



SEKTORPLAN HELSE OG VELFERD 2025-2036, DEL 3 – STATUSSKILDING



**FORSVARLEGE OG
BEREKRAFTIGE TENESTER**

Teken til orientering av Bjørnafjorden kommunestyre 18.9.2025, sak 80/2025

INNHALD

DEL 3 – STATUSSKILDRING OG VEDLEGG

1. Status pr. våren 2025	3
1.1. Tenestetilbod sektoren har ansvar for	3
1.2. Nedskjeringar og økonomiske utfordringar	4
1.3. Ei kommunehelseteneste i endring	4
1.4. Utviklinga av E-helse.....	5
1.5. Tilgang på kompetanse våren 2025	5
1.6. Ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp.....	6
1.7. Status venteliste til ulike butilbod våren 2025.....	6
1.8. Status på bygg og uteområde	7
2. Samarbeid med frivillige.....	8

VEDLEGG:

Innspel knytt til ulike bustad- og tenestebehov.....	9
--	---

DEL 3 – STATUSSKILDING OG VEDLEGG

1. STATUS PR. VÅREN 2025

1.1. Tenestetilbod sektoren har ansvar for

Vi har pr. våren 2025 totalt 312 heildøgns omsorgsplassar i bufellesskap og institusjonar. Dei tre ØHD-plassane i sjukeheimane er haldne utanom. Heildøgns omsorgsplassane våre er fordelte slik:

126 institusjonsplassar:

- LBBS: 83
- FBBS: 40
- Varafjell (barnebustadar): 3

186 omsorgsbustadar med heildøgns omsorg:

- LBBS: 90 plassar
- Vartun, Grantun og Askviknes: 35 plassar
- Tilrettelagte tenester for vaksne: 61 plassar

Vi har dessutan 92 omsorgsbustadar utan heildøgns omsorg slik:

- Gamleheimshagen: 20 bueiningar
- Gymnasvegen: 20 bueiningar
- Leitet: 12 bueiningar
- Baldersheim helsetun: 12 bueiningar
- Eikhovdaheimen: 14 bueiningar
- Internatvegen: 8 bueiningar
- Stegen: 6 bueiningar

I tillegg disponerer kommunen ca. 105 ordinære utleigebustadar for vanskelegstilte på bustadmarknaden.

Organiseringa av dei kommunale tenestene er ulik frå kommune til kommune, og dermed er det òg ulikt kva tenestetilbod som høyrer til kva sektor. Helse- og velferdssektoren i Bjørnafjorden har ansvar for desse tenestene:

- NAV: Arbeidsretta oppfølging, råd og rettleiing, økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram, økonomisk rådgjeving, mellombels bustad, redusert foreldrebetaling i SFO og barnehage, og felles mottak av flyktningar.
- Legevakt og legeteneste
- Psykisk helse- og rusteneste: Rask psykisk helsehjelp, støttesamtalar, råd og rettleiing, kommunepsykolog, tenester til heimebuande og i bufellesskap, verkstad og sykkelbutikk mm.
- Heimetenester, slik som heimesjukepleie og praktisk bistand i privat bustad, omsorgsbustad eller bufellesskap
- Dag- og aktivitetstilbod for heimebuande eldre, personar med demens, psykisk sjukdom og personar med utviklingshemming
- Helsefremming og rehabilitering
- Tenester i institusjon, slik som avlasting, rehabiliteringsopphald og omsorg ved livets slutt. Dessutan produksjonskjøkken for middagar til institusjonane og til heimebuande.
- Barnebustad og avlasting i heim eller i institusjon for pårørande til barn med store omsorgsbehov
- Forvaltning, koordinering og bustadkontor
- Smittevern og miljøretta helsevern

Tenester som er helserelaterte, men **ikkje** inngår i sektoren – og dermed heller ikkje i denne planen – er jordmor- og helsestasjonsteneste, barnevern, tilrettelagt fritid, støttekontakt og flyktningeteneste.

Desse tenestene er i Bjørnafjorden organisert under sektorane Oppvekst og Samfunnsutvikling. I tillegg kjem tannhelsetenesta, som er organisert under Vestland fylkeskommune.

1.2. Nedskjeringar og økonomiske utfordringar

Dei kommunale tenestene har vore gjennom til dels store nedskjeringar dei siste åra. Dette gjeld også helse- og velferdssektoren, som m.a. fekk store nedskjeringar i kjølvatnet av PwC sin rapport i 2023.

Omstilling tek tid, og det har vist seg vanskeleg å halda dei nye rammene. Helse- og velferdssektoren hadde eit overforbruk i høve til budsjett på ca. kr 60 mill. i 2023 og kr 70 mill. i 2024. Dette er ikkje økonomisk berekraftig over tid.

1.3. Ei kommunehelseteneste i endring

Nedskjeringane i rammene til helse- og velferdstenestene i Bjørnafjorden fell saman med at primærhelsetenesta stadig får fleire og meir krevjande oppgåver. Det har vore ei gradvis oppgåvegliding og endring av kommunane sitt ansvar som følgje av Samhandlingsreforma. Spesialisthelsetenesta skulle utviklast slik at dei i større grad skulle kunna nytta sin spesialiserte kompetanse, og ei storsatsing på førebyggjande arbeid og tidleg innsats skulle skje i kommunane.

10-12 år etter opplever vi at spesialisthelsetenesta i større og større grad har utvikla seg til ei helseteneste som berre tek seg av avansert utgreiing og behandling. Mest mogleg skal behandlast lokalt og aller helst i eigen heim. Liggedøgn på sjukehus er kraftig redusert, og mykje av utgreiing og behandling vert gjort poliklinisk. Kommunen er forplikta til å vareta pasienten i perioden før, mellom og etter sjukehusbehandlingane. Ofte omfattar dette svært krevjande helse- og omsorgsbehov som krev både kompetanse og ressursar. Samhandlingsreforma skulle bidra til auka ressursoverføring til kommunane for å vareta desse oppgåvene. Vi opplever i vår kommune at ressursane vert redusert, medan oppgåvene aukar i omfang og kompleksitet.

I mange høve opplever vi at spesialisthelsetenesta kan seia nei til opphald i sjukehus, dersom det ikkje er klare behandlingsindikasjonar, eller dersom dei ikkje har tilgjengeleg kompetanse. Kommunehelsetenesta må vareta pasientane sine helseutfordringar uavhengig av korleis kompetanse- eller ressursituasjonen er. Dette er ei stor utfordring.

Som ei følgje av m.a. den demografiske utviklinga, er terskelen for institusjonsplass svært høg. Pasientar i både institusjon og heimebuande har eit stadig større bistsandsbehov. [Bistsandsbehov kan delast inn i tre nivå:](#) noko/avgrensa, middels til stort, og omfattande. Personar som får opphald i institusjon, er i den tredje kategorien, og vi opplever at dei som no får plass, har eit stadig aukande bistsandsbehov innanfor denne siste kategorien. Dette betyr at også heimetenestene yter helsehjelp til fleire personar med eit høgare bistsandsbehov enn tidlegare.

«Andelen hjemmetjenestebrukere med omfattende bistsandsbehov har økt fra 20 til 33 prosent i perioden 2009-2022, mens de med avgrenset bistsandsbehov er blitt tilsvarende færre. Og Hjemmetjenesten, som i 2022 beløp seg til 82 milliarder kroner, har de siste 10 årene hatt en betydelig større økning i utgiftene enn institusjonstjenesten» (Kjelde: SSB: [Sykehjem og hjemmetjenesten i Norge](#)).

Dette fører til minkande tal liggedøgn i institusjon. Inn- og utskrivning av pasientar er ressurskrevjande. Pasientar med kognitiv svikt og deira pårørande treng ofte omfattande oppfølging ved innflytting. Unge kreftpasientar og deira pårørande har behov for mykje omsorg og bistand i slutfasen av livet. Typiske brukarar av langtidsopphald i institusjon er no personar med høg grad av kognitiv svikt (pga. demenssjukdom eller annan hjerneskade), med psykiske helseutfordringar eller komplekse bistsandsbehov (multifunksjonssvikt).

Fastlegane opplever hyppigare fastlegekontakt/konsultasjonar, dårlegare regulering av kronisk sjukdom og auka innlegging i ØH-senger som ein konsekvens av nedlegginga av mange førebyggjande og lågterskel helsetenester. Reduksjonen i desse tenestene medfører generelt auka press på resten av tenestene.

1.4. Utviklinga av E-helse

E-helse er eitt av dei viktigaste utviklingsområda i helse- og omsorgstenestene dei neste åra. Digitalisering skal bidra til betre kvalitet, betre bruk av ressursane og til at innbyggjarane kan meistra eiga helse lengst mogleg. E-helse omfattar bruk av teknologi, digitale tenester og støttesystem som understøttar helse- og omsorgsarbeidet, og skal bidra til tryggare, meir samanhengande og effektive tenester for både brukarar og tilsette.

Utviklinga av E-helse krev omfattande organisasjonsutvikling og tett samarbeid på tvers av fag, nivå og tenester. Det handlar ikkje berre om å ta i bruk ny teknologi, men om å utvikla og endra arbeidsmåtar.

Faggruppe E-helse skal bidra til eit heilskapleg og samordna arbeid med innføring, opplæring, rutinar, gevinstrealisering og personvern. Faggruppa jobbar tett med tenestene for å sikra at digitale løysingar er trygge, nyttige og godt integrerte i dei daglege arbeidsprosessane. Involvering av tilsette og brukarmedverknad er ein føresetnad for å få dette til.

Pr. mai 2025 er alle rom på sjukeheimane utstyrt med sensorteknologi. Gjennom sensorane kan ein utføra digitale tilsyn. Bruk av sensorteknologi gjev betre oversikt og moglegheit for å fanga opp aktivitet utan å uro bebuarane unødvendig. Dette kan bidra til auka tryggleik og betre søvnkvalitet, då tilsette får varsel ved behov utan å gå inn på romma. Det vert også jobba med å ta i bruk digitalt tilsyn i heimetenestene, og ei eining er no i gang med utprøving.

Kommunen har òg oppdatert løysinga for elektronisk medisindispensar. Den nye dispensaren deler ut riktig medisin til rett tid og påminnar brukaren og varslar helsepersonell dersom medisinen ikkje er teken.

Vi testar også ut kollegavarsling i ulike einingar, med mål om å styrkja tryggleiken for tilsette i møte med krevjande situasjonar.

I første tertial 2025 tek vi steg for å leggja til rette for meir berekraftige og samordna tenester. Vi er med i det nasjonale innføringsløpet for implementering av "*Helhetlig tenestemodell*" som verktøy. Modellen hjelper oss å vareta dei mange løpande oppgåvene knytt til teknologi og digitalisering, og gjer det mogleg å fordela ansvar og oppgåver på ein tydeleg måte.

Kommunen er våren 2025 framleis i ein fase der fagområdet E-helse og faggruppa er under oppbygging. Det er nyleg utarbeidd ein overordna strategi for E-helse som gjev retning for utviklinga dei neste åra. Strategien synleggjer kommunen sine mål, og kva organisatoriske og faglege føresetnader som må vera på plass for å sikra trygg og effektiv bruk av teknologi i tenestene.

Våren 2025 er det også nyleg laga ei digital arkitekturoversikt over eksisterande og planlagde løysingar, som synleggjer breidde og kompleksitet i E-helseområdet. Oversikta er eit viktig grunnlag for prioritering, samordning og vidare utvikling.

Personvern er eit gjennomgåande tema i alt E-helsearbeid, og det er eit kontinuerleg arbeid å sikra etterleving av regelverk og god praksis ved innføring og bruk av teknologiske løysingar.

1.5. Tilgang på kompetanse våren 2025

Kommunen er i ein pressa situasjon både når det gjeld kompetent personell, demografiske endringar og økonomi. For å møte dette, vart bemanningsfaktoren i turnustenester redusert frå årsskiftet 2023/2024. Sjukeheimane våre fekk ein gjennomsnittleg pleiefaktor på 0,9. Bemanningsfaktoren er også redusert i heimetenestene, i tilrettelagte tenester for fysisk og psykisk utviklingshemma og i psykisk helse og rus. Vi jobbar for å ta i bruk helseteknologi der dette gjev effekt for brukar og personale.

Gjennom Bjørnafjordmodellen har vi sikra tilstrekkeleg fastlegar, men det er kostbart – [sjå artikkel på kommunen si heimeside](#). Hausten 2024 starta seks fastlegar med eigne lister, og kommunen har fått betre kapasitet på fastlegar enn nokon gong.

Rekrutteringssituasjonen er utfordrande i heile kommunen, særleg når det gjeld stillingar knytt til helg og natt. Det er generelt vanskelegare å rekruttera helsepersonell til ledige stillingar på Fusa-sida enn til Os-sida av kommunen. Fusa bu- og behandlingssenter har pr. mai 2025 så store rekrutteringsutfordringar at det skaper ein uholdbar situasjon i høve til fast personale og i høve til økonomisk ramme. Det er innført inntaksstopp av nye pasientar/brukarar, inkl. til ØH-plass, på ubestemt tid.

Som konsekvens av pandemien i 2020 og 2021 auka sjukefråværet. Nivået er høgt også i ettertid, og for sektoren sett under eitt ligg det på 11-12 %. Det høge fråværet og lågare bemanningsfaktor fører til eit større behov for vikarar og auka risiko for situasjonar der ein manglar rett fagkompetanse.

Innleige av vikarar til helse- og velferdssektoren i Bjørnafjorden kommune utgjorde nesten kr 10 mill. i 2023 og kr 24,4 mill. i 2024. Vi leigde inn sjukepleiarar for kr 15,3 mill. og legar for nesten kr 9 mill., i tillegg til litt psykolog. Kostnad for innleige av vikarar pr. 1.5.2025 er på kr. 5 mill. I tillegg til at det er kostbart, fører mykje innleige til auka kostnad til opplæring og manglande kontinuitet i pasientoppfølginga, dvs. lågare kvalitet i tenestene.

Mangel på rett kompetanse (samanfall av ferieavvikling og sjukefråvær) har i nokre tilfelle ført til at vi ikkje klarer å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus eller har kapasitet i heimesjukepleien til at pasientar som ønskjer det, kan få døy heime.

1.6. Ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp

Omsorgstrappa for Bjørnafjorden vart laga etter ein periode med statleg finansiering av omsorgstenestene (SIO). Fleire av tenestene var etablert tidlegare og som konsekvens av samhandlingsreforma. Mange lågterskeltilbod er i åra 2022-2024 fjerna heilt pga. dårleg kommuneøkonomi. Det gjeld friskliv- og meistringstilbod, ressursteam for ulike diagnoser (diabetes, kols, kreft), tryggleikssjukepleiar og kreftkoordinator. Det gjeld også reduserte ressursar til støttekontakt, koordinator individuell plan, kvardagsrehabilitering og oppfølging frå psykisk helse og rus.

Generelt er det ønskeleg å kunna yta tenester på lågaste effektive omsorgsnivå, med fokus på brukaren sine eigne ressursar og fremjing av eigenmeistring. Det vert kalla LEON-prinsippet. Dette vil på lang sikt òg vera ressursparande og berekraftig.

Vinter og vår 2025 har det gått føre eit stort arbeid leia av Agenda Kaupang for å etablere ei heilskapleg innsats- og bustadtrapp for Bjørnafjorden kommune. Alle sektorar har vore godt representert på dei ulike samlingane, inkl. alle avdelingar i helse- og velferd. Resultatet så langt er skildra i kunnskapsdelen av planen.

1.7. Status venteliste til ulike butilbod våren 2025

Betalingsdøgn for utskrivingsklare pasientar

Vi har registrert 46 liggedøgn for utskrivingsklare pasientar pr. 1.4.2025, tilsvarande ein kostnad på kr 494 000. I heile 2024 betalte vi for 110 døgn.

Venteliste til heildøgns omsorgsplass (omsorgsbustad/institusjon) for eldre

Dei siste åra har det jamt over stått to-tre heimebuande på venteliste til heildøgns omsorgsplass. Vi gjev avslag på søknadar om heildøgns omsorgsplass, der vi vurderer det som forsvarleg at søkjaren kan bu heime i tre månader til.

Mange av dei som kjem inn på korttidsplass i institusjon, er ikkje pasientar som kan skrivast ut til heimen, men langtidspasientar. Den reelle kapasiteten på korttidsopphald har dermed vore misvisande, og særleg har dette vore utfordrande ved FBBS.

Korleis plassane i institusjon vert brukt, er opp til kommunen. Våren 2025 har vi analysert bruken av plassane og vil jobba vidare for betre bruk av dei, med rett pasient i rett seng/avdeling og god oppgåvedeling mellom institusjonane.

Ventelister til bufellesskap og kommunale bustadar pr. 1.5.2025

Det er kostbart å ikkje ha nok bustadar. I 2024 betalte kommunen kr 571.000 for hospits til innbyggjarar som var bustadlause, og utfordringa er stor også i 2025. Blant dei vanskelegstilte på bustadmarknaden er det mange einslege. Dei fleste ønskjer å bu sentralt. Per våren 2025 har vi nok kapasitet på bustadar for eldre på Fusa-sida.

43 personar står på venteliste til kommunal bustad eller bufellesskap. Nokre av desse har allereie kommunal bustad, men treng av ulike grunnar å flytta til annan kommunal bustad. Vi har m.a. nokre barnefamiliar med fleire barn som ønskjer seg større bustad, noko vi pr. i dag ikkje klarer å tilby.

Søknadane fordeler seg slik, dersom vi sorterer dei etter brukargruppe:

- 3 gjeld personar med utviklingshemming (heildøgns omsorgsbustadar).
- 5 gjeld psykisk helse (Grantun heildøgns omsorgsbustadar).
- 5 gjeld psykisk helse og rus (Vartun heildøgns omsorgsbustadar).
- 25 gjeld ordinære kommunale bustadar*.
- 5 gjeld tilrettelagde bustadar for eldre.

* Personar som ventar på ordinære kommunale bustadar, kan vera vanskelegstilte familiar eller einslege med ulike vanskar, som låg inntekt, rusutfordringar, psykiske eller somatiske helseutfordringar.

Hovudutfordring pr. 1.5.2025 er at bustadprisane er høge i den private marknaden, og det er svært få bustadar til leige. Dette gjer at ein får liten sirkulasjon i dei kommunale bustadane.

Personar under vurdering for venteliste plass

Bustadkontoret har pr. 1.5.2025 sju søknadar til behandling, der det ikkje er avklart om søkjarane kvalifiserer for å koma på venteliste til bustad/bufellesskap. Desse søknadane gjeld servicebustadar for eldre, Vartun oppfølgingssenter, Bufellesskap for personar med funksjons-nedsetting og ordinære kommunale bustadar.

Tre personar bur pr. 1.5.2025 dessutan i mellombels bustad eller er bustadlause.

1.8. Status på bygg og uteområde

Mykje av bygningsmassen som helse- og velferdstenestene har tilhald i, er av eldre årgang. På grunn av stramme økonomiske rammer og harde prioriteringar, opplever einingane at det er eit etterslep på innvendig vedlikehald.

Det er også behov for ombygging og påbygging: Brukargruppene har til dels endra seg, slik at delar av institusjonane og bufellesskapa ikkje er like godt eigna for dagens behov som då dei vart oppført. Døme er behov for areal til lager, kontor eller medisinar og høve til skjerming av bebuarar. Varemottak via hovudinngang på LBBS reduserer tilkomsten for brannbil eller ambulanse og er lite eigna. LBBS ser også eit behov for skjerma uteplassar.

Utvendig bodplass for hjelpemiddel, slik som trehjulssyklar, elektriske rullestolar, og hagemøblar, er eit behov i fleire einingar. Fleire einingar har ikkje nok eigna areal til møte og internundervisning. Enkelte stadar vert personalfasilitetar som kvilerom, pauserom eller garderobeforhold opplevd som mangelfulle. Ladepunkt og straumforsyning til el-bilar er ei gjennomgåande problemstilling i sektoren. Nokre tenestestadar har ikkje tilfredsstillande digital infrastruktur.

2. SAMARBEID MED FRIVILLIGE

Einingane har mykje samarbeid med frivillige og ønskjer endå meir. Frivillige bidrar til å skapa meining og meistring, glede og fellesskap, kort sagt auka livskvalitet for tenestemottakarane. Lagslivet er stort og variert, og det er personavhengig og variabelt over tid kva aktivitetstilbod som finst. Aktivitetane varierer frå ein gong i året til kvar veke. Døme på aktivitetar er ulike idrettstilbod tilpassa personar med nedsett funksjonsevne, konsertar, høgtlesing, bingo og dans.

Os frivilligsentral arrangerer våren 2025 ein frivilligbørs. Helse og velferd vil delta, og håpar å få kontakt med frivillige som ønskjer å skapa fleire aktivitetar i einingane. Behova er mange, slik som ulike sosiale aktivitetar, følgjetenester, treningsvenn og kiosksal i institusjon.

Vedlegg:

Innspel knytt til ulike bustad- og tenestebehov

Resultat frå delar av framtidsverkstad med eldrerådet og rådet for menneske med nedsett funksjonsevne 10.6.2021 – medverknad til samfunnsdelen av kommuneplanen og sektorplanen for helse og velferd.

Kva må til for at du skal kunna bu i eigen bustad lengst mogleg?

(NB: «Eigen bustad» definert som opphavleg heim eller leigd omsorgsbustad)

- God helse
- Likestilling i heimen mtp. å ha kunnskap om eigen økonomi, betala rekningar
- Tilrettelegging/trappfri tilkomst, breie dører, alt på eitt plan, universell tilrettelegging/utforming
- Tilgang til heimesjukepleie
- Fellesskap i nabolaget – variert alderssamansetting – kunne gi ei hjelpande hand med forskjellige ting
- I leilegheitsbygg/der det er fleire etasjar: Heis og parkering
- Gangavstand til daglegvare el. god tilgang på offentleg transport og benkar/kvilestadar langs sentrale gangveggar
- «Hent meg»-ordning for skyss
- Høve til å koma seg til t.d. butikk
- God planlegging for alderdommen, vita kva tilbod som finst, t.d. av velferdsteknologi > kurs el. likn.
- Begrensa vedlikehald (frå hus til leilegheit)
- Alt på eitt plan (om ein bur i hus)
- Sjølv tenka på tilrettelegging – kostnad
- Kan kommunen hjelpe med tilrettelegging?
- Kommunalt lån – ukjend
- Ergoterapeut
- Dispensasjon frå reglar (sjø, LNF osv.) for å tilrettelegga for livsløpsstandard – sleppa å søka for eksisterande bygg
- Nybygg – krav om livsløpsstandard
- Godt tilrettelagt bygningsmessig
- Livsløpsstandard
- Ombygging og tilpassing av bustad – kvifor vil ikkje folk gjera det/kvifor nyttar ikkje folk seg av tilskotsordningar? Mange eldre orkar ikkje – det må gjerast medan ein orkar
- Kven skal ta seg av vedlikehald av hus?
- Kven skal prioriterast ved tildeling av tilskot?
- Få nødvendig hjelp heime – frå heimesjukepleie til heimetenester (handling, klesvask m.m.)
- BPA – for menneske med nedsett funksjonsevne
- Høve til å ha eit sosialt liv
- Kommunale løysingar: BPA, drosje, «hent meg»

Kva må til for at den du er pårørande til, kan bu i eigen bustad?

- Tilrettelegging og sikring av bustad for menneske med demens
- Hjelpemiddel inn i bustaden
- Dialog med tenestene/kontakt for å planleggja framover
- Minstepensjonistar har ikkje råd til å tilrettelegga bustad – øk. stor utfordring
- Hjelp til å søkja på Husbank-ordningar for å endra bustad
- Eldreombod/lågterskelhjelp
- Dialog og utforming – medverknad
- Kommunen må tilby hjelp til utforming av heimar
- At vi som pårørande er trygge på at det er kjende folk rundt vårt barn, at det er eit godt og stabilt og ikkje for stort team som kan ta seg av han/ho
- Tryggleik.

- Økonomi – info om støtteordningar.
- Utfordringar for barn/unge: 1) få bustad, 2) få bli buande i denne heimen, med dei hjelparane utover barndom/ungdom.
- Nødvendig oppfølging (jf. punkt 1)
- Tilstreккеleg tal buplassar til f.eks. omsorgsbustadar
- Rettleiing i samband med ombygging av bustad
- Kunnskapsutveksling mellom fagetat og pårørande
- Tryggleikssjukepleiar
- Pårørande må oppleve tryggleik

Kva er det viktigaste som må til for at det blir opplevd som *greitt* å bu i eigen bustad?

- Må føla seg trygg – få hjelp dersom ein treng det.
- Kommunalt eller naboen
- Tilrettelagde møteplassar for å unngå einsemd
- Tryggleik. Hjelpemiddel (t.d. heis/trappeheis). Kommunikasjonar.
- Store nok rom – funksjonell heim
- Hjelp i heimen når det er behov
- Komfyrvern

Det blir snakka mykje om behovet for differensierte butilbod. *Kva slags type bustadar er det behov for, sett frå din ståstad?*

- Utleigebustadar som ikkje er for dyre (kan vera private)
- Aldersblanding
- Demenslandsby(ar) – minst på kvar side av fjorden
- NB! Stilla krav til utbyggjarar om at dei også lagar utleigebustadar som ikkje er altfor dyre, når dei byggjer ut
- «Omsorg pluss»-bustadar
- Mindre bustadar
- «Leige for eige»-bustadar
- Rett tilbod til rett situasjon/diagnose (storleik, plassering)
- Så lenge som mogleg i eigen bustad
- Omsorgsbustad
- Sjukeheim

