



VADSØ KOMMUNE



# MED TRYGGHET, KVALITET OG VERDIGHET I FOKUS



PLAN FOR HELSE- REHABILITERING OG OMSORG 2011-2015  
Bystyrebehandling april 2011





## Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag.....	2
2. Innledning.....	3
3. Planens formål .....	4
4. Beskrivelse av aktuell situasjon.....	4
4.1. Demografisk utvikling .....	4
4.2. Samhandlingsreformen .....	5
4.3. Organisasjonskart .....	7
4.4. Nøkkelinformasjon .....	8
4.5. Kort beskrivelse av enhetene .....	10
4.6. Hvordan ivaretas rettighetene til brukerne .....	11
4.7. Dimensjonering av tjenestetilbudet .....	12
4.7.1. Helseenheten .....	12
4.7.2. Heldøgns omsorgsplasser.....	14
4.7.3. Kreftomsorg og lindrende behandling.....	15
4.7.4. Tjenester til utviklingshemmede .....	16
4.7.5. Hjemmebaserte tjenester .....	16
4.7.6. Ressurskrevende brukere .....	18
4.7.7. Psykiatritjenester.....	19
4.8. Rehabilitering og habilitering .....	20
4.9. Forebyggende tjenester .....	21
4.10. Vurdering av desentralisert omsorgstjeneste i Vestre Jakobselv .....	22
5. utfordringer.....	22
5.1. Økende antall eldre.....	22
5.2. Mangel på arbeidskraft .....	22
5.3. Styrking av samarbeid på tvers av nivåer i helsevesenet .....	23
5.4. Habilitering og rehabilitering .....	23
5.5. Forebygging .....	23
6. Hovedmål og strategier.....	24
6.1. Hovedmålsetning og satsningsområder .....	24
6.2. Strategier .....	24
6.2.1. Forebygging og rehabilitering .....	25
6.2.2. Imøtekomme utfordringene i samhandlingsreformen .....	25
6.2.3. Distriktsmedisinsk senter (DMS) .....	26
6.2.4. Bygge opp og utvide tilbud til demente .....	27
6.2.5. Satsning på psykiatri.....	27
6.2.6. Unge mennesker med store behov for tjenester .....	28
6.2.7. En styrket helsetjeneste.....	29
6.2.8. Utbygging av nye heldøgns omsorgsplasser .....	29
6.2.9. Kompetanseutvikling og rekruttering .....	33
7. Handlingsplan .....	34
7.1. Forslag til prioriterte tiltak, 10-punktsliste.....	37
8. Henvisninger.....	38
8.1. Kommunale og statlige planer .....	38
8.2. Kommunale delplaner innen HRO .....	38
8.3. Innspill og referater i planarbeidet.....	38
VEDLEGG: Vurdering av desentralisert omsorgstjeneste i Vestre Jakobselv.....	40



## 1. Sammendrag

Vadsø kommune har utarbeidet en plan for Helse- rehabilitering- og omsorg (HRO) for perioden 2011 – 2020, med handlingsplan frem mot 2015.

Vadsø kommune gir i dag gode HRO-tjenester, men tilbudet kan utvikles og forbedres ytterligere. Frem mot 2015, og videre til 2030 vil antall eldre over 80 år øke betydelig, og det er viktig å starte planlegging av det tilbudet som må bygges opp for å kunne møte disse utfordringene. HRO-tjenestene tar utgangspunkt i at mennesker skal få bo i eget hjem så lenge som mulig. Brukerne skal tildeles tjenester etter individuell vurdering. Tjenestetilbudet må være fleksibelt og tilpasses brukernes behov. Tjenestene skal fokusere på det friske og det som brukeren mestrer. Dette innebærer en økt satsning på helsefremmende og forebyggende tiltak med fokus på å forebygge livsstilssykdommer, motivasjonsarbeid og god tilrettelegging for fysisk aktivitet, samt opplysningsarbeid om betydningen av også å ta vare på den psykiske helse. Helsefremmende og forebyggende tiltak er ikke bare et anliggende for HRO, men for hele kommunen, og det må nedfelles i alt kommunalt planverk. Nåsituasjonen viser at HRO har vokst i en slik grad at det krever forbedringstiltak både når det gjelder tjenesteomfang, arealbehov og kvalitet. Det er ingen grunn til å tro at situasjonen stabiliserer seg, eller at veksten avtar. Den nasjonale satsningen på flere områder innen helsevesenet angår i høyeste grad Vadsø kommune. Samhandlingsreformen er en nasjonal strategi for å løse noen av de viktigste helseutfordringene man står ovenfor. En av de viktigste endringene vil være at kommunene får større ansvar for pasientene når de er utskrivningsklare. For Øst-Finnmark vil Vadsø være en sentral aktør i utviklingen, bl.a. ved oppbygging av et Distriktsmedisinsk senter (DMS) i samarbeid med Helse Finnmark.

Vadsø kommune skal ha et fremtidsrettet, fleksibelt og kvalitativt godt forebyggende, helse-, rehabiliterings- og omsorgstilbud. Våre tjenester skal bygge opp under den enkeltes muligheter for å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv. Hovedmålsetningen er:

Et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv for den enkelte

Verdigrunnlaget i HRO skal være grunnleggende for det HRO gjør, og være en forutsetning i all tjenesteutøvelse. Verdigrunnlaget bygger på trygghet, respekt og kvalitet. Plangruppen har derfor valgt tittelen "**Med trygghet, kvalitet, verdighet i fokus**", som gjenspeiler både målsetning, verdigrunnlag og planens innhold.

For aktivt å imøtekomme dagens og fremtidens utfordringer presenterer HRO planen to satsningsområder, og følgende strategier for å endre tjenestetilbudet:

Satsningsområder  
**Forebygging og rehabilitering**

Dette innebærer endringer med følgende hovedtrekk:

- forebygge, styrke forebygging for bedre helse
- rehabilitering
- Samarbeide med andre kommuner i regionen om helsetjenester til innbyggerne.
- Imøtekomme utfordringene i samhandlingsreformen
- Tilrettelegge for fremtidig arealbehov, bl.a. DMS i Vadsø
- Styrke helsetjenestene
- Endring i bruk av eksisterende bygningsmasse
- Nye heldøgns omsorgsplasser i nybygg
- Bygge opp og utvide tilbud til demente



- Satsning på psykiatri
- Bedre tilbud til unge mennesker med store behov for tjenester
- ha ansatte som kan samisk og finsk
- Ha en aktiv strategi for rekruttering av nødvendig kompetanse

Vadsø kommune har behov for å videreutvikle og bygge videre på dagens HRO-tjenester slik at tjenestetilbudet bedre kan tilpasses brukernes behov innenfor de rammer som kommunen vil råde over.

## 2. Innledning

Bystyret vedtok høsten 2009 å oppnevne en plangruppe for utarbeidelse av en plan for Helse-Rehabilitering og omsorg (HRO), for perioden 2011 – 2015. Plangruppen hadde sitt første møte 8. oktober 2009, og har hatt i alt 14 møter.

### Plangruppen hadde opprinnelig denne sammensetning:

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| - Beate Aronsen, leder                  | Varamedlem: Toril Dahl        |
| - Tyra Mannsverk, nestleder             | Varamedlem: Toril Dahl        |
| - Turid Strand Bedi                     | Varamedlem: Siren Jankila     |
| - Kommunalsjef HRO                      | Varamedlem: Grete F. Dahl     |
| - Simone Gærne, Norsk sykepleierforbund | Varamedlem: Sissel Andreassen |
| - Torill Stock, Fagforbundet            | Varamedlem: Solveig Strand    |
| - Bjørn Høivik, Kommuneoverlege         |                               |
| - Tom Olav Stavseth, enhetsleder        |                               |
| - Inger Anna Langvatn, fagleder         |                               |
| - Anny Gerd Marki, Eldrerådet           |                               |

Sekretær for plangruppa var kommunalsjef. Fra 23. juni til 1. Desember 2010 var Tom Olav Stavseth engasjert som sekretær i planarbeidet. Fra august 2010 kom Marit Nordstrand inn i gruppa for Grethe Dahl. Fra mai 2010 gikk Kommuneoverlege ut av gruppa. Ny kommuneoverlege ble ikke tilsatt før i slutten av perioden. I tidsrom uten kommunalsjef var Grete Dahl dennes representant. Liv Edel Berg, kommunalsjef i HRO ble tilsatt våren 2010 og tiltrådte plangruppa. Renate Pleym, ergoterapeut, ble inkludert i plangruppa fra høsten 2010.

Det er utarbeidet en rekke delplaner som dekker spesielle fagområder i HRO tjenestefeltet. Dette er Smittevernplan, Demensplan, Psykiatriplan, Beredskapsplan for helse- og sosial, Rusmiddelplan og Plan for lindrende omsorg. HRO er også knyttet til kommunale planer som er faglig relevante. Dette gjelder Kompetanseplan og IKT-plan. Disse planene går nærmere inn i problemstillinger som ikke blir drøftet her.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 "Retten til behandling – på rett sted – til rett tid") representerer det viktigste sentrale strategidokument i dag. Reformen skal i henhold til Helse- og omsorgsdepartementet settes i gang fra 1. januar 2012. Ny helse- og omsorgslov er sendt ut på høring fra oktober 2010, samtidig med forslag til ny lov om folkehelsearbeid. Andre sentrale føringer ligger i Omsorgsplan 2015, Kompetanseløftet og Demensplan 2015. I planarbeidets siste fase ble *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* vedtatt med virkning fra 1. januar 2011.

Plangruppa legger med dette fram et forslag til HRO plan for Vadsø kommune. De mål og tiltak som skisseres i denne planen omfatter styrking og endringer av tjenestetilbudet for å møte dagens og fremtidens utfordringer, lokalt for Vadsø, og i tråd med nasjonale føringer.



### 3. Planens formål

Vadsø kommune utarbeidet i 2000 "Handlingsplan for Pleie, Rehabilitering og omsorgstjenesten 2000-2010". Rullering av denne planen ble foretatt i 2005, gjeldende for 2006-2010. Planen omfattet den gang ikke helsetjenesten.

Ny Helse- Rehabilitering og omsorgsplan skal gjelde for perioden 2011 – 2015 og skal beskrive kommunens utfordringer innen HRO området, og anbefale strategier og tiltak for å imøtekomme disse. Plangruppen har hatt følgende mandat fra bystyret:

- *Beskrive status for tjenestetilbud og behov basert på tilgjengelige og relevante data*
- *Vurdere behovet for videreutvikling av omfang og kvalitet på våre tjenester i et tiårsperspektiv, med spesiell vekt på tilbudet til demente*
- *Vurdere behovet for kapasitetsøkning når det gjelder heldøgns omsorgsplasser*
- *Vurdere desentralisering av pleie- og omsorgstjenester til Vestre Jakobselv*
- *Utarbeide en handlingsplan for perioden 2011 – 2015 på grunnlag av forannevnte utredninger*
- *Skissere mål og strategier for en videre utbygging av HRO fram mot 2020*
- *Anslå kostnader og arealbehov ved de tiltakene som blir foreslått.*
- *Rapportere jevnlig til kommunestyret om arbeidets fremdrift og utvikling.*

Planen skal være Vadsø kommunes overordnede og styrende dokument innen inne utviklingen i HRO området. Plangruppa identifiserer de største utfordringene å være **økt antall eldre, mangel på arbeidskraft, styrking av samarbeid på tvers av nivåer i helsevesenet, og tilrettelegging for økt rehabilitering og forebygging.**

### 4. Beskrivelse av aktuell situasjon

Dette kapittelet tar for seg nåsituasjonen i Vadsø kommunes HRO område. I hele planarbeidsperioden har det vært klart at kommunen har betydelig utfordringer som står uløst. Det er gjort betydelige investeringer (bl.a. bygging av Bo- og omsorgssenteret og flytting av psykiatritjenesten), og administrative omorganiseringer for å møte noen av disse. I all hovedsak har det vært enighet om at Vadsø helsesenter ikke klarer å romme de tjenester og behov vi står ovenfor. Fagutvikling og behandlingsmetoder er under rask utvikling, noe som satsingen på demensomsorg og kreftbehandling er gode eksempler på. Dette sammen med større etterspørsel og høyere forventninger fra befolkningen legger større press på alle støttefunksjoner og samarbeidende faggrupper.

Under planarbeidet har det også vært klart at Samhandlingsreformen vil komme, og at dette vil få stor betydning for kommunene generelt og HRO området spesielt. Plangruppa har derfor vært fokusert på dette, og har hatt et ønske om å innarbeide en kommunal strategi for å imøtekomme reformen.

Helse- rehabiliterings- og omsorgstjenestene er rettighetsstyrt. Kommunens befolkning og besøkende har ihht. norsk lov rett til hjelp hvis de trenger det. Spørsmålet hvorvidt et tjenestetilbud er lovpålagt har lett for å bli diskusjonstema når økonomiske hensyn tas. Dagens lovverk er omfattende og kompleks, noe som krever betydelig kompetanse å håndtere. Det er viktig at kommunen håndterer disse utfordringene slik at befolkningens, brukernes, og pasientenes rettigheter ivaretas på en best mulig måte.

#### 4.1. Demografisk utvikling

Levealderen har økt nesten uavbrutt i omtrent 200 år. Økningen er særlig sterk de siste 20 årene, spesielt for menn. I 2009 kunne nyfødte jenter forvente å leve i 83 år og nyfødte gutter vel 78,5 år. For tjue år siden var de tilsvarende tallene 79 og 73 år (SSB).



Befolkningsutviklingen tilsier at andel eldre øker dramatisk i forhold til aldersgruppene ellers. Imens den generelle befolkningsøkningen er beregnet til 7 % frem mot 2020, vil aldersgruppen 67-79 år få en økning på 49,7 %. I aldersgruppen 80 år+ vil vi se en økning på 19 %. Disse aldersgruppene representerer hovedtyngden av brukere av HRO-tjenester.

Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Dette gir utfordringer som må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak. Det vil kreves både mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge, og det politiske miljøet må være beredt til nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger (Samhandlingsreformen).

Antall personer over 67 år vil i 2060 være mer enn dobbelt så høyt som i dag. Tallene går fram av Statistisk sentralbyrås hovedalternativ for framskriving av befolkningen; middels nasjonal vekst. Tabellene under viser framskriving for Vadsøs befolkning i gruppene 67+ og 80+.

VADSØ	2010	2012	2015	2020	2025	2030
<b>Folketall</b>	6078	6119	6155	6199	6278	6370
<b>Over 67 år</b>	718	760	862	993	1082	1207
<b>%</b>	11,8 %	12,4 %	14 %	16 %	17,2 %	19 %

VADSØ	2010	2012	2015	2020	2025	2030
<b>Folketall</b>	6078	6119	6155	6199	6278	6370
<b>Over 80 år</b>	191	218	221	247	291	394
<b>%</b>	3,14 %	3,56 %	3,59 %	3,98 %	4,64 %	6,19 %

Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende behov.

Sykdomsrisikoen øker med alderen. Blant annet øker risikoen for de to sykdomsgruppene som også er de hyppigste dødsårsakene; kreft og hjerte- og karsykdommer. Risikoen for demens øker særlig etter 80 år.

Selv om flere trenger helsehjelp i høy alder, har de fleste eldre likevel god eller meget god helse. En del har mindre helseplager i mange år før de dør, noen sliter også med store funksjonstap, for eksempel lammelser etter hjerneslag. En tredel har ingen vesentlige funksjonstap inntil kort tid før de dør. Over halvparten trenger derimot hjelp i fire-fem år på grunn av demens (20 prosent) eller annen sykdom (36 prosent) (Folkehelseinstituttet).

Vi har en stadig økende flerkulturell befolkning som også stiller helsevesenet overfor nye utfordringer og stiller krav til ny kunnskap.

## 4.2. Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009): "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted til rett tid." ble lagt frem i juni 2009. I hovedsak betyr det at en større del av helseressursene skal brukes i kommunene. Kommunene skal forebygge mer og gi tidligere hjelp enn i dag. Samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene skal bli bedre. Spesialisthelsetjenesten skal bli mer spisset.

Samhandlingsreformen gir et bilde av at kommunens rolle i helsetjenestene endres. Det er i kommunene innbyggerne i hovedsak skal få hjelp. Også spesialisthelsetjenestens rolle vil endres, med målsetning om å dempe eller minske veksten.



- *Spesialisthelsetjeneste med dempet vekst og mer spisset tjeneste*
- *Kommunale tilbud før-, i stedet for- eller etter sykehusinnleggelse*
- *Forebyggende tiltak, proaktiv innsats og bedre koordinering*
- *Helsefremmende arbeid, livskvalitet, kultur og helse*

Av virkemidler vil det i hovedsak brukes endringer i økonomiske modeller. Det legges opp til en vekst i kommunenes rammer. Prinsipper som skal ligge til grunn:

- *egne midler til forebygging*
- *kommunal medfinansiering*
- *kommunal fullfinansiering av utskrivingsklare pasienter*

Tidligere har man benyttet begrepet "ferdigbehandlet" om pasienter som skal overføres fra sykehus til hjemkommune. Utgangspunktet var at pasientene hadde fått behandling som var avsluttet. Begrepet "utskrivingsklare" pasienter vil bety at pasientene fortsatt vil ha behov for medisinsk behandling, akutt rehabilitering, og mer intensiv oppfølging i hjemkommunen enn tidligere.

Fra departementets side legges det opp til at samhandlingsreformen vil tre i kraft 1. januar 2012. Et annet sentralt dokument for det videre arbeidet med samhandlingsreformen vil være Nasjonal helseplan for perioden 2011-2015. Viktige føringer vil bli lagt både i statsbudsjettet for 2012 og kommuneøkonomiproposisjonen for 2012.

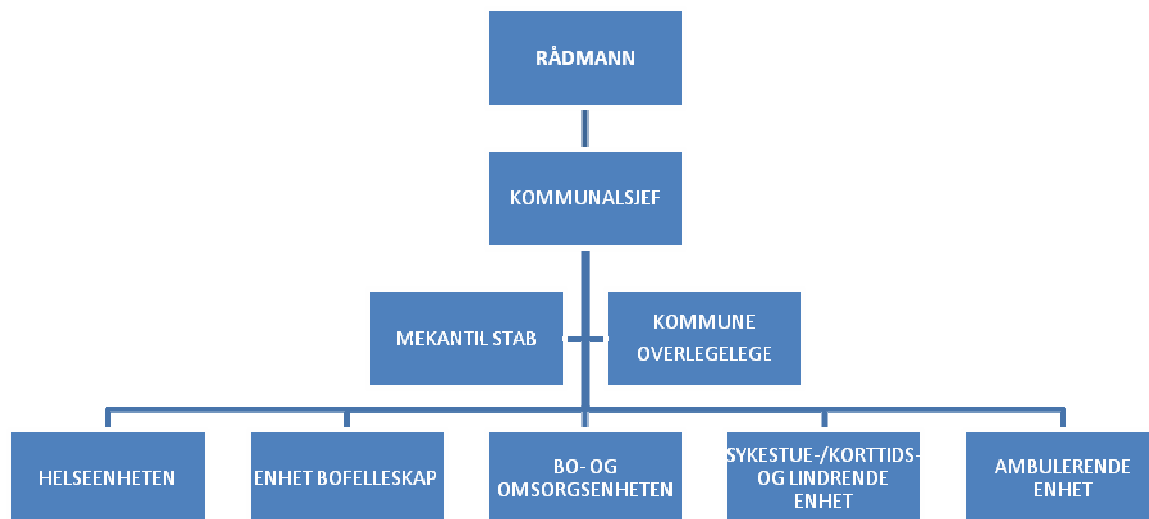
Regjeringen har lagt frem en ny helse- og omsorgslov og lov om folkehelsearbeid til høring fra medio oktober 2010 og ut året. Disse vil innebære at det etableres et "sørge for" ansvar når det gjelder helsepolitikk i kommunene. Her vil også folkehelseperspektivet løftes opp som et sentralt element.

Det er forventninger til at det tilføres nye midler til kommunen slik at nødvendige tiltak blir delfinansiert av staten. Målsetningene i reformen om å styrke finansieringen til kommunene er klar, men hvorledes dette skal gjøres er fortsatt under utredning.



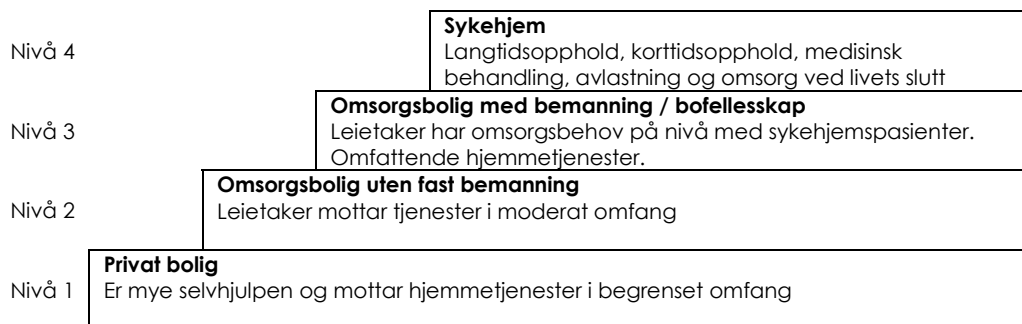
### 4.3. Organisasjonskart

Helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten (HRO) i Vadsø kommune har i løpet av 2008-2009 gjennomgått organisatoriske endringer. Vadsø kommune omorganiserte 8 virksomheter til 5 enheter. Det ble også gjort andre administrative og faglige endringer.



Organiseringen skal underbygge BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå), som er viktig når man har et sterkt fokus på riktig balanse mellom utbygging og dekningsgrad. Hvis kommunen skal levere kostnadseffektive og kvalitetsmessig gode tjenester må de hjemmebaserte tjenestene være godt utbygd, og få mulighet til å ekspandere i takt med utviklingen.

#### Prinsippet - Beste effektive omsorgsnivå:







#### 4.4. Nøkkelinformasjon

I dette kapittelet vil det bl.a. vises til KOSTRA. KOSTRA betyr Kommune-Stat-Rapportering, og er statistikk basert på innrapportering fra kommunene, enten manuelt eller automatisk produsert. KOSTRA tall innen HRO området sier noe om produktiviteten, men lite om etterspørselen. Videre sier de lite eller ingenting om kvaliteten på tjenestene.

*"KOSTRA sier lite om hvilken kvalitet tjenestene faktisk har og om brukerne av de kommunale tjenestene faktisk får dekket sine behov og om brukerne er fornøyd med de tjenestene de mottar." (Ressursenter for omstilling i kommunene, 2009)*

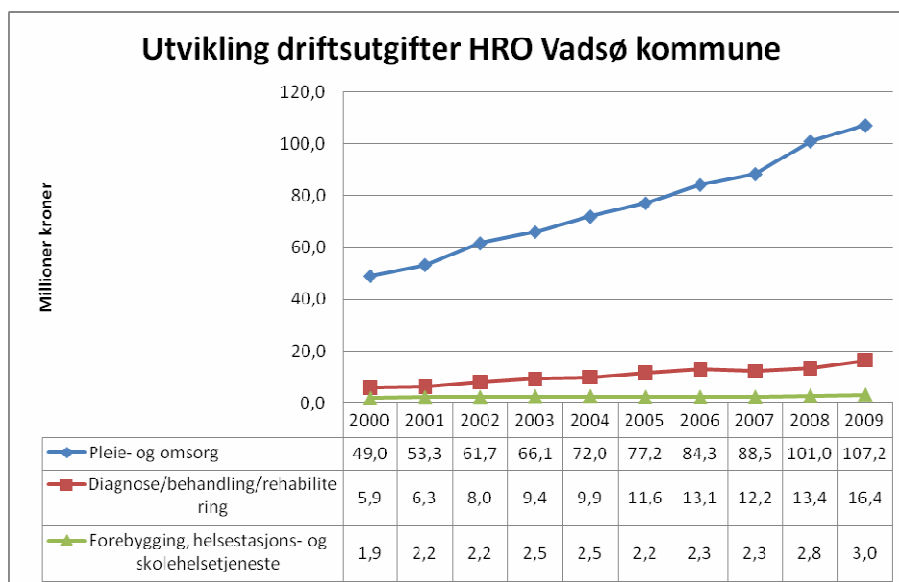
Det er derfor nødvendig å være kritisk til statistikken, og være klar over at feilkilder kan forekomme.

HRO har i 2010 203,9 tilgjengelige stillingshemler, og en netto budsjetttramme på kr. 93,3 mill. For enhetene fordeler det seg slik:

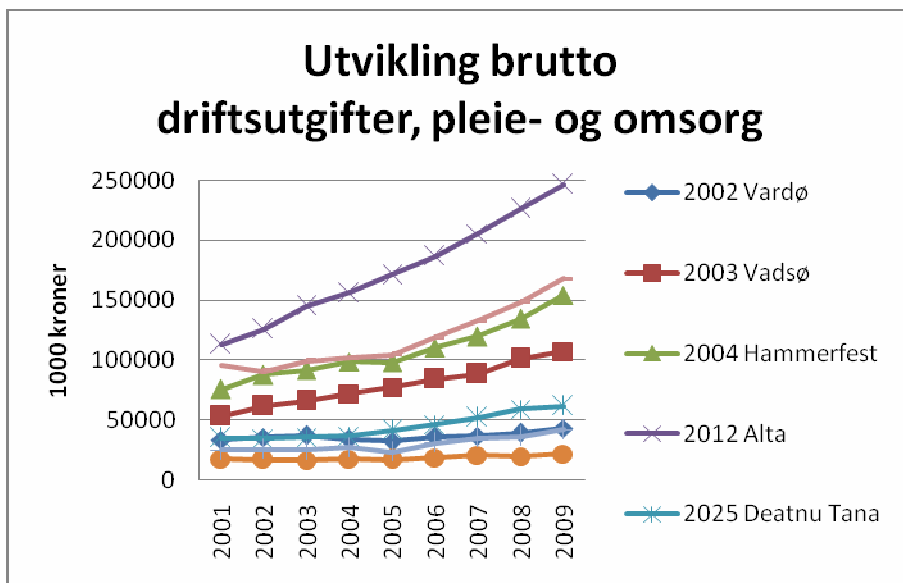
Enhet	Stillingshemler*	Netto budsjett*
<b>HRO administrasjon</b>	5,0	2 840 000
<b>Helse</b>	31,8	16 000 000
<b>Sykestue/sykehjem</b>	30,7	12 670 000
<b>Bofellesskap</b>	54,3	17 900 000
<b>Bo- og omsorgssenter</b>	41,3	20 720 000
<b>Ambulerende(hjemmetjenester)**</b>	40,8	21 720 000

\* avrundet. \*\* inkl. psykiatritjenesten.

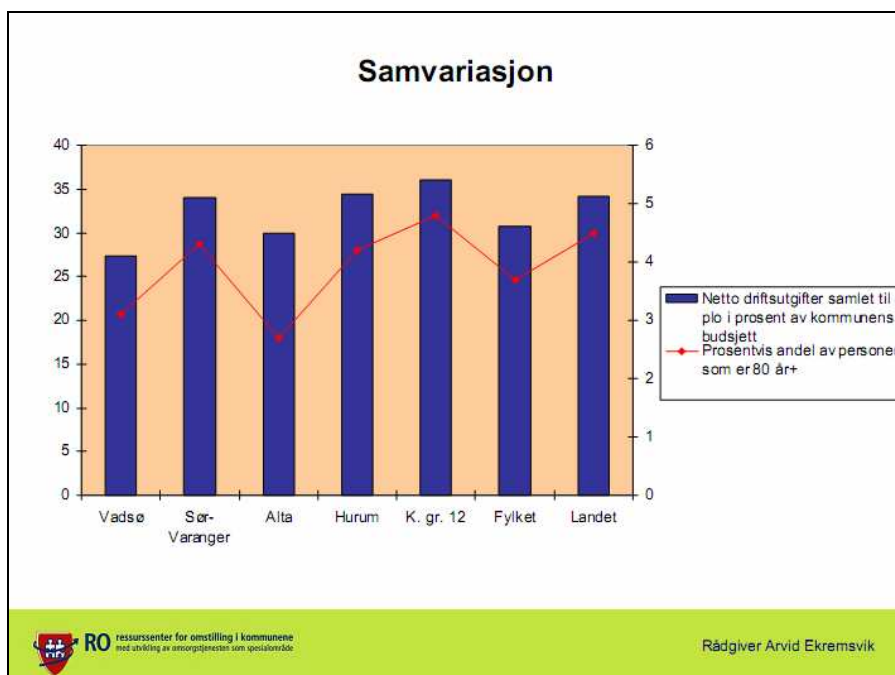
Driftsutgiftene innen HRO området har utviklet seg jevnt de siste 10 årene. Grafen under er KOSTRA tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB), bruttotall:



Utviklingen i driftsutgifter innen pleie- og omsorg er ikke unik for Vadsø kommune. Følgende graf viser utviklingen i forskjellige kommuner i Finnmark, og det kan se ut som kurvene øker proporsjonalt med kommunestørrelsene. Noe av dette kan tilskrives lønnsvekst:



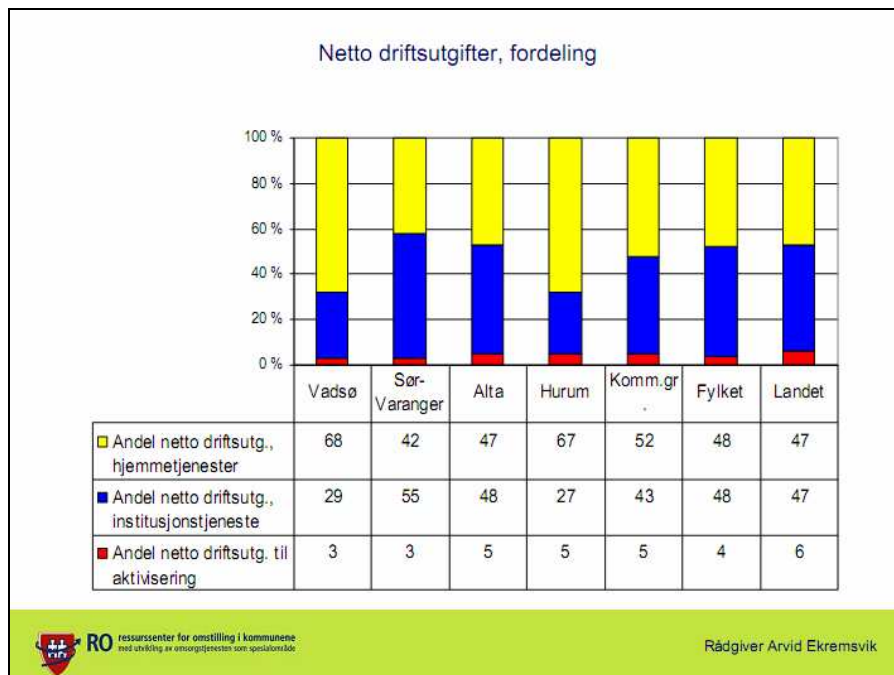
Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) v/ rådgiver Arvid Ekremsvik hadde i mars 2009 en presentasjon av KOSTRA-tall for Vadsø kommune. Disse er nyttig informasjon for å medvirke til å danne seg et bilde av dagens situasjon. Hurum har samme type prioritering som Vadsø, noe som gir samme type fordeling som Vadsø (grunnlagstall fra mars 2009):



Tabellen ovenfor kan vise at det finnes en sammenheng mellom andel eldre over 80 år og prioritering av budsjettmidler til pleie- og omsorgstjenestene.

I tallmaterialet og sammenstillingene brukes brutto- og nettotall. Brutto er hva som brukes på tilbudet, og netto er hvor mye av dette kommunen må bidra med.

Under ser vi fordeling av driftsutgifter mellom tjenestene i pleie- og omsorgstjenestene. Bo- og omsorgssenteret kommer inn under KOSTRA funksjonen for hjemmetjenester, noe som gir andelen større vekt i forhold til de andre (grunnlagstall fra 2009):



**Aktivisering:** Er aktivisering og støttetjenester for eldre og funksjonshemmede som for eksempel støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse, matombringing, trygghetsalarm, dagsentertilbud.

Det foreligger et betydelig antall KOSTRA tabeller som kan være med å belyse situasjonen i Vadsø kommune. På grunn av begrenset plass gjøres et vedlegg<sup>1</sup> tilgjengelig i forbindelse med planen.

#### 4.5. Kort beskrivelse av enhetene

Alle enhetene i HRO har grunnleggende vesensforskjeller fra hverandre. De betjener forskjellige grupper av brukere, beboere og pasienter. Tjenestetilbudet er mangfoldig og strekker seg over alle aldersgrupper i befolkningen.

HRO administrasjon består av kommunalsjef, merkantilt ansatte og kommuneoverlege. Merkantilstaben betjener enhetene i varierende grad etter som hvor funksjonelt det er. Her organiseres også Inntaksteamet som er vedtaksorgan for søknader om pleie- og omsorgstjenester.

Helseenheten består av 8 fagenheter, og er lokalisert i første etasje på helsesenteret. Her drives forebygging, behandling og rehabiliteringstjenester til personer i alle aldre. Enheten har en egen merkantilstab, og diabetessykepleier. I tillegg drives det lysbehandling i samarbeid med Helse Finnmark. Dialysetilbud er under etablering. Cytostatikabehandling (cellegift) til kreftpasienter har vært gitt siden 2002.

Sykestue-/korttids- og lindrende enhet er lokalisert i andre etasje på helsesenteret. Enheten har 14 sykehjemsplasser, 6 sykestueplasser, 6 avlastnings/korttids plasser. Lindrende enhet med 2 plasser inngår i sykestueplassene. Dagsenteret er administrativt underlagt sykestua, og er lokalisert i 1. etasje på helsesenteret. Dette prosjektet kom i gang i mars 2009, og er fortsatt i en oppbyggingsfase.

Bo og omsorgsentret består av 5 bogrupper med hver 6-7 leiligheter. Det er totalt 34 leiligheter som pr. i dag har 36 beboere. Det er heldøgns bemanning i enheten, og

<sup>1</sup> Vil også legges på kommunens hjemmeside sammen med plandokumentet.



omsorgsnivået er tilsvarende sykehjem. Kjøkkenet er administrativt plassert under enheten, og er lokalisert i kjelleren på helsesenteret. Kjøkkenet leverer mat til alle brukere i kommunen, både på institusjon og hjemmeboende.

Ambulerende enhet Består av hjemmesykepleie, hjemmehjelp og psykiatritjeneste. . Psykiatritjenesten er lokalisert på Sentrum skole, hvor de driver et lavterskel dagtilbud. Resten av enheten er lokalisert i helsesenterets 2. etasje. Tjenestene støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgslønn er organisert under ambulerende enhet.

Enhet for bofelleskap består av Stubben og Myrbekk. Myrbekk består av tidl. Bekkefaret og Bo og miljø. Brukergruppen er hovedsakelig utviklingshemmede i forskjellige aldre. Enheten har ca 23 brukere fordelt på 11 adresser. Alle bor i egen leilighet. Enheten driver også et avlastningstilbud med inntil 3 plasser for barn/unge med omfattende hjelpebehov, og hvor besøkshjem ikke kan benyttes.

#### **4.6. Hvordan ivaretas rettighetene til brukerne**

Rettighetene til brukere av HRO tjenester styres av lover, forskrifter og rundskriv. Det gjøres skjønnsvurderinger av helsepersonell om en person har lovbestemt rett til hjelp. For noen tjenestetyper vil det bety grundig saksbehandling, tverrfaglige vurdering og vedtak av kommunens Inntaksteam. For andre er det lavere terskel, f.eks. ved legehjelp, der hver enkelt person bestiller time. Hjelpeinnsatsen spres også mellom forskjellige nivået i helsevesenet, f.eks. ved akutt behov for behandling. Her er Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og ambulansetjenesten en del av 2. linjetjenesten (Helse Finnmark). Godt samarbeid mellom de forskjellige nivåene er nødvendig for å gi best mulig behandling til pasientene.

Samordningsteamet er kommunens koordinerende enhet, og er lagt inn under Familiesenteret i Kultur- utdanning og oppvekst (KUO). Samordningsteamet har ansvaret for Individuell plan (IP), og har representanter fra familiesenteret, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), helsetjenesten, sosial- og barnevern, flyktningtjenesten, hjemmetjenesten, og psykiatritjenesten. I tillegg deltar skole og barnehage ved behov.

#### **Kommunehelsetjenesteloven**

Alle har krav på å få nødvendig helsehjelp i kommunen der du bor, eller der du for tiden oppholder deg. Kommunene skal ha følgende tjenester:

- allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
- legevaktordning
- fysioterapitjeneste
- sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
- jordmortjeneste
- sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
- medisinsk nødmeldetjeneste

#### **Sosialtjenesteloven**

Alle som ikke kan dra omsorg for seg selv, og har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker, har rett til hjelp. Kommunen skal gi hjelp i form av:

- praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse
- avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid
- støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer
- plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester
- særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere



### Pasientrettighetsloven

Lovens formål er å bidra til å sikre alle lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. De viktigste rettighetene som omhandles i loven er:

- rett til nødvendig helsehjelp, rehabilitering og transport
- rett til sykehusvalg og individuell plan
- rett til medvirkning og informasjon
- samtykke til helsehjelp
- helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp
- rett til journalinnsyn
- barns rettigheter som pasienter

### Helsepersonelloven

Omhandler plikter og rettigheter for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Loven beskriver bl.a. følgende sentrale områder:

- krav til faglig forsvarlighet
- krav til organisering
- krav til autorisasjon, politiattest mv.
- taushetsplikt og opplysningsplikt
- meldeplikt og dokumentasjonsplikt
- reaksjoner på lovbrudd, bl.a. suspensjon og tilbakekall av autorisasjon

## 4.7. Dimensjonering av tjenestetilbudet

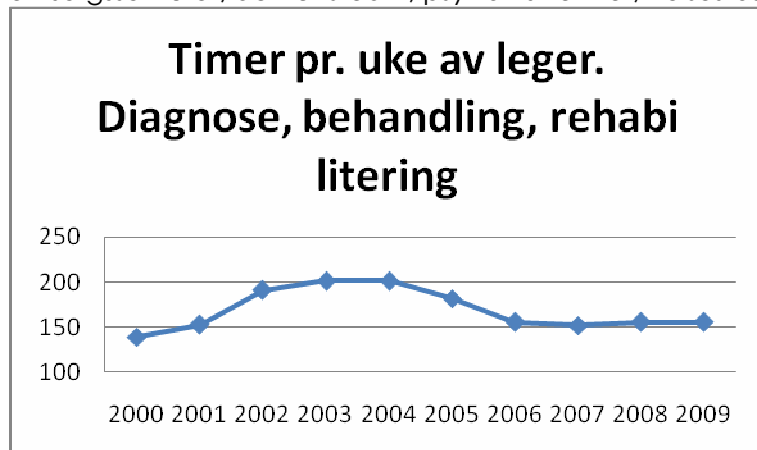
Dette kapittelet tar for seg hvordan HRO tjenesteområdene er dimensjonert. Riktig dimensjonering av tjenestetilbud er viktig for å dekke befolkningens behov. Videre er det nødvendig at det er et riktig forhold mellom ressurser og ytelse i alle tjenester for å oppnå en hensiktsmessig prioritering til de riktige brukergruppene.

Dimensjonering betyr også å inneha nok fagpersonell for å løse oppgavene, ha tilstrekkelig og riktig utstyr, samt gode nok arealer å gjøre sitt arbeid. For institusjoner er det antall sengeplasser og antall rom tilgjengelig som i tillegg legger føring på om dimensjoneringen er riktig.

### 4.7.1. Helseenheten

Helseenheten består av en rekke fagprofesjoner; Leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsesøstre, jordmor, sykepleiere, bioingeniører, helsesekretærer og merkantilt ansatte. Enheten har enhetsleder som administrativ leder. Kommuneoverlege er medisinskfaglig overordnet.

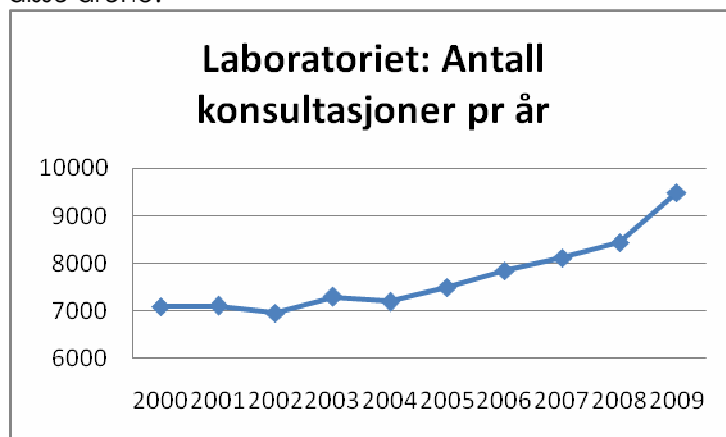
Legenes arbeidsoppgaver inkluderer i hovedsak pasientkontakt (legetimer og telefoner m/pasienter og samarbeidspartnere), kommunale tilsyn (sykestue, sykehjem, bo- og omsorgssenteret, demensteam, psykiatrisk enhet, helsestasjon, fengselet og asylmottaket) og administrasjon. I tillegg kommer legevakt utenom ordinær arbeidstid. Legevakten må driftes av kommunen gjennom hele døgnet. Legene går per i dag 5-delt vakt, med vanlig arbeidsdag før og etter vekten. I perioder uten vikar er vekten 4-delt, hvilket medfører stor sårbarhet ved fravær.





Ventetiden for å få legetime i 2009-2010 har generelt ligget i overkant av 4 uker. Hyppig bruk av kortidsvikarer har i perioder ført til noe kortere ventetid, ned mot 2 uker. Vikarbruk betyr merarbeid for legeseksjonen i etterkant av hver periode, siden vikarene er urutinerte i forhold til lokale forhold/rutiner

Grafen viser beregnet antall legetimer per uke innen Kostrafunksjon 241 Diagnose, behandling og rehabilitering. En graf over årsverk for leger viser samme tendens. Årsaken til toppen i kurven er at antall leger i faste stillinger og korttidsvikariater i gjennomsnitt var høyere i årene 2002-2005. Det foreligger imidlertid ikke statistikk som viser om ventetiden var lavere disse årene.



Laboratoriet driftes i dag fra et areal som ikke har nødvendig arbeidsplass eller mulighet for konfidensiell behandling av pasienter. Utviklingen innen laboratoriearbeid og prøvetaking har vært stor på grunn av krav til raskere, mer effektiv og nøyaktigere diagnostisering → **tiltak 4.3.**

Enheten betjener legevakttelefon



(øyeblikkelig hjelp) i samarbeid med sykestua. Mange benytter imidlertid dette telefonnummeret også på ordinære henvendelser. En av årsakene kan være lang ventetid hos fastlegene. Det er nærliggende å anta at lang ventetid også medfører at folk må vente med sine plager/lidelser. Dette kan etter hvert medføre et behov for øyeblikkelig hjelp. En slik argumentasjonsrekke kan bety at det legges press på enkelte tjenester fordi andre er underdimensjonert.

Antall konsultasjoner i sykepleietjenesten i helseenheten:

	2008	2009
<b>Legevaktstelefon</b>	7097	7343
<b>Direkte oppmøte uten varsel</b>	50	321
<b>Konsultasjoner skiftestua</b>	4249	4245
<b>Lysbehandlinger</b>	1570	964

Det er grunn til å stille seg spørsmål hvorfor så mange møter direkte. Det kan ha noe med tilgjengelighet å gjøre, at man ikke kommer gjennom på telefon. Dette er tilbakemeldinger som er gitt fra ansatte i planprosessen. Videre er det innført mulighet for å bestille legetime via internett, men det foreligger ikke informasjon om dette tiltaket blir brukt. Imidlertid kan man si at muligheten til å bestille time på internett ikke gir et umiddelbart svar tilbake (automatisk), noe som vil medføre at pasienten likevel må ringe hvis mottatt timetidspunkt ikke passer → **tiltak 4.4.**

Sykepleietjenesten har en diabetessykepleier i 20 % deltidstilling. Det er tilbakemeldinger om økt press på denne funksjonen og økende antall pasienter som skal følges opp. Det er viktig at denne pasientgruppen følges opp systematisk, og i tett samarbeid med fastlegene → **tiltak 5.11.**

Kommunen har samarbeidsavtale med Helse Finnmark og hudspesialist i Karasjok om lysbehandling. Hudlege kommer 3-4 dager pr måned til Vadsø, og sykepleierne i helseenheten assisterer, veileder og observerer pasientene.

Flere av funksjonene ved helseenheten lider i dag under prekær arealmangel. Laboratoriet er som nevnt alt for lite. Det står snart ferdig ett nytt legekontor, men vi mangler fortsatt ett, og burde i tillegg hatt et kontor til for å kunne ta imot legestudenter (bl.a. med tanke på fremtidig rekruttering). Merkantil seksjon med timebestillingen har alt for trange og uhensiktsmessige lokaler. Flere funksjoner er flyttet inn i det som opprinnelig var avsatt til fysio/ergoterapi, bl.a. enhetsleder, lysbehandling og ambulerende legespesialist. To fysioterapeuter deler nå kontor, og det er for lite behandlingsrom. Helsestasjonen har tatt i bruk to kontorer i lokalene til Ambulerende enhet i 2. Etg.

Ambulansetjenesten må samlokaliseres med helsesenteret, dette må tas hensyn til i et evt. nybygg.  
→ **tiltak 4.3**

#### 4.7.2. Heldøgns omsorgsplasser

Kommunen har i dag 48 heldøgns plasser fordelt på 14 sykehjemsplasser på helsesenteret og 34 på Bo- og omsorgssenteret. Gjennom 2008 var det stor pågang og etterspørsel etter plasser, noe som endret seg i løpet av 2009. Gjennom 2009 hadde kommunen ledig kapasitet på sykehjemmet, imens det var stort behov for avlastning. Så langt i 2010 har det som regel vært fullt belegg på sykehjem, og ut over høsten har det oppstått ledig kapasitet. Inntaksteamet har derfor ikke hatt store utfordringer med å tildele plasser til søkere med behov.



I tillegg til heldøgns plasser ved helsesenteret og Bo- og omsorgssenteret er det i dag 6 avlastnings-/korttids plasser på helsesenteret. Disse plassene benyttes i hovedsak til avlastning. Den største brukergruppen er personer med demens. I realiteten er avlastningskapasiteten lavere enn 6 plasser, da disse plassene også brukes av andre pasientgrupper.

Demensutvikling i befolkningen er meget relevant for dimensjonering av institusjons plasser. Forekomsten av demens er beskrevet i Demensplanen. Tabellen under viser at personer med demens vil øke proporsjonalt med utviklingen i levealder.

Forekomst av demens i Vadsø	Prevalens*	2010	2015	2020	2025	2030
65-74 år	5 %	24	31	33	33	37
75-89 år	16 %	53	59	68	88	97
90 år og eldre	35 %	9	12	12	13	18
<b>Beregnet antall demente (personer)</b>		<b>86</b>	<b>101</b>	<b>113</b>	<b>134</b>	<b>152</b>

\* Prevalens = gjennomsnittlig forekomst i aldersgruppen

Erfaringer i demensarbeidet i kommunen viser at dette anslaget er for lavt, og at de reelle tallene ligger høyere. Hvis vi likevel ser for oss at økningen i demensforekomst stiger i takt med antall eldre vil vi få en utvikling som tilsier at vi når en smertegrense med dagens driftsnivå for hva HRO kan mestre i løpet av de neste fem årene.

Videre er det brukergruppen demente som det er vanskeligst å legge til rette for i dagens bygnings- og avdelingsstruktur. Bo- og omsorgssenteret er bygget i henhold til gjeldende anbefalinger, men her er det ikke satt av plass til avlastning. Så godt som alle med avlastningsopphold eller dagsenterplass på helsesenteret har demens som primærdiagnose.

I mai 2008 ble det nedsatt et utvalg for å utrede behovet for fremtidige omsorgsplasser, og gi en anbefaling hvilke tiltak som burde iverksettes for at disse imøtekommes. Innstillingen ble lagt frem november 2008. Utvalget la vekt på å beskrive en løsning der en utnytter eksisterende bygningsmasse fremfor å bygge nytt. Disse utredningene ble lagt på vent i HRO planprosessen, og plangruppa har funnet det nødvendig å foreslå andre løsninger enn tidligere utredet.

Plangruppa anbefaler utbygging av institusjons plasser tilrettelagt for demente, og at det i dette blir bygget avlastnings plasser og dagsenter → **tiltak 4.1**.

#### 4.7.3. Kreftomsorg og lindrende behandling

Vadsø kommune har i de senere årene hatt en systematisk satsing innenfor lindrende behandling. Det vises til plan for lindrende behandling som ble vedtatt av bystyret i 2004. Vadsø var en av de første kommunene i landet med egen plan for lindrende omsorg. Det ble våren 2010 utarbeidet en evalueringsrapport for lindrende enhet. Denne rapporten viser at det har vært en stor utfordring å komme i mål med alle intensjoner etter at prosjektperioden var over.

En viktig erfaring er at uten riktig kompetanse på plass mister tjenestetilbudet fokus og kompetanse som er nødvendig for at det skal fungere godt. Utfordringene videre for at kreftomsorgen og lindrende behandling løftes videre kompetansemessig og styringsmessig er:

- Rekruttere sykepleiere med kompetanse innen lindring
- Få etablert en struktur med god styrings- og behandlingsskapasitet
- Godt samarbeid mellom hjemmebasert omsorg og lindrende enhet

Ved budsjettreguleringen i mai 2010 vedtok formannskapet å øke kreftsykepleierstillingen fra halv til full stilling. Bakgrunnen er et økende antall kreftpasienter, og økende antall cellegiftkurer i vår kommune. Plangruppa ønsker at tiltaket videreutvikles og dimensjoneres slik





at også omkringliggende kommuner kan gis tilbud. Dette forutsetter en økonomisk modell/avtale i samarbeid med kommunene og Helse Finnmark. → **tiltak 5.13, 5.14**

#### 4.7.4. Tjenester til utviklingshemmede

Enhet for Bofellesskap har ansvaret for tjenester og drift av boliger til personer med utviklingshemming. Det omfatter bistand til dagliglivets funksjoner, habilitering/opplæring, pleie og omsorg, og tilrettelegging for fritidsaktiviteter til disse brukerne.

Boligene er samlet til Stubben og Bekkefare, hvor beboerne har sine egne leiligheter. Enheten driver også en avlastningsbolig for barnefamilier i Myrkroken. Tjenestetilbudet varierer etter behov, fra daglige besøk til to-til-en bemanning hele døgnet, samt nattevaksordning.

Enheten disponerer 17 leiligheter på 7 forskjellige adresser. utfordringen for enheten er å tilpasse brukerbehov, boligform, og personalressurser. I utgangspunktet er brukerne kjent over lang tid, og det er mulighet å planlegge bolig og tjenestetilbud for nye brukere.

Enheten har gitt tilbakemeldinger om at disse utfordringene gir grunnlag for å se nærmere på hvilke tiltak som er nødvendige for å gi et godt nok bo- og tjenestetilbud. Plangruppa anbefaler derfor å vurdere en utbygging i Stubben og Bekkefare som gir en mer hensiktsmessig driftsmodell og gode vilkår for personalutnyttelse → **tiltak 4.2.**

Vadsø Familiesenter har god oversikt over barn og unge i Vadsø kommune med ulike funksjonshemninger som vil ha behov for ulike tjenester fra HRO i dag og i årene fremover. Dette er barn med ulike hjelpebehov som vil variere fra tiltak i form av avlastning, støttekontakt og tilrettelagt bo tilbud. En opplever en stadig økning i behovet for avlastningsplasser for barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

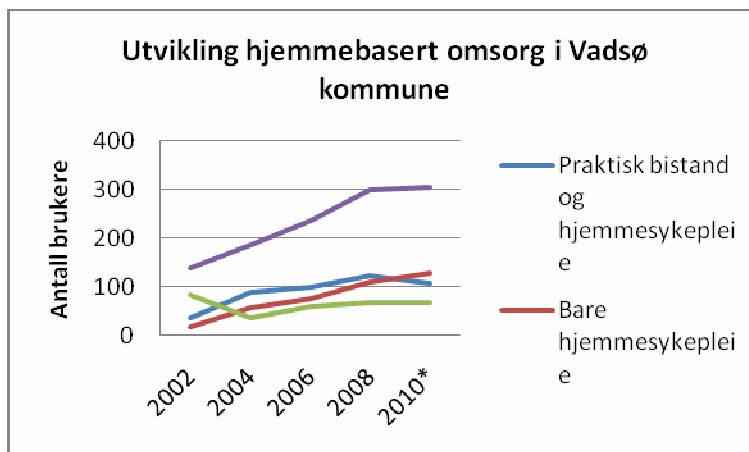
Dette gjelder spesielt unge med diagnoser innenfor autismespekteret, samt unge med store atferdsvansker. Det vil kreve en økning av fagutdannet personell som kan serve disse brukergruppene. Det er viktig at Vadsø kommune har tilstrekkelig med avlastningsplasser som et forebyggende tiltak og tilbud til personer og foreldre med særskilt tyngende omsorgsoppgaver.

Vadsø kommune må vurdere hvordan vi skal kunne imøtekomme denne utfordringen og en bør allerede nå begynne å planlegge en utvidelse av barneavlastningstilbud, samt utvidelse av tilrettelagte boliger for unge som vil ha behov for tilrettelagt bolig. → **tiltak 4.2.**

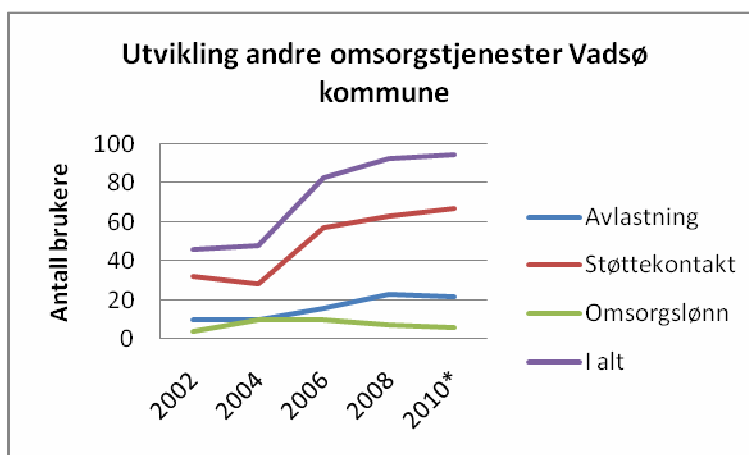
#### 4.7.5. Hjemmebaserte tjenester

I Norge mottar nå fire av fem brukere omsorgstjenestene i eget hjem. Det har vært gjennomført store reformer slik at pleie- og omsorgstjenestene kan gis uavhengig av bosted. Studier fra flere land har vist at brukernes tilfredshet og pleiens utfall er bedre for de hjemmebaserte tjenestene enn for tjenester i institusjon.

Vadsø kommune har bygd opp de hjemmebaserte tjenestene over tid siden satsningen på dette området kom ordentlig i gang i 1996. Volum i disse tjenestene har økt betydelig på få år, og øker videre i takt med den demografiske utviklingen. I tillegg vil utviklingen innen demensomsorgen og kreftomsorgen ha betydning for ressursbehovet i fremtiden. Videre kan det forventes at raskere utskrivning fra sykehus, og mindre kapasitet på institusjon medfører at behovet for hjelp i hjemmet etter all sannsynlighet vil øke.



\* pr 31. juli 2010



\* pr 31. juli 2010

Vadsø kommune har organisert de hjemmebaserte tjenestene i Ambulerende enhet, og består av hjemmesykepleie, hjemmehjelp, støttekontakter, brukerstyrte personlige assistenter (BPA) og psykiatritjenesten.

Dimensjonering ambulerende tjenester må sees i forhold til økninger i brukergruppene. Den økende eldre befolkningen vil medføre større press på tjenester i hjemmet. En annen gruppe som vokser er yngre funksjonshemmede som mottar brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

I denne sammenheng er det mye som tyder på at utfordringene i hjemmebaserte tjenester vil øke i årene som kommer. Det vil frem mot 2025 og videre bli en markant økning i antall eldre, og det er en klar tendens at stadig flere ønsker å bo i eget hjem. Samtidig ser vi en klar utvikling mot at mer kompliserte medisinske tilstander skal håndteres i brukerens hjem fremfor på sykehus eller sykehjem. Det er dessuten behov for gode samhandlingsrutiner mellom hjemmebaserte tjenester, sykestue, helseforetak og andre. Dette gir kommunen en kompetanseutfordring i hjemmebaserte tjenester → **tiltak 5.1**.

Det er også viktig å peke på at de aller fleste med diagnosen demens bor hjemme. Hjemmesituasjonen for demente kan by på store utfordringer for det kommunale hjelpeapparatet. Professor Knut Engedal fra Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens beskriver dette slik:

*"Det etterlyses mer «skreddersøm» i tilbudet til demente og deres pårørende i den kommunale hjemmebaserte omsorgstjenesten. Plass i dagsenter tilrettelagt for personer med demens er et godt tilbud for mange. Men utsagnet «alle har det best i eget hjem» er ikke alltid riktig når det*

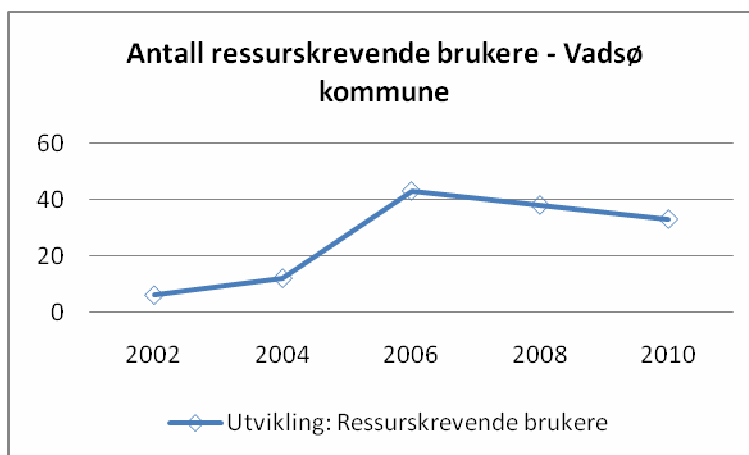


*gjelder demente pasienter. For mange kommer en tid da hjemmetilværelsen er praktisk vanskelig og føles truende og angstfylt. Tiden er inne for institusjonsinnleggelse. Dette er for mange demente og deres pårørende en vanskelig beslutning."*

Om demente kan bo hjemme eller må ha institusjonsplass vurderes i hvert enkelt tilfelle. For de fleste vil det være viktig å bo hjemme, i vante omgivelser, så lenge det er mulig. For mange av de pårørende står kanskje ikke et tilbud om sykehjemsplass eller annen boligform øverst på ønskelisten. Så lenge de orker det, ønsker mange å ta seg av den syke selv, og da må avlastningen tilrettelegges. Men det er viktig å lytte til de pårørende som står i fare for å slite seg helt ut, og å være imøtekommende når det gjelder deres ønsker og behov. Mange pårørende ønsker blant annet dagtilbud, avlastning på dagtid og hjemmehjelp. Andre behov kan være kveldstilbud, helgetilbud, bofellesskap og ulike aktiviseringsiltak (Helsenytt for alle, 2007). → **tiltak 5.3.**

#### 4.7.6. Ressurskrevende brukere

Ressurskrevende brukere er hjemmeboende personer som i en sammenhengende periode på minst 10 uker i løpet av året har mottatt hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand tilsvarende 35,5 timer eller mer pr uke. Statistikken er hentet fra det kommunale fagsystemet til pleie- og omsorgstjenesten:



Statistikken viser utviklingen i 2-års intervall, og at antallet har gått litt ned de siste 4 årene. Det er imidlertid grunn til å tro at antallet har stabilisert seg på et nivå mellom 30 og 40 brukere. I disse tallene ligger også brukere ved bofellesskapene.



En økende gruppe er ressurskrevende brukere utenfor bofellesskapene. Dette er for eksempel slagpasienter og andre unge personer med store hjelpebehov. Unge personer skal ikke innskriveres på institusjon, men skal gis et hjemmebasert tilbud. Mange av disse klarer seg ikke med punkttjenester, men trenger oppfølging og hjelp store deler av døgnet. Tjenestetilbud til yngre brukere skal også inkludere aktivisering, arbeid, sosiale tiltak, være familiemedlem og opprettholde rolle og integritet som f.eks. foreldre/ektefeller. Nye brukere i gruppen kommer til hvert år, noe som er kostnadskrevende. Ordningen med Brukerstyrt Personlig assistanse (BPA) ble etablert for å støtte opp under de spesielle behovene yngre ressurskrevende brukere har. I tillegg til at selve tjenesteytelsene er kostbare kreves det ressurser til å administrere, koordinere, og følge opp den faglige kvaliteten. I dag er kjensgjerningen at behovet er større enn de ressursene som er avsatt til ressurskrevende brukere. Plangruppa ser det som viktig at det iverksettes tiltak for å styrke tjenestetilbudet til denne brukergruppen → **tiltak 5.15.**

#### 4.7.7. Psykiatritjenester

Plan for psykisk helsearbeid i Vadsø kommune for perioden 2011 – 2014 er nylig rullert. Denne planen er en underplan til HRO planen og vil inneholde beskrivelser og forslag til tiltak innen fagområdet.

Hovedmål i planen er:

- Videreutvikle det psykiske helsevern med sikte på å kunne yte adekvat bistand av god faglig kvalitet innen rimelig tid til alle i kommunen som har behov for det.
- Kommunen skal ha et helhetlig og forebyggende perspektiv i forhold til psykiske lidelser, samt være med på å bidra til større åpenhet omkring psykiske lidelser.

I følge planutkastet har Vadsø kommune generelt sett hatt en positiv utvikling i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten i DPS (Distriktpsikiatrisk senter) Øst Finnmark, voksne og BUP (barn og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) er en økende utfordring. Det har vært lite ambulering til kommunen fra DPS, og samarbeidsmøter og veiledning av personalet kommunen har falt nesten helt bort (psykiatriplanen) → **tiltak 3.7.**

Psykiatritjenesten driver et aktivitetssenter som har en positiv effekt for de mennesker som benytter seg av dette tilbudet.

I forhold til eldre og psykiske lidelser vurderes det at Vadsø kommune har en godt utbygd hjemmetjeneste som i stor grad ivaretar mennesker med psykiske lidelser. Imidlertid bør det legges betydelig vekt på at mange eldre kan ha en underliggende psykisk lidelse, f.eks en depresjon som ikke har blitt diagnostisert. Statistikken viser at lettere psykiske lidelser forekommer oftere blant eldre enn blant yngre. Likevel gjør eldre langt mindre bruk av hjelpeapparatet. Et lavterskeltilbud med psykolog i kommunen vil kunne bidra til at psykiske lidelser blir oppdaget tidlig og at også de eldre får adekvat hjelp. Helsestasjon for eldre og forebyggende hjemmebesøk vil også kunne være gode virkemidler når det gjelder å identifisere denne type problematikk. Kunnskap om psykiske lidelser hos eldre er viktig for alle kategorier fagfolk og må være sentralt når det legges planer for kompetanseheving og oppdatering. → **tiltak 1.3 og 1.4 og 5.23.**

Tverrfaglig samarbeid ser ut til å fungere i en del enkeltsaker. Det vurderes allikevel at kommunen har et stort forbedringspotensiale i forhold til å få det tverrfaglige samarbeidet til å fungere godt  
→ **tiltak 3.7.**



I samhandlingsreformen skal det utredes en modell for psykisk helsevern og rus og opphold i opptreningsinstitusjoner. Ordningen innebærer at kommunene betaler en del av kostnadene når innbyggerne ligger på sykehus. Kommunal medfinansiering skal stimulere kommunene til å satse mer på forebygging og behandling av psykiske lidelser i nærmiljøet. Hvordan den kommunale medfinansieringen innen psykisk helsevern og rus skal være vil utredes særskilt.

#### 4.8. Rehabilitering og habilitering

Habilitering og rehabilitering er *"tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet"* (Forskrift om habilitering og rehabilitering).

Forskriften beskriver kommunens plikter i kapittel 2, de mest sentrale:

- kommunen skal ha en oversikt over behov
- alle skal få nødvendig utredning og oppfølging
- tilbudet skal være tverrfaglig
- kommunen skal ha en plan for arbeidet
- det skal finnes en koordinerende enhet som er lett synlig og tilgjengelig

Helsedirektoratet anbefaler i en ny rapport<sup>1</sup> til Helse- og omsorgsdepartementet at koordinerende enheter får tydeligere forankring, roller og oppgaver i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i framtidig nytt lovverk. Dette er derfor et viktig område sett i lys av Samhandlingsreformen. Vadsø kommune har organisert sin koordinerende enhet i Samordningsteam underlagt Vadsø familiesenter. En gjennomgang av denne organiseringen bør vurderes → **tiltak 3.2**.

Det vil i den nye kommunehelseloven være mer fokus på fritid og aktiviteter for brukere med nedsatt funksjonsevne. Pr. i dag har Vadsø kommune svært dårlig tilbud til brukerne i forhold til dette. Det bør settes i gang et mer planmessig samarbeid mellom de kommunale instansene og de frivillige organisasjonene for å utarbeide fritidsaktiviteter for barn/unge og voksne som ikke kan benytte seg av de ordinære fritidstilbudene i kommunen.

→ **tiltak 5.24**

I rehabilitering – og habiliteringstilbudet i Vadsø kommune bør det legges vekt på fokuset på brukers ressurser og på en helhetlig, tverrfaglig tilnærming. Det vil kreve at kommunen legger bedre til rette for tverrfaglig samarbeid, både internt i kommunen og med eksterne samarbeidspartnere. Det må legges vekt på å utnytte de flerfaglige ressurser og koordinere disse → **tiltak 2.2**.

Tilbudene skal sikre at brukere som trenger dette, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse (Helsedirektoratet). Tilbudene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Tilsvarende for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom. Rehabilitering er ikke bare et tilbud til de som har fysiske begrensninger. Rehabilitering er i høyeste grad et viktig tilbud til rusavhengige og mennesker med dårlig psykisk helse (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011).

Plangruppa ser at kommunen har noen utfordringer innenfor re-/habilitering, bl.a. at det er noen krav i forskriften som ikke er oppfylt. Det bør derfor igangsettes et arbeid med en habiliterings- og rehabiliteringsplan → **tiltak 2.1**. Det er videre grunn til å se nærmere på organisering, samarbeidsformer og ledelse av arbeidet rundt re-/habilitering i Vadsø kommune. I dette ligger også de utfordringene som ligger i samarbeid mot andre instanser som for eksempel NAV og på tvers mellom de kommunale tjenestene. Plangruppa vil derfor foreslå at rehabilitering og habilitering blir et eget satsningsområde i planperioden.



#### 4.9. Forebyggende tjenester

Forebyggende arbeid deles gjerne i tre nivåer; primær-, sekundær-, og tertiær forebygging. Primærforebyggende arbeid, nivå 1 er det arbeidet som gjøres før det har oppstått et problem. Tiltak rettes mot å opprettholde eller bedre helsetilstanden, og målgruppene er store og uselekterte

Sekundærforebyggende arbeid, nivå 2 er tiltak rettet mot definerte risikogrupper eller personer som allerede har utviklet sykdom

Tertiærforebyggende arbeid; nivå 3 er tiltak for å begrense funksjonssvikt og øke mestringsevnen hos personer med sykdom.

Helsestasjons-, skolehelse-, og jordmortjenesten er et primærforebyggende lavterskeltilbud som tilbys alle sosiale lag i Vadsø kommune. Målgruppene er gravide, barn, unge og ungdom opp til 23 år. Vadsø kommune har i tillegg satset på prosjekter som Folkehelseprosjektet, Aktiv på dagtid og Aktivitetsskolen.

Det blir i dag gitt skolehelsetilbud til alle skoler i Vadsø med unntak av Melkevarden (pga. manglende lokaler). Samtlige barn på alle skoler får dog en skolestartkontroll.

Det gjøres mye sekundær- og tertiær forebyggende arbeid både av fysio-, ergo-, hjemmetjenesten, legene og andre faggrupper i Vadsø. Likeledes arbeider mange av kommunen frivillige organisasjoner forebyggende.

Alle deler av helse, rehabilitering og omsorgssektoren er viktige i kommunens forebyggende arbeid i alle 3 nivåer. Flere av tjenestene i helseenheten er i posisjon til å oppdage og identifisere risikofaktorer og helseproblemer på et tidlig tidspunkt. Her har spesielt fastlegene en sentral rolle.

Vadsø Familiesenter har også en viktig funksjon i det forebyggende arbeidet som utøves i kommunen. Intensjonen med etableringen av Vadsø Familiesenter var at man ønsket en virksomhet som tok utgangspunkt i et helhetlig perspektiv på tiltak som gjelder brukere med behov for sammensatte tjenester innenfor flere fagområder. Gjennom en samordning av kommunale tjenesteområder kan kommunen ivareta helhet og bredde innenfor primærtiltak, og utvikle disse. Vadsø Familiesenter er et lavterskeltilbud og tilbyr kommunale hjelpetjenester for s | tømte/samtaler/rådgivning for barn, unge og familier. Vadsø Familiesenter består av pedagogisk- psykologisk tjeneste, barnevern, logoped, spesialpedagogisk hjelp til førskolebarn, psykologspesialist og samordningsteamet.

Det er behov for å se på hvordan det forebyggende arbeidet i kommunen skal organiseres og legges til rette. En ny lov om folkehelsearbeid er til høring fra oktober 2010, og vil legge føringer for hvordan det forebyggende arbeidet skal videreutvikles. En viktig målsetning i samhandlingsreformen er at forebyggende arbeid rettet mot barn og unge skal styrkes. Det anbefales derfor å komme i gang med dette arbeidet → **tiltak 1.5**.

En gruppe som ikke har vært prioritert i det forebyggende arbeidet er de eldre. Her har mange kommuner gjort godt arbeid gjennom prosjekter og måter å jobbe på. Plangruppa trekker frem to tiltak som i planperioden bør vurderes. Dette er helsestasjon for eldre og forebyggende hjemmebesøk → **tiltak 1.3, 1.4**.

Det vi vet er at systematiske helseundersøkelser gir gode resultater i form av identifisering av sykdomstilstander og mulighetene for tidlig behandling. Videre kan veiledning i hjemmesituasjon føre til forebygging av ulykker, samt være en svært målrettet arena for informasjon til den enkelte.

For helsestasjon og skolehelsetjeneste foreligger det i henhold til gjeldende lovverk en egen plan som beskriver hvordan kommunen løser disse oppgavene.



#### **4.10. Vurdering av desentralisert omsorgstjeneste i Vestre Jakobselv**

I mandatet til plangruppa heter det i strekpunkt 5: "Vurdere desentralisering av pleie- og omsorgstjenester til Vestre Jakobselv". Plangruppa nedsatte en arbeidsgruppe som har presentert sin vurdering. Utredningen er vedlagt HRO planen (side 40)

Gruppa konkluderer med at et heldøgnsstilbud i Vestre Jakobselv ikke kan anbefales da små enheter er for sårbare når det gjelder å opprettholde kvalitet og tilstrekkelig kompetanse.

Videre er små enheter økonomisk krevende driftsmessig og det er derfor viktig å ha én enhet i kommunen som tilfredsstillende krav til kvalitet, kompetanse og forsvarlig økonomisk drift, noe HRO plangruppa slutter seg helt til.

Plangruppa vil derimot anbefale at det legges til rette for et dagsenter med gode aktivitetstilbud for de eldre som bor hjemme i Vestre Jakobselv → **tiltak 1.8**. Det kan være med på å utsette innleggelse i institusjon og være positivt å ha i nærmiljøet, og kan sees i sammenheng med "inn på tunet" prosjektet.

### **5. utfordringer**

Plangruppa vurderer de viktigste utfordringene i planperioden å være økt antall eldre, mangel på arbeidskraft, styrking av samarbeid på tvers av nivåer i helsevesenet, og tilrettelegging for økt rehabilitering og forebygging.

Mandatet gitt til plangruppa skisserer en hovedutfordring vedrørende dimensjonering og utbygging av institusjonsplasser. Problemstillingene rundt avlastning, demens, rehabilitering, og helsetjenestene må sees i sammenheng med hele HRO. Det betyr at løsningene på disse utfordringene også bør henge sammen i en felles strategi.

#### **5.1. Økende antall eldre**

Framtidens eldre vil i større grad være mer ressurssterke enn dagens eldre med tanke på inntektsgrunnlag og utdanningsnivå. De vil i større grad forvente å være mer delaktig i å utvikle eget tjenestetilbud. Dette vil stille krav til en fleksibel tjenesteyting som er i stand til å tilpasse seg etter brukernes individuelle behov. Det at antallet eldre øker betyr en økende etterspørsel i alle HRO-tjenester. Utfordringen i å håndtere dette er tydelig. Samtidig kan kommunen velge en strategi som gir større mulighet til å forebygge sykdom og skade, og rehabilitere mer effektivt enn det som skjer i dag.

#### **5.2. En flerkulturell befolkning.**

Vadsø har et av de største asylmottakene i landet og en høy andel flyktninger/flerkulturell befolkning. Dette skaper også utfordringer for helsevesenet. Språk og kommunikasjon kan være en særlig utfordring, tolking i helsetjenesten stiller særlige krav til kvalitet. Mange immigranter har også andre helseproblemer enn det som er vanlig i den etnisk norske befolkningen. Dette stiller krav til kompetanse i primærhelsetjenesten, dvs fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste osv. Framtidens brukere av omsorgstjenester vil representere et større kulturelt mangfold, som forutsetter en individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov. Utviklingen skal ikke møtes med nye former for særomsorg.

#### **5.3. Mangel på arbeidskraft**

Vadsø kommune har i dag som mange andre kommuner et relativt høyt sykefravær blant ansatte i omsorgstillinger. Dette medfører mye bruk av ekstravakter, sykevikar og bruk av overtid. I tillegg har vi et høyt antall stillinger med uønsket deltid.



Det er nødvendig å ha et kontinuerlig fokus på arbeidstidsplanlegging, arbeidsmiljø, kompetanseutvikling og nærværsfaktorer for å beholde og rekruttere ansatte. Vadsø kommune bør satse på effektivitet og kvalitet i helse- rehabiliterings- og omsorgstjenesten. De ansatte er kommunens viktigste ressurs og kompetanseheving og utvikling av medarbeiderne er påkrevet.

Kommunen har utarbeidet en kompetanseplan for perioden 2010 – 2012. Planen inneholder tiltak innen områdene omdømme/rekruttering, stipend/permisjoner, lærling/praksisplasser, og det å beholde arbeidstakere. HRO enhetene har videre laget en kompetanse- og rekrutteringsplan som inkluderer detaljene i kompetansekartlegging, målsetninger, og opplæring av nytilsatte og ufaglærte.

#### **5.4. Styrking av samarbeid på tvers av nivåer i helsevesenet**

Utfordringen er å legge til rette for økt samarbeid mellom kommunen og helseforetak, med andre kommuner, og internt i den kommunale organisasjonen. For Vadsø kommune er det verdifullt å få en bedre oversikt over de spesifikke forholdene rundt de organisasjonsstrukturer og samhandlingsmetoder som benyttes i dag. Dette kan ligge til grunn for en positiv utvikling gjennom endringer i organisasjonen.

Det er viktig å møte samhandlingsreformen på en offensiv og strukturert måte. Ved å velge en bred og aktiv tilnærming til samhandlingsutfordringene, kan Vadsø kommune bidra til økt samarbeid på en rekke områder i regionen.

#### **5.5. Habilitering og rehabilitering**

Vadsø kommune har ikke en plan for habilitering og rehabilitering. Dette er et viktig verktøy for å få oversikt, og sette i gang tiltak på området. Arbeidet med å utarbeide en slik plan bør prioriteres. → **tiltak 2.1.**

Raskere utskrivning fra sykehus allerede fra 2012 vil medføre behov for akutt rehabilitering, tidlig hjemreise for pasienter, og behov for mer ressurser og kompetanse. En utvikling i Øst-Finnmark der Vadsø bygger opp et DMS kan medføre en utvidelse fra kun polikliniske tilbud til også døgntilbud.

Tilbudene skal omfatte alle personer som har behov på grunn av medfødt eller ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom. Tilsvarende for personer som står i fare for å utvikle varig funksjonshemming eller kronisk sykdom. Rehabilitering er ikke bare et tilbud til de som har fysiske bergrensninger. Rehabilitering er i høyeste grad et viktig tilbud til rusavhengige og mennesker med dårlig psykisk helse.

#### **5.6. Forebygging**

Helsefremmende arbeid er definert som "arbeidet for å øke menneskers (den enkeltes og fellesskapets) kontroll over faktorer som virker inn på deres helse slik at helsen kan forbedres" (Verdens helseorganisasjon, WHO). Utfordringen for Vadsø kommune er å få kommunens virksomhet på alle enheter til å forankre dette både planmessig, organisatorisk, faglig og økonomisk.

Videre er utfordringen å gjøre innbyggerne i stand til å bedre og bevare helsen. For å oppnå fysisk og psykisk velvære må både enkeltpersoner og ulike grupper bli i stand til å kunne virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillere sine behov eller mestre sitt miljø.





HRO-tjenestene er viktige aktører, men bare få av mange aktører som har betydning for folkehelsen. De fleste tiltakene av betydning for utviklingen av folkehelse gjøres utenfor dagens helsetjeneste.

## 6. Hovedmål og strategier

Vadsø kommune har i ca. to år gjennomført et etikkprosjekt i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er en del av en nasjonal satsning på etisk refleksjon i arbeidshverdagen. Etikkprosjektet har lagt frem verdigrunnlaget "Trygghet, respekt og kvalitet". Dette verdigrunnlaget skal være grunnleggende for det HRO gjør, og være en forutsetning i all tjenesteutøvelse. Plangruppen har derfor valgt tittelen "**Med trygghet, kvalitet, verdighet i fokus**", som gjenspeiler både målsetning, verdigrunnlag og planens innhold.

Tryggheten i å ha et velfungerende helse- og omsorgstilbud er viktig. Tiltak som forbedrer livskvalitet, trivsel og mulighetene til å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet er viktige områder som inngår i behovet for trygghet. For å fjerne, hindre eller redusere faktorer som kan føre til sykdom, skader og sosiale problemer er forbyggende tiltak av stor betydning.

### 6.1. Hovedmålsetning og satsningsområder

Vadsø kommune skal ha et fremtidsrettet, fleksibelt og kvalitativt godt helse-, rehabiliterings- og omsorgstilbud. Våre tjenester skal bygge opp under den enkeltes muligheter for å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv.

Et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv for den enkelte

Det har over lengre tid vært en målsetting innen eldreomsorgen at hjelpen bør ytes i mottakernes egne hjem så lenge det er mulig. I stor utstrekning ser dette ut til å være i tråd med eldres egne ønsker om å bli boende hjemme så lenge de kan. Det kan også være økonomisk fordelaktig for kommunene å gå inn for hjemmebaserte løsninger. Det er viktig at denne prinsipielle tankegangen videreføres.

For å nå hovedmålsetningen skal kommunen satse på forebygging og rehabilitering. Ved å løfte disse som de viktigste satsningsområdene de neste 10 årene kan Vadsø kommune bidra til å imøtekomme dagens og fremtidens utfordringer:

Satsningsområder  
**Forebygging og rehabilitering**

Strategiene i HRO-planen skal samlet bringe kommunen videre ut fra ut fra en intensjon om å løse dagens uønskede problemstillinger, løse fremtidens utfordringer, og å legge til rette for ytterligere satsning hvis det blir nødvendig.

### 6.2. Strategier

Strategi kan defineres som "bestemmelse av langsiktige mål, og de tiltakene og den ressursfordelingen som er nødvendig for å nå disse målene" (Bolman/Deal, 2004).

Vadsø kommune har behov for en omlegging av dagens HRO-tjenester som kan tilpasse tjenestetilbudet etter brukernes behov innenfor de rammer som kommunen vil råde over. Dette innebærer endringer med følgende hovedtrekk:

Styrke forebygging for bedre helse	Handlingsplan tema 1
Rehabilitering	Handlingsplan tema 2
Endring i bruk av eksisterende bygningsmasse	Handlingsplan tema 4



Imøtekomme utfordringene i samhandlingsreformen	Handlingsplan tema 3
Tilrettelegge for fremtidig arealbehov, bl.a. DMS i Vadsø	Handlingsplan tema 3, 4
En styrket helsetjeneste	Handlingsplan tema 4, 5
Nye heldøgns omsorgsplasser i nybygg	Handlingsplan tema 4
Bygge opp og utvide tilbud til demente	Handlingsplan tema 4, 5
Satsning på psykiatri	Handlingsplan tema 5
Bedre tilbud til unge mennesker med store behov for tjenester	Handlingsplan tema 5
Ha ansatte som kan samisk og finsk	Handlingsplan tema 5
Ha en aktiv strategi for rekruttering av nødvendig kompetanse	Handlingsplan tema 5

### 6.2.1. Forebygging og rehabilitering

Det er nødvendig at forebygging og rehabilitering innarbeides i alle HRO-tjenestene. Det er like viktig at samarbeid mellom kommunens enheter og andre etater fungerer godt. Underliggende strategier skal legge dette området til grunn i kartlegging, planlegging og gjennomføring av tiltak. Det bør tilstrebes et økt fokus på brukermedvirkning og brukertilpassede, sømløse tjenester.

Det kan være hensiktsmessig å etablere et prosjekt eller endre organisering som løfter forebyggende arbeid og gjør kommunen i bedre stand til å kartlegge og foreslå målrettede tiltak. Samhandlingsreformen gir mulighet for å satse på dette gjennom finansieringsordninger og mulighet for å søke midler.

Et forslag til satsning innenfor området er å få etablert et "frisklivsprosjekt". Dette for å styrke innsats for å bedre livskvaliteten og folkehelsen for utsatte grupper av befolkningen gjennom økt fysisk aktivitet, fokus på bra kosthold og røyke-/tobakksslutt. Ved å komme tidligere inn med forebyggende behandling skal man redusere belastninger for den enkelte og redusere utgifter til behandling for helsevesenet. Som metode kan det brukes motivasjonssamtaler for pasienter i et forsøk på å endre deres livsstil, i tillegg til at det igangsettes forebyggende tiltak overfor større grupper.

Finnmark Fylkeskommune (FFK) har invitert Vadsø kommune sammen med andre kommuner i Finnmark til et regionalt samarbeid kalt "Partnerskap for folkehelse". Kommunen har samarbeidet med FFK i årene 2007-2009 om folkehelsearbeid. Dette prosjektet har fått gode resultater, bl.a. gjennom partnerskapsavtaler med 10 frivillige lag og foreninger, selv om forankring i kommuneorganisasjonen har vært svak. Kommunen har inngått ny partnerskapsavtale om folkehelse med Fylkeskommunen. En folkehelsekoordinator vil kunne følge opp både dette arbeidet og et "frisklivsprosjekt" → **tiltak 1.1.**

### 6.2.2. Imøtekomme utfordringene i samhandlingsreformen

Det er fra administrasjonen tatt initiativ til å sende søknad om samhandlingsmidler til Helsedirektoratet. Denne er vedtatt av Formannskapet, og har etablering av DMS som en av målsetningene. En annen målsetning er å etablere samarbeid med de nærmeste kommunene i Øst-Finnmark. Søknaden har derfor tittelen "Samhandling Øst-Finnmark". Søknaden avgjøres trolig i februar 2011 → **tiltak 3.1, 3.5.**

Sentrale deler av samhandlingsreformen er nytt lovverk. Ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ny folkehelselov er til høring frem mot februar 2011. Disse lovene vil både pålegge nye oppgaver, og samtidig gi friere tøyler ift. organisering.

I forslaget til Lov om folkehelsearbeid, innledes det med følgende hovedtrekk:

- *ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan*
- *kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren*
- *kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet*
- *mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven*



- kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert
- en drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi
- på samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi
- kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

I forslaget til Lov om helse- og omsorgstjenester er prinsippene:

- kommunen har et "sørge-for-ansvar"
- kommunen pålegges ikke bestemte måter å organisere tjenestene på, men pliktene videreføres
- pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt
- større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov
- skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves
- felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstitusjon

Det er også grunn til å minne om at utfordringene skissert i Samhandlingsreformen ikke er noe nytt. De eksisterer uavhengig av reformen. Slik sett bør kommunene sammen, og sammen med Helse Finnmark, ta tak i dette. Krav til lokal utbygging og samordning av helsetjenester sammen med et sterkere fokus på psykiatri, rus og andre helsemessige utfordringer gjør at det må forventes stor dynamikk i den kommunale HRO-tjenesten. Det er viktig å løfte disse fram slik at de ikke mister fokus eller at det skapes problemer i forhold til reformen ved at det ikke tas høyde for den nødvendige kapasitet og kompetanse som må være på plass for å møte disse.

Plangruppa anbefaler å nedsette en prosjektgruppe hvor en ressursperson blir tilsatt som koordinator/leder for arbeidet → **tiltak 3.1**. Målsetningene er å kartlegge, vurdere og foreslå tiltak som angår samhandlingsreformen. Videre skal gruppen stå for prosjektledelse ved eventuell tilskudd fra Helsedirektoratet, og være pådriver for gjennomføring av tiltakene i HRO planen. Det skal også arbeides aktivt med utviklingen mot et Distriktsmedisinsk senter (DMS) i samarbeid med Helseforetak og samarbeidskommuner → **tiltak 3.5**.

For å møte framtidens helse- og omsorgsutfordringer, sikre bedre koordinerte tjenester og en større innsats for å forebygge og begrense sykdomsutviklingen, er det behov for langsiktig planlegging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor foreslått i statsbudsjettet å styrke kommunenes kompetanse innen plan- og analysearbeid, samt styrke forsknings- og fagutviklingsarbeid i kommunene. Forslaget innebærer også en betydelig styrking av tilskuddsordningen til lokalmedisinske sentre og kommunesamarbeid om helse- og omsorgstjenester → **tiltak 3.8**.

### 6.2.3. Distriktsmedisinsk senter (DMS)

De siste årene har det vært et økt press på sykehusene, blant annet på grunn av en økende andel eldre med kroniske sykdommer og sammensatte lidelser. Nå søkes det samfunnsmessig rimeligere løsninger som kan redusere presset. Distriktsmedisinske sentre er et bidrag til løsning av mange av de utfordringene sykehus og kommuner nå står overfor.

Helsedirektoratet antar at disse tjenestetilbudene kan tenkes å inngå i et DMS:

- Poliklinikk, lærings- og mestringssenter, ambulant virksomhet, dag- og heldøgns spesialisthelsetjeneste, inkludert senger.
- Legevakt, allmennlegekontor, fysioterapi, hjemmesykepleie, sykehjem
- Støttefunksjoner som røntgen, laboratorietjenester, telemedisinsk støtte

Sammenhengende tiltakskjeder fra kommunene til sykehus og tilbake og bedre behandlingsnettverk, vil føre til kortere liggetider og færre senge- og behandlingsplasser i sykehus. Et av tiltakene i Samhandlingsreformen er å gjøre det økonomisk attraktivt for



kommunene å være effektive på dette området. Det er på den faglig siden grunn til å se utfordringen i å bygge tilstrekkelig kompetanse. På den andre siden viser det seg at varierte faglige utfordringer i kommunene kan stimulere til rekruttering.

Et DMS i Vadsø betyr i første omgang at enkelte polikliniske undersøkelser og behandlinger kan gjennomføres desentralisert. En videreutvikling og oppbygging av nye funksjoner må gjennomføres i samarbeid med Helse Finnmark. En nødvendighet for å få dette til i alle tilfeller, er tilgjengelighet på arealer. → **tiltak 3.4, 3.5.**

HRO har vokst ut av sine arealer slik det er i dag, og mange ansatte opplever at dette er et problem. En videre strategi bør derfor ta hensyn til dette. Plangruppa mener derfor at frigjøringen av arealer i 1. og 2. etasje på helsesenteret vil være riktig valg. Dette vil medføre at de en del av behovene i dagens romproblematikk kan løses, i tillegg vil det nok være behov for en uvidelse for å gi plass til DMS-tilbud → **tiltak 4.1, 4.3, 4.5.**

#### **6.2.4. Bygge opp og utvide tilbud til demente**

De aller fleste med diagnosen demens bor hjemme. Det vil de fortsette å gjøre i fremtiden. Det er rasjonelt og faglig anbefalt at man styrker de hjemmebaserte tjenestene for å imøtekomme behov hos demente. Ved riktig dimensjonering og god kompetanse er det sannsynlig at flere demente med behov for hjelp kan ivaretas i hjemmet. Dette er også i tråd med BEON-prinsippet, og fordrer at kapasitet og kvalitet er tilstrekkelig for å yte gode tjenestetilbud → **tiltak 5.2.**

De hjemmebaserte tjenestene må inkludere muligheter for avlastning i hjemmesituasjon og i form av dagsenter. Dette gir muligheter for pårørende å utføre daglige gjøremål som de ellers ville hatt vanskeligheter med. For pårørende til personer med alvorlig demens er dette ofte ikke nok, og avlastning i form av insitusjonsopphold er nødvendig. Det er også slik at på sikt vil de med en langt fremskredet demens trenge omsorg i institusjon fordi de ikke lenger kan bo hjemme.

Vadsø kommune har derfor behov for å få på plass et godt institusjonstilbud for demente. Dagens tjenestetilbud med lengre og kortere opphold på sykestua har vi dårlige erfaringer med. Hovedårsaken er at pasientgruppene er veldig forskjellige, avdelingens oppbygging med lange ganger er ikke bra for demente, og store forskjeller i behov blant pasientene gjør det svært vanskelig å prioritere riktig.

Det anses derfor som nødvendig å bygge et nybygg tilrettelagt for demente. Dette nybygget bør ligge på bakkeplan, og ha tilknyttet sansehage og egnede utearealer. Bygget bør videre ligge i tilknytning til eksisterende helsesenter/bo- og omsorgssenter, og ha en mulighet for utbygging i fremtiden. Det er også viktig at man samler andre egnede tilbud i samme bygg. Dette gjelder avlastningsplasser og dagsenter. På den måten kan inne- og utearealer brukes fleksibelt → **tiltak 4.1, 5.3**

Samtidig må den hjemmebaserte omsorgen videreutvikles. Dette gjelder både i forhold til dimensjonering av tjenestetilbud, informasjon, utredning, og kompetanseheving. For demente er tilbud rettet mot pårørende spesielt viktig, slik at ønske om, og mulighetene til å fortsatt være omsorgsperson er tilstede → **tiltak 5.1, 5.2.**

#### **6.2.5. Satsning på psykiatri**

For mennesker med alvorlige psykiske lidelser er det viktig å bli møtt av tilgjengelige og koordinerte HRO-tjenester. Ofte vil personer med psykiske lidelser ha behov for flere typer tjenester, i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, tilgang på egnede bolig, bistand til å komme tilbake til arbeid og aktivitet, praktisk og økonomisk hjelp samt støtte til å delta i



samfunnet. Mennesker med psykiske lidelser vil også i perioder ha behov for akutt-tjenester og tilbud som f.eks. døgnplasser og avlastningsmuligheter.

Når det gjelder samhandling og kontinuitet innen psykiatrifeltet er det viktig å sikre gode overganger i behandlingsskjeden og kontinuitet i oppfølgingen. Det er den enkeltes behov for trygghet og stabilitet, tilstandens alvorlighetsgrad som er overordnet for hvilke tjenester som gis. Det er viktig at en videre satsning på psykiatri i kommunen er planmessig.

Når det gjelder botilbud for personer med psykiske lidelser er Fossesvingen i dag øremerket til dette. Tilbud i Fossesvingen består av fem leiligheter. Det er ikke felleslokale eller personale til stede kontinuerlig. Her har man tidligere prøvd ut å ha et personalrom i en ledig leilighet. Det er gode erfaringer med dette i form av tettere og bedre oppfølging → **tiltak 4.8.**

Fossesvingen kan videreutvikles gjennom en utbygging til utvidet bruk der også andre brukergrupper kan bosettes. Dette kan være unge funksjonshemmede som i dag har et betydelig antall timer Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA). Denne tjenesteformen er ressurskrevende både økonomisk og personellmessig. Samtidig gir BPA ordningen et godt tilbud til brukerne ved at brukeren gjennom prinsippene i ordningen er i sentrum → **tiltak 4.9.** En videreutvikling av Fossesvingen kan gi mulighet for en avlastningsleilighet der personer med tunge psykiske lidelser kan være midlertidig under tettere oppfølging når sykdomsforløpet tilsier det → **tiltak 4.7.**

En utbygging av Fossesvingen med flere leiligheter, personalrom og ressurstilgang kan det gi mulighet for mer fleksibel bruk, som igjen er et bedre tilbud for brukerne, økonomisk rimeligere for kommunen, og hensiktsmessig å organisere.

Samhandlingsreformen legger også til grunn at det innenfor området psykisk helse er behov for å satse sterkere på forebyggig og innsats tidligere i et sykdomsforløp. Psykologrekruttering til kommunene inngår som en del av dette. Som en nasjonal satsing for å bidra til utprøving av modeller og økt rekruttering av psykologer i kommunehelsetjenesten har helsedirektoratet en tilskuddordning over tre år. Tilskuddet er på hhv 500, 400 og 250 000 pr år. Målet med ordningen er at en skal gi et lavterskeltilbud til voksne, inkludert eldre, samt til barn og unge.

Mennesker med psykiske problemer og lidelser er i målgruppen for psykologer i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder både enkeltindivider, familier, pårørende, grupper og lokalmiljø. Psykologer i kommunene skal bidra til mer vekt på forebygging av psykiske problemer og lidelser, samt tidlig intervensjon og behandling til mennesker med psykiske problemer. → **tiltak 5.23.**

### **6.2.6. Unge mennesker med store behov for tjenester**

Gruppen av unge mennesker med store behov for tjenester er mangfoldig. I kapitlet ovenfor ble spesielt brukere med psykiske lidelser diskutert. Funksjonshemmede personer under 67 år som bor hjemme er en noe forenklet forklaring. Det er hensiktsmessig å se disse tjenestene i sammenheng, som nevnt ift. Fossesvingen → **tiltak 4.9.**

For de med utviklingshemming er tjenestene organisert i Enhet for bofellesskap. Tjenestetilbudet innen Bofellesskapene er i dag en kombinasjon av botilbud og aktiviteter. Disse brukerne får et økt hjelpebehov etter hvert som de blir eldre, og noen vil trenge heldøgns omsorg. Erfaringene er at det er en stor utfordring å legge til rette med riktig boform. Dette gjelder spesielt når sykdomsbilde og funksjonsnivå endrer seg. Dette medfører høyere driftskostnader bl.a. i form av behov for flere nattevakter.

Det er gjort gode erfaringer i Stubben bofellesskap med en kombinasjon av døgn-tjenester og daglig tilsyn til beboere i nærliggende bolig. Denne modellen bør videreføres og forbedres.



Det bør vurderes utbygging av boligene i Stubben og Bekkefaret slik at hensiktsmessige botilbud kan videreutvikles → **tiltak 4.2**. Videre er det viktig å ha en plan for utviklingshemmede unge personer som skal flytte ut hjemmefra og i egen bolig. → **tiltak 5.18**.

For personer med fysiske funksjonshemninger ivaretas disse av ambulerende enhet, i hovedsak i form av tjenester som hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Ordningen med BPA er blitt mer og mer vanlig for å dekke behov til yngre mennesker. Dette er imidlertid en kostbar ordning. Erfaringer tilsier at det er stor brukertilfredshet med BPA, og at de med denne ordningen får et mer individuelt tilrettelagt tilbud. Kommunen bør derfor planlegge med en utvidelse av ordningen. Det kan for eksempel være tilrådelig å benytte samme driftmodell som i Stubben bofellesskap til disse brukerne, gjennom å ivareta et høyere antall brukere med totalt færre personalressurser → **tiltak 4.9, 5.15**.

### **6.2.7. En styrket helsetjeneste**

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og komplikasjoner, framfor forebygging og reduksjon av kronisk sykdom. Forebygging og tidlig innsats blir tapere i prioriteringskampen. Samhandlingsreformen legger opp til at det skal lønne seg å forebygge. En større del av helsetjenestene bør derfor rettes inn mot dette feltet → **tiltak 1.9**.

Legetjenesten i Vadsø kommune rapporterer om lange ventelister, stor pågang av henvendelser utenom ordinær kontortid, problemer å ivareta kommunale oppgaver, og uhenktsmessig arealbruk på helsesenteret. Andre støttetjenester som for eksempel laboratoriet, kundemottak, timebestilling og administrasjon lider under dette. En overordnet strategi som består i å frigjøre plass på helsesenteret, samt legge til rette for en ombygging/utvidelse vil løse denne problemstillingen. Det er også nødvendig å styrke legetjenesten mer ressurser slik at man får mulighet til å komme over i en normal ventelistesituasjon. → **Tiltak 4.3, 5.9, 5.10**

En videre satsning på helsetjenestene må bety en økt ressursbruk på forebygging og rehabilitering. Dette betyr en økning i legeressurser, fysioterapi til kommunale oppgaver, og ergoterapi.

Det kan være hensiktsmessig å se hva andre kommuner har gjort for å utvikle og stabilisere legebemanningen. Nordkapp og Brønnøy er slike eksempler → **tiltak 5.8, 5.17**.

### **6.2.8. Utbygging av nye heldøgns omsorgsplasser**

Plangruppa presenterer her en skisse hvor nye heldøgns omsorgsplasser i et nytt bygg vil være et strategisk valg for å løse utfordringene vi står ovenfor. I hovedsak består skissen av tre trinn.

1. Bygging av heldøgns plasser for demente, avlastningsplasser og dagsenter → **tiltak 4.1**.
2. Flytting av eksisterende sykehjem, avlastning og dagsenter over i nybygg → **tiltak 4.1**
3. Frigjøring av senge plasser på sykestua til medisinsk behandling og etablering av en mestrings- / og rehabiliteringspost → **tiltak 2.5, 3.3**. Etablering av DMS på helsesenteret, samt ombygging/utvidelse av lokaler til mer hensiktsmessig bruk → **tiltak 3.5, 4.5, 4.3**

Det første trinnet vil være viktig, og det som skaper rom for de andre trinnene. Gjennom en planmessig omrokering og oppbygging av bedre tjenester kan dette bidra i stor grad til å løse dagens problematikk samtidig som det legger til rette for satsningen som gjøres i samhandlingsreformen.

I arbeidet med planen har plangruppa fulgt med hvilken retning samhandlingsreformen vil ta. De nasjonale føringene om flere sykehjemsplasser og flere hender inn i omsorgsyrkene har vært tydelige. Det vil være fornuftig å ta høyde for mest mulig behandling av pasientene lokalt. Dette vil lønne seg økonomisk og faglig. Intensjonen er å oppnå en vinn-vinn-vinn situasjon for kommune, helseforetak og pasient.



Ut fra dette anbefaler plangruppa en utbygging av heldøgnsplasser. Utbyggingen bør skje i samme område som eksisterende bygningsmasse, og på bakkeplan. Midler fra Husbankens nye investeringsstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger skal være tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt. Da handler det i hovedsak om at "smått er godt". Små avdelinger med aktivitetsrom og utgang til en sansehage er bedre enn gammeldagse sykehjem med lange korridorer og flere etasjer. En inndeling i enheter a 6-8 brukere pr fellesrom kan derfor anbefales. Det bør i en slik modell planlegges med felles uteareal, og sambruk av lokaler og personalressurser mellom dagsenter, avlastning og langtidsbeboere.

Ved å flytte ut sykehjemsbeboere, avlastningsbrukere og dagsenter fra helsesenteret vil det frigjøres areal som kan løse flere problemstillinger som i dag gir store utfordringer. Dette gir også mulighet til å styrke medisinsk behandling og rehabilitering i tråd med de nye prinsippene i samhandlingsreformen.

En rehabiliterings- og mestringspost vil kunne plasseres der sykehjemsbeboerne er i dag. En slik post vil kunne ta imot pasienter fra omkringliggende kommuner der man ikke har bygd opp egen rehabiliteringskapasitet (DMS-funksjon).

### Skisse for Vadsø helsesenter og nybygg:

	Dagens arealbruk	Fremtidig arealbruk
1. etasje	Helsestasjon Legekontorer Garasje Laboratorie Dagsenter Kontorer fysio/ergo Gymsal Behandlingsrom cellegift	Helsestasjon Legekontorer Dialyse Laboratorie Kontorer DMS spesialister, fast/ambulerende Kontorer / behandlingsrom DMS behandling - cellegift, dialyse + + DMS funksjoner – røntgen + +
2. etasje	Kontorfløy/ambulerende Sykestue/lindrende Avlastning/korttidsplasser Sykehjem Sykehjem/stue, pas. rom	Kontorfløy/ambulerende Sykestue/lindrende Behandlingsplasser/nye sykestueplasser Rehabiliterings/mestringsenhet m/kontorer Treningsareal (gymsal), treningskjøkken
Nybygg		Sykehjemsplasser (8) Dagsenter for demente (6) Avlastningsplasser (8) <i>Mulighet for videre utbygging etter 2015: sykehjemsplasser (8)</i>

Skissen representerer ikke hele bildet. Det er detaljer, nye behov og andre hensyn som vil fremkomme i en mer inngående planlegging. Antall sengeplasser i helsesenterets 2. etasje går noe ned pga ombygging av noen pasientrom til kontorer og treningsareal. Estimering av det totale antall sengeplasser vil imidlertid øke med 14.

Da er det også tatt høyde for å ta ut lindrende enhet fra sykestueplassene, da disse iht. sykestueavtalen med Helse Finnmark er en kommunal oppgave.

### Sykehjemsplasser eller omsorgsbolig

I innstillingen fra utviklingsutvalget for utredning av behov for nye heldøgnsplasser, datert november 2008, beskrives problemstillingen vedrørende omsorgsbolig kontra



sykehjemsplasser. Beskrivelsen viser til faglige, driftsmessige, og investeringsmessige forskjeller og likheter:

- Faglig ingen vesentlig forskjell, omsorgsnivå i omsorgssenteret er tilsvarende sykehjem.
- Omsorgsbolig med bemanning slik man har på Bo- og omsorgssenteret gir gode muligheter for individuelle tjenester og privatliv.
- Driftskostnader for kommunen omtrent de samme ved begge former, men dette er vanskelig å gi et fullgodt svar på pga. ulike kostnads- og inntektsvariabler.
- Bokostnader for brukerne er lavere i omsorgsbolig, blant annet pga bostøtteordningen.
- Husbankens tilskuddsordning for anleggskostnader ved bygging er større for sykehjem enn for omsorgsbolig. Sykehjemsplasser krever mindre areal enn leiligheter.

Utviklingsutvalget konkluderer ikke hvilken løsning som bør anbefales, men viser til at valg av løsning bør ta hensyn til areal som er til rådighet.

### **Bort med dobbeltrom for langtidsbeboere**

Sykehjemmet har i dag 4 sykehjemsplasser i dobbeltrom. Et viktig prinsipp blir å fjerne denne problematikken for langtidsbeboere → **tiltak 4.10**. Det er imidlertid ikke slik for korttidspasienter og sykestue. Her opprettholdes muligheten for dobbeltrom. Dette er hensiktsmessig av kapasitetshensyn, og at man da slipper ombygging av disse rommene. Det vil likevel være pasientens behov (f.eks. psykiatri) og hensynet til andre pasienter (f.eks. smittevern) som vil avgjøre om et rom er enkelt- eller dobbeltrom.

### **Beregning av sengeplasser**

Med utbygging av 8 plasser til faste beboere og 8 plasser til avlastning, med mulighet for videre utbygging av 8 plasser i et fremtidig scenario etter 2015, vil denne skissen gi en totalkapasitet på 82 plasser.

#### 2. etasje på helsesenteret:

- Sykestue/medisinsk post	14 senger
- Lindrende sengepost	2 senger
- Rehabiliterings- og mestringspost	6 senger
- Akuttstue på sykestua	2 senger (ikke med i antall sengeplasser)

#### Nybygg tilrettelagt for demens:

- Heldøgns omsorgsplasser	8 plasser
- Avlastningsplasser	8 plasser
- Dagsenter i nybygg	6 plasser (ikke med i antall sengeplasser)

Totalt: 38

I tillegg kommer Bo- og omsorgssenteret med 34 leiligheter, som kan gi en totalkapasitet på 74 plasser, mot dagens 60 plasser. En videre utbygging etter 2015 med 8 plasser gir kapasitet på 82 plasser.





Tabellen under viser nivået i dag og ved utnyttelse ihht. skissen som er fremlagt (kun heldøgns plasser):

Type plass	Antall i dag	Skissen gir antall	Evt. videre utbygging etter 2015
Bo- og omsorg	34	34	34
Sykehjem	14	8	16
Avlastning	6	8	8
Sykestue	6	14	14
Lindrende	(er inkl i sykestue i dag)	2	2
Mestring/rehabilitering	0	6	6
<b>SUM</b>	<b>60</b>	<b>72</b>	<b>80</b>

Selv om tabellen over viser at avlastningsplasser ikke øker mye i antall, vil den reelle økningen i sengeplasser gi en god mulighet for fleksibel bruk. I dag er det 6 korttids- og avlastningsplasser på helsesenteret. Disse plassene deles med andre pasientgrupper, slik at den praktiske kapasiteten til avlastning er lavere. Dette gjelder også i de tilfeller hvor avlastningspasientene har motsatt kjønn. Dette fører til nedsatt kapasitet pga disse personene ikke blir innlagt på samme rom.

Skissen gir mulighet for å kunne ivareta opp til 16-20 brukere med avlastningsbehov på samme tid i en eventuell krisesituasjon. Dette fjerner behovet til å ha beredskap i Lomakka, som tidligere har vært benyttet. Et scenario med behov for ytterligere avlastningsplasser i neste årene kan oppstå. Et realistisk anslag vil være at man da benytter 2-4 rom på helsesenterets 2. etasje til avlastning av brukere som ikke har den største adferdsproblematikken. Dette vil gi kommunen handlingsrom og mulighet til å justere opp og ned på kapasiteten innen de forskjellige institusjonsplassene.

#### **Færre sykehjemsplasser i første omgang**

Skissen legger opp til en reduksjon av sykehjemsplasser i første trinn. I forhold til den dagsaktuelle situasjonen med lavt trykk på heldøgns plasser anses det som fornuftig å gjennomføre dette tiltaket nå, og ikke når etterspørselen øker igjen. Risikoen for dårlige ordninger og hasteløsninger blir dermed mindre.

Et annet aspekt som er viktig ved reduksjonen av sykehjemsplasser er at det reelle antallet sengeplasser i kommunen øker. Det kan derfor legges opp til at enkelte beboere fortsetter å bo på helsesenteret hvis det er ønskelig og faglig hensiktsmessig. På samme måte som ved avlastningsbrukere kan rom på helsesenteret omdefineres i bruk, ved å opprettholde en slik fleksibilitet.

**Ivaretagelse av avlastningsbehov**

Plangruppa ser at en eventuell utbygging vil ta 2-3 år, noe som medfører at tilbudet til demente med behov for institusjonsplass og avlastning trenger en kvalitativ god løsning i mellomtiden. Erfaringene viser at utfordringene innen avlastning på sykestua til demente må gjøres noe med på kort sikt. Dette er derfor lagt inn i handlingsplanen → **tiltak 4.6**

Modellen under viser at avlastningsbehovet kan dekkes inn på en bedre måte etter en eventuell utbygging:

	Normalsituasjon	Ved stort behov	Krisesituasjon	Kommentar
Dagens modell	6*	6*	6*	Kan bruke sykehjemsplass hvis ledig
Skissen	8	12	16	Omdefinierer 2-4 rom på helsesenteret
Skissen (2015+)	8	12	20	Omdefinierer 4-6 rom på helsesenter og nybygg

\* deles med andre pasientgrupper i dag, og det er dobbeltrom, slik at den reelle kapasiteten er lavere.

Plangruppa ønsker også at det faglige tilbudet til avlastningsbrukere trenger et løft. De tilbakemeldinger som er fremkommet fra ansatte, pasienter og pårørende tyder på dette. En slik fagutvikling bør skje uavhengig av en utbygging, slik at brukergruppen kan motta et kvalitativt godt tjenestetilbud → **tiltak 5.16**.

**6.2.9. Kompetanseutvikling og rekruttering**

Tendens på nasjonalt plan er at andelen yrkesaktive går ned. Man vet at i 2050 vil det være behov for dobbelt så mange ansatte i omsorgstjenestene. Samtidig øker stadig kravene til kompetanse og arbeidsgiverpolitikk. Selv om dette er positivt representerer det en betydelig utfordring.

Erfaringen i Vadsø er at det er hard kamp om kompetansen. Helsepersonell har generelt et godt utvalg i jobbmuligheter. Dette gjør rekruttering til et viktig innsatsområde. En undersøkelse fra NAV viste i Møre og Romsdal at ca 24 % av behovet for nye ansatte i omsorgssektoren ble dekket av nyutdannede og arbeidsinnvandrere. Resten er personer som flytter/endrer arbeidssted innenfor sektoren.

Plangruppa ser det som nødvendig at også språkkompetanse settes i fokus mht. Rekruttering. Det er viktig med ansatte som kan samisk og finsk. Et fremtidig DMS vil ha særlig behov for slik kompetanse når nedslagsfeltet omfatter områder med stor samisk befolkning, og befolkning med finsk som morsmål → **tiltak 5.7**.

Det er nødvendig at Vadsø kommune tar utfordringen med rekruttering av personell til HRO. → **tiltak 5.5, 5.6, 5.21**. Samtidig er det viktig ikke å glemme de som allerede er ansatt, og at man satser på tiltak for å beholde kompetanse i kommunen → **tiltak 5.8**.



## 7. Handlingsplan

Handlingsplanen tar for seg de tiltak som anbefales iverksatt i 2011-2015. Handlingsplanen må rulleres årlig i samsvar med strategiske valg.

Tiltak	Strategi / Beskrivelse	Se kapittel	2011	2012	2013	2014	2015
<b>1</b>	<b>STYRKE FOREBYGGING FOR BEDRE HELSE</b>						
1.1	Ansette folkehelsekoordinator, Etablere et overordnet "frisklivs"-prosjekt, delta i partnerskap for folkehelse	6.2.1.	250000	500000	500000		
1.2	Etablering av mestringsstilbud ovenfor personer med risiko for levekårssykdom			100 000	100 000	100 000	100 000
1.3	Opprette helsestasjon for eldre i Vadsø og Vestre Jakobselv	4.7.7/4.9		200 000	200 000	200 000	200 000
1.4	Forebyggende hjemmebesøk til personer 75 år eller eldre	4.7.7/4.9		200 000	drift	drift	drift
1.5	Styrking av helsestasjonen og skolehelsetjenesten	4.9		400 000	400 000	400 000	400 000
1.6	Tilpasse tjenester og strukturer til ny lov om folkehelsearbeid		Drift + tiltak 3.8	drift	drift	drift	drift
1.7	Styrking av forebygging og rehabilitering i hjemmebaserte tjenester			200 000	200 000	200 000	200 000
1.8	Etablere dag-/aktivitetstilbud for eldre i Vestre Jakobselv	4.10	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
1.9	Styrke den forebyggende innsatsen i legetjenesten	6.2.7	50 000	150 000	300 000	300 000	300 000
<b>2</b>	<b>REHABILITERING</b>						
2.1	Utarbeide habiliterings- og rehabiliteringsplan	4.8	200 000, evt finansieres av tiltak 3.8				
2.2	Etablere et overordnet rehabiliteringsteam med systemansvar for re/-habiliteringsarbeidet i kommunen	4.8	drift + tiltak 3.8	drift	drift	drift	drift
2.3	Styrke ergo/ fysioterapitjenesten og hjelpemiddelformidling			400 000	400 000	400 000	400 000
2.4	Nytt lager for hjelpemidler, evt vurdere samarbeid med ASVO		100 000				
2.5	Etablere mestrings-/rehabiliteringsavdeling i 2. Etg	6.2.8		prosjekteres	ombygging		
<b>3</b>	<b>SAMHANDLING</b>						
3.1	Tilsette prosjektkoordinator samhandlingsreformen for 3 år, gjennomføring av prosjekt "Samhandling Øst-Finnmark"	6.2.2	ekstern finansiering	ekstern finansiering	ekstern finansiering		
3.2	Vurdere om koordinerende enhet bør organiseres under HRO	4.8	drift + tiltak 3.8	drift	drift	drift	drift
3.3	Utvide sykestueplasser / intermedicærplasser	6.2.8		prosjekteres	ombygging		
3.4	Opprette røntgentilbud i samarbeid med Helseforetak	6.2.3		prosjekteres	etablering		
3.5	Etablere DMS i Vadsø	6.2.2/6.2.3 /6.2.8	prosjekteres	etablering			



Tiltak	Strategi / Beskrivelse	Se kapittel	2011	2012	2013	2014	2015
3.6	Gjennomføring og rullering av handlingsplanen		drift + tiltak 3.8	drift	drift	drift	drift
3.7	Styrke samhandlingen innen psykiatri, både internt og mot spesialisthelsetjenesten	4.7.7	drift	drift	drift	drift	drift
3.8	Styrke HRO stab med personalressurs kompetanse innen plan-/prosjektgjennomføring	6.2.2	250 000	500 000	500 000	500 000	500 000
<b>4</b>	<b>UTBYGGING / AREALBRUK</b>						
4.1	Bygging av heldøgns plasser, avlastningsplasser og dagsenter for demente	4.7.2/6.2.4/ 6.2.3/6.2.8	Prosjekteres	Prosjekt./ bygging	Bygging/ ferdig		
4.2	Utbygging av botilbud for utviklingshemmede, Stubben og Bekkefarefaret	4.7.4/6.2.6	Prosjekteres	Bygging			
4.3	Kartlegge behov og løsning for arealbruk i 1. etg. Helsesenteret, inkludert flytting av laboratoriet til større lokaler	4.7.1/6.2.3/ 6.2.7/ 6.2.8	prosjekteres	bygging			
4.4	Styrke helsetjenestens servicetilbud/telefonmottak/tilgjengelighet gjennom infrastruktur, teknologi og bemanning	4.7.1	200 000	400 000	200 000		
4.5	Kartlegge behov for kontorplass og behandlingsrom DMS	6.2.3/6.2.8	drift				
4.6	Midlertidig tilfredsstillende tilbud for avlastningsbrukere på sykestua – omdefinering av faste omsorgsplasser til avlastning (utgift relateres til mindre inntekt)	6.2.8	200 000	200 000	100 000		
4.7	Etablere avlastningsleilighet / mulighet for akutt døgnplass for brukere i psykiatritjenesten	6.2.5	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
4.8	Etablere personalrom for ansatte i tilknytning til Fossesvingen	6.2.5/6.2.6		100 000	100 000	100 000	100 000
4.9	Utbygge Fossesvingen tilrettelagt for ressurskrevende brukere	6.2.5/6.2.6	Prosjekteres	Prosjekt./ bygging	Bygging/ ferdig		
4.10	Fjerning av dobbeltrom for langtidsbeboere	6.2.5	200 000	200 000	Ferdig		
<b>5</b>	<b>FAGUTVIKLING OG TJENESTETILBUD</b>						
5.1	Styrke fagutvikling, samordning, utredning og informasjonstiltak innen demensomsorg,	4.7.5/6.2.4	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
5.2	Styrke hjemmebaserte tilbud til demente og deres pårørende	6.2.4	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
5.3	Styrke det faglige tilbudet til demente i institusjon og dagsenter med aktiviseringsstilbud tilrettelagt for demente	4.7.5/6.2.4	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
5.4	Etikkprosjekt – etisk refleksjon i hverdagen		100 000	100 000	drift	drift	drift
5.5	Stimuleringsmidler – grunnutdanning og videreutdanning	6.2.9	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
5.6	Satsning på rekrutteringstiltak	6.2.9	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
5.7	Rekruttering av personell med samisk og finsk språk	6.2.9	drift	drift	drift	drift	drift
5.8	Lage strategi for å beholde kompetanse i kommunen	6.2.7/6.2.9	drift				
5.9	Styrke legetjenesten og laboratoriet personellmessig	6.2.7	300 000	600 000	600 000	600 000	600 000
5.10	Økt tilgjengelighet og lavere ventetid i HRO tjenestene	6.2.7	utredes				



Tiltak	Strategi / Beskrivelse	Se kapittel	2011	2012	2013	2014	2015
5.11	Øke ressurser og kompetanse knyttet til oppfølging av diabetes	4.7.1	80 000	160 000	160 000	160 000	160 000
5.12	Styrke kunnskap om ernæring, feil- og underernæring		20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
5.13	Styrke kreftomsorg og –behandling, kompetanseutvikling	4.10	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000
5.14	Styrke kreftomsorg og –behandling, kommunesamarbeid	4.10	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
5.15	Øke kvaliteten og ressurser innen tjenestetilbud til ressurskrevende brukere	4.7.6/6.2.6	utredes				
5.16	Videreutvikle det faglige tilbudet til avlastningsbrukere i institusjon	6.2.8	utredes				
5.17	Stabilisere legebemanning	6.2.7	utredes				
5.18	Lage plan for utviklingshemmede unge som skal flytte i egen bolig	6.2.6	drift				
5.19	Utvikle nettbasert plattform for kompetanseheving i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling		20 000	20 000			
5.20	Komme i gang med Nettbasert Individuell Plan som koordineringsverktøy		50 000	20 000	20 000	20 000	20 000
5.21	Etablere desentralisert sykepleierutdanning lokalisert til Vadsø	6.2.9					
5.22	Kompetanseutvikling Saksbehandling		50 000	50 000	50 000		
5.23	Ansette psykolog i kommunen	4.7.7/6.2.5		200 000	300 000	450 000	700 000
5.24	Fritidstilbud for barn/unge og voksne med nedsatt funksjonsevne	4.8	utredes				
<b>6</b>	<b>RULLERING / REVIDERING AV PLANVERK</b>						
6.1	Psykiatriciplan						
6.2	Demensplan						
6.3	Beredskapsplan for helse- og sosialtjenester						
6.4	Kompetanse- og rekrutteringsplan for HRO						
6.5	Smittevernplan						
6.6	Plan for lindrende omsorg						
6.7	IKT plan kap. om HRO						
6.8	Rusmiddelplan						
6.9	Plan for jordmor, helsestasjon og skolehelsetjeneste						

## 7.1. Forslag til prioriterte tiltak, 10-punktsliste

Planen inneholder et omfattende spekter av tiltak over mange områder. En hovedutfordring i denne sammenhengen er å prioritere de tiltakene man anser som viktigst for å nå de målsetningene som er satt. Videre er det klart at enkelte tiltak i handlingsplanen fordrer at andre tiltak er gjennomført på forhånd. Denne gjelder bl.a. etablering av DMS, og flytting av sykehjemsplasser. Plangruppa har derfor sett det hensiktsmessig å foreslå en prioritering til følger, og begrenser seg til en **10-punktsliste**:

Pkt	Tiltak	Beskrivelse	2011	2012
1	4.3	Kartlegge behov og løsning for arealbruk i 1. etg. Helsesenteret inkludert flytting av laboratoriet til større lokaler	prosjekteres	bygging
2	1.1	Ansette folkehelsekoordinator, Etablere et overordnet "frisklivs"-prosjekt, delta i partnerskap for folkehelse	250000	500 000
3	2.1	Utarbeide habiliterings- og rehabiliteringsplan **	200 000	
4	4.1	Bygging av heldøgns plasser, avlastningsplasser og dagsenter for demente	Prosjekteres	Prosjekt./bygging
5	4.2	Utbygging av botilbud for utviklingshemmede, Stubben og Bekkefaret	Prosjekteres	Prosjekt./bygging
6	4.11	Utbygge Fossesvingen tilrettelagt for ressurskrevende brukere	Prosjekteres	Prosjekt./bygging
7	5.1	Styrke fagutvikling, samordning, utredning og informasjonstiltak innen demensomsorg	100 000	100 000
8	3.8	Styrke HRO stab med personalressurs kompetanse innen plan-/prosjektgjennomføring	500 000	500 000
9	4.8	Midlertidig tilfredsstillende tilbud for avlastningsbrukere på sykestua – omdefinering av faste omsorgsplasser til avlastning (utgift relateres til mindre inntekt)	200 000	200 000
10	4.4	Styrke helsetjenestens servicetilbud/telefonmottak/tilgjengelighet gjennom infrastruktur, teknologi og bemanning	200 000	400 000

Tiltak med tekst "prosjekteres" innebærer at det av plangruppa ikke er gjort beregninger av kostnader. Det forutsettes at de rammer forutsatt i budsjettforslag for 2011 skal bidra til inndekning av disse.

Plangruppa ser for seg at øvrige tiltak i handlingsplanen innarbeides i enhetenes virksomhetsplaner, og at administrasjonen gjør fortløpende vurderinger i forhold til praktisk gjennomførbarhet av de enkelte tiltak. Plangruppa ønsker at planen blir et dynamisk arbeidsverktøy for HRO og kommunens politiske og administrative ledelse.

\*\* Tiltakets kostnad kan reduseres til null hvis tiltak 3.8 finansieres.

\*\*\* Her forventes en andel ekstern finansiering hvis en blir enig med de andre kommunene



## 8. Henvisninger

Dette kapittelet inneholder referanser til relevante dokumenter som har vært brukt i planprosessen.

### 8.1. Kommunale og statlige planer

Handlingsplan for PRO 2000-2010  
Rullering av plan for PRO 2006-2010  
Ny HRO plan – forslag til mandat og organisering (evaluering av handlingsplan)  
Kommuneplan, Vadsø kommune  
Økonomiplan, Vadsø kommune  
Omsorgsplan 2015, Helse og omsorgsdepartementet (Inkl. Demensplan 2015)  
St.meld. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening  
Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008-2009) "Rett behandling – på rett sted – til rett tid"

### 8.2. Kommunale delplaner innen HRO

Demensplan  
Rusplan  
Psykiatriplan  
Smittevernplan  
Oppvekstplan  
IKT plan  
Kompetanseplan for Vadsø kommune  
Kompetanseplan HRO m/Handlingsplan og kompetansekartlegging  
Helse- og sosialmessig beredskapsplan  
Plan for Lindrende omsorg  
Plan for jordmor- helsestasjons- og skolehelsetjenesten

### 8.3. Innspill og referater i planarbeidet

1. Møtereferater HRO plangruppa 08.10.09, 27.10.09, 26.01.10, 11.02.10, 03.06.10, 27.08.10, 14.09.10, 27.09.10, 04.10.10, 14.10.10, 21.10.10, 05.11.10, 18.11.10, 29.11.10
2. Notat vedr. utviklingen innen helsetjenesten i Vadsø – samhandling
3. Årsmelding for sykepleietjenesten ved legeseksjonen 2009
4. Konsultasjoner pr år på laboratoriet, statistikk
5. Innspill areal/ressursbehov ergoterapitjenesten
6. Referat møte 7. mai 2010 vedrørende rehabilitering og samhandling
7. Notat vedr. romproblematikk legeseksjonen
8. Kontrakter vedr jordmortjeneste Lebesby og Gamvik
9. Beskrivelse av driftsenheter som tilbyr tjenester til psykisk utviklingshemmede
10. Samarbeidsavtale mellom Vadsø kommune og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
11. Presentasjon v/Fylkesmannen vedrørende tilbud til demente i Finnmark
12. Innstilling fra utviklingsutvalg for utredning av behov for nye heldøgns plasser i PRO, nov 2008
13. Notat arbeidsgruppe: Desentralisering av pleie- og omsorgstjenesten i Vestre Jakobselv
14. Konsekvensutredning ved bygging av tilbud på sykehjemsnivå i Vestre Jakobselv
15. Strategiplan Helse Finnmark HF 2010 – 2015
16. Forslag til overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Finnmark HF og kommunene
17. Søknad om midler til "Samhandling Øst-Finnmark" fra Vadsø kommune til Helsedirektoratet
18. Tilskuddsordning: Lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid, Helsedirektoratet
19. Samhandlingsreformen – styrking av forebyggende helsetjenester, Helsedirektoratet



20. "Et bo- og omsorgssenter som utgangspunkt for en hjemmebasert omsorgstjeneste" - Innstilling fra planutvalg for ny organisering av pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i Vadsø kommune, oktober 2004.
21. Nasjonale føringer, presentasjon av Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO)
22. KOSTRA og IPLOS, presentasjon av RO
23. Demografisk utvikling – Vadsø og andre kommuner, presentasjon av RO
24. Utvikling helse og omsorg Vadsø, KOSTRA, presentasjon av RO
25. KOSTRA – Nyttig å vite, Statistisk sentralbyrå (SSB)
26. Innspill fra diabetessykepleier 19.11.2010
27. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
28. Innspill til HRO planens 7 utkast fra legene 07.12.2010
29. Psykologer i kommunehelsetjenestene, helsedirektoratet
30. Psykisk helse i første rekke, Norsk psykologforening
31. Høringsuttalelser fra Eldrerådet, Rådet for funksjonshemmede, KRF, Vadsø Familiesenter og helseenheten





## **VEDLEGG: Vurdering av desentralisert omsorgstjeneste i Vestre Jakobselv**

I henhold til lov om kommunehelsetjenester skal alle som har behov for det ha et likeverdig tilbud. Dette vil i praksis si at alle tilbud i en kommune, må være tilgjengelig for alle innbyggere. Bosted skal ikke være et kriterium for tildeling av tjeneste. Det er i dag inntaksteam som tildeler omsorgstjenester ut fra behov.

Det er slik i dag at de fleste vil bo hjemme lengst mulig. Det er dermed ikke aktuelt å flytte ut av hjemmet før du har så stort omsorgsbehov at det ikke kan gis fullgodt i egen bolig. En oppbygging av en desentralisert omsorgstjeneste i Vestre Jakobselv tar derfor utgangspunkt i et antall boliger med heldøgns bemanning.

Boligene må være tilpasset alle typer brukere. Vi forutsetter at kvaliteten i leilighetene skal være lik uansett løsning både m.h.t. fysiske og faglig standard. Dette betyr at omsorgsnivået skal gi samme trygghet på døgnbasis i alle leilighetene. Komplekset må romme minst 10 beboere, noen til heldøgns plass og noen til korttids/avlastningsplasser.

Fra SSB har vi fått folkemengde inndelt etter aldersgruppe i Vestre Jakobselv pr. 1. januar 2009:

20-66 år	287 personer
67 år og eldre	76 personer

For hele Vadsø er det 718 personer over 67 år pr 2010. Fra 2010-2030 er det beregnet en økning fra 718 til 1207 personer over 67 år. I prosent utgjør dette over 66 % økning.

I 2010 er det i Vestre Jakobselv bosatt ca. 10,5 % av den totale aldersgruppen 67 år og eldre. Hvis befolkningsprognosen slår til vil det være ca. 126 personer tilhørende Vestre Jakobselv som er 67 år eller eldre i 2030.

### **Heldøgns plasser**

I dag er 8 av 48 heldøgns plasser i Vadsø kommune bebodd av personer fra Vestre Jakobselv. Det lyktes oss ikke å få tilgang til å dra og se på tidligere "ungdomshjemmet". På telefon fikk vi rominndelingen forklart og man ser ikke for seg at det kan brukes til base/boliger for brukerne i Vestre Jakobselv. Det stilles strenge krav til areal pr leilighet og antall rom fra sentrale myndigheter. Et tilbud i Vestre Jakobselv må være av så god kvalitet at en urolig utagerende dement må kunne skjermes i samme kompleks som sengeliggende eller døende pasienter. Det er vanskelig å se for seg andre muligheter til å bruke eksisterende bygningsmasse.

### **Korttids-/avlastnings plasser**

I dag er det kun 1 som har korttidsopphold fra Vestre Jakobselv. Vi vet ingenting om etterspørselen vil øke hvis tilbudet etableres i Vestre Jakobselv. Det kan være ting som tyder på det og erfaringer tilsier at personer kan bli boende lengre hjemme med 1-2 ukers korttids/avlastning pr måned.

I følge Samhandlingsreformen skal rehabilitering av for eksempel hjerneslag/ hofteopererte/ lårhalsbrudd osv. i større grad foregå i kommunen. Skal dette skje i Vestre Jakobselv kreves det spesialkompetanse på stedet.

### **Kjøkkenpersonale/matombringning**

For å kunne oppnå god nok kvalitet på maten vil det med en mindre enhet i Vestre Jakobselv bli behov for eget kjøkkenpersonale og muligheter for oppbevaring og



tilberedning på stedet. Varmmat må bringes fra sentralkjøkkenet i Vadsø. Til dette trenges personell med bil som kan bringe den.

### Hjemmesykepleie/hjemmehjelp

Det vil gi mer nærhet for enkelte brukere i Vestre Jakobselv med en lokal base for hjemmesykepleien. Kortere responstid vil hos noen vil øke tryggheten, og dermed kunne bo lengre hjemme. For hjemmehjelp vurderes det ingen tenkelig positiv gevinst for innbyggerne. Det vil medføre mindre kjøring i arbeidstiden for de ansatte.

### Legetilsyn

I prinsippet skal alle ha tilgang på legetjenester når det er behov. I praksis vil legedekningen i kommunen til enhver tid være avgjørende for kvaliteten. Erfaringer fra gamle Vadsø sykehjem og Lomakka bofellesskap (2006-2008), og hjemmesykepleien viser at det er vanskelig å få til en stabil og god legetjeneste til brukerne. Det kan bety at eventuelle beboerne ved heldøgns plasser i Vestre Jakobselv vil få et dårligere tilbud enn for eksempel Bo og Omsorgsenteret i Vadsø. Løsningen kan være å knytte en/flere leger opp til organisering av egen legetjeneste/vaktjeneste i Vestre Jakobselv, og at dette vil gi muligheten til et likeverdig tilbud.

### Bemanning/Kompetanse

Dersom det skal gis tjenester med samme trygghets- og kvalitetsfaktor mht personell som ved for eksempel Bo- og omsorgsenteret kreves en egen personalbase med dag, kvelds og nattevakter. For å kunne betjene 10 leiligheter, hjemmetjeneste og hjemmehjelp i Vestre Jakobselv er det behov for følgende personell:

Dagtid i ukedager	Kveld i ukedager	Natt i ukedager	Bemanning pr døgn
4 pleiere, 1 hjemmehjelp	3 pleiere	2 pleiere	10 i ukedager
Dagtid i helg	Kveld i helg	Natt i helg	
3 pleiere	2 pleiere	2 pleiere	7 i helg

For å få en tilstrekkelig faglig kvalitet må minimum 1 pleier på hver vakt være sykepleier. Dette gir et behov for minst 9 sykepleiere, med arbeid hver 3. helg. Et av prinsippene til fagforeningene er minst mulig deltidsstillinger, noe som et eget tilbud i Vestre Jakobselv ikke vil klare å imøtekomme. Arbeidsvilkår vil bli dårligere, idet det vil være behov for mange og til dels små deltidsstillinger. En person må i tillegg administrere/lede dette på enhetsleder eller fagledernivå.

### Konklusjon desentralisert omsorgstjeneste i Vestre Jakobselv

Med brukeren i fokus og trygghet, respekt og kvalitet som hovedmål for HRO planen, må bestrebelsene være at alle får sine rettigheter oppfylt gjennom et individuelt tilpasset tilbud. Små enheter vil være mer sårbare i forhold til fagkompetanse og personalressurser. Samhandlingsreformen setter også ord på noe som vi har sett over tid, som favoriserer samlet sentralisert drift. Det betyr at kommunens utfordring blir at stadig flere blir sendt til hjemkommunen for behandling, rehabilitering og oppfølging. Dette vil foregå i brukerens hjem eller på sykestue/korttidsplasser.

Ressurssenteret RO har advart Vadsø kommune mot å bygge opp et tjenestetilbud på nivå sykehjem utenfor bykjernen. Dette av hensyn til økonomi. Vårt mandat er ikke å se på det økonomiske, men kan brukes som argument i et faglig perspektiv. Vadsø med sine vel 6000 innbyggere er for lite til å polarisere fagmiljøet på flere geografiske steder.

Gruppen konkluderer med at heldøgnsstilbud i Vestre Jakobselv ikke anbefales av hensyn på mulighet for kvalitet og ressursbruk. Tilstrekkelig fagkompetanse er en begrensning for å opprette desentraliserte tilbud.



Kommunen bør se på muligheten for Dagsenter - Aktivitetssenter i Vestre Jakobselv. Dette kan sees i sammenheng med Inn på tunet - prosjektet. Også tilbud om forebyggende tiltak – som for eksempel helsestasjon for eldre bør vurderes.

Når en skal sette i gang tilbud bør det ses i sammenheng med befolkningstall – og vurdere å gi et tilbud når befolkningsøkningen tilsier det. Så vil en bruke tilbudet i Vadsø de første årene i planperioden.

---

<sup>i</sup> Rapporten «Oppfølging av rettsbestemmelser innen helse- og sosialområdet som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet.» IS-1835, Utgitt 03/2010.