



**Bjerkreim kommune**

# Trygghet, Trivsel og Tilgjengelighet

Kommunedelplan for Helse og Omsorg

2011-2023

Bjerkreim; naturkommunen der trivsel, trygghet og utvikling rår



# Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 - Samfunnets helsemessige utfordringer</b> .....                           | <b>5</b>  |
| <b>2 - Om planen</b> .....  | <b>6</b>  |
| 2.1 Visjon .....  | 6         |
| 2.2 Planstruktur .....  | 6         |
| 2.3 Hovedmål.....   | 6         |
| <b>3 - Statlige føringer for helse- og omsorgstjenester i kommunene</b> .....   | <b>8</b>  |
| 3.1 Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester .....               | 8         |
| 3.2 Stortingsmelding nr. 25 – Omsorgsplan 2015.....                             | 8         |
| 3.3 Stortingsmelding nr. 47 – Samhandlingsreformen.....                         | 8         |
| 3.3.1 Hovedgrep.....  | 9         |
| 3.4 Føringer fra det regionale helseforetaket – Helse Vest.....                 | 9         |
| 3.4.1 "Framtidige trender for ulike sykdomsgrupper mot 2020".....               | 9         |
| 3.4.2 "Samhandling rundt helhetlige helsetjenester" .....                       | 9         |
| 3.4.3 "Praktiske konsekvenser av samhandlingsreformen" .....                    | 9         |
| 3.5 Lokale føringer.....  | 9         |
| 3.6 Kommunens verdigrunnlag – TOLKA.....  | 10        |
| 3.7 Befolkningsutvikling – fremskrivninger .....                                | 10        |
| 3.8 Alderssammensetning .....   | 10        |
| 3.9 Dimensjonering av tjenestene.....   | 11        |
| 3.10 Risiko og sårbarhet.....   | 11        |
| 3.11 Kommunal "halvannenlinjetjeneste" .....                                    | 11        |
| 3.12 Brukermedvirkning .....  | 12        |
| <b>4 - Folkehelse</b> .....   | <b>12</b> |
| 4.1 Internasjonale føringer i folkehelsearbeidet.....                           | 12        |
| 4.2 Statlige føringer i folkehelsearbeidet.....                                 | 12        |
| 4.2.1 Forslag til folkehelselov .....   | 12        |
| 4.2.2 Statlige føringer fra Helsedirektoratet.....                              | 12        |
| 4.2.3 Plan- og bygningsloven.....   | 13        |
| 4.3 Regionale føringer i folkehelsearbeidet.....                                | 13        |
| 4.4 Utfordringer ved folkehelsearbeidet.....                                    | 13        |
| <b>5 - Oversikt over helse- og omsorgstjenestene i Bjerkreim kommune:</b> ..... | <b>15</b> |
| <b>6 - Status - Helsetjenesten</b> .....  | <b>16</b> |
| 6.1 Legetjenesten .....   | 16        |
| 6.1.1 Lokalisering, legedekning .....   | 16        |
| 6.1.2 Legeårsverkene er fordelt på følgende oppgaver: .....                     | 16        |
| 6.2 Helsestasjonen.....   | 16        |
| 6.2.1 Helsestasjonens oppgaver .....  | 16        |
| 6.2.2 Helseteam for barn og unge.....   | 17        |
| 6.3 Fysioterapitjenesten.....   | 17        |
| 6.4 Tannhelse .....   | 18        |
| 6.4.1 Tannlegetjenester.....  | 18        |
| 6.4.2 Forebyggende tannhelse .....  | 18        |
| <b>7 - Utfordringer og tiltak - Helsetjenesten</b> .....                        | <b>19</b> |
| 7.1.1 Generelt.....   | 19        |
| 7.1.2 Diabetessykepleier .....  | 19        |
| 7.1.3 Flere fastleger .....   | 19        |
| 7.1.4 Tilsynslegefunksjon .....   | 19        |
| 7.1.5 Helsestasjon.....   | 19        |
| 7.1.6 Fysioterapi .....   | 20        |
| 7.1.7 Ergoterapi.....   | 20        |

|  |           |
|--|-----------|
| 7.1.8 Tannhelse.....   | 20        |
| 7.1.9 Kiropraktor.....   | 20        |
| 7.1.10 Lokaler.....  | 20        |
| 7.1.11 Helsetjenester utenfor kommunehelsetjenesten.....           | 21        |
| <b>8 - Status – Omsorgstjenesten.....</b>                          | <b>22</b> |
| <b>8.1 Hjemmesykepleie.....</b>                                    | <b>22</b> |
| 8.1.1 Samordningsmodellen .....                                    | 22        |
| 8.1.2 Antall brukere.....  | 22        |
| 8.1.3 Transportbehov.....  | 22        |
| <b>8.2 Kreftsykepleie.....</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>8.3 Psykisk helsetjeneste.....</b>                              | <b>23</b> |
| 8.3.1 Psykisk helsetjeneste.....                                   | 23        |
| 8.3.2 Rus/psykiatri .....  | 23        |
| <b>8.4 Praktisk bistand.....</b>                                   | <b>24</b> |
| 8.4.1 Hjemmehjelp .....  | 24        |
| 8.4.2 Brukerstyrt personlig assistent.....                         | 24        |
| 8.4.3 Omsorgslønn .....  | 24        |
| 8.4.4 Tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne.....           | 24        |
| 8.4.5 Koordinerende enhet.....                                     | 24        |
| 8.4.6 Vernede arbeidsplasser .....                                 | 24        |
| 8.4.7 Omsorgsboliger .....   | 24        |
| 8.4.8 Tjenesteområder som ikke omfattes av planen .....            | 25        |
| <b>9 - utfordringer og tiltak i Omsorgstjenesten .....</b>         | <b>25</b> |
| <b>9.1 Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning.....</b>               | <b>25</b> |
| <b>9.2 Langtidsplasser.....</b>                                    | <b>25</b> |
| <b>9.3 Nye tjenester – etablering av observasjonssenger .....</b>  | <b>25</b> |
| <b>9.4 Utvidelse av tjenestetilbudet .....</b>                     | <b>26</b> |
| 9.4.1 Hjemmesykepleien.....  | 26        |
| 9.4.2 Kreftsykepleie.....  | 26        |
| 9.4.3 Pasienter med demens.....                                    | 26        |
| 9.4.4 Vernede arbeidsplasser .....                                 | 26        |
| <b>9.5 Psykisk helsetjeneste.....</b>                              | <b>26</b> |
| 9.5.1 Personer med nedsatt funksjonsevne.....                      | 27        |
| 9.5.2 Dagtilbud .....  | 27        |
| 9.5.3 Tilrettelagte boliger, sentrumsnære boliger for eldre.....   | 27        |
| <b>9.6 Kompetanse og rekruttering .....</b>                        | <b>27</b> |
| 9.6.1 Diabetes .....   | 27        |
| 9.6.2 Demens.....  | 28        |
| 9.6.3 "First responder".....                                       | 28        |
| 9.6.4 Psykolog.....  | 29        |
| 9.6.5 Videre- og etterutdanning.....                               | 29        |
| <b>10 - Folkehelsearbeid .....</b>                                 | <b>30</b> |
| <b>10.1 Folkehelse – status.....</b>                               | <b>30</b> |
| 10.1.1 Frisklivssentral .....                                      | 30        |
| <b>10.2 Folkehelse – utfordringer og tiltak.....</b>               | <b>31</b> |
| 10.2.1 Partnerskap for folkehelse.....                             | 31        |
| <b>10.2.2 Infrastruktur – gang- og sykkelsti.....</b>              | <b>31</b> |
| 10.2.3 Tursti-prosjektet.....                                      | 31        |
| <b>11 - Samhandling .....</b>                                      | <b>32</b> |
| <b>11.1 Samhandlingsreformen .....</b>                             | <b>32</b> |
| 11.1.1 Mulige økonomiske konsekvenser av Samhandlingsreformen..... | 32        |
| <b>11.2 Kommunal samhandling.....</b>                              | <b>32</b> |
| 11.2.1 E-helsetjenester og elektronisk samhandling.....            | 32        |
| <b>11.3 Interkommunalt samarbeid .....</b>                         | <b>33</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| 11.3.1 Legevakt .....   | 33        |
| 11.3.2 Andre interkommunale samarbeid .....                               | 33        |
| <b>11.4 Regionalt samarbeid .....</b>                                     | <b>33</b> |
| 11.4.1 SUS .....  | 33        |
| 11.4.2 Praksiskonsulentordning.....                                       | 33        |
| 11.4.3 Samhandlingsutvalget.....  | 34        |
| 11.4.4 Hospiteringsordningen.....   | 34        |
| 11.4.5 Dalane Distriktsmedisinske Senter / SUS avdeling Eigersund .....   | 34        |
| 11.4.6 Lister sykehus Flekkefjord .....                                   | 34        |
| <b>12 - Handlingsplan 2012 - 2015 .....</b>                               | <b>35</b> |
| 12.1 Drift (alle tall i tusen kroner) .....                               | 35        |
| 12.2 Investeringer .....  | 35        |
| <b>Vedlegg: .....</b>   | <b>37</b> |
| <b>Vedlegg 1. Sentrale lover og forskrifter.....</b>                      | <b>37</b> |
| <b>Vedlegg 2. Helsepersonell ansatt i Bjerkreim kommune pr 2011 .....</b> | <b>39</b> |
| <b>Vedlegg 3. Høringssvar.....</b>  | <b>40</b> |
| SUS v/fagdirektør Uhlving.....  | 40        |
| Statens vegvesen .....  | 40        |
| Fagforbundet .....  | 40        |
| Delta.....  | 40        |
| Fylkestannlegen.....  | 40        |
| Fylkesrådmannen.....  | 41        |
| Rådet for eldre og funksjonshemmede.....                                  | 41        |

## 1 - Samfunnets helsemessige utfordringer

*The five leading global risks for mortality in the world are high blood pressure, tobacco use, high blood glucose, physical inactivity, and overweight and obesity. They are responsible for raising the risk of chronic diseases, such as heart disease and cancers. They affect countries across all income groups: high, middle and low.*

GLOBAL HEALTH RISKS - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks  
(World Health Organization 2009)

Sykdommer knyttet til livsstil og økende levealder vil utfordre samfunnet og helsevesenet fremover, både fordi de har innvirkning på levealder, men også fordi de preger befolkningens livskvalitet og funksjonsevne.

I tillegg til sykdommene nevnt over ser vi at noen tilstander på grunn av sin natur krever spesiell planlegging og innsats. Dette gjelder blant annet demens, psykiske lidelser og rus.

Den ujevne sosiale fordelingen av god helse er også en viktig utfordring som spesielt krever et våkent folkehelsearbeid.

## 2 - Om planen

Bjerkreim kommunestyre vedtok (sak 042/09) å utarbeide en kommunedelplan for helsetjenestene i Bjerkreim:

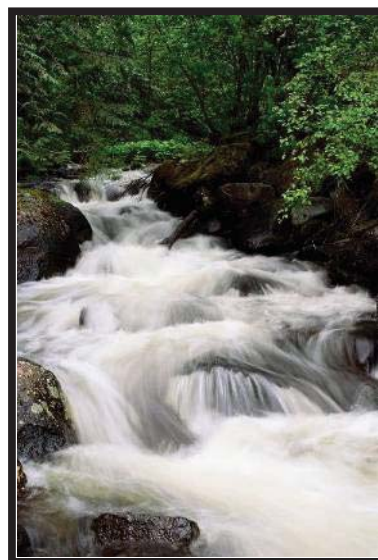
*Det utarbeides en kommunedelplan for helsetjenesten i Bjerkreim. Sentralt i en slik kommunedelplan er hvordan Bjerkreim kommune skal forholde seg til den såkalte "samhandlingsreformen". Med helsetjenestene forstås også de delene av pleie- og omsorgstjenestene som hører naturlig med.*

Gjennom planarbeidet ble det tydelig at planens omfang og innretning gjorde det naturlig å bruke begrepet "Kommunedelplan for helse og omsorg", noe som for øvrig samsvarer med foreslåtte endringer i Kommunehelsetjenesteloven, som blir erstattet med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Planen er basert på forslag til ny Helse- og omsorgslov og ny Folkehelselov.

Planen for helse og omsorg skal være et styringsverktøy for drift og utvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester i årene 2011 - 2023. Planen skal inneholde strategier og angi konkrete veivalg for satsingsområder innenfor helse og omsorg.

Planen er utviklet i samarbeid med de enkelte tjenestene, og det er avholdt folkemøter der innbyggerne/brukerne har kommet med innspill underveis, før planen ble sendt på høring.

Planen er bygd opp kronologisk med overordnede statlige og regionale føringer først. Deretter presenteres kommunens eget verdigrunnlag og strategiske vurderinger etterfulgt av en presentasjon av kommunens helse- og omsorgstjenester. En har i planen valgt å redegjøre for dagens situasjon ved de ulike tjenestene. Deretter beskrives mulige utfordringer og forslag til tiltak. Planen oppsummeres i en handlingsplan.



### 2.1 Visjon

Bjerkreim kommunens visjon for helse og omsorgstjenestene er: *Trygghet, trivsel og tilgjengelighet.*

### 2.2 Planstruktur

Kommunedelplan for helse- og omsorg bygger på kommuneplanens samfunnsdel som skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og tiltak for kommunen som helhet, og for kommunen som organisasjon.

### 2.3 Hovedmål

Planens hovedmål er å styrke folkehelsearbeidet, samt tilby helse- og omsorgstjenester opp til spesialisthelsetjenestenivå i nærmiljøet, i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå).

Planen er bygget på WHO`s definisjon på helse:

*Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosial velvære.*

De konkrete målene i forrige kommunedelplan for helsetjenester videreføres:

*Fremme folkehelse gjennom trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke*

*interesse for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel, sunnhet og folkehelse. Ta i bruk naturen som helsefremmende tiltak.*

*Organisere og bygge ut de samlede helse og omsorgstjenestene, slik at innbyggerne kan bo hjemme så lenge som mulig, og har trygghet for at de får hjelp når de trenger det. Medvirke til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre.*

## 3 - Statlige føringer for helse- og omsorgstjenester i kommunene

### 3.1 Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lovforslaget ble fremlagt for Stortinget 8. april 2011. Lovens formål er førende for kommunens satsning på helse- og omsorgstjenester.

§ 1-1 Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

### 3.2 Stortingsmelding nr. 25 – Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 har fokus på fremtidens omsorgsutfordringer og hovedbrukerne av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Meldingen gir en oversikt over fremtidige hovedutfordringer, og fastlegger både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. Nye brukergrupper stiller krav til nye arbeidsformer og endret kompetanse, og veksten i tallet på eldre vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet.

Omsorgsplan 2015 trekker fram følgende 5 langsiktige strategier:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitetsvekst og kompetanseheving
- bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

### 3.3 Stortingsmelding nr. 47 – Samhandlingsreformen

I St.melding nr. 37 (2008-2009) ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid”, er samhandling et av helse- og omsorgsektorens viktigste utviklingsområder.

Samhandlingsreformen skal gjennom økonomiske virkemidler stimulere kommunene til å etablere tilbud nær befolkningen. Det kan være tilbud *før* behandling på sykehus, *etter* behandling på sykehus, eller *i stedet for* behandling på sykehus.

Pasientene skal sikres bedre hjelp der de bor. Det skal satses mer på forebygging og behandling av sykdom i en tidlig fase. Målet med samhandlingsreformen er å videreutvikle helsevesenet i Norge slik at befolkningens behov kan møtes på en bedre måte, - både i dag og i fremtiden. (<http://www.regjeringen.no>)





### 3.3.1 Hovedgrep

De viktigste hovedgrepene samhandlingsreformen skisserer er:

- klarere pasientrolle
- ny fremtidig kommunerolle
- etablering av økonomiske insentiver
- utvikling av spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

## 3.4 Føringer fra det regionale helseforetaket – Helse Vest

I høringsdokumentet ”*Helse2020 – Strategi for helseregionen*”, trekker Helse Vest mellom annet frem følgende helsemessige og samhandlingsmessige utfordringer i regionen:

### 3.4.1 ”Framtidige trender for ulike sykdomsgrupper mot 2020”

Helse Vest framhever skjelett- og muskelsykdommer som den raskest økende sykdomsgruppen den senere tid, en vekst som forventes å fortsette. Psykiske lidelser blant barn øker også. Videre fremheves utfordringene innen kroniske lungesykdommer (KOLS/astma), kreft, livsstilssykdommer og rus.

### 3.4.2 ”Samhandling rundt helhetlige helsetjenester”

Behovet for helhetlige helsetjenester fremheves, sammen med god pasientinformasjon.

### 3.4.3 ”Praktiske konsekvenser av samhandlingsreformen”

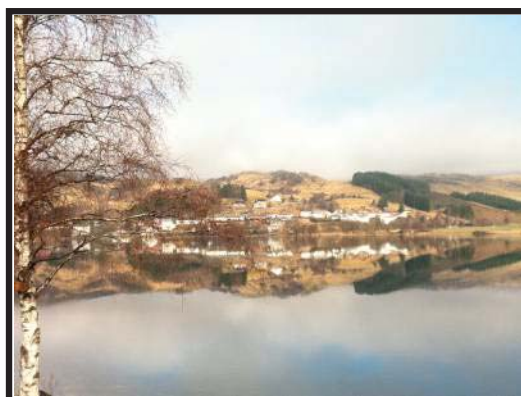
Helseforetaket varsler avtaler mellom helseforetak og kommuner med tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling. Kommunene må sikres nødvendig kompetanse- og kunnskapsoverføring til kommunene for å løse nye oppgaver. Det må satses både på standardiserte modeller og lokale løsninger der tjenesteyting nærmest mulig pasienten er et mål. Helseforetaket fremhever behov for bedre koordinering av tjenestene på tvers av nivåene.

## 3.5 Lokale føringer

Kommunen har ansvar for viktige tjenester til syke, eldre, funksjonshemmede, samt å drive forebyggende helsearbeid. Tjenestevirksomheten er økonomisk omfattende og utgjør en prosentvis stor andel av kommunens budsjett.

Følgende planer danner bakgrunn for Kommunedelplan for Helse og Omsorg:

- Kommuneplan (2006-2018)
- Kommuneplanens arealdel (2006-2010)
- Handlingsplan for levekår (2007-2010)
- Helsemessig og sosial beredskapsplan
- Psykiatriplan
- Smittevernsplan (2009-2013)



- Rusmiddelpolitisk plan (2008-2012)
- Kommunens kreftplan

### 3.6 Kommunens verdigrunnlag – TOLKA

Kommunens verdigrunnlag er sammenfattet i:

T = tillit

O= omsorg

L = lojalitet

K = kreativitet

A = ansvar

Verdigrunnlaget har sitt *sannhetens øyeblikk* der brukerne møter kommunens tjenester og tilbud. Målet er at brukernes opplevelse i møte med tjenesteyter skal være større enn forventningene.

### 3.7 Befolkningsutvikling – fremskrivninger

Statistisk Sentralbyrås fremskrivning anslår følgende befolkningsutvikling for Bjerkreim kommune:

#### Utvikling perioden 2010 – 2023, befolkningsgrupper.

|                | 2011        | 2013        | 2015        | 2017        | 2019        | 2021        | 2023        | ENDRING    |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 0 - 15 år      | 622         | 636         | 636         | 631         | 622         | 611         | 603         | -19        |
| 16 - 18 år     | 130         | 114         | 124         | 132         | 134         | 139         | 138         | 9          |
| 19 - 34 år     | 518         | 530         | 535         | 538         | 553         | 562         | 572         | 58         |
| 35 - 66 år     | 1026        | 1050        | 1068        | 1089        | 1102        | 1118        | 1132        | 119        |
| 67 - 74 år     | 129         | 143         | 161         | 180         | 183         | 195         | 209         | 96         |
| 75 år og eldre | 184         | 178         | 169         | 165         | 177         | 190         | 204         | 12         |
| <i>SUM</i>     | <i>2609</i> | <i>2651</i> | <i>2693</i> | <i>2735</i> | <i>2771</i> | <i>2815</i> | <i>2858</i> | <i>275</i> |

### 3.8 Alderssammensetning

#### Utvikling perioden 2010 -2023, aldersgruppen 70 - 100 år.

|                   | 2011       | 2013       | 2015       | 2017       | 2019       | 2021       | 2023       |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <i>70 -100 år</i> | <i>254</i> | <i>254</i> | <i>260</i> | <i>269</i> | <i>285</i> | <i>303</i> | <i>328</i> |
| 70 -79            | 127        | 136        | 145        | 165        | 183        | 201        | 220        |
| 80 - 89           | 97         | 87         | 88         | 75         | 74         | 80         | 88         |
| 90-99             | 30         | 29         | 27         | 28         | 27         | 21         | 20         |
| 100 +             | 0          | 2          | 0          | 1          | 1          | 1          | 0          |

### 3.9 Dimensjonering av tjenestene

Bjerkreim kommune tar i kommuneplanen utgangspunkt i at folketilveksten kan bli større enn SSB's fremskrivninger viser. Planen tar høyde for en befolkning på 3200 innbyggere i 2023 og en økning i antall eldre, hovedsaklig mellom 70 og 90 år. Disse vil sannsynligvis også ha mer sammensatte og komplekse sykdomsbilder, siden det finnes behandlingsmuligheter for stadig flere tilstander. ([www.ssb.no/befolkning/](http://www.ssb.no/befolkning/)).

Dette vil kreve økte helsetjenester, flere sengeplasser og en styrket hjemmesykepleie. Det forebyggende arbeidet må tilstrebe at helsetilstanden er så god som mulig ved inngangen til alderdommen.

### 3.10 Risiko og sårbarhet

Tjenester med et fåtall nøkkelpersoner vil ha en sårbarhet knyttet til ferie, sykdom, vakante stillinger etc. Tjenestene både i Bjerkreim og andre kommuner har imidlertid blitt utviklet og styrket til tross for at det i perioder har vært stor sårbarhet innen enkelte deltjenester. Det har derfor vært viktig å sørge for at kritiske funksjoner kan dekkes på en forsvarlig måte, ved at andre ansatte utfører oppgavene i samråd med nøkkelpersonen, eller i dialog med annet personell for eksempel på sykehuset.

Sårbarheten må reduseres så langt mulig ved at tjenesene samarbeider innbyrdes, og gjennom avtaler med nabokommuner og sykehus. For eksempel har Bjerkreim en avtale om Helsemessig og sosial beredskap med nabokommunene.

Det vil fremdeles være slik, også etter at Samhandlingsreformen er innført, at spesialisthelsetjenesten representerer et helsemessig sikkerhetsnett for alle som oppholder seg i Norge. Dette sikkerhetsnettet skal brukes i minst mulig grad, men det vil være økonomisk uforsvarlig å dimensjonere kommunale tjenester uten tanke for sykehusets evne til å løse krevende oppgaver.

### 3.11 Kommunal "halvannenlinjetjeneste"

Eldre pasienter fra Bjerkreim har i stor grad benyttet kommunale helse- og omsorgstjenester der man i stedet kunne brukt spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både behandling og rehabilitering, og en viktig medvirkende årsak til dette er naturligvis det geografiske faktum at ethvert opphold på sykehuset bringer pasienten bort fra pårørende og nærmiljø.

Hadde Bjerkreim hatt et eget sykehus, ville sannsynligvis sykehuset blitt brukt hyppigere, og således avlastet kommunale tjenester. Dette er et velkjent fenomen, og bruken av sykehustjenester avtar generelt med økende avstand til sykehuset.

Bjerkreim har av den grunn en helse- og omsorgstjeneste som er godt rustet til å ta på seg såkalte "halvannenlinjetjenester", d.v.s. tjenester som ligger i grenseland mellom kommune og sykehus. Aktuelle oppgaver som kan, eller kunne, utføres på Omsorgssenteret er: blodoverføring, direkteinnleggelse til observasjon eller rehabilitering etter operasjoner. Disse oppgavene er både interessante og utfordrende, og styrer det helse- og omsorgsfaglige miljøet i kommunen. Det er i Samhandlingsreformen varslet at disse oppgavene vil medføre inntekter for kommunene i fremtiden.

På bakgrunn av dette er det naturlig å bygge videre på eksisterende kompetanse og samarbeid, med tanke på å tilby innbyggerne mer avanserte tjenester i nærmiljøet, integrert i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det må utredes om det er tjenelig å etablere sengeplasser i interkommunale institusjoner til observasjon eller rehabilitering.

### 3.12 Brukermedvirkning

Brukere er sikret deltakelse i fora der driften av helse- og omsorgstjenestene evalueres og videreutvikles, og muligheten til å gi tilbakemelding til de enkelte tjenestene.

Brukerundersøkelser er et målrettet virkemiddel og brukes der det kan heve kvaliteten på tjenestene. Brukermedvirkning i planarbeidet er tatt hensyn til gjennom brukerrepresentanter i *Faglig Forum for helsetjenesten*, uttalelse fra *Rådet for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne* og ved *folkemøter* som del av planarbeidet.

Planprogrammet for kommunedelplanen forutsetter brukerundersøkelser. Dette er ikke gjort i forkant av planen, men målet er å gjennomføre regelmessige brukerundersøkelser i kommunen.



## 4 - Folkehelse

### 4.1 Internasjonale føringer i folkehelsearbeidet

Fra den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa ble Ottawa-charteret lansert. Det omfatter fem strategier som fremdeles har internasjonal gyldighet:

- Skape en helserettet samfunnspolitikk.
- Skape støttende miljøer.
- Styrke lokalsamfunnets muligheter for handling.
- Reorientere helsetjenesten fra behandling til forebygging
- Utvikle menneskenes personlige ferdigheter.

### 4.2 Statlige føringer i folkehelsearbeidet

#### 4.2.1 Forslag til folkehelselov

Formålsparagrafen i nytt forslag til folkehelselov oppsummerer målsetningen for det kommunale folkehelsearbeidet.

##### *§ 1 Formål*

*Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.*

*Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.*

#### 4.2.2 Statlige føringer fra Helsedirektoratet.

For 2011 har Helsedirektoratet i sitt rundskriv IS 1/2011 NASJONALE MÅL OG HOVEDPRIORITERINGER FOR 2011 følgende hovedforventning til kommunene sitt folkehelsearbeid: *Kommunene skal styrke innsatsen for en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosiale helseforskjeller. Kommunene skal legge til rette for et målrettet, samordnet og systematisk folkehelsearbeid basert på lokale helseutfordringer.*

Helsedirektoratet ber om:



- *At kommunene sørger for nødvendig informasjon og opplæring til politikere, administrasjon og ansatte om ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester når disse er vedtatt av Stortinget.*
- *At kommunene vurderer å starte et arbeid med å utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand i kommunen, faktorer som kan virke inn på denne og trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller.*
- *Oppfølging av nasjonale forventninger til planleggingen etter plan- og bygningsloven (plbl), herunder drøfting av kommunens helseutfordringer i arbeidet med kommunal planstrategi, jf. plbl § 10-1.*
- *At folkehelse fremmes innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, og at kommunen medvirker til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter.*
- *Iverksetting av nødvendige, kunnskapsbaserte tiltak for å møte kommunens helseutfordringer. Slike tiltak kan eventuelt skje i samarbeid med eller i samråd med andre aktører, herunder andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter.*
- *At kommunene vurderer forberedelse av frisklivstilbud og lokalmedisinske sentre, samt tiltak for å styrke medarbeidernes kompetanse.*

#### 4.2.3 Plan- og bygningsloven

Plan- og Bygningsloven slår fast at folkehelse skal ivaretas i alt kommunalt planarbeid.

### 4.3 Regionale føringer i folkehelsearbeidet

I forslag til Planprogram for Regionalplan for Folkehelse i Rogaland 2012-2016 er det overordnede formålet med planen å *fremme god helse i befolkningen og utjevne sosiale helseforskjeller*. Hensikten med planen er å *bevisstgjøre og samordne aktører på regionalt og lokalt nivå, slik at vi i fellesskap kan legge grunnlaget for et langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i vårt fylke*.

Det foreslås blant annet å bruke et utvalg indikatorer for å vurdere å følge folkehelsetilstanden over tid.

### 4.4 Utfordringer ved folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen i en befolkning. Folkehelsearbeidet er et felles ansvar: alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer på politisk, administrativt og faglig plan; alle har ansvar for å fremme folkehelsen.

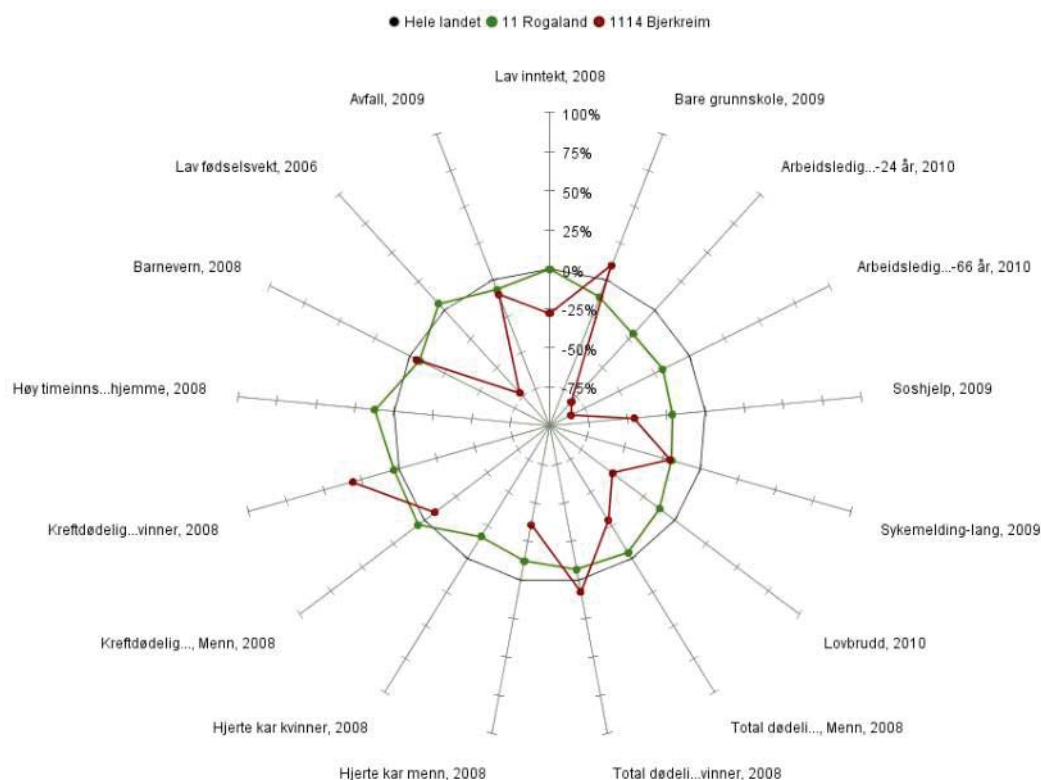
Folkehelsearbeidet og utvikling av et aktivt og trygt lokalsamfunn er i praksis to sider av samme sak. Det må utvikles et forpliktende samarbeid mellom berørte parter, og iverksatte tiltak må evalueres fortløpende på bakgrunn av utviklingen av folkehelsen i kommunen.

*Særtrekk ved helsefremmende og forebyggende arbeid:*

- Det tar ofte lang tid fra man setter inn tiltak til resultatene blir synlige
- Resultatene blir ofte ikke synlige, selv om de er der. Det vil si at sykdom eller skade ikke inntreffer på grunn av godt forebyggende arbeid.
- Folkehelsearbeidet må i stor grad også iverksettes utenfor helsevesenet
- Folkehelsearbeidet dreier seg i stor grad om politikk og politiske prioriteringer

## Kommunebarometer

Kommunebarometer er en sammenstilling av folkehelsestatistikk som gir et raskt og lettfattelig bilde av noen utvalgte indikatorer i kommunen. Mer informasjon om Kommunebarometer kan hentes fra: (<http://nesstar.shdir.no/kommunebarometer/>)



Figuren over viser hvordan kommunen avviker fra gjennomsnittet i land/fylke ved indikatorer som har betydning for folkehelsen. Verdier utenfor den svarte ringen uttrykker resultat som er dårligere enn landet for øvrig. Den grønne kurven viser resultatet for Rogaland, mens den røde kurven viser resultat for Bjerkreim kommune. Kurven viser at Bjerkreim har et lavere utdanningsnivå enn Rogaland og landet for øvrig, og at total dødelighet for kvinner er høyere i Bjerkreim. Kreftdødelighet for kvinner er også høyere i Bjerkreim. Alle andre statistikkområdet viser en bedre situasjon i Bjerkreim enn landet for øvrig. Spesielt når det gjelder områder som arbeidsledighet, lovbrudd og fødselsvekt skiller Bjerkreim seg positivt ut. Det er verd å merke at statistikken for Bjerkreim kan gi forskjellige utslag fra år til år, siden antallet innbyggere er lavt.

Innbyggertallet i kommunen øker, og det er ganske stor tilflytting. Dette danner et viktig bakteppe for innrettelsen av folkehelsearbeidet.

Ellers er det kjent at enkelte grupper, for eksempel personer med psykiske lidelser, generelt har større livsstilsutfordringer enn innbyggerne for øvrig. Dette gjelder trolig også for Bjerkreim.

Det er utfordrende å finne et godt og tjenelig datagrunnlag for folkehelsearbeidet. Fylkeskommunens arbeid med plan for folkehelse vil legge grunnlag for utvalg av folkehelseindikatorer, d.v.s. måleverdier som en kan bruke for å følge med på tilstanden i folkehelsen.

## 5 - Oversikt over helse- og omsorgstjenestene i Bjerkreim kommune:

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <p><b>Trinn 5</b></p> <p><b>Omsorg:</b> Heldøgns institusjonstilbud (observasjon, palliasjon)</p> <p><b>Avd. Helse:</b> Medisinsk oppfølging ved fastlege (også utenom kontortid) eller legevakt.</p>   | <b>Pårørende, nettverk, nærmiljø</b> |
| <p><b>Trinn 4</b></p> <p>Institusjonsplasser til eldre og funksjonshemmede.<br/> <b>Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til eldre og personer med psykiske lidelser/rus.</b></p>   |                                      |
| <p><b>Trinn 3</b></p> <p><b>Omsorg:</b> Korttids avlastning, utredning, medisinsk behandling, rehabilitering</p> <p><b>Avd. Helse:</b> Utredning og medisinsk oppfølging</p>  |                                      |
| <p><b>Trinn 2</b></p> <p><b>Omsorg:</b> Praktisk og personlig bistand og opplæring, hjemmesykepleie, støttekontakt, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse</p> <p><b>Psykisk helsetjeneste:</b> psykisk helse, rus, familieveiledning.<br/> <b>Psykolog.</b> Dagsenter innenfor psykisk helse, <b>rehabilitering og habilitering i hjemmet.</b></p> <p><b>Koordinerende enhet:</b> individuell plan, tverrfaglig samarbeid</p> <p><b>Helse:</b> Oppfølging fra psykisk helseteam og helsestasjonen utover ordinære helsekontroller. Kostveiledning.</p> <p><b>NAV:</b> Råd og veiledning, økonomisk hjelp, rus, bistand til jobb</p> |                                      |
| <p><b>Trinn 1</b></p> <p><b>Omsorg:</b> Matombringing, vask av tøy, trygghetsalarm, hjelpemidler, boligutbedring, et fungerende og allsidig boligmarked for alle livsfaser, boligtildeling av omsorgs- og trygdeboliger. <b>Dagsenter for eldre og demente.</b></p> <p><b>Helse:</b> Kontakt med fastlege, Fysioterapi, helsestasjonstjenester. <b>Ergoterapi</b></p>   |                                      |
| <p><b>Trinn 0</b></p> <p><b>Aktivitetssenter drevet av frivillige lag og organisasjoner.</b></p> <p><b>Frisklivssentral.</b></p>  |                                      |

Tjenester markert med farget skrift, er tjenester som pr 2011 ikke er etablert i kommunen.

Det ytes individuelt tilpassede tjenester, og den skjematiske oversikten vil ikke alltid passe for den enkelte bruker. Tjenestetrappen viser generelt til en sammenheng der økende behov møtes med økende tjenestetilbud, organisert etter LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå).

## 6 - Status - Helsetjenesten

### 6.1 Legetjenesten

#### 6.1.1 Lokalisering, legedekning

Bjerkreim Legekantor ligger i Heradshuset, vegg i vegg med Helsestasjonen. Legekantoret har tre fulltids tilsette leger (to fastleger og en turnuslege). Den ene fastlegen er selvstendig næringsdrivende.



I forhold til folketallet gir tre leger bedre legedekning enn gjennomsnittet for sammenlignbare kommuner (12,1 leger pr 10 000 innbyggere i Bjerkreim mot gjennomsnittlig 9,8 i kommunegruppe 2). Omlag 600 innbyggere har dessuten fastlege i andre kommuner.

Legekantoret har 1,9 årsverk helsesekretær/sykepleier som utfører administrativt og pasientrettet arbeid, og som har ansvar for å ta imot telefoner, herunder legevakttelefoner på dagtid.

#### 6.1.2 Legeårsverkene er fordelt på følgende oppgaver:

Fastlegefunksjon: Status 1. januar 2011: 2058 listepasienter (innbyggertall: 2.638). I 2002 var tallet på listepasienter 1733. Hver fastlege utfører 2400-3000 konsultasjoner og ca 40 sykebesøk årlig. Turnuslegen har ca 1200 konsultasjoner årlig.

Legekantoret har daglegevakt alle hverdager fra 08-16. Utenom ordinær åpningstid har Bjerkreim kommune interkommunal legevakt sammen med Eigersund og Sokndal.

Tilsynslegefunksjon på Omsorgssenteret: Det er 7,5 timer tilsyn på Omsorgssenteret pr uke, men ved behov blir det gjort ekstra tilsyn utenom fast visitt-tid.

Administrative oppgaver:

- Kommuneoverlegefunksjon (smittevern, miljørettet helsevern etc.).
- Faglig rådgiving vedr medisinhåndtering etc. på Omsorgssenteret.
- Interkommunalt samarbeid med ambulansetjenesten, legevakt etc.
- Samhandlingsoppgaver. Uspesifisert tidsbruk. Omfatter blant annet deltakelse i Kriseteam og i "Helseteam for barn og unge".

### 6.2 Helsestasjonen

Fra august 2011 er det to helsesøsterstillinger på helsestasjonen, samt 0,5 stilling som jordmor.

#### 6.2.1 Helsestasjonens oppgaver

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal:

- Fremme god helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- Forebygge sykdom og skade blant barn og unge i Bjerkreim i alderen 0-20 år.



Helsestasjonen skal være et tilbud som er enkelt å oppsøke, hvor man blir tatt på alvor med sine små og store helseproblemer og utfordringer. Helsestasjonen har en unik mulighet til å ta oppdage og sette i verk tiltak tidlig, og har derfor en viktig rolle i forebyggende helsearbeid.

Svangerskapsomsorgen er fordelt med 2 konsultasjoner hos lege, og de øvrige hos jordmor. Langt de fleste i Bjerkreim benytter seg av dette tilbudet, som innebærer tett oppfølging av den gravide.

Helsesøstrene administrerer pr. i dag ansvarsgrupper og individuelle planer (IP) for barn og unge med spesielle behov.

Helsestasjonen samarbeider tett med andre kommunale instanser (barnehager og skoler). Videre har helsestasjonen er tett samarbeid med BUP. Ledende helsesøster er også med i kommunens kriseteam.

### **6.2.2 Helseteam for barn og unge**

*Helseteam for barn og unge* har sitt utspring i et samarbeid mellom helsestasjonen og psykisk helsetjeneste. Tjenesten omfatter helsesøster, psykiatrisk sykepleier, barnevern, lege, og PPT. Målsettingen for dette teamet er å kunne:

- Sikre at barn og unge med familier får et faglig, likeverdig og helhetlig tjenestetilbud.
- Kvalitetssikre arbeidet vårt med barn og unge.
- Gi tverrfaglig lavterskel tilbud - sikre tidlig intervensjon.

Bidra til gode samarbeidsrutiner med andre aktører, bl.a. spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjonen tilbyr også reisevaksiner.

## **6.3 Fysioterapitjenesten**

Fysioterapitjenesten er sentral innen forebygging og behandling av muskel/skjelettlidelser.

Per i dag har fysioterapitjenesten i Bjerkreim kommune 1,2 årsverk. Disse er organisert i form av tilskudd fra Bjerkreim kommune. Ventelister og antall pasienter tilsier at det i dagens situasjon ville vært passe med tre fulle årsverk.

Ved behov for rask oppfølging prioriteres per i dag nyopererte, barn under 12 år, pasienter i palliativ behandling og gravide.

Fysioterapeutene leverer følgende tjenester:

**Rehabilitering:** Dette omfatter opptrening etter ulykker, operasjoner og sykdommer. Dette er et tungt og krevende arbeid som krever en hel del utstyr og areal.

**Habilitering:** Opptrening av funksjon, spesielt ved medfødte lidelser.

**Mobilisering og trening av kronisk syke:** Målet er å opprettholde funksjonsnivå og for å forebygge sekundære plager.

**Kroniske seneplager (belastningsplager):** I dette fagfeltet har vi vært blant de fremste i landet på bruk av trykkbølger.

**Kinesiotape:** En av Norges to internasjonalt sertifiserte fysioterapeuter som instruktører i Kinesiotape jobber på Vikeså.

**Annen behandling:** Trening, medisinsk massasje, laserbehandling etc triggerpunktbehandling med nåler, fysiopilates, formstøpte såler med mer.

## **6.4 Tannhelse**

Tannhelse Rogaland (den offentlige tannhelsetjenesten) har tannklinikk på Vikeså. Klinikken har en tannlege, og stillingen har vært preget av utskiftninger og noe vakans. Det er ingen private tannklinikker i kommunen. Fylkestannlegen fremhever i sin uttalelse til planen at tannhelsetjenesten må samlokaliseres med andre helsetjenester.

### ***6.4.1 Tannlegetjenester***

Kommunen har færrest tannleger pr innbygger i Sør-Rogaland. Mange av kommunens innbyggere benytter privatpraktiserende tannleger i nabokommunene. Prioriterte grupper får gratis tannbehandling hos Tannhelse Rogaland.

### ***6.4.2 Forebyggende tannhelse***

Tannhelse Rogaland samarbeider med helsestasjoner og skoler om forebyggende tannhelsetjenester. Dette er et viktig folkehelsearbeid.

## 7 - utfordringer og tiltak - Helsetjenesten

### 7.1.1 Generelt

Etterspørselen etter helsetjenester stiger generelt. I Bjerkreim er det i tillegg stipulert en økning i folketallet fram til 2023, da innbyggertallet sannsynligvis vil ligge på 3000-3500 personer. Samhandlingsreformen legger til grunn at *kommunehelsetjenesten skal overta oppgaver* fra spesialisthelsetjenesten, og at også fastlegene vil få et tydelig ansvar for forebyggende helsearbeid.

*Samlet gir dette behov for å øke lege-/helsetjenester i årene framover, bedre samhandling og sannsynligvis også nye tjenester/faggrupper.*

### 7.1.2 Diabetessykepleier

Utvikling av diabetes (sukkersyke) er nært knyttet til omfanget av livsstilsykdommer i samfunnet. I mange tilfeller blir diabetes forebygget og behandlet gjennom tiltak rettet mot livsstil. Disse tiltakene gir også helsegevinst på andre områder som overvekt, lungesykdommer, kreft og hjertesykdommer. Kompetanse i form av diabetessykepleier vil kunne tilføre både legekontoret og omsorgstjenesten et nytt, viktig tilbud. Diabetessykepleie er en videreutdanning for sykepleiere.



*Innen 2013 bør det være diabetessykepleier tilknyttet helsetjenesten og som en del av det helsefaglige miljøet i kommunen.*

### 7.1.3 Flere fastleger

Økningen i folketall, styrking av kommunehelsetjenesten og generelt større etterspørsel etter helsetjenester gjør det nødvendig å utvide helsetjenesten i planperioden. Det er usikkert når dette blir nødvendig, men når tallet på listepasienter nærmer seg 3000 vil det sannsynligvis være fire leger i kommunehelsetjenesten, inklusiv turnuslege. Ordningen med kombinasjonsleger har fungert bra, der fastlege også har ansvar for andre offentlige legeoppgaver, og dette bør en bygge videre på.

Kommunens størrelse og årlige tilvekst gjør det viktig å se fastlegeoppgaver i sammenheng med andre legeoppgaver, og i sammenheng med bruk av fastleger i nabokommunene. Det vil være økonomisk utfordrende å starte ny fastlegepraksis i Bjerkreim uten at dette blir tatt hensyn til.

*I planperioden vil det være behov for en ny fastlege.*

### 7.1.4 Tilsynslegefunksjon

Normtall fra Legeforeningen tilsier en lege pr 80 pasienter. Ved Omsorgssenteret er det 28 pasienter. Etter Legeforeningens norm burde det altså vært 13 timer tilsynslegefunksjon.

*En utvikling framover med flere og sykere pasienter på Omsorgssenteret gjør det rimelig å anslå behovet til daglig tilsyn/kontakt i løpet av planperioden.*

### 7.1.5 Helsestasjon

Flere statistiske utviklingsparametre peker i retning av at antall barn og unge med funksjonsnedsettelse har økt de siste årene. Det er ikke usannsynlig at 10 % av barnebefolkningen vil kunne ha behov for en eller annen habiliteringsbistand på kommunalt nivå i kortere og lengre tid.

*Vi har behov for å ha fokus på tverrfaglig samarbeid, og videreutvikle helseteam for barn og unge.*

Overvektproblematikken øker, også blant barn.

*Tiltak mot overvekt må systemiseres og styrkes. Dette må koordineres med det øvrige folkehelsearbeidet.*

Det er nødvendig å tilby bruk av godkjente foreldreveiledningsmetoder.

*Innbyggerne må sikres tilbud om foreldreveiledning i kommunen.*

### **7.1.6 Fysioterapi**

Helse Vest har i sin plan Helse2020 angitt muskel- og skjelettlidelser som den sykdomsgruppen med sterkeste vekst, og det forventes at den fortsatt vil øke. Dersom en i tillegg skal ta høyde for en kraftig økning av folketallet, samtidig som en skal ta høyde for økning av oppgaver som blir pålagt kommunehelsetjenesten, må antallet årsverk innen fysioterapi økes.

*Innen 2023 vil det sannsynligvis være behov for en økning innen fysioterapitjenesten.*

Videre er det viktig å ta hensyn til at større avdelinger og mer komplekse arbeidsoppgaver krever mer tid til koordinering og planlegging, som må finansieres over driftstilskudd. Bjerkreim har per i dag færre fysioterapeuter per 10 000 innbygger enn sammenliknbare kommuner([www.fysio.no](http://www.fysio.no)).

*Driftstilskuddet må samsvare med arbeidsmengden og antall årsverk, i forhold til kommunens behov.*

### **7.1.7 Ergoterapi**

Vi har per i dag ikke fagpersonell som ivaretar denne tjenesten. Noen brukere får hjelp i fysioterapitjenesten, mens andre får hjelp av ansatte innen pleie- og omsorgstjenesten. Dette fungerer stort sett greit når i enklere saker. I tyngre saker som omhandler tilpasning av bolig/kjøretøy eller omgivelseskontroll er dagens tilbud ikke tilfredsstillende. Prosessen blir unødig tidkrevende og løsningene kan bli mer kostbare enn nødvendig fordi ergoterapi-kompetanse mangler.

*Ergoterapi-kompetanse bør være tilgjengelig for de brukerne som trenger det.*

### **7.1.8 Tannhelse**

Det er et mål å legge til rette for stabil tannlegedekning. Både hensynet til et stabilt fagmiljø og en rimelig tannlegedekning i forhold til befolkningen tilsier at Bjerkreim bør ha to tannleger og tannpleier.

*Det må legges til rette for at tannhelsetjenester samlokaliseres med øvrige helsetjenester, slik at tjenesten kan utvides.*

### **7.1.9 Kiropraktor**

Det er ingen kiropraktorklinikk i Bjerkreim kommune. For rygglidelser er kiropraktorbehandling viktig og ofte nødvendig for rask rehabilitering.

*Det bør legges til rette for etablering av kiropraktor i Bjerkreim.*

### **7.1.10 Lokaler**

Det er en utfordring at dagens lokale er for små, spesielt for helsestasjonen og fysioterapitjenesten, og at de enkelte deltjenestene hver for seg representerer små fagmiljøer. Med tanke på utvidelse av eksisterende tjenester og tillegg av nye tjenester vil det være



nødvendig med større areal. Det er viktig å legge til rette for at helse- og omsorgstjenestene kan utvikles og lokaliseres slik at pasientene og personalet fremdeles opplever enkle og nære samarbeidsforhold.

En samlokalisering av alle helse- og omsorgstjenester ville vært å foretrekke. Arealsituasjonen på og ved Omsorgssenteret gjør det vanskelig å få til en samlokalisering på Omsorgssenterets område. Det anses heller ikke som aktuelt å etablere et nytt Omsorgssenter på en lokalitet som også kan romme andre tjenester.

De øvrige tjenestene må sikres utviklingsmuligheter slik at den korte innbyrdes avstanden mellom tjenestene ikke blir større, heller mindre. Dette er viktig for å stabilisere små fagmiljøer, sikre bedre samhandling og legge til rette for nye faggrupper.

*Det må legges til rette for hensiktsmessig og samordnet lokalisering av helsetjenestene.*

#### ***7.1.11 Helsetjenester utenfor kommunehelsetjenesten***

Det er et mål at andre helsetjenester kan etableres i kommunen, også utenom de som er en del av kommunehelsetjenesten. Dette gjelder for eksempel kiropraktor, tannlege og privatpraktiserende spesialister, herunder psykolog. Dette gir nye helsetilbud i nærmiljøet, sikrer større bredde i samarbeidet og bidrar med arbeidsplasser til kommunen.

*Kommunen vil legge til rette for etablering av nye helsetjenester.*

## 8 - Status – Omsorgstjenesten

### 8.1 Hjemmesykepleie

#### 8.1.1 Samordningsmodellen

Hjemmesykepleien har tjenestetilbud 24 timer i døgnet, og er en integrert del av omsorgssenteret. Dette benevnes som samordningsmodellen.

Samordningsmodellen innebærer at det er samme personell som betjener brukere av hjemmesykepleien og beboere i institusjonen. Fordelen med dette er en effektiv ressursutnyttelse med stor variasjon i arbeidsoppgavene. Brukerne blir godt kjent med personalet som arbeider både i inne på omsorgssenteret og ute i hjemmesykepleien. Ulempene er en direkte påvirkning, hvor økende antall pasienter i hjemmesykepleien medfører redusert bemanning i institusjonen, og motsatt at stort press inne på omsorgssenteret medfører mindre tid til tid pasientene i hjemmesykepleien.



#### 8.1.2 Antall brukere

Ved inngangen til 2011 er det 50 aktive brukere av hjemmesykepleie. De fleste brukerne er over 70 år og får besøk 2-3 ganger daglig, men frekvensen varierer fra 1 gang ukentlig til 6 ganger daglig.

#### 8.1.3 Transportbehov

Pr mars 2011 tilbakelegger hjemmesykepleien over 20 mil daglig.

### 8.2 Kreftsykepleie

Ved inngangen til 2011 er det 50 % stilling innen kreftsykepleie og 14 brukere/pasienter.

Tjenesten har oppfølging av personer med kreftdiagnoser. En stor del av arbeidet er også knyttet til nettverket, så som pårørende, barn og skole/barnehage.

Kreftsykepleier har omfattende arbeid med koordinering av de tjenester som gis kommunalt og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Fremover forventes kommunen å kunne ta imot stadig sykere pasienter. Tall fra kreftregisteret varsler også en økning i krefttilfellene. Dette gir utfordringer knyttet til personell, kompetanse og lokaliteter for å ivareta gruppen på en god måte.

Gjennomsnittstall for Rogaland tilsier om lag 12 nye krefttilfeller i året i Bjerkreim.

#### Antall personer i kommunen som lever med en kreftdiagnose. Tall fra Kreftregisteret

| Årstall         | 31.12.1998 | 31.12.2008 |
|-----------------|------------|------------|
| Alle krefttyper | 70         | 98         |

Omsorgssenteret har innredet et palliativt (lindrende) rom som benyttes i livets siste fase. Denne tjenesten krever til enhver tid faglig oppdatering og har krevende medisinske prosedyrer og stor personellinnsats. Kreftsykepleier har en sentral rolle i det palliative arbeidet.

Bjerkreim kommune deltar i et interkommunalt tverrfaglig prosjekt mellom kommuner og sykehus i Helse Stavanger HF om kompetanseheving, samhandling og interkommunalt samarbeid innen lindrende omsorg og behandling. Målet med prosjektet er å øke

kompetansen, og gi innbyggerne et tjenestetilbud av høy kvalitet, samt skape trygghet og forutsigbarhet for pasienter, pårørende og helsepersonell (<http://www.isipalliasjon.no/>).

## 8.3 Psykisk helsetjeneste

### 8.3.1 Psykisk helsetjeneste

Systematisk arbeid for tidlig intervensjon (d.v.s. å oppdage og ta fatt i helseproblemer så tidlig som mulig) er et viktig satsingsområde. Tidlig hjelp til barn og deres familier kan forhindre rusproblemer, psykiske og sosiale vansker. Omsorgstjenesten i Bjerkreim kommune har et vel fungerende lavterskeltilbud innenfor psykisk helse i tråd med intensjonen om tidlig intervensjon.



Dette lavterskeltilbudet sammen med lett tilgjengelighet ved vansker, konflikter, og kriser har en svært god forebyggende effekt.

Psykisk helsetjeneste har pr. 01.01.2011 registrert 65 brukere av tjenesten og ansatt 2 psykiatriske sykepleiere i 100 % stilling, samt en psykiatrisk hjelpepleier i 50 % stilling. Psykisk helsetjeneste gir tjenester til personer (og deres familie) med alvorlige/langvarige psykiske lidelser som gir nedsatt mestringsevne /funksjonssvikt.

Da er gjerne behovet for behandling og oppfølging sammensatt, og samhandling og koordinering både i og mellom 1. og 2. linjetjenestene nødvendig.

Personer med lettere psykiske vansker gis tilbud om behandling i form av samtaler og samarbeid med familien. Det utvikles stadig nye og ulike behandlingsmetoder som benyttes i denne oppfølgingen.

Foreldreveiledning gis, og er et forebyggende lavterskeltilbud for å bidra til å fremme samhandling mellom foreldre og barn.

Barn og ungdommer tilbys tjenester på kveldstid for å unngå fravær i skoletiden. Det samme gjelder for foreldre/foresatte som er i en arbeidssituasjon.

Psykisk helsetjeneste gir et dagsentertilbud en dag pr. uke (3 t) og er knyttet til prosjektet ”Sunne Levevaner”.

Som en del av deres aktiviseringsstilbud benyttes kjøp av timebaserte plasser ved attføringsbedriften Uninor på Vikeså. Psykisk helsetjeneste gjennomfører som et ledd i deres forebyggende arbeid kurs så som Mestringskurs ved depresjon.

Bjerkreim kommunes Kriseteam blir også ledet av psykiatrisk sykepleier.

Det siste året har psykisk helsetjeneste i Bjerkreim hatt pågang fra brukere med mer alvorlige psykiske lidelser. Disse krever mer oppfølging og gjerne daglig eller flere ganger ukentlig kontakt. Dersom trenden fortsetter vil man med dagens ressurser ikke kunne holde frem med lavterskel tilbudet.

### 8.3.2 Rus/psykiatri

Det har vært foretatt en kartlegging (Brukerplan, 2010) vedrørende tilbudet til pasienter med rus og psykiske lidelser. Resultatet av kartleggingen viser at Bjerkreim kommune har et godt behandlingsapparat som kan gi et adekvat tilbud til gruppen med lette til moderate rusproblemer.

Det er et mål for rus/psykiatritjenestene å arbeide med tidlig intervensjon d.v.s. å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats.

Tjenestene innenfor rus/psykiatri er derfor ”lavterskel-tilbud”, noe som skal bidra til at det er enkelt å få tilgang til tjenestene.

I tillegg er Uninor på Vikeså en svært viktig bidragsyter for gode tjenester til målgruppen.

Det er inngått en samarbeidsavtale med OBD (Oppsøkende behandlingsteam i Dalane). Dette er et prosjekt over tre år som har fokus på tunge rusmisbrukere/pasienter med tunge psykiske lidelser.

Helse Vest har inngått avtale med Rogaland A-senter om kjøp av tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Avtalen omfatter følgende tjenester: Poliklinikk, døgnbehandling og avrusning og tilbud til gravide.

## **8.4 Praktisk bistand**

### **8.4.1 Hjemmehjelp**

Tjenesten har 37 brukere ved inngangen til 2011, og har tilknyttet 1,5 årsverk. Det gis tilbud fra flere ganger ukentlig til en time pr måned.

### **8.4.2 Brukerstyrt personlig assistent**

Bjerkreim har få brukere med denne tjenesten, det er om lag en halv stilling pr mars 2011.

### **8.4.3 Omsorgslønn**

Det er pr. januar 2011 5 brukere som mottar omsorgslønn. Tjenestemottakerne er særlig knyttet til omsorgsarbeid for personer med nedsatt funksjonsevne.

### **8.4.4 Tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne**

Kommunen har eget tilbud innen avlastning, støttekontakt og miljøarbeidertjenester.

Bjerkreim kommune har ikke noen egen heldøgns bo- og omsorgstjeneste for denne gruppen, men benytter kjøp av tjenester fra Eigersund kommune.

### **8.4.5 Koordinerende enhet**

Funksjonen som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er lagt til kommunalsjef for levekår. Hensikten med koordinerende enhet, er å sørge for faste kontaktpunkt for samhandling på tvers av tjenestenivåer for å sikre kontinuitet i tilbudet til den enkelte bruker.

Koordinerende enhets rolle skal omfatte alle brukergrupper uavhengig av alder og diagnose, somatikk og psykiatri. Det er varslet at denne funksjonen vil måtte styrkes fremover.

### **8.4.6 Vernede arbeidsplasser**

Bjerkreim kommune har avtale om varig tilrettelagt arbeid ved Uninor på Vikeså. Dette omfatter i dag 5 personer. I tillegg kjøpes det plasser for 8-10 personer gjennom psykisk helsetjeneste.

I tillegg har Bjerkreim kommune tilrettelagt for 3 vernede arbeidsplasser i kommunens egen organisasjon.

### **8.4.7 Omsorgsboliger**

Bjerkreim kommune disponerer 28 boenheter tilrettelagt for personer med redusert funksjonsevne (18 på Vikeså, 7 i Røyslandstunet og 3 i Røyslandsfeltet). Det er behov for



flere omsorgsboliger på Vikeså, samtidig som de eksisterende omsorgsboligene ved Omsorgssenteret må omgjøres til boliger med heldøgns bemanning.

#### **8.4.8 Tjenesteområder som ikke omfattes av planen**

Plasser knyttet til langtidsopphold i institusjon faller utenfor planen, men omtales likevel siden tjenestene er gjensidig avhengige av hverandre.

## **9 - utfordringer og tiltak i omsorgstjenesten**

### **9.1 Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning**

Bjerkreim kommune har i dag ingen omsorgsboliger med tilbud om heldøgnsbemanning. Brukere med behov for tilsyn hele døgnet må derfor ha langtidsplass på Omsorgssenteret, som dermed blir deres hjem. Slike langtidsplasser legger i 2011 beslag på omkring 90 % av totalt antall sengeplasser, og døgntilbudet preges derfor av lite fleksibilitet og få muligheter til å kunne ta inn pasienter på kort varsel.

*Omsorgsboligene ved Omsorgssenteret må vurderes omgjort til heldøgns omsorg.*

### **9.2 Langtidsplasser**

Økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester vil medføre økt behov for langtidsplasser. Dette må ses i sammenheng med omsorgsboliger med heldøgnsbemanning.

*Antallet langtidsplasser vurderes økt..*

### **9.3 Nye tjenester – etablering av observasjonssenger**

Samhandlingsreformen og ny Lov om helse og omsorgstjenester legger opp til et utvidet tilbud i kommunene, noe som også samsvarer med at pasientene blir utskrevet fra sykehus på et tidligere stadium i behandlingen. Kommunene vil få fullt økonomisk ansvar for pasientene fra det tidspunkt de er ferdigbehandlet på sykehuset (4000 kroner pr døgn). Det vil da i mange tilfeller være like naturlig å sikre pasientene et akutt døgntilbud i egen kommune, som å sende pasienten til sykehus for deretter å bli meldt utskrivningsklar innen et døgn.

For å sikre den fleksibilitet og faglige ramme som trengs for å kunne ta imot pasienter til akutt observasjon må det etableres en enhet med senger øremerket korttidsbruk. Slike senger brukes til observasjon/avlastning/rehabilitering før, i stedet for eller etter behandling på sykehus. Tilbudet bemannes av personale i Omsorgstjenesten, men har større tilstedeværelse av personell og rutiner og utstyr til å kunne håndtere mer krevende medisinske tilstander enn den øvrige tjenesten. Tilbudet bør omfatte:

- 2 akuttsenger (hindre sykehusinnleggelse)
- 2 rehabiliteringssenger (raskere hjemsending)
- 2 observasjonssenger (hindre sykehusinnleggelse)
- 1 palliativ/lindrende seng ved livets slutt (er allerede etablert)

*Etablering av observasjons-/akuttsenger vil kreve omorganisering av bygg og soner, ny kompetanse (prehospital sykepleie), noe utstyr og økte antall stillinger. Det*



*medisinskfaglige samarbeidet med legekontor og legevakt må styrkes. Dette forventes finansiert ved økte rammer til kommunene slik det er signalisert i Samhandlingsreformen.*

*En utvidelse av sengekapasiteten ved Omsorgssenteret vil gjøre det nødvendig å vurdere andre lokaliteter for dagsenter, aktivitetssenter etc.*

## **9.4 Utvidelse av tjenestetilbudet**

### **9.4.1 Hjemmesykepleien**

Mer krevende brukere og tidligere hjemsendelse fra sykehus medfører økt behov for hjemmebaserte helsetjenester. Aldersgruppen 70-79 øker med 97 personer i perioden. Dette medfører økt press i hjemmesykepleien og vil kreve ressursøkning. Dersom anslagsvis 20 prosent av aldersgruppen 70-79 vil ha behov for bistand i form av hjemmesykepleie, vil dette kreve 2 nye årsverk.

*Bemanningen av hjemmesykepleien økes med to årsverk.*

### **9.4.2 Kreftsykepleie**

Vi har i dag bemanning, samarbeidsrutiner og nettverk som gjør oss i stand til å møte utfordringene både faglig og arbeidstidsmessig. Forebyggende arbeid mot kreft må samordnes med folkehelsearbeidet.

*Bemanningen innen kreftsykepleie økes med et halvt årsverk i løpet av planperioden.*

### **9.4.3 Pasienter med demens**

Det er i dag om lag 70 000 personer i Norge som har en demenssykdom, det tilsvarer 40 personer i Bjerkreim. Undersøkelser viser at demenssykdom ofte oppdages svært sent. Tidlig diagnose gir bedre mulighet til å tilrettelegge livet best mulig med en demenssykdom. (<http://www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg/demensplan>)

Bjerkreim kommune har i flere år satset på utvikling av pleie- og omsorgstjenester for personer med demens, spesielt når det gjelder botilbud i sykehjem, utredning og kompetanseutvikling. Det er etablert demensteam, for å kunne gi en tidligere diagnostisering. I kommunen blir utredning og diagnostisering av demens foretatt av fastlege eller tilsynslege i samarbeid med demensteamet.

*Det er grunn til å tro at det hovedsakelig er innenfor gruppen demente man vil oppleve behovet for utvidelse av antallet langtidsplasser.*

### **Forebyggende helse for eldre**

Det kan være aktuelt å innkalle innbyggere i enkelte risikogrupper til helseundersøkelse. En målgruppe kan være innbyggere som fyller 75 år.

### **9.4.4 Vernede arbeidsplasser**

I løpet av en fem års periode vil Bjerkreim kommune ha behov for ytterligere 3-5 tilrettelagte arbeidsplasser ved Uninor på Vikeså.

## **9.5 Psykisk helsetjeneste**

Tjenesten har ingen henvisningsplikt. Det vurderes som fornuftig å fastholde den lave terskelen, spesielt med tanke på tidlig intervensjon (forebygging).

Det er imidlertid en utfordring å opprettholde lavterskeltilbudet i årene fremover med dagens bemanning, da det forventes flere ressurskrevende pasienter som skal ha oppfølging i hjemmet og kommunale botilbud.

Bjerkreim kommune må trolig etablere omsorgsboliger med bemanning for personer med psykiske lidelser/rusproblemer. Dette er områder hvor man bør se på interkommunale løsninger. Ungdommer med diagnoser knyttet til Asberger og autisme m.m er en økende utfordring. Dette vil for enkelte kreve moderate til omfattende miljøarbeidertjenester tilknyttet etablering i egen bolig. Samarbeidet med Uninor om kjøp av timebaserte tilbud må videreutvikles da dette gir god aktivisering med et meningsfylt innhold.

*Psykiatritjenesten videreutvikles som et lavterskel tilbud. Videre må tilbudet styrkes for å kunne håndtere utfordringer knyttet til oppfølging med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, spesielt knyttet til etableringer i kommunale botilbud.*

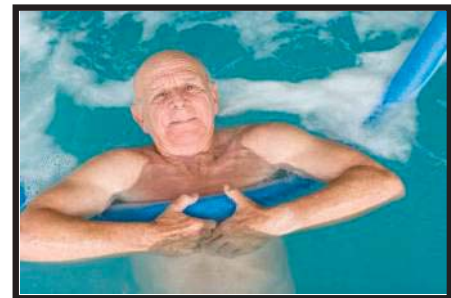
### 9.5.1 Personer med nedsatt funksjonsevne

#### Utfordringer videre:

- Kunne gi heldøgns hjelpe- og omsorgstjenester.
- Kunne gi tilbud om tilstrekkelig antall vernede arbeidsplasser.

Det vil bli et økt behov innenfor et tidsrom på 4 -8 år, hvor vi i dag kjenner til 4 – 6 personer som vil ha behov for miljøarbeidertjenester ved etablering i egen bolig. Disse personene er knyttet både til psykisk helsevern og avd. for funksjonshemmede.

*Behovet for boliger og tjenester må planlegges fra 2012.*



### 9.5.2 Dagtilbud

Utviklingen innenfor befolkningssammensetningen i Bjerkreim viser at vi trolig ikke vil få en økning i perioden innenfor de eldste eldre.

For å hindre innleggelse i institusjon vil det kunne være nødvendig å etablere dagsentertilbud.

*Dagtilbud for demente vil medføre en hjelp for pasienten og avlastning for pårørende og derved også kunne redusere behovet for avlastning i institusjon. Behov og organisering må vurderes nærmere, bl.a. i sammenheng med tilbudet på Omsorgssenteret.*

### 9.5.3 Tilrettelagte boliger, sentrumsnære boliger for eldre

Det er behov for tilpassede boliger med kort avstand til helse- og omsorgstjenestene og øvrig servicetilbud. Målgruppen for slike boliger er eldre generelt, men også ungdommer, voksne og eldre med særskilte behov for helse- og omsorgstjenester.

Samfunnsutviklingen generelt tilsier at det blir et økende behov for slike boenheter, og en geografisk samling av denne typen botilbud vil også forenkle kommunens tjenesteproduksjon.

Dette vil hovedsakelig være et tema i reguleringsplanarbeidet slik at det blir tilrettelagt for denne typen boligbygging. Det kan også være aktuelt for kommunen å eie noen slike boliger.

## 9.6 Kompetanse og rekruttering

### 9.6.1 Diabetes

Både i spesialisthelsetjenesten og kanskje spesielt i primærhelsetjenesten forventer en at det vil bli et voksende behov og etterspørsel for kvalifisert personale til å planlegge og organisere

oppfølgingen av personer med diabetes. Til dette arbeidet er diabetessykepleier og fastlege sentrale samarbeidspartnere.

*Bjerkreim kommune ønsker i planperioden å videreutdanne en sykepleier til diabetessykepleier.*

### 9.6.2 Demens

Bjerkreim kommune ønsker å opprette til tilbud om dagsenter for demente innenfor planperioden. Hensikten med dagsenter for demente er å i størst mulig grad opprettholde den dementes funksjonsnivå, og i tillegg avlaste familie og pårørende. Dette vil igjen føre til at pasienten kan klare seg lenger hjemme i kjente omgivelser.

*Arbeidet med diagnostisering av demens må styrkes, og oppfølgingen må videreutvikles. Det vises til Demensplan for Bjerkreim, som ferdigstilles i 2011.*

### 9.6.3 "First responder"

Begrepet "first responder" betegner første ledd i organisert akuttmedisinsk respons. En "first responder" har kunnskap og ferdigheter ut over alminnelig førstehjelp. Hensikten med ordningen er å yte kvalifisert førstehjelp inntil ambulanse og/eller leger ankommer. En "first responder" funksjon skal være i tillegg til og ikke en erstatning for ambulanseberedskap.



Systemet er i bruk flere steder i landet, og lanseres både som svar på responstidsutfordringer i griskrendte strøk, og for å møte kapasitetsutfordringer i storbyene.

Det arbeides med at "First Responder" i Bjerkreim kommune skal ha en kommunal forankring og administreres som en del av den kommunale helseberedskapen. Det medisinskfaglige ansvar for tjenesten skal ligge hos kommuneoverlege. Alminnelige regler for delegert legearbeid og sertifisering skal følges og dokumenteres.

#### **Funksjon og virkeområde**

Tjenestens hensikt er initial førstehjelp ved akutt sykdom og skade, samt klargjøring for videre behandling. Følgende ferdigheter anbefales:

- Vurdering av pasienten og effektiv kommunikasjon i behandlingsskjeden
- Enkel luftveishåndtering og oksygenbehandling
- Hjertelungeredning med automatisk/halvautomatisk defibrillator
- Stans av utvendig blødning
- Forebygge sirkulasjonssvikt
- Enkel immobilisering
- Sikring av skadested og pasient

Behandlingstiltak og observasjoner må dokumenteres og rapporteres.

Kompetanseheving innenfor akuttberedskap har også en direkte overføringsverdi for observasjons/akuttsengene ved Omsorgssenteret. Dette kompetanseløftet er nødvendig for å kunne gi et trygt og faglig forsvarlig tilbud til disse pasientene.

*Det er satt i gang arbeid med å etterutdanne sykepleiere innen akuttberedskap; ”First responder”.*

#### **9.6.4 Psykolog**

Innenfor psykisk helse har kommunen en stabil, tilgjengelig og aktiv psykiatritjeneste. For å sikre en faglig styrking av det kommunale helsetilbudet innenfor psykisk helse i takt med økte oppgaver til kommunal helsetjeneste, er det ønskelig å knytte til seg psykolog. Både skole, helsestasjon, psykiatritjeneste / rus og allmennlegetjeneste ville ha utbytte av en psykolog som deltaker i samarbeidet. I tillegg vil en psykolog kunne ta imot pasienter til individuelle konsultasjoner. Det vil være viktig hva slags økonomiske ordninger som blir lagt til grunn for psykologer i kommunene.

*Det er et mål å etablere en psykolog-stilling i, eller tilknyttet helse- og omsorgstjenesten innen 2015.*

#### **9.6.5 Videre- og etterutdanning**

Det er ingen kompetanseplan for legene eller øvrig helsepersonell. All videre- og etterutdanning er hovedsakelig basert på frivillighet og den enkeltes initiativ. Dagens ordning sikrer ikke at en oppnår eller vedlikeholder den kompetansen kommunen har behov for.

*Kommunen må lage en kompetanseplan for alle ansatte innen helse- og omsorgstjenesten.*

## 10 - Folkehelsearbeid

### 10.1 Folkehelse – status

Folkehelsearbeid er den samlede aktiviteten som påvirker fysisk og psykisk helsetilstand. Det har de siste årene kommet stadig nye krav til politisk forankring, organisering og tydeliggjøring av folkehelsearbeidet.



Folkehelsearbeidet skal fremme god helse generelt, men også medvirke til at god helse blir fordelt jevnt i samfunnet gjennom målrettede tiltak. Dette er vanskelig å få til. Erfaringsmessig er det ofte slik at tiltak som skal gi bedre helse, i størst grad blir benyttet av de som fra før har best helse.

Folkehelsearbeidet forutsetter at kommunen har en viss oversikt over helsetilstanden, og at denne oversikten blir brukt til målrettede tiltak mot grupper eller individ. En forutsetning for at dette arbeidet blir meningsfylt, er at man velger ut hvilke deler av folkehelsen som skal undersøkes, og at tilsvarende undersøkelser også gjøres i andre kommuner. Fylkeskommunen er naturlig premissleverandør i et slikt samarbeid, og fylkeskommunens folkehelseplan (som er under revisjon) vil være viktig rettesnor videre.

I 2010-2011 gjennomfører Psykiatritjenesten og Fysioterapitjenesten i kommunen et prosjekt for aktivitet og sunt kosthold, rettet mot brukere av psykiatritjenesten, finansiert gjennom ”Sunne Levevaner”.

Også kreftsykepleier, diabetessykepleier og lege vil fremover få en viktig rolle i det forebyggende helsearbeidet, sammen med skole, barnehage, helsestasjon og tannhelsetjenesten. En samordning av dette arbeidet vil være viktig.

Det er sannsynligvis god folkehelse i Bjerkreim, blant annet vurdert ut fra sykmeldingsomfanget. Det er god oppslutning om frivillige organisasjoner. Kunnskapen om folkehelsen er imidlertid mangelfull, og det er store variasjoner. Det har de siste årene vært stor innflytting til Bjerkreim. Det er viktig å sikre at både ”gamle og nye” innbyggere inkluderes i helsebringende aktiviteter.

Aktiv bruk av natur og uteområder er sentralt i et godt folkehelsearbeid. Det vises i denne sammenheng til Kommunedelplan for idrett og friluftsliv.

#### 10.1.1 Frisklivssentral

Aktivitetene i en frisklivssentral skal være helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende. De ulike aktivitetene skal ta utgangspunkt i den enkeltes utfordringer i forbindelse med bedring av egen helse. Hensikten er å stimulere og tilrettelegge for ulike tilbud med lav terskel innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt.

Prosjekt ”Sunne Levevaner” danner utgangspunkt for arbeidet med frisklivssentral i Bjerkreim kommune. Dette tilbudet er tenkt utvidet hvor en også ønsker å involvere kulturkontoret i dette arbeidet.



## 10.2 Folkehelse – utfordringer og tiltak

### 10.2.1 Partnerskap for folkehelse

Det vurderes at arbeidet med å planlegge og gjennomføre folkehelsearbeid etter de krav som legges til grunn fra helsemyndighetene vil være både upraktisk og ressurskrevende å gjennomføre på egenhånd.

Rogaland Fylkeskommune har gjennom samarbeid med de fleste kommunene i fylket bidratt til et helhetlig folkehelsearbeid. Deltakelse i Rogaland Fylkeskommunes Partnerskap for Folkehelse vil sette Bjerkreim bedre i stand til å utvikle folkehelsearbeidet både i form av tiltak og for å skaffe nødvendig oversikt over folkehelsen.

Fylkeskommunens prosjekt bidrar med inntil 50 % av utgiftene til drift av folkehelseprosjekt. Det er en forutsetning at kommunen har etablert en folkehelsekoordinator. En slik koordinatorstilling vil overta oppgaver fra flere avdelinger (legekontor, helsestasjon, kultur) og samordne og avlaste disse.

Dersom kommunen klarer å dra nytte av slike effekter, vil utgiftene ved Partnerskap for folkehelse bli små, og sannsynligvis mindre enn ved å utføre folkehelsearbeidet utenfor Partnerskapet.



*Bjerkreim bør delta i Rogaland Fylkeskommunes Partnerskap for Folkehelse og etablere en koordinatorstilling på 50-100 % tillagt rådmannens stab.*

### 10.2.2 Infrastruktur – gang- og sykkelsti

Veinett inkl gang-, sykkel- og turstier må legges til rette for fysisk aktivitet som en del av hverdagen. Transport til fots eller sykkel må fremstå som et likeverdig alternativ til bil med tanke på sikkerhet og fremkommelighet.

### 10.2.3 Tursti-prosjektet

Bjerkreim er en de største kommunene i Rogaland med et totalareal på 660 km<sup>2</sup>. Etter allemannsretten kan alle ferdes fritt på alt areal som ikke er jordbruksareal. For å komme til utmark, må en svært ofte gå over eller langs innmark. I 2005 kom det en ny statlig tilskuddsordning; Regionalt miljøprogram, der fylkene selv fikk lage sine egne målrettede miljø-program. I Rogaland ønsket en bl.a. å gi tilskudd til de bøndene som ville legge til rette for turstier på sitt gårdsbruk.

Det viste seg å være mange bønder i Bjerkreim som ønsket turfolk velkomne til deres eiendom. Det er nå gjort avtaler med 130 – 140 grunneiere om merking av turstier på deres eiendommer.

Landbrukskontoret har hatt hovedansvar for prosjektet i samarbeid med kultur-avdelingen og teknisk avdeling. Friluftsrådet i Dalane og Jæren, Stavanger Turistforening og bønder i nabokommuner har også deltatt i arbeidet. Målet har vært at alle skal ha en tursti i sitt nærmiljø, men med flest tilbud i de sentrumsnære områdene.

Det er ulike vanskelighetsgrader på stiene, ulik lengde, og flere stier kan nås fra ulike utgangspunkt da vi totalt har nesten 70 parkeringsplasser. Det er merket opp til 63 topper i kommunen, mange av dem med en fantastisk utsikt. Mye nytt turterreng blir med dette tilgjengelig for mange flere turfolk.

## 11 - Samhandling

### 11.1 Samhandlingsreformen

En fornyet kommunerolle med fokus på forebygging og tidlig innsats i sykdomsforløpene vil bedre legge til rette for å hjelpe pasienter med kroniske sykdommer. Bjerkreim kommune skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor laveste effektive omsorgsnivå.

Målet er at personer skal opprettholde størst mulig grad av selvhjulpenhet og livskvalitet, og at reduksjon i funksjonsnivå skal kunne bedres ved at de rette hjelpetiltakene settes inn.



#### 11.1.1 Mulige økonomiske konsekvenser av Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen foreslår to konkrete økonomiske ordninger mellom kommune og helseforetakene, som skal finansieres ved at kommunene først får overført midler fra Helseforetakene.

Det er foreslått at alle pasienter skal tas hånd om av kommunen umiddelbart etter at behandling er ferdig. Dersom kommunen ikke klarer å ta imot pasienten, vil det påløpes en døgnbot på ca 4000 kroner.

Kommunene vil dessuten få økonomisk medansvar for spesialisthelsetjenestene gjennom kommunal medfinansiering. Lovforslaget som ble forelagt Stortinget i april 2011 anbefaler at alle sykehusopphold for somatiske medisinske diagnoser skal delfinansieres av kommunene.

Dersom en kan gjennomføre rimelige tiltak i primærhelsetjenesten eller i hjemmesjukepleien, vil sannsynligvis kommunen "spare" penger på ikke å legge pasienter inn på sykehuset. De pasientene som kommunen har et medfinansieringsansvar for, vil dessuten bli kommunens fulle økonomiske ansvar når de er utskrivningsklare. Det er ikke utenkelig at pasienter vil bli erklært utskrivningsklare etter å ha vært noen timer på sykehuset. I slike tilfelle vil det være både økonomisk og etisk fornuftig å gi pasienten et tilbud i kommunen.

*Det er viktig for kommunen å sørge for rask mottak av utskrivningsklare pasienter, og å ha et tilbud for pasienter som en forventer rask utskrivning av. Dette kan løses ved å etablere observasjons-/rehabiliterings-/korttidssenger med styrket tilsyn og høyere pleiefaktor enn det ordinære omsorgstilbudet.*

*For at dette skal fungere optimalt er det en forutsetning at de administrative ressurser økes slik at man til enhver tid har soneledere tilgjengelig i ledelse og administrasjon. Dette for å kunne ivareta nødvendig kommunikasjon med leger og sykehus, samt faglig oppdatering av systemer og pasienter. Videre vil samhandlingsreformen gi utfordringer til oppfølging av e-meldingssystemer osv.*

*Soneledere har i dag en deling på 40% administrasjon/ledelse og 60 % pleie. Dette må økes til 100 % for begge, tilsvarende 1,2 årsverk.*

### 11.2 Kommunal samhandling

#### 11.2.1 E-helsetjenester og elektronisk samhandling

Legekontoret innførte elektronisk meldingsutveksling i 2005, og er oppkoplet til Helsenett, som gjør det mulig å kommunisere elektronisk med samarbeidspartnere.

Omsorgstjenesten må knyttes til Helsenett for å kunne overføre dokumentasjon mellom sykehus og kommune. Dette må gjennomføres så snart de tekniske løsninger foreligger, trolig i løpet av 2011.

Pasientrettede elektroniske tjenester må utvikles videre i tråd med behovet.

### **11.3 Interkommunalt samarbeid**

Bjerkreim deltar i dag i flere interkommunale samarbeid innen helse og omsorg. Målet med deltaking er å sikre gode og effektive tilbud. Det ble i mars 2011 sendt en felles søknad til Helsedirektoratet på vegne av alle Dalane kommunene, hvor formålet var å utrede, samt utvikle felles strategier for å imøtekomme nye utfordringer i tilknytning til innføringen av Samhandlingsreformen.

#### **11.3.1 Legevakt**

Den interkommunale legevakten er lokalisert i Eigersund. Legevaktdistriktet har ca 20.000 innbyggere. Det er få (seks) fastleger i distriktet som deltar i vaktordninga. I tillegg kommer turnusleger og vikarleger. Legevakten har forholdsmessig flest pasienter fra Eigersund.

Det er pr i dag ikke aktuelt å revurdere legevaktsamarbeidet. Det er imidlertid en utfordring at såpass få leger deltar i ordningen, og ordningen kan komme under press. I en slik prosess kan det blir aktuelt å vurdere etablering av et større legevaktdistrikt.

*Dersom legevakten i Eigersund skulle inngå i et større legevaktdistrikt eller ved andre store endringer, må Bjerkreim søke løsninger som først og fremst sikrer gode tjenester til de alvorlig syke pasientene.*

#### **11.3.2 Andre interkommunale samarbeid**

Bjerkreim deltar i flere interkommunale samarbeid både i og utenfor Dalane, blant annet Nettverk for sykehjemsmedisin, Nettverk for palliativ behandling, Nettverk for ressurspsykepleiere i kreftomsorgen, Samhandlingsutvalget og Praksiskonsulentordningen.

*Bjerkreim vil aktivt søke deltakelse i faglige nettverk der dette er relevant for tjenestene i kommunen.*

### **11.4 Regionalt samarbeid**

#### **11.4.1 SUS**

Bjerkreim kommune har samarbeidsavtale med SUS. Avtalen vil sannsynligvis bli mer konkret for hvert år, ikke minst dersom pasientflyt mellom kommune og sykehus medfører økonomiske overføringer. Det er viktig at kommunen bruker avtalerevisjonene og påvirkning gjennom Samhandlingsutvalget til å sikre tjenlige vilkår for samhandling.

Ikke minst er det viktig at ressurser fra SUS blir gjort tilgjengelig for kommunene, også i de tilfellene der pasientene ikke blir innlagt på SUS. Et slikt eksempel er ambulant blodtransfusjon.

*Det er et mål at samarbeidet med SUS gir mer spesialiserte tjenester ut til kommunene.*

#### **11.4.2 Praksiskonsulentordning**

Praksiskonsulentordningen ved SUS består av helsepersonell fra kommunene som arbeider på SUS for å forenkle samarbeid og pasientforløp. Arbeidet gir verdifull kompetanse og

påvirkning på samhandlingsprosessene. På SUS er det to praksiskonsulentordninger: en for leger og en for sykepleiere. Bjerkreim har en praksiskonsulentlege.

***Bjerkreim kommune bør engasjere seg videre i Praksiskonsulentordningen, både på lege- og sykepleier-siden.***

#### **11.4.3 Samhandlingsutvalget**

Samhandlingsutvalget har relativt hyppige møter og representerer den løpende dialogen mellom SUS og kommunene. Dalane-kommunene har en felles representant i dette utvalget.

***Samhandlingsutvalget må brukes aktivt til å fremme kommunens interesser i samarbeidet med SUS. Bjerkreim skal søke representasjon.***

#### **11.4.4 Hospiteringsordningen**

Hospiteringsordningen er et tilbud til alt personell med helse- og sosialfaglig bakgrunn i SUS og i kommunehelsetjenesten. SUS og kommunene setter av 2 uker hver om våren og høsten for å ta imot hospitanter. Det vil være søknadsfrist 2 ganger i året for å søke om deltakelse i ordningen. Hospitanter som vanligvis jobber redusert stilling, må forplikte seg på å jobbe 100% i hospiteringsperioden. For enkelte yrkesgrupper vil gjennomført hospitering kunne være tellende som del av klinisk fagstige.

Formålet med å etablere en hospiteringsordning er å:

- bedre samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten
- styrke samhandlingskompetansen blant helsepersonell ved sykehus og i kommunehelsetjenesten ved å gi økt kunnskap om hverandres arbeidsfelt og kompetanse.
- gi pasientene tjenestetilbud på laveste effektive omsorgsnivå, samt sikre kontinuitet og faglig god kvalitet i tilbudet
- bygge faglige nettverk mellom helsepersonell på ulike nivåer og mellom ulike fagprofesjoner.
- styrke den enkeltes fagkompetanse

***Bjerkreim kommune deltar aktivt i hospiteringsordningen.***

#### **11.4.5 Dalane Distriktsmedisinske Senter / SUS avdeling Eigersund**

SUS sin avdeling i Eigersund har i mange år representert et nært og tilgjengelig spesialisttilbud for pasienter fra Bjerkreim. *Poliklinisk virksomhet* omfatter hud, mage/tarm, urologi, hjerte, røntgen, ortopedi og kirurgi – kombinert med privatpraktiserende gynekolog, øre-nese-hals-spesialist og øyenlege.

*Rehabiliteringsavdelingen* (2 Øst) har i liten grad blitt brukt av pasienter fra Bjerkreim, i stor grad fordi pasienter fra Bjerkreim har blitt ivaretatt av kommunal helse- og omsorgstjeneste i kommunen. Det har derfor vært lite aktuelt for Bjerkreim å satse på utvidelse av sengeposten i Eigersund som supplement til det kommunale tilbudet.

***Bjerkreim kommune vil arbeide for styrking av det polikliniske tilbudet ved Dalane DMS/SUS avdeling Eigersund.***

#### **11.4.6 Lister sykehus Flekkefjord**

Kirurgisk ortopedisk avdeling og fødeavdeling har god service, høy kompetanse og korte ventetider. For mange pasienter i Bjerkreim har Lister sykehus vært førstevalget, og innenfor for eksempel sårkirurgi har sykehuset svært høy kompetanse.

***Det er viktig for Bjerkreim kommune å støtte opp om funksjonene ved Lister sykehus.***

## 12 - Handlingsplan 2012 – 2015

På bakgrunn av foregående redegjørelser er det satt opp følgende tabell:

### 12.1 Drift (alle tall i tusen kroner)

| Tiltak  | 2012         | 2013         | 2014          | 2015          | Årsverk   |
|---|--------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| Administrative ressurser  | 700          | 700          | 700           | 700           | 1,2       |
| Kompetanseplan og kompetansehevingstiltak for ansatte i helse- og omsorg  | 700          | 700          | 1 000         | 1 000         |           |
| 6 boliger med heldøgns omsorg/omgjøring av boliger ved Omsorgsenteret (tilskudd?)   |              |              | 1 700         | 1 700         | 3,0       |
| 5-6 boenheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (funksjonshemmede)  |              |              | 1 700         | 1 700         | 3,0       |
| Koordinator for funksjonshemmede (jf. øk.plan)  |              | 260          | 260           | 260           | 0,5       |
| Utvidet tilsynslegefunksjon / tilsyn ved fastlege   |              |              | 80            | 80            | 0,1       |
| 7 observasjonssenger/korttidsplasser/akuttsenger helse- og omsorgstjeneste  |              |              | 4 375         | 8 750         | 10,0      |
| Etablert bruk av helsenett  | 60           | 30           | 30            | 30            |           |
| Psykolog (må gi inntekter – netto utgift) – må få avtale om hjemmel med Helse Vest ev. andre ordninger som gir refusjon og egenandelinntekt |              |              | 400           | 400           | 1,0       |
| Partnerskap folkehelse, 30 % folkehelsekoordinator  | 130          | 130          | 130           | 130           | 0,3       |
| Diabetessykepleier  |              |              | 130           | 260           | 0,5       |
| Økt driftstilskudd fysioterapi  | 300          | 300          | 300           | 300           | 1,0       |
| Kommunal fysioterapeut (Rehab. PLO)   | 300          | 300          | 300           | 300           | 0,5       |
| Avtale om ergoterapitjeneste  |              | 50           | 130           | 130           |           |
| Hjemmesykepleie   | 600          | 600          | 600           | 1200          | 2,0       |
| Tilrettelegging for Aktivitetssenter  |              | ?            | ?             | ?             | ?         |
| Dagsenter for demente og eldre  |              |              | 640           | 640           | 1,0       |
| <b>SUM</b>  | <b>2 790</b> | <b>3 070</b> | <b>12 475</b> | <b>17 580</b> | <b>24</b> |

### 12.2 Investeringer

Utgiftene er vanskelige å beregne på bakgrunn av bygningsmessige forhold. Det må nedsettes en arbeidsgruppe bestående av politikere/administrasjon for å se på planlegging og utnyttelse av bygningene ved omsorgsenteret.

Det vil være behov for utbygging/rehabilitering av Omsorgsenteret.

*Det kan tenkes følgende ombygginger:*

Omsorgsboliger ved omsorgsenteret (nyeste byggetrinn) bygges på en etasje.

Bygningen skal være dimensjonert for å klare en slik påbygging.

Demensavdelingen flyttes så dit. Dette vil anslagsvis kunne gi 10-12 sengeplasser.

Dagens demensavdeling har plass til 8 brukere, med bruk av et dobbeltrom.

Demensavdelingen må bygges med mulighet for skjerming, slik at pasienter med utagering kan gis nødvendig trygghet i et lite miljø og slippe å bli eksponeringen som er i et stort miljø. Sengekapasiteten utvides med 2-4 plasser

Videre kan man flytte beboere som i dag bor i sokkeletasjen opp til 2. etg. og benytte dagens demensavdeling til ordinære sykehjems plasser.

Det er i dag 5 beboere (aldershjems plasser) i sokkeletasjen.



Flere av rommene i demensavdelingen er store, og det vil med noe ombygging kunne gi et par rom ekstra. Det er imidlertid en utfordring med hensyn til dusj og toalettforhold. Med slik ombygging vil sengekapasiteten kunne utvides med 5 senger.

Når beboerne i sokkeletasjen gis tilbud i 2.etg. ved omsorgssenteret, har man frigjort areal i sokkeletasjen som kan benyttes til (jfr. pkt 9.3):

- 2 akuttenger (hindre sykehusinnleggelse)
- 2 rehabiliteringssenger (raskere hjemsending)
- 2 observasjonssenger (hindre sykehusinnleggelse)
- 1 palliativ/lindrende seng ved livets slutt (er allerede etablert)

Deler av arealet som i dag benyttes som felles spiserom må også benyttes til disse funksjonene.

| Tiltak  | 2012       | 2013        | 2014         | 2015       |
|---|------------|-------------|--------------|------------|
| Dagsenter (leide lokaler )/benytter samme lokaler som Aktivitetssenter                              |            |             | 200          | 200        |
| 3-6 boenheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Avhengig av om disse skal leies/kjøpes       |            |             |              |            |
| 7 observasjonsplasser, ombygging i underetasje omsorgssenteret                                      |            | 4000        |              |            |
| Utbygging demensavd. 2 etg omsorgsbolig. 500kvm x 30.000, Planleggingsmidler i 2012 til konsulenter | 500        | 500         | 19000        |            |
| Ombygging 2. etg omsorgssenteret  |            |             | 4000         |            |
| Investeringstilskudd for sykehjemsplasser   |            |             | -3500        |            |
| Kr. 880.000 x 13 senger   |            |             | -7920        |            |
| <b>SUM (stipulert)</b>  | <b>500</b> | <b>4500</b> | <b>11780</b> | <b>200</b> |

## Vedlegg:

### Vedlegg 1. Sentrale lover og forskrifter

Det er en rekke lover som regulerer kommunens helse- og omsorgsarbeid. De viktigste lovene og forskriftene er:

- Kommunehelsetjenesteloven med forskrifter:
  - Forskrift om pasientjournal
  - Forskrift om fastlegeordning
  - Forskrift om sykepleietjeneste
  - Forskrift om akuttmedisinske tjenester
  - Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste
  - Forskrift om habilitering og rehabilitering
  - Forskrift om legemiddelhåndtering
  - Forskrift om individuell plan
  - Forskrift om sykehjem
  - Forskrift om vederlag for opphold i institusjon
  - Forskrift om disponering av kontantytelser
  - Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Sosialtjenesteloven med forskrifter
  - Forskrift til sosialtjenesteloven
- Pasientrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Lov om barn og foreldre
- Vergemålsloven
- Forvaltningsloven
- Offentlighetsloven
- Kommuneloven
- Husleieloven

Andre:

- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsplanen) av 27. juni 2008.
- Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 m/forskrifter.
- Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) av 20. juni 2008.

Stortingsmedlinger:

- St.mld. nr. 47 – Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- St.mld. nr. 12 En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps, fødsels- og barselsomsorg.
- St.mld. nr. 20 – Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller
- St.mld. nr. 25 – Omsorgsplan 2015

Andre:

- Opptrappingsplan på rusfeltet
- Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010
- Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009
- Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011
- Nasjonal helseplan

## Vedlegg 2. Helsepersonell ansatt i Bjerkreim kommune pr 2011

|                                 | <b>OMSORG</b> | <b>HELSE</b> |
|---------------------------------|---------------|--------------|
| Assistenten                     | 41            | 1            |
| Fagarbeidere (hjelpepleiere)    | 24            | 2            |
| Fagarbeidere med etterutdanning | 2             |              |
| Vernepleier                     | 1             |              |
| Sykepleiere                     | 17            | 5            |
| Sykepleiere med videreutdanning | 7             | 2            |
| Leger                           |               | 3            |

### **Vedlegg 3. Høringssvar**

#### ***SUS v/fagdirektør Uhlving***

Fremhever behov for avklaring med tanke på evaluering og videre drift av Dalane DMS. Etterlyser plan for utvikling av samarbeidet med Dalane DPS. Peker på hospiteringsordning, Praksiskonsulentordning og Samhandlingsutvalg som viktige samarbeidsarenaer.

VURDERING: Bjerkreim kommune ønsker å videreutvikle samarbeidet med Dalane DMS i forhold til poliklinisk virksomhet. I tillegg ønsker kommunen å fortsette deltakelsen både i hospiteringsordningen og i praksiskonsulentordningen. I likhet med Stavanger HF, ser også kommunen positivt på samhandlingsreformen og de mulighetene som ligger i reformen. Bjerkreim kommune har per i dag et tett og godt samarbeid med Stavanger HF, og det arbeides aktivt i kommunen for å videreutvikle dette samarbeidet.

#### ***Statens vegvesen***

Peker på behov for gang/sykelsti som middel for økt sikkerhet og mer fysisk aktivitet. Dette er et viktig tiltak.

VURDERING: Det tas inn eget punkt om gang/sykelsti i planen. For øvrig henvises til Trafikksikkerhetsplan 2011 - 2015.

#### ***Fagforbundet***

Ønsker å dele samordningsmodellen slik at omsorgssenter og hjemmesykepleie blir to separate enheter. Påpeker økt arbeidsbelastning.

VURDERING: På nåværende tidspunkt er det ikke aktuelt å dele modellen; dette først og fremst av økonomiske årsaker. Økt arbeidsbelastning relatert til et stadig økende antall pasienter med komplekse problemstillinger, er kjent. Det arbeides derfor aktivt med å øke grunnbemanningen innenfor omsorg. Innføring av Samhandlingsreformen vil også kreve en økt bemanning for å kunne gjennomføres.

#### ***Delta***

Etterlyser bemanningsplan. Ønsker kostveiledning i trappens trinn 2 og 3. Ber om avklaring med tanke på reiseutgifter til Lister Sykehus. Behov for klargjøring av hvem som har ansvar for oppfølging av de forskjellige punktene i planen.

VURDERING: Reiseutgifter ligger utenfor planens mandat, men blir tatt opp med de andre Dalane-kommunene. Kostveiledning synliggjøres i planen. De forskjellige punktene i planen vil bli gjenstand for budsjettbehandling.

#### ***Fylkestannlegen***

Etterspør avtaler mellom kommunene og fylkestannlegen i forhold til tannhelse hos utviklingshemmende, eldre, langtidssyke, rusmisbrukere og uføre. Videre ønskes det samarbeid mellom kommunen og fylkestannlegen i forhold til barnevern, helsestasjon og rusomsorg.



VURDERING: I videre arbeid vil det legges vekt på å utforme avtaler mellom kommunen og tannhelsetjenesten i forhold til aktuelle pasientgrupper/brukere.

### *Fylkesrådmannen*

Etterlyser et godt beslutningsgrunnlag i folkehelsearbeidet for videre prioritering og evaluering innenfor forebyggende helsetjenester.

VURDERING: Det tas inn eget punkt om gang/sykkelsti i planen. For øvrig henvises til Trafikksikkerhetsplan 2011 - 2015. I forhold til "Partnerskap for folkehelse" tas det hensyn til tilbakemeldninger fra fylkesrådmannen, og tiltak i forhold til folkehelsekoordinator framskyndes og det planlegges oppstart i 2012.

Kart og beskrivelse over nye turstier er integrert i planen.

### *Rådet for eldre og funksjonshemmede*

Påpeker viktigheten av at alle aktuelle saker oversendes rådet for eldre og funksjonshemmede. Etterspør plan for nytt helse og sosialsenter, samt nytt aktivitetssenter.

VURDERING: Temaet er vurdert i plansammenheng.