

## Innhold

<b>Arbeidsgruppe 4</b> .....	2
Medlemmer:.....	2
Mandat for gruppa.....	2
<b>Innledning</b> .....	3
<b>Framtidsrettet dimensjonering og utvikling av et helhetlig tjenestetilbud innenfor helse og omsorg</b> 5	
<b>1. Vurdering av dagens organisasjonsstruktur for helse- og omsorgstjenesten og forslag til endringer</b> .....	5
Organisasjonskart pr. januar 2024.....	5
Tiltak.....	6
<b>2. Med utgangspunkt i punkt 1 avklare antall rehabiliterings-, avlastnings-, korttids- og langtidsplasser Senja kommune skal ha nå og i framtiden.</b> .....	7
Status i dag.....	7
Framtidig behov .....	7
Tiltak.....	8
<b>3. Med utgangspunkt i punkt 1 avklare behov for omsorgsboliger med tilgang til -/fast bemanning, både sentralt og i distriktene</b> .....	8
Variasjoner innenfor begrepet omsorgsbolig .....	8
Framtidig behov .....	10
Tiltak.....	11
<b>4 Med utgangspunkt i kulepunkt 1 komme med forslag på driftsform og omfang av tjenestene utenom institusjon, herunder f.eks. også habilitering og rehabilitering, rus- og psykisk helse mv</b> .....	12
<b>5 Med bakgrunn i punkt 1 utarbeide helhetlige kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester</b> .....	13
<b>6 Med bakgrunn i vurderinger framkommet i kulepunktene over skal gruppa lage forslag til ny omsorgstrapp for Senja kommune</b> .....	13
Innsatstrappa .....	14
<b>7 Komme med forslag til og prioriteringer av del-/fagplaner for området</b> .....	15
<b>Oppsummering</b> .....	15
<b>Vedlegg</b> .....	17
Innspill fra folkemøtene (sammendrag).....	18

## Arbeidsgruppe 4

### Medlemmer:

**Leder:** Bente J Karlsen, *kommunalsjef Helse og omsorg*

Elena Kristiansen, *Tildelingsenheten*

Christine Berntsen, *virksomhetsleder Tjenesten for utviklingshemmede og konst. leder for tildelingsenheten*

Helene Eriksen, *avdelingsleder Behandlings- og rehabiliteringsavdelingen*

Kine Berntsen, *avdelingsleder Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste*

Ann-Iren Stokmo Johansen, *avdelingsleder hjemmetjenesten Stonglandseidet*

Anette S Gulbrandsen, *rådgiver Helse og omsorg*

Arbeidsgruppa har ukentlige møter hver tirsdag i arbeidsperioden.

### Mandat for gruppa

- Vurdere dagens organisasjonsstruktur for helse- og omsorgstjenesten og eventuelt komme med forslag til eventuelle endringer
- Med utgangspunkt i kulepunkt 1 avklare antall rehabiliterings-, avlastnings-, korttids- og langtidsplasser Senja kommune skal ha nå og i framtiden.
- Med utgangspunkt i kulepunkt 1 avklare behov for omsorgsboliger med tilgang til -/fast bemanning, både sentralt og i distriktene
- Med utgangspunkt i kulepunkt 1 komme med forslag på driftsform og omfang av tjenestene utenom institusjon, herunder f.eks. også habilitering og rehabilitering, rus- og psykisk helse mv
- Med bakgrunn i kulepunkt 1 utarbeide helhetlige kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester
- Med bakgrunn i vurderinger framkommet i kulepunktene over skal gruppa lage forslag til ny omsorgstrapp for Senja kommune
- Komme med forslag til og prioriteringer av del-/fagplaner for området
- Innspill fra folkemøtene

Arbeidet i gruppa må i tillegg til mandatet hensynta:

- Politiske vedtak i Senja
- Nasjonale føringer

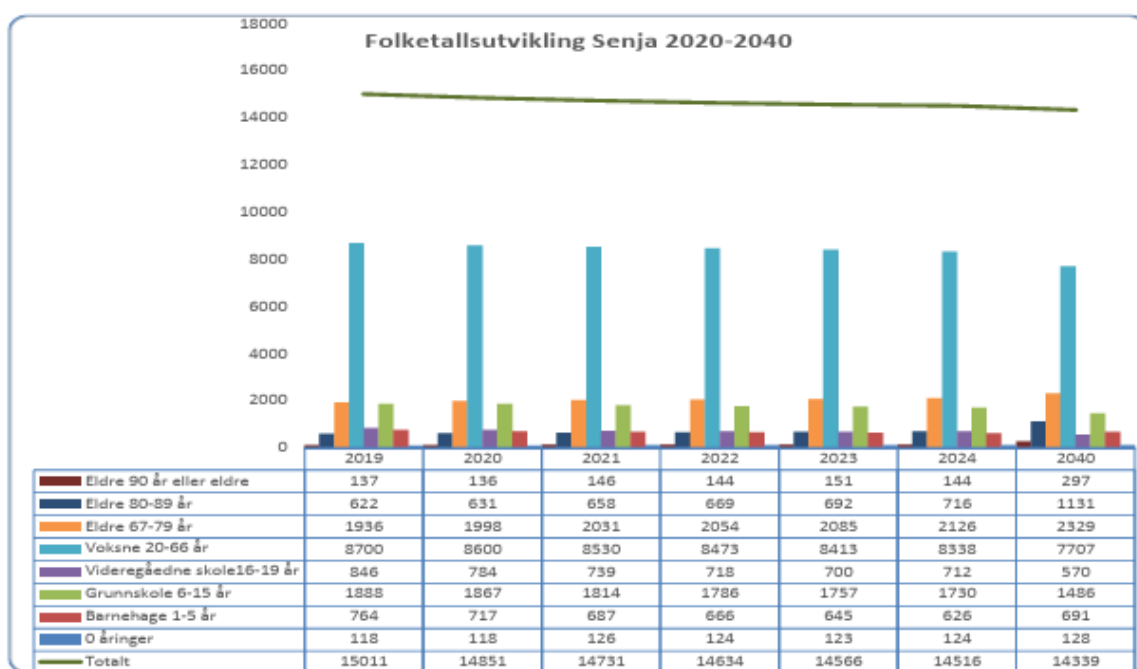
Innspill fra folkemøtene som berører dette området.

## Innledning

Vi vet andelen eldre blir betydelig større i årene som kommer, både i vår kommune og i landet ellers. Samtidig er det utfordrende å rekruttere og bemanne helse- og omsorgssektoren. Vi vet vi ikke hvilket pleie- og omsorgsbehov den store gruppen eldre vil ha, men vi vet at flere og flere tjenester overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og tjenestemottakerne blir sykere og krever mer avansert og sammensatt behandling og pleie. Flere overlever alvorlig sykdom og ulykker, og lever derfor lengre med omfattende behov for tjenester. Det å rekruttere og beholde helsepersonell er en av de største oppgavene kommunene i hele landet står overfor når man skal sikre befolkningen tilgang til nødvendige og gode helse- og omsorgstjenester.

Arbeidsgruppa ønsket å fremskaffe tall for befolkningsframskriving etter geografiske områder i kommunen som utgangspunkt for arbeidet. Dette viste seg vanskelig å få til, men vi har brukt befolkningsframskriving fra SSB i kommunen frem mot 2024 i arbeidet.

### 6. Befolkningsutvikling



I tillegg har vi sett på tall fra tildelingsenheten med oversikt over ventelister sykehjem og omsorgsboliger, oversikt over utskrivningsklare pasienter fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og status på behandlings- og rehabiliteringsavdelingen. Vi har også gjennomført en kartlegging av beboere i sykehjem, og av beboere i omsorgsboliger med hhv. Stasjonær heldøgns bemanning, og tilgang til punktvisse tjenester dag/aften/natt (vedlegg).

### *Kartlegging av beboere i sykehjem*

I kartleggingen ser vi at det i februar 2024 er 17 pasienter med ordinær langtidsplass i sykehjem som ifølge avdelingsleders vurdering burde hatt skjermet plass i sykehjem. Dette til tross for at man i overgangen 2023/4 har økt antall skjermede plasser. Det poengteres at dette er tall som ikke er kvalitetssikret opp mot diagnose, jfr. at skjerming er et tvangstiltak som krever at det er satt en demensdiagnose.

28 av beboerne med vedtak om langtidsplass i sykehjem kunne bodd i omsorgsbolig med stasjonær heldøgns bemanning, og 10 i eget hjem eller omsorgsbolig forutsatt mulighet for punktvisse tjenester gjennom hele døgnet. Dette understreker at kommunen er underdimensjonert på omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning, og at man ved å øke kapasiteten her, samt styrke natttjenesten og ta i bruk velferdsteknologi, vil kunne redusere behov for ressurskrevende tiltak høyt i innsatstrappa.

I 2023 viste tilsvarende kartlegging at det var 19 beboere med langtidsplass i sykehjem som kunne bodd i heldøgns bemannet omsorgsbolig, og 5 beboere kunne bodd hjemme om det var tilgang til hjemmetjenester på natt. 14 beboere i ordinær langtidsplass hadde behov for skjermet plass i sykehjem.

### *Kartlegging av beboere i omsorgsbolig*

Vi har kartlagt beboere i omsorgsboliger som har *stasjonær heldøgns* bemanning, det vil si at det er personale fast hele døgnet i omsorgsboligene. Beboerne har tildelt et visst antall timer hjelp pr uke etter behov, men personale er tilgjengelig hele døgnet. Vi har også kartlagt beboere i omsorgsboliger med tilgang til punktvisse tjenester dag/aften/natt. Disse omsorgsboligene ligger enten i samme bygg som sykehjem, eller i direkte nærhet til hjemmetjenestebase. Her er det ikke fast bemanning, men beboerne har tildelt et visst antall timer hjelp pr. uke etter behov, og kan tilkalle hjemmetjenesten ved behov. Det kan variere hvor lang tid det tar før beboeren får hjelp, alt etter hvor langt unna de ansatte er.

Kartleggingen viser at det er flere beboere på Finnsnes bo- og aktivitetssenter som har store behov knyttet til psykisk helse og rus samtidig som stort somatisk pleie- og omsorgsbehov. Dette illustrerer en utfordring – det er kanskje behov for å definere hvor skjæringspunktet går mellom psykiatri og somatikk. Når er tjenestemottaker så pleietrengende pga. sin somatiske helsetilstand at hen ikke kan bo i omsorgsbolig med stasjonær bemanning innen psykiatri, og når er hen så psykisk syk at man ikke klarer ivareta vedkommende behov i somatisk helse og omsorgstjeneste? Dette må ses opp mot kompetanseplaner i kommunen, det kan være behov for å øke kompetanse innen psykiatri i somatikken og tjenesten for utviklingshemmede, og motsatt.

3 beboere i omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning kunne bodd hjemme eller i omsorgsbolig forutsatt punktvisse tjenester hele døgnet, og velferdsteknologi som trygghetsalarm og digitale tilsyn. Dette illustrerer at man ved å ta i bruk velferdsteknologi også vil kunne bidra til at innbyggere senere får behov for heldøgns omsorgstjenester, og at de kan bo lengre i eget hjem.

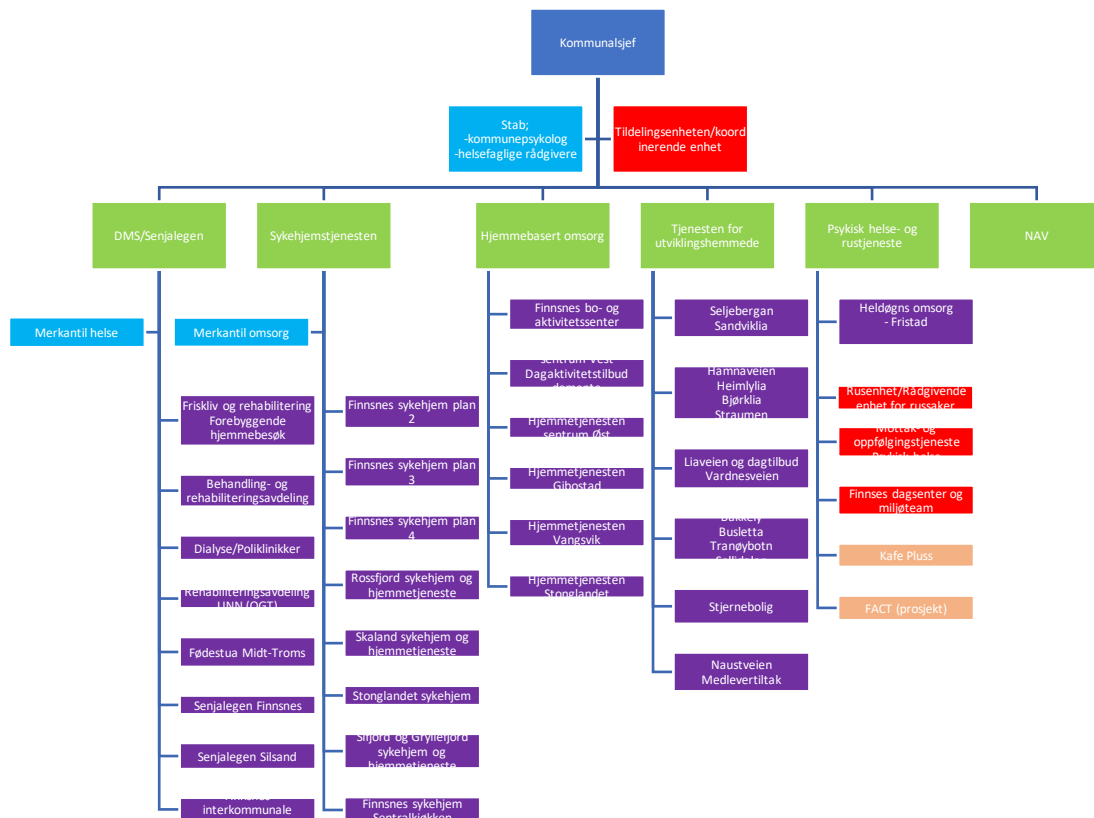
3 av beboerne i omsorgsbolig med punktvisse tjenester dag/aften/natt er vurdert slik at de burde hatt omsorgsbolig med stasjonær heldøgns bemanning.

# Framtidsrettet dimensjonering og utvikling av et helhetlig tjenestetilbud innenfor helse og omsorg

## 1. Vurdering av dagens organisasjonsstruktur for helse- og omsorgstjenesten og forslag til endringer

Organisasjonskart pr. januar 2024

Helse og omsorg har vært gjennom flere omorganiseringer siden 01.01.20, sist høsten 2023. Man erfarer at det er store virksomhetsområder, med de utfordringer som følger av det. Blant annet er det en utfordring å rekruttere ledere. Som et tiltak ble virksomhetsområdet for hjemmebaserte tjenester og psykisk helse og rus delt høsten 2023. Det er også gjort noen justeringer av virksomhetsområder, blant annet er dagaktivitetstilbud for personer med demens og hjemmetjenesten Stonglandseidet flyttet fra Sykehjemstjenesten til hjemmebaserte tjenester.



Det er vedtatt å styrke tildelingsenheten.

Det ble i 2023 opprettet en stilling for ergoterapeut, organisert i friskliv og rehabiliteringsavdelingen, som skal gjøre forebyggende hjemmebesøk – en kartlegging med informasjon, forebygge og tilpasse for alderdom/funksjonssvikt, og også ansvarliggjøre av den enkelte.

### Fastlegetjenesten

Fastlegen har betydning for innbyggernes helse, og en viktig rolle i helsefremmende og forebyggende arbeid (se vedlegg 1). Når målet er at innbyggerne skal bo lengst mulig hjemme, er vi avhengig av at fastlegetjenesten fungerer. Fastlegen er også en viktig samarbeidspartner for hjemmebaserte tjenester. I fastlegetjenesten har man de siste par årene hatt utfordringer med rekruttering. I 2023 ble det gjort flere tiltak for å styrke rekruttering. Det ble innført stipendordning for medisinstudenter, man lyste ut stillinger med mulighet for ulike turnusordninger, og man har gjennomført et skisseprosjekt for et nytt legekontor. I siste halvdel av 2023 lyktes man i å rekruttere både kommuneoverlege og flere fastleger. Samtidig har man i Senja kommune i dag for få fastlegeplasser, og ingen ledig kapasitet på fastlegelister. Dette gjør at innbyggerne ikke har reell mulighet til å bytte fastlege, og det øker presset på legevakt, samt arbeidspresset på den enkelte fastlege. Senjalegen Finnsnes og Senjalegen Silsand har for lite kapasitet i sine lokaler i forhold til antall leger/kontorer, og pasientstrøm. Særlig Senjalegen Finnsnes har store kapasitetsutfordringer. Generelt anbefaler man ikke større legekontor enn 7-8 fastleger, på Finnsnes er det i dag 16. I utgangspunktet er legekantoret dimensjonert for 12 leger, men man har tatt i bruk kontorer på DMS for å kunne øke kapasiteten i fastlegetjenesten. Dette gjør at man har begrenset mulighet til å utvide drift i poliklinikk/spesialisthelsetjenester. I tillegg er ikke laboratoriet, skadestuer og venterom dimensjonert for det store antall pasienter. Arbeidsgruppa anbefaler at det lages en egen plan for legetjenesten.

### Tiltak

Arbeidsgruppen vurderer at organiseringen på denne måten er god sett med dagens øyne, men at det må vurderes om **støtteressurser rundt de ulike ledernivå** vil avhjelpe og også styrke rekruttering. Virksomhetsområde DMS/Senjalegen er stort og med mange veldig ulike tjenester, og det er mulig man må se på ulike alternativer her. Arbeidsgruppen ser at dette er noe som ligger til arbeidsgruppe 2 sitt mandat, men har likevel ønsket å nevne det.

Når det gjelder organisering av tjenester, ser arbeidsgruppa at det er riktig, og viktig, å styre mot en **dreining mot hjemmebasert omsorg**. Ved å **styrke nattjeneste i hjemmetjenesten**, vil man dra flere fordeler. Man vil tilgjengeliggjøre velferdsteknologiske løsninger for flere innbyggere, folk vil kunne bo lengre hjemme, det vil påvirke hvem som kan bo i omsorgsboliger i distriktene, og belastningen på BRA vil avlastes. I dag legges pasienter inn på BRA i tilfeller hvor hjemmetjenesten ikke kan gjøre tilsyn på natt. Det er også høyere terskel for å skrive pasienter ut til eget hjem uten mulighet for tjenester på natt.

Oppgavefordeling blir viktig, når vi vet at behovet øker, samtidig som det er utfordrende å rekruttere. I januar 2024 startet et prosjekt som ser på **ansvars- og oppgavefordeling i helse og omsorg**. Hensikten er ikke å spare årsverk, men å ruste oss for å klare oss med det mannskapet vi har, når det er begrenset med tilgang på kompetanse/fagfolk/ansatte.

Videre ser vi at tjenestene må være samstemte. Vi ser at det har vært ulike tjenester som er blitt utført på de forskjellige avdelingene og særlig forskjell mellom de ulike tidlige kommunene. Prosjekt oppgavefordeling/oppgaveforskyvning vil med på å kartlegge ulikhetene/ vil kunne gi innsikt i muligheter for bedre utnyttelse av ressurser. Dette er også noe som har vært pekt på i folkemøter – at det er forskjell mellom tjenestene i de gamle kommunene. Arbeidsgruppa har med bakgrunn i dette også gjort et større arbeid med å se på og bearbeide **tjenestebeskrivelser og tildelingskriterier**.

## 2. Med utgangspunkt i punkt 1 avklare antall rehabiliterings-, avlastnings-, korttids- og langtidsplasser Senja kommune skal ha nå og i framtiden.

### Status i dag

De siste årene har kommunen hatt utfordringer med kapasitet og pasientflyt, og en stor økning i utskrivningsklare pasienter fra Universitetssykehuset Nord-Norge, som vi ikke har kapasitet til å ta imot. Behandlings- og rehabiliteringsavdelingen (BRA) har 13 korttidsplasser, i tillegg til 5 interkommunale KAD-plasser. En stor utfordring har vært at pasienter som er ferdigbehandlet på BRA blir liggende å vente på omsorgsbolig eller sykehjemsplass, og kan ikke skrives ut til hjemmet. Dette gjør at BRA ikke har kapasitet til å ta imot pasienter fra UNN som trenger korttidsopphold.

Mot slutten av 2023 og starten av 2024 er antallet avlastningsplasser og korttidsplasser (5 avklaringsplasser) i sykehjem utvidet. Nylig åpnet 10 nye sykehjemsplasser. Kapasitet på omsorgsboliger med tilgang til heldøgns tjenester (punktvis, ikke stasjonær bemanning) ble utvidet.

Oversikt sykehjemsplasser pr. januar 2024:

Sykehjem	Ordinære langtidsplasser	Skjermede plasser	Avlastningsplasser	Avklaring (korttid)	Totalt
Finnsnes sykehjem plan 2	0	27	2 (skjermet)	1	30
Finnsnes sykehjem plan 3	28		2		30
Finnsnes sykehjem plan 4	29		1		30
Rossfjord sykehjem	26			4	30
Stonglandet sykehjem	15	7			22
Sifjord sykehjem	14				14
Gryllefjord sykehjem	14				14
Skaland sykehjem	12				12
<b>Totalt</b>		<b>34</b>			<b>182</b>

*I forbindelse med åpning av siste bogruppe på Finnsnes sykehjem ble det foretatt en utvidelse av antall skjermede plasser, samt opprettet 5 avklaringsplasser (nytt tiltak), og utvidet med 1 avlastningsplass (fra 4 til 5)*

*Vi har nå totalt 172 plasser for langtidsvedtak i sykehjem, hvorav 34 skjermede plasser og så har vi 5 avklaringsplasser og 5 avlastningsplasser.*

Det er en oppfatning at man har tilstrekkelig antall korttidsplasser på BRA pr. i dag. Dette forutsetter at man sikrer pasientflyt, slik at man unngår at plassene er belagt med utskrivningsklare pasienter.

I 2023 ble antall skjermede plasser økt i Finnsnes sykehjem. Fremdeles ser vi i kartleggingen vi har gjort, at det er mange (17) pasienter med ordinær langtidsplass i sykehjem som har behov for skjermet plass. Tildelingsenheten erfarer også at det er økende behov for skjermede plasser i sykehjem.

### Framtidig behov

**Det forventes at en utvidelse av kapasitet når det gjelder heldøgns bemannede omsorgsboliger vil bidra til mindre trykk/behov for sykehjemsplasser, slik at antall sykehjemsplasser kan bygges ned.**

En slik nedbygging bør skje i distriktene, jf. de erfaringer vi har gjort oss i forhold til hvor behovet er og hvor pasientene ønsker plass. Det kan være at et behov for nedbygging bare er midlertidig, jf. befolkningsframskriving og alderssammensetning i befolkningen.

#### Tiltak

Arbeidsgruppa ser at det **ikke vil la seg gjennomføre å ta ned antall sykehjemsplasser før man har økt kapasitet på omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning**. Man må derfor regne med at det frem til man er klar til å ta ned sykehjemsplasser vil ha økte kostnader i en periode med oppbygning av hjemmebaserte tjenester. **En fremtidig utvidelse av kapasitet i sykehjem bør heretter skje sentralt**. Det er her vi ser både ønsker om plass og behov er størst, samtidig vil behovet for nærhet til lege og spesialisthelsetjenester være større hos framtidige sykehjempasienter. Spørsmålet blir hvor nedbygging av sykehjem i distrikt skal skje, og hva sykehjemsplassene her skal erstattes med. Det avhenger av flere momenter, blant annet hvor mange plasser man foreslår nedlagt. Arbeidsgruppa anbefaler å legge ned «hele enheter» ikke redusere plasser jevnt over, både med hensyn til tilgjengelig kompetanse og økonomi.

Arbeidsgruppa ser et behov for å **utvide antall skjermede plasser i sykehjem**, inkludert plasser med forsterket skjerming. Hvor vil det være gjennomførbart må vurderes ut fra bygningsmasse og tilgjengelige lokaler. Stonglandseidet kan for eksempel være et sykehjem som er aktuelt i denne sammenheng, de har også kompetanse og erfaring med skjermede plasser. Imidlertid er rekruttering utfordrende her, og det må ses i sammenheng. Her er det i dag en skjermet avdeling med 7 plasser, og mulighet for forsterket skjerming. Fra et faglig perspektiv er det ikke tilrådelig med større enheter skjermede plasser, men man må i tilfelle ha flere avdelte enheter. Det er ikke ønskelig å ta flere plasser ved Finnsnes sykehjem til skjermede plasser, da det er stort behov for de tilgjengelige somatiske sykehjemsplassene til pasienter med større medisinske behov, og behov for tettere oppfølging av lege og spesialisthelsetjenester.

### 3. Med utgangspunkt i punkt 1 avklare behov for omsorgsboliger med tilgang til-/fast bemanning, både sentralt og i distriktene

#### Variasjoner innenfor begrepet omsorgsbolig

Gjennom prosjektet hvor vi har jobbet med helse – og omsorgsplanen, har vi erfart at ikke alle helt vet hva som ligger i begrepet omsorgsbolig. En omsorgsbolig kan være privat eller kommunalt eid, og ha stasjonær døgkontinuerlig bemanning, tilgang på punktvisse tjenester gjennom hele døgnet, eller tilgang på punktvisse tjenester dag/aften. Boligen kan ligge for seg selv, eller i bofelleskap med eller uten fellesarealer. Boligene kan ligge i samme bygg som sykehjem, i tilknytning til basen for hjemmetjenesten, eller de kan ligge for seg selv. Beliggenhet, hvorvidt det er sykepleiefaglig kompetanse i bemanninga, tilgang til fellesarealer mv. vil være faktorer som også er avgjørende for hvem som kan tildeles boligen. I dag finnes flere varianter i kommunen. Boligene har ulike



brukergrupper, noen boliger ligger under tjenesten for utviklingshemmede og noen psykisk helse og rus-tjenesten. Pr. i dag er det særlig omsorgsboliger i bofellesskap med stasjonær heldøgns bemanning det er et stort behov for (Som FBAS på Finnsnes og Bellevy på Stonglandseidet).

Nivå	Type omsorgsbolig	Navn
7	Omsorgsboliger i bofellesskap med stasjonær heldøgns bemanning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 28 boenheter Finnsnes bo- og aktivitetssenter (Hjemmebasert omsorg)</li> <li>• 7 boenheter Bellevy (Hjemmebasert omsorg)</li> <li>• 8 boenheter Fristad (Psykisk helse- og rustjenesten)</li> <li>• 8 boenheter Stjernebolig (TFU)</li> <li>• 7 boenheter Busletta (TFU)</li> <li>• 11 boenheter Sandviklia (TFU)</li> <li>• 12 boenheter Seljebergan (TFU)</li> <li>• 3 boenheter Vardnesveien (TFU)</li> <li>• 4 boenheter Bjørklia (TFU/Psykisk helse- og rustjenesten)</li> </ul>
6	Omsorgsboliger i bofellesskap med stasjonær bemanning dag/ettermiddag og tilgang til punktvisе tjenester på natt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Hamnaveien (TFU)</li> <li>• 4 boenheter Naustveien (TFU)</li> <li>• 1 boenheter Straumen (TFU)</li> </ul>
5	Omsorgsboliger i bofellesskap i samme bygg som sykehjem med punktvisе hjemmetjenester dag/ettermiddag og natt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 boenheter kjeller Rossfjord sykehjem (Sykehjemstjenesten)</li> <li>• 8 boenheter Skaland (Sykehjemstjenesten)</li> <li>• 2 boenheter kjeller Sifjord sykehjem (Sykehjemstjenesten)</li> <li>• 2 boenheter kjeller Gryllefjord sykehjem (Sykehjemstjenesten)</li> </ul>
4	Omsorgsboliger i bofellesskap med punktvisе tjenester dag/ettermiddag og natt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 boenheter og 3 omsorgshybler i servicesenter Gibostad* (Hjemmebasert omsorg)</li> <li>• 8 boenheter på Aspelund (Lars Johan) * (Hjemmebasert omsorg)</li> <li>• 6 boenheter Rød-boliger Stonglandet (Hjemmebasert omsorg)</li> <li>• 3 boenheter Rød-boliger Vangsvik (Hjemmebasert omsorg)</li> </ul>
3	Omsorgsboliger i bofellesskap med punktvisе tjenester dag/ettermiddag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 boenheter Strandheimen Senjahopen</li> <li>• 5 boenheter Botnhamn**</li> <li>•</li> </ul>
2	Omsorgsboliger i selveie (kommunen har tildelingsrett ved ledighet) med punktvisе hjemmetjenester dag/ettermiddag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Borettslag Rossfjord</li> </ul>
2	Omsorgsboliger i selveie (kommunen har tildelingsrett ved ledighet) med punktvisе hjemmetjenester dag/ettermiddag	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Karoliushaugen borettslag, Finnsnes</li> </ul>

		<p>*Styrking av natttjenesten sentrum for å kunne gi punktvisse tjeneste dag/aften/natt fra ca. 1. april 2024</p> <p>**Helse- og omsorg har tildelingsrett. I perioden hvor det ikke er innsøking til denne type bolig disponerer Boligkontoret leiligheten som utleiebolig for å sikre inntekt.</p>
--	--	--

### Framtidig behov

Kommunestyret vedtok i desember 2023 å sette av midler til skisse- og forprosjekt til bygging av flere omsorgsboliger i sentrum. Kommunestyret skal i april 2024 ta stilling til om dette prosjektet skal ses i sammenheng med forprosjekt nytt legekontor. Det er behov for at disse skal ha stasjonær heldøgns bemanning, men det kan være mulig å se på en kombinasjon grunnbemanning og tillegg av punktvisse tjenester. Det forventes at en slik utvidelse av kapasitet omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning i kombinasjon med utvidelse av natttjeneste og bruk av velferdsteknologi, vil bidra til mindre trykk/behov for sykehjemsplasser, slik at antall sykehjemsplasser kan bygges ned. En slik nedbygging bør skje i distriktene, jf. de erfaringer vi har gjort oss i forhold til hvor behovet er størst. Det kan være at et behov for nedbygging bare er midlertidig, jf. befolkningsframskriving og alderssammensetning i befolkningen. Da foreslås at en eventuell utvidelse av kapasitet i sykehjem bør skje i sentrum.

På lokaliteter hvor det foretas en reduksjon i sykehjemsplasser, fins det ulike alternativer for videre drift. Arbeidsgruppa har vært delt i hvilken driftsform som videre burde benyttes.

**Alternativ 1:** Lokaler der hvor sykehjemsplasser reduseres, benyttes som omsorgsboliger med tilgang til heldøgns bemanning, dvs. at hjemmetjenesten gir tjenester dag/aften/natt til både de som bor inne i omsorgsbolig og de som bor ute i egne hjem. Beboere i disse omsorgsboligene vil kunne ha fordel av å bo i tilknytning til hjemmetjenestebase, ved at personell i større grad vil kunne være tilgjengelig enn i frittliggende bolig, og de vil ha fellesområder og mulighet til felles måltider. Kompetanse i hjemmetjenestesonen vil avgjøre hvem som kan få tilbud her. Uten tilgang til sykepleier hele døgnet vil det være tjenester som ikke kan mottas her, med mindre man kan organisere natttjeneste på en annen måte, dvs. ambulerende natttjeneste som dekker større geografiske soner enn de ordinære hjemmetjenestesonene og hvor denne natttjenesten har sykepleierkompetanse. Det vil i så fall være det mest realistiske, all den tid vi strever med å få stedlig tilstedeværende sykepleierkompetanse i distriktene.

**Alternativ 2:** Lokaler der hvor sykehjemsplasser reduseres, benyttes som omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning. Argumentasjon for dette har vært at folk ønsker å bo i sitt eget hjem så lenge som mulig, og at det ikke er ønskelig å flytte i omsorgsbolig uten stasjonær bemanning. Det er også et ønske om å drive videre i dagens lokaliteter i distriktene fra innbyggerne. Man kan også tenke at det kan organiseres på en måte der en av personalet er fast inne i boligene, mens andre veksler mellom å jobbe ute/inne.

**Alternativ 3:** Lokaler der hvor sykehjemsplasser reduseres, drives som hybridmodeller, slik som Skaland sykehjem og omsorgsboliger pr i dag. Dette er en nyoppstartet pilot, og man har ikke pr i dag opparbeidet seg et erfaringsgrunnlag i forhold til driftsformen.

Det vil være mulighet for å drive dagaktivitetstilbud i lokalitetene som gjøres om fra sykehjem til omsorgsboliger.

Utfordringer som arbeidsgruppa ser, både i løsning med omsorgsboliger med stasjonær bemanning og hybridmodeller er bemanning/fagkompetanse, bygningsmassenes tilstand og investeringsbehov, og det faktiske behov i distriktet. Erfaring viser at mange ønsker seg sentralt i kommunen, nært lege og spesialisthelsetjenester, nært kulturtilbud og kanskje familie. I Senja kommune har man erfart at man måtte regulere tildeling av plass i sykehjem i distrikt i sykehjemsforskriften, og det er ventelister på å bytte sykehjem fra distrikt til sentrum. Man har ikke samme anledning til å bestemme hvor folk skal bo når det gjelder tildeling av omsorgsbolig, og man ser det lite hensiktsmessig med store investeringer i bygningsmasser hvor man ikke vil få fylt opp boenhetene. Arbeidsgrupper tenker ut fra dette at det er alternativ 1 som pr. i dag utpeker seg som aktuell løsning for de lokasjoner hvor man endrer dagens sykehjemsdrift.

Vedtas tiltakene må de personellmessige og økonomiske konsekvensene utredes nærmere.

#### Tiltak

**2024-2026** satse på å få plass nattjeneste i alle hjemmetjenestesoner, velferdsteknologi (trygghetsalarmer, elektroniske medisindispensere, digitale tilsyn mv.). Øke antall skjermede plasser i sykehjem.

**2026-2028** Øke antall omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning sentralt. Se på muligheter for egne enheter for mennesker med rus/psykiske lidelser. Anslått 30 boliger til sammen.

**2028** - Deretter vil man kunne se på muligheter for reduksjon av sykehjems plasser i tråd med kommunestyrevedtak 122/22 om dreining til heldøgns omsorgstjenester.

Vi foreslår følgende rekkefølge, men det vil være vanskelig å tidfeste eksakt før vi ser effekt av de forutgående tiltakene. Det er heller ikke sikkert man vil kunne ta ned alle disse plassene uten å øke kapasitet i sykehjem i sentrum, det vil avhenge av behovet.

- Gryllefjord, avvikle 14 sykehjems plasser. Videre drift som omsorgshybler i tilknytning til hjemmetjenestebase, med tilgang til heldøgns punktvisse tjenester.
- Rossfjord. Redusere med 6 plasser, slik at det denne lokasjonen består av 19 sykehjems plasser, 4 avklaringsplasser, og 3 omsorgsleiligheter i kjeller.
- Sifjord, avvikle 14 sykehjems plasser, videre drift som omsorgsboliger i tilknytning til base for hjemmetjenester, med tilgang til punktvisse tjenester hele døgnet.

Disse tiltakene vil til sammen innebære en avvikling av 34 langtids plasser i sykehjem.

Man må se på hvordan ivareta yngre med behov for langtids heldøgns omsorgstilbud – her foreslår arbeidsgruppa å utrede en forbeholdt avdeling på FBAS for yngre brukere (<65 år). Den sentrale beliggenheten er vektet i forslaget, hvor man har tenkt at det er viktig at beboerne kan benytte seg av sosiale og kulturelle møteplasser i sentrum.

## 4 Med utgangspunkt i kulepunkt 1 komme med forslag på driftsform og omfang av tjenestene utenom institusjon, herunder f.eks. også habilitering og rehabilitering, rus- og psykisk helse mv

### *Forebyggende hjemmebesøk*

I folkemøter og eller i arbeidet med planen, har vi fått mange tilbakemeldinger om at kommunen må jobbe med informasjon til innbyggere – hva kan jeg gjøre selv, folkehelse, tilpasse bolig for kommende alderdom, forebygge ensomhet, hvilke tilbud finnes i kommunen. Forebyggende hjemmebesøk er kommunens tiltak for dette, og innbyggerne er opptatte av at dette tilbudet skal komme i gang. Tilbakemelding både fra folkemøter og fra råd for personer med funksjonsnedsettelse og elderrådet, at alder for forebyggende hjemmebesøk burde senkes. De vurderer at 80 år er for sent. Samtidig vet vi at man innbyggere er friske og spreke, og synes det er for tidlig med hjemmebesøk når de er 75. Arbeidsgruppa vurderer at man i oppstart av forebyggende hjemmebesøk bør jobbe med de som er 80 år og eldre, og at man etter at oppstartsfasen er over, kan vurdere om man skal senke grensen. Et alternativ er også å ha et gruppetilbud jevnlig til de som er 75 år, og hjemmebesøk ved fylte 80 år. Samtidig kan det være en mulighet at folk kan få hjemmebesøk tidligere på forespørsel. Dette vil man kunne vurdere underveis i prosjektet. Ansettelse i denne stillingen er gjort, og tiltredelse skjer i samme tid som arbeidet i arbeidsgruppen. Vi har derfor valgt å ikke ta det med i handlingsdelen.

### *Dagaktivitetstilbud for eldre*

For å forebygge ensomhet og passivitet ser arbeidsgruppa behov for å opprette dagaktivitetstilbud i alle hjemmetjenestesoner. Vi anser at Senja kommune har mange alternative lokaler for et slikt tilbud i bygdene. Dette er et område vi ser at et samarbeid med frivilligheten er veldig aktuelt.

### *Rehabilitering hjemme*

Vi vet at noen som innvilges rehabiliteringsopphold på BRA kunne vært rehabilitert hjemme dersom vi har vært dimensjonert bedre i forhold til ambulerende fysio- og ergoterapitjeneste (tilsvarende hverdagsrehabilitering). Arbeidsgruppa har derfor foreslått at man ser på ulike måter å organisere slik at pasienter i større grad kan få et rehabiliteringstilbud hjemme. Som en start foreslås det å styrke friskliv og rehabilitering med 1 årsverk fysioterapeut, som jobber tverrfaglig med rehabilitering hjemme hos pasienten. Arbeidsgruppa har hatt tanker om en mulig samkjøring med stilling opprettet for forebyggende hjemmebesøk, etter at man er kommet over prosjektfasen her, og kommet over i driftsfasen, men vurderer at det er prematurt å mene noe om dette nå.

### *Psykisk helse og rustjenesten*

Flere oppgaver innen psykisk helse og rusarbeid må i fremtiden løses i kommunen. Kommunen skal ha et lavterskeltilbud som fremmer selvstendighet, mestring av eget liv og helse, og livskvalitet. Kommunen har også plikt til å gi helhetlige, integrerte og sammenhengende tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk.

Helsedirektorat har i februar 2024 sendt på høring en nasjonal veileder for lokalt psykisk helse og rusarbeid for voksne. I det videre arbeidet med organisering og utvikling av den kommunale psykisk helse og rustjenesten, vil Senja kommune ta sikte på å følge de nasjonale anbefalingene.

Arbeidsgruppa anbefaler at det lages en egen fagplan for psykisk helse og rustjenesten når denne veilederen blir tilgjengeliggjort.

#### *Hukommelsesteam*

Det er satt av midler til å opprette et hukommelsesteam i Senja kommune. Pr. februar 2024 jobber man med avklaringer i forhold til organisering. Arbeidsgruppa ser at et hukommelsesteam har en viktig rolle i forhold til kompetanse på demenssykdom, rådgivning og veiledning til pasienter, pårørende og til helsepersonell.

#### *Aktivitetshus for eldre*

Det har vært et ønske både i eldrerådet og i folkemøtene med et aktivitetshus for eldre, gjerne i samdrift/lokalisering med et tilbud for unge. Et slikt tilbud har tidligere vært behandlet i kommunestyret i sak 74/2022 - *Etablering av aktivitetshus, avklaring av driftsform*. Det ble da vedtatt at aktivitetstilbud for barn og unge skal utformes og driftes i kommunal egenregi. Man ønsket da ikke å gå for et felles aktivitetstilbud.

Arbeidsgruppa vurderer at det er viktig å få til et tilbud for eldre også desentralisert, som dagaktivitetstilbud i alle hjemmetjenestesoner.

#### *Støttekontaktordningen*

Arbeidsgruppa ser, i tråd med tilbakemeldinger fra folkemøtene og fra råd for personer med funksjonsnedsettelse, at man bør jobbe for å utvikle støttekontaktordningen. Herunder bør man se på vilkår, organisering, opplæring, oppfølging, gruppetilbud mv. Det har vært drøftet i arbeidsgruppa om det er mulig å opprette en koordinator med ansvar for støttekontakter og private avlastere, med samtidig ansvar for å koordinere samarbeid med frivilligheten, som arbeidsgruppa også ser et behov for i forhold til flere brukergrupper.

## 5 Med bakgrunn i punkt 1 utarbeide helhetlige kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester

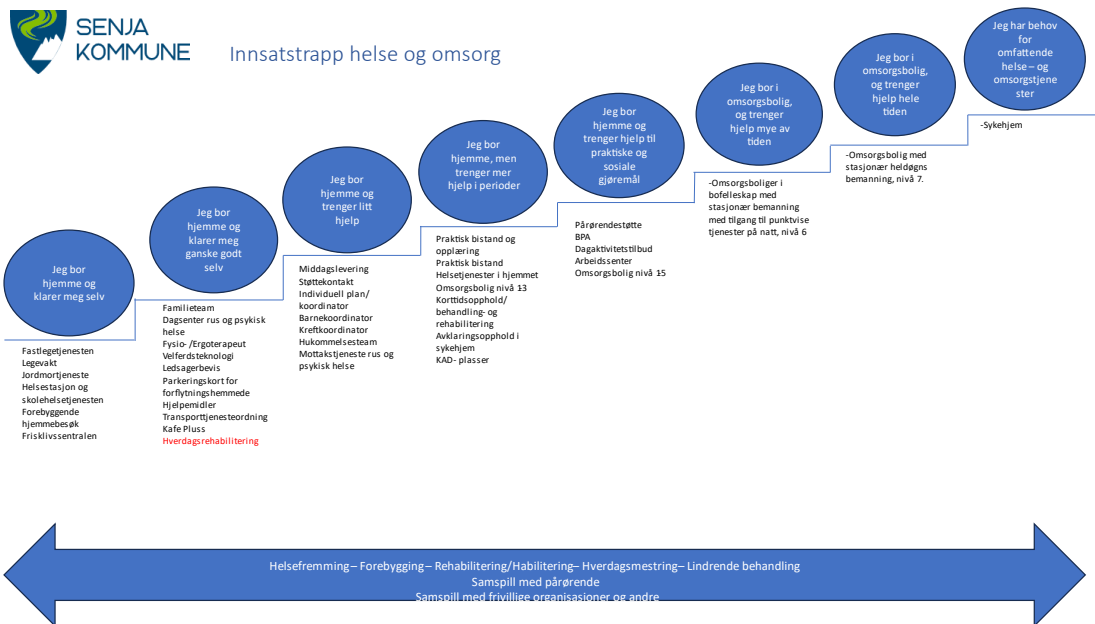
Se vedlegg tjenestebeskrivelser og kriterier for tildeling

## 6 Med bakgrunn i vurderinger framkommet i kulepunktene over skal gruppa lage forslag til ny omsorgstrapp for Senja kommune

Arbeidsgruppa ønsker å begynne med å se på kommunens omsorgstrapp, da man på den måten ville synliggjøre hvor det er mangler, og hva man må fokusere på. Gruppa er samstemt i at **innsatstrapp** er et bedre navn enn omsorgstrapp. Arbeidsgruppa vurderer at man ikke må overdimensjonere trinnet

omsorgsbolig med *tilgang til* heldøgns tjenester. Fokuset må være på *heldøgns bemannet omsorgsbolig* og å styrke tjenester i hjemmet. Dette ser vi på bakgrunn av at vi i dag har flere omsorgsboliger med *tilgang til* heldøgns tjenester som står ledig, da behovet er tilstedeværende bemanning. Vi ser også at det er omsorgsboligene i distrikt som står ubenyttet.

## Innsatstrappa



*Innsatstrappa beskriver ønsket tilstand, markert med rødt er de tjenester vi pr i dag ikke har.*

Arbeidsgruppa har jobbet med en tjenestebeskrivelse på alle tjenester som kommer frem i innsatstrappa. Her sier vi noe om hva vi har, hva det konkret jobbes med/er i prosess og hva som må utredes.

Vi har tildelingskriterier (inklusions- og eksklusjonskriterier) for sykehjem, heldøgns omsorgsboliger av ulike typer, andre omsorgsboliger, avklaringsplasser, korttidsplasser, avlastningsplasser, KAD, praktisk bistand, BPA, som er bearbeidet i arbeidet.

Ergoterapeut fått i oppdrag å lage kriterier for forebyggende hjemmebesøk som en del av prosjekteringsarbeidet etter oppstart.

Se vedlegg tjenestebeskrivelser for nærmere beskrivelse av innholdet i trinnene.

## 7 Komme med forslag til og prioriteringer av del-/fagplaner for området

Plan for å styrke rekruttering og bemanning

Plan for psykisk helse og rus, herunder også plan for barn og unge med sammensatte utfordringer

Plan for rehabilitering, herunder rehabilitering hjemme

Plan for legetjenesten

Det har vært uttrykt et ønske både fra eldrerådet og fra folkemøter om en eldreplan, dette har ikke tegnet seg som et eget behov under arbeidet i arbeidsgruppa. Det arbeidsgruppa ser, er at det kan være behov for å strukturere og organisere samarbeid med frivilligheten, særlig opp mot aktivitetstilbud og tiltak for å forebygge ensomhet.

### Oppsummering

En dreining fra institusjon- til hjemmebasert omsorg er i kommunen nødvendig for å legge til rette for at man skal ha en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, og man må gjøre tiltak for å bruke fagkompetansen på rett sted til rett tid. En dreining mot hjemmebasert omsorg er også i tråd med både nasjonale føringer og tidligere kommunestyrevedtak. For å lykkes med en dreining mot at flere skal bo hjemme, at en skal bo lengst mulig i eget hjem, ser arbeidsgruppa at man må satse på å styrke hjemmebaserte tjenester, og bygge ut omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning. Man må også satse på forebygging og tidlig innsats. Forebyggende tjenester blir her veldig viktig, fra frisklivssentral, til fastlegetjeneste, helsestasjonstjeneste mv.

**2024-2026** satse på å få på plass nattjeneste i alle hjemmetjenestesoner, velferdsteknologi (trygghetsalarmer, elektroniske medisindispensere, digitale tilsyn mv.). Øke antall skjermede plasser i sykehjem.

**2026-2028** Øke antall omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning sentralt. Se på muligheter for egne enheter for mennesker med rus/psykiske lidelser. Anslått 30 boliger til sammen.

**2028** - Deretter vil man kunne se på muligheter for reduksjon av sykehjemsplasser i tråd med kommunestyrevedtak 122/22 om dreining til heldøgns omsorgstjenester.

Vi foreslår følgende rekkefølge, men det vil være vanskelig å tidfeste eksakt før vi ser effekt av de forutgående tiltakene. Det er heller ikke sikkert man vil kunne ta ned alle disse plassene uten å øke kapasitet i sykehjem i sentrum, det vil avhenge av behovet.

- Gryllefjord, avvikle 14 sykehjemsplasser. Videre drift som omsorgshybler i tilknytning til hjemmetjenestebase, med tilgang til heldøgns punktvisse tjenester.
- Rossfjord. Redusere med 6 plasser, slik at det denne lokasjonen består av 19 sykehjemsplasser, 4 avklaringsplasser, og 3 omsorgsleiligheter i kjeller.

- Sifjord, utvikle 14 sykehjemsplasser, videre drift som omsorgsboliger i tilknytning til base for hjemmetjenester, med tilgang til punktvisse tjenester hele døgnet.

Disse tiltakene vil til sammen innebære en avvikling av 34 langtidsplasser i sykehjem.

Man må se på hvordan ivareta yngre med behov for langtids heldøgns omsorgstilbud – her foreslår arbeidsgruppa å utrede en forbeholdt avdeling på FBAS for yngre brukere (<65 år). Den sentrale beliggenheten er vektet i forslaget, hvor man har tenkt at det er viktig at beboerne kan benytte seg av sosiale og kulturelle møteplasser i sentrum.

Mål om å opprette dagaktivitetstilbud i alle hjemmetjenestesoner.

Vi ser at vi må spisse og reddyke inntakskriterier i takt med utvikling av tjenestetilbudet – hvem skal være i institusjon med nærhet til lege og spesialisthelsetjenester, hvem i heldøgns bemannet omsorgsbolig (med uten sykepleierkompetanse på natt), hvem i omsorgsbolig med punktvisse tjenester mm.

Hjemmebaserte tjenester er fremtidens løsning – styrking av nattjenesten helt nødvendig, og vil ha effekt på mange områder.

Tiltak for kompetanseheving i egne rekker, rekruttering og ikke minst å beholde fagpersonell må få fokus i det videre arbeidet, men dette ligger utenfor arbeidsgruppas mandat, og vi har ikke gått nærmere inn på det.

Senja kommune har 13 rehabiliteringsplasser på BRA. I og med at flere av disse plassene til enhver tid har vært belagt med pasienter som er utskrivningsklar fra BRA og venter på omsorgsbolig eller langtidsplass, har vi lite erfaring med hvor god kapasiteten er i et mer fremtidig perspektiv. Også et spørsmål med hva som skjer med sengepostene på rehabiliteringsavdelingen UNN Finnsnes og om det kan være aktuelt å tenke et fremtidig samarbeid med spesialisthelsetjenesten og/eller interkommunale løsninger i forhold til utvidelse av rehabiliteringskapasitet på DMS Finnsnes.

Hybrider – kombinasjon sykehjem og omsorgsboliger. Her forventes det at erfaringer fra Skaland skal kunne brukes i forhold til videre beslutninger om denne type driftsform andre steder. Vi rekker imidlertid ikke å få disse erfaringene med oss i planen, da tiltaket starter opp i disse dager (januar - 24).



## Vedlegg

1. [Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf \(ks.no\)](#)
2. Innsatstrappa helse og omsorg
3. Kartlegging av beboere i sykehjem februar 2023
4. Kartlegging av beboere i sykehjem februar 2024
5. Kartlegging av beboere i omsorgsbolig februar 2024
6. Tjenestebeskrivelser helse og omsorg Senja kommune
7. Innspill fra folkemøtene høsten 2023 i prosjekt helse og omsorgsplan for Senja kommune

## Innspill fra folkemøtene (sammendrag)

### *Fremtidsrettet dimensjonering og utvikling av et helhetlig tjenestetilbud med utgangspunkt i kommunens omsorgstrapp*

- Rett kompetanse på rett plass
- Flere omsorgsboliger og bofellesskap: sosialt, trygghet, tilgjengelighet
- Sykehjemsplass når vi trenger det
- Oppgavefordeling
- Pårørende og frivillige en ressurs
- Desentraliserte tjenester (DMS)
- Transport
- Fremtidsrettet dimensjonering – må også omhandle grunnbemanning – høyere grunnbemanning vil gjøre det lettere å løse mange situasjoner som f.eks. fravær. Viktig tiltak, for på sikt å spare penger.
- Husk distriktene – kommunen er mer enn sentrumsområdet/Finnsnes

Omsorgsboliger – bygge omsorgsboliger parallelt med sykehjemmet. Ønsker å fremdeles å ha base som nå på sykehjemmet. Bygge ut omsorgstrappa – bygge opp hjemmebaserte tjenester. Bakvakter for sykepleiere- for omsorgsboliger ikke samme krav til kompetanse, mindre bakvakter, som igjen blir mer attraktivt for sykepleiere.

Legge til rette for eldre, stor andel i Senja kommune. F.eks. vaktmester. Utdanner unge til å flytte fra kommunen. De eldre trenger hender, menneskelig kontakt, ikke nødvendigvis sykepleier mm.

Fremtidsrettet dimensjonering og utvikling av et helhetlig tjenestetilbud med utgangspunkt i kommunens omsorgstrapp for helse- og omsorgstjenester. Kartlegge for bofellesskap, omsorgsbolig, spesialisthelsetjenester, audiograf, styrke ergoterapi,

Hvor er flaskehalsene? Viktig at politikerne får vite hvor skoen trykker.

Kommunen må informere om hva tjenestene er til for. Hva er langtidsopphold, hva er rehabiliteringsopphold. Kommunikasjon – avklare forventninger. Slik at brukere og pårørende vet hva de har å forholde seg til, kontakt, informasjon. Eliminere misforståelser. I fremtida må man være fleksibel. Alder for forebyggende hjemmebesøk – må være fleksibel. Man må ikke være fastlåst, men evner seg å tilpasse seg. Vi må være gode på forebygging, da vil behovet for tjenester gå ned. Samarbeid.

Fremtidsrettet dimensjonering av et helhetlig tjenestetilbud .....

- Kartlegg etabler i alle lokalsenter
- Styrke ergoterapeut
- Styrke spesialisthelsetjenester.
- Kommunen må informere bedre om tjenester. Hvem kan vi være.
- God kommunikasjon slik at vi vet hva vi har å forholde seg til. Må være veldig konkret.
- Må være fleksibel i alle retninger. Evner å tilpasse seg behov.

Flere bofellesskap i kommunen

Kommunen må informere bedre om tjenestene og hva de skal brukes til, må bli bedre å kommunikasjon, forebygger feil forventninger. Mer fleksibel. Dimensjonere tilbudene rett.

Frivillige lag og foreninger må inviteres inn og utfordres til å være besøksvenn mm.

Veldig stort tema, men de opplever at det er veldig sårbart – det ene påvirker det andre. Det med utekontor lege, man blir for opptatt av tall. Utfordringer med pasienttransport, ikke drosjer tilgjengelig – folk kommer seg ikke til legetimene. Har vært foreslått å selge det gamle kommunehuset – hvor blir da plass til legekontor, fysio, jordmor mm. Snikinnføring av vedtak – eksempel nedlegging av demensavdeling. Flytting av legekontor?

Viktig med lokalkunnskap – være klar over at det ene påvirker det andre. Viktig at de i distriktet blir sett, særlig de sårbare/dårlig helse.

Fremtidsrettet dimensjonering – må også omhandle grunnbemanning – høyere grunnbemanning vil gjøre det lettere å løse mange situasjoner som f.eks. fravær. Viktig tiltak, for på sikt å spare penger.

Stiller spørsmål med det å redusere sykehjems plasser. Boligene til de som blir eldre fremover er bedre tilrettelagt for livsløp enn tidligere. Folk vil bo hjemme lengst mulig. Viktig å slippe å sitte alene, forebygge ensomhet. Mange moment å ta med seg når det gjelder dimensjonering.

Behovet for sykehjems plasser større enn behovet for heldøgns omsorgsboliger

Psykatri – bør få stor plass i planen – generelt for lite fokus. Både forebygging og behandling. (Vi tenker egen fagplan)

Legetjenesten: Får ikke sendt blodprøver, legen må reise tidligere slik at blodprøvene kommer med posten,

Eldre på Nord-Senja er redd for at de skal på sykehjem i Sifjord eller Gryllefjord. Tilhørighet til Finnsnes som kommunesenter fra langt tilbake. Nord-Senja har ikke hatt tilbud i form av sykehjem, tilhørighet til gamle Lenvik, det var der de kom på sykehjem. Oppfordrer oss til å se mer på lokalitetene sentrumsnært, som FBAS. Mest folkemengde på denne siden av Senja.

Folket vil bo i sitt lokalsamfunn, ikke nødvendigvis ikke i «eget hjem».

Det må bygges omsorgsboliger på Nord-Senja. Vedlikeholde de som finnes – som base for hjemmetjenesten. Viser til utredning som ble gjort ift. hvor hjemmetjenesten kjører ut fra.

Eldreboliger i Botnhamn må renoveres og tas i bruk

Viktig å ha sosiale felleskap i område med lokale servicetjenester – kafe, møterom, legekontor, butikk, ledig areal mm. Tomta ved legekantoret Gibostad egner seg godt, nærhet til mange funksjoner.

Flere heldøgns og sykehjems plasser på Finnsnes. Ledige lokaler på Gibostad som man kunne benytte til å etablere flere omsorgsboliger i tilknytning til de som allerede er der.