Byremoheimen. Det er totalt 80 % stilling på vaskeriet, som ligger i kjelleretasjen. I vaskeriet er det 2 vaskemaskiner, 2 tørketromler, 1 tørkeskap og 1 tøyrolle. Det er også et rom i tilknytning til vaskeriet der reparasjoner og annet stell av klær blir gjort.

Tekstiler fra Konsmoheimen blir transportert to ganger i uka. Alle typer tekstiler som kan vaskes blir vasket i vaskeriet.

Det føres ikke eget regnskap for vaskeriet, slik at bl.a vedlikehold av maskiner, vaskemidler og strøm inngår i regnskapet for Byremoheimen.

Utgifter til vaskeritjenester i forhold dagens drift er ca. kr. 432 000.

4.2 *Kjøp av vaskeritjenesten fra private leverandører*

Det er mulig å kjøpe tjenesten fra private tilbydere. Det er da ikke mulig å sende beboernes personlige klær til vaskeriet. Dette skyldes stordriften ved vaskeriene, da en mengde klær vaskes sammen, og at det er vanskelig å sortere klær. Dette fører til at personlige klær kan bli skadet eller forsvinner.

Personlige klær må vaskes på institusjonen. Det må da enten opprettholdes en viss felles vaskeritjeneste ved en av institusjonene i kommunen, eller så må det organiseres vask av klær ved hver av institusjonene. Enkelte institusjoner har valgt å installere vaskemaskin og tørketrommel på hver avdeling, og at oppgaven inngår i de daglige gjøremål ved avdelingene.

Det blir da vask av sengeklær, håndklær, kluter (kokevask) og arbeidstøy som kan settes ut til private aktører.

Det er to mulig løsninger ved kjøp fra private aktører: Enten eier vaskeriet tekstilene, og kommunen betaler leie for faktisk bruk av sengeklær, arbeidstøy etc, eller så eier man tøyet selv og får tilbake sitt tøy ferdig vasket.

Leie av tekstiler:

Det er vanskelig å hente inn pris på dette uten å foreta en opptelling av antall håndklær, kluter, sengetøy etc over en periode. Det er flere aktører som tilbyr denne tjenesten. Flere institusjoner har denne tjenesten i dag. Vaskeriet leverer da tøyet, men sannsynligvis kun hver 14.dag for institusjoner som ikke ligger sentralt til. Dette krever økt lagerareal på institusjonen. Erfaringen er at dette som regel ikke er en billigere løsning, men den fungerer greit, og det er god kvalitet på tøyet som blir leiet.

Kjøp av vaskeritjeneste for eget tøy:

Det er foretatt veiing av tøyet i en periode ved begge sykehjemmene. Noe av tøyet kan være vått siden veldig tilgriset tøy blir skylt på avdelingen før det sendes til vaskeriet, samtidig som vaskekluter og håndklær er våte eller fuktige når de sendes fra institusjonene. Årlig mengde tøy som kommer fra institusjonene er:

| Type tekstil | Arbeidstøy | Kokevask | Pasienttøy |
|------------------|------------|----------|------------|
| Årlig mengde/ kg | 3 586 | 5 939 | 2 490 |

Arbeidstøy er tøyet som betjeningen bruker. Kokevask er håndklær, kluter, sengetøy med mer. Pasienttøy er pasientenes eget personlige tøy: Gensere, bukser, undertøy, yttertøy med mer.

En leverandør av dette har antydnet en pris på kr 30 ekskl. mva. per kilo tøy, dersom man henter og leverer tøyet selv. De kan eventuelt ordne transport som man da må betale for.

I beregningen er det lagt til grunn at kommunen kjøper en bil for kr 250.000 ekskl. mva., og at man henter og bringer til vaskeriet en gang i uken. Det er beregnet 10 års levetid for bilen, og at det medgår 3,5 time til å hente og levere tøy på institusjonen. Det er tatt utgangspunkt i tøymengde som er beregnet ut fra siste måling (se over).

| Anslag kostnader kjøp av tjenester | |
|---|----------------|
| Kokevask og arbeidsklær | 285 768 |
| Bilkostnader | 50 424 |
| Lønn | 47 320 |
| SUM | 383 512 |

Det vil altså koste kr 383.000 å få et vaskeri til å vaske arbeidsklær og kokevask. Da gjenstår vask av pasienttøy som det er knyttet forholdsvis mye arbeid til. Vårt vaskeri vasker alt for ca. kr. 432.000 årlig. Det vil kreve mer ressurser enn kr 50.000 for å vaske kun pasienttøyet på enten vaskeriet eller på avdelingene. Dette viser at det sannsynligvis ikke er noe å spare på kjøpe vaskeritjenester fra private leverandører.

4.3 Utvidet tjenesteproduksjon

Det er mulig å utvide driften ved å påta seg vaskeritjenester fra andre kommuner eller private kunder i et større omfang. Dersom man skal påta seg ansvaret for vaskeritjenesten for en eller flere kommuner, vil dette bety en betydelig utvidelse av driften ut fra dagens situasjon. Bemanningen, lokalene og utstyrparken må utvides.

Et felles vaskeri for flere kommuner vil være mulig, men det forutsetter investeringsutgifter til lokaler og utstyr (noe utstyr kan overføres fellesvaskeriet). Incentivet for kommunene vil være reduserte kostnader, samt at det felles vaskeriet kan ta alle typer klær og ikke kun et utvalg (kokevask, arbeidsklær)

Dette bør utredes som et eget prosjekt med vurdering av samarbeidsformer, areal- og bemanningsbehov med mer.

4.4 Flytting av vaskeri til Konsmoheimen

Det er i forrige HSO - utredning(høsten 2012) anslått en investeringsutgift på kr 500.000 ved flytting og tilrettelegging av vaskeritjenesten på Konsmoheimen. Årlige renter og avdrag er beregnet til kr. 36.000.

Årlige utgifter til transport av tekstiler mellom Konsmo og Byremo to ganger i uka utgjør ca 67.000.

Det er mulig å flytte vaskeriet til kjelleren i Konsmoheimen ved nåværende omfang av tjenesten, og oppnå en innsparing. Dersom driften skal utvides, f. eks ved samarbeid med andre kommuner, er det ikke tilstrekkelig areal på Konsmoheimen.

Vaskeriet bør derfor ikke flyttes nå.

5.0 utfordringer

Samhandlingsreformen medfører at kommunene får overført oppgaver fra sykehusene. Det er innført kommunal medfinansiering på 20 % av kostnadene for alle inneliggende og polikliniske pasienter med unntak av pasienter innen psykisk helse, rus og føde/barsel. Det er signalisert at medfinansiering innført for rus og psykiatri også innføres om kort tid. Dette medfører at jo mer kommunene kan gi av forsvarlig tilbud for å hindre sykehusinnleggelse, jo mindre penger må kommunene overføre i medfinansiering til sykehusene. Det betyr også at jo mer som kommunen kan forebygge av fremtidige sykdommer og skader, jo mindre blir andelen av medfinansiering. Dette medfører at det er behov for kompetanseoppbygging både innen institusjonstjenesten og i hjemmebaserte tjenester. Som følge av økning i oppgaver vil det i tillegg vil det være behov for økning av stillinger inne helseenheten. Dette gjelder både kommuneoverlege, fysioterapi, ergoterapi, psykiatri, rus, jordmor/helsesøster.

Behovet for kompetanse og stillingsøkninger innen helse er ikke som følge av valg av organisasjonsmodell, men valg av organisasjonsmodell vil kunne påvirke hvordan en klarer å bygge opp kompetansen og å gi et forsvarlig faglig tilbud til de som har behov for hjelp. Det vil bla. være behov for mer tverrfaglig samarbeid for å løse oppgavene.

Det skjer en rask utvikling innen eHelse og velferdsteknologi som gjør at det utvikles effektive løsninger slik at hjemmeboende med forskjellige diagnoser/problemstillinger kan oppleve bedre trygghet, sosial kontakt, omsorg og livskvalitet i hverdagen. Dette er også med på at flere kan gis et godt tilbud i kommunene istedenfor i sykehus.

Både stillinger, kompetanseheving og investering i eHelse og velferdsteknologi vil krev investeringer. Det betyr at i tillegg til innsparing av de to millionene som er vedtatt handlingsplanen, vil det være behov for investeringer. Det er derfor viktig at dette tas med i forbindelse med valg av organisasjonsmodell.

6.0 Konklusjon

Mandatet til arbeidsgruppen var å utrede tre alternative forslag til organisering av HSO- sektoren i kommunen. I tillegg så har målsettingen vært å ha et tjenestetilbud med høy kvalitet, mer effektiv institusjonsbruk med tanke på Samhandlingsreformen, mer effektiv drift og bedre mulighet for rekruttering og kompetanseheving. Det ble samtidig vedtatt årlig innsparing på 2 mill innen HSO sektoren fra 2014.

Dersom det skal være mulig å oppfylle målsettingen vil det ikke være nok med en innsparing på 2. mill, siden dette er en innsparing for å få budsjett og handlingsplan i balanse. En må i tillegg ha midler til å kunne gjøre nødvendige stillingsøkninger innen helseenheten i tillegg til at det vil være behov for investeringer i e-helse og velferdsteknologi. Det er nødvendig med en økning innen ressursene til kommuneoverlege, helsesøster, jordmor, rus/psykiatri og fysioterapi. I tillegg vil det være behov for ressurser til kompetanseheving både innen institusjonstjenesten og i hjemmebaserte tjenester.

Den faglig beste løsningen ut fra de tre alternative løsningen både i forhold til kompetanseoppbygging, effektiv drift og utfordringer i Samhandlingsreformen vil være å ha en institusjon i kommunen og å samle de hjemmebaserte tjenestene i den andre(alternativ a og c). Økonomisk er det mest gunstig å ha institusjonstjenester på Kongsmo og hjemmebaserte tjenester på Byremo. Dette siden det kreves utbygging på Byremo for å få nok institusjonsplasser. Faglig sett så har det ingen betydning hvor institusjon og hjemmebaserte tjenester legges, begge stedene er bygningsmessig egnet til begge formål. Innsparingen ved å ha en institusjon ligger personalmessig først og fremst i at det i grunnbemanningen er mulig å redusere fra tre til to nattevakter. Det vil allikevel periodevis være behov for tre nattevakter dersom det er dårlige pasienter både inne på institusjonen og ute i hjemmesykepleien. Økt utgifter må slik som i dag evt. enten spares inn i driften på institusjonen i rolige perioder eller tas som tilleggsbevilgning.

Det er fortsatt usikkerhet om hvor mye kommunen må tilbakebetale av tilskudd som er mottatt fra Husbanken dersom institusjonsplasser eller omsorgsleiligheter legges ned. Sannsynligheten er stor for at en i alle tilfeller må tilbakebetale tilskudd for gjenstående nedbetalingsperiode.

Alternativ b hvor en fortsatt har to institusjoner, men hvor en differensierer beboere i forhold til diagnoser, er et alternativ som er faglig noe bedre enn slik som organiseringen er i dag. Det vil allikevel være vanskelig å få et faglig godt tilbud med tanke på Samhandlingsreformen, siden institusjonene er små og sårbare i forhold til kompetanse ved f.eks. sykdom, ferier etc. Ut fra at dagen ressurser også er marginale, vil det være vanskelig å kunne få en effektiv drift med en slik fremtidig løsning. Dersom en fortsatt har to institusjoner vil det ikke være umulig å samle hjemmebaserte tjenester uten at dagens bygningsmasse utbygges. Løsningen gir ikke noen økonomisk innsparing siden en fortsatt må opprettholde tre nattevakter og det vil derfor kunne være vanskelig å gjennomføre nødvendige stillings økninger innen helse, kompetanseheving og investeringer i velferdsteknologi. Det vil også kunne bli vanskelig å differensiere på diagnose, siden det vil være svært utfordrende å velge hvilken diagnose som skal vektlegges i forhold til hvilken institusjon den enkelte skal legges inn i.

Utredning av ett kjøkken gir en større innsparing enn tidligere antatt. Totalt gir det en innsparing på ca. kr. 700 000. Dette under forutsetning at en har en institusjon. Det vil også være innsparing på ca. kr. 400 000 ved å ha ett kjøkken selv om en har to institusjoner. Ut fra sammenligning av tall fra Hægebostad kommune som i dag produserer vakuumpakket mat, vil det være lite å hente på en slik løsning i Audnedal. Dette fordi volumet er lite og at det personellmessig er liten forskjell om en har en vanlig kjøkkendrift eller går over til en løsning med vakuumpakking. Det er i tillegg større investeringsutgifter og driftsutgifter med en vakuumpakking enn ordinær drift. Ved tilbud om kjøp av vakuumpakket middag fra Lindesnes kommune vil en kunne ha en besparelse på ca kr. 170 000 under forutsetning at Lindesnes kan levere middag for kr. 60 pr. porsjon. Det betyr at det kan være mulig å

ha en innsparing på i underkant av kr. 900 000 ved kjøp av vakuumpakket middag dersom en har en institusjon i kommunen. Det er vanskelig å si noe om kvaliteten på den maten som er vakuumpakket bort sett fra at det er mange institusjoner som har gått over til denne metoden.

Vaskeridriften er vurdert ut fra en sammenligning av faktiske kostnader ved vakeriet på Byremo bo og omsorgsenter sammenlignet med tilbud fra annet privat felles vaskeri. Ved vakeriet i kommunen vaskes både privat tøy til beboere, arbeidstøy til personell og kokevask (håndklær, laken, stikkklaken osv.). Dersom en skal sende tøy til annet felles vaskeri, er det ikke mulig å få vasket privat tøy til beboere. En må da evt. opprettholde vaskeri enkelte dager i uken eller at pleiepersonell vasker tøy for beboere i avdelingen. Kostnadmessig er det lite å hente på en slik løsning. Dersom Kongsmoheimen blir institusjon for hele kommunen, vil en kunne ha en liten besparelse på å flytte vakeriet til Kongsmo, men det vil ikke være mulighet til utvidelse dersom en skal selge vaskeritjenester til andre. Det er derfor lite hensiktsmessig å flytte vakeriet på nåværende tidspunkt.

Oppsummering av kostnader ved de forskjellige alternativene:

| | Alternativ a Kongsmoheimen institusjon Byremo senter hjemmebaserte tj. | Alternativ b To institusjoner i kommunen | | Alternativ c Byremoheimen institusjon Kongsmo senter hjemmebaserte tj. |
|---|--|---|--------------------|---|
| | | Kongsmo | Byremo | |
| Innsparing reduksjon fra tre til to på natt | 1.3 mill | 0 | 0 | 1,3 |
| Innsparing renhold 0,1 stk | 50 000 | 0 | 0 | 50 000 |
| Innsparing vaktmester 0,2 st | 101 000 | 0 | 0 | 101 000 |
| Innsparing vedlikehold, strøm, div. | 180 000 | 0 | 0 | 180 000 |
| Innsparing ett kjøkken | 728 000 | 392 000 | 392 000 | 728 000 |
| Innsparing ett kjøkken og vakuumpakking av middag | Underkant av 50 000 | 0 | 0 | Underkant av 50 000 |
| Ekstra innsparing en institusjon og kjøp av vakuumpakket middag fra Lindesnes | 178 000 | - | - | 178 000 |
| Innsparing vaskeri ved kjøp av vaskeritjenester | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Merutgifter kjøring | -41 000 | | | -41 000 |
| Sum årlige innsparinger | 2,3 – 2,45mill | 0 – 392 000 | 0 – 392 000 | 2,3 – 2,45mill |
| | | | | |

| Byggekostnader | | | | |
|---|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| To institusjoner og urolig senil demente i institusjonen | | 20 000 evt. 717 000 | 80 000 | |
| To institusjoner og urolig demente fortsatt i "gult bygg" Kongsmo | | | 20 000 | |
| To institusjoner med andre diagnosegrupper | | 0 | 0 | |
| Ombygging institusjon og hjemmebaserte tjenester | 3 478 000 | | | 10 441 000 |
| Årlige driftsutgifter investeringer | 275 000 | 28 000 | | 610 000 |
| Tilbakebetaling investerings-tilskudd Husbanken (6 – 11 år) | 308 368 | 25 500 (*gule bygg) | | 269 500 |
| Årlige driftsutgifter inv. inkl tilbakebetaling Husbanken | 583 368 | 28 000 53 500* | | 879 500 |
| Årlige innsparinger inkl investeringer | | | | |
| | 1,72 – 1,87 mill | 0 - 338 000 | 0 – 390 000 | 1,42 – 1,57mill |

Engangskostnader

| | | | | |
|--------------------------------|----------|---|---|----------|
| Flyttekostnader | -130 000 | - | - | -130 000 |
| Sammenslåing av arbeidsplasser | -270 000 | - | - | -270 000 |