








































# Høringsinnspill PLO plan 2025

|  Navn  | Endret     | Endret av     | Filstørrelse | Deling   |
|---|------------|---------------|--------------|--|
|  Annelise V Johansen.docx  | 13. januar | Arne Bangstad | 22,7 kB      |  Delt   |
|  Anonymt innspill.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 22,8 kB      |  Delt   |
|  Bodil Sørå.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 25,6 kB      |  Delt   |
|  Fagarbeidere NBBS Kjøkken.docx  | 14. januar | Arne Bangstad | 21,9 kB      |  Delt   |
|  Fagforbundet - kjøkken Kolvereid.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 24,0 kB      |  Delt   |
|  Felles innspill NSF og Fagforbundet Nærø...<br>...  | 14. januar | Arne Bangstad | 1,43 MB      |  Delt   |
|  Jens Petter Strandvahl.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 23,9 kB      |  Delt   |
|  Karin Helmersen.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 19,7 kB      |  Delt  |
|  Kolvereid Sanitetsforening,...<br>...   | 13. januar | Arne Bangstad | 14,0 kB      |  Delt |
|  Liv Moe.docx  | 13. januar | Arne Bangstad | 23,8 kB      |  Delt |
|  Mary Hopen Klingen.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 21,2 kB      |  Delt |
|  NSF og Fagforbundet ved NBBS.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 14,5 kB      |  Delt |
|  Nærøysund Demensforening.pdf  | 13. januar | Arne Bangstad | 95,1 kB      |  Delt |
|  Nærøysund Senterparti.docx  | 13. januar | Arne Bangstad | 19,9 kB      |  Delt |
|  Nærøysund SV.docx   | 13. januar | Arne Bangstad | 25,1 kB      |  Delt |
|  Randi Tanberg Finne.docx  | 15. januar | Arne Bangstad | 18,0 kB      |  Delt |
|  Skjolden Sanitetsforening.docx  | 13. januar | Arne Bangstad | 20,0 kB      |  Delt |
|  Åshild Opsjøn.docx  | 13. januar | Arne Bangstad | 20,4 kB      |  Delt |

## Innspill - Torger Hundseth

Ovenstående 19 innspill er innarbeidet i dette dokument. Frist for innspill var 13. januar, noen innspill kom etter fristen, men allikevel valgt medtatt.

## Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| Innspill til Pleie og omsorgsplan 2025 – 2035 – Annelise V Johansen ..... | 3  |
| Anonymt innspill.....   | 8  |
| Innspill – Bodil Sørå .....   | 10 |
| Innspill – Fagarbeidere NBBS kjøkken .....                                | 13 |
| Innspill – Fagforbundet/tillitsvalgt .....                                | 15 |
| Felles innspill – NSF og Fagforbundet .....                               | 18 |
| Innspill - Jens Petter Strandvahl .....                                   | 21 |
| Innspill – Karin Helmersen.....   | 24 |
| Innspill fra Kolvereid Sanitetsforening .....                             | 25 |
| Innspill – Liv Moe.....   | 26 |
| Innspill – Mary Hopen Klingen .....                                       | 28 |
| Innspill fra NSF og Fagforbundet ved NBBS.....                            | 30 |
| Innspill fra Nærøysund Demensforening .....                               | 32 |
| Innspill fra Nærøysund Senterparti .....                                  | 34 |
| Innspill fra Nærøysund SV .....   | 39 |
| Innspill fra Randi Tanberg Finne.....                                     | 41 |
| Innspill Skjolden Sanitetsforening .....                                  | 43 |
| Innspill fra Åshild Opsjøn.....   | 46 |
| Innspill - Torger Hundseth .....  | 47 |

## Innspill til Pleie og omsorgsplan 2025 – 2035 – Annelise V Johansen

Betraktninger til formelle omstendigheter:

Denne planene skulle i utgangspunktet være en utredning og mangler dermed forankring i kommunes planstrategi.

Den fremstår mer som en blanding av rapport og beslutningsdokument enn en plan, og er langt unna en utredning da alternativer, drøftinger og økonomiske beregninger er mangelvare.

Det er ikke utarbeidet og vedtatt et planprogram og det er ikke nedsatt en arbeidsgruppe bestående av administrasjon, tillitsvalgte, folkevalgte og brukere. Oversiktsdokumentet som beskriver utfordringsbildet i Nærøysund kommune er det ikke henvist til.

HUNT undersøkelsene som har mange opplysninger om helsetilstanden i Nærøysund kommune; sykkelighet i befolkningen mm, er ikke nevnt som et utgangspunkt for å utrede behovet for helsetjenester i Nærøysund kommune. Her sitter man på en meget god kilde i forhold til utfordringsbildet som skal danne grunnlaget for planleggingen av fremtidige pleie og omsorgstjenester.

Det savnes resonnementer, begrunnelser og faglige argumenter for påstandene i planen. Medvirkning av ansatte og brukere er ikke gjennomført, kun orienteringer og at de er forelagt dokumentet underveis uten tilstrekkelig mulighet til å få svar på spørsmål og/ eller til å delta i diskusjoner på en reell måte. Det påstås fra ansatte at ingen innspill fra deres side er innarbeidet i planen.

### **Velferdsteknologi**

Velferdsteknologi ansees å være nødvendig hjelpemiddel, men det savnes kostnadsoverslag og kostnader i forbindelse med implementering av systemene i ordinær drift og en forklaring på hvordan det vil fordre organisasjonsmessige endringer.

### **Institusjon**

Graf s. 11 viser til at Nærøysund kommune har flere innbyggere over 80 år i institusjon enn sammenlignbare kommuner.

- Har Nærøysund kommune flere innbyggere over 80 år i befolkningen sammenlignet med ovennevnte kommuner?
- Befolkningssammensetning i forhold til bosettingsmønster i kommunen er ikke beskrevet. Hvor i kommunen bor de eldste eldre?
- Tar Nærøysund imot utskrivningsklare pasienter i større grad enn disse kommunene?
- Er de geografiske forholdene tatt med i betraktningen?

Det vises ikke til en beregning på kostnaden ved hjemmebasert tjeneste ved høyt behov for helse og omsorgstjenester kontra kostnaden på tilsvarende tjeneste i institusjon, når brukere bor i eget hjem langt unna basen for hjemmesykepleie.

Lav dekningsgrad på institusjonsplasser kan føre at det blir dyrere å gi helse - og omsorgstjenester i egen bolig når kommunen er svært grisgrendt.

Sett i den sammenhengen stilles det spørsmål ved at det er sykehjemmet på Rørvik som foretrekkes til **korttidsplasser**, der det vil være mest kostnadseffektivt å tilby omfattende hjemmebaserte tjenester - i og med at det er det tettest befolkede området i kommunen og dermed korte avstander og responstid. Det vil også være tryggere for syke pasienter og pårørende å ha nær tilgang til helse og omsorgsbasis når de bor i eget hjem.

### **Demografi**

Kolvereid med omliggende område er det område med høyest andel eldste eldre, og bør derfor være den plassen hvor det er flest sykehjemsplasser, slik at de eldre får bo i sitt nærmiljø og i nærheten av nære pårørende i den grad det er mulig. Og med større avstander mellom innbyggerne i Nærøydelen av kommunen vil det være den kommunen hvor det er mest kostbart å satse tyngst på hjemmebaserte tjenester. Det er viktig å være oppmerksom på at innbyggerne har rett på å få hjelp i eget hjem og kan ikke tvinges til å flytte. Noen vil rett å slett ikke i ha økonomisk mulighet til det.

De som er lengst på institusjon er de som er demente, og for at disse pasientene skal kunne bo i sitt nærmiljø og i nærheten av sine nærmeste bør **dementavdeling** og **langtidsavdelinger** være på både på Kolvereid og Rørvik. Dette er for å opprettholde livskvaliteten og verdighet til pasientene lengst mulig og legge til rette for at pårørende, som i enkelte tilfelle er en viktig ressurs for pasienten, har best mulig forutsetning for å være tilstede på sykehjemmet. Pasienter med demens er utbredt og økende og kunnskap om demens bør være grunnleggende i alle helse og omsorgstjenester.

Hvordan jobbe etter miljøtiltak og personsentrert omsorg for demente? Hvilke kompetansetilbud er tenkt for ansatte i demensomsorgen?

Er det tenkt forsterket plass for utagerende pasienter?

Det savnes oversikt over tjenester til yngre demente i planen..

Hvorfor benyttes grafer som er misvisende? (s. 12, 18/19 )

Det påstås i planen at heldøgns omsorg blir rimeligere, men hva blir rimeligere? Det savnes en grundig beregning for denne påstanden. Andre kommuner erfarer at dette ikke er bare dyrere for kommunen, mer byråkratisk og gir et dårligere tilbud for pasientene.

Det som beskrives i planen; for eksempel: «Institusjoner må ofte tilby individuell omsorg » ?

Individuell omsorg er noe som skal ytes til alle pasienter uansett hvor i omsorgstrappen de befinner seg.

«Reguleringer og standarder i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg setter en rekke krav som er kostnadskrevende»

Hvorfor argumenteres det da for at heldøgns omsorg i egen bolig er rimeligere?

Og hva blir rimeligere?

Videre står det at kommunen mangler boliger for pasienter med store hjelpebehov?

Gjør kommunen det og i så fall; hvor mange og hvor?

Ang punkt 3.3: grafen viser at Nærøysund har en relativ høy andel av innbyggerne over 80 år på institusjon. Viser grafen både korttidsopphold og langtidsopphold eller bare langtidsopphold?

Hvilken kompetanse er tenkt i heldøgnsomsorgshybler?

Hvor mange plasser er tenkt til langtid/omsorgshybler?

Graf punkt 4.3 viser økning i antall innbyggere under 67 år som mottar tjenester. Det begrunnes med HVPU reformen, hva med rus/psykiatri brukere?

Det står at pasienten får mer tilpasset tilbud i heldøgns omsorg i egen bolig, dette er et motsigelse til forrige avsnitt: «Institusjoner må ofte tilby individuell omsorg»

Vurderingene av arbeidsoppgaver og meroppgaver som følger av å flytte pleiekrevende pasienter ut av institusjon til eget hjem (heldøgns bolig) er ikke beskrevet, med unntak av oppgavene som da er overlatt til brukeren selv, men som denne høyst sannsynlig ikke vil klare å utføre selv: Kjøpe mat, medisiner, medisinsk forbruksmateriell, vask av tøy, snøbrøyting, betale regninger, organisere og evt. ledsage til legebesøk og sykehusbesøk med videre..

Omsorgstrappa har vært benyttet i kommunene i 40 år og er velkjent og godt innarbeidet i alle tidligere planer og utvikling.

Mange av tiltakene i planen er omtalt i eksisterende «plan for hjemmebaserte tjenester 2022- 2025»

### **Dedikerte plasser for ø- hjelp**

Kompetanse for sykepleiere innen ø-hjelp er det tenkt avansert, klinisk sykepleie, det er bra!

Skal disse plassene stå tomme når behovet for ø- hjelp ikke er der?

Skal de bemannes med egen bemanning?

Hvilken fleksibilitet og utnyttelse av kompetanse gir det?

Det må være ø-hjelp både på Kolvereid og Rørvik, da kompetansen hos helsepersonellet i forbindelse med alvorlig sykdom bør være tilstede på begge sykehjem. Det er legevakt som legger inn og den stedlige legevakten har bedre tilgang til pasienten når pasienten legges inn på sykehjemmet der legevakten befinner seg. Erfaringsmessig er det legevakt på Kolvereid ¾ av all legevakt..

Legekontoret er også i nærheten på Kolvereid, men det er kanskje forutsatt at det legges ned? Det står at legekontoret er nært på Rørvik i «planen»..

### **BYGNINGSMESSIGE UTBEDRINGER**

Bygningsmessige endringer og ombyggingsbehov omtales i planen; hvorfor og hva dreier det seg om? Hvilke kostnader er beregnet i så fall?

### **TRANSPORT**

Når hjemmeboende skal benytte aktivitetstilbud, dagtilbud, måltidsfelleskap – hvordan tenkes transport i denne sammenheng?

## **KJØKKEN**

### **Kok/ kjøl**

Metoden er en metode som krever personell 5 dg pr. uke

Det er ikke nødvendig med personell på kveld, helg og helligdager

Personellbehovet er ca. 2/3 av personellbehovet etter metoden kok/server, i tillegg kommer kveld, helg og helligdagsgodtgjørelse ved kok/server metoden.

I planen er det ikke kostnadsberegninger for de ulike metodene.

### **Beredskap:**

Ved Kok/kjøl metoden kan kommunen ha middag i beredskap for 3 dager, slik at det ved strømstans , kritiske situasjoner kan være uten bemanning på kjøkkenet

Man har ferdig middager og man kan evt. omdisponere kjøkkenpersonalet til andre oppgaver ved kritiske situasjoner

Ved å velge kok/kjøl kan man benytte ressursene(de «ledige»1/3 ressursene i f t kok/server) til å ha ernæringskompetanse på avdelingskjøkkenene som sammen med pasienter og personalet kan arbeide pasientnært og sørge for gode måltid fellesskap som beskrevet som en av de 5 viktige områdene i «Meld. St. 15 (2017–2018) **Leve hele livet — En**

### **kvalitetsreform for eldre**

Når maten blir ferdigstilt på avdelingskjøkkenet( i avdelingen) vil matopplevelsen - lukt og synsopplevelse - bli en assosiasjon til *hjemlighet* som også beskrives som en viktig kvalitet. Bemanningssituasjonen i de hjemmebaserte tjenester ved dreining fra institusjon til hjemmebaserte tjenester beskrives ikke

**Aktivitetshuset** på Rørvik er ikke nevnt i planen, selv om det er et viktig del av tilbudet til hjemmeboende, og det vil være naturlig å planlegge tjenester for hjemmeboende som ikke kommer seg til aktivitetshuset, slik at aktivitetshuset kan være en arena for fellesskap og bedret livskvalitet. Ensomhet er som kjent en av de største helsemessige utfordringene i samfunnet i dag. Med Aktivitshuset på Rørvik har man et godt utgangspunkt for gode sammenhengende hjemmetjenester, samt at korte avstander gir bedre mulighet til rimeligere og rasjonell transport for de som trenger det.

### **Økt trykk på sykehus**

Eldrebølgen kommer for fullt de nærmeste årene og vil medbringe et enormt trykk på sykehusene i landet, det er beregnet at det vil utgjøre et behov som tilsvarer det doblete av det som er i dag. Det er ikke sannsynlig at sykehusene dobler sin kapasitet, og kommune må derfor håndtere denne veksten av syke. Denne økningen i behov er ikke beskrevet i planen.

### **Rehabilitering**

Nærøy bo og behandlingssenter har hatt rehabiliteringsavdeling i over 20 år, som med fysioterapi - og ergoterapitjenester sammen med annet helsepersonell bygd opp rutiner og erfaring på dette feltet i denne perioden. Dette legges det ikke vekt på i planen? Det samme gjelder hverdagsmestring som også har vært innført i mange år.

### **Forebyggende arbeid**

Det er nevnt lite om forebyggende arbeid i planen: hvordan jobbe for at eldre skal klare seg mest mulig selv.

**Brukerkontor bestiller – utfører**

Det er uheldig at brukerkontor ikke er fristilt organisatorisk fra enhetsstrukturen da det skal ha vedtaksmyndighet overordnet ledere i enheter for å ha habilitet i saker som behandles for de ulike enheter. For publikum er det enklere at søknader om helse og omsorgstjenester går til ett kontor. Brukerkontoret skal ha en selvstendig rolle, sikre at alle behandles likt og i tråd med lover og regler. Kommunen har også informasjons- og veiledningsplikt som best ivaretas av brukerkontoret. Brukerkontoret skal være den plassen befolkningen kontakter i forbindelser med tildeling av helse- og omsorgstjenester og ved evt. klagebehandling på vedtak.

Retningslinjer for samarbeid og utøvelse er viktig og det samme er forventningsavklaring i forhold til tjenesteomfang.

Tildelingskriteriene kan gjennomgås, men det er en forutsetning at det blir gode prosesser der ansatte, brukere og politikere involveres.

*Foldereid 12.01.2023*

*Mvh Annelise V. Johansen*

*Mulig fremtidig bruker av helse og omsorgstjenester i Nærøysund kommune.*

## Anonymt innspill

### Høringsinnspill til pleie- og omsorgsplanen: Alvorlige bekymringer vedrørende habilitet og prosessens integritet

Jeg sender dette innspillet som en reaksjon på forslag til pleie- og omsorgsplanen, utarbeidet gjennom prosjektet «Dreining fra institusjon til heldøgns omsorg». Jeg ønsker å rette sterk kritikk mot arbeidsgruppens sammensetning, prosessens integritet og mangelen på åpenhet rundt kritikkverdige forhold.

#### **1. Habilitet og personlige relasjoner**

Arbeidsgruppen, som har hatt ansvar for utarbeidelsen av planen, fremviser flere habilitetsproblemer som svekker tilliten til arbeidet. Flere av medlemmene i gruppen har tette personlige relasjoner til sentrale aktører i kommunens øverste administrasjon og politiske ledelse. Enkelte av disse forbindelsene er av en slik karakter at de kan oppfattes som inhabilitetsgrunnlag, og det gir grunnlag for å stille spørsmål ved upartiskheten i gruppens arbeid. Videre har minst én deltaker mulige fremtidige karrieremuligheter som direkte kan bli påvirket av planens gjennomføring, noe som ytterligere bidrar til et inntrykk av interessekonflikt.

I henhold til forvaltningsloven § 6 om habilitet, er det et krav at enhver som deltar i utarbeidelsen av offentlige beslutninger, ikke har personlige eller økonomiske interesser som kan svekke tilliten til deres upartiskhet. Det er åpenbart at dette prinsippet ikke er tilstrekkelig ivaretatt i dette tilfellet.

#### **2. Manglende tillit blant befolkningen**

Det har vært omfattende protester og kritikk fra befolkningen mot arbeidet som har blitt utført. Til tross for dette har kommunen demonstrativt ignorert denne misnøyen. Dette er i strid med kommunelovens §2-3, som legger vekt på at kommunens virksomhet skal være preget av åpenhet, medvirkning og tillit.

Ved å overse kritiske innspill fra innbyggere har kommunen i praksis fratatt store deler av befolkningen muligheten til reell medvirkning i denne viktige prosessen. Dette svekker ikke bare legitimiteten til planen, men også tilliten til kommunens styringsorganer.

#### **3. Forslag om umiddelbar stans i prosessen**

Basert på ovennevnte forhold, ber jeg om at:

1. **Høringsutkastet trekkes tilbake** inntil habilitetsforholdene er grundig gjennomgått og en ny arbeidsgruppe er opprettet, bestående av personer som ikke har nære bindinger til politisk eller administrativ ledelse i kommunen.
2. **Kommunen vurderer å hente inn en uavhengig ekstern aktør** for å sikre en mer rettferdig og transparent prosess.
3. **Involvering av innbyggere og interesseorganisasjoner styrkes** gjennom åpen dialog og offentlige møter, slik at planen kan reflektere befolkningens faktiske behov og ønsker.



#### **4. Presedens og rettspraksis**

Jeg viser til prinsipper om habilitet og god forvaltningsskikk nedfelt i flere saker behandlet av Sivilombudet og KOFA. I Sivilombudets sak 2015/1239 ble det fastslått at bindinger som kan skape tvil om en aktørs upartiskhet, er tilstrekkelig til at vedtak kan anses ugyldige. Videre påpekes det i KOFA-sak 2021/11 at det er avgjørende for offentlig tillit at alle aktører i slike prosesser vurderes grundig med hensyn til habilitet.

Det er kritisk at Nærøysund kommune tar dette på alvor og iverksetter tiltak for å rette opp i de betydelige tillits- og habilitetsutfordringene som har preget denne prosessen. Jeg forventer at dette innspillet tas med i den videre behandlingen.

*På grunn av kommunens utbredte sanksjonering av ansatte og andre som fremmer kritikk, sendes brevet anonymt i frykt for represalier !*

## Innspill – Bodil Sørå

### Innspill angående utkast til ny «pleie og omsorgsplan» - Bodil Sørå

Jeg har med interesse lest utkastet til ny plan. Planens mål er dreining fra institusjon til heldøgns omsorg. Etter å ha satt meg inn i det 65 sider lange utkastet, er jeg fortsatt usikker på hva det ligger i begrepet heldøgns omsorg. Hva innebærer heldøgns omsorg? Er det ikke det som gis av tilbud i dag? Om det er hjemme eller på institusjon? Mine tanker går mot at det menes at langt flere skal bo hjemme, og koste sin egen alderdom ved kjøp av tjenester av kommunen?

Jeg synes ikke utkastet til framtidig eldreomsorg er spesielt framoverlent eller framtidsrettet.

Hvorfor tenker jeg det? Jeg vil fortelle om min mor og tanker om hvordan jeg vil tilbringe mine eldre dager.

Min mor er 86 år. Hun har en alvorlig sykdom, men ønsker å bo hjemme. Hennes generasjon bor gjerne på samme plassen hele livet. Hennes generasjon eldre flytter nødvendig, det krever endringer de føler er utrygge og gjør store endringer i livet. Det er tryggest hjemme i bygda hun har bodd i det meste av livet. Eller i ei leilighet.

Hun har hjelp av hjemmesykepleien 3 ganger daglig. Det skulle vært fire, men det er det meste de får til. I tillegg har hun stor hjelp av familien som hjelper med:

- System for avfall, hun kan ikke gå til punktet renovatørene henter.
- Ved søknad, fått flyttet postkasse ved inngang. Om det ikke er brøytet tilstrekkelig, kommer ikke posten.
- Søkt om alarm, familiemedlemmer er kontaktpersoner.
- Sørget for brøyting av lokal bonde. Ganske kostbart.
- Ikke fått noen til å strø ved holke, familiemedlemmer prøver å ordne etter beste evne.
- Vi ordner med økonomien; betaler regninger, gir til gaver o.l.
- Ordner med nødvendig reparasjoner i huset om det er nødvendig.
- Tar ansvar for uteområdet, plen, hage og annet det innefatter.
- Er med på sykehus, optiker og lege, hun kan ikke reise alene.
- Handle mat og annet hun trenger.
- Gjør huslig arbeid.
- Har kontakt med familiemedlemmer som bor andre steder i landet.
- Tar henne med på sosiale aktiviteter når hun er i form til det. Som IKKE er en fast dag i uka.
- Besøker henne så ofte vi kan.

Likevel kan dagene bli lange uten mye menneskelig kontakt. Jeg tar ikke med hjemmesykepleieren her. De gjør sin jobb, og drar igjen, de har et stramt tidsskjema. Alt det et menneske trenger for et normalt liv i eget hjem, hjelper vi henne med. Vi er mange, men vi kjenner på at det krever mye av oss. Også i form av engstelse for henne om

det kan skje henne noe, og at hun ikke får trykket på alarmen. Dette er ikke unikt for oss, vil jeg tro.

Hvordan ønsker jeg å tilbringe min alderdom?

Om noen år er jeg på min mors alder. Jeg har, slik mange i min generasjon, flyttet litt rundt i livet. Jeg har erfart at det er ikke skummelt eller utrygt. Vår generasjon er bereiste, tar del i sosiale aktiviteter i en langt større grad enn vår foreldre. Vi har ikke opplevd den nøysomhet og livsstil som våre foreldre hadde.

Jeg vil tilbringe mine eldre dager i felleskap med andre. Ha et eget krypinn med plass til noen personlige eiendelen. Det nevnes hybel. Hvor stor er den tenkt? Tenkte jeg var ferdig med å bo på 8 kvm; med plass til sengen, et skap og en pult og et lite tekjøkken? Men en leilighet er heller ikke nødvendig, slik jeg ser det. En mellomting. Eller om nødvendig sykehjemsplass. Tilgang til felles stue, kantine og arbeidsstue der jeg kan slå av en prat med andre, drive med aktiviteter som gir meg mening og livsglede. *Når jeg ønsker det.* Se liv og røre rundt meg. Jeg vil ikke sitte alene i et hus eller leilighet og kanskje se hjemmesykepleieren en dag i uka. I tillegg får jeg kanskje et tilbud om aktivitet en gang i uka, som jeg blir hentet til. Kanskje er jeg ikke så bra denne dagen. Da må jeg vente til neste uke. Eller tilbudet ikke er noe jeg synes om. I tillegg er det frivillige organisasjoner som gjør en flott jobb, som bidrar med aktiviteter. Men jeg vil ha valgfrihet. Faste dager, faste aktiviteter er kanskje ikke det mange ønsker. Jeg tenker mine ønsker er å ivareta eldre på en god måte.

Nå er min mor heldig, hun har sine barn rundt seg. Vi er godt fornøyd med tilbudet hjemmesykepleien gir. De har et stort arbeidspress, og en utfordrende hverdag. De kjører rundt i en arealmessig stor kommune, under alle slags værmessige forhold. Nylig opplevde vi forsinkelse da det hos en annen hjemmeboende ikke var brøytet og bilen kjørte seg fast. Da ble det å vente en time på hjelp, med påfølgende forsinkelser og stress for hjemmesykepleieren. Det er ikke greit. Jeg vil berømme arbeidet de gjør, med å ta seg fram i all slags værforhold på smale bygdeveier og privat oppkjørsler av ymse kvalitet. Vil framtidens helsearbeidere dette?

Hvem skal så gjøre alt det vi gjør for vår mor, om familien ikke bor i nærheten? Det kreves store menneskelige ressurser. Også til fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og annet helsepersonell som har hjemmebesøk. Selv om beboeren må betale egenandel, vil det ikke dekke alle disse gjøremål? Det skal også brukes teknologi for å spare/erstatte menneskelig kontakt. Som også er kostbart, og koster mye å drifte. Jeg synes absolutt utgifter til dette må tallfestes. Det er viktige faktorer. Eller tenkes det blindt på at hjemmeboende er minst økonomisk krevende samme hva?

Jeg leser, og forstår det slik, at det skal bli vanskeligere å få innvilget omsorgsbolig, at det må gjennomføres «hverdagsmestring» (hva nå det er) før enkeltvedtak: Betyr det f.eks at en eldre mann som har hatt kona si til å vaske klær, skal lære å gjøre det selv? Mens det han ønsker er å bo et trygt sted med mennesker og hjelp, kunne ta en prat og en kopp kaffe på stua med andre gubber. Det vil kanskje for han være et godt liv. Og som han fortjener.

Avslutningsvis vil jeg si at en av de største menneskelige utfordringene i dagens samfunn, og også framtidens, er ensomhet. En økende «pandemi» i dagens moderne tidsalder. Det gjelder i høyest grad eldre også. Kontakt med medmennesker er kanskje den viktigste livsgleden for oss og også for eldre?

Jeg har besøkt flere eldre slektninger som har flyttet til omsorgsbolig/sykehjem, de har alle sagt; Hvorfor gjorde jeg ikke dette for lenge siden! Nå ser jeg jo folk! Det er så trivelig!

Det må være stor høyde for valgfrihet i framtidens eldreomsorg i Nærøysund kommune. Noe vi kan være stolte av at vi har.

*Hilsen*

*Bodil Sørå*

## Innspill – Fagarbeidere NBBS kjøkken

### Vi er bekymret for at kvaliteten på helsetilbud / matomsorg ved NBBS er blitt svekket siste halvår. – Fagarbeidere NBBS kjøkken

Ernæringsarbeidet er blitt nedprioritert, da det ikke lenger er rutinemessig kontakt mellom ernæringskontakter / matverter og ansvarlig kjøkkenleder.

Det skiltes fra lederhold at slikt arbeid er godt ivaretatt i kommunen, mens sannheten er at det er mindre fokus på dette viktige arbeidet nå.

Vi ser på denne kontakten som meget viktig m.t.p at tett dialog mellom avdelinger og kjøkken er en forutsetning for å kunne legge tilrette for forsvarlig matomsorg. Vi oppnår bedre livskvalitet, mindre behov for medisiner, etc..

Da kjøkkenleder fra oppstart september -24 ,kun er tilstede 10 - 20 % , og kjøkkenet er ukentlig underbemannet ,sier det seg selv at det ikke blir satt av tid til dette arbeidet. I tillegg ble det høsten -24 fjernet et hovedmåltid , dette p.g.a flytting av middagstidspunkt til tidligere på dagen.

I mange år har tilbudet vært frokost, lunch, middag og kvelds med jevnt og fornuftig fordelt tidspunkt med kaffebrød/ mellommåltid imellom.

Nå er lunchen fjernet.

Dette medfører lengre innterval mellom måltidene, og de negative konsekvensene viser seg allerede gjeldende.

Det meldes om mere urolige brukere på natt.

Etterspørselen etter kaffebrød har økt betraktelig for å kompensere for et tapt ernæringsrikt måltid.

Vektnedgang og urolige brukere er en uønsket konsekvens vi må bestrebe å unngå.

Vi har en nyopprettet stilling i Nærøysund Kommune som skal ivareta god kvalitet på tjenestene.

Synes kvalitetsrådgiver at å fjerne et hovedmåltid med alt det negative det innebærer, er en god og forsvarlig løsning ?

Hva med anbefalingene fra statens ernæringsråd som er særskilt viktig oppimot institusjon der måltidsflyt og nattfaste er i fokus. ?

God måltidsrytme gir : - bedre livskvalitet, mindre uro.

- bedre sårheling
- stabilt blodsukker
- bedre søvnkvalitet, mindre behov for sovemedisin
- bedre kontroll på evt vektnedgang.

Bare siden oktober / november er det fra 2 avdelinger bekreftet vektnedgang.  
Håper helseledelsen generelt og Helse og Sosialsjef ser viktigheten av at det gjenopprettes  
godt ernæringsarbeid med jevnlig dialog ?

*Med Hilsen*

*Fagarbeidere ved NBBS Hovedkjøkken.*

## Innspill – Fagforbundet/tillitsvalgt

### Emne: Kjøkken

Hei

Da ingen svare meg på denne mailen som jeg sendte ut tidligere ønsker jeg at den blir tatt opp i høringsmøte,

Som tillitsvalgt for di som jobber på kjøkkenet på Kolvereid har jeg i det siste vært med på noen møter å fodd info om hva som er gjort i det siste i forhold til kjøkkene

Tidligere i år ble det skrevet en grundig utredning av kjøkkenet på Rørvik og på

Kolvereid klippet ut fra arbeidet rundt dette

UTREDNING AV FREMTIDIG KJØKKENSTRUKTUR I NÆRØYSUND KOMMUNE Arbeidsgruppe: • Øyvind Bull, leder • Liv-Ida Dekkerhus, kjøkkensjef Rørvik • Else Mari Sæbø, kjøkkensjef Kolvereid • Kirsti Dekkerhus, PTV Fagforbundet • Else Karin Engesvik, verneombud • Anita Brækkan, vara verneombud

Konklusjon For å sikre god mat- og ernæringsomsorg, er det viktig at alle som arbeider innenfor mat og ernæringsarbeidet har nødvendig kompetanse og interesse for ernæring og at det lages gode tverrfaglige rutiner for hvordan maten skal tilberedes og serveres.

Kommunen har i flere år arbeidet aktivt i forhold til ernæringsarbeid og utarbeiding av rutiner innenfor ernæringsarbeidet og hvordan maten skal håndteres og serveres i avdelingene. I de senere årene har flere kommuner valgt å sentralisere matproduksjonen til større sentralkjøkken.

Fordelen med å ha kjøkken lokalt er at det er en nærhet til institusjon og omsorgsboliger, der de har mulighet til å endre på meny og tilpasse mat- og måltider til den enkeltes beboers behov til enhver tid. Det er ikke mulig å konkludere med hvilken fremgangsmåte for tilberedning av mat som er best for fremtiden. Ingen forskning og dokumentasjon viser at den ene er bedre enn det andre. Hvordan maten produseres, har med andre ord i betydning for om maten smaker godt eller ikke. Uansett hvilken produksjonsmetode man bruker, må måltidet serveres på en appetittvekkende måte. Kosthåndboken, anbefaler at det er en person med matfaglig kompetanse som har ansvar for slutt - tilberedningen.

Arbeidsgruppen har basert på dagens status konkludert med at det ikke er mulig å samlokalisere matproduksjon i kommunen til et av kjøkkenene. Det er særlig to faktorer som ligger til grunn for denne konklusjonen:

- Begge kjøkkenene har for dårlig plass, lagerplass og kjøle- og frysekapasitet til å doble kapasiteten på en forsvarlig måte.
- Maskinparken bruker ulik spenning, 230 volt på Kolvereid og 400 volt på Rørvik

### Nå er det dette endret til

Det er kjøkkenet på Rørvik som har denne produksjonsmetodikk nå og det er derfor naturlig at dette kjøkkenet overtar all matproduksjon etter hvert. Kjøkkenet har tilstrekkelig produksjonskapasitet for å produsere all mat, men må sannsynligvis utvide lagerkapasiteten noe. Kjøkkensjef bekrefter at det finnes muligheter for dette i nåværende lokaliteter. Kommunen må finne en løsning for effektiv frakt av varm mat mellom Rørvik og Kolvereid slik at den beholder tilstrekkelig temperatis, men med 22 km avstand er dette er overkommelig problem.

Anbefalingen er også den minst kostnadskrevene da den ikke trenger utbygging av anretningskjøkken på Rørvik eller omlegging av elektrisk anlegg. Institusjonene på Kolvereid har utvidete anretningskjøkken med kapasitet til å varme opp og tilberede avkjølt mat. Institusjoner på Rørvik har ikke dette og oppgradering av deres kjøkken ville vært kostnadskrevene.

Så da må jeg stille følgende spørsmål.  
Går dere bort fra arbeidsgruppens konklusjon?

Hvem er med i den nye gruppa med kjøkken erfaring/bakgrunn som nå mener at Kjøkkenet på Rørvik er stort nokk nå til å drifte hele kommunens matlaging samt at det er ment at mat produksjonen totalt kommer til å øke med 30 % i nær framtid?

I rapporten fra arbeidsgruppa er det en oversikt over utstyret samt alder på det  
Er denne lest å lagt fram?

Tenker dere at utstyret som er der vil holde over tid?

Hva med utstyret på Kolvereid? Det har nesten ingen verdi i et eventuelt salg og vil ikke være lønnsomt å bygge om til 400 v

Hva med alt av utstyr som må kjøpes inn i forhold til utkjøring.?

Transport kostnader?

Flere kokker over på skift/ kveld/helg?

Har kommunen satt av penger til dette i årets budsjett?

Dere sier i en video at ingen helsepersonell skal jobbe med mat.  
Hvem skal da jobbe med det?

Kokker produserer mat.

Hvem skal stå for  
Transport?



Motak?  
Fordeling til avdelinger?  
Tilrettelegge/oppleggene/ servering av mat?  
Opprydding?  
Organisering av rettur?

Mat inntaket er viktig.hvordan skal rapportering/registrering/oppserverasjoner av mat inntaket  
oss di eldre om helse ikke skal ha noe med mat å gjøre?

I forhold tilkjøkken.

Min mening om dette er at dere forhaster der, la begge kjøkkenene gå som normalt til den  
dagen dere har budsjett til å ruste opp et felles storkjøkken for Nærøysund.

*Mvh*

*Kim Arnø  
Tillitsvalgt.  
Fagforbundet*

**Høring – «Dreining fra institusjon til heldøgns omsorg».**

**Høringssvar fra Fagforbundet og Norsk sykepleieforbund.**

Fagforbundet og NSF er klar over bakgrunnen for prosjektgruppas arbeide. Konklusjonen av arbeidet har vi noen kommentarer til.

Store deler av utkastet viser analyser fra KOSTRA. Vi antar det stemmer, i og med at det er kommunene som sender inn tall fra tjenesteområdene de har i kommunen.

Prosjektgruppen viser også til Kommuneplanens samfunnsdel – Det gode liv i Nærøysund.

Planen har to kulepunkt som skrives er relevante. Punkt 1: Gjelder det absolutt for alle? Ut ifra tilbakemeldinger er det er ikke alle som føler seg trygge, selv om de får og helst bør bo lengst mulig hjemme. Hva med de som bor i grendene, flere mil fra sentrene? De får ikke samme tilbudet, av for eksempel hjemmesykepleien flere ganger i døgnet, slik de som bor nært sentrene har tilbud om. Hvis behovet blir større og de trenger mere tjenester er de nødt til å flytte fra sine hjem, muligens mot sin vilje. Er det «det gode liv»?

Punkt 2: Søkelys på fysisk og psykisk helse. Vi tenker det er uheldig at miljøtjenesten, og rus- og psykisk helse ikke er en del av planen.

**HVA ER HELDØGNS OMSORG**

Her viser også planen at brukere av miljøtjenesten, og rus og psykisk helse også omfatter planen. De bor i omsorgsboliger og mottar heldøgns tjenestetilbud.

Prosjektgruppen kommer med forslag på å samle alle demente i kommunen ved NBBS på Kolvereid, dette fordi bygget i seg selv, med noen endringer passer best og med et fint uteområde, sansehage og turløyper. Sykestua på Rørvik skal være stedet som inneholder akutt/rehabilitering, langtidsopphold, øyeblikkelig hjelp/ døgnopphold. Her er det vesentlig viktig å kartlegge kompetansen som vi har på sykestua og NBBS. Se på muligheten for å benytte riktig kompetanse på rett plass.

- **KJØKKEN**

Tidlig i 2024 ble det skrevet en grundig utredning av kjøkkenet på Rørvik og Kolvereid, av arbeidsgruppen, bestående av leder, kjøkkensjefene, tillitsvalgte og verneombud. Det ble da konkludert med 2 punkter: 1. Begge kjøkken har for dårlig plass, lagerplass og kjøle/fryse kapasitet til å doble kapasiteten på en forsvarlig måte. 2. Maskinparken bruker ulik spenning. Kolvereid 230 volt og Rørvik 400 volt.

Nå er dette endret til at kjøkkenet på Rørvik har kapasitet, og at fremtidig kjøkkendrift blir på sykestua.

Hva har skjedd? Fagforbundet og NSF stiller seg undrende til konklusjonen, og savner informasjon om konklusjonen som prosjektgruppen har kommet til.

Vi er kjent med at det er gått ut en henvendelse fra plasstillitsvalgt ved kjøkkenet på Kolvereid, med relevante spørsmål om kjøkkenstrukturen, i november 2024, til administrasjonen. Pr. 9.januar - 25 har ingen besvart henvendelsen! Dette er svært uheldig i prosessen.

## **TØRN**

Dette er et veldig nyttig prosjekt for kommunen og ansatte, som vil gi god effekt og utnyttelse av helsepersonell. Dette vil gi et godt tjenestetilbud til innbyggerne i kommunen.

## **BEHOV FOR ØKT KAPASITET I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN**

En utfordring med økt kapasitet i sektoren, der man vet at det er mangel på helsepersonell. Kommunen må se på organiseringen av hvordan kompetansen man har i organisasjonen blir benyttet. Se på arbeidstidsordninger slik at sykepleiere som sitter som ledere kan benyttes i turnus.

## **EGEN FARMASØYT**

Vi tenker at det er unødvendig å ansette egen farmasøyt, da kommunen innehar kompetansen for å sikre trygg og effektiv legemiddeladministrering ved at man er i pasientnett – apotek. Det som vi erfarer rundt om i tjenesteområdene er, at der det er iverksatt pasientnett - apotek, så blir alle

punktene i 10.6 ivaretatt. Vi tenker derfor det er unødvendig å ansette egen farmasøyt, og at alle avdelinger er i pasientnett - apotek i stedet.

### **SYSTEMATISERE FAGUTVIKLING OG OPPNEVNE SYKEPLEIERE MED SÆRSKILT ANSVAR FOR FAGUTVIKLING**

Slik det er foreslått i planene tenker vi det er lite besparende økonomisk da det må ansettes flere for å få dette gjennomført. Og det er allerede utfordrende å få tak på helsepersonell.

Her tenker vi at avdelingene bør se på hvordan man er organisert. I dag har avdelingsledere personalansvar og fagansvar. Det er svært belastende. Det kan være hensiktsmessig å ha en fagansvarlig på hver avdeling som da har tett samarbeid med avdelingsledere og er i miljøet. Så bør det legges til rette for månedlige fagmøter for alle ansatte på hver avdeling for å ivareta faget. Dette er allerede praktisert i noen avdelinger men de er ikke med i denne PLO planen. Vi tenker det er svært nyttig å se hvordan ting blir gjort som fungerer nå rundt om i kommunen vår som man kan dra nytte av i flere avdelinger.

### **TEKNOLOGI**

Det er positivt at kommunen satser på teknologi og at man finner løsninger for bruk av dette for å ivareta pasient og brukersikkerheten. Samt at teknologien er et hjelpemiddel for helsepersonell. Men det må være et stort fokus å påse at ikke teknologien tar over den menneskelige kontakten. Og at det legges til rette for god opplæring for alle parter (helsepersonell, pasient og pårørende).

Anskaffelse av ny teknologi bør skje i samarbeid med andre kommuner som kommunen kan sammenligne seg med. Ikke de store byene!

HTV Fagforbundet og Norsk Sykepleieforbund

Helen Lauten

Bjørg Storheil

May-Linn Waagø

## Innspill- Jens Petter Strandvahl

Så akkurat en video lagt ut på kommunens hjemmeside om prosjektet for Dreining fra institusjon til heldøgns omsorg. I den anledning så har jeg noen spørsmål som ble anbefalt sendt pr. e-post til deg i en kommentar på godt valg siden hvor prosjektet har blitt diskutert.

Når ulike helsetjenester / tilbud skal flyttes fra institusjon til brukere sine egne boliger, så medfører det at helsearbeidere følgelig må reise langt mer enn om brukere var samlet på en institusjon. Reising krever tid, spesielt på denne årstiden. Og om hver bruker skal få like mye tid fra helsearbeidere i egen bolig kontra på institusjon, så forutsetter det at det blir ansatt langt flere helsearbeidere, gitt kommunen sin størrelse, for å kompensere for tiden reisingen tar. Dette vil da bli en ny løpende utgift i lønninger for kommunen, kontra dagens situasjon med eksisterende institusjon hvor utgiftene går mer på drift av institusjon. Hvordan, nøyaktig, gir dette innsparing for kommunen, gitt brukere sitt behov for minst like mye tid fra helsearbeidere, som ut ifra prosjektet vil måtte bruke mer tid på reising?

I videoen ble det tatt opp kjøkken hvor mat til brukerne skulle lages. Men videoen oppga ikke hvor det kjøkkenet skulle ligge. Det er et spørsmål som er viktig å avklare, og gi befolkningen mulighet til å gi innspill på, før prosjektet tas opp til politisk behandling og beslutning. For det har vært mediasaker angående maten fra de respektive kjøkkene, og blir kjøkkenet lagt til den plassen hvor kjøkken tidligere har vært negativt omtalt i media, så vil nok mange i befolkningen reagere på det.

Derav vil jeg stille spørsmålet, hvor er kjøkkenet hvor maten til brukerne skal lages, tenkt plassert?

Et annet viktig aspekt, også tatt opp til diskusjon, er hvordan matombringning kan sikre at eldre / brukere, gis appetittvekkende stimuli. Det er nemlig rimelig kjent at lukten av mat som lages gjør folk sultne etter mat. På institusjon, så kan brukere lukte maten og appetitten stimuleres derav. Og det er viktig spesielt for en eldre befolkning hvor appetitten i utgangspunktet kan være svak grunnet ulike årsaker, noe som gir dårligere helse for brukerne. Når da maten i stedet skal bringes til folk i deres hjem, hvordan kompenserer en for hvordan lukt som stimuli for appetitt, svekkes fordi maten ikke tilberedes i brukerne sitt hjem?

I videoen ble det snakket om kompetanseløft blant helsearbeidere, og at helsearbeidere skulle arbeide kun med helse, kjøkken kun med mat, o.s.v. Når brukere i større grad skal bo hjemme, kontra på institusjon, så betyr det også at noen må frakte maten til brukerne, og siden helsearbeiderne, som skal yte helsetjenester til brukerne, ikke skal frakte maten, så må andre gjøre det, og de må også lønnes kontinuerlig av kommunen. Hvordan er dette mer økonomisk rimelig for kommunen enn institusjons-løsningen hvor maten lages på institusjon, og serveres på institusjon?

Som enhver huseier vet, så medfører det å eie og bo i et hus, visse forpliktelser i forhold til arbeid på hus / eiendom. På denne årstiden for eksempel, så må en brøyte snø fra vei til husinngang. På en institusjon, så er det en relativ smal oppgave da det faller inn under

kommunens brøyteoppgaver. Men når brukere i større grad skal bo hjemme i stedet for på institusjon, så blir også behovet for brøyting mer distribuert kontra på en institusjon. Altså må kommunen også ansette folk som kan reise rundt til de ulike brukerne sine boliger og brøyte der for brukerne. Eller forventes det at eldre, på kanskje 80 år, selv måker bort snøen fra trappeoppgang til vei...

Hva med annet forefallende arbeid på eget hjem, være det seg å legge noen strøk maling på eget hjem / hus, eller noe så enkelt som å klippe egen plen. Dette er jo heller uproblematisk på institusjon, da det behøver minimalt med bemanning for å utføre de oppgavene. Når de oppgavene derimot skal utføres desentralisert, på hver bruker sitt hjem, siden brukere i større grad skal bo hjemme, så krever det langt flere folk og mer reising. Er det oppgaver kommunen vil ansette folk til å gjøre på kommunens regning, eller vil de kostnadene flyttes over på brukerne, som allerede har lite å rutte med økonomisk?

I videoen ble det snakket om teknologi og automatisering. Noe teknologi er kanskje utviklet og velprøvd i så stor grad at det kan levere den stabilitet og sikkerhet som behøves, men i lys av historien, så er det begrenset hvor mye som kan overlates til teknologien. Så nøyaktig hva slags teknologi er det som foreslås i dette prosjektet. Snakker vi om monitoreringsteknologi for å overvåke en bruker sin hjerterytme, eller snakker vi roboter som skal kjøre på glasholke til hver bruker sitt hjem med mat til brukeren? Sistnevnte bør ikke være aktuelt, siden forsøk med slik teknologi har vist seg å allerede feile dramatisk.

Og denne teknologien, kommer den til å erstatte tid sammen med helsearbeider, for brukeren? For forskning peker på endel negative helsefølger som resultat av isolasjon og ingen teknologi kan erstatte menneskelig kontakt ansikt til ansikt.

Og hvordan har dette prosjektet tenkt å løse sikkerhetsutfordringene ved større bruk av teknologi. Hvis en tenker ulike monitoreringsteknologier, så krever jo det kryptering og beskyttelse mot dataangrep. Og erfaringer fra ulike sykehus viser jo at implementering av teknologi ofte blir veldig dyrt, og medfører en svekkelse i tilbud grunnet ustabilitet. Hvis monitoreringsteknologien skal overføre data via mobilnett, så forutsetter jo det 100% oppetid i mobilnettet. Skal det overføres via fysiske kabler / fiber, så krever det også 100% oppetid, altså ingen graveskader.

Jeg lurer også på hvordan dette prosjektet ivaretar de brukere som har et varierende behov for helsebistand. Noen brukere kan ha enkelte, tildels flere, gode dager hvor de er relativt funksjonsdyktige og kan ivareta seg selv, mens de på andre dager nærmest ikke er funksjonelle og behøver hjelp til det meste. Hvordan kan de ivaretas på en god måte i eget hjem kontra på institusjon?

Er det utført noe grundig konsekvensanalyse på dette prosjektet, både med hensyn på økonomien kontra dagens løsning, helsearbeidere sin tid med bruker, sikkerhet og stabilitetsutfordringer ved økt bruk av teknologi?

I tillegg får en også sekundære konsekvenser, i form av økt boligmangel blant de unge i kommunen, fordi de eldre i større grad skal bo hjemme i stedet for på institusjon.

Det vil jo også medføre problemer med tilflytting og sysselsetting, grunnet galloperende boligpriser som fratar unge muligheten til å komme seg på boligmarkedet i Nærøysund. Dette er spørsmål jeg nå har til dette prosjektet, og ut ifra hva jeg har fått med meg, og innholdet i videoen på kommunen sin side, så har jeg veldig vanskelig med å se hvordan en "dreining fra institusjon til heldøgns omsorg" vil bli rimeligere økonomisk for kommunen, samt hvordan det kan ivareta brukerne på en tilsvarende eller bedre måte.

Fra mitt perspektiv så høres prosjektet mer ut som en ansvarsfraskrivelse fra kommunen, hvor brukere sitt tilbud svekkes ved mindre tid sammen med helsearbeidere, større økonomisk belastning, mer isolasjon og følgelig rammes brukerne sin helse negativt. Håper du kan gi noen konkrete svar på mine spørsmål, og ta spørsmålene som innspill videre i prosjektet.

*Jens Petter Strandvahl*

## Innspill – Karin Helmersen

1- Flott at det blir satsa på hjemmebasert omsorg

MEN det må også være:

2 - Legekontor på Kolvereid og Rørvik

3 - Sykeheimsplasser og Demensplasser på Kolvereid og Rørvik

4- Den bygningsmassen vi har i kommunen, må bli tatt i bruk før nye bygg kommer

5-Helsedirektør stillinga må lyses ut, pr i dag alt for mange inhabile

*Mvh Karin Helmersen*



### Høringssvar til PLO fra Kolvereid sanitetsforening.

Kolvereid sanitetsforening mener at det er veldig viktig, så snart som mulig å få på plass en enhetsleder for helse som har fagansvar for området. Dette mener vi er manglende i dag.

Sanitetsforeningen er opptatt av tjenester nær bruker. Nærøysund er en langstrakt kommune hvor det bor pleietrengende i alle deler av kommunen. Vi vil derfor ha helhetlig tjenestetilbud både på Kolvereid og Rørvik. For brukere og pårørende som bor i kommunens ytterkanter kan det være langt nok å kjøre om de ikke skal få 2 mil ekstra.

Pårørende, som ofte er eldre, ektefelle eller samboer, får så kort veg som mulig for å besøke sine. Det er også elendig med bussforbindelser til grendene så de må kjøre selv.

For brukere av tjenesten er det best å fortsatt være sammen med de de kjenner og har hatt et forhold til i mange år. Å flytte til en ny plass tilfeldig gjør at dette smuldrer opp.

**Å se mennesker, ikke bare kroner og øre, er svært viktig for oss.**

Vi mener at det må være demensavdeling på begge sentrene i kommunen. Argument for dette er nevnt over og det må være slik at demente får være på samme sted livet ut. Å flytte demente om somatisk sykdom blir mer framtreddende, er svært uheldig. Det betyr at det må være en somatisk avdeling slik at denne brukergruppen blir ivaretatt både på Kolvereid og Rørvik.

Kolvereid sanitetsforening er opptatt av eldre skal få bo lengst mulig i hjemmet. Da er det viktig at vi har friskliv og hverdagsmestring som fungerer godt. Forebygging hos eldre er billigere enn å reparere.

Tilbud i hjemmet eller nært der de bor blir viktig. Her vil vi at kommunen stiller opp for innbyggerne i hele kommunen. Vi ønsker at alle, når de blir pensjonister, skal få besøk fra kommunen for å kartlegge hva de har bruk for av tjenester og hva de kan bidra med i kommunen. Da er det fint å snakke om frivillighet på mange plan. De bør også få vite hvilke tilbud som finnes i kommunen.

Dagtilbudet for eldre: Kommunen må sørge for at det er mulig å komme seg til disse tilbudene. Skyssordningen til dagtilbudet for demente i dag er basert på frivillighet. Her må kommunen på banen for å få til skyss som fungerer godt og er forutsigbar for bruker.

Aktivitetshuset på Rørvik og aktiviteter for eldre på Bjørkåstunet må ha en vert eller noen som tar imot frivilligheten. Det er vanskelig for frivillige å ta seg til rette når de kommer. Det er også behov for noen som setter frivilligheten i system.

Dette er fraværende på Bjørkåstunet i dag. Der var det aktivitører som hadde denne oppgaven, men de er tatt bort. En avdelingsvert/aktivitør kunne gjort en god jobb her.

Slik vi har det i kommunen i dag skapes ikke bo- og blilyst, men heller ANGST-OG FRYKTKULTUR.

## Innspill – Liv Moe

### Emne: PLEIE OG OMSORGSPLAN

#### INSPILL TIL PROSJEKTET

#### «DREINING FRA INSTITUSJON TIL HELDØGNS OMSORG»

Først vil jeg takke for muligheten til å komme med innspill.

Noen av mine meninger og utsagn vil nok være preget av min faglige bakgrunn og at jeg var hovedtillitsvalgt under utarbeidelse av pleie og omsorgsplan og etablering av Nærøy Bo og Behandlingssenter. Men jeg vil understreke at jeg er opptatt av at vi nå må jobbe for at alle i hele kommunen må få den hjelp og tjenester de trenger.

Det ble under etablering av NBBS og PLO plan lagt vekt på å bruke «omsorgstrappa», å ha flere tjenestenivåer i en samlet bygningsmasse. Her kunne vi benytte nødvendig kompetanse på tvers av flere nivåer og avdelinger. Eksempelvis har Sjøsiden hatt stort behov for sykepleiere kveld, natt, helg og høytider og her kunne Akutt-Rehab, som ligger vegg i vegg, bistå ved behov.

Ved å velge å bruke hele NBBS bygget til demensomsorg ser vi at vi har mistet mye av mangfoldet i kompetanse på Kolvereid.

Her er det langt til sykehus og ikke nødvendigvis lege tilgjengelig til enhver tid.

Vi er avhengig av sykepleiere med medisinsk faglig erfaring/kompetanse som kan igangsette øyeblikkelig-hjelpstiltak etter samråd med legevakt.

Jeg vil også understreke hvor krevende denne omstillingsprosessen vil være personellmessig (se s.27 i planen). Det vil ta lang tid å bygge opp igjen det vi har mistet av fagkompetanse, og dette må være en prioriteringssak i prosessen.

Nå har vi hatt en reduksjon av institusjonsplasser over mange år. Først 12 plasser ved Langtidsavdeling/NBBS 2, og nå i 2024 ble de 12 siste plassene «pauset». Hvordan har dette innvirket på arbeidsmengden/tyngden i hjemmebasert omsorg?

Jeg mener det er nødvendig å gjøre en konsekvensutredning etter at så mange institusjonsplasser er nedlagt. Jeg forstår jo at disse plassene skal omgjøres til HDO plasser, men her og nå er det hjemmesykepleien som får trykket og håper de får styrket bemanning inntil planen og plasser er ferdig.

I planen(s.18 ) står det at innbyggere som i dag får tildelt institusjonsplass må få et annet tilbud. Her er det allerede gjort en reduksjon av plasser. Finnes det midlertidige løsninger inntil disse plassene er etablert?

Bakgrunn for «pausing» av plasser ble opprinnelig gjort p.g.a. «stor overkapasitet over lengre tid». Ble Ø.hjelpsplasser som skal være tilgjengelig medregnet? Det er heller ikke uvanlig at rom står ledig fler døgn i påventede av utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Vi hadde også en periode tomme rom hvor det hadde vært smitte. Måtte vente flere dager på utvasking. Jeg mener vi trenger en differensiert kartlegging av hva som er ledig kapasitet. Vi trenger også et tallmateriale for om vi har gode nok tjenester i dag etter en reduksjon av 24 plasser.

-Antall overliggere på sykehus med påfølgende dagbøter.

-Antall legevaktshenvendelser som har fått avslag og det har vært nødvendig med sykehusinnleggelse.

-Antall avslag/pasienter på venteliste som trenger et høyere omsorgsnivå enn

omsorgsbolig/hjemmerjeneste.

-Antall som trenger korttidsplass for kartleggingfysisk og mentalt, næringsrik mat og opptrening for å klare seg lengre i hjemmet.

-Antall hvor pårørende har søkt om avlastning og ikke fått det innvilget.

-Antall hvor det er behov for rehabilitering og det er vanskelig å utføre dette hjemmet  
Klarer vi i dag å møte disse behovene?

I tiltaksplanen finner jeg lite omtale av langtidsplasser for beboere som ikke har demensdiagnose(s.19 og 20), men regner med disse skal til Rørvik.

Jeg finner heller ikke spesifisert noe om kreftomsorg og palliativ behandling.

Jeg vil understreke at dette kan være personellkrevende og bør være med i en slik plan.

Vi trenger en klar definisjon av hvem som kan bo i HDO bolig. I planen er de definert som friskere og mindre krevende(se punkt 4,8 og 4,9 s.19 og 20) men også at de kan trenge mye hjelp. I dag har vi beboere i heldøgns omsorgsbolig som trenger mye hjelp. Vil understreke dette i forhold til bemanning.

Begrepet «sammenlignbare kommuner» er mye brukt i denne planen.

«Det er ingen medisinsk-faglige årsaker til at Nærøysund bør ha høyere dekningsgrad enn andre kommuner»(se s.16). Vi har store geografiske utfordringer hvor det kan være vanskelig og lite rasjonelt å utføre tjenester i hjemmet. Jeg håper virkelig i fremtiden det blir plass for alle når de trenger hjelp og at de får den nødvendige hjelpen.

Som pårørende har jeg hatt to av mine nære i heldøgns omsorgsbolig. Dette var definitivt et bedre tilbud enn å bo hjemme hvor jeg observerte et raskt forfall. Dette var på mange plan: fysisk, mentalt og sosialt og ikke minst ernæringsmessig.

Det er ikke alltid det er best å bo hjemme lengst mulig.

Planen sier noe om at vi kanskje kan forvente et dårligere tjenestetilbud(s.19).

Hvis dette blir en realitet må disse opplysninger komme ut til befolkningen fra øverste ledere og politikere. Ansatte må slippe å stå ansvarlig for en redusert tjeneste. Vi har lover og regler, retningslinjer og forskrifter som bestemmer hvordan vi skal yte våre tjenester.

Hvis denne planen er et ferdig produkt som ny PLO plan savner jeg mer konkret beskrivelse av organisasjonsstruktur og oppgavefordeling.

Ser det er foreslått en sykepleier på hver avdeling som skal ha ansvar for fag og fagutvikling noe jeg mener er veldig bra.

*Med hilsen*

*Liv Moe*

## Innspill – Mary Hopen Klingen

Da eg ikkje er med i lag som er oppfordra til å sende innspel til ny helseplan, gjer eg likevel eit forsøk på eit innspel angående denne. « Dreining fra institusjon til heldøgns omsorg», eit uttrykk som for meg er uforståeleg. Det er vel i institusjon ein får heildøgns omsorg. Så korfor skal dette gjerast om på? Vi blir fleire eldre, noko som er varsla for mange år sia, m.a. av Sykepleierforbundet.

For å møte behovet, kan ikkje institusjonar byggast ned, men må byggast opp.

NBBS har eit funksjonelt bygg, noko som er pekt på. Det er praktisk delt i dementavdeling, akutt/rehabilitetsavdeling og det var ei langtidsavdeling, (som no er tømt for pasientar). Det bør vera rom for alle desse avdelingane i begge kommunesentrene.

Kjøkken: nylaga varm mat må det vera, men frå eitt kjøkken? Der kjem vel sparekniven og inn. Sjølsagt skal eit kjøkken vera i same bygg som maten skal serverast. Det må vera muleg å få det lille ekstra for ein pasient med null matlyst og som treng ekstra ernæring.

Avstandar: Det må tenkast på frå ytterpunktta i kommunen, ikkje berre avstand mellom kommunesentrene. Med den foreslåtte inndelinga mellom somatikk og demensavdeling, risikerar vi at ektepar kan få ein avstand mellom seg på fleire mil. Vi er MANGE eldre der våre vaksne barn er flytta ut pga utdanning og arbeid, Nærøysund er og ein fråflyttingskommune. Det kan bli heilt umuleg å treffast med sin ektefelle. Og kva gjer det med oss? Omsorg er å ta vare på heile mennesket, fysisk, psykisk og sosialt.

Som eldre vil vi etter kvart få fleire diagnosar, og diagnosar vil koma og gå. Da er det best å få hjelp under same tak, og unngå å bli flytta mellom kommunesentrene. Da er det praktisk å ha alle avdelinger på kvar plass. Får vi ein demensdiagnose og ikkje lenger kan ha nytte av tilbudet på demensavdeling, kan vi bli flytta til langtidsavdeling.

Vel kan det bli mangel på sjukepleiarar og helsefagarbeidarar, det finnes nok på landsbasis, det som trengs er nok ansette og godt arbeidsmiljø. Da vil fleire søke seg attende. Da bli det mindre sjukmeldinger og det kan sparast på innleige frå bemanningsbyrå.

Fleire aldersgrupper får behov for institusjonsplass for kortare eller lengre tid. Sjukhusa skriv oss ut rimeleg fort, som ferdigbehandla, men vi er ikkje alltid det. Da trengs det plassar for rehabilitering, så ikkje rekninga for overligging bli for stor.

Heile dette forslaget er tydeleg for å få ned kostnader. I omsorgsbolig må vi betale for alt, greitt for nokon, men vanskeleg for nokon andre. Eg ser for meg at det kan bli for lite hjelp og oppfølging i ein slik bolig, da det vert meir flyktige besøk og kanskje for lite jamn observasjon av tilstand. Eigen adresse og eigen fastlege, men kva er viktigast når ein er helsemessig svekka? Det er TRYGGHEIT.

Omsorgstrappa er ikkje noko nytt fenomen, mitt ønske er at den ikkje må følgast heilt slavisk.

Kan hende må det hoppast over eit trinn om pasientens sin tilstand tilseier det.

Kampen om å få sjukeheims plass har stått på lenge, iallefall her på Kolvereid. Som pårørande har eg erfart det. Så at det ha vori for mange sjukeheims plassar kan eg ikkje forstå. - Om denne plana bli godkjend, er eg viss på at den kampen vil halde fram. Dette bunner til sist i ei stor utryggheit for framtida, da spesielt for oss eldre.

*Mvh Mary Hopen Kligen.*

## Innspill fra NSF og Fagforbundet ved NBBS

### Tilbakemelding fra ansatte ved NBBS til utkast til Helse- og pleieplan:

Den generelle stemningen på huset er at ansatte har ikke tiltro til at de innspillene har noen innvirkning på planen som er utarbeidet av arbeidsgruppen. Innspill er blitt sendt flere ganger før.

Ansatte synes det er veldig tidskrevende i en travel hver å få lest igjennom det 75 sider lange utkastet til Pleie- og Omsorgsplanen, og har lite tiltro til at konkrete innspill til det som står i planen vil ha noen innvirkning til endring. Derfor er det flere som ikke har lest igjennom utkastet.

Hvordan skal fastlegene, med tanke på at det er stor mangel på fastleger i Nærøysund, kunne ta på seg det større ansvaret og arbeidsoppgaver med økt antall pasienter som per nå sykehjemslegen har ansvar for.

Ønske om at korttidspasienter blir på NBBS, en mulig løsning kan være å samle korttids- og akuttspasienter på NBBS og pasienter som trenger rehabilitering på Rørvik sykestue. Aktivitetshuset på Rørvik er en god arena for dagtilbud til demente. Det ønskes at det blir mer konkretisering av hva som kjennetegner f.eks. en langtidspasient. De fleste av sykepleierene på NBBS ønsker ikke å jobbe med bare demente, de ønsker å få bruke faget, kunnskapen og erfaringen sin. Flere oppgir at de heller ikke ønsker å bytte arbeidssted, og vil heller finne en annen plass å jobbe.

Bedre ergonomisk tilrettelagt for pasienter som har forflytningsvansker, det er mulighet for montering av takheiser på de fleste rom i 1. etasje på NBBS, det er mulighet for takheiser på alle rom i NBBS 2. Det er bedre ergonomisk tilrettelagt for ansatte ved at de bruker takheiser som et forflytningsredskap, dette gjør at den fysiske belastningen på ansatte minsker. Den reduserte fysiske belastningen vil gjøre at ansatte holder seg på jobb da de har mindre risiko for å få belastningsskader, noe som ofte skjer grunnet forflytnings situasjoner.

Konkretisere kostnadsprisen for ombygging. Det er ikke skrevet noe om prisestimat for å gjøre de endringene som er nevnt i planen. Det må gjøres for å vite om det er kostnadmessig fornuftig for å gjøre endringer kontra det å ha samme struktur som det er per i dag.

Ønske om videreutdanning og kursing. Ikke bare internett baserte kurs. Konkret kompetanseheving innenfor de enkelte kompetanseområdene. Kompetanseheving og lønnsøkning. Belønning for økt kompetanse. Dette er beskrevet i planen men det ønskes en mer konkret plan på hvilke utdanninger kommunen ønsker å satse på. Dette for å synliggjøre f.eks. hvilke videreutdanninger som ansatte kan ta mens de er i full jobb.

Det blir beskrevet i planen at det er moderne og flotte rom på alle avdelingene på Sykestuen unntatt på Vestbo. Dette er stor feilframstilling av standarden til rommene på Rørvik Sykestue, de fleste av rommene trenger store oppgraderinger/ombygging for å kunne ha moderne standard. NBBS er et ganske moderne bygg i forhold til Rørvik Sykestue og trenger

minimalt med oppgraderinger for å kunne brukes til det bygget er bygget til. Det kan være et behov at det blir bygget et nytt og godt tilrettelagt sykehjem for demente.

Det står i planen at all demensomsorg skal foregå på NBBS, fra helt i starten av pasientforløpet til enden på livet. Hvordan skal fordelingen av pasienter/avdelinger foregå, det trengs spesifikt tilrettelagte avdelinger for bare de som er de mest utfordrende grunnet sin demensdiagnose. De pasientene kan være utagerende, voldelige, ha store behov for en til en skjerming. De må lages små enheter for de. Det vil og være nødvendig med langtidsenheter for demente, da 80% (ifølge Helsedirektoratet) av institusjonsbeboer har en for demens. Det må en konkretisering av hvordan enhetene skal organiseres, da det vil være mindre fordelaktig å blande de ulike pasientgruppene blandt demente, da de kan ha store forskjeller i omsorgsbehov. F.eks.: En pasient med lårhalsbrudd har et helt annet behov enn en pasient som trenger en til en bemanning grunnet stor angstproblematikk.

Hva slags forskning er blitt brukt for å argumentere for å gjøre de endringene som er foreslått i Pleie og omsorgsplanen. Forskning blir nevnt flere ganger i planen, men bare få ganger referanse til rapporter/artikler. En Sintef rapport blir nevnt flere ganger. En studie som er publisert på sykepleien.no viser til store utfordringer med å øke antallet omsorgsboliger på bekostning av det blir mindre institusjonsplasser. [Organiseringen av eldres helsetjenester kan true pasientsikkerheten | Sykepleien](#)

*Skrevet av NSF sin plasstillitsvalgt Christian Mårdh og Fagforbundet sin plasstillitsvalgt Lene Halsan etter tilbakemeldinger fra medlemmer ansatt på NBBS. Det var en noe kort tidsramme for å komme med tilbakemeldinger på, mindre enn en måned og spesielt siden det var jul/nyttår i den tidsperioden.*

## Nærøysund kommune

v/ prosjektleder Arne Bangstad



### Høring: Pleie- og omsorgsplan for Nærøysund kommune 2025 - 2035

Nærøysund demensforening er dedikert til å sikre at personer med demens og deres pårørende får nødvendig støtte. Vi er fornøyde med at pleie- og omsorgsplanen har som mål å styrke demensomsorgen i kommunen.

#### Generelle betraktninger

Vi mener at planen overordnet er god og oversiktlig. Det mangler imidlertid noen presiseringer om hvilken kvalitet som skal gjelde for demensomsorgen, og hvilken kompetanse som bør utvikles.

#### Forslag til forbedringer

- **Kompetanse og rekruttering:** Riktig kompetanse og rekruttering innen demensomsorgen må være sentralt i arbeidet. Personalet må forstå brukernes og pårørendes behov gjennom hele sykdomsforløpet.
- **Attraktivitet i demensomsorgen:** Arbeidet med demensomsorgen må gjøres attraktivt for å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse.
- **Styringsgruppe:** Vi foreslår at styringsgruppen videreføres med utvidelse av representanter fra eldrerådet og rådet for personer med nedsatt funksjonsevne.
- **Miljøtiltak:** Personalet bør legge til rette for gode opplevelser og mestring gjennom måltider og matkultur. Måltidene bør være en del av miljøtiltakene som skaper en trygg og hyggelig atmosfære for brukerne. Det må være nok personale til at brukere av tjenesten har mulighet for individuelt tilpasset omsorg, som gåturer, å sette seg ned for å spille et spill, kafébesøk, skigåing, besøk i småbåthavn og lignende.

#### Konkrete tiltak

- **Kompetanseheving for pårørende:** Pårørende må involveres gjennom informasjonsmøter, støttegrupper, opplæring og sosiale arrangementer. Vi oppfordrer kommunen til å inkludere pårørende sterkere i omsorgsplanleggingen samt etablere et system for å samle tilbakemeldinger fra dem.
- **Kommunikasjon:** Personer med demens har utfordringer knyttet til kommunikasjon. Det er derfor viktig å sikre at de forstår hva som blir formidlet. Dette krever at pleiepersonalet snakker norsk, eller det språket brukeren er fortrolig med, på en klar og forståelig måte. Språkferdighet må være et viktig kriterium ved ansettelse av helsepersonell innen demensomsorgen.
- **Offentlig transport:** Etabler bussholdeplasser i nærheten av helsesentrene og opprett rutetider som tilpasses åpningstidene på dagtilbudet og besøkstider til omsorgsboligene, slik at hjemmeboende brukere kan reise alene med offentlig transport til dagtilbudet på NBBS, og pårørende uten egen bil eller sertifikat enklere kan besøke beboere (ektefelle, venn og slektning). For besøkende til langtidsbeboere på Rørvik Sykestue etableres en bussholdeplass i nærheten. Det gjøres tilgjengelig T-kort for pårørende og brukere av dagtilbudet. Alle bussjåfører bør gjennomføre kurs i «Demensvennlig samfunn» for å sikre en trygg og forståelsesfull transportopplevelse.



Vi støtter implementeringen av omsorgstrappen, som skal hjelpe folk å bo hjemme lengre. Det er imidlertid avgjørende at hvert trinn inkluderer tilstrekkelige ressurser (kompetanse og tid) for brukerne, spesielt i de tidlige stadiene av sykdommen.

**Lavterskeltilbud:** Lavterskeltilbud inkluderer dagaktiviteter, trygghetsalarmer og demensvennlige kor. Vi understreker behovet for spesialiserte dagaktiviteter og teknologi tilpasset ulike demenstyper, inkludert yngre personer med demens. Avtalen om aktivitetsvenn er en aktivitet som kan gjennomføres i lavterskeltilbudet.

**Helsetjenester i hjemmet:** Vi mener at hjemmesykepleien må ha spesialkompetanse på demens, og at det må være tilstrekkelige ressurser tilgjengelig for å støtte både bruker og pårørende.

**Omsorgsbolig:** Et betydelig antall omsorgsboliger skal tilrettelegges spesielt for personer med demens. Dette vil sikre tryggheten for både brukere og deres pårørende, samt effektivt tilsyn med beboerne. Det er viktig at ansvarsområder og oppgaver som pårørende forventes å utføre, er tydelig definert og forstått.

**Institusjon:** Det er viktig å sikre at det er nok plasser på institusjon, og at disse er tilpasset personer med demens. For oss er person-sentrert kvalitativ god omsorg vesentlig.

**Samarbeid med frivilligheten:** Vi ser et stort potensial i å samarbeide med frivillige organisasjoner for å styrke demensomsorgen. Frivillige kan bidra med aktiviteter, sosial støtte og avlastning for pårørende, noe som vil forbedre livskvaliteten for personer med demens.

Vi er opptatt av kvaliteten i demensomsorgen, og derfor er et optimalt samarbeid mellom helsetjenesten, brukere og pårørende vesentlig. For å oppnå dette må kommunikasjonen være tydelig, slik at partene forstår hverandre gjennom felles språk og kultur. Kontinuerlig opplæring og kompetanseheving er nødvendig, ikke bare for sykepleiere, men for alle nivåer som har en rolle i arbeidet med personer med demens. Vi fremhever derfor behovet for optimalt samarbeid mellom ulike tjenester og kontinuerlig opplæring av helsepersonellet i demensomsorgen.

Det skal være trygt og godt å bo i Nærøysund, og vi tror på at gjennom samarbeid mellom en kompetent og dedikert helsetjeneste, personer med en demenssykdom og deres pårørende vil dette være mulig.

Med hilsen,

**Nasjonalforeningen Nærøysund demensforening**

Marit Dille, Leder

## Innspill fra Nærøysund Senterparti

### Innspill til forslag til pleie- og omsorgsplan for Nærøysund kommune

Innledningsvis vil Senterpartiet bemerke at vi stiller oss kritiske til at det nå framlegges en plan for pleie- og omsorg, som er å gå mye lengre enn å legge fram en prosjektrapport for prosjektet "Dreining fra institusjon til heldøgns omsorg". Med å legge fram en plan for pleie og omsorg går man utover ordinære planprosesser, uten planprogram, medvirkningsprosesser og høringer, slik Nærøysund kommune har praktisert og som er forankret i plan- og bygningsloven.

I tillegg framstår ikke den planen som nå er lagt fram som en helhetlig plan for alle tjenester innenfor pleie og omsorg. Dersom dette skulle være en helhetlig plan med langsiktig perspektiv måtte også flere tjenester vært involvert og utredet.

I en ordinær planprosess ville det fungert slik at et forslag ble lagt fram til politisk behandling, som igjen vedtok å legge forslaget ut på offentlig høring. Her legges det kun opp til at kommunedirektøren ber om innspill før sin egen saksbehandling. Dette forskyver beslutningsmyndigheten fra politisk nivå til kommunedirektøren, noe vi i Senterpartiet mener er å gå på akkord med spilleregler for god saksbehandling.

Prosjektet kan framstilles som noe revolusjonært og nytt for kommunen, men erfaringene fra begge kommunene Vikna og Nærøy viser at det over år er arbeidet godt med å dimensjonere tjenestene og tilby varierte botilbud etter ulike tjenestebehov. Planen beskriver mange gode og framtidsrettede tiltak det er viktig å arbeide videre med forutsatt at de blir satt inn i en helhetlig utvikling og modernisering av pleie og omsorgssektoren

#### **Innspill til kommunedirektørens saksbehandling:**

Senterpartiet erkjenner at Nærøysund kommune har økonomiske utfordringer og at det er behov for å se på endringer, effektivisering og modernisering innenfor alle tjenester. Omsorgstjenestene i Nærøysund har de siste årene driftet gode tjenester og mer effektivt enn sammenlignbare kommuner. (KOSTRA). Det er likevel med utgangspunkt i den økonomiske situasjonen og framtidig økt pleiebehov nødvending at en ser på potensialet for å ta ut effektivisering, ta i bruk velferdsteknologi og vurdere tildelingspraksis.

#### **Til sammendraget:**

Her vises det til to hovedmålsettinger om 30% økning i kapasitet og reduksjon til 10% dekningsgrad. Vi etterspør grunnlaget for disse målsettingene og de faglige vurderingene bak disse.

Her vises det ikke til de vedtatte overordna målsettingene i kommunens samfunnsplan. Disse skal være førende for all underordna planlegging og målsettinger.

Målsettingene har heller ingen kvalitetsmålsettinger i seg, og framstår derfor teknisk beregnet med økonomi som eneste motiv. Nærøysunds primære mål må være å tilby gode, trygge og kompetente tjenester til enkeltmennesker etter behov. Målsettingene i en plan

som dette må si noe om hvilken kvalitet og innhold våre innbyggere kan forvente seg i framtiden.

### **Til kap. 3:**

Vi stiller også spørsmål ved hvor relevant det bare er å sammenligne Nærøysund med andre kommuner i KOSTRA – gruppe 3. Det fordi Nærøysund har en bosettingsstruktur som også vil påvirke tjenestenivået og muligheten for effektivisering. I grunnlaget for samfunnsplanen, i kommunens oversiktsdokument og i HUNT - undersøkelsene gis det et bredt bilde av befolkningen helsetilstand og faktorer som burde vært belyst i en slik utredning. Vi stiller oss undrende til at dette grunnlaget ikke er nevnt og benyttet i planen.

### **Til kap. 4: Behov for økt kapasitet i pleie- og omsorgssektoren**

Planen beskriver ikke konsekvensene for befolkningen ved en endring hvor terskelen for å få helsehjelp vil økes og behovet for forebyggende tiltak blir større. Det framstår uklart hvordan dimensjoneringen mellom institusjon og heldøgns omsorg, hjemmetjenester og forebyggende arbeid skal bli. Dette vil være avgjørende for hvordan de økonomiske og kompetansemessige forholdene blir. Planen burde derfor kunne beskrive hvilke utredninger og fagplaner som bør utarbeides for å komplementere helheten. Planen slik den nå ligger er ufullstendig og bør kompletteres med ytterligere fagplaner og utredninger.

Det framsettes en påstand om at det ikke er noen grunn for at vi skal ha en større andel over 80 år bosatt på institusjon enn landsgjennomsnittet. Med bakgrunn i de demografiske og geografiske forholdene må dette utredes og dokumenteres.

Planen som den nå framlegges gir ingen dokumentasjon for at det vil være mer økonomiske eller kvalitetsmessig bedre for kommunen å dreie tjenestetilbudet fra institusjon til heldøgns omsorg. Uten denne dokumentasjonen vil vi ikke ha legitimitet til å forvare disse endringene som vil få direkte konsekvenser for våre innbyggere.

Erfaringene fra andre kommuner med en slik dreining er forskjellig og det er etter Senterpartiets oppfatning ikke åpenbart at dette vil være en god løsning for Nærøysund, slik planen hevder. Det vises ellers i planen til at det i heldøgns omsorg er samme lovkrav til tjenestetilbud som ved institusjonsomsorg.

Konsekvensen av at flere må bo lengre hjemme eller på annet botilbud enn ved institusjon vil være behov for økt forebyggende arbeid, mestringsstilbud og dagtilbud. Det er ikke beskrevet i planen hvordan dette tenkes dimensjonert verken med tanke på økt bemanning, hjemmetjeneste eller logistikk knyttet til dagtilbud.

Det er ikke reflektert over utfordringen med at en i framtida må forvente økt press fra sykehusene med tidligere utskrivning av pasienter som trenger mye behandling og pleie

### **Til kap. 5. Planens mål**

Planen viser til SMART – metodikken og vår oppfatning er at intensjonene med denne metodikken med konkretisering av mål ikke er oppfylt i denne planen.

## **Til Kap.6**

Det er behov for å klargjøre bedre hva heldøgns omsorg innebærer. Spesielt det som angår betalingsordninger og i forhold til at brukere kan ha svært forskjellig betalingsevne.

## **Til kap. 7: Omsorgstrappa og tiltak for å endre organisering av tjenesten**

Planen viser til en SINTEF – rapport fra 2015 med tittelen “Er smått alltid godt i demensomsorgen”. Senterpartiet mener at denne rapporten underbygger viktigheten av at flere grupper er samlokalisert samme sted og under samme ledelse. Rapporten påpeker at dette gir variasjon og fleksibilitet i tjenesten både med tanke på kompetanse og brukeropplevelsen.

Med bakgrunn i at planen beskriver at 80% av beboerne ved institusjoner er demente, mener Senterpartiet at rapporten fra SINTEF underbygger at det må være et variert tilbud og med fleksibilitet med ulike typer grupper.

En av hovedmotivene for å samle demensomsorgen på ett sted er samling av kompetanse. Men med bakgrunn i en stadig økende andel av den eldre befolkningen med demensproblematikk vil kompetansebehovet også være stort i de andre tjenestene slik som innen somatikk, rus og psykiatri og miljøtjenesten.

I planen står det at det ikke er funnet evidens eller bevis for effekten ved å samle kommunale tjenester slik planen legger opp til. Men det vises til eksempler på positive effekter fra spesialisthelsetjenesten. Og det hevdes at det er all grunn til å tro at dette også vil gjelde for kommunale helsetjenester. Dette bli da en påstand uten faglig grunnlag.

Kommunal sektor kan ikke sammenlignes med spesialisthelsetjenesten da kommunen favner alle brukere og behov, også alle de som faller utenfor spesialisthelsetjenesten. Derfor må kommunens søkelys på kompetanseutvikling være opptatt av å sikre kompetanse på tvers i hele pleie- og omsorgstjenesten særlig knyttet til de store folkehelseutfordringene som demensdiagnose er.

Demensproblematikk kan alle ansatte i ulike tjenester møte og for å sikre riktig, tidlig og relevant hjelp og oppfølging, er det avgjørende å sikre at alle på ulike tjenestenivåer har kompetanse på området.

Senterpartiet er enig i slik planen beskriver at det må være en viktig målsetting at pasienter i minst mulig grad flyttes mellom institusjonene når det oppstår forverring eller sykdomsbildet blir mer sammensatt. For å sikre god tilgang på riktig kompetanse må det innebære at en går bort fra ideen med tydelig skille mellom hvilket tilbud som tilbys på Kolvereid og Rørvik, men at det begge steder er tilbud og kompetanse som sikrer best mulig pleie og behandling for alle behov. En kultur for at ansatte jobber på tvers av avdelingene kan være et godt bidrag til faglig utvikling og god beredskap i tjenesten.

Planen sier svært lite om hvordan kompetanseutvikling både avdelingsvis og på tvers av organisasjonen skal foregå. Dette vil kreve systematisk arbeid og ressurser, som er et behov planen burde ha beskrevet.

Uansett hvordan strukturen må det bli en viktig lederoppgave å anerkjenne kompetansemiljøene på alle institusjoner.

### **Til kap. 8. Kjøkkenstruktur**

Det er vanskelig å ta noen avgjørelser knyttet til kjøkkenstruktur, da vi ikke ser noen økonomiske perspektivet knyttet til det. Men det framstår som at kok/kjøl er det mest økonomiske og mest fleksible alternativet.

### **Til kap. 9 Tildeling av tjenester – mer hverdagsmestring**

Planen viser til at det ikke er rom for å øke ressursen ved brukerkontoret. Senterpartiet mener at det heller må sees på å styrke brukerkontoret som kompetansebase og som veileder både for brukere og ansatte. Dreiningen fra opphold på institusjon til heldøgns omsorg, vil medføre flere enkeltvedtak, som også vil kreve økte ressurser til saksbehandling. For sikre likebehandling og god forvaltningspraksis er det svært viktig at det er brukerkontoret som innehar vedtaksmyndigheten. Senterpartiet mener at det er riktig at tildelingskriteriene gjennomgås. Men det under forutsetning av at det gjennomføres gode prosesser med involvering av ansatte, politikere og brukere.

### **Til kap. 10. Økt produksjon uten vesentlig økt bemanning**

Senterpartiet er enig i at vi ha en betydelig satsning på kompetanse innen demensomsorg, og vi ber om at kommunestyrets vedtak om ny plan for kompetanse, lederutvikling og rekruttering innenfor helse og velferd iverksettes snarest. Senterpartiet er opptatt av at vi lykkes med TØRN og at vi må lykkes med å implementere dette i organisasjonen.

### **Til kap. 11. Kraftfull satsning på teknologi**

Senterpartiet er enige i at det er viktig med en sterk satsning på teknologi og å utnytte de mulighetene velfersteknologi gir for effektivisering og forbedring av kvaliteten i tjenestene. Men brukerperspektivet må alltid stå i fokus ved valg av type teknologi. Innføring av teknologi skal ikke bare skje med søkelys på økonomi og effektivitet, men først og fremst skje fordi det gir kvalitetsforbedring for den enkelte. Det beskrives ikke i planen hvordan en kraftfull satsning på teknologi faktisk skal gjennomføres og kostnadene dette vil ha. Innføring av ny teknologi krever også ressurser fra kommunens IT – tjeneste, kunnskap hos ansatte og forståelse hos bruker og pårørende. Det må tas høyde for økt ressursbruk og beredskap ute i tjenestene, slik at dette ikke blir en risikofaktor og en flaksehals for å yte gode tjenester.

### **Kommentarer til planens konsekvenser for økonomi:**

Konsekvensene av planen er ombygging av arealer både på Kolvereid og Rørvik, tilpassing av boligenheter, kjøkken og forebyggende arbeid, mestringstilbud, dagtilbud inkl. transport og kompetanseheving. Det er en stor svakhet med planen som skal ha så langsiktig virkning at de økonomiske konsekvensene ikke kommer fram. Dette svekker kommunestyrets beslutningsgrunnlag og tilliten til omstillingsbehovet i befolkningen.

**Avsluttende kommentar:**

For Senterpartiet er det elementært å sikre at folk får muligheten til å bo lengst mulig hjemme, men får nødvendig helsehjelp når de har behov for det. I den geografisk spredte kommunen som Nærøysund er, så er det viktig at perspektivet på pleie- og omsorgstjenester ikke bare dreier seg om tilbud på Kolvereid eller Rørvik, men også tar inn over seg at det bor eldre rundt omkring i hele kommunen. Folkehelseutfordringene knyttet til ensomhet og økt utenforskap blant eldre er vesentlig for at vi skal sikre det gode liv for alle i Nærøysund.

*Kolvereid 10.1.25*

*Mvh.*

*Nærøysund Senterparti*

*Steinar Aspli*

*Gruppeleder*

*Aslaug Hestø*

*leder*

## Innspill fra Nærøysund SV

Her kommer innspill fra Nærøysund SV

Som en basis for innspill, tenker Nærøysund SV, at utkastet for planen er å "sprengte allerede åpne dører". Denne tenkningen er jo noe som virker sjølsagt, og som det arbeides med over det ganske land. Å bo lengst mulig heime. Gamle Nærøy utarbeidet en slik plan for over 20 år siden.

Å bo i egen bolig er jo avhengig av hvilken bolig en har, og hvor den ligger. Man vet jo at de fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig. Men vi i Nærøysund SV lurer jo på:

- Vil de som bor i grendene få like mye hjelp i hjemmet sitt som de som bor på Kolvereid eller Rørvik? For man vet jo at man må ta ferge for å komme til Salsbruket eller Gjerdinga. Dette er noe som ikke er nevnt i planen. Og heldøgns omsorg, vil også de i grendene kunne få hjelp om natta?
- Med dagens ordning med hjemmesykepleie, kan en ikke få hjelp til å få tatt inn posten eksempelvis. Da må en ha gode naboer eller venner til å gjøre det
- Hvor mange steg kommer man opp i helsetrappa med de som bor i grendene før de må på omsorgsbolig eller institusjon?

Med det store "snø-kaos" som en har opplevd i Midt-Norge like etter jul: - Hva med brøyting, og tilgjengelighet for hjelp?

- Mange eldre har ikke sine barn eller andre pårørende i nærheten, og det å få hjelp til ulike småting kan være vanskelig. Noen er rett ig slett ikke i form til å måke snø og da blir fremkommelighet mye vanskeligere.

Det er bra at planen poengterer betydninga av bruk av sykepleiere. Etter vår oppfatning er jo utdannede vernepleiere også dedikert til slikt omsorgsarbeid. Kan også se på en del andre kommuner som bruker vernepleiere på lik linje som sykepleiere, For noen år tilbake eksisterte det en egen ordning som ble kalt "hus-far". Det i tillegg til det som en tid ble kalt "husmor-vikar". Dvs hjelp til matlaging og rengjøring. For heimeboende eldre kan det være stort behov for noe hjelp som små reparasjoner, måke litt snø, bære inn ved etc

Nærøysund SV har noen forslag:

- For å kunne lykkes best mulig med at folk får bo hjemme lengst mulig, må kommunen sammen med frivilligheten samarbeide. Her tenker vi på oppgaver som feks snømåking, henting av post, handle osv.
- Kommunen må skape en ramme slik at frivilligheten får støtte til å kunne bidra - Kunne vært aktuelt at frivilligheten får en kompensasjon.
- Ved å knytte lokal næringsliv opp mot kommunen, blir det enklere og få til et godt samarbeid for å kunne få til en slik plan som beskrevet

Spørsmål til planen:

- Er planen gjennomførbar mtp bemanning? Har vi nok folk, med fagkompetanse som gjør det realistisk å gjennomføre denne planen?

- Vil det komme en konsekvensutredning på hvordan denne planen vil påvirke berørte ansatte og pasienter ved gjennomføring av planen? Det er noe vi savner!
- Vi stiller spørsmål om prosessen, er den god nok?
- I forhold til hjemmeboende med en demenssykdom, vil denne planen gi et bedre tilbud til de? Ved at de feks får flere dager med dagtilbud? Og bedre oppfølging hjemme?
- Før covid-19 var det noe som het Inn på tunet, dette var et godt tilbud med avlastning, hvor det var dyrestell og andre aktiviteter. Kunne det vært aktuelt å få til noe sånt i kommunen igjen?
- Vil denne planen gjøre at vi får til å gjennomføre lovpålagte tjenester på en faglig forsvarlig måte?

#### Forebygging:

Vi burde ha mer fokus på forebygging. Og ved at man tenker at folk skal bo hjemme lengst mulig, må vi også tenke på dette med ensomhet. Hva med å ha mer fokus på støttekontakt? Her foreslår vi å øke lønns til støttekontakter slik at vi får rekruttert flere, som kan bidra til at vi kan forebygge ensomhet. Burde også ha bedre opplæring og oppfølging av støttekontakter.

I tillegg bør vi også se på Røde Kors og ha et tettere samarbeid med dem. Røde kors har denne ordningen: besøksvenn. Dette er også noe som kan forebygge ensomhet, og gjør at flere eldre kan få besøk, gå tur, kino osv. Være mindre alene og ha noe å se frem til.

- Skal skape trygghet - ikke uttrygghet - folkehelse: med det mener vi at denne planen skal skape en trygghet. Trygghet går under folkehelse.

Dette prosjektet bærer sterkt preg av å være en prosjektbeskrivelse og ikke en plan. I en plan bør innebefatte analyse av konsekvenser av visse tiltak.

Og helt til slutt:

Hvorfor er det ikke lyst ut til helse og sosial sjef? Burde ikke vi ha en med kompetanse på dette området med i prosessen?

*Hilsen medlemmer i Nærøysund SV*



## Innspill fra Randi Tanberg Finne

### Innspill pleie og omsorgsplan Nærøysund kommune

Jeg velger å sende inn innspill/tanker/meninger opp mot pleie og omsorgsplanen for Nærøysund kommune, selv om det kan virke meningsløst.

Det har vært vanskelig å bli hørt og fått til en god dialog ang. dette – etter en særst dårlig start høsten 2023! Min mening er at det er utført svært dårlig håndverk – både politisk og administrativt.

Det opplevdes høsten 2023 som om at det meste var bestemt, vedtatt og skulle gjennomføres, uansett konsekvenser for folk. Slik føles det fremdeles.

Jeg mener det må etterstrebtes å spare penger og at ordet effektivisering er viktig.

MEN det må også evnes å se konsekvenser for syke og eldre! For pårørende, ansatte og folk flest! Det kan ikke bare tenkes kommunal økonomi – men også samfunnsøkonomi!

Jeg er inderlig lei meg, frustrert og opprørt over hvordan pleie og omsorgsplanen er håndtert. Så totalt unødvendig og uakseptabelt. Det har – og er – ei enorm bølge for syke og eldre -og alle oss andre.

Nærøysund har 2 kommunesenter. I denne saken er alle negative konsekvenser lagt til Kolvereid – og omegn. Dette uten at det er lagt fram økonomisk oversikt /tall over hva kommunen evt. vil spare på dette. Det går ikke å lese seg til det i det kommunale budsjettet. F.eks. hva vil ombygging på Rørvik sykestue koste – reelt??

Kolvereid har hatt en flott sykeheim – der eldre og syke visste det ville være plass ved behov. Det skapte trygghet og forutsigbarhet! Nå skal det «sorteres» etter om du er dement eller ikke!

I tillegg er det svært brått såkalt « pauset» totalt 24 plasser på NBBS! Dette før planen er vedtatt.

Barn og ungdom er superviktige og er fremtiden! MEN også eldre og syke har ei fremtid. Den må gjøres best mulig!! ‘

Jeg håper sterkt og inderlig at det opprettholdes 2 avd. for demente (Rørvik/Kolvereid), 2 avd. for andre pleietrengende (Rørvik/Kolvereid) og 2 legekontor!

Det kan ikke tømmes avd. før en plan er lagt.

Eldre og syke trenger trygghet og forutsigbarhet! De lever NÅ -og får ikke den siste tiden av livet på nytt igjen.

Besøk er uten tvil svært viktig for livskvaliteten. Unødvendig lange avstander kan ta livet av folk – i verste fall. Hva f.eks. om et ektepar/samboere begge trenger pleie. Den ene er dement – den andre ikke?? Ikke akseptabelt å ikke kunne dele livet også den siste tiden. Det er 2 mil mellom Rørvik og Kolvereid. Ikke så langt, men for mange helt uoverkommelig!

Folk som har bosatt seg på Kolvereid og grendene rundt har levd i trygghet for at ble det behov for hjelp – ville de få det på Kolvereid.

Jeg kan ikke kunne akseptere den foreslåtte planen og tenker det er ei skam at vi som egentlig er en rik havbrukskommune, er kjørt sånn i grøfta at dette i det hele tatt er blitt et tema! Penger foran eldre og syke!!

Nå MÅ det tas ansvar og ikke kjøres over eldre/syke, ansatte, pårørende og folk flest.

Dette er faktisk alvor! Det gjelder folk som lever NÅ! Og det gjelder ikke bare for folk på Kolvereid og omegn, men for folk i grendene og ikke minst på Rørvik. Jeg er helt sikker på at folk med demens på Rørvik vil ha et bedre liv på Rørvik sykestue, enn å må bo 2 mil unna – på en mere fremmed sykeheim og med veldig sannsynlighet få mye mindre besøk og stimulering.

Vi MÅ ha 2 likeverdige institusjoner!

Hjemmebasert omsorg er svært viktig og alle de som vil og kan må få den hjelpen de trenger. MEN ikke alle kan basere livet sitt på det – om de vil det eller ikke. Planen slik den er lagt fram ser jeg ikke på som gjennomførbar -på en forsvarlig måte og har lite tro på økonomisk gevinst heller!

Det er på tide å lytte og høre etter. En snuoperasjon kommer nok. La den komme før det skapes mere utrygghet og bo/bli-lysten forsvinner. Jeg har aldri opplevd få så mange henvendelser om en sak -som dette. Folk er veldig utrygge og lei seg – og det skjønner jeg godt. Der er bare så totalt unødvendig. Dette skaper i hvert fall ikke bo og bli-lyst! Og ikke dugnadslyst heller!

Håper at dette kan bli med saken, selv om jeg ikke fikk levert innen fristen, men 1 døgn på etterskudd – p.g.a. sykdom??

*Randi Tanberg Finne*

*Samfunnsengasjert og pårørende – og «plutselig» er jeg bruker også*

## Innspill Skjolden Sanitetsforening

### Innspill til Pleie og omsorgsplan 2025-2035

Kommunestyret har bedt administrasjonen om å legge fram en prosjektrapport for prosjektet «Dreining fra institusjon til heldøgns omsorg»  
Det legges her fram forslag til en Pleie og omsorgsplan for perioden 2025-2035, dette er noe helt annet enn det kommunestyret har bedt om.

Forslaget som her legges fram som enn plan framstår som et mangelfullt arbeidsdokument. Som plan er den svært mangelfull, det mangler et planprogram, medvirkningsprosesser og høringer, noe som er praktisert i Nærøysund kommune og derved er forankret i plan og bygningsloven.

Planen er ikke en helhetlig plan, da skulle alle tjenester innenfor helse og omsorg vært involvert, utredet og vurdert. Dette er betenkelig i og med at planen har et perspektiv på 10 år.

Det er mangelfull forankring, det påstås at tillitsvalgte har vært med i prosessen hele veien, men at tillitsvalgte er forelagt planer uten mulighet til reell påvirkning er ikke medvirkning. Det samme gjelder medvirkning fra framtidige brukere av tjeneste.

Det virker som en her tenker helt nytt med effektivisering av tjenestene. Det er en kjent sak at prinsippet med omsorgstrappen er brukt i flere tiår i kommunen. BEON-prinsippet (Beste effektive omsorgsnivå) er kjent og brukt. Statistikk (KOSTRA) viser også at Nærøysund driver mere effektivt i forhold til andre sammenlignbare kommuner.

Planen har to overordnede mål:

- 30 %økning i kapasitet for heldøgns omsorgen etablert i 2030
- Reduksjon til 10 % dekningsgrad for langtidsopphold på institusjon i perioden 2024-2030.

10 % er en lav dekningsgrad for institusjonsdekning. Tidligere anbefalinger har vært 24% dekningsgrad på grunn av demografi og geografi. Vi må ikke glemme at vi bor i en utstrakt og grissgrendt kommune. En må heller ikke glemme utfordringen med ferdigbehandlede pasienter inneliggende på sykehuset som trenger institusjonsplass. Nærøysund har vært i stand til å ta imot disse, takket være kapasiteten på institusjonsplasser. Pasienter som blir liggende på sykehuset når de er ferdigbehandlet koster i underkant av 6000 kr i døgnet. Disse pasientene blir dessuten bedre ivaretatt i kommunale tjenester. Dette med tanke på komplikasjoner, bla. infeksjon.

Det vises ikke til beregninger på kostnaden ved heldøgns omsorg der det naturlig vil være høyt behov for sammensatte og omfattende helse og omsorgstjenester kontra kostnader på tilsvarende tjenester i institusjon. Det vises heller ikke til kostnader ved høyt behov for tjenester når de bor i eget hjem langt unna basen for hjemmesykepleien.

Det er ikke dokumentert at det er dyrere å gi helse og omsorgstjenester i egen bolig når kommunen er svært grisgrendt.

Sett i den sammenhengen stilles det spørsmål ved at det er sykehjemmet på Rørvik som foretrekkes til korttidsplasser, der det vil være mere kostnadseffektivt å tilby omfattende hjemmebaserte tjenester i og med at det er det tettest befolkede området i kommunen og dermed korte avstander og kortere responstid. Det vil også være tryggere for syke pasienter og pårørende å ha nær tilgang til helse og omsorgsbaser når de bor i eget hjem.

Kolvereid med omliggende områder er det området med høyest andel eldre og bør derfor være den plassen hvor det er flest sykehjemsplasser, slik at de eldre får bo i sitt nærmiljø og i nærhet av sine pårørende i den grad det er mulig. Og med større avstander mellom innbyggerne i Nærøydelen av kommunen vil det være den delen av kommunen hvor det er mest kostbart og personalkrevende å satse tyngst på hjemmebaserte tjenester.

Når det gjelder effektivitet må en spørre seg om resonnetet med å legge ned langtids og korttidsplasser samt øhjelp plasser på Kolvereid.

Det er vist til at det ikke er ressurser til å øke ressursene ved Brukerkontoret. Overføring til heldøgns omsorg betyr t bruker har rett på enkeltvedtak, noe som krever økte ressurser til saksbehandling.

Brukerkontoret er en kompetansebase som også har en veiledningsplikt for både brukere og ansatte. Brukerkontoret skal sitte i front, alle søknader om tjenester går dit. Det er et forvaltningsorgan som følger forvaltningsloven og helse og omsorgsloven, lov om psykisk helse osv. Det sikrer pasienten/brukerens rett til tjenester og gir klageadgang. Det er i dag organisert under hjemmebaserte tjenester, noe som etter vår oppfatning er feil da søknader om bistand fra alle tjenester skal kartlegges og behandles derfra. Brukerkontoret må ha en selvstendig rolle for at alle bruker skal behandles likt og i tråd med lovverket.

**Brukerkontoret må ha full vedtaksmyndighet Brukerkontoret må ikke reduseres til en skrivestue.**

Tildelingskriterier kan gjennomgås, men det er en forutsetning at det blir gode prosesser der ansatte, politikere og brukere involveres.

Alle må ha rett til samme helse og omsorgstjenester, samme hvor du bor i kommunen.

Det er et krav at begge regionsentrene er likestilt når det gjelder langtids og korttidsplasser, **plass for senil demente** og akutt plasser.

Norske tall viser at andelen som har demens øker kraftig med alderen, fra anslagsvis 0,7 prosent i aldersgruppen 65-60 år til 48 % blant personer over 90 år og eldre. Planen beskriver at 80% av inneliggende pasienter er demente. Økningen av demente vil si at de vil befinne seg i alle trinnene i omsorgstjenesten. Det er derfor viktig at kunnskap og erfaring med demens er like god i hjemmesykepleien, heldøgns omsorg som i institusjonsomsorgen.

Det er demente som bor lengst i institusjon, og for at disse pasientene skal kunne bo i sitt nærmiljø og i nærheten av sine pårørende bør dementavdeling og langtidsavdeling være både på Kolvereid og på Rørvik. Dette for å opprettholde livskvaliteten til pasientene lengst mulig og legge til rette for at pårørende, som i de enkelte tilfelle er en viktig ressurs for pasienten, har best mulig forutsetning for å være til stede på sykehjemmet.

Vi savner kostnadsbeskrivelse av utbygging/ombygging, samt beskrivelse av hva som skal ombygges/utbygges.

Planen som den nå foreligger, gir ingen dokumentasjon på at det vil være mere kostnadseffektivt og kvalitetsmessig bedre for kommunen å dreie omsorgen fra institusjon til heldøgns omsorg.

*Foldereid 10.01.2025*

*For styret i Skjolden sanitetsforening*

*Elin Holten*

## Innspill fra Åshild Opsjøn

### Innspill til plan for PLO:

Må først si at mine betraktninger er fundert på at jeg i mange måneder var pårørende i en stor kommune nord for Oslo, en kommune som på nesten karikert vis dyrker tanken om å bo hjemme, uansett hvordan sykdommen utvikler seg.

Har stor tro på sentralisering av tilbudet slik det beskrives i planen. En ting er kommuneøkonomi og de flere eldre, men det viktigste er kompetansen brukeren møtes med. Her er vi langt unna sykehus, og er avhengige av personalet-enten det er i hjemmesykepleien eller i institusjon.

Om vi bor i Rørvik eller på Kolvereid, så langt er det da ikke.

Hjemmesykepleie: Det hjelper lite om det fattes vedtak om besøk 4-6 ganger i døgnet dersom ansatte er ufaglærte og uvitende, og sykepleier bare kan nås i kontortiden hvis det oppstår komplikasjoner. Kompetanse og tilgjengelighet til fagpersoner nok en gang.

Institusjon: Jeg vet lite om kompetansen mht palliativ behandling i kommunen, men vet at dette er viktig for den som er syk, og for pårørende. Og at pasienten møter sykepleiere og sykehjemslege som kan faget, er utrolig viktig. Ja, avgjørende faktisk. Igjen dette med kompetanse.

Kreftsykepleier: En nøkkelstilling i kommunen.

Ellers: Har inntrykk av at kommunen har et godt tilbud når det gjelder rehabilitering, f.eks. etter operasjoner. Ta vare på dette slik at man kan trenes opp til å dra hjem.

Ta vare på boliger som f.eks. Bjørkåstunet, steder der våre eldre som kan klare seg selv, kan være sammen og utvikle vennskap og fellesskap

*Åshild Opsjøn*

## Innspill- Torger Hundseth

### Uttalelse til pleie- og omsorgsplan, 5. utgave - kap. 8 kjøkkenfunksjon

Torger Hundseth, privatperson, næringsmiddelteknolog, tidl. seniorinspektør i Mattilsynet

I min jobb har jeg hatt tilsyn av samtlige kjøkken i Nærøy og Vikna gjennom 40 år. Dette har vært inspeksjoner og revisjoner av internkontroll. Videre tilhørende saksbehandling av næringsmiddelvirksomheter og vannverk i Namdalen.

Pleie- og omsorgsplanen er å betrakte som en temaplan, som i utgangspunktet lages for å utdype og konkretisere oppfølgingen av kommuneplanens samfunnsdel eller andre særskilte behov. Alle planer skal ha klare formål.

#### Innledende kommentarer:

- Jeg finner ikke formulert noe klart formål og hensikt med å vurdere å endre kjøkkenstrukturen. Er det økonomi, organisering/personell eller kvalitetsmål?
- Forslaget virker dårlig utredet både med hensyn på valg av kun ett kjøkken og kun en produksjonsmetode for varmmat. Videre synes argumentasjonen med hensikt å favorisere det ene kjøkkenet, noe som oppfattes som uredelig. Kunnskapsgrunnlaget virker spinkelt. En hadde forventet en grundigere kartlegging av fakta, konsekvenser og muligheter både for produksjonsmetodene og de to eksisterende kjøkken. Dette gjelder også for utkjøring av mat, både til den andre institusjonen og til hjemmeboende.

På bakgrunn av min kunnskap om dagens standard, stabilt personale/kompetanse, stor framtidig økning av antall eldre, økt matombringing, samt beredskapstenking, mener jeg det er direkte uansvarlig med et forslag om kun ett kjøkken og kun én produksjonsmetode for varmmat!

#### **8.0 Endre kjøkkenstruktur og samling om én produksjonsmetode.**

Det står "En slik vurdering er naturlig da kommunen i dag har 2 kjøkken med 2 ulike produksjonslinjer". Kommunen har (bare) 2 kjøkken ja, og en gjennomgang av matorganiseringen kan selvsagt være ønskelig uavhengig av antall kjøkken. Det kan virke som forslagstiller tenker at når det er to kjøkken er det ett for mye. Da har man egentlig bestemt seg på forhånd, før nødvendige utredninger er gjort, også økonomiske! Dette blir helt feil!

Tidligere var det kjøkken på alle institusjonene. De to som er igjen skal serve en vid kommune med 10.000 innbyggere og med et økende antall eldre, hver dag. Ingen av kjøkkenene vil kunne takle en dobling av produksjonen uten betydelige ombygginger. Dette må i så fall utredes for hvert sted, for å se hvilket som er best egnet totalt.

Ellers vil jeg framheve at noen kan tro at ting blir så mye bedre (og billigere) om en finner på noe nytt, i stedet for å vedlikeholde og utvikle/forbedre det som faktisk fungerer! (Jf Elin Ørjaseter sin kommentar til politikerne om togene og jernbaneproblemene). Slike drastiske tiltak uten skikkelig dokumentasjon innebærer fare for rot og økte kostnader.

### **8.1 beskriver dagens kjøkken som velfungerende og tilpasset behovene.**

Begge kjøkken virker å drive effektivt, med tilsynelatende få årsverk, hvor NBBS har færrest ansatte. Der er det ikke produksjon i helgene, grunnet bruk av kok/kjøll-metode.

Kompetansen til de ansatte er i dag varierende, dvs med forskjellige typer utdanning, noe som er bra. Begge produserer omtrent lik mengde mat, og ingen trenger særlig med investeringer i nær fremtid.

Begge har hatt stødig arbeidsstokk og med høy grad av trivsel, noe som er viktig med tanke på kvalitet og stabilitet i serveringen.

Likevel insisterer forslagstiller på å samle alt på ett sted!

### **8.2 beskriver de to produksjonsmåtene for varmmat: kok og server, og kok og avkjøl. Disse vil jeg beskrive slik:**

- Kok/server-produksjon er den tradisjonelle metoden, og er vanlig ved kort tid til servering. Denne benyttes ved Rørvik sykestue. Det kreves eksakte produksjonstider og måltidstidspunkter for å opprettholde matkvaliteten og sikkerheten. Dette er mest vanlig der brukerne er i samme bygg, evt svært nær. Den egner seg dårlig til ombringing, grunnet temperaturkrav og matsikkerhet, samt raskt dalende kvalitet.
- Kok/kjøll-produksjon er hurtig nedkjølt ferdig mat/halvfabrikata måltider i små enheter som kan oppbevares få dager, og som varmes rett før servering. Denne metoden benyttes ved NBBS, både internt og til utkjøring. Kok/kjøll er fleksibelt med hensyn på produksjonstidspunkt, utkjøring fra kjøkken og tidspunkt for måltid. Man



har en tidsbuffer, fordi varen er nedkjølt. Prinsippet innebærer at maten totalt sett har svært kort tid i risikosone for temperatur, og kort periode med høy temperatur.

I saksframlegget gjøres det et poeng av at ved kok/kjøll kreves det mottakskjøkken med god plass til nedkjøling/oppbevaring.

Det er feil at det skal drives med nedkjøling her, det skal kun lagres kjølte matporsjoner i en kjøleenhet/kjøleskap, og som skal varmes tilstrekkelig rett før servering. Å bruke dette som argument mot kok/kjøll blir feil. Uansett system er det behov for å ha en enkel kjøkkenfunksjon i avdelinger eller etasjer, med ovn for oppvarming.

Det benyttes forskjellige navn for slike enkle kjøkken, som mottakskjøkken, avdelingskjøkken eller anretningskjøkken. Det er ikke så vesentlig, men slike kjøkken må vanligvis ha utstyr som kjøleskap, komfyr/mikrobølgeovn/kombidamper, benkeplass for tørrmathåndtering, oppbevaring og oppvask for servise, og håndvask, sånn omtrent. Ofte er det mulighet for felles bespisning, som styrker fellesskapet og trivselen.

Når det gjelder produksjonsmetoder nevner utredningen bare varmmat/middag. Andre produksjonsmetoder, som produksjon av brød- og bakervarer, påsmøring, desserter mv. er ikke beskrevet. Kjøkkenet skal ha en farevurdering av alle sine produksjonsmåter fram til servering, og gjennomtenkte/dokumenterte rutiner for å sikre mattryggheten. Dette krever nødvendig kompetanse.

Det kan også nevnes at alle vesentlige endringer i drift og lokaler/utstyr skal meldes til Mattilsynet. Når det gjelder nevnte farevurderinger og rutiner (internkontroll), er dette noe som skal være på plass før oppstart.

### **8.3 minimere bruk av helsepersonell til matoppgaver.**

Dette er et riktig prinsipp.

Ut fra et matsikkerhetsperspektiv skal det være en mest mulig tett hygienebarriere mellom produksjonskjøkken og avdeling. Dvs at det ikke skal overføres smitte fra avdeling til kjøkken som kan forårsake fare for matinfeksjon eller matforgiftning hos brukerne. Smitten på en

avdeling skal være der og bare der, og minimeres der. Internt på avdelingen må det også være hygienerutiner med hensyn til mathåndtering og pleie, for å unngå kryssforurensning.

Man trenger selvsagt ikke helsepersonell til transport eller servering. Av praktiske årsaker, og at noen må servere, medfører at en likevel må akseptere noen gråsoner.

Det å akseptere at noe helsepersonell (evt. kombinerte stillinger, deltid) deltar i noe mathåndtering til syke og svake mennesker er ikke negativt, ut fra følgende betraktning: Å få i eldre og syke mennesker nok mat og drikke er som kjent livsviktig. Det er omsorg. Det er helse. Det er den desidert største enkeltfaktoren for å holde liv i folk. Om den som serverer også tilfeldigvis har medisinsk/sykdomskompetanse er jo det bare positivt. Og hvis ikke mat/ernæring er helsefaglig så vet ikke jeg.

I dette avsnittet (8.3 og 8.4) hevdes det at selve metoden kok/server er best egnet til å minimere bruk av helsepersonell til matoppgaver. Dette er etter mitt skjønn ikke noe vesentlig argument for det ene eller det andre.

For det første er det ikke en sak at helsepersonell skal drive med matproduksjon/tilberedning. Kommunen velger selv hvilken kompetanse som skal varme og servere maten. Og kommunen er selv ansvarlig for at den som skal både lage og servere mat har tilstrekkelig kompetanse, tilpasset den stillingen den enkelte har. Og vise versa med helsekompetansen.

Den eneste forskjellen på tidsbruk på pleieavdelingen mellom kok/server og kok/kjøll vil være at maten skal varmes. Og det vil jeg påstå er en meget marginal faktor. Men selvsagt må en ha tilpasset varmeutstyr. Og igjen, det trengs ikke helsepersonell. En må kunne forvente at kommunen forvalter personalet mest mulig fornuftig.

**(8.4)** Dette argumentet ovenfor (at selve metoden kok/server er best egnet til å minimere bruk av helsepersonell til matoppgaver), brukes til å konkludere med at da skal kommunen gå over til det, altså kok/server. Og videre at da er det naturlig at all matproduksjon skal skje

ved Rørvik sykestue, fordi de benytter kok/server i dag!  
Dette er med respekt å melde et merkelig resonnement!

Angående at ett kjøkken (Rørvik sykestue) har kapasitet til å produsere all mat, stiller jeg meg sterkt tvilende til. Dette må i så fall utredes og dokumenteres.

### **8.5 Matombringning 5 dager i uka.**

Dette beskrives som et lavterskeltilbud uten saksbehandling.

I forhold til min tilnærming ut fra et matsikkerhetsperspektiv vil ombringning av mat gjelde uavhengig av status til brukeren, om hjemmesykepleien er ansvarlig eller ikke. Det benyttes en grense på 30 minutter for om det kan bringes varmmat. Tar det lengre tid beskriver forslaget at da vil det være behov for å varme maten på nytt.

Dette frarådes på det sterkeste!

Ingen vet da om, og når, maten blir varmet opp igjen. Mat som har vært varm lenge mister betydelig kvalitet og temperatur, og en kan komme i konflikt med hygienekravene og i verste fall bli syk av maten. Begynner man å varme opp lunken mat, er man virkelig ute å kjøre. Maten skal og må være trygg og appetittlig.

Kommunen vil ikke ta ansvar for matens temperatur ved måltidet. Det er greit nok, men kommunen vil være ansvarlig for temperaturen ved leveringstidspunktet. Som en tommelfingerregel bør temperaturen være minimum 60 grader, som er et generelt krav ved oppbevaring/varmholding før servering. Er ikke noen hjemme eller ikke er klarert for å spise, burde kommunen faktisk ikke levert ut denne varme maten.

Til tross for forslaget om overgang til bare kok/server, med ett kjøkken, foreslås det her likevel bruk av kok/kjøll-metode, da kun i helgene. Da må kjøkkenet likevel ha nødvendig utstyr og dokumentert nedkjølingskapasitet!

Men hvorfor ikke levere ferdig kjølt mat til alle ved ombringning, hele uken?

Utbringning av varmmat til den andre institusjonen medfører et stort transportregime med bilerog stort tidspress. Og personalressurser. Det blir tunge og mange enheter som skal håndteres. Varmekasser og beholdere skal returneres. Hver dag hele uken.

Etter mitt skjønn vil denne planen om å frakte varmmat fra Rørvik til Kolvereid være et elendig prosjekt, på flere måter.

Det framheves at det blir en betydelig økning av antall eldre i kommunen, og forslaget i seg selv bygger på at flere skal greie seg hjemme. I tillegg foreslås en abonnementsordning, slik at flere kan benytte tilkjørt mat.

Likevel ser ikke forslagstiller at det egentlig er et fundamentalt behov for å benytte kok/kjøl-metodikk!

Forslagstiller beskriver at tilpasninger medfører kostnader, og som brukes som argument for å velge ett produksjonskjøkken og produksjonsmåten kok/server.

Dette synes jeg ikke er viktig nok i denne sammenheng.

Det listes opp noen fordeler med 400V-system som på Rørvik. Det bestrides ikke, men dette er heller ikke viktig nok til å legge ned det andre kjøkkenet. Det bør heller være et argument for å oppgradere på NBBS, om det er presserende. Det har ikke framkommet at dette er en nødvendighet i overskuelig framtid.

### **Beredskap og sårbarhet**

Endelig har vi sårbarhet og beredskap! Dette kunne faktisk stått øverst på agendaen i prosessen. Dette er momenter som forslagstiller overhodet ikke har gitt noen tanker eller utredning om, til tross for at dette er et hett tema for tiden.

Hendelser som er aktuelle kan eksempelvis være brann, strømbrydd, havari/skade på utstyr, stengte broer, trafikkuhell og forsinkelser, naturkatastrofer/ras, uvær, angrep på infrastruktur, smitteutbrudd, sykdom og smittede kjøkkenansatte, framkommelighet for ansatte mv.

Dersom man hver eneste dag skal frakte varmmat fra Rørvik til Kolvereid og til andre steder i

kommunen, sier det seg selv at dette er risikabelt. Umiddelbart etter en hendelse eller forsinkelse oppstår det problemer. Problemet blir raskt akutt. Det blir et mat-sikkerhetsproblem, og folk får ikke mat som forventet. Mat må kastes.

### **Konklusjon**

- Det framlagte forslaget om kun ett kjøkken og kun én produksjonsmetode (kok/server) anses som uansvarlig etter mitt skjønn. Forslaget er dårlig utredet, legger opp til en rekke usikkerhetsmomenter og skaper mye frustrasjon.
- Kommunen trenger begge dagens kjøkken og kompetanse i tiden som kommer! Da oppnår man en nødvendig sikkerhet og fleksibilitet på alle nivå.
- Kommunen må benytte riktige produksjonsmetoder til de forskjellige behovene, både ved institusjonene og ved matombringen! Dette for å oppnå best mulig matkvalitet, fleksibilitet og sikkerhet.