

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2011-2015) d. 26-08-2014

Møtedato Tirsdag d. 26. august 2014 kl. 14:00

Møtested Formannskapssalen

Indholdsfortegnelse

Godkjenning av møteprotokoll fra helse- og sosialstyrets møte 17.06.14.....	3
HØRING: FRITT BEHANDLINGSVALG I SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	5
Høring til Helse- og omsorgsdepartementet om forslag til ny «Forskrift om krav til og organisering	12
Forlag til høringsuttalelse –plikt til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad - e	18
Ekstraordinær anmodning fra IMDi om bosetting av flyktninger 2014 – 2015.....	24

Sak 34/14: Godkjenning av møteprotokoll fra helse- og sosialstyrets møte 17.06.14

Vedlegg

Protokoll Helse- og sosialstyret 17.06.2014



Dato 26. juni 2014
Saksnr.: 201400117-42
Saksbehandler Anne Lise Holand Aabø

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
26.08.2014

Godkjenning av møteprotokoll fra helse- og sosialstyrets møte 17.06.14

Forslag til vedtak

Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 17.06.14.

Wenche Pedersen Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Lise Holand Aabø
Formannskapssekretær

Vedlegg:
Protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 17.06.14

Sak 35/14: HØRING: FRITT BEHANDLINGSVALG I SPELIALISTHELSETJENESTEN

Vedlegg

Vedtak FORMAN, 10092014, Sak 87/14, Høring - Fritt behandlingsvalg i Spesialisthelsetjenesten

Høringsdokument fritt behandlingsvalg.pdf



Dato 11. juli 2014
Saksnr.: 201406168-2
Saksbehandler Dagfinn Haarr

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato
26.08.2014
03.09.2014

HØRING: FRITT BEHANDLINGSVALG I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en utvidelse av dagens system med fritt sykehusvalg og innkjøp av private spesialisthelsetjenester etter anbud. Det nye tiltaket kalles *fritt behandlingsvalg* og skal leveres av private tilbydere uten anbud til en pris som fastsettes av Staten. Leverandørene av fritt behandlingsvalg kan samtidig ha avtaler om å levere spesialisthelsetjenester etter anbud. Departementet foreslår i tillegg å oppheve aktivitetstaket som offentlige sykehus har hatt på sin virksomhet. Det skal også legges opp til økt bruk av innkjøp av spesialisthelsetjenester ved anbud. Målsettingen er å redusere helsekøene, å stimulere de offentlige sykehusene til større effektivitet og å gi pasientene større valgmuligheter for hvor de ønsker å motta utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Eventuelle konsekvenser for kommunenes helse- og omsorgstjenester er ikke diskutert i høringsnotatet.

Henvvisninger av pasienter til spesialisthelsetjenesten skal vurderes av den offentlige helsetjenesten. Når pasienten er gitt rett til helsehjelp, skal hun få en frist for undersøkelse eller behandling i et offentlig sykehus. Dersom hun ønsker det, kan hun benytte systemet med fritt sykehusvalg eller fritt behandlingsvalg isteden. Informasjon til pasientene om fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg skal gis gjennom samme nettportal. Det forutsettes at fastlegene gir nødvendig informasjon om tilbudene.

Forslaget skiller ikke mellom utredning/diagnostisering og behandling. De privatpraktiserende lege- og psykologspesialistene skal ikke omfattes av systemet. Disse utfører i dag 28 % av alle polikliniske kontakter i spesialisthelsetjenesten.

Departementet legger opp til en gradvis innfasing av fritt behandlingsvalg. I 2015 skal tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykiatrisk helsetjeneste, samt noen utvalgte deler av somatisk helsetjeneste inkluderes i ordningen.

I høringsdokumentet er det spesielt spurt om hvorledes individuell plan (IP) kan integreres i et system med fritt behandlingsvalg. IP skal benyttes der pasientene har behov for flere tjenester som trenger koordinering og samarbeid. Dette er særlig aktuelt innen rusbehandling, psykiske lidelser og habilitering/rehabilitering, og IP er særlig viktig der kommunen er tungt inne med tjenester og må følge pasientene også under innleggelse i spesialisthelsetjenestens institusjoner. En IP er pasientens «eiendom» og skal følge pasienten gjennom de ulike fasene av et behandlings- og rehabiliteringsløp. Dersom det ikke

legges opp til at institusjonene skal delta aktivt i utarbeidelse og bruk av IP, kan dette medføre uheldige brudd i behandlingsskjeden.

Vurdering

Internasjonalt er det et økende fokus på «venstreforskyvning», altså satsing på forebygging og tidlig intervensjon, noe som stort sett er et kommunalt ansvar. Tilsvarende er det en økende bekymring for overdiagnostikk og overbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke ufarlig for pasientene og kan medføre økt medikalisering av hverdagsplager.

En aldrende befolkning fører til at flere pasienter lider av flere ulike sykdommer og plager på samme tid. Den diagnosespesifikke «silo-organiseringen» av spesialisthelsetjenesten vi har i dag, er ikke tilpasset dette nye sykdomspanoramaet.

I Norge er Samhandlingsreformen et utslag av disse trendene. Det foregår en gradvis oppgaveforskyvning til kommunene, uten at det alltid følger midler med. De nye oppgavene krever flere kompetente helse- og omsorgsarbeidere i kommunene, og vi konkurrerer med både private institusjoner og den offentlige spesialisthelsetjenesten om de beste fagfolkene. Forslagene fra departementet innebærer totalt sett en økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Fritt behandlingsvalg egner seg best for enklere tilstander og pasienter med bare en sykdom. Samlet vil forslagene i høringsdokumentet ikke bidra til å motvirke trendene som er nevnt ovenfor.

Forslaget forutsetter at spesialisthelsetjenestens vurdering av behandlingsbehov er objektiv og uavhengig, og at alle pasienter som er vurdert til å ha rett på behandling, skal ha dette. Dette er en sviktende forutsetning: Det er vist at det både nasjonalt og internasjonalt er store ulikheter i forbruk av spesialisthelsetjenester. Forbruket av spesialisthelsetjenester i befolkningen er omvendt proporsjonalt med avstanden til stedet tjenesten leveres. Fritt behandlingsvalg vil trolig forsterke forskjellene i forbruk av helsetjenester. De fleste aktuelle leverandører er plassert i befolkningstette strøk.

Kommunene har økende problemer med å gi «fjerdelinjepasienter» et godt tilbud. Dette er alvorlig syke pasienter, gjerne med kombinasjoner av rus og psykiske lidelser som burde vært et klart ansvar for andre- og tredjelinjen i spesialisthelsetjenesten, men der kommunene opplever å stå alene fordi pasientene ikke «passer inn» i spesialisthelsetjenesten. Forslaget om fritt behandlingsvalg er ikke tilpasset denne pasientgruppen.

Konsekvenser for pasientene:

- Pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser kan få enda flere aktører å forholde seg til.
- De yngste og friskeste/enkleste pasientene har de største mulighetene til å gjøre seg nytte av valgmulighetene. Det vil gi en skjevprioritering. Dette er tydelig innen somatisk spesialisthelsetjeneste hvor valgtilbudet har vært reelt i flere år.
- Ingen av aktørene har felles journalsystemer, og høringsnotatet er lite konkret på hvorledes informasjonsflyten skal sikres.
- Mange pasienter har behov for oppfølging over år og har krav på en langvarig og forutsigbart tilbud. Hvis disse skal ha nytte av fritt behandlingsvalg, forutsetter dette langsiktige og forpliktende avtaler med leverandører.
- Forebyggende tiltak blir ikke prioritert ved en slik løsning, satsningen på behandling og dermed en «høyreforskyvning» forsterkes.
- Det er uklart om hvem som har ansvaret ved komplikasjoner og behov for oppfølging etter innleggelse i institusjoner som er med i *fritt behandlingsvalg*.
- Unødvendig sykkelgjøring, overdiagnostikk og overbehandling kan være farlig og uheldig for pasientene.

Konsekvenser for kommunene:

- Enda større vanskeligheter med å rekruttere kompetent personale. Det er allerede store utfordringer å få tak i psykologer, sykehjemsleger og leger til å dekke kommunalt akutt døgnopphold.
- Fragmenterte tjenester i spesialisthelsetjenestene gir større belastning på kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunehelsetjenesten får flere aktører å forholde seg til når det gjelder de pasientgruppene der det er størst utfordringer med ansvarsforhold og tett samhandling over tid.
- Fastleger og andre må bruke mer ressurser på å veilede pasientene inn i spesialisthelsetjenesten, noe som medfører tid til administrasjon på bekostning av tid til reell helsehjelp.
- Økte utgifter til spesialisthelsetjenester vil kunne gå på bekostning av en helt nødvendig utbygging av kvalitet, kompetanse og volum i kommunale tjenester.
- Redusert fokus på forebyggende tiltak ved at kommunene ikke får tilstrekkelig midler og personell til forebyggingstiltak.

Forslag til vedtak

1. Kristiansand kommune mener at en utvidelse av pasientens valgfrihet gjennom innføring av fritt behandlingsvalg kan få negative konsekvenser.
2. Dersom fritt behandlingsvalg skal gjelde også pasienter med sammensatte behov, er det en forutsetning at deltakelse i arbeid med individuell plan blir nedfelt i avtalene med leverandørene.
3. Kristiansand kommune ser med bekymring at forslaget samlet medfører økt aktivitet og økte utgifter i spesialisthelsetjenesten, noe som kan medføre at kommunene får enda større problemer med å rekruttere kompetent helsepersonell og oppfylle sine oppgaver innen forebygging og behandling/rehabilitering.

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche Pedersen Dehli
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:
Høringsnotat Fritt behandlingsvalg

Bakgrunn for saken

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut på høring et forslag om å utvide pasientenes frihet til å velge utrednings- eller behandlingsplass innen spesialisthelsetjenesten ved å innføre et system som kalles «*fritt behandlingsvalg*». Dette skal gjelde alle tre deler av spesialisthelsetjenesten, både somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Fritt behandlingsvalg kommer i tillegg til dagens ordninger, som er:

- Fritt sykehusvalg innen det offentlige sykehusvesenet.
- Helseforetakenes innkjøp av private spesialisthelsetjenester gjennom anbud, som også inngår i systemet med fritt sykehusvalg.
- HELFO (NAV/trygdevesenet) sine innkjøp av behandlingsplasser dersom en pasient ikke er kommet i behandling innen den fristen som er satt av offentlig sykehus.
- NAV sin finansiering av «Raskere tilbake», raskere helsehjelp til de som er i et arbeidsforhold.

Institusjoner som vil delta i fritt behandlingsvalg, skal inngå avtaler med det offentlige. Prisen skal fastsettes av Staten. Prisnivået skal holdes så lavt som mulig, i dokumentet foreslås det å ta utgangspunkt i laveste anbud på tilsvarende tjenester og legge prisen for fritt behandlingsvalg litt under dette. Det blir mulig for samme institusjon å levere tjenester både innen anbudsordningen og ordningen med fritt behandlingsvalg. Anbudsordningen gir kontroll med volumet på helsetjenester som kjøpes av private. Det blir derimot ikke noe øvre tak på hvor stor aktivitet den enkelte leverandør kan ha innen ordningen med fritt behandlingsvalg. Privatpraktiserende lege- og psykologspesialister og diakonale sykehus skal ikke inngå i ordningen.

I dag har offentlige sykehus en begrensning på hvor stor aktivitet de kan ha i løpet av året. Dette ble innført for å få kontroll med betydelige underskudd ved helseforetakene. Departementet varsler at man vil fjerne aktivitetstaket. Man gir også signal om at det er ønskelig at helseforetakene øker innkjøp av private helsetjenester gjennom bruk av anbud.

Departementet foreslår at henvisningene til spesialisthelsetjeneste skal sendes til helseforetaket (det offentlige sykehuset) og vurderes der innen ti virkedager. Deretter skal pasienten tilskrives med angivelse av en siste frist for at utredning eller behandling skal iverksettes. Pasienten kan så bruke dette dokumentet til å kontakte en institusjon som inngår i systemet med fritt behandlingsvalg, dersom hun ikke ønsker å bli utredet eller behandlet innen det offentlige sykehusvesenet eller institusjoner som har avtale gjennom anbud.

Informasjon om fritt behandlingsvalg skal ligge i samme nettbaserte system som fritt sykehusvalg. Fastlegen må sørge for nødvendig informasjon.

Departementet angir følgende formål for tiltakene:

- Gi pasientene større valgfrihet for hvor de ønsker å motta utredning eller behandling
- Gi de offentlige sykehusene større grad av konkurranse
- Gi kortere ventelister og færre fristbrudd i spesialisthelsetjenesten
- Demme opp for helprivate helsetilbud

Fra 2015 skal ordningen med fritt behandlingsvalg innføres gradvis, først innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, deretter innen utvalgte områder innen somatisk medisin.

Mye er ikke avklart i høringsdokumentet, blant annet hvor stort omfang ordningen med fritt behandlingsvalg vil få, hvor store administrasjonskostnadene blir, hvorledes avtalene skal utformes, hvorledes forskriften blir seende ut, hvordan man skal få til forsvarlig utveksling av pasientopplysninger. Eventuelle konsekvenser for kommunenes helse- og omsorgstjenester og fordeling mellom tjenestenivåene innenfor rammene av et samlet helsebudsjett er ikke behandlet i det hele tatt.

Departementet ber spesielt om tilbakemelding på hvorledes individuell plan (IP) kan håndteres av institusjoner som deltar i fritt behandlingsvalg. IP er nå etablert både lovmessig og i praksis som en helt sentral del av det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienter som har behov for langvarige tjenester fra flere instanser. IP er pasientens verktøy og «eiendom» og skal bidra til gode og sammenhengende tjenester. Spesielt innen rus, psykiatri, habilitering og rehabilitering er IP et viktig verktøy. Det er også nyttig å bruke IP som en del av samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. For kommunene er det derfor helt nødvendig at det nedfelles i avtalene med disse leverandørene at de følger opp bruken av IP slik det gjøres i de øvrige delene av spesialisthelsetjenesten.

Diskusjon

I det følgende fokuserer vi først og fremst på hvilke konsekvenser forslagene i høringsnotatet vil kunne ha for pasientene og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Innføring av *fritt behandlingsvalg* vil isolert sett ikke bety store endringer i spesialisthelsetjenestens tilbud. Fritt sykehusvalg har man allerede hatt i mange år, og innføringen av behandlingsfrister og HELFO sine innkjøp av behandlingsplasser ved fristbrudd bidrar også til å sikre pasientenes rettigheter og valgfrihet. Men fjerningen av aktivitetstak i helseforetakene, ingen begrensning på produksjonen innen *fritt behandlingsvalg* og intensjonen om økt innkjøp av tjenester via anbud, vil til sammen bety økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten, og dermed behov for mer penger og mer personell.

Det ligger en forutsetning i forslaget om at tjenestene i spesialisthelsetjenesten er nødvendige og at tildelingen skjer på objektive, medisinske premisser. Mye forskning viser at denne forutsetningen ikke holder. Spesialisthelsetjenestens tjenester kan i følge John Weinberg deles i tre kategorier:

- nødvendige tjenester (enighet om nødvendigheten av tjenesten),
- preferansesensitive tjenester (flere mulige handlingsvalg for utførelse av tjenesten)
- tilbudssensitive tjenester (der markedsmekanismer i stor grad styrer forbruk).

Sistnevnte kategori står for 60 % av forbruket av spesialisthelsetjenester. Olav Helge Førde har vist at dette også gjelder for norske sykehus og kommuner. Fritt behandlingsvalg vil forsterke ressurstilgang til tilbudssensitive tjenester der forholdet mellom kostnad og nytte ikke er gunstig.

Det er en stadig økende bekymring både i Europa og USA over farene ved overdiagnostisering og overbehandling. Det er også i Norge store og uforklarlige forskjeller mellom frekvensen av en rekke kirurgiske inngrep, selv i naboregioner. Unødvendig diagnostisering og behandling representerer en reell helserisiko for pasientene. Inngrepene har en viss risiko for komplikasjoner, men også unødvendig bekymring og engstelse hos pasientene kan i seg selv være sykdomsfremkallende. Det blir for en stor grad førstelinjetjenesten i kommunene som må «rydde opp» i slike situasjoner.

Fritt behandlingsvalg vil fungere best ved behandling av enkle lidelser hos pasienter som ikke har for mange kompliserende faktorer. Dagens ordning med fritt sykehusvalg og kjøp av private helsetjenester fungerer også slik. Det vil favorisere personer som har ressurser til å sette seg inn i systemet og som har evne og vilje til å kreve fritt behandlingsvalg. Det er en fare for en sosial skjevfordeling, som kan forsterkes hos pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser, der mange har store problemer med å finne ut i de offentlige systemene. Dersom dette skal motvirkes, må mindre ressurssterke pasienter få hjelp til å bruke systemet. Dette er en oppgave som kommunen vil måtte ta seg av. Fastlegene blir viktige, men innen rus og psykiatri vil kommunale oppfølgingstjenester også bli involvert i å skaffe pasientene det rette tilbudet. Dette vil kreve ressurser fra kommunen.

Innenfor rus og psykiatri, men også innenfor somatisk medisin, blir bildet mer og mer preget av pasienter som lider av mer enn en sykdom, og der det kreves et tett tverrfaglig samarbeid

hvor kommunene må være med under hele behandlingsforløpet. Det foregår i tillegg en gradvis oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, både i medhold av avtaler i Samhandlingsreformen, men også i stor grad uten formelle avtaler eller vedtak, og ofte uten at det følger penger med. Kommunene skal også ivareta «venstreforskyvningen» i Samhandlingsreformen, altså en økt satsning på forebygging, tidlig intervensjon, hverdagsrehabilitering, tidlig psykisk helsehjelp etc. *Fritt behandlingsvalg* vil ikke bidra til å gi et bedre tilbud til pasientene med sammensatte lidelser og behov for flere tjenester.

Begrepet «fjerdelinjetjeneste» blir brukt for å beskrive en gruppe tungt lidende pasienter som ikke «passer inn» i spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene har ofte en kombinasjon av rusproblemer og psykisk sykdom. Kommunene må forsøke å gi disse pasientene en forsvarlig helse- og sosialtjeneste, og det har vist seg vanskelig å få den nødvendige støtte fra spesialisthelsetjenesten i håndteringen av disse pasientene. *Fritt behandlingsvalg* vil ikke ha noen positiv effekt på samarbeidet rundt «fjerdelinjepasientene».

En aktivitetsøkning i spesialisthelsetjenesten vil medføre økte utgifter, også til administrasjon. Ved at man fjerner aktivitetstaket for helseforetakene og legger opp til ubegrenset bruk av *fritt behandlingsvalg*, blir denne utgiftsøkningen vanskelig å styre. Dette kan gå på bekostning av midler til kommunenes helse- og omsorgstjenester. Dette kan medføre at det blir mindre midler til rådighet for å gjennomføre de overordnede prinsippene i samhandlingsreformen.

Kommunene har behov for å knytte til seg helse- og omsorgspersonell for å klare alle oppgaver på en forsvarlig måte. Kommunene, spesialisthelsetjenesten og private institusjoner konkurrerer i stor grad om det samme personellet, som leger, psykologer og sykepleiere. Enhver ekstra økt aktivitet og kapasitet i spesialisthelsetjenesten vil gjøre det enda vanskeligere å rekruttere kompetent helse- og omsorgspersonell til kommunene.

Det er derfor viktig å følge utviklingen etter innføring av fritt behandlingsvalg tett for å dokumentere eventuelle vridningseffekter som er skissert ovenfor.

Sak 36/14: Høring til Helse- og omsorgsdepartementet om forslag til ny «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)»,

Vedlegg

Vedtak FORMAN, 27082014, Sak 80/14, Høring til Helse- og omsorgsdepartementet om forslag til ny «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)»,



Dato 6. august 2014
Saksnr.: 201407619-2
Saksbehandler Sigurd Paulsen

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

26.08.2014
27.08.2014

Høring til Helse- og omsorgsdepartementet om forslag til ny «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)»,

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut til høring et forslag til ny «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)», heretter kalt akuttmedisinforskriften. Hovedtrekkene som har betydning for kommunehelsetjenesten og kommunal legevakt er: Kommunene kan inngå avtaler med frivillige organisasjoner og kommunalt brannvesen om bistand i tillegg til, eller i påvente av akuttmedisinsk personell. Kompetansekrav til personell i legevakt. Her kreves at leger i selvstendig vakt enten skal være spesialister i allmenntilleggsmedisin, evt andre spesialiteter eller ha gjennomført tre års veiledet tjeneste. Andre leger i vakt må ha bakvaktordning. Denne skal organiseres av kommunen.

- Både leger og hjelpepersonell ved legevaktene skal ha gjennomgått kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.
- Legevaktsentralene skal besvare 80% av alle telefonhenvendelser innen 90 sekunder, og 95% innen to minutter.
- Legevaktsentralene skal ha utstyr til lydopptak av viktig trafikk.
- Det skal tilrettelegges for innføring av nasjonalt legevaktnummer 116117.

Forskriften samler og forenkler to tidligere forskrifter. Den tydeliggjør de forskjellige aktørers rolle i den akuttmedisinske kjeden. Det blir tydeligere kompetanse- og funksjonskrav til personell i den kommunale legevaktordningen. Forskriften er et viktig bidrag til en kvalitetssikring av de akuttmedisinske tjenestene.

I saksfremlegget nedenfor går vi gjennom de delene av forskriften som har betydning for kommunene og kommunalt personell.

Forslaget til akuttmedisinforskrift betyr en viktig kvalitetsheving av legevakt- og prehospitalmedisin. Det er ikke foretatt en realistisk analyse av hva forskriften vil bety av økte kostnader for kommunene. Både kompetansekrav, krav til responstid på telefon og krav til opptaksutstyr for samtaler vil med stor sannsynlighet gi økte kostnader ut over det som er anslått i høringsnotatet.

Forslag til vedtak

1. Kristiansand kommune støtter innføringen av akuttmedisinforskriften med de kommentarer som er nevnt i saksframlegget.
2. Kommunen viser til at anslaget over de økonomiske konsekvensene i høringsnotatet ikke er realistiske. Økte utgifter for kommunene som følge av forskriften må kompenseres fullt ut.

Wenche P Dehli
Helse- og sosialdirektør

Sigurd Paulsen
Tjenesteleder Lokalmedisinske tjenester

Vedlegg:
Skriv inn vedlegg.

Bakgrunn for saken

Akuttmedisinforskriften har vært lenge etterlengtet, fordi det har vært uklar organisering og uklare krav til utstyr og kompetanse i den akuttmedisinske kjeden. Kristiansand kommune vil gi støtte til HOD sine vurderinger om hvilke endringsforslag som er prioritert. Kristiansand kommune vil i høringsuttalelsen bare uttale seg om endringsforslag som får en direkte konsekvens for kommunens organisering av helsetjenesten, herunder legevaktstjenesten og legevaktsentralen som del av den medisinske nødmeldetjenesten.

Konkrete kommentarer knyttet til de enkelte forslag som vurderes relevante for kommunen

Kap. 4.1.2: Samhandling

«Det er også foreslått en bestemmelse om samordning og samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden som er en videreføring av tilsvarende bestemmelse i dagens akuttmedisinforskrift».

Kommentar: Kristiansand kommune støtter HOD sitt forslag om å videreføre paragrafen om samhandling mellom kommunen og de regionale helseforetakene med tanke på koordinert innsats i den akuttmedisinske kjede. Kommunen mener foreslått forskriftstekst er dekkende men ønsker at det enda tydeligere i bakgrunnsnotatet blir påpekt viktigheten av at det lages detaljerte planer for struktur og innhold i nevnte samhandling, inkludert planlagte møter, styringsgrupper og faglige veiledere. Kommunen er kjent med at det i dag er knyttet betydelige utfordringer til samarbeid og samhandling mellom legevaktstjenesten og prehospitaltjenester, og det er derfor viktig at slikt samarbeid skjer etter en klart definert plan og struktur.

Kap 4.1.3 Om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten

«Flere land har over lang tid benyttet forskjellige ordninger for akuttgjeldere/førstehjelpere i tidsrommet frem til helsepersonell kan nå frem til pasienten....I Norge forekommer liknende ordninger hvor annet helsepersonell, brannvesen, frivillige organisasjoner etc., mer eller mindre organisert utfører førstehjelp frem til helsepersonell kan starte sin behandling. Det er så langt departementet har brakt i erfaring, også stor variasjon i hvilken grad ordningene systematisk følges opp og dokumenteres».

Kommentar: Erfaringen fra større ulykker og katastrofer er at Røde Kors, Norsk Folkehjelp, lokalt brannvesen og andre ofte gjør en stor og avgjørende innsats tidlig, og de er et viktig supplement til offentlige tjenester senere i forløpet. Det er positivt at forskriften legger opp til et formalisert samarbeid med frivillige organisasjoner og akuttetater utenom helsevesenet. En erfaring fra Kristiansand kommune er at pågang av personer med psykiske lidelser og personer med behov for bistand fra politiet er en økende trend som følge av både nye forskrifter på området og endringer i organisering av akuttpsykiatrien ved spesialisthelsetjenesten. Det er ikke uvanlig at hver pasient krever en lege samt sykepleier og bistand fra politi i opptil 3 timer før det er avklart hva som skal skje videre med pasienten. Kristiansand kommune mener at slik regelverket er i dag, avsettes helsepersonell ved

legevakt og politiressurser i for stor grad til dette arbeidet, og fare for samtidighetsproblematikk på legevakten, samt at politiet binder opp ressurser er til stede i for stor grad. Kristiansand kommune mener derfor at departementet bør se på denne problematikken i samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å komme frem til bedre løsninger av dagens organisering og bruk av ressurser.

Kap. 4.2.3.2 Kompetansekrav til leger i vakt

«På bakgrunn av Helsetilsynets funn, de særskilte utfordringene i legevakttjenesten og Helsedirektoratets anbefalinger foreslår departementet i høringsnotatet å stille spesifikke krav til kompetanse for leger som skal ha selvstendig legevakt uten bakvakt. Vaktleger som ikke oppfyller kravene må ha kvalifisert bakvakt, dvs. leger i bakhånd med kvalifikasjoner tilsvarende de kompetansekrav som stilles. Med bakvakt i denne sammenheng menes leger som er tilgjengelig på nødnetradio og som kan rykke ut om nødvendig».

Kommentar: Kristiansand kommune gir klar støtte til innføring av kompetansekrav for leger i vakt, og vi støtter minimumsnivået som HOD foreslår, som sier at alle spesialister i allmennmedisin og fastleger som hadde hjemmel per 2005 er kvalifiserte for selvstendig vakt. Kommunen mener det også er naturlig å bruke EU-kravet om 3 års veiledet tjeneste som minimumskrav for allmennleger i spesialisering, og mener det er viktig med tilleggskravet om minimum 1 år i allmennmedisinsk praksis for å støtte opp om målet om at flest mulig vakter bør tas av fastleger eller leger med kjennskap til allmennmedisinsk metode. Kommunen støtter at det åpnes for at også andre leger enn fastleger kan være kompetente for selvstendige vakter, gitt at de har en relevant medisinsk spesialitet eller erfaring. Ved Kristiansand legevakt tas 54% av vaktene av fastleger, og legevakten ligger da på landsgjennomsnittet alle legevakter sett under ett, men over gjennomsnittet for store bylegevakter. Kristiansand legevakt ønsker klart at flest vakter skal tas av fastleger, men kommunen ser også en verdi i at andre leger med interesse for, og kunnskap om legevaktsmedisin, kan delta i vaktkorpset. Kommunen støtter forslaget om hvilke legespesialister som kan gå selvstendig vakt, samt leger i spesialisering (LIS) i samme fagområder, med minst tre års veiledet praksis.

Når det gjelder spørsmålet om innføring av grunnkompetanse for andre relevante legespesialister (og LIS med 3 års veiledet tjeneste) bør være en overgangsordning eller ikke, mener Kristiansand kommune at ordningen bør være permanent. Som en sentral kommune med legevakt nært til Sørlandet Sykehus, vil en del av vaktene dekkes av sykehusleger. Legevakten i Kristiansand har strenge regler på hvem som kan gå vakt, etter hvilken kjennskap de har til legevakten og allmennmedisinsk metode, og legevakten godtar således ikke at «tilfeldige sykehusleger» og andre leger uten fastlegeavtale eller tilknytning til legevakten får ta vakter. Med en slik kvalitetssikring har kommunen og legevakten opplevd en klar nytte av få leger med interesse for, og erfaring fra, legevakt inn i vaktkorpset.

Kristiansand kommune tror ikke at det er gunstig å planlegge for et fremtidig «forbud» mot at andre leger enn fastleger kan ha selvstendig grunnkompetanse til å ta vakter, da dette vil kunne legge et ytterligere press på fastlegekorpset i kommunen, og potensielt føre til at flere vil søke om fritak på grunn av alder eller sosiale grunner.

«Krav utover grunnkompetanse for leger og annet helsepersonell i vakt – forslag om krav om kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering»

Kommentar:

Angående kurs for leger

Kristiansand kommune mener det er fornuftig å kreve nevnte kurs som spesifikt tilleggskrav for alle leger som skal ha selvstendige vakter. For spesialister i allmennmedisin og allmennleger i spesialisering er kurs i akuttmedisin allerede et integrert krav i videre- og etterutdanningen, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering er planlagt innført på lik måte. Når det gjelder samme kurs for sykehuslegene, mener Kristiansand kommune at det er riktig at det stilles krav om at også sykehuslegene som skal gå selvstendige vakter må ha kurs i akuttmedisin, akuttpsykiatri, og volds- og overgrepshåndtering. Ved innføring av kompetansehevingstiltak fra staten, bør tiltakene være avklart mtp struktur, innhold og finansiering. Kommunen er kjent med at Nasjonalt kompetansesenter i legevaktsmedisin har

utarbeidet en mal som er tilpasset «allmenntmedisinsk akuttmedisin». Denne malen skiller seg fra akuttmedisin sett fra sykehusets side. «Allmenntmedisinsk akuttmedisin» er mest relevant for legevakttjenesten, og det er derfor viktig at sykehuslegene deltar i et slikt kurs, samt kurs om volds- og overgrepshåndtering. Krav om nevnte kurs vil kunne oppleves som et hinder for enkelte sykehusleger til å ta vakter på legevakten, men kommunen mener likevel at kravet også bør gjelde disse legene. Kravene vil kunne føre til en positiv seleksjon av leger som har en særlig interesse for legevaktmedisin og for å opparbeide seg den spesifikke kurskompetansen som kreves for å gå selvstendige vakter.

Angående kurs for hjelpepersonell om jobber sammen med lege i vakt, §8 i forslag til ny forskrift –

Kommunen støtter forslaget om å innføre tilsvarende kurs også for hjelpepersonell som jobber tett opp mot legevaktslegen. Kommunen vil likevel bemerke at det i høringsutkastet i liten eller ingen grad er omtalt hvor ofte slike kurs skal gjennomføres for denne gruppen, eller om det er tenkt at hjelpepersonellet skal gjennomføre de samme kursene som legene. Kristiansand kommune mener at det bør utredes og klargjøres nærmere hva nevnte kurs bør inneholde for annet personell enn leger, da kommunen mener disse kursene i stor grad bør tilpasses sykepleierens unike rolle og kompetanse på legevakt, og det bør stilles egne krav til hvordan sykepleierne og annet hjelpepersonell håndterer akuttmedisinske og akuttpsykiatriske problemstillinger, samt håndtering av volds- og overgrepssatte personer. Det er en vesensforskjell i rollene mellom leger og sykepleierne/øvrig helsepersonell på legevakt, og dette bør bygges opp under med egne tilpassede kurs, da for eksempel dagens akuttmedisinkurs for allmennleger i stor grad er tilpasset nettopp allmennlegers kompetanse og metode, inkludert diagnostisk tankegang, og vil egne seg dårlig for annet helsepersonell enn leger. Derimot vil emner som kommunikasjon-, forståelse av arbeidsmetoder med mere, være viktige for samkjøring av personalet ved legevakten.

4.2.3.3 Krav om å ha bakvakt

«...ny § 7 tredje ledd... kommunen får plikt til å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravet til grunnkompetanse i første ledd og kravet om gjennomførte kurs i andre ledd»

Kommentar: Kristiansand kommune støtter forslaget om innføring av bakvaksordning for leger i vakt som ikke selv har selvstendig kompetanse, og at kravet for bakvakten er at hun selv innehar slik grunnkompetanse samt spesifikk kompetanse med tilleggs kurs. For Kristiansand kommune og legevakten vil det stort sett være turnusleger som vil trenge slik bakvakt. Turnuslegene har allerede i dag en bakvaksordning etter gjeldende regelverk, men kommunen ser samtidig at det har vært et behov for at bakvaksordningen blir mer strukturert og forskriftsfestet, da dette både vil trygge legene på vakt, samt kvalitetssikre arbeidet som gjøres av legene ved Kristiansand legevakt. Ved vår legevakt er det i dag allerede alltid minst to leger på vakt samtidig, og ny forslag til ny forskrift vil i liten grad føre til behov for endringer i legeturnusen, men det vil føre til en kvalitetssikring ved at leger uten selvstendig kompetanse for en definert bakvakt å forholde seg til som også kan hjelpe til ved særlig vanskelig medisinske problemstillinger eller akuttmedisinske hendelser. Kristiansand kommune har ingen merknader til behov for unntaksbestemmelser i regelen om bakvakt og spesifikke kurskrav da det ikke vil få konsekvenser for vår kommune og legevakt.

4.4.3 Nærmere om krav til legevaktsentraler (LV-sentraler).

«Krav til svartid ved LV-sentral - Ut fra noe varierende praksis i andre land foreslås det at svarsystemet i LV-sentralen innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter»

Kommentar: Kristiansand kommune støtter forslaget om å forskriftsfeste krav til svartid på legevaktsentralene. Kommunen mener likevel at kravene fremstår noe strenge, da foreslåtte krav vil føre til et klart behov for økt bemanning på telefon i LV-sentralene, med vesentlig økte kostnader for kommunene. Kommunen støtter helsemyndighetenes ønske om at legevaktene i fremtiden i større grad prioriterer behandling av de sykeste pasientene. Dette vil imidlertid også medføre at legevaktene i større grad enn i dag bør forsøke å avklare mange av pasientenes problemer i første omgang på telefon gjennom faglig gode og

forsvarlige råd fra sykepleiere og eventuelt lege per telefon, ofte råd om kontakt med fastlegen dagen etter hvis den medisinske tilstanden tillater det (såkalt «grønn respons»), som et alternativ til ordinær legekonsultasjon. Dette vil kreve en omfordeling av ressursene på legevakten, med også her et klart behov for økt bemanning med erfarne og kompetente sykepleiere som kan gi råd per telefon. Da legene på vakt ved de fleste legevakter fremdeles i liten grad utgjør en kostnad for kommunen på tidspunktet med størst trykk (kveldstid, legene er oftest selvstendig næringsdrivende over normaltariffen også på legevakt), vil en slik omfordeling av personellressursene føre til en betydelig økt kostnad for legevakten og kommunen. Kristiansand kommune forventer at staten kompenserer kommunene for merutgiftene forslaget medfører. Kristiansand kommune er derfor ikke enig med HODs oppfatning av dette forslaget ikke vil få nevneverdige økonomiske konsekvenser. Kommunen frykter videre at for strenge krav til svartid vil føre til at sykepleierne ikke lenger kan ta seg tid til å gi gode råd, og heller velger å sette opp pasienten til time hos lege med medfølgende økt trykk for legen med pasienter det ikke nødvendigvis haster med, og dermed mindre tid til pasienter som er virkelig syke.

«Lydopptak ved LV-sentraler» og «Krav til kompetanse hos LV-sentraloperatørene»

Kommentar: Kristiansand kommune støtter vurderingen om at det er nødvendig med lydopptak utstyr ved legevaktsentralene for dokumentasjon av kommunikasjon. For Kristiansand kommune som er en stor legevakt, med behov for mer avansert utstyr må en forvente en kostnadsramme på nærmere 100.000 kr. Kommunen forventer også her at staten vil bidra med kompensasjon for merutgiftene.

Angående krav til kompetanse hos LV-sentraloperatørene er kommunen enig i at betjeningen av LV-sentralen er en svært viktig funksjon, både når det gjelder hastegradsvurdering og rådgivning per telefon, jamfør kommentaren i punktet over om «svartid ved LV-sentral». Kommunen støtter kravet om nødvendig helsefaglig kompetanse og tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser - 6.1 Vedrørende kommunal legevaktordning
«Noen av forslagene til forskriftsbestemmelse er beregnet å medføre ekstra kostnader for kommunene»

Kommentar: Kristiansand kommune ser klart at flere av forslagene i ny forskrift vil medføre økte kostnader for kommunen. Kommunen vil påpeke behovet for økte overføringer fra staten knyttet til opprustning av legevaktjenesten i kommunen, særlig knyttet til krav i ny forskrift. Kommunen deler ikke HOD sitt syn på at enkelte av forslagene ikke vil føre til nevneverdige økte kostnader og viser til tidligere kommentarer. En økning av bemanning på legevaktene som følge av økt krav til tilgjengelighet vil også medføre økt behov for areal og bygningsmessige tiltak.

«Det antas at rundt 3 300 annet helsepersonell bør ha kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det er tatt høyde for en kostnad på rundt 32 mill. kroner årlig over fem år til kurs for leger og annet helsepersonell»

Kommentar: Kristiansand kommune vil igjen påpeke at det i forslaget i liten grad redegjøres for hvordan en tenker å gjennomføre kurs for annet hjelpepersonell i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Kommunen mener det er en dårlig idé å bruke samme mal på annet hjelpepersonell som for legene, og det må således utvikles egne kurs for denne gruppen. Det er i forslaget heller ikke redegjort for hvor ofte kursene skal gjennomføres. Med slike usikkerhetsmomenter er det vanskelig for kommunen å vurdere hvilke konsekvenser dette får i form av økte kostnader for kommunene.

Sak 37/14: Forlag til høringsuttalelse –plikt til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad - endring i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 20

Vedlegg

Vedtak FORMAN, 27082014, Sak 79/14, Forlag til høringsuttalelse –plikt til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad - endring i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 20

Høringsbrev fra Arbeids- og sosialdepartementet.docx

Høringnotat.docx



Dato 18. august 2014
Saksnr.: 201405903-2
Saksbehandler Elisabeth Engemyr

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato
26.08.2014
27.08.2014

Forslag til høringsuttalelse –plikt til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad - endring i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 20

Sammendrag

Arbeids- og sosialdepartementet har 4.6.2014 sendt forslag til endringer i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltninger (LOST) på høring. Forslaget innebærer at § 20 i LOST omgjøres fra en mulighet kommunene i dag har til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad til plikt til å stille vilkår om aktivitet med mindre tungtveiende grunner taler imot det. Det er i dag store forskjeller mellom kommunene hvordan muligheten til å stille plikt til aktivitet praktiseres. Hensikten bak forslaget er økt bruk av vilkår og likere praksis mellom kommunene. NAV Kristiansand stiller plikt om aktivitet til ungdomsgruppa (aldersgruppa 18 – 25 år), og for hoveddelen av sosialhjelpsmottakere over 25 år, der vedkommende kan nyttiggjøre seg aktivitet.

Departementet ber kommunene gi innspill knyttet til økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget med utgangspunkt i den oppfølgingen kommunene i dag har av sosialhjelpsmottakere.

Kristiansand kommune stiller seg positive til forslaget som vil harmonisere praksis mellom kommunene. Kommunen ber departementet klargjøre ytterligere i forskrift og/eller veileder til kommunen hvordan plikten skal gjennomføres og hvilket ansvar den enkelte mottaker har for å samarbeide med NAV-kontoret slik at vilkår settes etter individuell vurdering og i samsvar med endringens intensjon «for å sikre en permanent overgang til arbeidslivet». Kristiansand kommune forutsetter at staten dekker kommunens kostnader for å innføre vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad som samsvarer med lovgivers intensjon om å «sikre permanent overgang til arbeidslivet».

Forslag til vedtak

1. Formannskapet gir sin tilslutning til forslaget til høringsuttalelse fra Kristiansand kommune om endring i lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen § 20.
2. Kristiansand forutsetter at staten dekker kommunens kostnader for å innføre aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad. Videre har vi en forventning om at staten også stiller stimuleringsmidler og incentiver for å sikre tilstrekkelig tilrettelagte arbeidsplasser i det ordinære arbeidsmarkedet og tilskudd for etablering av arbeidsmarkedsbedrifter.

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:
Høringsbrev datert 4.6.2014
Høringsnotat juni 2014
Forslag til høringsuttalelse fra Kristiansand kommune

Bakgrunn for saken

Arbeids- og sosialdepartementet foreslår i høringsbrev av 4.6.2014 endringer i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltninger (LOST). Forslaget innebærer at § 20 i LOST omgjøres fra en mulighet kommunene i dag har til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad til plikt til å stille vilkår om aktivitet med mindre tungtveiende grunner taler imot det.

Høringsforslaget er utarbeidet på bakgrunn av at det i dag er store forskjeller mellom kommunen hvordan muligheten til å stille plikt til aktivitet praktiseres. Hensikten bak forslaget er økt bruk av vilkår og likere praksis mellom kommunen.

Endringsforslaget

Ordlyden i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 20 er idag:

«Det kan settes vilkår for tildeling av økonomisk stønad, herunder at mottakeren i stønadsperioden skal utføre passende arbeidsoppgaver i bostedskommunen, se også § 21 tredje ledd og § 25. Vilrårene må ha nær sammenheng med vedtaket. De må ikke være uforholdsmessig byrdefulle for stønadsmottaker eller begrense hans eller hennes handle- eller valgfrihet på en urimelig måte. Vilrårene må heller ikke være i strid med andre bestemmelser i loven her eller andre lover.»

Utkast til ny lovbestemmelse (det som foreslås endret står i kursiv):

§ 20 Bruk av vilkår *om aktivitet*

«Det *skal* settes vilkår om aktivitet for tildeling av økonomisk stønad, *med mindre tungtveiende grunner taler mot det.*

Vilrårene må ha nær sammenheng med vedtaket *og ha som mål at stønadsmottakeren skal bli helt eller delvis selvhjulpen.* De må ikke være uforholdsmessig byrdefulle for stønadsmottaker eller begrense hans eller hennes handle- eller valgfrihet på en urimelig måte. Vilrårene må heller ikke være i strid med andre bestemmelser i loven her eller andre lover.

Ved brudd på vilrårene kan det fattes vedtak om at stønaden reduseres, forutsatt at det i vedtaket om stønad og vilkår er informert om muligheten for slik reduksjon.

Departementet kan i forskrift gi nærmere retningslinjer for bruk av sanksjoner.»

Departementet ber kommunen gi innspill knyttet til økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget med utgangspunkt i den oppfølgingen kommunen i dag har av sosialhjelpsmottakere.

Forslag til høringsuttalelse ligger ved.

12.august 2014

Høringsuttalelse - plikt til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad - endring i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 20

Kristiansand kommune har vurdert Arbeids- og sosialdepartementets forslag til endringer i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltninger datert 4.6.2014.

Vi ønsker å komme med innspill på endringen som foreslås. Vi har estimert kostnader av endringene basert på hvordan vilkår om aktivitet praktiseres og hva som kjennetegner langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp i kommunen i dag, gitt intensjonen om at aktivitet skal sikre en permanent overgang til arbeidslivet.

Kristiansand kommune er positive til endringene som foreslås. Våre erfaringer er at dette kan bidra til å gi den enkelte nødvendig bistand for å komme i aktivitet og bli selvhjulpent. Vi opplever også at aktivitetskrav gir positive virkninger for samfunnet ellers. Samtidig erfarer vi at det er noen brukere, særlig gjelder dette brukere med rus- og psykiatri (ROP-) lidelser, hvor vilkår-setting ikke er hensiktsmessig, eller brukere hvor avstanden til jobb er så lang til at det synes urimelig å legge til grunn en intensjon om permanent overgang til arbeidslivet. Vilkår om aktivitet fordrer individuelt tilpassing og vurdering når vilkår settes, følges opp og sanksjoneres. Det finnes få objektive grenser og kriterier for utøvelse av skjønn, eller urimelig skjønn. En ytterligere presisering fra statens side i forskrift kan synes hensiktsmessig.

Departementets forslag om å gjøre vilkårssetting om fra en mulighet til en plikt for kommunene innebærer for Kristiansand en omlegging fra å argumentere for hvorfor aktivitet er bedre enn passivitet. Samtidig ønsker vi å være realistiske i forhold til de ressurser som kreves for å følge opp endringen i lov om sosiale tjenester § 20 på en forsvarlig måte og etter hensikten.

Kommentarer til høringsnotatet og grove kostnadsestimater

NAV Kristiansand har gjennomsnittlig i overkant av 800 sosialhjelpsmottakere. Mange er i aktivitet og tiltak, og kan nyttiggjøre seg de tilbud og tiltak som allerede eksisterer i NAV. Kristiansand kommune reorganiserer og revitaliserer i 2014 sitt lavterskeltilbud «Jobbhuset» for brukere som faller utenom eksisterende ordninger og/eller ikke har rettigheter etter andre ordninger. Dette er brukere som kan nyttiggjøre seg aktivitet med sikte på å bli selvforsørget. «Jobbhuset» har deltagere i Kvalifiseringsprogrammet, samt sosialhjelpsmottakere som er passive (ikke tilknyttet andre ordninger/tiltak) eller foreløpig ikke avklart som målgruppe.

Avhengig av behov for oppfølging hos deltakere ved Jobbhuset vil tiltaket ha kapasitet på ca 100 personer til enhver tid. Budsjett for drift og administrasjon i 2014 er kr. 4 120 000,- . Dette utgjør en estimert merkostnad pr bruker utover tildeling av økonomisk stønad på om lag 40. 000,- årlig.

I gjennomgang av egne mottakere av økonomisk sosialhjelp over 25 år finner vi foreløpige hovedtrekk:

Om lag 50 – 70 % har språk som barriere for å delta i aktivitet/ jobb.

Om lag 30 % har ROP-lidelser som barriere for å delta i aktivitet/ jobb.

Skal Kristiansand kommune imøtekomme statens intensjon ved lovendringen «Sikre permanent overgang til arbeidslivet», og ha som mål at stønadsmottakeren skal bli helt eller delvis selvhjulpne vil det være behov for aktivitet som kvalifiserer og/eller habiliterer særlig disse to gruppene for arbeidslivet.

For gruppen som har «språk» som barriere for å delta i arbeidsliv, har de fleste av disse gjennomført 2500 timer undervisning i norsk. Mange har hatt avbrudd i sin norskopplæring og har ingen eller liten skolebakgrunn. Voksenopplæringen i Kristiansand kommune sin erfaring med språkopplæring for denne gruppa er at de lykkes best med tilrettelagt undervisning i arbeidspraksisklasser. Dette utgjør en estimert merkostnad per bruker utover tildeling av økonomisk stønad på om lag 50 – 60 000,- årlig.

Overgangen til arbeidslivet for denne gruppa er lav, og tar lang tid. Tilrettelagte arbeidsplasser er ofte veien inn til deltagelse, og for mange er ordinært arbeid ikke realistisk. I Kristiansand kommune er det behov for ytterligere tilrettelagte arbeidsbedrifter/tilrettelagte ordninger for deltagelse i ordinært arbeidsmarked for gruppen med svak norsk kompetanse, kombinert med ingen eller lav formell utdanning. Vi har ikke hatt anledning til å anslå volum eller kostnad for dette her.

Vår erfaring er at dagens introduksjonsordning for nyankomne flyktninger ikke er tilstrekkelig, og målsetting om deltagelse i det ordinære arbeidslivet er lite realistisk for en del brukere. Introduksjonsprogrammet bør utvides 1 – 2 år. I tillegg må det tett individuell oppfølging av bruker over lengre tid.

Kristiansand kommuner stiller seg positive til forslaget om endringer i § 20 i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Stilles tilstrekkelige insentiver til disposisjon for å gjennomføre endringen, kan flere av våre mottakere gjøres selvhjulpne over tid. Kristiansand ber departementet klargjøre i forskrift og/eller veileder hvordan plikten skal gjennomføres og hvilket ansvar den enkelte mottaker har for å samarbeide med NAV-kontoret slik at vilkår settes etter individuell vurdering. I høringsnotat hvor det heter at «Plikten til å vurdere vilkår om aktivitet vil gjelde for hver søknad, og vil gjøre at kommunene overfor langtidsmottakere må foreta dokumenterbare jevnlig vurderinger av om stønadsmottakerens situasjon, behov og muligheter er endret.»

Kristiansand forutsetter at staten dekker kommunens kostnader for å innføre aktivitet ved tildeling av økonomisk stønad. Videre har vi en forventning om at staten også stiller stimuleringsmidler og insentiver for å sikre tilstrekkelig tilrettelagte arbeidsplasser i det ordinære arbeidsmarkedet og tilskudd for etablering av arbeidsmarkedsbedrifter.

Med hilsen

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Elisabeth Engemyr
NAV Leder

Sak 38/14: Ekstraordinær anmodning fra IMDi om bosetting av flyktninger 2014 – 2015

Vedlegg

Vedtak FORMAN, 27082014, Sak 78/14, Ekstraordinær anmodning fra IMDi om bosetting av flyktninger 2014 – 2015

Informasjon om bosetting av flyktninger i 2014 og 2015.pdf

KS Behov for økt bosetting.pdf

Bosetting av flyktninger 2014 – 2016.docx.pdf

VS_09-00504-23 - Informasjon om bosetting av flyktninger i 2014 og 2015.pdf



Dato 18. august 2014
Saksnr.: 201303798-13
Saksbehandler Elisabeth Engemyr

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato
26.08.2014
27.08.2014

Ekstraordinær anmodning fra IMDi om bosetting av flyktninger 2014 – 2015

Sammendrag

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) har anmodet Kristiansand kommune å bosette flere flyktninger i perioden 2014-2015, enn vedtatt av formannskapet, sak 95/13.

- 1. Formannskapet vedtar at Kristiansand kommune bosetter 200 flyktninger i 2014, herav 10 enslige mindreårige.*
- 2. Formannskapet vedtar at Kristiansand kommuner bosetter 180 flyktninger pr år i årene 2015 og 2016, herav 10 enslige mindreårige pr år.*

Formannskapet vedtok, sak 4/14 å opprettholde vedtaket om bosetting av 10 enslige mindreårige i 2014, tross endrede rammebetingelser.

- 1. Tross endrede statlige rammevilkår i etterkant av formannskapets vedtak i sak 95/13, Bosetting av flyktninger 2014 – 2016, opprettholder Kristiansand kommune vedtaket om å bosette 10 enslige mindreårige flyktninger i 2014. Spørsmål om bosetting av enslige mindreårige fra 2015 behandles i forbindelse med handlingsprogrammet for 2015 – 2018.*
- 2. Kristiansand kommune forventer at staten fremover dekker alle kommunenes kostnader knyttet til bosetting og integrering av enslige mindreårige flyktninger i bosettingskommunene. Kristiansand kommune ber også IMDi klargjøre hva direktoratet mener er riktig kostnad for kommunene til bosetting og integrering for å gjøre budsjettarbeidet i kommunene mer forutsigbart i fremtiden.*

Kristiansand kommune imøtekom IMDi sin anmodning om bosetting for perioden 2014 – 2016. Kommunen har stilt seg solidarisk til bosettingsmodellen som forutsetter at alle kommunene frivillig fatter vedtak for å dekke det nasjonale behovet for bosetting av flyktninger. Kristiansand kommune har videre en praksis hvor vedtaket fattes uten forbehold. Det innebærer at kommunen gjennom året så langt vi kan bosetter de personene som IMDi forespeiler kommunen, uten å reservere seg i forhold til helse, andre ressurskrevende utfordringer eller familiegjenforeninger.

De siste ti årene har bosetting av flyktninger i Kristiansand ligget mellom 150 og 220 personer i året. For 2013 ble 160 personer vedtatt bosatt. Totalt ble 188 personer bosatt i 2013 (inkludert familiegjenforente personer og 10 enslige mindreårige). Pr 31.7.2014 er 98 bosatt. Det er planlagt bosetting av 242 personer i år, som inkluderer 42 personer som ventet på bosetting i kommunen ved inngangen til 2014.

Oppsummert anbefaler ikke rådmannen å bosette utover vedtatt antall i 2014 og 2015. Skulle kommunen ta imot flere flykninger vil det kreve ytterligere ressurser i flere sektorer. Ønsket frist for tilbakemelding til IMDi er 1. september.

Forslag til vedtak

1. Formannskapet opprettholder vedtaket om å bosette 200 flykninger i 2014, herav 10 enslige mindreårige.
2. Formannskapet opprettholder vedtaket om å bosette 180 flykninger i 2015, herav 10 enslige mindreårige.

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:
Sak 95/13 Bosetting av flykninger 2014 – 2016
Anmodning om bosetting av flykninger i 2014 - 2015.
Brev fra IMDi datert 10.6.2014
Brev fra KS datert 29.4.2014