



Fremtidig tjenestestruktur

Nåsituasjon og muligheter i
sykehjemstjenesten
2026 – 2030

Innhold

Fremtidig tjenestestruktur i helse og omsorg – nåsituasjon og muligheter i sykehjemstjenesten.....	5
Sykehjemstjenesten.....	5
Bemanning og kompetanse	7
Perspektiv demografisk utvikling	9
Omsorgsbolig eller langtidsplass i sykehjem?	12
Velferdsteknologi i helse og omsorgstjenesten.....	14
Tverrsnittundersøkelse	15
Tilskuddordninger fra Husbanken	16
Gryllefjord sykehjem og hjemmetjeneste	18
Status.....	18
Bemanningsanalyse	19
Drift.....	21
Økonomi vedtatt omstilling	22
Fremtidig organisering	22
Behov for bygningsmessige tilpasninger	23
Vurdering	23
Økonomiske beregninger fremtidig drift.....	24
Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste.....	26
Status.....	26
Bemanningsanalyse	27
Drift.....	30
Fremtidig organisering	31
Behov for bygningsmessige tilpasninger	34
Økonomiske beregninger	34
Vurdering	35
Skaland sykehjem og hjemmetjeneste.....	36
Status.....	36
Bemanningsanalyse	37

Drift.....	41
Fremtidig organisering	41
Behov for bygningsmessige endringer	45
Økonomiske beregninger	45
Vurdering.....	47
Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste	47
Status.....	47
Bemanningsanalyse	48
Drift.....	51
Fremtidig organisering	52
Behov for bygningsmessige endringer	53
Økonomiske beregninger	54
Vurdering.....	57
Stonglandet sykehjem	58
Status.....	58
Bemanningsanalyse	59
Drift.....	62
Fremtidig organisering	63
Behov for bygningsmessige endringer	64
Økonomiske beregninger	65
Vurdering	66
Samlet vurdering.....	67
Forslag til omstillingstakt	68
Beregnet besparelse totalt	68
Referanser.....	69

Forord

Senja kommune står midt i en viktig omstillingsreise. Gjennom arbeidet med *Utredning av framtidig tjenestestruktur 2026–2030* er det lagt et solid kunnskapsgrunnlag for hvordan vi kan utvikle helse- og omsorgstjenestene våre på en bærekraftig og framtidsrettet måte.

Arbeidet er en del av kommunens systematiske satsing på kunnskapsbasert tjenesteutvikling, og har fulgt etablerte prinsipper for kvalitetsforbedring, med bred involvering av ansatte, tillitsvalgte, verneombud, ledere, fagpersoner og brukerrepresentanter.

Gjennom hele prosessen har fokuset vært tydelig: å sikre trygge, nære og faglig forsvarlige tjenester for innbyggerne i Senja – også i en framtid med knappere ressurser og økte behov.

Omstillingen bygger på grundige faglige vurderinger, demografiske analyser og økonomiske beregninger, men først og fremst på innsikten og engasjementet til dem som står nærmest tjenestene. Den er et resultat av samarbeid, systematikk og en sterk lokal fagkultur.

For å sikre forutsigbar og god implementering vil **lokasjonsvise prosessplaner for fag, kompetanse, aktivitet, bygg og eiendom** utvikles fortløpende, i tråd med nasjonale føringer og kommunens rammer for tjeneste- og organisasjonsutvikling. Dette skal sikre at hvert steg i omstillingen er godt forankret, både faglig, økonomisk og organisatorisk.

Til alle ansatte som hver dag bidrar med kunnskap, omsorg og utholdenhet – takk for innsatsen, tålmodigheten og lojaliteten i en krevende, men nødvendig omstilling. Det er deres innsats som gjør det mulig å bygge framtidens helse- og omsorgstjeneste for Senja.

Senja, november 2025

Turid Anita Amundsen

Kommunalsjef Helse og omsorg

Fremtidig tjenestestruktur i helse og omsorg – nåsituasjon og muligheter i sykehjemstjenesten

Sykehjemstjenesten

Sykehjemstjenesten består pr oktober 2025 av følgende plasser i sykehjem fordelt på avdelinger

Sykehjem / avdeling	Skjermede langtidsplasser	Langtidsplasser	Avlastningsplasser	Avklaringsplasser
Finnsnes sykehjem plan 2	27	–	2 (skjermede)	1 (skjermet)
Finnsnes sykehjem plan 3	–	28	2	–
Finnsnes sykehjem plan 4	–	24	2	4
Stonglandet sykehjem	7	15	–	–
Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste	–	26	–	4 (ikke i drift)
Skaland sykehjem og hjemmetjeneste	–	12	–	–
Gryllefjord sykehjem og hjemmetjeneste	–	6	–	–
Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste	–	14	–	–
Totalt	34	125	6	9 (4 ikke i drift)

Pr. september 2025 er antall plasser i sykehjem 170, inkludert avklarings- og avlastningsplasser. 34 plasser er skjermede langtidsplasser for pasienter med demenssykdom, i tillegg 2 plasser for avlastning og 1 plass for avklaring i skjermet avdeling.

I tillegg har Senja kommune 13 korttidsplasser på Behandlings- og rehabiliteringsavdelingen (BRA). **Dette gir et samlet tall på 183 plasser i institusjon.**

Senja kommune mangler i dag et tilbud for mennesker med demenssykdom som ikke lenger kan bo hjemme, foruten sykehjemsplass. Behovet for heldøgns bemannede omsorgsboliger er stort. Mangel på tilrettelagte bo- og avlastningstilbud gjør at innbyggere må tilbys langtidsplass i sykehjem, når de kunne bodd i omsorgsbolig.

Virksomheten Sykehjemstjenesten med distriktshjemmetjenester består av 5 sykehjem i distrikt; Stonglandet, Rossfjord, Sifjord, Gryllefjord og Skaland sykehjem. De 4 siste med tilhørende hjemmetjenestesoner.

Det er **ingen sykehjem eller hjemmetjenester i distrikt som har sykepleierdekning på natt**. Pasienter som har behov for sykepleierkompetanse hele døgnet, eller nærhet til lege og spesialisthelsetjenester, tildeles derfor i dag plass på Finnsnes sykehjem. Det er heller ingen hjemmetjenestesoner i distrikt som har hatt nattjeneste pr. 2025, men Gryllefjord sykehjem gjør tilsyn på natt, og i tillegg håndterer Gryllefjord, Sifjord og Skaland trygghetsalarmer i sine områder på natt. Behandlings- og rehabiliteringsavdelingen (BRA) har bakvaksordning pr. telefon for sykehjem i distrikt, som kompensasjon for at en ikke har tilstedeværende sykepleierkompetanse.

Hjemmeboende i distrikt som er i behov for tjenester hele døgnet, må innlegges i korttidsavdeling, sykehjem eller sykehus. Det setter begrensninger i forhold til blant annet palliativ behandling og pleie til innbyggere som ønsker å dø hjemme, og i forhold til om hjemmeboende som har omfattende behov i kortere eller lengre perioder skal kunne få være hjemme, og få hjelpen der.

I utredningen som følger er det viktig å understreke at det i sykehjem og hjemmetjenester i distrikt jobber mange erfarne, dyktige og kompetente ansatte. **Det er ikke kompetansen hos det enkelte helsepersonell, men graden av sykepleierdekning, som skiller sykehjem i distrikt fra Finnsnes sykehjem.** Sykepleiere i distrikt har erfaring med avanserte prosedyrer som intravenøs behandling, legemiddelhåndtering, sårbehandling, oppfølging av PICC-line/CVK, palliativ pleie og akuttmedisinske vurderinger – ofte uten lege fysisk til stede.

De har erfaring med uvær, stengte veier, strømutfall, lang reisevei til lege mm., og tjenestene fremstår robuste i forhold til uforutsette hendelser. Våre ansatte viser hvordan høy faglighet, lokal forankring og god samhandling kan gi pasienter likeverdige tjenester – uansett bosted. Det er denne kompetansen og styrken det ønskes at utvikling skal bygge på.

I et **beredskapsperspektiv** er det også viktig å tenke at vi må organisere oss på en slik måte at vi har en sterk og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i hele Senja kommune, og vi må **bevare og videreutvikle den kompetansen og de tjenestene vi har.**

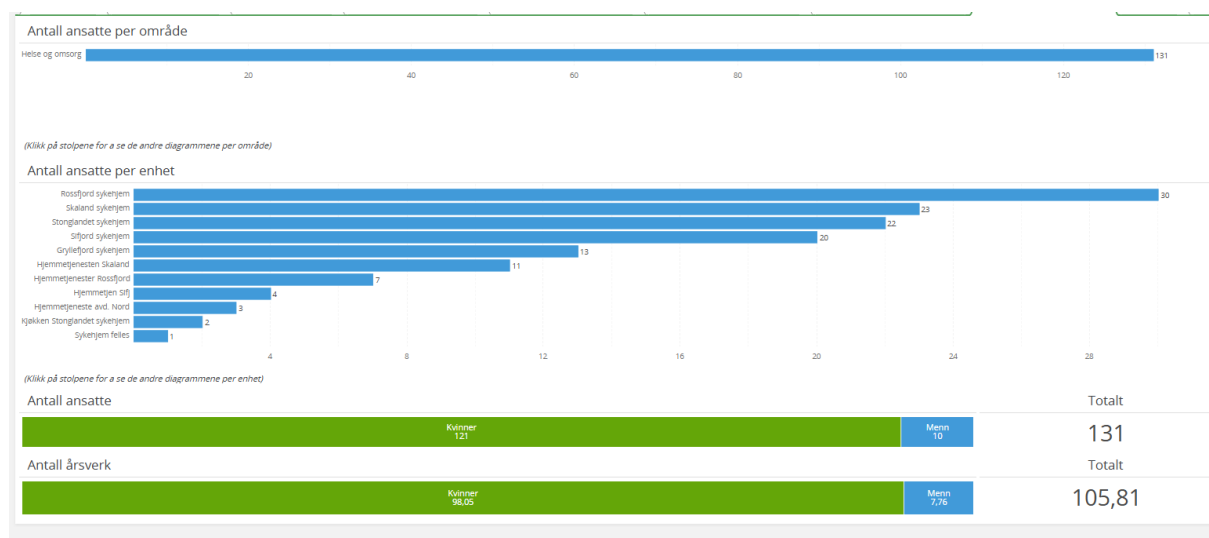
Det er viktig å understreke at man i drift som hjemmetjenester vil ha like stor grad av beredskap, og kanskje i større grad, enn som i sykehjem. I drift som hjemmetjenester med omsorgsboliger, kan personell og kompetanse benyttes på en mer fleksibel måte enn i drift som sykehjem, og prioriteres der hvor behovet er (inne/ute).

Over tid har det i flere avdelinger vært krevende å drive sykehjemstjenester i nåværende omfang. En fremtidig struktur med omsorgsboliger er en drift som i større grad står i forhold til tilgjengelig bemanning og kompetanse, også i årene som kommer. I denne

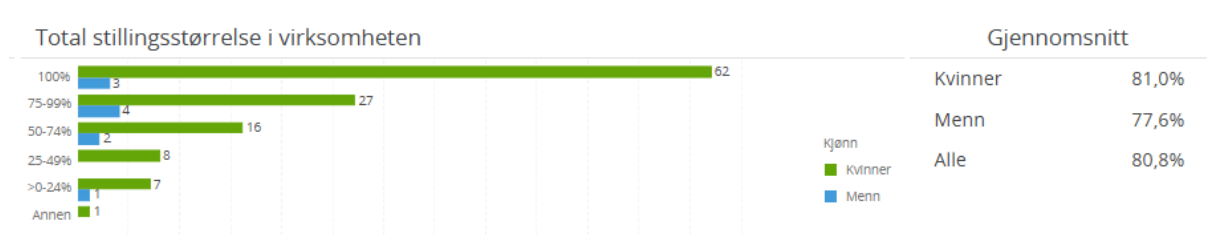
utredningen er det lagt stor vekt på å bevare erfaring og kompetanse, og **utvikle en helse- og omsorgstjeneste som ivaretar både nasjonale føringer om å styrke mulighetene for innbyggere å bo lenge hjemme, samt gi tjenester der pasienten er – og at vi skal ha et forsvarlig og kvalitativt godt tilbud til innbyggere som trenger heldøgns pleie- og omsorgstjenester.**

Bemanning og kompetanse

Det er pr oktober 2025 registrert 105,81 årsverk, fordelt på 131 ansatte i virksomheten. Oversikten viser også vikariater.



De siste årene har det vært fokus på heltidskultur, og man jobber fokusert på å tilby hele/store stillingsbrøker til ansatte som ønsker det. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 80,8%, og 65 ansatte er registrert med 100% stilling.



Senja kommune, som i landet ellers, har opplevd at tilgangen på arbeidskraft har gått ned, og rekruttering av nødvendig fagkompetanse er utfordrende. De siste årene har også tilgangen på assistenter/pleiemedarbeidere og vikarer også vært krevende.

Tilgang på nødvendig fagkompetanse er uttalt i sykehjemmene og hjemmetjenesten i distrikt, men også i sentrumsnære tjenester.

Det er imidlertid mer sårbart i mindre enheter, som kjennetegner våre avdelinger i distrikt. Om man har 2 vakante sykepleierstillinger i en avdeling med 5 sykepleierstillinger, gir dette større konsekvenser enn i en større avdeling.

Noen distrikt utfordres særlig med tanke på fremkommelighet og sårbarhet for stengte veier vinterstid – det vanskeliggjør at ansatte pendler til arbeid.

Det har vært forsøkt ulike rekrutteringstiltak som individuelle tillegg på lønn, det har vært lyst ut stillinger med pendlerturnus og fri bolig, samt rekrutteringstilskudd mot bindingstid. Det siste halvannet året er det i virksomheten ansatt 4 sykepleiere på slike vilkår, og 2 av disse har sagt opp eller varslet at de vil si opp sine stillinger i 2025. Den totale demografiske utviklingen i landet viser at rekrutteringsutfordringene vi opplever, vil forsterkes i fremtiden, samtidig som antallet som får behov for helse- og omsorgstjenester øker. Vurderingen er derfor at det er helt nødvendig å se på hvordan vi organiserer oss, og hvordan vil gir tjenester i Senja kommune, for å sikre at vi også i fremtiden klarer å gi innbyggerne trygge og kvalitativt gode tjenester.

Perspektiv demografisk utvikling

Befolkningsutvikling i Senja kommune viser at områdene rundt Finnsnes vokser, for selve Finnsnes har det i løpet av 24 år vært en vekst på 40%. Det er vekst i alle aldersgrupper i senteret Finnsnes, mens for de over 67 år har det vært mer enn en dobling. Silsand opplever ikke den samme tilveksten av eldre som Finnsnes, her er den yngste befolkningen i Senja kommune, med høyest andel barn og unge. Andel personer i kommunen som bor på Finnsnes har også økt markant, fra 18,5 til 26%. Nå bor ca. halve kommunens befolkning i aksen Silsand-Trollvik-Finnfjordbotn mot knapt 40% tidligere.

For de over 67 år viser utviklingstrekk at det er størst økning innbyggere i sentrum. For enkelte bygder har antall eldre over 67 år gått ned, for eksempel Skrolsvik, Rossfjord, Bjorelvnes, Skognes og Skaland. Størst andel eldre finner vi på Lysnes, Stonglandet, Medby/Sifjord.

For personer i arbeidsdyktig alder, er trenden i hovedsak den samme. Sentrum har økning, mens bygder og lokalsentra går ned. Med det er noen unntak, for eksempel Husøy, Kårvik og Skrolsvik. Disse har alle ei viss økning, selv om det er relativt små tall.

Sum grunnkretser	Navn senter/bygd	Antall personer			Befolkning i prosent av hele kommunen			Befolkningsendring 2001-2025	
		2001	2013	2025	2001	2013	2025	Personer	Prosent
Rossfjord, Straumen øst og Straumen vest	Rossfjord	489	477	417	3,2 %	3,2 %	2,8 %	-72	-15 %
Kårvik	Kårvik	205	196	188	1,4 %	1,3 %	1,3 %	-17	-8 %
Trollvik	Trollvik	803	878	851	5,3 %	5,9 %	5,7 %	48	6 %
Finnsnes, Sandvik, Skogen	Finnsnes	2 791	3 268	3 898	18,5 %	22,1 %	26,1 %	1 107	40 %
Silsand og Laukhella	Silsand	1 557	1 726	1 855	10,3 %	11,7 %	12,4 %	298	19 %
Gibostad	Gibostad	493	418	412	3,3 %	2,8 %	2,8 %	-81	-16 %
Botnhamn	Botnhamn	320	281	264	2,1 %	1,9 %	1,8 %	-56	-18 %
Husøy	Husøy	239	303	295	1,6 %	2,1 %	2,0 %	56	23 %
Fjordgård	Fjordgård	242	171	157	1,6 %	1,2 %	1,1 %	-85	-35 %
Senjahopen	Senjahopen	369	339	289	2,4 %	2,3 %	1,9 %	-80	-22 %
Skaland	Skaland	234	210	208	1,6 %	1,4 %	1,4 %	-26	-11 %
Gryllefjord og Torsken	Gryllefjord/Torsken	700	538	478	4,6 %	3,6 %	3,2 %	-222	-32 %
Sifjord og Kaldfarnes	Medby/Sifjord	280	221	207	1,9 %	1,5 %	1,4 %	-73	-26 %
Vikstranda	Vangsvik	369	339	359	2,4 %	2,3 %	2,4 %	-10	-3 %
Eidet	Stonglandseidet	225	216	224	1,5 %	1,5 %	1,5 %	-1	0 %
Tårnelv	Tårnelv	146	146	144	1,0 %	1,0 %	1,0 %	-2	-1 %
Langnes	Langnes	198	170	164	1,3 %	1,2 %	1,1 %	-34	-17 %
Bjorelvnes	Bjorelvnes	261	240	244	1,7 %	1,6 %	1,6 %	-17	-7 %
Fagernes	Aspelund	642	601	537	4,3 %	4,1 %	3,6 %	-105	-16 %
Finnfjord og Stormyra	Finnfjordbotn	799	766	791	5,3 %	5,2 %	5,3 %	-8	-1 %
Vågan -Vassjord	Vågan/Vassjord	130	166	162	0,9 %	1,1 %	1,1 %	32	25 %
Stormo	Johnsgård/Hellemo	87	93	109	0,6 %	0,6 %	0,7 %	22	25 %
Høgli -Grønnli	Høgli/Grønnli/Vasshaug	256	244	238	1,7 %	1,7 %	1,6 %	-18	-7 %
Olsborg	Vika/Finnjord	146	157	130	1,0 %	1,1 %	0,9 %	-16	-11 %
Grasmyr	Grasmyr	249	246	239	1,7 %	1,7 %	1,6 %	-10	-4 %
Kvanli	Kvanli/Nordli/Leirbak	135	126	117	0,9 %	0,9 %	0,8 %	-18	-13 %
Skognes	Skognes/Kvannås	167	179	158	1,1 %	1,2 %	1,1 %	-9	-5 %
Lysbotn	Lysnes	201	158	116	1,3 %	1,1 %	0,8 %	-85	-42 %
Medfjordvær	Medfjordvær	186	182	150	1,2 %	1,2 %	1,0 %	-36	-19 %
Sørli	Sørli/Brygghaug	137	134	113	0,9 %	0,9 %	0,8 %	-24	-18 %
Øverbotn	Vesterfjell/Torsmoen	137	131	145	0,9 %	0,9 %	1,0 %	8	6 %
Solli	Solli	193	203	177	1,3 %	1,4 %	1,2 %	-16	-8 %
Mellemvik	Skrolsvik	138	122	98	0,9 %	0,8 %	0,7 %	-40	-29 %

		Andel av befolkninga i senteret/bygda som er over 67 år.			Antall personer +67 år			Endring antall personer +67 år 2001-2025	
		2001	2013	2025	2001	2013	2025	Personer	Prosentvis endring
<i>Grunnkretser</i>	Navn senter/ bygd								
Rossfjord, Straumen øst og Straumen vest	Rossfjord	23 %	21 %	23 %	117	102	98	-19	-16 %
Kårvik	Kårvik	15 %	9 %	14 %	31	19	30	-1	-3 %
Trollvik	Trollvik	10 %	10 %	18 %	79	85	149	70	89 %
Finnsnes, Sandvik, Skogen	Finnsnes	14 %	16 %	20 %	403	516	772	369	92 %
Silsand og Laukhella	Silsand	7 %	7 %	12 %	106	128	228	122	115 %
Gibostad	Gibostad	14 %	19 %	23 %	65	80	95	30	46 %
Botnhamn	Botnhamn	19 %	18 %	28 %	57	51	73	16	28 %
Husøy	Husøy	11 %	13 %	13 %	25	38	39	14	56 %
Fjordgård	Fjordgård	15 %	26 %	27 %	34	44	41	7	21 %
Senjahopen	Senjahopen	13 %	17 %	18 %	49	57	52	3	6 %
Skaland	Skaland	21 %	24 %	21 %	52	50	44	-8	-15 %
Gryllefjord og Torsken	Gryllefjord/Torsken	18 %	20 %	25 %	131	109	119	-12	-9 %
Sifjord og Kaldfarnes	Medby/Sifjord	23 %	29 %	30 %	62	65	63	1	2 %
Vikstranda	Vangsvik	14 %	19 %	21 %	52	66	74	22	42 %
Eidet	Stonglandseidet	27 %	24 %	32 %	60	51	72	12	20 %
Tårnelv	Tårnelv	12 %	9 %	16 %	17	13	22	5	29 %
Langnes	Langnes	12 %	14 %	26 %	23	23	41	18	78 %
Bjorelvnes	Bjorelvnes	19 %	19 %	17 %	51	45	41	-10	-20 %
Fagernes	Aspelund	15 %	17 %	21 %	95	103	113	18	19 %
Finnfjord og Stormyra	Finnfjordbotn	9 %	12 %	17 %	74	94	134	60	81 %
Vågan - Vassjord	Vågan/Vassjord	22 %	13 %	25 %	29	22	40	11	38 %
Stormo	Johnsgård/Hellemo	14 %	7 %	10 %	12	6	11	-1	-8 %
Høgli - Grønnli	Høgli/Grønnli/Vasshaugen	11 %	16 %	27 %	26	38	64	38	146 %
Olsborg	Vika/Finnjord	9 %	15 %	12 %	14	23	16	2	14 %
Grasmyr	Grasmyr	14 %	13 %	18 %	35	33	44	9	26 %
Kvanli	Kvanli/Nordli/Leirbakkmoen	7 %	10 %	19 %	10	12	23	13	130 %
Skognes	Skognes/Kvannås	19 %	18 %	16 %	33	32	25	-8	-24 %
Lysbotn	Lysnes	16 %	27 %	34 %	33	42	40	7	21 %
Medfjordvær	Medfjordvær	15 %	13 %	26 %	26	23	39	13	50 %
Sørli	Sørli/Brygghaug	13 %	25 %	18 %	19	37	37	18	95 %
Øverbotn	Vesterfjell/Torsmoen	20 %	28 %	20 %	28	37	29	1	4 %
Solli	Solli	11 %	11 %	20 %	20	22	36	16	80 %
Mellevik	Skrolsvik	27 %	17 %	21 %	37	21	20	-17	-46 %
	Hele Senja kommune	15 %	16 %	20 %					
	Troms fylke	12 %	14 %	18 %					
	Hele landet	14 %	13 %	17 %					

		Andel av befolkninga i senteret/bygda som er i alderen 20-66 år			Antall personer 20-66 år			Endring antall personer 20-67 år 2001-2025	
		2001	2013	2025	2001	2013	2025	Personer	%
Sum grunnkretser	Navn senter/bygd								
Rossfjord, Straumen øst og Straumen vest	Rossfjord	50 %	52 %	61 %	258	247	255	-3	-1 %
Kårvik	Kårvik	60 %	65 %	63 %	126	141	140	14	11 %
Trollvik	Trollvik	60 %	61 %	59 %	495	538	503	8	2 %
Finnsnes, Sandvik, Skogen	Finnsnes	59 %	59 %	58 %	1 668	1 915	2 252	584	35 %
Silsand og Laukhella	Silsand	59 %	58 %	60 %	912	1 001	1 115	203	22 %
Gibostad	Gibostad	60 %	60 %	56 %	278	249	229	-49	-18 %
Botnhamn	Botnhamn	57 %	58 %	47 %	174	163	125	-49	-28 %
Husøy	Husøy	64 %	59 %	65 %	153	178	194	41	27 %
Fjordgård	Fjordgård	58 %	53 %	52 %	131	92	79	-52	-40 %
Senjahopen	Senjahopen	54 %	59 %	62 %	197	201	180	-17	-9 %
Skaland	Skaland	53 %	55 %	51 %	130	116	105	-25	-19 %
Gryllefjord og Torsken	Gryllefjord/Torsken	55 %	58 %	58 %	391	314	279	-112	-29 %
Sifjord og Kaldfarnes	Medby/Sifjord	57 %	53 %	51 %	154	117	108	-46	-30 %
Vikstranda	Vangsvik	58 %	57 %	56 %	212	194	202	-10	-5 %
Eidet	Stonglandseidet	52 %	53 %	49 %	118	115	111	-7	-6 %
Tårnelv	Tårnelv	61 %	61 %	60 %	89	89	84	-5	-6 %
Langnes	Langnes	61 %	64 %	53 %	115	109	84	-31	-27 %
Bjorelvnes	Bjorelvnes	55 %	58 %	64 %	145	138	155	10	7 %
Fagernes	Aspelund	61 %	58 %	59 %	376	351	315	-61	-16 %
Finnfjord og Stormyra	Finnfjordbotn	64 %	61 %	59 %	502	464	469	-33	-7 %
Vågan - Vassjord	Vågan/Vassjord	53 %	55 %	54 %	68	91	87	19	28 %
Stormo	Johnsgård/Hellemo	56 %	65 %	64 %	49	60	70	21	43 %
Høgli - Grønnli	Høgli/Grønnli/Vasshaugen	68 %	59 %	52 %	163	144	124	-39	-24 %
Olsborg	Vika/Finnjord	61 %	53 %	70 %	95	83	92	-3	-3 %
Grasmyr	Grasmyr	57 %	57 %	55 %	139	140	132	-7	-5 %
Kvanli	Kvanli/Nordli/Leirbakkmoen	56 %	58 %	60 %	79	73	73	-6	-8 %
Skognes	Skognes/Kvannås	53 %	53 %	64 %	92	95	102	10	11 %
Lysbotn	Lysnes	61 %	49 %	52 %	124	78	61	-63	-51 %
Medfjordvær	Medfjordvær	61 %	66 %	59 %	109	119	88	-21	-19 %
Sørli	Sørli/Brygghaug	66 %	47 %	50 %	93	63	57	-36	-39 %
Øverbotn	Vesterfjell/Torsmoen	66 %	56 %	59 %	92	74	85	-7	-8 %
Solli	Solli	64 %	60 %	60 %	122	122	106	-16	-13 %
Mellevik	Skrolsvik	41 %	60 %	66 %	56	73	63	7	13 %
	Hele Senja kommune	58 %	58 %	58 %					
	Troms fylke	61 %	62 %	61 %					
	Hele landet	60 %	62 %	61 %					

Kilde: ssb.no Tall er henta fra tabell 07459 og 04317. Bearbeidet av Senja kommune, ferdig 21.august 2025

Merk at det er brukt tall for grunnkretser, ikke tettsteder. Årsaken er at tettsteder i SSB sin statistikk beregnes ut fra avstand mellom hus og det er derfor uklart hvor grensene for tettstedet går. Med å bruke grunnkretser får vi tall som kan sammenliknes over år og grensene kan visualiseres på et kart. Ulempen med å bruke grunnkretser er at disse ikke nødvendigvis følger grensene for dagens tettsteder og kan for noen deler av kommunen være noe ulogiske. Merk også at ikke alle grunnkretser er tatt med i oversikten over sentra og bygder, grunnkretser med under 100 personer er som hovedregel utelatt. Det er tatt utgangspunkt i vedtatte lokalsentra i Senja kommune, og derfor er for eksempel Gryllefjord og Torsken sett under ett. **Tallene og funnene må brukes med varsomhet, små forholdstall gjør at selv små endringer få store utslag.**

Den demografiske utviklinga i Senja kommune viser at det i noen distrikt hvor det er sykehjem er en betydelig nedgang i antall personer i alderen 20-66 år. Dette sier noe om tilgangen på arbeidskraft, og forsterket bildet av den nasjonale utviklingen med nedgang i tilgjengelig arbeidskraft, og økning i andel av befolkningen i alderen 80+.

Med estimatene i vedlagt befolkningsframskriving ser en at særlig søndre Torsken kan forvente å få utfordringer mange eldre og relativt få i arbeidsdyktig alder. Også Stonglandet tilsier tallene at det vil bli utfordrende.

Noen distrikt utfordres også med tanke på avstand og fremkommelighet/ sårbarhet for stengte veier vinterstid – det vanskeliggjør at ansatte pendler til arbeid fra andre deler av kommunen.

Antall personer i yrkesaktiv alder per person over 80 år						
	2015	2020	2025	2030*	2035*	
Rossfjordområdet	7,16	9,96	7,97	6,29	5,20	
Bjørelvnesområdet	10,04	14,30	10,43	8,24	6,80	
Finnsnesområdet	12,21	11,32	9,94	7,85	6,48	
Silsandområdet	27,66	23,32	17,84	14,09	11,64	
Gibostadområdet	10,50	9,08	7,25	5,73	4,73	
Nord-Senja	12,46	11,62	7,11	5,62	4,64	
Nordre-Tranøy	8,72	8,76	7,69	6,07	5,01	
Stonglandet	5,61	5,71	6,34	5,01	4,13	
NordreTorsken	10,39	9,03	7,97	6,30	5,20	
Søndre Torsken	6,20	6,17	4,21	3,33	2,75	
Skaland-Senjahopen	10,00	8,28	8,07	6,37	5,26	
Senja	11,45	11,21	9,66	8,38	6,30	
Troms	15,38	14,23	11,86	9,21	7,77	
Hele landet	14,44	14,27	12,62	10,01	8,61	
Oppsummering						
Med dette estimatet så ser vi at særlig søndre-Torsken vil få det utfordrende med mange eldre og relativt få i arbeidsdyktig alder.						
Også Stonglandet vil få det utfordrende.						
*	Prognoser					
**	Tall for sum grunnkretser og for Senja kommune kan avvike i mindre grad. Dette skyldes avrunding hos SSB og personer som har uoppgitt grunnkrets					

Utsnitt av befolkningsframskrivning, viser til vedlagt dokument Befolkningsframskriving Senja 2025 for fullstendig oversikt over ulike beregninger.

Omsorgsbolig eller langtidsplass i sykehjem?

Omsorgsbolig er en boform for personer som trenger hjelp og tilsyn i varierende grad. En beboer i omsorgsbolig kan klare mye selv, men kan også ha store behov for hjelp og tilsyn. I omsorgsboligen kan det være døgnkontinuerlig bemanning for personer med omfattende behov for pleie og omsorgstjenester, eller det kan være punktvis tjenester i ulik grad hele eller deler av døgnet. Hjelp tildeles etter behov. Beboer betaler husleie, eventuell fullpensjon, samt for praktisk bistand. Helsehjelp er betalingsfri.

En pasient i sykehjem kjennetegnes av å ha **stort og varig behov for pleie og medisinsk oppfølging**. Det er behov for helsepersonell til stede hele døgnet. Alt av mat, stell og medisiner ivaretas av sykehjemmet, og er inkludert i vederlag for langtidsplass i sykehjem. Betalingen er regulert i Forskrift om vederlag for opphold i institusjon, og beregnes ut fra inntekten til pasienten. Prinsippene er pr. 2025 at vederlag utgjør 85% av inntekten, men det skal være igjen et minstebeløp til egne utgifter som klær, frisør, telefon, gaver mv.

En omsorgsbolig kan være både en selvstendig boenhet, med eget kjøkken og evt. soverom, men det kan også være en omsorgshybel i bokollektiv eller bofellesskap, hvor måltider tilberedes av personalet, og serveres i fellesområder. Da betaler beboer for fullpensjon/fullkost. Denne løsningen har vi i Senja kommune i dag både på HDO Skaland, samt på de fleste boenheter på Finnsnes bo- og aktivitetssenter (her finnes noen enheter med egen kjøkkenkrok). Det finnes ingen lovkrav til størrelse på en omsorgsbolig, eller regler i forhold til begrepsbruk mv. Husbanken har egne definisjoner.

I denne utredningen brukes begrepet omsorgsbolig om både mindre enheter i et bokollektiv, og større enheter, med medfølgende presisering.

Sykehjem er definert som **helseinstitusjon**, og reguleres av

- Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 a
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Disse krever at kommunen skal sørge for at institusjonen har **tilstrekkelig fagkompetanse til å yte forsvarlig helsehjelp**.

Det er ikke et tallfestet krav til sykepleierdekning.

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie har et krav om at **den faglige ledelsen** utøves av autorisert sykepleier i sykehjem. Dermed må det være en

sykepleiefaglig ansvarlig på enheten, men vedkommende må ikke være til stede til enhver tid.

Ansaret for at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes er forsvarlig, ligger til kommunen, jfr Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1.

Forsvarlighetsvurdering avhenger av flere faktorer som bemannings- og kompetansesammensetning (både på hver vakt og i avdelingen). Det er kommunens ansvar å sørge for at sykehjemmet er bemannet forsvarlig og at de som er på vakt, alene eller sammen med andre, har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta de oppgaver man erfaringsmessig vet at kreves. Hva som er forsvarlig, avhenger i tillegg av hvilke pasienter som er inneliggende til enhver tid, antallet pasienter, avstand til lege mv. Det er ikke et entydig svar på hvilken utdanning helsepersonell skal ha for å være ansvarsvakt, men vedkommende må kunne håndtere akutsituasjoner.

Krav til virksomheten reguleres også av **Lov om helsepersonell §16 Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester:**

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om ordinering av legemidler gjennom virksomhetens prosedyrer som skal kunne erstatte leges eller tannleges individuelle ordinering til enkeltpasienter.

Om første ledd kommenterer Helsedirektoratet:

...Pålegger virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester å organisere seg slik at helsepersonellet gis handlefrihet til å overholde sine lovpålagte plikter, dvs. plikter som følger av helsepersonelloven og av andre lover og forskrifter.

Bestemmelsen representerer derfor en begrensning i arbeidsgivers styringsrett og frie organisering av virksomheten.

...

Bestemmelsen medfører i praksis at virksomheten skal sørge for tilstrekkelige personal-ressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig og adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene mv., dvs. organisatoriske elementer som tilrettelegger for at helsepersonell kan utføre sine oppgaver i tråd med lovpålagte plikter og faglig forsvarlighet.

*Brudd på § 16 kan for eksempel være mangelfulle rutiner for organisering og tilkalling av ekstra hjelp ved stort arbeidspress. **Et annet eksempel på brudd kan være at det samlede kompetanse- og erfaringsnivået hos personalet på en vakt er for lavt til at det kan ytes faglig forsvarlig helsehjelp.** Et tredje eksempel er mangelfulle rutiner for dokumentasjon og mangelfulle journalsystemer. Virksomheten kan straffes for brudd på § 16 med hjemmel i [helsepersonelloven § 67](#), jf. [straffeloven § 27](#) om straffeansvar for foretak.*

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4-7 sier;

*Skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4-12 beboere. **Før innflytting i enheten skal beboer være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått.***

Beboere fra slik enhet skal ha adgang til felles goder/aktiviteter og sikres samme areal til disposisjon som andre beboere.

Senja kommune har i dag 37 skjermede plasser i sykehjem. Kommunen har ikke et tilbud på lavere nivå til pasienter med demenssykdom som ikke kan bo hjemme i egen bolig. Det er nødvendig å innføre omsorgsboliger tilrettelagt for mennesker med demenssykdom, for å sikre at man ikke for tidlig i sykdomsforløpet tildeler plass i skjermet enhet i sykehjem jfr ordlyden i forskriften.

Velferdsteknologi i helse og omsorgstjenesten

Senja kommune er godt i gang med å implementere velferdsteknologi for hjemmeboende. Vi ser at velferdsteknologi spiller en stadig viktigere rolle i omsorgen for eldre som ønsker å bo hjemme lengst mulig. Med en aldrende befolkning og økende press på helse- og omsorgstjenestene, er det helt nødvendig å finne bærekraftige løsninger som både ivaretar hjemmeboende sine behov og som kan friggi tid til pasientnære oppgaver der det trengs.

For hjemmeboende eldre kan velferdsteknologi bidra til økt trygghet, selvstendighet og livskvalitet. Eksempler på slike teknologier er:

- Trygghetsalarmer og digitale tilsynsløsninger
- Bevegelsessensorer og fallforebyggende teknologi
- Lokaliseringsteknologi og tilgangsstyring
- Elektroniske medisindispensere
- Digitale kommunikasjonsløsninger for kontakt med pårørende og helsepersonell
- Løsninger for digital hjemmeoppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Innføring av Multidose til beboere i sykehjem, omsorgsboliger og til hjemmeboende, er også et tiltak som vil få stor effekt på ressursbruk i helse og omsorg. Det vil også kunne redusere risiko for feil. I snitt regner man i hjemmebaserte tjenester at man bruker 1 timer pr dosett pr uke (istandgjøring, kontroll, oppfølging av resepter mm). Har man i en hjemmetjenestesone ca 40 tjenestemottakere, utgjør dette da over ett årsverk sykepleierressurs.

- *Multidose: er en maskinell pakking av legemidler utført av farmasi etter delegering fra fastlege til personer som ønsker eller trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine. Multidose koster cirka 240 kr. Mnd for private, mens hos sykehjem / kommunal multidose er gratis (betales av kommunen). Vedtak om praktisk bistand til mulitdose fattes av kommunen.*

I dag har vi innført multidose i alle sykehjem i distrikt. På Skaland har ca halvparten av hjemmeboende multidose, og avdelingen rapporterer om hovedsakelig positive erfaringer. I ferieavviklingen 2025 var multidose helt avgjørende. Ved bruk av multidose ivaretas all dosering og kontroll av apoteket.

I omsorgsboliger er det ikke tilsynslegefunksjon, og en utfordring med omstilling til omsorgsboliger som har blitt løftet frem, er transport til og fra lege for beboere i distrikt. Behovet for oppfølging av fastlege må ivaretas, og dette kan gjøres via løsninger som;

- Digital oppfølging med støtte av sykepleier
- Samarbeid med legetjenesten om at legen kommer faste dager til omsorgsboligene
- Dialog med pasientreiser, som er ansvarlig for transport for beboere i omsorgsbolig
- Multidose

Tverrsnittundersøkelse

Senja kommune gjennomførte i oktober 2025 en tverrsnittundersøkelse blant alle pasienter i langtidsopphold, samt pasienter i heldøgns bemannede omsorgsboliger i sykehjemstjenesten og hjemmebaserte tjenester. Undersøkelsen er gjennomført i tidsrommet 8.10.25 til 20.10.25. Tverrsnittundersøkelsen har ikke kartlagt tjenestemottakere i psykisk helse og rustjenesten, da disse kommer inn under andre tildelingskriterier og annen lovgivning. Avdelingene ble bedt om å ta utgangspunkt i pasienten/beboers habituelle helsetilstand, og kartlegge følgende områder:

- IPLOS-score
- Aldre

- Mobilitet
- Kognitiv funksjon
- ADL-ferdigheter
- Psykisk helse
- Risikofaktorer
- Behov for sykepleierkompetanse hele døgnet
- Behov for nærhet til lege/spesialisthelsetjeneste ut over tilsynslegefunksjon
- Hvilken boligform/omsorgsnivå vil være anbefalt for denne pasienten

Noen trekk fra kartleggingen som er verdt å merke seg er at det av 3

pasienter med vedtak om langtidsplass i sykehjem pr oktober 2025 ved gjennomført tverrsnittundersøkelse er: **165**

- 22 pasienter som oppgis å ha behov for sykepleierkompetanse hele døgnet
- For 109 pasienter som er i sykehjem i dag oppgis sykehjem som riktig omsorgsnivå
- Av disse har 91 ikke behov for sykepleierkompetanse hele døgnet.
- 35 av pasientene har opphold på skjermet avdeling. For 5 av disse oppgis behov for sykepleierkompetanse hele døgnet
- Totalt 142 pasienter i sykehjem har ikke behov for sykepleierkompetanse på natt
- For 41 pasienter som i dag har langtidsplass i sykehjem, oppgis heldøgns omsorgsbolig som riktig omsorgsnivå
- For 13 pasienter oppgis omsorgsbolig med velferdsteknologi og punktvis tjenester dag/aften/natt som riktig nivå
- For 1 pasienter oppgis omsorgsbolig med velferdsteknologi og punktvis tjenester dag/aften som riktig nivå. 1 pasient mangler vurdering.
- For 1 pasient oppgis egen bolig med punktvis tjenester dag/aften som riktig omsorgsnivå
- Av totalt 35 pasienter i skjermet avdeling oppgis 29 pasienter å ha alvorlig kognitiv svikt, 6 oppgis å ha moderat kognitiv svikt

Tilskuddordninger fra Husbanken

Det finnes flere tilskuddsordninger kommunen kan søke om gjennom Husbanken.

- Investeringsstilskudd etablering av omsorgsboliger
- Energibilskudd
- Utviklingsstilskudd

- Prosjektmidler (prosjektering investering)

Investeringstilskudd fra Husbanken krever omfattende ombygging og/eller rehabilitering, og prosjektering av ekstern arkitektkompetanse. I hovedsak er forslagene som legges frem tenkt ut fra minst mulig omfattende bygningsmessige endringer, men i noen bygg, som Stonglandet sykehjem, finnes det muligheter for større ombygginger for å frigi potensiale til fremtidig utvikling.

Senja kommune har knyttet kontakt med Husbanken, og de har i dialog vært svært positive til Senja kommune sitt utviklingsspor.

Om økonomiske beregninger i utredningen

Økonomiske beregninger for driftsutgifter i en fremtidig drift som omsorgsboliger, er basert på historiske regnskapstall, prognoser og omregning i forhold til nedtak av drift.

Ved drift av omsorgsboliger får ikke kommunen inntekter i form av vederlag for langtidsplass i sykehjem. I vederlagstrekket ligger kost og losji, alle medisiner (frikort er ikke gjeldende i sykehjem), medisinsk forbruksmateriell med mer. Beboere i heldøgns omsorgsbolig betaler selv husleie, betaler for eventuell hjelpensjon (alle måltider levert og dekt), samt for praktisk bistand. De betaler medisiner selv inntil frikortgrense, men hjemmetjenesten betaler medisinsk forbruksmateriell.

- Det er brukt gjennomsnittlig brukerbetaling som grunnlag for å beregne inntekt for praktisk bistand
- Andre driftsutgifter er tatt ned med forbehold om at noen utgifter er faste uansett antall beboere (lisenser, abonnementer mv), mens andre utgifter reduseres med antall beboere/tjenestemottakere (forbruksmateriell, vaskeritjenester mv)
- Vaskeritjenester er den største posten under «andre driftsutgifter» i dag, og vil bli redusert ved redusert antall beboere
- Det som omtales som konsulent tjenester omfatter lege, røntgen, vikarer fra byrå mv. I omsorgsbolig betaler pasienten selv lege og spesialisthelsetjenester, inntil frikortgrense
- Husleien varierer med boligens størrelse og beliggenhet. Husleien settes på bakgrunn av leieprisene på lignende boliger som er leid ut på lignende vilkår i markedet. Dette kalles "gjengs leie". Gjengs leie er basert på undersøkelser i markedet og boligens standard, og er i tråd med vedtak i kommunestyret.
- I andre omsorgsboliger varierer leien fra 4200 kr til 7000 kr pr mnd
- I beregningen er husleien satt til fra 4200 kr pr mnd til 5000 kr pr mnd

Gryllefjord sykehjem og hjemmetjeneste

Status

Gryllefjord sykehjem er i budsjett og økonomiplan 2025-2028 vedtatt omstilt til drift som hjemmetjeneste og omsorgsbolig, men drives per i dag fortsatt som sykehjem med **6 plasser** (tidligere 14).

Avklaring gjenstår om bygg- og bruksendring er søknadspliktig (dagens byggetekniske krav gir utfordringer med tanke på rasfare og byggets standard).

Reduksjon i drift er gjort gjennom nedtak i antall pasienter, nedtak innleie fra byrå, samt driftsutgifter knyttet til færre pasienter.

Det har over tid vært stor bruk av overtid, med høy belastning på ansatte. Bakvakter for sykepleier er en del av forklaringen på overtid, sammen med vakanser og høyt sykefravær.

HMS-gruppa ba i juni 2024 om at det skulle reduseres antall pasienter ved sykehjemmet, og reiste også spørsmål om det var forsvarlig ut fra et arbeidsmiljøperspektiv å drifte som sykehjem.

De var bekymring for høy belastning på ansatte, og rapporterte om utfordringer knyttet til arbeidsmiljø. Kommunalsjef, virksomhetsleder og HMS-gruppa hadde et møte angående situasjonen på teams den 25.06.24. Det lot seg ikke gjøre å redusere antallet pasienter før sommeren 2024, men etter vedtaket i kommunestyret i desember samme år, har man redusert antall pasienter fra 14 til 6. Som et akutttiltak ble det satt inn vikarer fra byrå fra før sommeren 2024, og kontinuerlig med en gradvis reduksjon frem til 1. september 2025.

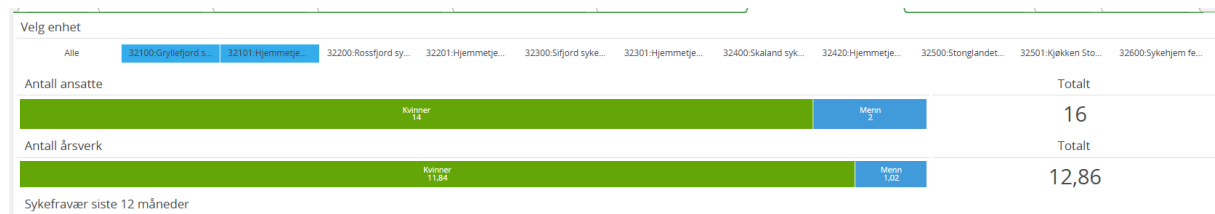
Det ble også lyst ut sykepleierstillinger rettet mot eksterne søkere, med alternativene pendlerturnus og dekning av bolig/reise, eller rekrutteringstilskudd i størrelsen 100 000 kr, mot bindingstid på 2 år. Man rekrutterte 1 sykepleier på dette tiltaket, og hadde 2 andre søkere som trakk seg.

I februar 2025 var pasientgrunnlag og bemanning slik som tabellen under

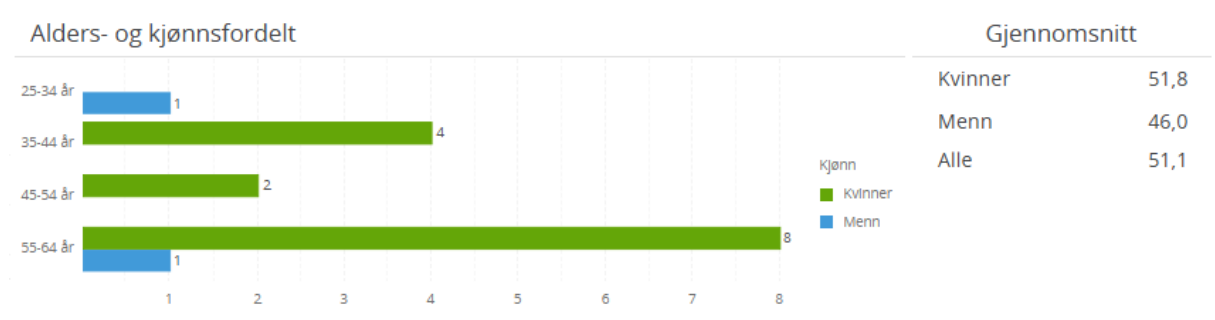
	Pasienter/ tjenestemottakere	Personell dagvakt	Personell aften	Personell natt
Sykehjem	14	3	2	2
Hjemmetjeneste	23	1-2	1	

Bemanningsanalyse

I HRM-systemet er det registrert 13 ansatte på sykehjemmet, og 3 ansatte på hjemmetjenesten. Oversikten viser også vikariater, og ikke bare fast ansatte.

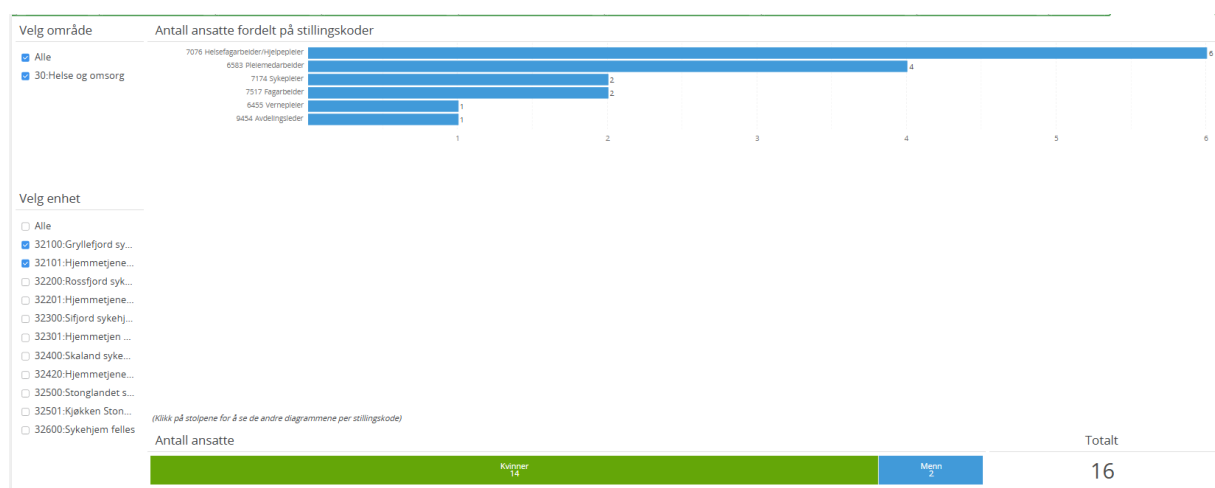


Til sammen 8 av disse er født i 1965 eller tidligere, og altså ≥ 60 år.

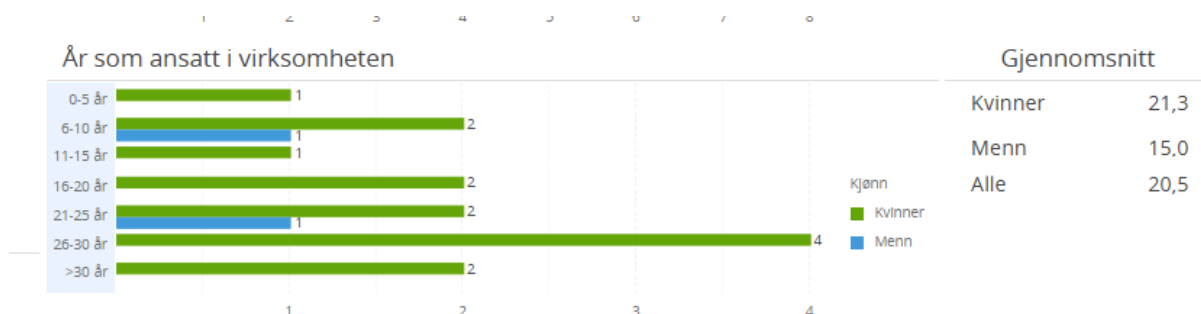


Det er i dag 2 sykepleiere og 1 vernepleier ved Gryllefjord sykehjem og hjemmetjeneste. Sykepleiere og vernepleier har pleid å fordele bakvakter seg imellom, slik at det på dag/aften vakter uten sykepleier/vernepleier alltid er en i bakvakt. Behandlings- og rehabiliteringsavdelingen har bakvaktsfunksjon pr. telefon på natt.

Det er 8 fagarbeidere, og 4 pleiemedarbeidere ved sykehjemmet og hjemmetjenesten, samt 4 pleiemedarbeidere (uten formell fagkompetanse).



Gjennomsnittlig antall år som ansatt i virksomheten er 20,5. Av 16 ansatte har 11 jobbet ved Gryllefjord sykehjem og hjemmetjeneste i mer enn 15 år, og 5 ansatte har kommet til de siste 15 år. Dette viser at det er mye erfaringskompetanse i gruppa av ansatte, men viser også en vedvarende utfordrende rekrutteringssituasjon.



Det er ikke høy turnover i tjenesten, det er få fast ansatte som har sluttet, men tilsiget av nyansatte er ikke tilstrekkelig til å dekke de som slutter pga. overgang til pensjon, helsemessige årsaker mv.

Den demografiske utviklingen for bygdene Gryllefjord og Torsken, viser at det har vært en nedgang på 112 personer i alderen 20-66 år i perioden 2001 – 2025.

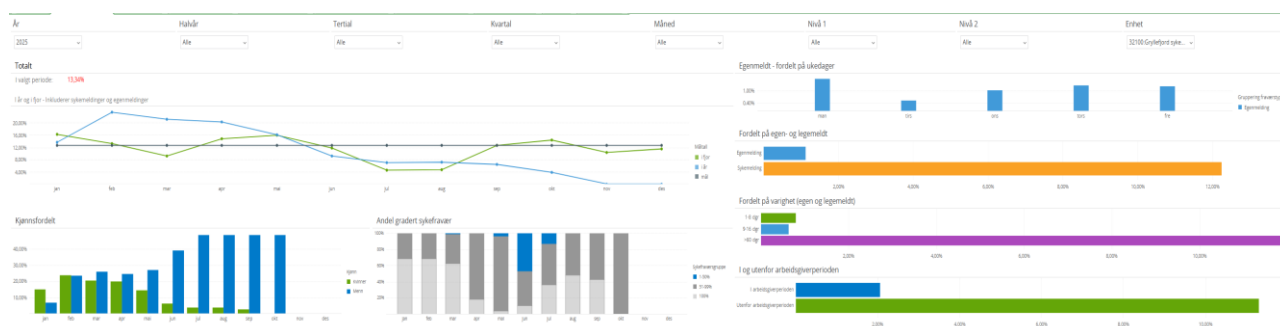
Overtid

Overtid pr. medio oktober 2025: **1135,8 timer**, mot ca. 2000 timer i 2024. Overtiden er i hovedtyngden fordelt på 5 ansatte, ikke alle sykepleiere.

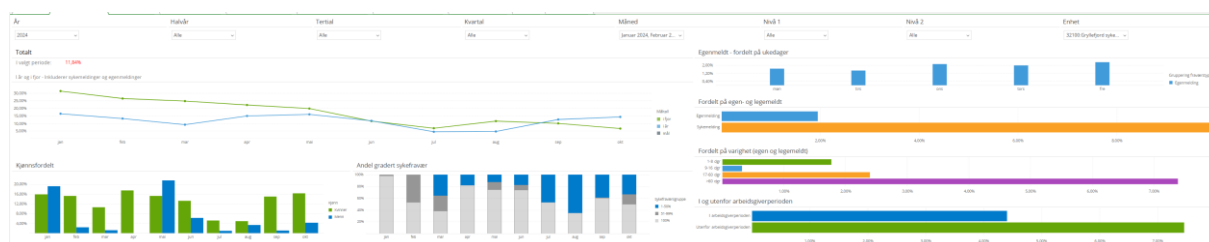
Summer av Antall	Kolonnetiketter												
2020	48,5	50,4	25,9	38,5	22,1	27,8	36,5	137,5	179,0	74,4	41,7	42,3	724,5
2021	137,2	66,5	178,4	144,4	95,3	145,6	240,2	214,3	315,3	209,9	172,2	212,9	2 132,1
2022	156,8	155,6	38,1	138,7	44,1	29,7	115,5	52,7	127,4	115,6	76,8	70,3	1 121,2
2023	69,8	136,0	123,8	148,9	174,7	260,9	182,1	184,0	317,6	212,3	270,9	338,3	2 419,4
2024	365,0	195,9	125,7	132,9	165,1	217,0	298,6	102,2	50,8	95,8	99,6	158,6	2 006,9
2025	60,0	52,8	105,6	170,0	199,0	67,9	118,0	170,7	118,6	73,2			1 135,8
Sum timer	837,4	657,0	597,5	773,3	700,3	748,8	990,9	861,4	1 108,6	781,2	661,2	822,4	9 539,9

Sykefravær

Sykefravær pr. oktober 2025: **13,34 %**.



Det har ikke vært noen reduksjon i sykefravær som følge av nedtak antall pasienter. Til sammenligning sykefravær pr oktober 2024, 11,84%.



Det oppleves utfordringer knyttet til opplevd usikkerhet over mange år, stor belastning på ansatte, høyt sykefravær, fortsatt mangler på helgedekning i turnus. Det oppleves også usikkerhet blant ansatte på grunn av at omstilling fra sykehjem til omsorgsboliger er stoppet opp på grunn av manglende avklaring av bygningsmessige forhold. Det har vært vanskelig å ha stabil og nærledelse ved sykehjemmet og det deles i dag leder med Sifjord.

Drift

Hjemmetjenesten har inntil nylig hatt bare 1 bil, noe som gir skjev ressursbruk. Det oppleves for tiden at det er like stort behov ute, som inne i sykehjemmet. En ekstra midlertidig bil er nå levert, i påvente av ny bil som er forventet levert mars 2026.

Det er viktig at ansatte kan jobbe både i hjemmetjenesten og sykehjemmet for å kunne prioritere ressurser etter behov hos hhv. hjemmeboende og beboere i sykehjemmet.

Hjemmetjenesten har ikke hatt bemanning på natt. Personalet på sykehjemmet gjør tilsyn hos hjemmeboende på natt, og har nå også mulighet til å rykke ut til trygghetsalarmer, etter at pasienttallet er redusert.

Når det gjelder velferdsteknologi er nye trygghetsalarmer klare til å monteres ut, disse kan også tas i bruk med tilleggfunksjoner. Det er mulig å gi vedtak om digitale tilsyn.

Ny bemanningsplan og turnus må drøftes med tillitsvalgte og legges jfr. ny drift, og for å dekke vakante helger

Det har ikke lyktes å rekruttere kokk til produksjonskjøkken ved Gryllefjord sykehjem. Dette har gjort at man ikke klarer å drifte et produksjonskjøkken etter gjeldende forskrifter for matproduksjon. Dette, sammen med avvik på rømningsvei og overflater etter tilsyn, har man besluttet å kjøpe mat fra ekstern leverandør i en overgangsperiode, frem til Sentralkjøkkenet er klar til å overta produksjonen fra Gryllefjord. Oppstart er estimert 3. desember 2025.

I februar 2025 ble det kjent at heis ikke er godkjent, og den driftes nå på dispensasjon. Det er ikke mulig å sette inn ny heis. Det er nødvendig å etablere en ny inngang til byggets 2. etasje, hvor sykehjemmet er, for å sikre transport av varer, tøy, pasienter mv. når heisen blir ute av drift.

Økonomi vedtatt omstilling

Vedtak innebærer reduksjon i budsjett (2,7 MNOK i 2025, 5,2 MNOK i 2026).

Nedtak gjøres primært gjennom vakante stillinger, ikke oppsigelser, i tillegg til reduksjon i bruk av vikarbyrå.

Det er tatt ned 5,75 årsverk samlet i tjenesten i tråd med omstilling, i tillegg til nedtak på poster som mat, medisinsk forbruksmateriell og medisiner

Regnskap for 2. tertial viser at ansvarene (sykehjemmet og hjemmetjenesten) samlet drifter med et merforbruk på kr 2 558 000,-

Prognose for 2025 viser et moderat overforbruk, da sykehjemmet i dag drifter med et overforbruk og hjemmetjenesten med et mindreforbruk.

Årsak til overforbruk er i hovedsak utgifter til innleie av vikarer fra byrå, samt overtid. Det er i tillegg tatt ned på poster som forbruksmateriell, medisiner og mat. I tillegg gjør forsinkelser i prosess med omstilling at man ikke får tatt ut full effekt av vedtak.

Fremtidig organisering

Det er vedtatt at videre drift skal være 6 omsorgsboliger i bokollektiv i dagens lokaler. Imidlertid knyttet usikkerhet til om byggets tilstand og plassering vil gjøre det vanskelig å sette bygget i forskriftsmessig stand (kjøkken), samt gjennomføre bruksendring (fra sykehjem til omsorgsbolig).

Rekrutterings- og bemanningssituasjonen er krevende. Antall ansatte er i dag tilstrekkelig til å drive planlagte omsorgsboliger og hjemmetjenester. Det er også utfordrende å rekruttere nødvendig fagkompetanse. 8 av 18 ansatte er 60 år eller eldre i 2025, noe som peker på at bemanningssituasjonen vil tilspisse seg ytterligere de nærmeste årene.

I drift som hjemmetjenester med omsorgsboliger er det tenkt bemanning med 3 ansatte på dag, 2 på aften og 2 på natt. I helgene 2 på dag, 2 på aften og 2 på natt. 1 skal hele tiden være inne, men kunne rykke ut på trygghetsalarmer innen rimelig avstand, mens de øvrige gir tjenester ute, og består inne ved ledighet. Det vil være behovet hos

tjenestemottakere og beboere som styrer disponering av personell, og dette vil følgelig ikke være et statisk bilde. En slik turnus vil kreve om lag 12,3 årsverk. Det vil si at om få år vil det ikke være bemanning nok i Gryllefjord til å drive 6 omsorgsboliger med heldøgns bemanning, gitt prognoser for arbeidskraft.

Skulle man komme i en situasjon hvor man *ikke kan* drifte heldøgns omsorgsboliger i dagens lokaler, vil det fremdeles være behov for hjemmetjenester og hjemmesykepleie til innbyggere i området, og det vil være nødvendig å finne alternative lokaler til hjemmetjenesten.

Behov for bygningsmessige tilpasninger

Det vil, uansett om videre drift som sykehjem eller som omsorgsboliger, påløpe kostnader til

- Utbedring av kjøkken/etablering av postkjøkken
- Etablering av inngang på siden av bygget, med takoverbygg, slik at det blir direkte inngang til 2. etasje.
- Vedlikehold, og oppgradering av pasientrom, fellesarealer, garderober, medisinerom og skyllerom. Bygget har et stort vedlikeholdsbehov

Vurdering

Vedtak i budsjett og økonomiplan for perioden 2025-2028 er at Gryllefjord sykehjem skal omstilles til 6 omsorgsboliger med tilgang på heldøgns bemanning, og i samdrift med hjemmetjeneste til hjemmeboende.

Den demografiske og bemanningsmessige situasjonen tegner et kritisk utfordringsbilde.

Rekruttering av nødvendig fagkompetanse er påkrevd også i fremtiden, for å sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten til hjemmeboende i bygdene Gryllefjord og Torsken med tilhørende distrikt. Det er helt nødvendig med sykepleiefaglig kompetanse for å drifte helse og omsorgstjenester, også hjemmebaserte.

Det er stor bekymring knyttet til bemanningsutviklingen, med tanke på at halvparten av de ansatte innen de nærmeste årene vil kunne gå av med pensjon. Høy arbeidsbelastning i form av overtid, og høyt sykefravær, forsterker utfordringsbildet.

Gryllefjord sykehjem og hjemmetjeneste har vært i stort press over år, med driftsmessige utfordringer, og det er helt nødvendig med tiltak for å **sikre et forsvarlig arbeidsmiljø og sikre kvalitet og forsvarlighet** i tjenestene.

For videre drift som vedtatte 6 omsorgsboliger, er det nødvendig å enten oppgradere dagens kjøkken, eller å etablere et postkjøkken i et annet rom i bygget. Første alternativ fremstår som ikke mulig å få til, da utbedring av nødutgang ikke lar seg gjøre i henhold til byggetekniske forskrifter, og/eller vil være uforholdsmessig kostbart. Det er også behov for oppgradering av pasientrom, skyllerom, medisinerom mv. i varierende grad.

Det er pr 1. november 2025 ikke endelig avklart hva handlingsrommet er i forhold til bruksendring fra sykehjem til omsorgsboliger, og i forhold til bygningsmessige tilpasninger og oppgraderinger som er nødvendig for å drifte videre som omsorgsboliger, innenfor dagens byggetekniske krav med tanke på rassikkerhet (tek17).

Nødvendige kostnader til oppgraderinger for å drifte som omsorgsboliger, samt driftskostnader, må ses opp mot prognoser for befolkningsutvikling og bemanningsframskrivning. **Dagens bemanning er tilstrekkelig til å drifte 6 omsorgsboliger i samdrift med hjemmetjeneste, men prognosene viser et krevende bilde allerede innen de neste 5 år.**

I en samlet faglig vurdering, anbefales det å omstille fra sykehjem **til 6 omsorgsboliger i dagens sykehjemslokaler, i samdrift med hjemmetjenesten**, slik vedtaket sier. Dette forutsatt at man får avklart at dette lar seg gjøre innenfor byggetekniske krav knyttet til rassikkerhet.

Økonomiske beregninger fremtidig drift

Beregningen tar utgangspunkt i drift som 6 omsorgsboliger i bofellesskap, i samlokasjon med base for hjemmetjenesten i trinn 1, og som hjemmetjeneste uten heldøgns bemannede omsorgsboliger i trinn 2.

Gryllefjord sykehjem/hj.tj.	Regnskap 2024	Budsjett 2026	Gryllefjord Q1-26 - Oms.bolig 6 plasser	Gryllefjord Q4-29
1 Fast lønn	8,244,428	7,751,355	6,700,002	4,786,452
1.2 Avtalefestede tillegg	1,519,510	1,850,626	1,642,330	1,006,016
2 Variabel lønn	2,431,094	890,689	790,438	484,186
3 Sos. lønnsutg.	2,151,146	2,256,214		
Pensjon 16 %			1,461,243	1,004,265
Arbeidsgiveravgift 5,1 %			540,295	371,327
Sum lønn inkl. sos. utg.	14,346,178	12,748,884	11,134,309	7,652,246
4 Konsulenttenester/Innleie vikarbyrå	4,118,487	0	0	0
5 Andre driftsutgifter	798,795	569,012	569,012	569,012
5.2 Medikamenter	270,125	150,000	0	0

5.3 Medisinsk forbruksmateriell	316,791	235,000	235,000	235,000
5.5 Matvarer	764,571	700,000	288000	0
Sum andre driftsutgifter	6,268,769	1,654,012	1,092,012	804,012
6 Brukerbetaling	-3,341,707	-1,421,355	-46,656	0
Husleie (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-302,400	0
Full pensjon (kost) (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-519,030	0
7 Refusjoner	0	0		
9 Ref syke/fødselp	-590,818	0	0	0
Sum inntekter	-3,932,525	-1,421,355	-821,430	0
Totalsum	16,682,422	12,981,541	11,404,891	8,456,258

Foreslått bemanningsplan tar utgangspunkt i tilgjengelig kompetanse og ressurser, og hensyntar demografisk framskriving.

	Døgnrytme hjemmebasert omsorg		
Omsorgsboliger		Gryllefjord Q1-26	Gryllefjord Q4-29
Sykepleier	Dag	1	1
	Kveld		
	Natt		
Fagarbeider	Dag	1	1
	Kveld	1	1
	Natt	1	1
Assistent	Dag	1	0
	Kveld	1	1
	Natt	1	
Antall plasser omsorgsboliger		6	
Hjemmetjenester til brukere i egen heim er kalkulert inn i bemanningsoversikten			
Årsverk u/nattevakt		7.8	6.24
Årsverk totalt - forslag		12.3	8.49
Årsverk 2026 (budsj Framsikt)		13.86	13.86
Reduksjon i årsverk		1.56	5.37

Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste

Status

Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste er den største avdelingen i distrikt, med 30 plasser i sykehjemmet, og rundt 45 brukere i hjemmetjenesten.

I delrapporten som var utarbeidet i 2022 i forbindelse med prosess heldøgns omsorg, foreslo HMS-gruppa å legge ned en bogruppe (bogrupper 2 med 12 plasser), altså å redusere fra 30 til 18 sykehjemsplasser.

Bakgrunnen for dette var at det de siste årene har blitt mer og mer krevende å drive et så stort sykehjem i distrikt. Tilgangen på vikarer er redusert betraktelig, og de to siste årene har de vært avhengig av vikarbyrå for å drifte forsvarlig i perioder.

Fra årsskiftet 2023/2024 ble det opprettet 4 avklaringsplasser ved sykehjemmet. Avklaringsplasser, i likhet med korttidsplasser, er noe mer ressurskrevende enn ordinære langtidsplasser. Sykehjemmet erfarte at det var utfordrende å ivareta denne funksjonen. Manglende sykepleierdekning på natt, avstand til spesialisthelsetjenester og lege, fysioterapeut mv. gjorde at man ikke fikk avklart pasienter, og gjorde avklaring, behandling og rehabilitering utfordrende.

Etter sommeren 2024 spilte HMS-gruppa igjen inn forslag til virksomhetsleder og kommunalsjef om å legge ned 12 plasser, altså en hel bogruppe, likt forslag fra prosess heldøgns omsorg i 2022 (Bogruppe 2 i 2.etg). Dette for å kunne øke grunnbemanning i forhold til pasienter, samt for å kunne drifte uten å måtte være avhengige av vikarbyrå.

HMS-gruppa peker også i dag på at grunnbemanningen fremdeles er lav, det mangler tilbud til hjemmeboende på natt, og rommene uten bad og toalett er uhensiktsmessige. Rossfjord sykehjem har den laveste grunnbemanningen av sykehjem i Senja kommune.

Med bakgrunn i bemanningssituasjonen og nevnte utfordringer, ble de 4 avklaringsplassene stengt før ferieavvikling 2025, og flyttet til Finnsnes sykehjem. Det er pr. oktober 26 langtidsplasser i bruk ved Rossfjord sykehjem.

Under viser tabellen bemanning ved Rossfjord sykehjem pr februar 2025

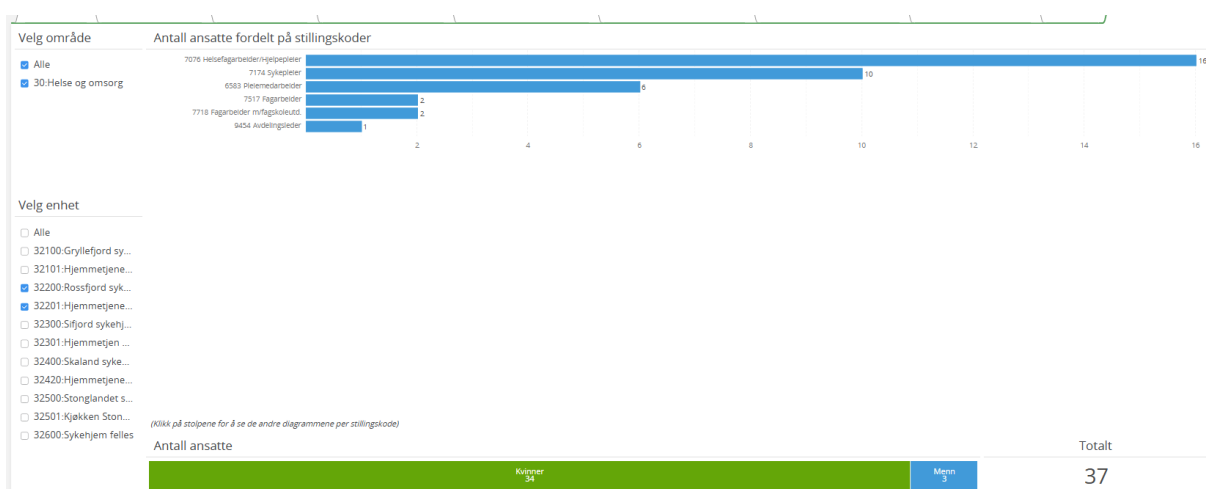
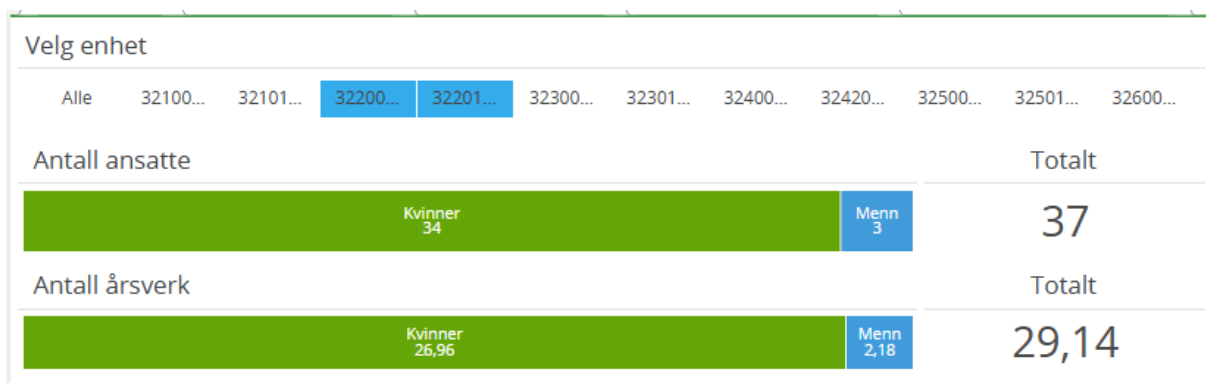
		Pasienter/ tjenestemottakere	Personell dagvakt	Personell aften	Personell natt
Bogruppe 1		10	2	2	1
Bogruppe 2 (avklaring)		12	3	3	1
Bogruppe 3 (før skjermet, tunge pasienter)		8	2	2	
Hjemmetjenesten		45	3	1	0

I prosess med utredning av fremtidig tjenestestruktur i sykehjemstjenesten, har HMS-gruppene blitt invitert til å levere forslag til fremtidig drift, herunder foreslå gradvis reduksjon av sykehjems plasser, anbefale omsorgssenter/boligmodell for deres lokasjon, kartlegge bemanning og kompetanse og beskrive tjenesteinnhold og kompetansefordeling. HMS-gruppene ble valgt til å jobbe med dette, da de er bredt representert med tillitsvalgte, verneombud, ansatterepresentant og avdelingsleder, og representerer ansattes stemme. HMS-gruppa i Rossfjord har levert et grundig og detaljert produkt, hvor de beskriver hvordan de ønsker å bruke en omstilling til omsorgsboliger til å styrke tjenestene til innbyggere i deres område, og bevare og utvikle kompetanse.

Bemanningsanalyse

Sykehjemmet har 25 årsverk, og hjemmetjenesten 8,9 årsverk fra 2026. Til sammen 33,9 årsverk. I dag er det 6 helgestillinger vakant, samt 2,3 årsverk natt i hjemmetjenesten. Det er vedtatt å styrke natttjenesten i alle hjemmetjenestesoner, og planen er å etablere natttjeneste i Rossfjord i 2026. Det er derfor tilført 2,3 årsverk fra 2026. Man har valgt å avvente til etter behandling av omstillingsaken før utlysning av disse stillingene. Om det vedtas omstilling av Rossfjord sykehjem til omsorgsboliger, har man tilstrekkelig årsverk i tjenesten i dag til å drifte også med natttjeneste.

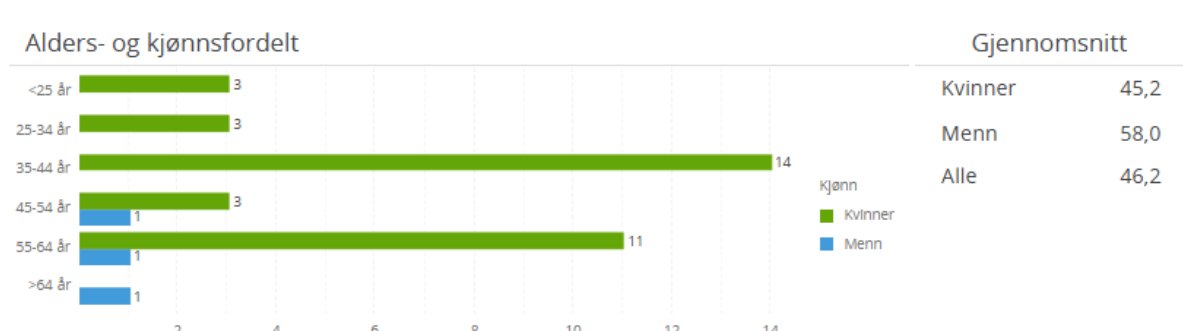
I HRM-systemet er det pr oktober 2025 ansatt 29,14 årsverk samlet i Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste, fordelt på 37 ansatte. Oversikten viser også vikariater, ikke bare faste stillinger.



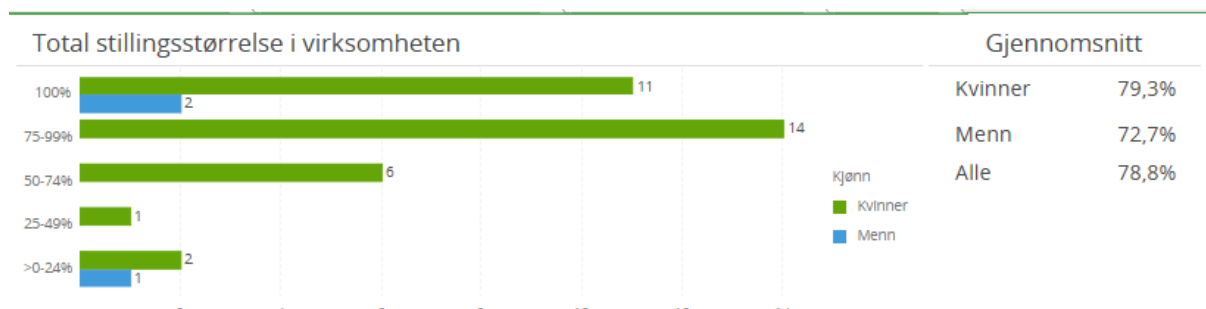
Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste har høy andel fagkompetanse blant sine ansatte, og vurderingen er at dette gir muligheter til å tilby varierte og gode tjenester i drift etter omsorgssentermodellen.

HRM-systemet viser at det pr oktober 2025 er 10 sykepleiere, 18 fagarbeidere, 2 fagarbeidere med videreutdanning, og 6 pleiemedarbeidere. Flere i utdanningsløp, herunder helsefagarbeider, sykepleie og master i AKS (avansert klinisk sykepleie).

Det er 6-7 ansatte som i dag er i en alder som tilsier at de vil kunne gå av med pensjon innen 1-2 år, alle med store stillingsbrøker. 13 ansatte er i alder > 55 år.



De fleste ansatte har store stillinger, noen ønsker kun deltid.

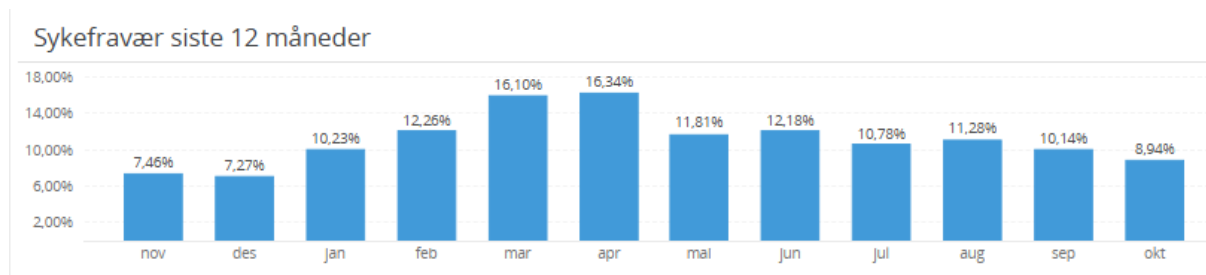


Det er ikke høy turnover, og mange ansatte har vært ansatt i mange år, men man ser også her at rekrutteringen ikke er tilstrekkelig til å dekke de som går av med pensjon eller slutter av andre årsaker.

Overtid og sykefravær

Summer av Antall	Kolonnetiketter												
Radetiketter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Sum timer
2020	98,7	146,3	102,0	97,5	63,1	63,9	38,6	132,3	76,6	21,6	71,2	39,9	951,7
2021	10,3	16,1	7,8	13,1	29,0	24,8	49,8	133,6	91,2	24,5	12,8	59,2	472,0
2022	10,3	43,4	58,9	71,4	32,6	69,1	50,9	294,2	161,7	85,9	23,0	42,1	943,3
2023	55,9	22,8	31,4	28,1	46,9	37,3	40,5	313,2	201,8	89,0	80,2	157,8	1 104,7
2024	60,8	54,9	63,1	77,6	17,0	118,2	143,1	410,2	454,3	236,1	261,4	172,8	2 069,2
2025	129,6	118,7	138,4	150,9	85,9	194,7	173,0	357,5	427,8	160,3			1 936,5
Sum timer	365,4	402,2	401,5	438,4	274,4	507,9	495,8	1 641,0	1 413,3	617,4	448,6	471,6	7 477,3

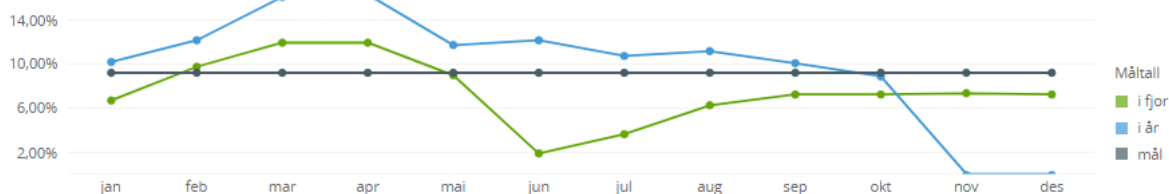
Overtidsbruken ved Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste har økt de siste par årene samtidig som man har sett økte utfordringer i forhold til tilgang på vikarer, og å rekruttere til vakante stillinger. Særlig ressurskrevende forhold, og oppstart av avklaringsplasser, fra årsskiftet 2023/2024, bidrar også til bruk av overtid. HMS-gruppa har gitt tilbakemelding flere ganger om høy arbeidsbelastning, og bekymring rundt dette. I 2025 ses det en økning i sykefravær sammenlignet med forrige år, og HMS-gruppa har pekt på at de ansatte er slitne. Etter avvikling av 4 avklaringsplasser, har man igjen sett en nedgang i sykefravær.



Totalt

I valgt periode: 12,05%

I år og i fjor - Inkluderer sykemeldinger og egenmeldinger



Sykefravær totalt for 2024 7,55%, pr oktober 2025 12,05% for sykehjemmet og hjemmetjenesten samlet.

Drift

Rossfjord sykehjem har i dag 3 bogrunder:

Bogruppe 1: 10 rom i 1. etasje. 2 uten bad, 3 dubletter (2 sammenkoblede rom som deler bad) og 2 litt mindre rom med eget bad.

Bogruppe 2: 12 rom i 2. etasje. 3 små rom med egne bad, 3 rom uten bad, og 3 dubletter.

Bogruppe 3: 8 rom i 1. etasje med eget bad, renvert i senere tid, litt større enn de øvrige.

I underetasjen på sykehjemmet 3 leiligheter (+2 leiligheter som per tiden disponeres av TFU), samt vaskeri. Vaskeriet driftes i dag som et arbeidstiltak i tjenesten for utviklingshemmede, og her vaskes arbeidstøy. Pasienttøy, sengetøy, håndklær mv. sendes til Mitra for vask.

Det er pr. oktober 26 langtidsplasser i bruk ved Rossfjord sykehjem, og pr tiden 4 rom i 2. etasje som ikke er i bruk.

Rossfjord hjemmetjeneste har ca. 40 brukere, 3 omsorgsboliger i underetasjen på sykehjemmet, hvor beboere får punktvis tjenester fra hjemmetjenesten i tidsrommet 08:00-22:00. På natt er det vakttelefonen på sykehjemmet som mottar trygghetsalarmer, og personell fra sykehjemmet som rykker ut på disse ved behov.

De siste to årene har man vært avhengig av vikarbyrå for å drifte forsvarlig, men etter reduksjon av antall plasser i drift er det fra 1. september ikke innleie av vikarer fra byrå.

Ved Rossfjord sykehjem er det ikke sykepleier på natt. Behandlings- og rehabiliteringsavdelingen på Finnsnes har bakvaktsfunksjon for sykehjemmene i distrikt, som ikke har sykepleiere på natt. Rossfjord sykehjem og Rossfjord hjemmetjeneste er store enheter, og det er lav grunnbemanning i sykehjemmet, med 2 nattevakter på 3 bogrunder. Det er derfor ikke mulig at nattevakterne på sykehjemmet kan gjøre tilsyn eller rykke ut på trygghetsalarmer til hjemmeboende i området, slik det i noen mindre enheter

i distrikt er mulig. Det betyr at innbyggere som trenger palliativ behandling og pleie, eller andre tjenester på natt, ikke kan bo hjemme i område Rossfjord.

Fremtidig organisering

HMS-gruppen ved Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste er positive til endring, da de ser at det vil muliggjøre mer fleksibel bruk av ressurser mellom tjenestemottakere ute/inne, og slik gjøre tjenesten mindre sårbar. De vurderer også at en reduksjon i antall pasienter/tjenestemottakere vil ta ned belastning på ansatte. Selv om de fleste stillinger nå er besatt, ser man utfordringer i fremtiden, og det oppleves at tilgjengelig bemanning er for lav til å drifte et sykehjem med 26-30 pasienter, i tillegg til en hjemmetjenestesone med rundt 40 hjemmeboende tjenestemottakere (dette tallet variere naturlig noe). HMS-gruppa sier:

«Drift som omsorgsboliger/omsorgssenter i kombinasjon med hjemmetjeneste vil gjøre det mindre sårbart med tanke på sykepleierdekning, og med tanke på ressurser tenker vi at man vil kunne nå over flere som kan bo hjemme lengre. Velferdsteknologi og nattjeneste i området vil føre til økt trygghet for brukere og ansatte. Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste er en stor avdeling, og det vil være mange muligheter i videre drift som omsorgssenter, som «levende hus», og som samlingspunkt i bygda Rossfjord.»

Hjemmetjenesten vil ha sin base på Rossfjord omsorgssenter (dagens sykehjem) slik som i dag, og personalet vil arbeide både i HDO-boligene og ute hos hjemmeboende brukere i nærområdet. Dette vil gi en mer **sømløs overgang mellom hjemmet, omsorgsbolig og HDO og legge til rette for at flere kan bo hjemme lengre før behovet for institusjonsplass oppstår.**

I videre utvikling ønsker de å legge stor vekt på kompetanseutvikling hos ansatte innenfor områder som velferdsteknologi, demensomsorg, palliativ pleie og hverdagsmestring.

HMS-gruppa tenker at dublettene (2 rom som deler bad) enkelt kan gjøres om til litt større boenheter, hvor det vil kunne settes inn et enkelt «hybelkjøkken», særlig der det ligger et toalett (og dermed røropplegg) vegg i vegg. Dette vil gi **6 litt større hybler**, som også kan romme ektepar. Det er imidlertid noe usikkerhet rundt om dette er mulig, i forhold til kostnader som vil påløpe.

Bogruppe 3 med 8 litt større rom er godt egnet til **omsorgshybler tilrettelagt for mennesker med demenssykdom**, med bruk av velferdsteknologi, og oppgradering av uteområde med gjerde/hekk mv., og ser på løsning for en inngang i den delen av bygget. Det har tidligere vært en skjermet enhet her, og det finnes kompetanse i personalgruppen på akkurat denne pasientgruppen. Det bør være en gruppe av

personalet som jobber ved denne enheten, da brukergruppen drar fordel av kjent personale.

Det er mulig å bruke rom som har eget bad som omsorgshybler/rom i et omsorgssenter, men kanskje ikke de minste rommene.

Dette vil si at man samlet vil kunne ha mellom **14 og 16 rom/omsorgshybler** i et omsorgssenter i Rossfjord. I tillegg vil man kunne i **større grad bruke leiligheter i underetasjen til omsorgsboliger med mulighet for tettere oppfølging av hjemmetjenesten.**

I byggets 2. etasje er det noen rom som er svært små, men har vask inne på rommet. I rom som ikke brukes som beboerrom, ser man mulighet for å ha **pårørenderom**, hvor pårørende kan få overnatte, og få mat, for en mindre sum. Dette praktiseres for eksempel på Fødestua i Midt-Troms, der far betaler for kost og losji pr natt. Det vil muliggjøre at pårørende kan komme på besøk, selv om de bor lengre unna, og kan overnatte nært sin nære, selv om det ikke er plass på omsorgshybelen.

Hver bogrupper har sine fellesområder. I tillegg et større fellesareal i byggets første etasje, som egner seg godt for dagaktivitetstilbud, arrangementer mv. Med dagens tilgjengelige bemanningsressurser vil man kunne drive et **dagaktivitetstilbud i egen regi for beboere i omsorgssenteret og for hjemmeboende.** Det er også muligheter i fremtiden å ha base for hjemmetjenesten her.

Det vil være en fordel å etablere mindre postkjøkken i bogrupperne i første etasje, da disse i dag benytter det gamle storkjøkkenet til oppvarming og tilberedning av mat. Evt. kan man etablere postkjøkken i den ene bogrupper (med 8 rom) og så kan de øvrige to bogrupperne med fordel ha felles måltider.

Det er nødvendig å se på turnusordninger, da flere av de som innen kort tid kan gå av med pensjon har store nattstillinger.

HMS-gruppa peker også på potensiale til å organisere drift etter **sykepleierteam-prinsippet i drift som omsorgssenter, da vil sykepleiere kunne ivareta både beboere inne og ute.** En egen sykepleierrute i hjemmetjenesten vil sikre at flere hjemmeboende kan få f.eks. intravenøs behandling, og avansert pleie i sine hjem.

I dag vaskes pasienttøy, håndklær, sengetøy mv. på Mitra, men arbeidstøy vaskes på sykehjemmets vaskeri. Dette er et arbeidstiltak i samarbeid med tjenesten for utviklingshemmede, som disponerer 2 leiligheter (1 beboer + personalbase).

Man kan fremdeles bruke Mitra sine vaskeritjenester i drift som omsorgsboliger/omsorgssenter.

Det vil være behov for renhold av fellesarealer i samme grad som nå, men renhold på enkeltrom gis som praktisk bistand. Dette kan utføres av renholder eller av hjemmetjenesten.

Det vurderes som mulig å gjennomføre en reduksjon fra 26 sykehjemsplasser og 3 omsorgsboliger med punktvisse tjenester, til 14-16 omsorgshybler og 3 omsorgsboliger med punktvisse tjenester.

I beregning av antall boenheter, og antall årsverk, har man hensyntatt hva Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste har av tilgjengelig bemanning og fagkompetanse, samt demografisk utvikling i området. fordi man ser for seg en gradvis nedstyring av antall boenheter. En ikke ubetydelig andel ansatte nærmer seg alder der de kan gå av med pensjon, og det er derfor skissert 2 trinn, med en reduksjon i tråd med naturlig avgang.

	Døgnrytme hjemmebasert omsorg			
Omsorgsboliger		Rossfjord d Q1-26	Rossfjord d Q4-26	Rossfjord d Q4-28
Sykepleier	Dag	1	2	2
	Kveld		2	1
	Natt		1	1
Fagarbeider	Dag	1	5	4
	Kveld	1	3	3
	Natt	1	2	2
Assistent	Dag	1		
	Kveld	1		
	Natt	1		
Antall plasser omsorgsboliger		6	16	12
Hjemmetjenester til brukere i egen heim er kalkulert inn i bemanningsoversikten				
Årsverk u/nattevakt		7.8	18.72	15.6
Årsverk totalt - forslag		12.3	25.47	22.35
Årsverk 2026 (budsj Framsikt)		13.86	33.48	33.48
Reduksjon i årsverk		1.56	8.01	11.13

Den oppsatte bemanningsplanen vil gi en reduksjon i antall årsverk med 11,13 frem til 2028. I dag har sykehjemmet 33,48 årsverk i budsjett, av disse er 29,14 besatt. 12 ansatte er i alderen 55-64, og 1 ansatt i alderen >64. Det er derfor ikke urealistisk å tenke

et nedtak på 11,13 årsverk totalt, og det vil fremdeles være behov for å jobbe med rekruttering i tjenesten i årene som kommer.

Behov for bygningsmessige tilpasninger

Det vil påløpe noen investeringskostnader for å tilpasse bygget til drift som omsorgshybler.

Bogruppe 3: Beholde rominndeling og struktur, oppgradere uteområde med gjerde/hekk, og se på løsning for en inngang i den delen av bygget.

Øvrige rom og deler av bygget skal benyttes slik som det er, men det er ønskelig å bruke dublettene som større enheter med soverom og oppholdsrom, evt med noen tilpasninger.

Samlet **14-16 rom/omsorgshybler**.

Overflater og garderober mv oppgraderes etter behov.

Det er meldt om behov for nytt sykesignalanlegg, i drift som omsorgsboliger ivaretas dette av velferdsteknologi. Kostnad knyttet til kabling til beboerrom, ellers leasing av utstyr.

Behov for investering møbler til fellesområder (sofa, bord, bord og stoler til aktivitetstilbud)

Økonomiske beregninger

Nødvendig med skifte av pasientvarslingsanlegg, men ny felles anskaffelse velferdsteknologi gjør at det blir langt lavere kostnader enn ved ordinært pasientvarslingsanlegg, da utstyret leases. Kostnader vil hovedsakelig være knyttet til kabling til rom uten wifi/4G dekning.

Rossfjord sykehjem/hj.tj.	Regnskap 2024	Budsjett 2026	Trinn 1 - Q4-26 Oms.bolig 16 pl.	Trinn 2 - Q4-28 Oms.bolig 12 pl.
1 Fast lønn	16,916,970	18,926,731	15,049,411	13,152,217
1.2 Avtalefestede tillegg	3,178,521	3,127,343	2,379,135	2,087,698
2 Variabel lønn	6,030,730	3,305,900	2,514,972	2,206,896
3 Sos. lønnsutg.	4,948,323	5,429,866		
Pensjon 16 %			3,190,963	2,791,490
Arbeidsgiveravgift 5,1 %			1,179,859	1,032,153

Sum lønn inkl. sos. utg.	31,074,544	30,789,840	24,314,339	21,270,453
4 Konsulenttenester/Innleie vikarbyrå	523,436	24,000	0	0
5 Andre driftsutgifter	1,405,692	1,236,906	989,525	989,525
5.2 Medikamenter	640,655	570,000	0	0
5.3 Medisinsk forbruksmateriell	606,000	685,000	421,538	316,154
5.5 Matvarer	4,391	0	0	0
Sum andre driftsutgifter	3,180,174	2,515,906	1,411,063	1,305,679
6 Brukerbetaling	-6,267,941	-5,911,240	-124,416	-93,312
Husleie (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-960,000	-720,000
Full pensjon (kost) (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-1,384,080	-1,038,060
7 Refusjoner	-3,881	0		
9 Ref syke/fødselp	-1,593,287	-529,000	0	0
Sum inntekter	-7,865,109	-6,440,240	-2,468,496	-1,851,372
Totalsum	26,389,609	26,865,506	23,256,907	20,724,760

Vurdering

Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste er en stor tjeneste, med mange ansatte med variert og viktig kompetanse. De har kjent på høy belastning over tid, med høyt arbeidspress på bakgrunn av lav grunnbemanning, samt mangel på vikarer i tillegg til vakante stillinger.

Rossfjord sykehjem og hjemmetjeneste ser at fremtidig organisering etter omsorgssentermodellen vil styrke hjemmetjenester til hjemmeboende innbyggere i distrikt, innføre natttjeneste til hjemmeboende, gi muligheter for i større grad benytte personell på tvers mellom ute- og innetjeneste, samt dekke et stort behov for helse- og omsorgstjenester for mennesker med demenssykdom som helt mangler i Senja kommune i dag.

De ser at drift som tilsammen 14-16 omsorgsboliger i større grad står i forhold til tilgjengelig arbeidskraft i dag, og har skissert en gradvis reduksjon frem mot 2028.

I en samlet faglig vurdering anbefales det Rossfjord sykehjem omstilles fra sykehjem med 26 langtidsplasser, til 14-16 boenheter i et omsorgssenter i trinn 1, og 12 boenheter i trinn 2. Herav 8 boenheter spesielt tilrettelagt mennesker med demenssykdom.

Det anbefales at man starter prosess med omstilling første kvartal 2026.

Skaland sykehjem og hjemmetjeneste

Status

Skaland sykehjem har gått gjennom en større omstilling siden 2020. I 2021 redusert fra 20 til 12 langtidsplasser i sykehjem, på bakgrunn av manglende bemanning. Frem til reduksjon i antall plasser så man stor overtidbruk og høyt sykefravær, noe som tydet på høy belastning på de ansatte.

I januar 2024 åpnet 8 omsorgsboliger i den delen av sykehjemmet der de tidligere sykehjemsplassene hadde vært. I oppstart ble det en økning av overtid på grunn av at beboere i HDO var mer ressurskrevende enn bemanningen tilsa, og i tillegg måtte man øke bemanning på helg.

I 2024 var det også flere vakante sykepleierstillinger, kun 2 av 5 stillinger besatt store deler av året. Man har nå ansatt ytterligere 2 sykepleiere. Pr i dag 1 sykepleiere i svangerskapsrelatert fravær, som dekkes av vikar.

Bemanningssituasjonen akkurat nå ser lysere ut – men det er fremdeles vakante stillinger, bl.a. 1 sykepleier og 0,74 helsefagarbeiderstilling på sykehjemmet, samt flere helgestillinger. I hjemmetjenesten 0,92 helsefagarbeiderstilling samt helgestillinger vakante.

Man ser en positiv utvikling med tanke på overtid sammenlignet med 2024. Dette tilskrives både at man er forbi oppstartsfasen av HDO, man har dekket noen vakanser, samt at det nå er innført årsturnus. Pr september 2025 var det brukt halvparten så mye overtid som i hele 2024.

I prosess med utredning av fremtidig tjenestestruktur i sykehjemstjenesten, har HMS-gruppene blitt invitert til å levere forslag til fremtidig drift, herunder foreslå gradvis reduksjon av sykehjemsplasser, anbefale omsorgssenter/boligmodell for deres lokasjon, kartlegge bemanning og kompetanse og beskrive tjenesteinnhold og kompetansefordeling. HMS-gruppene ble valgt til å jobbe med dette, da de er bredt representert med tillitsvalgte, verneombud, ansatterepresentant og avdelingsleder.

På Skaland sykehjem formidlet tillitsvalgt i et forbund at deres ansatte ikke ønsket å bidra med å foreslå drift som omsorgsboliger i dagens sykehjem, da de opplevde at de foreslo nedleggelse, og det var naturlig en skepsis knyttet til dette. 2 medlemmer trakk seg ut fra arbeidet. Ansattegruppa var delt. HMS-gruppa og avdelingsleder har likevel levert en grundig og detaljert rapport hvor de beskriver hva de ønsker å utvikle på Skaland sykehjem og hjemmetjeneste, og hvordan de ønsker å løfte kvaliteten gjennom denne omstillingen.

HMS-gruppa beskriver:

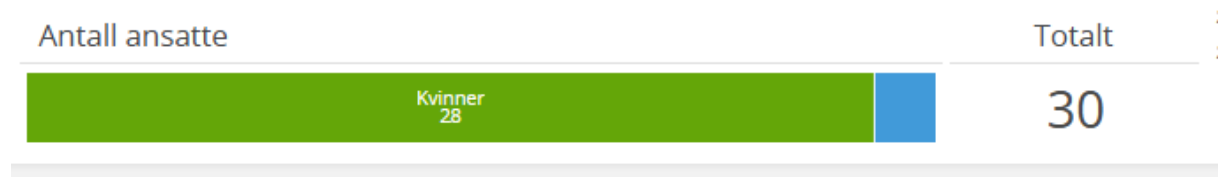
Kompetansen som finnes i dagens tjeneste ved Skaland sykehjem og hjemmetjeneste gir et svært godt utgangspunkt for overgangen til en moderne omsorgssentermodell med heldøgns omsorgsboliger (HDO). Personalet har gjennom mange år opparbeidet seg bred og solid erfaring med både akuttmedisinsk arbeid, langvarige pasientforløp, palliasjon og forebyggende tjenester – alle sentrale elementer i framtidens omsorgstilbud.

Sykepleierne på Ytre Senja får skryt av professor Mads Gilbert for sin sterke faglige kompetanse, høye kvalitet i pasientbehandlingen og evne til å levere avansert helsehjelp i et desentralisert og til tider krevende tjenestelandskap. I en liten og geografisk spredt kommune som Senja er det ofte langt til sykehus og lege, og sykepleierne har derfor et stort ansvar og et bredt faglig spenn i arbeidet sitt.

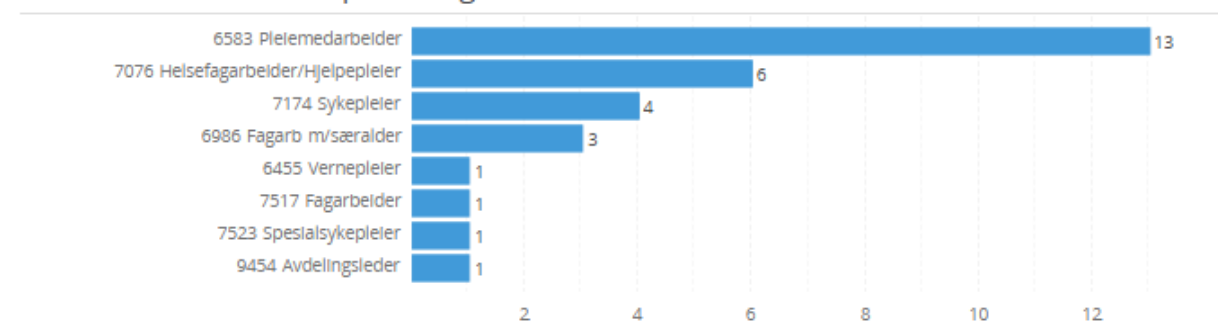
Bemanningsanalyse

Det er pr oktober 2025 registrert 23,65 årsverk ved Skaland sykehjem og hjemmetjeneste, fordelt på 30 ansatte. De har 26,72 årsverk pr 01.01.26. Det skal etter planen tilføres 2,3 årsverk for innføring av natttjeneste i hjemmetjenestesonen. Oversikten viser også vikariater.

(Klikk på stolpene for å se de andre diagrammene per stillingskode)



Antall ansatte fordelt på stillingskoder



Per oktober 2025 har Skaland sykehjem og hjemmetjeneste følgende kompetanse:

- 3 sykepleiere og 1 vernepleier
- 9 helsefagarbeidere / hjelpepleiere (en helsefagarbeider med videreutdanning innenfor kreft og lindrende behandling)
- 3 pleiemedarbeidere som kun mangler fagprøven for å bli helsefagarbeidere

- 3 pleiemedarbeidere under utdanning til helsefagarbeidere
- 4 pleiemedarbeidere
- 4 helsefagarbeiderstillinger bemannet med pleiemedarbeidere/studenter/ungdom under utdanning.

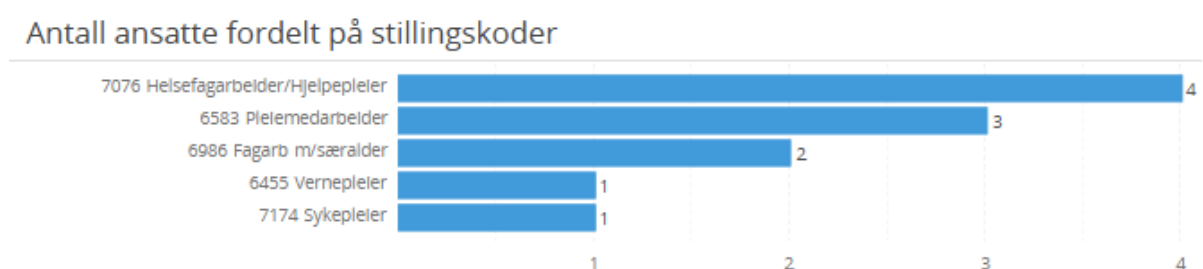
Avdelingsleder peker på at fordeling av kompetanse er ujevn mellom hjemmetjeneste og sykehjem, og at det er færre faglærte på sykehjemmet. Pr. i dag 2 som skal ta fagbrev som helsefagarbeider. Det er ønskelig å få en AKS-sykepleier (akutt klinisk sykepleier) på sikt.

Drift som hjemmetjeneste og omsorgsboliger vil gi muligheter for å bruke personell på tvers – bedre utnyttelse av fagkompetanse sykepleier/vernepleier/helsefagarbeider

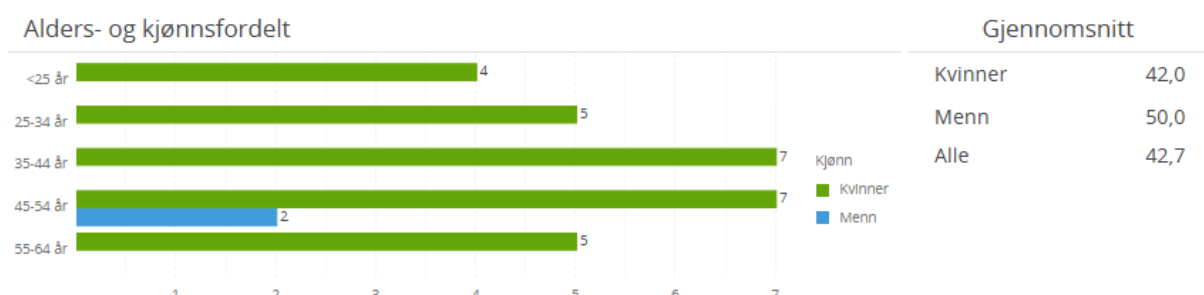
Antall ansatte fordelt på stillingskoder for sykehjemmet:



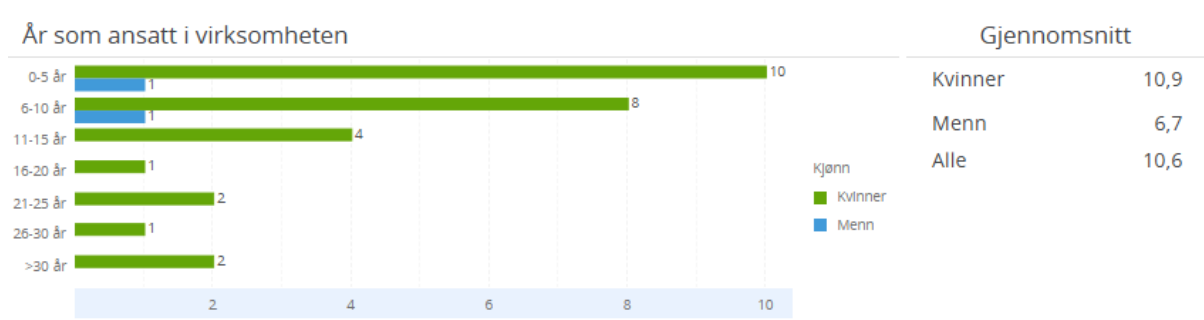
Antall ansatte fordelt på stillingskoder for hjemmetjenesten:



Skaland sykehjem og hjemmetjeneste har en ung gruppe ansatte sammenlignet med andre avdelinger, og gjennomsnittlig alder på ansatte er 42,7 år.



De har også langt flere nyansatte enn gjennomsnittet, med et gjennomsnitt år som ansatte i virksomheten 10,6.

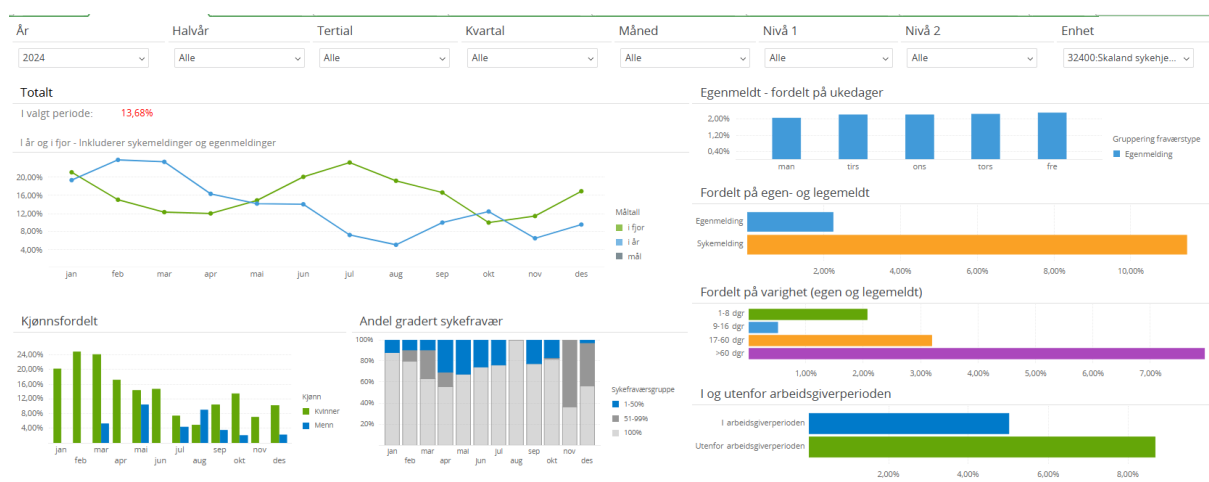


Avdelingen har jobbet svært godt med rekruttering, og med inkludering, og er i dag i stor grad en flerkulturell og flerspråklig arbeidsplass. Samtidig har de nærmere 50% ufaglærte (13 av 30). Det er positivt at flere av disse forventes å ta fagbrev i nær fremtid. Samtidig er det viktig å understreke at pleiemedarbeidere/assistenter er viktig for avdelingene i distrikt, da for eksempel studenter som har helgestillinger bidrar til å dekke turnus, og gjør en god jobb i sykehjem og hjemmetjeneste. Det er også en viktig inngangsport til yrket, hvor ansatte kan bli motivert til å ta utdanning.

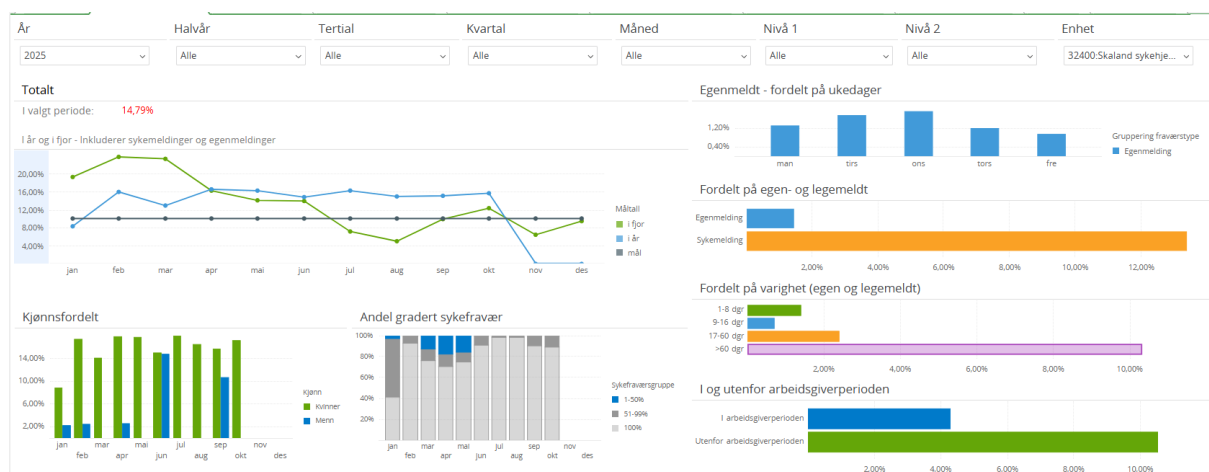
Sykefravær og overtid

Når det gjelder sykefravær, har det vært en positiv utvikling over år. I 2022 var sykefraværet 23,21%, og i 2023 16,21%. I 2024 var det totale sykefraværet 13,68%, og 14,79% pr oktober 2025. I 2025 ses det i HRM en økning, dette skyldes langtidsfravær. Det egenmeldte fraværet er redusert fra 2,23% i 2024 til 1,4% pr oktober 2025.

Sykefravær 2024 13,68%



Sykefravær pr oktober 2025 14,79% pr. oktober



Oversikt over overtidbruk i timer i årene 2020-2025

Summer av Antall	Kolonnetiketter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Sum timer
Radetiketter														
2020		287,8	290,2	189,3	450,7	264,2	330,1	233,7	1 018,5	711,3	517,3	582,6	528,9	5 404,3
2021		304,3	428,5	278,8	360,8	398,9	233,8	118,7	232,2	325,5	109,1	142,0	29,9	2 962,3
2022		100,7	111,1	90,8	183,4	104,4	98,0	156,5	363,4	280,0	132,2	204,9	157,0	1 982,1
2023		216,9	235,0	141,9	112,0	193,6	163,0	164,8	371,3	342,1	166,9	160,2	188,8	2 456,3
2024		270,0	267,5	262,1	242,5	251,3	218,0	252,4	410,0	372,9	225,7	183,9	295,4	3 251,5
2025		151,4	133,7	156,7	291,5	121,7	92,7	124,4	218,8	262,7	134,8			1 688,2
Sum timer		1 330,9	1 465,8	1 119,5	1 640,8	1 334,0	1 135,5	1 050,4	2 614,3	2 294,5	1 286,0	1 273,5	1 199,8	17 744,7

Før reduksjon fra 20 til 12 langtidsplasser, så man i 2020 og 2021 høye tall for overtid. Deretter en positiv utvikling, før man har sett en økning igjen fra 2023. Høy overtidbruk forklares med vakanser, mangel på vikarer ved fravær, samt økt behov hos pasienter og tjenestemottakere. Det er i økende grad krevende å gi helse og omsorgstjenester til innbyggerne, dette gjelder både i distrikt og sentralt.

Drift

Skaland sykehjem har i dag 12 langtidsplasser. Hjemmetjenesten har ca 45 hjemmeboende tjenestemottakere, og omfatter også HDO Skaland (heldøgns omsorgsboliger) med 8 omsorgshybler, samt Strandheimen i Senjahopen (6 omsorgshybler). Ved HDO Skaland er det personell til stede på dag/aften, og beboere får alle måltider tilberedt og servert i fellesområdet. Ved Strandheimen gis det punktvisse tjenester, og alle måltider tilberedes og tilrettelegges av hjemmetjenesten.

Det er ikke nattjeneste i hjemmetjenesten Skaland, men de ansatte ved sykehjemmet rykker ut på trygghetsalarmer i området, samt at de ivaretar alarmer på HDO på natt, når det ikke er personell der.

Avdelingen har hatt mange hjemmeboende med omfattende behov de siste par år, også lindrende behandling og palliativ pleie i livets slutfase. Det oppleves utfordrende å ikke kunne ivareta mennesker hjemme, fordi det ikke er nattjeneste. De ansatte strekker seg langt for å kunne gi mennesker muligheten til å både kunne være og dø hjemme, om de ønsker det.

Det er behov for å kunne bruke personell og kompetanse fleksibelt etter hvor behovet er størst i tjenesten.

Fremtidig organisering

Ved Skaland sykehjem ser man muligheten for å utvikle sykehjem og omgjøre bygget til HDO i perioden 2026-2030. Dette er hva HMS-gruppa har foreslått som videre drift:

9 heldøgns omsorgsboliger (HDO) eller 10 omsorgsboliger med punktvisse tjenester: Moderne, tilrettelagte hybler med eget bad, og oppholdsrom. Hyblene er 25m², og uten egen kjøkkenkrok og eget soverom. Det er stor felles stue og felles kjøkken som kan benyttes av brukere og pårørende. Her vil brukerne også få servert måltider. I disse hyblene skal beboerne kunne leve et mest mulig selvstendig og meningsfullt liv, samtidig som de mottar nødvendig hjelp og oppfølging.

1 akutt-/forsterket rom: Skal benyttes ved akutte situasjoner, korttidsopphold, pleie i livets slutfase, avlastning eller for pasienter som trenger tett oppfølging over en kortere periode. Det kan være væskebehandling, intravenøs antibiotikabehandling, smertelindring eller annet, som kan spare pasienten for transport til BRA på Finnsnes. Tjenesten opplever hvert år at begge veier til Finnsnes blir stengt, over flere dager, og i flere perioder på grunn av uvær. Ved å ha et akuttrom/forsterket rom med heldøgns omsorg, vil de kunne ta imot pasienter på kort varsel for korte opphold, også når veien til Finnsnes er stengt. Det har vært et savnet tilbud etter kommunesammenslåing, og vil spare pasienter og pårørende for merbelastning ved lang reisevei.

Aktivitetsstue – møteplass for eldre i bygda: En viktig del av den nye modellen vil være etablering av en aktivitetsstue som både beboere og andre eldre i bygda kan benytte. Her kan det arrangeres sosiale treff, trening, forebyggende helseaktiviteter, kurs og temakvelder. Det vil også være helsepersonell til stede. Målet er å styrke sosial inkludering, forebygge ensomhet og bidra til at eldre opplever fellesskap og tilhørighet – også før de får behov for heldøgns tjenester.

Hjemmetjenesten vil også være ansvarlig for personell på aktivitetsstua. Et slikt tilbud vil være forebyggende og helsefremmende, og kan utgjøre selve kjernen som et levende hus på Skaland. Her tenker man noen timer åpent hver dag, med aktiviteter tilpasset brukerne: Strikking, spill, bingo mv. i regi av hjemmetjenesten.

Ved en omstilling fra sykehjem til omsorgssenter, vil all drift organiseres under hjemmetjenesten. Dette innebærer at hjemmetjenesten får det helhetlige ansvaret for:

- Oppfølging av beboere i de aktuelle HDO-plassene
- Oppfølging av pasienter i akutt-/forsterket rom
- Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende i området
- Forebyggende og helsefremmende tiltak gjennom aktivitetsstua
- Denne modellen skal gi en mer sømløs tjenestekjede, der brukere kan bevege seg gradvis fra eget hjem til HDO og eventuelt til korttidsopphold uten brudd i tjenestetilbudet eller behov for nye vedtak.

Tverrfaglig bemanning: Omsorgssenteret vil ha døgkontinuerlig bemanning, med kompetanse tilpasset beboernes behov, og en tverrfaglig sammensetning som ivaretar flere behov:

- Sykepleiere med ansvar for medisinsk oppfølging, legemiddelhåndtering og samhandling med fastlege og spesialisthelsetjenesten.
- Helsefagarbeidere og pleiemedarbeidere som ivaretar daglig oppfølging og observasjon, personlig assistanse og praktisk bistand.
- Fysioterapeut med kommunalt tilskudd som vil bidra med gruppetimer og oppfølging av brukerne som trenger det. Brukes i dag av brukerne på HDO og Strandheimen.

Det vil legges stor vekt på kompetanseutvikling hos ansatte innenfor områder som velferdsteknologi, demensomsorg, palliativ pleie og behandling, og hverdagsmestring.

Basefunksjon og arbeidsmetodikk: Hjemmetjenesten vil ha sin base på Skaland omsorgssenter slik som i dag, og personalet vil arbeide både i HDO-boligene og ute hos hjemmeboende brukere i nærområdet. Dette vil gi en mer sømløs overgang mellom

hjemmet, omsorgsbolig, HDO og eventuelle korttidsopphold, og legge til rette for at flere kan bo hjemme lengre før behovet for institusjonsplass oppstår.

Arbeidet organiseres etter prinsippene for **hverdagsrehabilitering og mestring**, der målet er at brukeren skal opprettholde funksjon og selvstendighet så lenge som mulig. Teknologiske løsninger og individuell tilrettelegging vil være en integrert del av tjenesten.

Velferdsteknologi som støtte for mestring: Et sentralt element i den nye modellen er omfattende bruk av velferdsteknologi. Dette omfatter:

- Trygghetsalarmer og digitale tilsynsløsninger
- Bevegelsessensorer og fallforebyggende teknologi
- Elektroniske medisindispensere
- Digitale kommunikasjonsløsninger for kontakt med pårørende og helsepersonell

Teknologien skal bidra til at beboerne opplever større trygghet og mestring, og at ansatte kan bruke mer tid på pasientnære oppgaver.

For å sikre høy faglig kvalitet og trygge tjenester i ny driftsform, vurderes det som hensiktsmessig og nødvendig å opprette en egen sykepleierrute. På denne måten organiseres sykepleierkompetanse etter team-metoden, og muliggjør at sykepleiere ivaretar de sykepleiefaglige oppgavene i både HDO-boligene og hjemmetjenesten.

Denne modellen har flere klare fordeler:

1. Styrket faglig kvalitet og pasientsikkerhet

Sykepleierne vil ha kapasitet til å følge opp komplekse pasientforløp, gjøre faglige vurderinger og iverksette tiltak raskt. De vil være tilgjengelige for observasjon, vurdering av endringer i helsetilstand, legemiddelhåndtering, prosedyrer og samhandling med lege og spesialisthelsetjenesten – noe som er avgjørende når behandlingen i større grad skjer i hjem eller omsorgsbolig.

2. Rask respons i akutte og uforutsette situasjoner

Ved å ha sykepleiere tilgjengelig som en egen fagressurs kan tjenesten reagere raskt når det oppstår akutte behov, uten å belaste grunnbemanningen. Dette øker tryggheten både for pasienter, pårørende og øvrig personale.

3. Bedre oppfølging av komplekse og avanserte prosedyrer

Sykepleiernes avanserte kompetanse – som intravenøs behandling, håndtering av CVK/PICC-line, palliasjon og akuttmedisinske vurderinger – vil kunne utnyttes fullt ut når de har dedikert tid til faglige oppgaver og ikke samtidig er bundet til rutineoppgaver i pleien.

4. Faglig støtte og veiledning til øvrig personell

Når sykepleierne har rom til å arbeide overordnet og veiledende, kan de bidra med løpende faglig oppfølging og opplæring av helsefagarbeidere og pleiemedarbeidere. Det styrker hele tjenestens kompetansenivå og bidrar til bedre kvalitet i det daglige arbeidet.

5. Økt kontinuitet og bedre samhandling

En tydelig faglig tilstedeværelse gjennom hele dagen legger til rette for bedre samhandling med lege, AMK, ambulanse og andre samarbeidspartnere. Det bidrar også til kontinuitet i oppfølgingen av pasienter med langvarige og komplekse behov.

6. I forbindelse med omleggingen til HDO-modellen vil det også medgå mer tid til oppfølging av PLO-meldinger, medisinhåndtering, dokumentasjon og pleie ordinert av lege. Dette skyldes at flere pasienter vil motta avanserte tjenester i egen bolig, noe som krever tett oppfølging, hyppigere kommunikasjon med fastlege og spesialisthelsetjeneste, og mer omfattende koordinering av behandling.
7. Bedre samhold i sykepleierteamet hvor de får jobbe sammen og utvikle tjenesten. Dette bidrar også til å beholde den kompetansen vi har, og unngå oppsigelser.

Gradvis reduksjon av institusjonsplasser:

Overgangen planlegges som en naturlig avvikling, der antall sykehjemsplasser gradvis reduseres etter hvert som beboere flytter ut, får annen tilpasset bolig eller faller fra. Når en pasient dør eller en plass blir ledig, vil det konkrete arbeidet med å omstille rommet til HDO-bolig starte. Dette gir en kontrollert og trygg prosess uten unødvendig flytting eller brudd i tjenestene. Når rommet er klar til bruk, kan første HDO pasient flytte inn.

Omorganisering av bygningsmassen

For å legge til rette for en effektiv ombygging flyttes gjenværende beboere etter hvert over til én fløy/side av sykehjemmet. Dette frigjør rom og arealer gradvis, slik at Bygg og eiendom kan starte nødvendige bygningsmessige endringer fortløpende uten å forstyrre pågående drift.

Denne gradvise overgangen gjør det mulig å opprettholde god kvalitet og trygghet for dagens beboere, samtidig som nye boliger etableres uten store driftsforstyrrelser. Personalet vil fortsatt ha kjente omgivelser og arbeidsoppgaver gjennom hele prosessen, og beboerne vil slippe unødvendige flyttinger.

Ved å la omstillingen skje naturlig etter hvert som plasser blir ledige, sikrer vi en trygg, forutsigbar og faglig forsvarlig overgang fra institusjonsdrift til HDO-modell. Samtidig kan bygningsmessige endringer starte gradvis, noe som gir både økonomiske og driftsmessige fordeler.

Behov for bygningsmessige endringer

Målet er å utnytte eksisterende bygg mest mulig effektivt, med relativt enkle grep og begrensede kostnader, samtidig som funksjonalitet, arbeidsmiljø og pasientlogistikk forbedres. Omstilling kan skje uten omfattende bygningsmessige endringer, men det forslås endringer som;

- Etablering av personalrom til rapport og pauser, samt møter mv
- Flytte sykepleierkontor (se på muligheter for å flytte dør)
- Sette inn vindu i rom for nåværende hjemmetjenestebase, omgjøres til aktivitetsrom
- Etablere garderobe for ansatte, krever innkjøp av benker, knagger og skohyller
- Slå sammen to av dagens sykehjemsrom til et større rom for ektepar
- Montere dusjvegger på bad i dagens sykehjemsrom, i tillegg til speilskap/servantskap eller -skuffer
- Persiennner/solskjerming
- Rive kjøkken på stua, for bedre utnyttelse av fellesareal

Økonomiske beregninger

Den foreslåtte bemanningsplanen tar høyde for tilgjengelig bemanning og kompetanse, og er følgelig et anslag, ut fra antall ansatte som når pensjonsalder. Beregningene hensyntar at man ikke skal komme i en overtallighet, og at man ved Skaland sykehjem og hjemmetjeneste har en noe yngre gruppe ansatte enn gjennomsnittet for øvrig. Det gjør også at man forventer noe svangerskapsrelatert fravær/foreldrepermisjoner i årene som kommer, og en eventuell overtallighetssituasjon vil dekke inn slikt og annet fravær.

	Regnskap 2024	Budsjett 2026	Trinn 1 - Q2-27 Oms.bolig 18 pl.	Trinn 2 - Q4-29 Oms.bolig 16 pl.
Skaland sykehjem/hj.tj.				
1 Fast lønn	12 335 059	14 252 174	11 340 644	9 771 770
1.2 Avtalefestede tillegg	1 896 088	3 006 548	2 437 194	1 691 077
2 Variabel lønn	5 492 592	2 502 742	2 028 795	1 407 704
3 Sos. lønnsutg.	3 363 917	4 145 179		
Pensjon 16 %			2 529 061	2 059 288
Arbeidsgiveravgift 5,1 %			935 120	761 422

Sum lønn inkl. sos. utg.	23 087 656	23 906 643	19 270 814	15 691 261
4 Konsulenttenester/Innleie vikarbyrå	505 395	6 000	0	0
5 Andre driftsutgifter	1 278 939	1 566 550	1 253 240	1 253 240
5.2 Medikamenter	239 376	250 000	0	0
5.3 Medisinsk forbruksmateriell	470 334	457 000	365 600	365 600
5.5 Matvarer	1 466 147	1 220 000	1 152 000	1 056 000
Sum andre driftsutgifter	3 960 191	3 499 550	2 770 840	2 674 840
6 Brukerbetaling	-2 741 501	-2 670 066	-139 968	-124 416
Husleie (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-1 080 000	-960 000
Full pensjon (kost) (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-1 557 090	-1 384 080
7 Refusjoner	-4 021			
9 Ref syke/fødselp	-1 328 147		0	0
10 Andre inntekter	-1 692			
Sum inntekter	-4 073 669	-2 670 066	-2 777 058	-2 468 496
Totalsum	22 974 178	24 736 127	19 264 596	15 897 605

	Døgnyrtime hjemmebasert omsorg		
Omsorgsboliger		Skaland Q2-27	Skaland Q4-29
Sykepleier	Dag	1	1
	Kveld	1	1
	Natt		
Fagarbeider	Dag	3	2
	Kveld	2	2
	Natt	1	1
Assistent	Dag	2	2
	Kveld	2	1
	Natt	1	1
Antall plasser omsorgsboliger		18	16
Hjemmetjenester til brukere i egen heim er kalkulert inn i bemanningsoversikten			
Årsverk u/nattevakt		17,16	14,04
Årsverk totalt - forslag		21,66	18,54
Årsverk 2026 (budsj Framsikt)		26,72	26,72
Reduksjon i årsverk		5,06	8,18

Vurdering

Dagens kompetansebase gir et godt fundament for å realisere en moderne omsorgssentermodell. *Avdelingens faglige bredde, evne til å håndtere komplekse situasjoner utenfor institusjonen, sterke tverrfaglige samarbeidsevner og høye kliniske ferdigheter gjør oss godt rustet til å levere trygge, fleksible og helhetlige tjenester i framtidens HDO-tilbud – der pasienten i størst mulig grad får bo og leve i sitt eget hjem (fra HMS-gruppen).*

Omstillingen fra dagens sykehjemsdrift til en heldøgns omsorgsboligmodell bør skje gradvis og kontrollert over en periode på inntil 2 år. Det er avgjørende at prosessen skjer på en måte som ivaretar både nåværende beboere, ansatte og driften, og som sikrer kontinuitet og kvalitet i tjenestene gjennom hele omstillingsfasen.

- **9 heldøgns omsorgsbolig i tillegg til de 8 som er i dagens HDO, eventuelt 10 omsorgsboliger med punktvisse tjenester dag/aften/natt.**
- **1 akutt/forsterket plass til korttidsopphold**
- **Aktivitetsstue for beboere i HDO og hjemmeboende**

Satsing på velferdsteknologi til både hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger er et satsingsområde. Multidose er innført til ca. halvpartene av tjenestemottakere i hjemmetjenesten i dag, og man ser en større gevinstrealisering i innføring av multidose til alle hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger.

Det vurderes at driftsformen vil bidra til å styrke hjemmetjenester til hjemmeboende i form av nattjeneste, og gi et helhetlig tilbud til innbyggere, hvor forebygging, rehabilitering, mestring og kontinuitet er i fokus.

Arbeidet som HMS-gruppa på Skaland har levert, har overføringsverdi også til andre avdelinger i en omstilling til drift som omsorgsboliger.

Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste

Status

Sifjord sykehjem har 14 langtidsplasser, og hjemmetjenesten har ca 26 brukere. Dette er en økning siden i 2022, når delrapport i forbindelse med prosess heldøgns omsorg ble laget. Da var det 19 brukere. Tjenesten opplever også at brukere har flere tjenester.

Pr februar 2025 så grunnbemanning og pasientgrunnlag slik ut:

Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste

	Pasienter/ tjenestemottakere	Dagvakt	Aften	Natt
Avdeling	14	3-4	2	2
Hjemmetjeneste	24	1-2	1	

I 2022 angir man i rapporten at hjemmetjenesten kan gi tilsyn opptil 3 ganger pr døgn, i dag er dette endret, fordi man også har mulighet til digitale tilsyn.

Hjemmetjenesten har 2 biler – i dag kjører de 1 rute, men ser at de må øke til 2. For tiden er det kun 4 stk med vedtak om praktisk bistand i området.

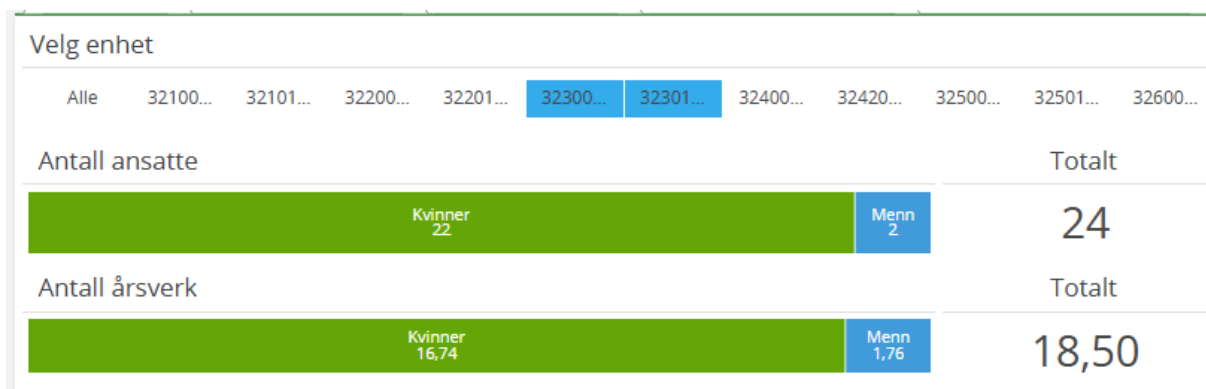
Det er 2 leiligheter i underetasjen på sykehjemmet, hvor beboere kan få punktvisse tjenester fra hjemmetjenesten.

I prosess med utredning av fremtidig tjenestestruktur i sykehjemstjenesten, har HMS-gruppene blitt invitert til å levere forslag til fremtidig drift, herunder foreslå gradvis reduksjon av sykehjems plasser, anbefale omsorgssenter/boligmodell for deres lokasjon, kartlegge bemanning og kompetanse og beskrive tjenesteinnhold og kompetansefordeling. HMS-gruppene ble valgt til å jobbe med dette, da de er bredt representert med tillitsvalgte, verneombud, ansatterepresentant og avdelingsleder.

For Sifjord sykehjem ble det formidlet skepsis til å bidra med forslag om omstilling til omsorgsboliger. Ansattegruppa var delt. Forslaget fra HMS-gruppa i Sifjord er formet av dette, og peker på at Sifjord sykehjem bør bestå som sykehjem. I denne utredningen er det likevel forsøkt lagt hovedvekt på hvilken kompetanse og muligheter som finnes akkurat i Sifjord, og det blir beskrevet mulig organisering ut fra bemanningssituasjon, tilgjengelig kompetanse, bygningsmessige forhold, samt befolknings- og bemanningsfremskrivning. I siste HMS-gruppemøte før høringsrunde løfter HMS-gruppa fram forslag, om det skulle bli vedtatt drift som omsorgsboliger. Dette er tatt inn i utredningen.

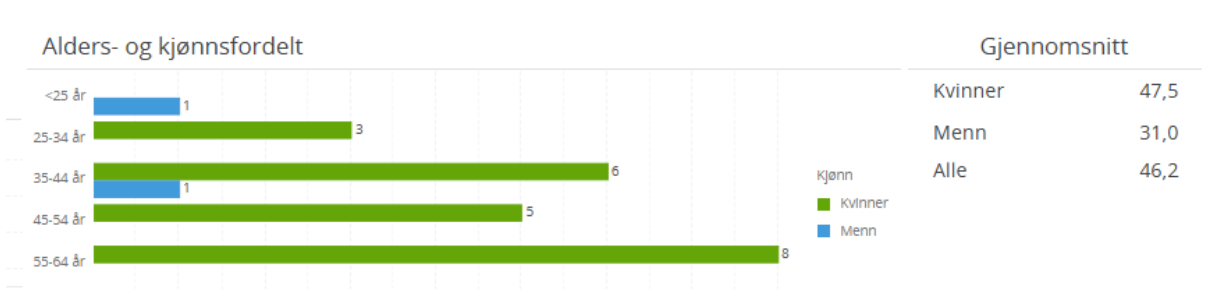
Bemanningsanalyse

Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste har pr oktober ansatt 18,5 av tilgjengelige 19,48 årsverk, fordelt på 24 ansatte.



Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 77.1% i avdelingen.

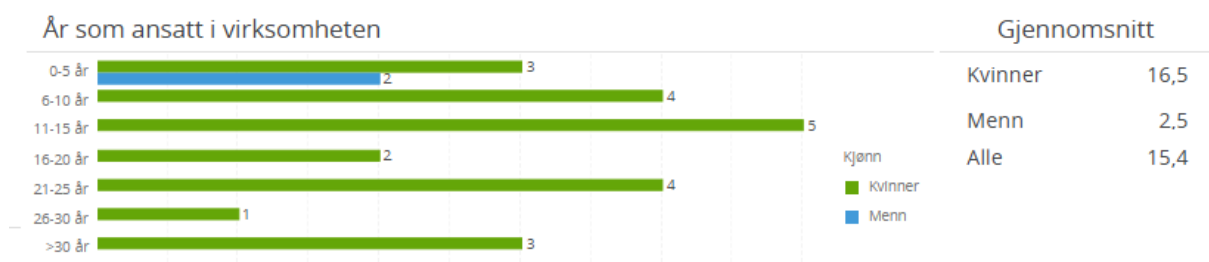
8 av 24 ansatte er i alderen 55-64 år, og gjennomsnittsalder for avdelingen er 46,2 år.



I dag er det ifølge HRM-systemet 3 spesialsykepleiere (kardiologi, geriatri, helsesykepleier) og 1 sykepleier ansatt ved Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste. I tillegg er det en ansatt som utdanner seg til sykepleier. Det er 1 vernepleier ansatt i avdelingen, 11 fagarbeidere, og 5 pleiemedarbeidere. 2 helsefagarbeidere har videreutdanning i eldreomsorg, 1 har videreutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri.



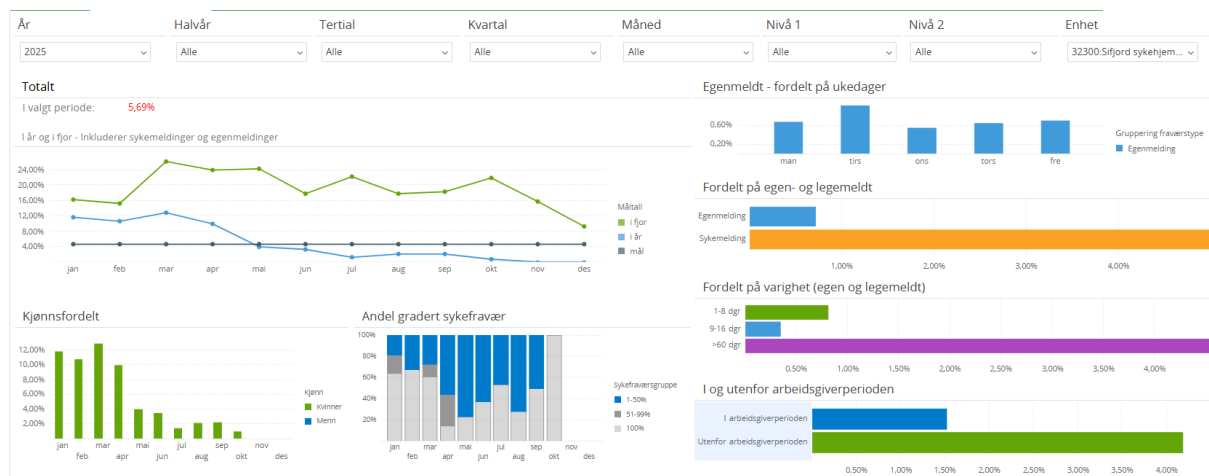
Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste har rekruttert flere siden 2022. De har 1,5 årsverk vakant, og avdelingsleder oppgir god tilgang på vikarer i dag.



Gjennomsnittlig antall år som ansatt er 15,4 – 3 ansatte har vært ansatt i >30 år.

Sykefravær og overtid

Sykefraværet er lavt i avdelingen, 5,69% pr oktober 2024. Til sammenligning 19,05% i 2024, og 14,61% i 2023. I 2022 var sykefraværet 16,33%.



Overtidstall ligger forholdsvis stabilt siden 2021, mellom 1600 og 1750 timer.

Summer av Antall	Kolonnetiketter												
Radetiketter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Sum timer
2020	18,9	44,4	60,9	122,5	73,7	48,7	143,6	303,1	203,8	138,1	149,9	95,6	1 402,9
2021	134,9	102,1	142,1	239,3	171,3	126,7	165,5	216,1	208,8	55,2	126,1	78,3	1 766,4
2022	83,5	53,8	141,6	143,0	142,2	197,3	57,0	254,6	174,8	127,5	137,2	138,3	1 650,7
2023	94,6	92,3	131,0	119,5	41,1	81,7	130,1	285,8	257,2	191,8	92,3	88,2	1 605,4
2024	119,7	102,8	124,2	256,0	146,9	142,0	104,4	266,5	246,9	79,0	67,3	66,5	1 722,0
2025	71,3	95,9	112,6	71,4	102,3	56,5	77,1	357,6	323,7	87,0			1 355,4
Sum timer	522,8	491,2	712,4	951,5	677,5	652,9	677,7	1 683,6	1 415,2	678,6	572,7	466,7	9 502,7

Overtidsbruk forklares blant annet med bakvakt for sykepleier, for å ivareta forsvarlighet. Imidlertid er det ikke bare sykepleiere som jobber overtid, noe som fremkommer av tabellen under. Andre forklaringer på overtidbruk er vakanser, sykefravær, behov for forsterking av bemanning mv. Tabellen viser overtid fordelt på stillingskoder.

Sum av Beløp Radetiketter	Kolonnetiketter										
	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	Totalsum
⊕ Pleiemedarbeider	13 577	16 419	17 212	12 810	15 689	7 336	16 824	70 996	72 780	32 944	276 588
⊕ Spesialsykepleier	5 772	13 261	16 819	10 179	19 077	22 035	19 733	66 543	20 513	9 544	203 476
⊕ Sykepleier	14 129	9 237	15 453	24 088	3 903		5 778	39 827	60 669		173 084
⊕ Helsefagarbeider/Hje	12 606	21 003	12 834	478	11 281	3 351	3 287	54 645	33 594	6 702	159 782
⊕ Fagarbeider	610		4 661	603	8 420		4 540		17 663		36 497
⊕ Vernepleier		1 787	2 834		1 186	2 014	1 263		1 131	1 644	11 860

Denne tabellen viser sum i lønnsutgift, ikke timer

Drift

Sykehjemmet har pleid å arrangere åpent hus årlig, med salg av kaker, mat, hatt tombola mv. Alt har vært arrangert på dugnad, og pengene har gått til sykehjemmet. Disse midlene har for eksempel bli brukt til nye gardinger, møbler etc.

Det er gjort endringer på bygget etter opprinnelig rapport ble skrevet i 2022 i prosess heldøgns omsorg. HMS-gruppa opplyser at siste utbygg er også fra 2001, ikke 1998, som det står i rapporten. Kjøkkenet er oppgradert med nytt gulv og noen bad er renover, dette gjøres fortløpende. Det blir ny inngang, veranda under planlegging. Kjelleren er oppusset. Det er ikke byttet vinduer etter rapporten ble skrevet. Det er punkterte vindu på noen pasientrom. Det er malt utvendig. Det er malt innvendig både tak og vegger. Det gjøres fortløpende vedlikehold. Det er satt inn ny vedovn. Det er ordnet nye garderober til ansatte.

Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste har en stabil gruppe ansatte, og flere ansatte som er under utdanning til helsefagarbeider og sykepleier. De har i dag 24 ansatte, hvorav 5 ansatte uten formell utdanning, andelen med formell kompetanse er derfor god. Imidlertid er det ikke tilstrekkelig med 4 sykepleiere i tillegg til avdelingsleder, til å dekke alle vakter med sykepleiekompetanse, dette gir behov for bakvakter, og utløser overtid. Dette fører til høy belastning på ansatte, og i perioder med vakanser eller fravær, har belastningen blitt svært høy.

Sykehjemmet har i dag 14 plasser. 4 rom er dubletter hvor 2 og 2 rom deler bad. Det anbefales at disse rommene brukes til avlasting/korttidsopphold, om det ikke lar seg gjøre å etablere egne bad. Omsorgshybler bør ha eget bad.

Sifjord sykehjem har eget kjøkken, som produserer mat til beboere og hjemmeboende i området. Kjøkkenet er ikke omfattet av omstilling, da det pr i dag drives i balanse, med forholdsmessig lave kostnader. Kjøkkenet har også stabil bemanning. Det anslås ikke besparelse ved å endre denne organiseringen i dag. Kapasitetsutfordringer på Sentralkjøkkenet, samt høye transportkostnader, holdt sammen med et beredskapsperspektiv, gjør at det anbefales å beholde kjøkkenet ved Sifjord sykehjem, så lenge driften er slik den er i dag.

Fremtidig organisering

Det har i prosess med utredning av fremtidig tjenestestruktur vært dialog og møter med avdelingene gjennom avdelingsleder og HMS-grupper. HMS-gruppen i Sifjord var delt. Det var ansatte som ikke ønsket å stille seg bak omgjøring fra sykehjem til omsorgsboliger. Imidlertid har HMS-gruppen senere kommet med forslag som tas med i utredningen, disse forslagene er ikke omhandlet i det skriftlige materialet fra HMS-gruppen ved Sifjord sykehjem, og heller ikke med i samlede beregningstall av samme årsak.

Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste har god kompetansefordeling, og tverrfaglighet med både ansatte med ulike videreutdanninger (geriatri, demensomsorg, kardiologi, helsesykepleier, psykiatri), samt vernepleier, som gjør at de kan ha fokus på hverdagsrehabilitering, samt ha rom forbeholdt korttidsopphold hvor pasienter kan få være i kortere perioder ved behov for rehabilitering, behandling, observasjon, avlastning mv.

Sykehjemmet er godt vedlikeholdt, og de ansatte har også bidratt i stor grad med å male og gjøre lokalene trivelige. Det anbefales å beholde rominndeling uendret, hvor hver beboer har sitt rom med bad, og fellesområdene brukes til måltider mv.

Omstilling til omsorgsboliger i et bofellesskap med heldøgns bemanning ses gjennomførbart uten omfattende endringer i bygningsmasse, men det bør være eget bad til alle omsorgshybler.

I en fremtidig organisering anbefales det å **endre drift fra sykehjem til et omsorgssenter**, hvor det kan være opptil samlet **14 boenheter i trinn 1, til en gradvis reduksjon til 10 enheter mot 2029**. Med den skisserte bemanningen vil det være bemannet på en slik måte at sykepleier dekker både inne i HDO og ute, og slik at det kan gis tjenester til hjemmeboende også på natt. Det vil være mulig å ha et **dagtilbud til hjemmeboende enkelte dager**, slik at de kan komme inn og delta på aktiviteter, måltider mv. Innholdet i dette tilbudet må bestemmes i en videre prosess.

Det er også mulig å avsette noen plasser til kortere opphold, slik at man har en **kombinasjon av korttidsplasser og omsorgsboliger**. Anbefalt da 12 omsorgshybler og 2 korttidsplasser (avlastning, rehabilitering, observasjon mv) i trinn 1, med reduksjon til 8 omsorgshybler og 2 korttidsplasser i trinn 2.

Skissert forslag gir 15,4 årsverk i 2029, de har i dag ansatt 18,5 årsverk, og det vurderes som en realistisk framskrivning.

Rom som blir ledige, kan brukes som pårønderom mot en døgnpris.

Beboere i omsorgsboliger, hvor bygningsmassen er uendret, betaler fullpensjon, og får alle måltider tilberedt i omsorgssenteret.

Leilighetene i underetasjen kan i fremtiden også benyttes til beboere som behøver punktvisse tjenester fra hjemmetjenesten. Man kan også se på mulighet for å benytte disse leilighetene til ansatte ved ledighet, da man ser utfordringer med rekruttering på grunn av manglende tilgang på bolig i området.

Ved innføring av velferdsteknologi som digitale tilsyn, multidose og medisindispensere til hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger, vil man frigjøre tid for både sykepleiere og øvrige ansatte. Denne tiden kan brukes til pasientnære oppgaver, til dagaktivitetstilbud mv i omsorgssenteret.

HMS-gruppa spiller inn mulighet for å se på en omgjøring av dagens vinterhage til et fellesområde med postkjøkken, dette er i en egen del av bygget, og det vil her kunne være **5 boenheter for personer med demenssykdom**. De forteller at dette ble vurdert mange år tilbake, og at konklusjonen var at det lot seg gjøre, men at det da ikke var penger til å gjøre endringene. Denne delen av bygget er adskilt fra den eldre delen med dører, og vil egne seg godt for en slik brukergruppe. I den eldre delen av bygget ser de muligheter for ordinære omsorgsboliger, hvor rommene kan være slik som i dag. Imidlertid er det 4 rom hvor 2 og 2 deler bad. Tidligere var det også tekjøkken til disse dublettene, og det finnes dermed rørapplegg slik at det er mulig å etablere bad til hvert rom med lavere kostnader.

HMS ser at det i drift som omsorgsboliger er mulig med:

- 1 plass til avlastning
- 1 akuttrom
- 1 korttidsrom
- 5 hybler tilpasset mennesker med demenssykdom
- 6 omsorgshybler eller 6 sykehjemsplasser (hybridløsning)

Behov for bygningsmessige endringer

Det vurderes som mulig å benytte 14 rom i hovedsak slik de er i dag. For full utnyttelse av alle rom, bør det ses på mulighet for etablering av bad til rom som ikke har eget bad. Tidligere tekjøkken gjør at det fins rørapplegg og avløp allerede.

- Se på mulighet for omgjøring av dagens vinterhage til fellesområde med et postkjøkken. Det vil gi mulighet for en avdeling til omsorgshybler for mennesker med demenssykdom
- I eldre del av bygget er det 4 rom hvor 2 og 2 deler bad. Tidligere vært tekjøkken til hver av disse dublettene. Se på mulighet for å etablere bad til hvert rom.

- Det er meldt behov for nytt sykesignalanlegg i Sifjord, dette vil ivaretas av velferdsteknologi i drift som omsorgsboliger. Kostnader i hovedsak knyttet til kabling, dersom det ikke er wifi eller 4G dekning. Utstyret leases etter egen rammeavtale.

Økonomiske beregninger

Alternativ 1: I tabellen undervises bemanningsplan og beregnede driftskostnader ut fra driftsform som ordinære omsorgsboliger med **14 omsorgsboliger i trinn 1, og 10 i trinn 2, inkludert avlastnings/korttidsplasser**. Denne modellen viser en reduksjon på 7,18 årsverk frem til 2029, og tar høyde for en viss naturlig avgang med tanke på alder på ansatte. Det er ikke mulig å si helt nøyaktig hvor mange som vil gå av med pensjon når, og avdelingsleder anslår en stabil bemanning de nærmeste årene. Full effekt er derfor ikke tatt ut før mot slutten av planperioden.

Sifjord sykehjem/hj.tj.	Regnskap 2024	Budsjett 2026	Trinn 1 -Q1- 27 Oms.bolig 14 pl.	Trinn 2 -Q1- 29 Oms.bolig 10 pl.
1 Fast lønn	8,744,742	10,943,487	8,466,327	6,855,150
1.2 Avtalefestede tillegg	2,018,866	1,622,061	1,673,687	909,287
2 Variabel lønn	4,342,086	1,293,182	1,334,341	724,925
3 Sos. lønnsutg.	2,522,316	2,986,489		
Pensjon 16 %			1,835,897	1,358,298
Arbeidsgiveravgift 5,1 %			678,823	502,231
Sum lønn inkl. sos. utg.	17,628,010	16,845,219	13,989,075	10,349,891
4 Konsulenttenester/Innleie vikarbyrå	43,874	20,000	0	0
5 Andre driftsutgifter	865,281	728,760	583,008	466,406
5.2 Medikamenter	273,592	250,000	0	0
5.3 Medisinsk forbruksmateriell	238,753	356,428	285,142	228,114
5.5 Matvarer	517,709	604,000	600,000	428,571
Sum andre driftsutgifter	1,939,209	1,959,188	1,468,150	1,123,092
6 Brukerbetaling	-2,852,855	-2,994,734	-108,864	-77,760
Husleie (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-840,000	-600,000
Full pensjon (kost) (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-1,211,070	-865,050
7 Refusjoner	-33,844	-10,000		
9 Ref syke/fødselp	-1,634,250	-300,000		
Sum inntekter	-4,520,949	-3,304,734	-2,159,934	-1,542,810

Totalsum	15,046,270	15,499,673	13,297,292	9,930,173
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------------

Døgnrytme hjemmebasert omsorg			
Omsorgsboliger		Sifjord Q1-27	Sifjord Q1-29
Sykepleier	Dag	1	1
	Kveld	1	1
	Natt		
Fagarbeider	Dag	2	1
	Kveld	1	1
	Natt	1	1
Assistent	Dag	1	1
	Kveld	1	
	Natt	1	1
Antall plasser omsorgsboliger		14	10
Hjemmetjenester til brukere i egen heim er kalkulert inn i bemanningsoversikten			
Årsverk u/nattevakt		10.92	7.8
Årsverk totalt - forslag		15.42	12.3
Årsverk 2026 (budsj Framsikt)		19.48	19.48
Reduksjon i årsverk		4.06	7.18

Alternativ 2 Beregninger ut fra HMS-gruppa sitt forslag som inkluderer 5 boenheter for mennesker med demenssykdom:

Sifjord sykehjem/hj.tj.	Regnskap 2024	Budsjett 2026	Trinn 1 -Q1-27 Oms.bolig 14 pl.	Trinn 2 -Q1-29 Oms.bolig 10 pl.
1 Fast lønn	8 744 742	10 943 487	10 260 503	8 466 327
1.2 Avtalefestede tillegg	2 018 866	1 622 061	1 673 687	909 287
2 Variabel lønn	4 342 086	1 293 182	1 334 341	724 925
3 Sos. lønnsutg.	2 522 316	2 986 489		
Pensjon 16 %			2 122 965	1 616 086
Arbeidsgiveravgift 5,1 %			784 966	597 548
Sum lønn inkl. sos. utg.	17 628 010	16 845 219	16 176 462	12 314 174
4 Konsulenttenester/Innleie vikarbyrå	43 874	20 000	0	0
5 Andre driftsutgifter	865 281	728 760	583 008	466 406
5.2 Medikamenter	273 592	250 000	0	0
5.3 Medisinsk forbruksmateriell	238 753	356 428	285 142	228 114

5.5 Matvarer	517 709	604 000	600 000	428 571
Sum andre driftsutgifter	1 939 209	1 959 188	1 468 150	1 123 092
6 Brukerbetaling	-2 852 855	-2 994 734	-108 864	-77 760
Husleie (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-840 000	-600 000
Full pensjon (kost) (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-1 211 070	-865 050
7 Refusjoner	-33 844	-10 000		
9 Ref syke/fødselp	-1 634 250	-300 000		
Sum inntekter	-4 520 949	-3 304 734	-2 159 934	-1 542 810
Totalsum	15 046 270	15 499 673	15 484 679	11 894 456

En driftsform med omsorgsboliger tilrettelagt for mennesker med demenssykdom krever noe ekstra bemanning, sammenlignet med ordinære omsorgsboliger. Samlet gir denne driftsformen med skissert bemanningsplan en reduksjon på 4,06 årsverk i trinn 2, med en reduksjon til 10 plasser samlet i 2029, noe som ikke er helt urealistisk med tanke på prognose for bemanning og kompetanse sett i lys av alderssammensetning, men det er ikke mulig å helt sikkert si hvor mange ansatte det vil være, og hvor mange ansatte som går av med pensjon man vil klare å erstatte med nye rekrutteringer.

	Døgnrytme hjemmebasert omsorg		
Omsorgsboliger		Sifjord Q1-27	Sifjord Q1-29
	Dag	2	1
	Kveld	1	1
Sykepleier	Natt		
	Dag	2	2
	Kveld	1	1
Fagarbeider	Natt	1	1
	Dag	1	1
	Kveld	2	1
Assistent	Natt	1	1
Antall plasser omsorgsboliger	14	10	
Hjemmetjenester til brukere i egen heim er kalkulert inn i bemanningsoversikten			
Årsverk u/nattevakt		14,04	10,92
Årsverk totalt - forslag		18,54	15,42
Årsverk 2026 (budsj Framsikt)		19,48	19,48
Reduksjon i årsverk		0,94	4,06

Den samlede beregningen viser alternativ 1, men reduksjon på 7,06 årsverk i trinn 2, og det må ut fra disse beregningene beregnes en differanse på ca kr 2 MNOK om man velger å gå for alternativ 2. Ved omgjøring til enhet for mennesker med demenssykdom, vil det også påløpe noen investeringskostnader til beskrevet tilpasning.

Behov for bygningsmessige endringer

For full utnyttelse av alle rom, bør det ses på mulighet for etablering av bad til rom som ikke har eget bad. Tidligere tekjøkken gjør at det fins røropplegg og avløp allerede.

Vinterhage i nyeste del av bygget kan gjøres om til fellesområde med postkjøkken i en eventuell etablering av 5 boenheter for personer med demenssykdom

Vurdering

Ved Sifjord sykehjem og hjemmetjeneste er det mulig å etablere omsorgsboliger etter omsorgssentermodell, samt dagaktivitetstilbud, avlastnings-, korttids-, og akutt plasser.

Alternativ 1:

- 10-12 omsorgsboliger i trinn 1
- 2-4 benyttes som avlastning/korttid/akuttplasser (samlet 14 enheter)
- Reduksjon til tilsammen 10 omsorgsboliger inkludert avlastning/korttid/akuttplasser i trinn 2
- Dagaktivitetstilbud for eldre og for mennesker med demenssykdom, både hjemmeboende og beboere
- Fokus på rehabilitering i samarbeid med fysioterapitjenesten

Alternativ 2:

- 5 omsorgsboliger tilrettelagt for mennesker med demenssykdom
- 6 ordinære omsorgsboliger i trinn 1
- 3 rom benyttes som avlastning/korttid/akuttplasser
- Reduksjon til samlet 10 enheter inkludert avlastning/korttid/akuttplasser i trinn 2
- Dagaktivitetstilbud for eldre og for mennesker med demenssykdom, både hjemmeboende og beboere
- Fokus på rehabilitering i samarbeid med fysioterapitjenesten

Stonglandet sykehjem

Status

Stonglandet sykehjem har 22 plasser, fordelt på 7 langtidsplasser i skjermet enhet, og 15 ordinære langtidsplasser. Pr tiden brukes 1 av langtidsplassene til avlastning.

I februar 2025 så grunnbemanning slik ut:

Stonglandet sykehjem					
		Antall pasienter	Dagvakt	Aften	Natt
Somatisk avdeling		15	5 (1 spl dekker begge bogrupper)	4	1
Furustua (skjermet)		7	2	2	1

Stonglandet sykehjem og hjemmetjenesten Stonglandet hadde samdrift frem til august 2023, da ble disse to avdelingene delt. Hjemmetjenesten ligger nå under virksomheten hjemmebaserte tjenester. Delingen kom på bakgrunn av at sykehjemstjenesten hadde stort lederspenn, og svært mange ansatte i virksomheten. Det ble gjort avtale om at avdelingsleder sykehjem og avdelingsleder hjemmetjeneste kunne være stedfortreder for hverandre, og sykepleiere kan også ha funksjon på tvers av avdelingene. Eks sykepleier i hjemmetjenesten har bakvakt for sykehjemmet om de ikke har sykepleier på vakt, og motsatt.

Sykehjemmet har som andre sykehjem i distrikt ikke fast sykepleier på natt, men de har 1 sykepleier i nattstilling.

Stonglandet sykehjem har eget produksjonskjøkken. Kjøkkenet produserer mat til pasienter på sykehjemmet, beboere i omsorgsboliger, samt hjemmeboende i området.

I prosess med utredning av fremtidig tjenestestruktur i sykehjemstjenesten, har HMS-gruppene blitt invitert til å levere forslag til fremtidig drift, herunder foreslå gradvis reduksjon av sykehjemsplasser, anbefale omsorgssenter/boligmodell for deres lokasjon, kartlegge bemanning og kompetanse og beskrive tjenesteinnhold og kompetansefordeling. HMS-gruppene ble valgt til å jobbe med dette, da de er bredt representert med tillitsvalgte, verneombud, ansatterepresentant og avdelingsleder, og representerer ansattes stemme.

På Stonglandet sykehjem formidlet tillitsvalgt i et forbund at deres ansatte ikke ønsket å bidra med å foreslå endring i driftsform til omsorgsboliger. Ansattegruppa var delt.

Forslaget fra HMS-gruppa ved Stonglandet Sykehjem peker på at Stonglandet bør bestå

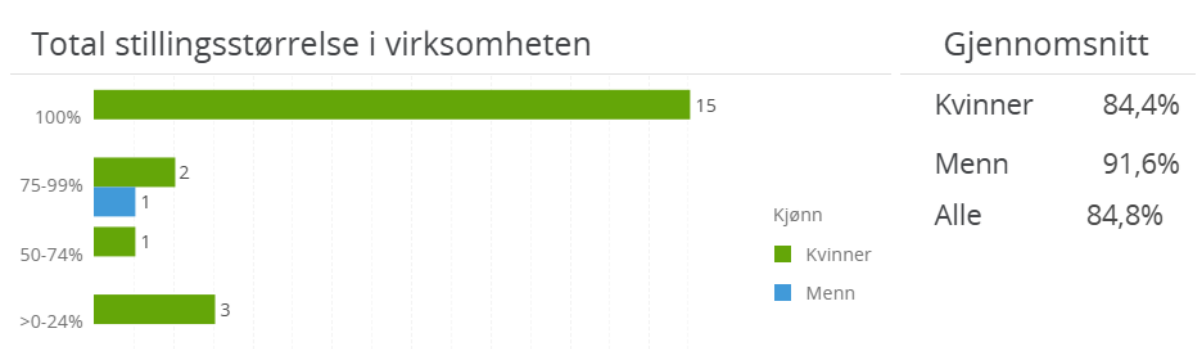
som sykehjem, og beskriver ikke fremtidig struktur eller organisering. I denne utredningen av fremtidig organisering etter omsorgssentermodellen, er det likevel forsøkt lagt hovedvekt på hvilken kompetanse og muligheter som finnes akkurat på Stonglandet, og det blir beskrevet mulig organisering ut fra bemanningssituasjon, tilgjengelig kompetanse, bygningsmessige forhold, samt befolknings- og bemanningsfremskrivning. HMS-gruppa har også bidratt i forhold til hva som er mulig og ønskelig å satse på hos dem, *hvis* det vedtas endring i drift.

Bemanningsanalyse

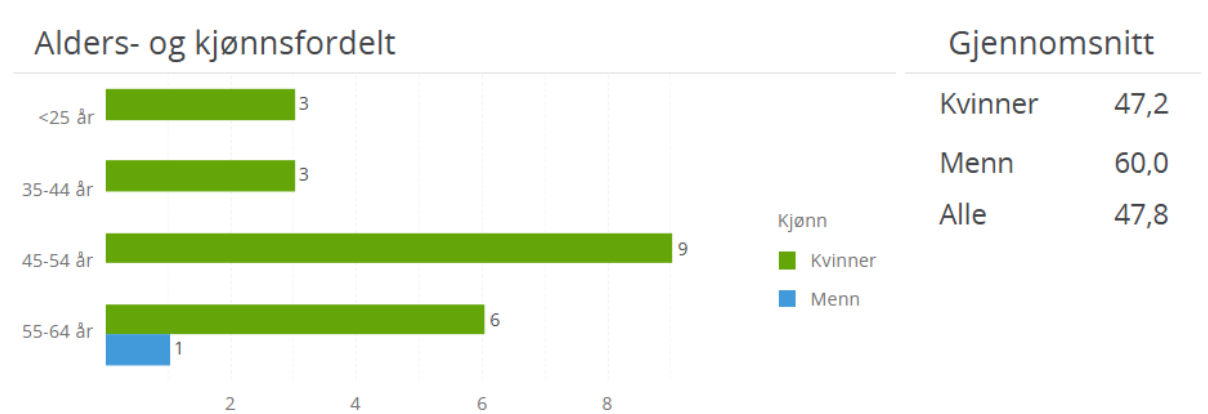
Sykehjemmet har 23,6 årsverk i budsjett (uten kjøkkenet). Av disse er 18,65 besatt, fordelt på 22 ansatte. Vikariater er også med i dette antallet.



Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 84,8%, det er en stor andel som har 100% stilling.

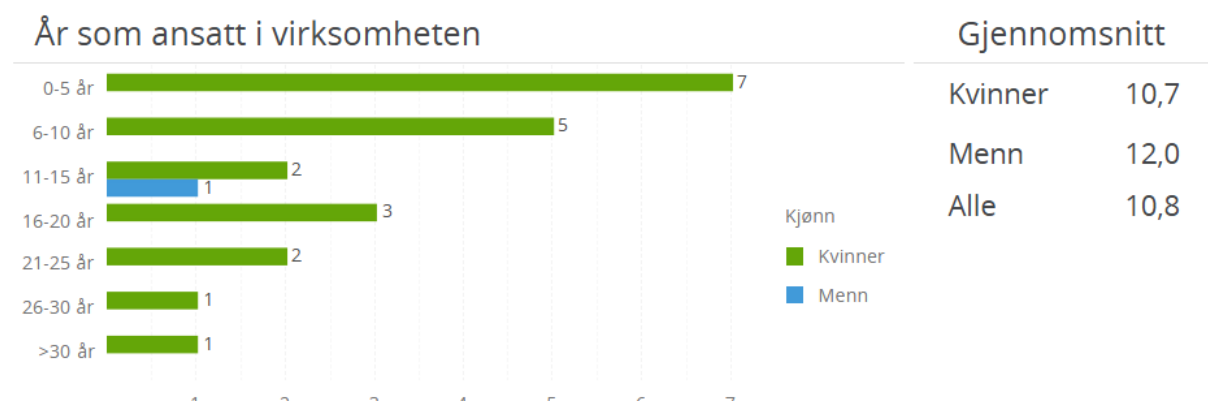


Gjennomsnittlig alder på ansatte er høy og 7 ansatte er i alder 55-64 år. 4-5 ansatte når alder hvor de kan gå av med pensjon i nær fremtid.



De ansatte på Stonglandet sykehjem har i gjennomsnitt jobbet 10,8 år. De siste 5 årene har det startet 5 nye ansatte i avdelingen. 4 stk har jobbet >20 år.

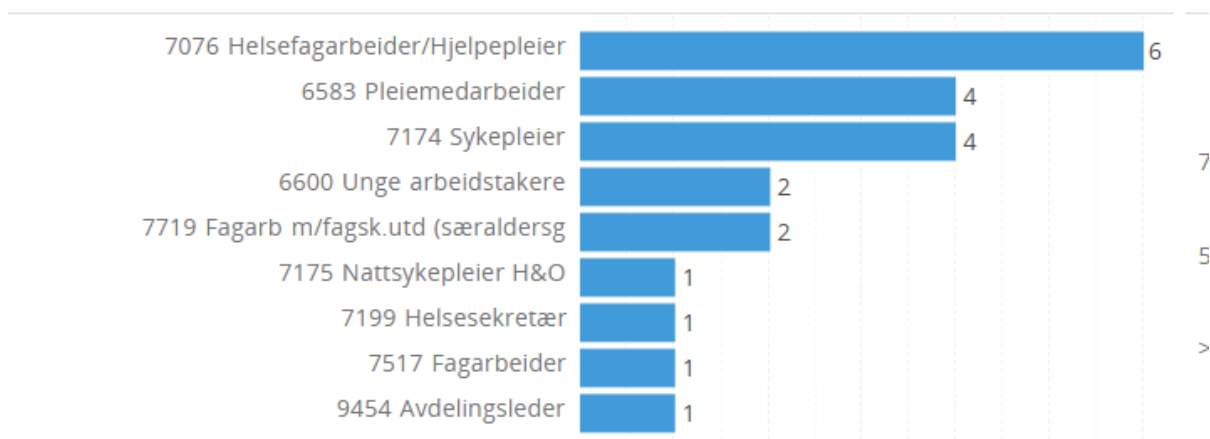
Det er for sykepleiere Stonglandet sykehjem har størst turnover. De siste månedene har 3 sykepleiere sluttet eller sagt opp.



Stonglandet sykehjem har 6 stillinger for sykepleiere. Pr tiden er det 5 sykepleiere ansatt, og 1 stilling er vakant etter at en sykepleier sluttet. Ytterligere 2 sykepleiere har sagt opp sine stillinger, slik at fra februar 2026 vil Stonglandet sykehjem ha 3 sykepleiere ansatt. 1 av de 3 sykepleierne har ren nattstilling, men dekker naturlig nok ikke alle netter. Sykepleierstilling var lyst ut i september/oktober 2025, uten søkere. Stillingene vil bli lyst ut på nytt.

Videre er det 7 fagarbeidere, 2 helsefagarbeidere med fagskole, 1 helsesekretær, samt 6 ufaglærte ansatt ved sykehjemmet.

Antall ansatte fordelt på stillingskoder

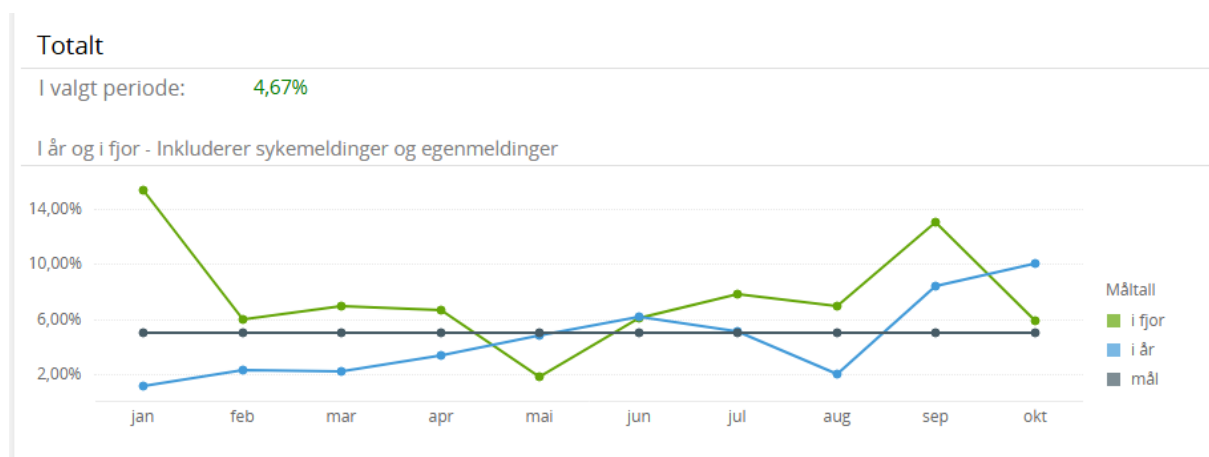


Flere ansatte har tatt kurset demensomsorgens ABC, og 2 helsefagarbeidere har videreutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri. I avdelingen ønsker de å øke kompetansen på rehabilitering. De har et tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut, som er faste dager på Stonglandet. Fysioterapeut har lokaler i samme bygg som dagens sykehjem.

Sykehjemmet har eget produksjonskjøkken. Kjøkkenet har 2,4 årsverk, hvorav 1,4 årsverk er vakant. Man har ikke lyktes å rekruttere kokk til tross for flere utlysninger, og har nå en assistent i 100% vikariat. Det er god tilgang på vikarer på pensjonistavtaler på kjøkkenet, slik at drift ivaretas.

Sykefravær og overtid

Det er lavt sykefravær ved Stonglandet sykehjem, pr oktober ligger fraværet på 4,67%



Når det gjelder overtid, er det et høyt forbruk ved sykehjemmet. I 2024 3346,5 timer, til pr 1. november 2577,85 timer.

Summer av Antall	Kolonnetiketter												
Radetiketter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Sum timer
2020	252,4	257,7	321,7	549,8	223,6	67,0	188,2	416,1	589,3	302,7	235,9	192,4	3 596,7
2021	275,1	163,2	151,1	118,5	314,8	237,6	223,3	339,4	398,1	282,3	486,0	437,4	3 426,7
2022	378,1	362,2	329,7	252,0	246,4	249,2	440,3	556,4	516,8	554,7	423,2	153,7	4 462,6
2023	333,5	206,6	193,0	182,1	292,9	345,1	335,0	377,5	638,0	308,5	346,2	299,5	3 857,9
2024	223,9	109,4	102,7	179,3	182,4	271,3	268,5	506,8	469,1	405,3	354,9	272,9	3 346,5
2025	252,1	179,1	75,3	119,0	272,4	334,2	349,9	350,7	309,4	335,9			2 577,9
Sum timer	1 715,1	1 278,2	1 173,6	1 400,7	1 532,4	1 504,4	1 805,1	2 546,8	2 920,6	2 189,4	1 846,1	1 355,9	21 268,2

Overtidsmengden gir grunn til bekymring med tanke på forsvarlig arbeidsmiljø, kvalitet og pasientsikkerhet. Det er ca. 7 vakante årsverk pr oktober 2025 og dekning av vakanser forklarer en del overtid. I 2025 ble det ikke benyttet vikarer fra byrå i ferieavvikling. Sykepleiergruppen var samstemte om å dekke sommeren selv, ved hjelp av bakvakter, fordi det sikrer kontinuitet og forsvarlighet i større grad enn de har opplevde med vikarbyrå. Dette kan også bidra til noe høyere overtid, samtidig ser man at overtidsbruk er høy gjennom hele året. Særlig sårbarhet knyttet til sykepleierkompetanse/vakanser, men overtid fordeler seg på flere stillingskoder.

Sum av Beløp	Kolonnetiketter										
Radetiketter	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	Totalsum
Pleiemedarbeider	27 422	41 668	15 489	40 750	42 385	62 579	87 581	92 095	61 470	96 591	568 029
Sykepleier	30 687	23 767	17 859	19 665	37 126	50 171	39 047	61 813	25 540	26 453	332 130
Helsefagarbeider/Hje	37 227	10 479	9 976	159	31 194	39 313	50 058	24 293	59 377	29 392	291 469
Fagarb m/fagsk.utd (	32 330	6 303		5 111	27 682	20 207	5 399	10 326	10 797	1 604	119 758
Nattsykepleier H&O	9 879	22 328			36 906	18 982				27 878	115 974
Fagarbeider	22 145	15 301	1 030	161	6 451	9 897	6 776	2 503		2 503	66 768
Avdelingsleder	9 002						946	8 640	22 139		40 727
Helsesekretær					4 705		3 708	9 686			18 099
Assistent						272	3 930	2 163		611	6 976
Vernepleier							5 819				5 819
Unge arbeidstakere									4 110		4 110
Totalsum	168 693	119 847	44 355	65 847	186 448	201 421	203 264	211 519	183 434	185 031	1 569 858

Drift

Stonglandet sykehjem et tverrfaglig miljø, med sykepleiere, vernepleier, helsefagarbeidere og samarbeid med fysioterapeut. Om lag 25% av ansatte er uten formell fagkompetanse. Det er lavt sykefravær, men høy overtidsbruk, som medfører belastning på ansatte. Det er særlig sårbarhet knyttet til sykepleierkompetanse, og en ser at når flere sykepleierstillinger står vakante, øker belastning på øvrige ansatte.

Stonglandet sykehjem har en adekvat grunnbemanning, og har innimellom tatt imot pasienter fra området i korttidsopphold selv om det har medført overbelegg.

Bygningsmessig står mye areal ubrukt. Bygget bærer i hovedsak preg av å være godt vedlikeholdt.

Til tross for rekrutteringsutfordringer, drives kjøkkenet i balanse i dag, og tilgang på vikarer er god.

Fremtidig organisering

I sitt bidrag har HMS-gruppen svart at de ønsker å beholde dagens drift som sykehjem, og at dette er viktig både for innbyggere og for ansatte. De ser likevel at hvis driftsformen i fremtiden skal være etter en omsorgssentermodell, så ønsker de å satse på **demensomsorg og rehabilitering**.

HMS-gruppa ønsker et "Levende Hus", med fokus på demensomsorg og rehabilitering. De har en felles stue kan brukes til **aktivitetstilbud for hjemmeboende demente**, i tillegg til større arealer i byggets 1.etasje som kan brukes til aktivitetstilbud, arrangementer mv.

De ønsker også å ha plasser til **avlastning**.

Stonglandet sykehjem sett sammen med hjemmetjenesten Stonglandet, utgjør en stor tjeneste, og det er potensiale til å utvikle **team-basert organisering av sykepleierressurser**, til å ha **akuttrom/korttidsrom** slik beskrevet i andre avdelinger, **aktivitetstilbud, hverdagsrehabilitering mv**. Det vurderes at det i en krevende rekrutteringssituasjon når det gjelder fagkompetanse, vil være gevinster å hente i samdrift i større grad mellom hjemmetjeneste og omsorgsboliger i dagens sykehjem, for eksempel med **felles sykepleierrute**

Stonglandet sykehjem har i dag eget produksjonskjøkken, som produserer mat til beboere og til hjemmeboende i området.

Det har vært lyst ut stilling som kokk i flere omganger, men man har ikke lyktes å ansette ny kokk. Kjøkkenet har 2,4 årsverk, og er i dag besatt av en kokk i 100% stilling, samt en assistent i 100% vikariat. Tilgangen på vikarer er god, da det er flere med pensjonistavtale som ønsker å jobbe som vikar på kjøkkenet. **Det er ikke foreslått eller gjort beregninger på å ta ned drift av kjøkken i denne utredningen**. Dette på bakgrunn av kjølekapasitet/vognrom på Sentralkjøkkenet Finnsnes sykehjem, samt at det vil bli kostbart med transport av mat både til beboere i fremtidige omsorgsboliger, samt til hjemmeboende i området. Det vil også bli nødvendig å se på løsninger for postkjøkken dersom maten ikke skal produseres lokalt.

Imidlertid peker rekrutteringsutfordringene på at man i fremtiden må se på løsninger for å utvide kapasitet slik at Sentralkjøkkenet kan overta produksjonen.

Det foreslås å omstille Stonglandet sykehjem fra sykehjem med 7 skjermede og 15 somatiske langtidsplasser, til **7 omsorgsboliger i bokollektiv for personer med demenssykdom, i tillegg til 10 ordinære omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning** i trinn 1, anslått Q1-27, med reduksjon til **7 omsorgsboliger i bokollektiv for personer med demenssykdom, i tillegg til 8 ordinære omsorgsboliger med stasjonær heldøgns bemanning**.

For å ytterligere styrke god ressursbruk, og fleksible tjenester med god kvalitet, er det mulig å utrede å slå sammen omsorgsboligene Belvik på Stonglandseidet, med de nye omsorgsboligene ved dagens sykehjem. Bellevy omsorgsboliger består av selvstendige boenheter i et bofellesskap. Hver enhet har sitt kjøkken, og det er ikke fellesområder som stue eller kjøkken/spiserom. Dette krever mer ressurser fra hjemmetjenesten, som må bistå hver enkelt med tilberedning med mat mv. Det rapporteres i tillegg en utfordring med gulvene på Bellevy, disse er myke, slik at beboere som bor der ikke kan ha behov for forflytningshjelpemidler som heis. Man kan eksempelvis se for seg at dagens enheter på Bellevy flyttes inn i sykehjemslokalene, som et trinn 3 i omstillingen. Bellevy vil da kunne brukes til omsorgsboliger med mulighet for punktvisse tjenester hele døgnet. Man vil da få en reduksjon av 6-7 heldøgns omsorgsboliger i området, men redusere sårbarhet ved få sykepleiere, og knapp tilgang på øvrig fagpersonell. Det vil også gjøre at beboere i større grad får være del av et sosialt fellesskap, og kan få måltidene tilberedt av personalet. Et eventuelt trinn 3 er ikke utredet, og er heller ikke tatt med i de økonomiske beregningene.

I dag er det en avdelingsleder for sykehjemmet og en avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester med omsorgsboliger på Stonglandet. Stonglandet hjemmetjeneste har 18,5 årsverk fordelt på ca. 19 ansatte. I drift som omsorgsboliger er det anbefalt å organisere driften som en tjeneste – hjemmebaserte tjenester og omsorgsboliger. Det vil da bli naturlig å se på lederstruktur. Omstilling, antall ansatte i tjenesten, antall omsorgsboliger/tjenestemottakere mv. bør være førende for lederstruktur, her kan man sammenligne med andre avdelinger i forhold til lederspenn. Fra HMS-gruppa pekes det på at det bør beholdes 2 avdelingsledere, med hensyn til størrelse på avdelingene. Endring i lederstruktur er ikke tatt med i de økonomiske beregningene.

Behov for bygningsmessige endringer

I foreslåtte tiltak er det ikke nødvendig med store bygningsmessige endringer. Imidlertid har Stonglandet sykehjem en ikke ubetydelig bygningsmasse, som er godt vedlikeholdt. Det er mulig å etablere 2-3 boenheter av litt størrelse i byggets 1. etasje, med eget kjøkken og soverom, hvor for eksempel ektepar kan bo sammen. Her kan man få punktvisse tjenester, og nærhet til hjemmetjenestebase, for ekstra trygghet. Det er et større areal som kan brukes til arrangementer, dagtilbud med mer. Det er også rom for å etablere et felles areal for hjemmetjenestebase i bygget.

Byggets størrelse og størrelsen på tjenesteområdet, gjør at det ville være spennende å utforske et samarbeid med Husbanken i forhold til utvikling og fremtidig drift av bygget som omsorgssenter. Dette vil imidlertid føre til større investeringskostnader, da Husbankens tilskudd ikke dekker alle utgifter.

Økonomiske beregninger

	Døgnyrtime hjemmebasert omsorg			
Omsorgsboliger		Stonglandet trinn 1 - Q1-27	Stonglandet trinn 2 - Q1-29	
Sykepleier	Dag	1	1	
	Kveld	1	1	
	Natt			
Fagarbeider	Dag	2	1	
	Kveld	2	2	
	Natt	1	1	
Assistent	Dag	2	1	
	Kveld	1	1	
	Natt	1	1	
Antall plasser omsorgsboliger		17	15	
Hjemmetjenester til brukere i egen heim er kalkulert inn i bemanningsoversikten				
Årsverk u/nattevakt		14.04	10.92	
Årsverk totalt - forslag		18.54	15.42	
Årsverk 2026 (budsj Framsikt)		23.61	23.61	
Reduksjon i årsverk		5.07	8.19	

	Regnskap 2024	Budsjett 2026	Trinn 1 - Q1-27 Oms.bolig 17 pl.	Trinn2 - Q1-29 Oms.bolig 15 pl. + 2 store med punktvisse tj.
32500 Stonglandet sykehjem				
1 Fast lønn	12,322,672	13,570,387	9,934,325	8,351,969
1.2 Avtalefestede tillegg	1,996,922	2,935,543	2,499,128	2,111,204
2 Variabel lønn	4,436,782	2,371,000	2,018,513	1,705,192
3 Sos. lønnsutg.	3,264,747	3,990,080		
Pensjon 16 %			2,312,315	1,946,938
Arbeidsgiveravgift 5,1 %			854,978	719,880
Sum lønn inkl. sos. utg.	22,021,123	22,867,010	17,619,259	14,835,183
4 Konsulentttjenester/Innleie vikarbyrå	842,667	30,000	0	0
5 Andre driftsutgifter	813,079	925,920	740,736	740,736
5.2 Medikamenter	388,242	403,000	0	0
5.3 Medisinsk forbruksmateriell	429,106	529,000	408,773	408,773
5.5 Matvarer	10,911	120,000	0	0
Sum andre driftsutgifter	2,484,005	2,007,920	1,149,509	1,149,509
6 Brukerbetaling	-5,453,584	-4,367,200	-132,192	-132,192
Husleie (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-1,020,000	-1,068,000
Full pensjon (kost) (må tas med for å gi sammenligningsgrunnlag mot vederlagstrekk)			-1,470,585	-1,297,575
7 Refusjoner	-9,229	0		
9 Ref syke/fødselp	-268,598	0	0	0
Sum inntekter	-5,731,411	-4,367,200	-2,622,777	-2,497,767
Totalsum	18,773,717	20,507,730	16,145,991	13,486,925

Vurdering

Med bakgrunn i demografisk utvikling, bemanningssituasjon og tilgjengelig kompetanse, er det mulig å **omstille Stonglandet sykehjem til 10 heldøgns bemannede omsorgsboliger, og i tillegg 7 boenheter tilpasset mennesker med demenssykdom i trinn 1, til sammen 17 boenheter. Reduksjon til 15 omsorgsboliger samlet i trinn 2.** I tillegg, eller inkludert i de aktuelle omsorgsboliger, er det mulig å opprette **avklarings/akutt/korttidsplasser**, slik beskrevet ved Skaland og Sifjord sykehjem.

Det skisseres at omstilling gjennomføres i **2 trinn, hhv 2027 og 2029.**

Omstillingen vil tilpasse driften i større grad til tilgjengelig bemanning og kompetanse, og vil bidra til å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø, kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenestene.

Drift etter omsorgssentermodellen med avlastning og korttidsopphold, vil bidra til å ivareta beredskap, og gjøre at innbyggere i større grad kan ivaretas lokalt når sykdom, skade eller forverring av allmenntilstand gjør at de får økt omsorgsbehov i kortere perioder. Det vil også avlaste korttidsavdeling, og bidra til å sikre pasientflyt innad i kommunen og med tanke på utskrivningsklare pasienter fra UNN.

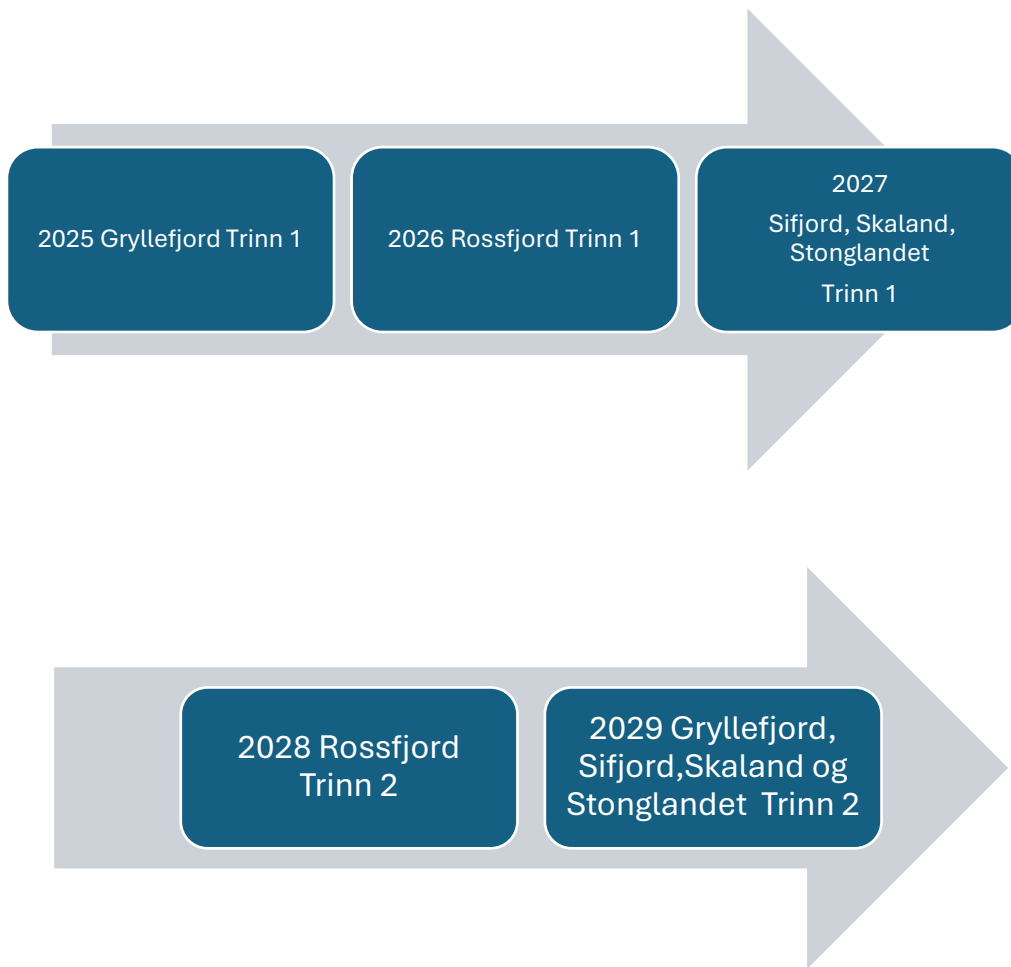
I en fremtidig drift som omsorgssenter, vil **samdrift mellom hjemmetjeneste og nye heldøgns omsorgsboliger** gi flere fordeler i forhold til ressursfordeling, og muligheter for å opprette egen sykepleierrute for optimalisering av ansvars- og oppgavedeling.

Samlet vurdering

- En omstilling fra sykehjem til omsorgssentermodell vil gjøre at drift i større grad er tilpasset tilgjengelige personellmessige og økonomiske ressurser
- En reduksjon av antall pasienter i alle sykehjem i distrikt vil også medføre disse effektene, men ikke i like stor grad bidra til å styrke tjenestetilbudet til hjemmeboende
- Utvikling og kompetanseheving er også i fremtiden viktig for å bevare beredskap, kvalitet og faglig forsvarlighet i helse og omsorgstjenestene i distrikt
- Det er et stort behov for et tjenestetilbud på lavere nivå enn sykehjem, omsorgsboliger med heldøgns bemanning, også for mennesker med demenssykdom i Senja kommune
- Det er et stort behov for dagaktivitetstilbud for mennesker med demenssykdom i distrikt (lovpålagt oppgave)
- Befolkningsutvikling og demografisk framskrivning tegner et utfordrende utsiktsbilde for rekruttering og bemanning i helse og omsorg, og det er behov for å ta i bruk teknologiske løsninger og gjøre strukturelle endringer for å sikre bærekraftige tjenester i fremtiden
- Videre drift må hensynta faktisk tilgjengelig arbeidskraft, formell og uformell kompetanse

En fremtidig tjenestestruktur bør ta utgangspunkt i nasjonale føringer, framtidige behov og lokale ressurser. Målet er å skape et helhetlig og bærekraftig tjenestetilbud der eldre kan bo lengst mulig hjemme eller i omsorgsbolig, samtidig som de får trygghet, nærhet og hjelp på riktig nivå når behovet oppstår.

Forslag til omstillingstakt



Beregnet besparelse totalt

	Trinn 1	Trinn 2
Totalt innsparing	17,220,902	32,094,856
Innsparing i:		
2026	5,185,250	
2027	12,035,652	
2028		6,140,746
2029		25,954,110

Referanser

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven):

<https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie:

<https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

<https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

Helsepersonelloven med kommentarer:

[Krav til organisering og virksomhet - Helsedirektoratet](#)

Omstillingssak 2022 – Senja kommune