

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2011-2015) d. 18-02-2015

Mødedato Onsdag d. 18. februar 2015 kl. 15:00

Mødested Formannskapssalen

Indholdsfortegnelse

Godkjenning av protokoller fra helse- og sosialstyrets møter 20.01.15.....	3
NOU 2014:12 Åpent og Rettferdig - prioriteringer i helsetjenestene.....	5
HØRING: NYTT VEDLEGG TIL FØRERKORTFORSKRIFTEN.....	12
Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune 2015-2018.....	15

Punkt 3/15: Godkjenning av protokoller fra helse- og sosialstyrets møter 20.01.15

Bilag

Protokoll Helse- og sosialstyret 20.01.2015



Dato 9. februar 2015
Saksnr.: 201500014-6
Saksbehandler Anne Lise Holand Aabø

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
18.02.2015

Godkjenning av protokoller fra helse- og sosialstyrets møter 20.01.15

Forslag til vedtak

1. Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 20.01.15.
2. Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte som legatstyre 20.01.15.

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Lise Holand Aabø
Formannskapssekretær

Vedlegg:
Protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 20.01.15
protokoll fra helse- og sosialstyrets møte som legatstyre 20.01.15

Punkt 4/15: NOU 2014:12 Åpent og Rettferdig - prioriteringer i helsetjenestene

Bilag

Vedtak FORMAN, 04032015, Sak 27/15, NOU 2014:12 Åpent og Rettferdig - prioriteringer i helsetjenestene

nou 2014 12 Åpet og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten.pdf

Høringsbrev

Høring til NOU 2014:12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten



Dato 5. februar 2015
Saksnr .: 201411896-2
Saksbehandler Tor Ø. Kydland

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato
18.02.2015
04.03.2015

NOU 2014:12 Åpent og Rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

Sammendrag

Kristiansand kommune mener at prioriteringsutvalgets arbeid og anbefalinger burde omfattet hele helsekjeden. Med dette menes at «prioriteringssystemet» på en tydeligere måte burde omfatte alle forebyggende aktiviteter, samt kommunale prioriteringer på helsefeltet – inklusive omsorgstjenestene. Det burde også vært tydelige rammer for prioriteringer på strategisk nivå. Rapporten adresserer i hovedsak kliniske prioriteringskriterier.

Rapporten tar i manglende grad hensyn til at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige. Grunnlaget for å foreta prioriteringer er ulikt. Dette drøftes ikke i rapporten. Helhetlig tenkning rundt dette er etter Kristiansand kommunes mening den eneste måten man vil kunne sikre konsistente og sammenhengende linjer av prioritering. Det gjelder både i et livsløps- og befolkningsperspektiv. Ved sterkere forankring av utvalgsarbeidet i kommunene og i kommunehelsetjenesten, ville kunnskapsgrunnlaget for rapporten vært mer fullstendig. En rapport om kriterier for prioriteringer i helsetjenesten burde kunne legges til grunn for hele helsekjeden, og ikke bare for en del av de spesialiserte helsetjenestene.

Forslag til vedtak

[Formannskapet støtter Kristiansand kommunes høringsuttalelse til NOU 2014:2](#)

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:

NOU 2014:12
Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 13.11.2014
Kristiansand kommunes høringsuttalelse av 05.02.2015

Bakgrunn for saken

I juni 2013 ble det oppnevnt et offentlig utvalg for prioriteringer i helsesektoren. Deres mandat var å utrede og vurdere prinsipper, kriterier og virkemidler for prioritering, samt vurdere prosess for brukermedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering. Utvalgets rapport forelå i november 2014. Rapporten er nå sendt ut på høring med høringsfrist 20.02.2015.

Kristiansand kommune har utarbeidet et hørings svar til NOU 2014:2.

I korte trekk fremheves følgende fra utvalgsrapporten:

Hver eneste dag tas det tusenvis av prioriteringsbeslutninger i norsk helsetjeneste. Prioritering har store konsekvenser og angår mange ulike interesser. Prioritering handler om liv og død, sykdom og lindring, enkeltmenneskers historier og befolkningens helse. Prioritering handler også om kompliserte, medisinske beslutninger, faglig prestisje, sterke økonomiske interesser og politisk styring. Prioriteringer engasjerer og utløser debatt.

Med så mye på spill er riktig prioritering helt avgjørende. Vi prioriterer aktivt fordi vi ønsker en god og rettferdig fordeling av helse og helsetjenester. For å oppnå dette er åpen og rettferdig prioritering grunnleggende. Idealet om åpenhet tilsier at prioritering bør skje i åpne prosesser hvor all, kjent kunnskap blir vurdert, alle argumenter blir lagt fram, alle parter blir hørt, brukerne har innflytelse og relevante hensyn blir veid mot hverandre.

Idealet om rettferdighet tilsier at prioritering må bygge på likebehandling og vektlegge dem vi kan hjelpe mest og som er dårligst stilt. God prioritering krever også forutsigbarhet. Vanskelige valg bør følge prinsipper, kriterier og prosedyrer vi på forhånd har kommet frem til i felleskap. Disse er mer enn veiledende.

Vi prioriterer fordi vi ønsker en bedre helsetjeneste og en rettferdig fordeling av helse og helsetjenester. Prioriteringsarbeidet i Norge står i dag foran fem utfordringer:

1. et gap mellom ressurser og behov
2. et gap mellom mål og resultater
3. underliggende drivere som motvirker god prioritering
4. mangler i dagens rammeverk for prioritering
5. uavklarte spørsmål om riktig prioritering

En uttalt målsetning for den norske helsetjenesten er god befolkningshelse. Et samlemål for befolkningens helse er forventet levealder ved fødsel. Norge faller på rangeringer av verdens land etter høyest forventet levealder.

Samtidig bruker Norge betydelig ressurser på helsetjenesten. Norge har for eksempel den nest største legetettheten og den femte største sykepleiertettheten per innbygger i OECD-sammenlikninger av land. Selv om det ikke er noe åpenbart svar, gir en slik sammenstilling av mål, resultater og ressursbruk grunn til å spørre om Norge får nok ut av sine helseressurser.

Kriteriene som det i dag prioriteres etter, ble utformet for snart 20 år siden og er modne for revisjon. I løpet av disse årene har kriteriene vært forsøkt anvendt på flere områder. Mest systematisk er de brukt ved vurdering av om nye legemidler skal tas opp i blåreseptordningen og ved sykehusenes vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det underliggende hensyn bak alvorlighetskriteriet, at rettferdighet tilsier høyere vektlegging av helsegevinster som tilfaller de dårligst stilt, har derfor i for liten grad blitt vektlagt. Ved sykehusenes vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke, har alvorlighetsgrad ofte blitt forstått som hastegrad, og kunnskapsgrunnlaget for vurderinger av nytte og kostnadseffektivitet har vært mangelfullt.

Det finnes mange uavklarte spørsmål om hvordan man bør prioritere, og disse utgjør en utfordring for prioriteringsarbeidet. Dette gjelder generelle spørsmål som hvorvidt vi bruker for lite ressurser på

forebyggende tiltak eller for mye på kostbare legemidler for langtkommet kreft. Ifølge nyere studier er det forventet flere hundre nye legemidler og nye behandlingsformer. Det vil si ny og kostbar teknologi som kan gi relativt små, men viktige helsegevinster for enkeltpersoner. Norge kan ikke fortsette å behandle slike saker enkeltvis uten økt bevissthet om konsekvensene for hele helsesektoren. Manglende eller feil prioritering kan gi mange «tause tapere».

Fire prinsipper for god prioritering fremheves

Utfordringene for prioriteringsarbeidet er mange, men det er også mulighetene. Den norske helsetjenesten har en unik mulighet til å møte disse utfordringene og til å ta grep som vil gi bedre prioritering. Utvalget mener prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper for god prioritering:

1. Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»
2. Prioriteringer bør følge av klare kriterier
3. Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning
4. Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

«Flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Klare mål er viktig for god prioritering. Målene bør være godt forankret i den norske velferdsstatens verdier. Sentralt blant disse er menneskeverd, solidaritet, rettferdighet, likebehandling, selvbestemmelse, valgfrihet, rettssikkerhet, forutsigbarhet og åpenhet. En rettferdig fordeling av gode leveår krever at fordelingen av helsegevinster og helsetjenester bygger på likebehandling og vektlegger gode leveår som tilfaller de dårligst stilte.

Prioriteringer bør følge av klare kriterier

God prioritering krever klare og velfunderte prioriteringskriterier, og at de brukes. Slike kriterier skal kunne hjelpe beslutningstakere i ulike situasjoner med å rangere tiltak. Utvalget mener dagens prioriteringskriterier i hovedsak er gode. Utvalget mener samtidig at prioriteringsarbeidet i norsk helsetjeneste kan styrkes av ny terminologi og inndeling, noe endret innhold og større grad av konkretisering av hva kriteriene betyr i praksis.

Utvalget foreslår følgende overordnede kriterier:

- **Helsegevinstkriteriet:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsegevinst (og annen relevant velferdsgevinst fra tiltaket)
- **Ressurskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på
- **Helsetapskriteriet:** Et tiltaks prioritet øker med forventet helsetap over livsløpet hos den eller de som får helsegevinst

Kriteriene bør alltid ses i sammenheng med hverandre og bør gjelde i hele helsetjenesten. Det betyr at de er ment å danne utgangspunktet for prioritering i svært ulike beslutningssituasjoner. Blant annet er de ment å veilede beslutningstakere på nasjonalt ledelsesnivå og helsepersonell i deres kliniske arbeid, også i de tilfeller hvor det ikke foreligger fullstendige, økonomiske analyser. I prioritering og i bruken av kriteriene er like fullt god dokumentasjon helt sentralt.

Helsegevinstkriteriet erstatter både det tidligere nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Helsegevinst fremstår som mindre teknisk enn nytte og som mer direkte relevant på klinisk nivå og for befolkningen. Helsegevinstkriteriet framhever helsegevinster i form av gode leveår, men åpner samtidig for at andre relevante velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering. Slike gevinster kan være knyttet til redusert belastning for pårørende og bedret arbeidsevne for pasienten.

Ressurskriteriet erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette bidrar også til at kriteriene fremstår som mindre tekniske og framhever at mange prioriteringsbeslutninger, særlig på klinisk nivå, handler om mye mer enn det som kan måles i kroner og ører. Helsepersonell fatter hver dag beslutninger hvor de vurderer ressursbruken i form av sengeplasser, teknisk utstyr, transportmiddel til nærmeste sykehus og ikke minst egen tid og oppmerksomhet.

Helsetapskriteriet erstatter alvorlighetskriteriet. Helsetapskriteriet er ment å fange opp det viktigste fordelingshensynet: at helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte, skal gis ekstra vekt. De dårligst stilte er i denne sammenheng definert som de som har størst helsetap målt fra en norm om minst 80 gode leveår for alle. Denne referanseverdien er satt relativt høyt. Selv om forventet levealder i Norge ved fødsel er litt over 80 år, er antallet forventede *gode leveår* om lag 67 år. Normen er satt høyere ut fra en målsetting om flere gode leveår over livsløpet. Definisjonen av helsetap gjør det mulig å beregne og sammenlikne diagnosegrupper med ulik prognose for livsløpet med dagens behandling. For eksempel har pasienter med en alvorlig form for multippel sklerose i gjennomsnitt et helsetap over livsløpet på om lag 40 gode leveår. Pasienter med diagnosen atrieflimmer (hjerteflimmer) har i gjennomsnitt et helsetap på om lag ti gode leveår (for ytterligere detaljer, se kapittel 10). Fordelingshensyn, basert på størrelsen av helsetapet, tilsier at helsegevinster for pasienter med multippel sklerose bør gis en noe høyere verdi enn helsegevinster fra tiltak mot atrieflimmer. Et helsetap på ti gode leveår er like fullt av stor betydning. Tiltak rettet mot atrieflimmer kan derfor i mange tilfeller bli prioritert, men like effektive tiltak for MS-pasienter bør bli prioritert enda høyere.

Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning

Prioritering vekker følelser og debatt, og det oppstår ofte legitim uenighet om prioriteringsbeslutninger. Vårt demokratiske system er tuftet på en forståelse av at vi kan ha ulike oppfatninger om fordelingsproblemer. Vi håndterer manglende konsensus ved å organisere politiske beslutningsprosesser som det er lettere å enes om. Et sentralt krav i åpne demokratier er at politiske spørsmål må underkastes åpen, offentlig debatt for å sikre at saken blir tilstrekkelig opplyst. Denne ideen er også grunnleggende for prioriteringsproblemer.

Åpne og legitime prosesser er avgjørende for rettferdige prioriteringer. Utvalget anbefaler at prioriteringsprosesser på overordnet nivå i større grad enn i dag aktivt utformes i tråd med det etiske rammeverket «Ansvar for rimelige beslutninger». Rammeverket løfter fram fire betingelser som sammen kan sikre en legitim prioriteringsprosess: åpenhet, relevante begrunnelser, klageadgang og mulighet for revisjon, regulering og institusjonalisering (utvalgets anbefalinger, se kp. 11).

Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet og er i tråd med verdigrunnlaget i helsetjenesten. Opplæring av pasienter, andre brukere og pårørende til å mestre livet med sykdom og til å delta i utviklingen av helsetjenesten er viktig. Utvalget anbefaler at brukerne inkluderes i prioriteringsprosesser på alle nivåer. Samtidig som pasienter og andre brukere får innflytelse, bør det stilles krav om deltakelse og oppmøte.

Utvalget mener at politikere og andre beslutningstakere har et særlig ansvar for ikke bare å lytte til de gruppene som har størst innflytelse eller roper høyest, men også nøye vurdere hvem som er eller kan bli de tause taperne.

Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Klare mål og kriterier og åpne prosesser er ikke tilstrekkelig for å sikre god prioritering. Det er også nødvendig med mange ulike virkemidler. Virkemidlene må være effektive og bidra til at de som helhet understøtter god prioritering. Det betyr at virkemidlene samlet bør bidra til at prioriteringer samsvarer med de foreslåtte mål og kriterier, og at de er del av en åpen prosess.

- Lov og forskrift
Utvalget mener at dagens lov og forskriftsverk på prioriteringsområdet er fragmentert. Det er viktig at lovverket understøtter bruk av et gitt sett med overordnede prioriteringskriterier for hele helsetjenesten. Bare på den måten kan prioritering gjøres konsistent. På bakgrunn av forslaget om tre hovedkriterier for prioritering mener utvalget at kriteriene knyttet til helsegevinst, ressursbruk og helsetap alle bør framkomme tydelig i all relevant lov- og forskriftstekst. Det betyr blant annet at den vedtatte pasient og brukerrettighetsloven bør bringes i samsvar med de foreslåtte hovedkriteriene, og at de tre hovedkriteriene tydelig bør framgå av både lov og prioriteringsforskrift.
- Ledelse

Utvalget mener bevisst og systematisk prioritering er en helt sentral del av lederes oppgaver og ansvar. De har en nøkkelrolle i å sette rammer for utredning og behandling på klinisk nivå, og stor innflytelse på hvilke tiltak som blir gjennomført. Alle ledere i helsetjenesten bør ha inngående kunnskap om prioriteringskriterier, prosesser og beslutningsverktøy. Prioriteringstematikken bør framover ha en sentral plass i de ulike lederutdanninger og kurs som tilbys.

- **Organer med særlig ansvar for prioritering**
Utvalget mener at det på nasjonalt nivå bør finnes ett robust rådgivende organ innenfor prioriteringsområdet. Dette organet bør primært ha et overordnet rådgivningsansvar overfor sentrale helsemyndigheter, men bør også kunne rådgive øvrige deler av helsetjenesten. Et slikt rådgivende organ må ha et faglig sterkt sekretariat med relevant prioriteringskompetanse. Utvalget mener at dette best kan sikres ved å videreføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som dagens ansvar for kvalitet overføres til andre organer. Det bør derfor gjøres tydelige endringer i rådets formål, mandat, arbeidsform, størrelse og sammensetning.
- **Innhenting og bruk av bakgrunnsinformasjon**
Økt tilgjengelighet av prioriteringsrelevant informasjon er avgjørende for gode prioriteringer. For å sikre god informasjon bør det utarbeides en nasjonal informasjonsstrategi for prioriteringsområdet. Utvalget mener at en slik strategi bør forankres i eksisterende strategier innenfor IKT og eHelseområdet. Prioriteringsfeltets særskilte utfordringer og behov bør komme tydeligere fram enn det som er tilfelle i dag. Lokale praksisvariasjoner hører naturlig inn her. Det bør derfor etableres et nasjonalt fagmiljø med ansvar for informasjon på prioriteringsområdet. Primæroppgavene bør være rutinemessig å samle inn prioriteringsrelevante data, analysere dem og gjøre dem tilgjengelige for beslutningstakere i helsetjenesten, pasienter og befolkningen generelt.
- **Utdanning og opplæring**
Det er viktig at helsepersonell og andre beslutningstakere i helsetjenesten har god kjennskap til prioriteringsarbeidet i Norge. Utvalget mener at opplæringen knyttet til prioritering i helsetjenesten i dag er begrenset og fragmentert. Utvalget anbefaler derfor at prioritering blir en del av pensum for helserelaterte utdanninger på alle nivåer.
- **Retningslinjer og veiledere**
Gode prioriteringer krever god beslutningsstøtte. Utvalget mener det store potensialet for prioritering med støtte av faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere ikke har vært tilstrekkelig erkjent og utnyttet. Nasjonale retningslinjer og veiledere er blant de viktigste virkemidlene vi har for systematisk å integrere verdier og mål for prioritering med oppdatert kunnskap og klare faglige anbefalinger. De kan også bidra til å redusere uønsket variasjon i behandlingspraksis mellom ulike behandlere og institusjoner. Utvalget har også merket seg at helsepersonell etterspør støtte fra ledelsesnivået for å kunne ta gode prioriteringsavgjørelser. Implementering er helt avgjørende for verdien av retningslinjer og veiledere. Retningslinjene må være enkle å ta i bruk og helst være en integrert del av journalsystemet eller andre beslutningsverktøy. Det bør settes av tilstrekkelige ressurser til implementering av retningslinjer. Faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere bør utformes for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for veiledere i kommunehelsetjenesten og for aktører som fastleger, helsesøstre og fysioterapeuter. En overflod av ukoordinerte retningslinjer og veiledere vil virke mot sin hensikt. Det er viktig at antallet retningslinjer og veiledere holdes på et håndterbart nivå. Valg av hvilke nasjonale retningslinjer som utvikles bør være basert på gjennomtenkte kriterier. Det formelle ansvaret for utvikling av retningslinjer ligger hos Helsedirektoratet, men utvalget understreker at implementering og monitorering også er et generelt ledelsesansvar både i helseforetak og kommunehelsetjenesten.
- **Finansieringsordninger**

Utvikling og bruk av finansieringsordninger er et av flere virkemidler for å bidra til bedre prioritering innenfor helsetjenesten. Ordningene bør utformes slik at de leder til beslutninger som samsvarer med de overordnede prioriteringskriteriene.

Det er behov for mer kunnskap om hvordan innsattsstyrt finansiering (ISF) virker på prioriteringsbeslutninger i sykehusene, og det bør settes i gang et kontrollert forsøk for å få mer kunnskap om dette. Utvalget vil tilrå at Helse- og omsorgsdepartementet nøye vurderer og evaluerer hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet for de pasientgrupper som ikke omfattes av ISF.

Det er også behov for mer kunnskap om hvordan finansieringsordningene påvirker allmennleger og spesialisters henvisningspraksis og prioriteringer. Henvisningspraksisen har stor betydning for spesialisthelsetjenestens ressursbruk og folketrygdens utgifter. Utvalget anbefaler at mer systematisk informasjon blir innhentet og gjort tilgjengelig for legene både omkring henvisningers kostnader og gevinster. For å redusere praksisvariasjon som ikke er medisinsk begrunnet, bør ansvarlige myndigheter utvikle ordninger for å følge med på, vurdere og om nødvendig følge opp uheldig variasjon i henvisningspraksis.

En bør videre vurdere hvordan takstene i finansieringen av allmennleger og spesialister kan utformes slik at de kan påvirke prioritering i ønsket retning. Det er behov for mer åpenhet og mer inkluderende prosesser når takster og andre deler av finansieringen av allmennlegetjenesten og private avtalespesialister justeres.

Utvalget foreslår endringer i egenbetalingsordningene. For å begrense bruk av lavt prioriterte tjenester kan det være riktig å øke bruken av egenbetaling. For høyt prioriterte tjenester bør egenbetaling reduseres eller fjernes. Hensikten med tilrådingene er ikke å øke omfanget av egenbetaling, men å innrette egenbetalingsordningene slik at de bidrar til riktige prioriteringer. Utvalget har vurdert to typer tiltak hvor endret egenbetaling gradert etter prioritet kan være aktuelt.

Det første er tiltak som gir store forventede helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med store helsetap. Her vil det være grunnlag for å redusere eller fjerne all egenbetaling. Det andre er tiltak som gir små eller usikre helsegevinster i forhold til ressursbruken, og som er rettet mot tilstander med små helsetap. Her vil det være grunnlag for å innføre gradert eller full egenbetaling. Utvalget gir i kapittel 12 eksempler på tilstandsgrupper og tiltak hvor egenbetaling kan vurderes fjernet, og eksempler på tilstandsgrupper og tiltak hvor gradert egenbetaling på grunn av lav prioritet kan vurderes.

Punkt 5/15: HØRING: NYTT VEDLEGG TIL FØREKORTFORSKRIFTEN

Bilag

Vedtak FORMAN, 04032015, Sak 28/15, Høring: Nytt vedlegg til førerkortforskriften



Dato 19. januar 2015
Saksnr.: 201413250-2
Saksbehandler Dagfinn Haarr

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato
18.02.2015
04.03.2015

HØRING: NYTT VEDLEGG TIL FØRERKORTFORSKRIFTEN

Sammendrag

Helsedirektoratet har laget et forslag til endringer til helsekravene for å kunne få førerkort som innebærer blant annet at:

- Fastlegene får et atskillig mer omfattende ansvar for å vurdere pasientenes helsetilstand. I dag må det foreligge spesialisterklæringer fra psykolog eller lege ved mange sykdommer og tilstander. Etter forslaget vil fastlegen vurdere og sørge for spesialistundersøkelse, og integrere dette i legeattesten.
- Det er laget et helt nytt vedlegg (på 26 sider) til førerkortforskriften der et stort antall sykdommer og tilstander er detaljert beskrevet, til dels i tabeller. Her vil pasienter og leger enkelt kunne se om kravene til helse er oppfylt. I forhold til dagens praksis, vil kravene bli mildere for noen tilstander og strengere for andre. Spesielt blir kravene til bruk av beroligende medikamenter og sovemidler betydelig skjerpet.
- Adgangen for fylkesmannen til å innvilge dispensasjon fra helsekravene blir sterkt redusert.
- Meldinger om at en pasient ikke oppfyller helsekravene skal sendes direkte fra helsepersonell til politiet, ikke som i dag via fylkesmannen.

Vurdering

Det nye vedlegget gir en nyttig og nødvendig opprydning i et vanskelig fagfelt for både fastleger, spesialister og fylkesmannskontorene og vil erstatte flere forskjellige rundskriv og veiledere. Det vil redusere antall søknader om dispensasjon kanskje med mer enn 90% og frigjøre kapasitet hos fylkesmennene til annen saksbehandling. Dette er positivt. Det er også fornuftig at fastlegene, som kjenner pasientens samlede helsesituasjon best, blir tillagt hovedansvaret for legeattesten. Fastlegene vil imidlertid måtte bruke mer ressurser på førerkortsaker når de skal være koordinator også av spesialistundersøkelser. Dette kommer på toppen av andre nye arbeidsoppgaver som blant annet Samhandlingsreformen har gitt dem.

Mange fastleger har følt seg presset av pasienter der de har vært i tvil om helsekravene er oppfylt. Det er også eksempler på pasienter som har skiftet fastlege i slike situasjoner. Det nye vedlegget bør kunne forhindre dette ved at helsekravene er såpass mye tydeligere spesifisert enn tidligere.

Forslag til vedtak

1. Kristiansand kommune støtter forslaget til nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften
2. Forslaget medfører en overføring av arbeidsmengde fra fylkesmennene og lege- og psykologspesialister til fastlegene. Kommunen er bekymret for i hvilken grad denne endringen vil bidra til å binde opp fastlegens tid og ressurser til attestarbeid på bekostning av medisinske tjenester til kommunens innbyggere.

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Punkt 6/15: Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune 2015-2018

Bilag

Vedtak FORMAN, 04032015, Sak 30/15, Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune 2015-2018

Samarbeidsavtale Bragdøya kystlag.docx

Prinsipper for Thaulows hus.docx



Dato 6. januar 2015
Saksnr.: 201406632-2
Saksbehandler Annelise Hornang

Saksgang

Kulturstyret
Oppvekststyret
Byutviklingsstyret
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

28.01.2015
10.02.2015
12.02.2015
17.02.2015
04.03.2015

Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune 2015-2018

Sammendrag

Da Kristiansand kommune overtok eiendommen Bragdøya i 1969, bidro staten til kjøpet med 1,8 mill kroner på vilkår som sikrer eiendommen som offentlig friareal for all fremtid. Kommunens overtakelse av øya bidro imidlertid til at kulturlandskapet grodde igjen og bygningene forfalt. På 80-tallet førte frivillig engasjement og fokusering på de kulturhistoriske sidene ved øya, til at det offentlige rettet oppmerksomheten mot Bragdøya og mulighetene som lå der. Blant de frivillige organisasjonene som engasjerte seg markerte Bragdøya kystlag (stiftet 1986) seg tidlig som en sterk og målbevisst organisasjon, hvor en dyktig og arbeidsvillig medlemsmasse har gjort øya tilgjengelig for publikum. Forvaltningen, på vegne av kommunen, omfatter både den lange gjenoppbyggingsprosessen og dagens virksomheter ved anleggene og utearealene, i tillegg til stadig nye utviklingsprosjekter og forbedringer for allmennheten.

Bragdøya kystlag har gjennom flere tiår hatt samarbeidsavtaler med tre av kommunens sektorer; kultursektoren, oppvekstsektoren og teknisk sektor. Samarbeidet spenner over oppgaver som transport, vedlikehold, drift og utleie av bygningsmasse, samt skjøtsel av kulturlandskapet. I 2014 ble disse avtalene samlet i én avtale og ble samtidig supplert med nye samarbeidsoppgaver som var kommet til i seinere tid. Det gjelder tilsyn og utleie av kystledens destinasjoner, økt arbeid med skjøtsel av kulturlandskapet, samt økt transport til Bragdøya og de ulike kystkulturdestinasjonene i Kristiansandsfjorden.

Ordringen med økt transporttilbud ble etter sesongen 2014 vurdert som et svært populært og vellykket tiltak, og er videreført i vedtatt budsjett og handlingsprogram for 2015-2018. Fra 2015 overtar Bragdøya kystlag også ansvaret for tilsyn, drift og utleie av Thaulows hus. I tillegg er det i bystyrets behandling av budsjettet 2015-2018 vedtatt et tilskudd til Bragdøya kystlag fra Helse- og sosialsektoren knyttet til Kystlagets bidrag til innhold i arbeidstreningsplasser på Bragdøya. Dette er et lavterskeltilbud til personer på kvalifiseringsprogram og sosialhjelpsmottakere som har vilkår om aktivitet.

Fra og med 2015 utfører dermed Bragdøya kystlag tjenester og arbeidsoppgaver for alle de fire kommunale fagsektorene; teknisk, helse og sosial, oppvekst og kultur.

En felles samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune inneholder på denne bakgrunn følgende punkter:

- Skyss av barnehagebarn og personale mellom Storenes og Bragdøya.
- Tilsyn, drift og utleie av bygningsmassen på Bragdøya.
- Utvikling og drift av gårdsanlegget på Bragdøya.
- Bidra i skjøtsel av kulturlandskapet på Bragdøya.
- Øke tilgjengeligheten til Bragdøya ved flere rutebåtavganger.
- Kjøre båtrute til øvrige øydestinasjoner om sommeren.
- Tilrettelegging for arbeidstreningsplasser på Bragdøya.

Rådmannen er svært positiv til det unike og mangfoldige samarbeidet mellom kommunen og Bragdøya kystlag, og ønsker at dette formaliseres i en samarbeidsavtale som synliggjør bredden i virksomheten på øya, og gir Kystlaget en bedre forutsigbarhet.

Forslag til vedtak

[Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune 2015-2018 godkjennes.](#)

Tor Sommerseth
rådmann

Stein Tore Sorthe
kulturdirektør

Vedlegg:

Samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune 2015-18.
Vedlegg til samarbeidsavtalen: Prinsipper for drift og bruk av Thaulows hus.

Bakgrunn for saken

Eiendommen Bragdøya, som i tillegg til hovedøya Bragdøya, også inkluderer de omkringliggende holmene Timlingene, Svendsholmen, Blomsterøya, Langøya, Ragnhildsholmene og Hestehau, ble i 1969 overtatt av Kristiansand kommune. Staten bidro til kjøpet med 1,8 mill kr på vilkår som sikrer eiendommen som offentlig friareal for all fremtid. Kommunens overtakelse av øya førte imidlertid til at kulturlandskapet grodde igjen og bygningene forfalt. Det var først og fremst det frivillige engasjementet og fokuseringen på de kulturhistoriske sidene ved øya som gjorde at den offentlige oppmerksomheten ble rettet mot Bragdøya og de utviklingsmulighetene som lå der.

Frivillig engasjement

Engasjementet omkring Bragdøya startet med Christiansands Byselskab og ønsket om bevaring av Thaulows hus i 1984. Flere kulturorganisasjoner ble seinere engasjert i dette arbeidet og det ble forløperen for etablering av Husgruppa Thaulows hus. Etter hvert kom også Vågsbygd Velforening på banen med ønske om mer aktiv tilrettelegging av friområdene.

Bragdøya kystlag

I 1986 ble Bragdøya kystlag stiftet og utgangspunktet var tanker om restaurering av de gamle sjøhusene på øya. Etter at frivillige krefter engasjerte seg i Bragdøya på midten av 80-tallet er det lagt ned betydelig arbeid i opparbeidelse og utvikling av virksomheten på øya. Både kommunale, fylkeskommunale og statlige midler er tilført dette arbeidet. Gjennom hele 90-tallet ble ikke minst arbeidsmarkedstiltak en viktig ressurs med hensyn til restaurering og vedlikehold av bygningene, samt rydding av kulturlandskapet. Etableringen av Skårungen barnehages naturgruppe ble også tidlig et viktig og positivt bidrag til miljøet på øya. Bragdøya kystlag utviklet tidlig en sterk og målbevisst organisasjon, hvor en ivrig og dugnadsvillig medlemsmasse har gjort øya tilgjengelig for publikum i form av skysstjenester, utleie, aktiviteter og arrangementer. Kystlagets forvaltning av øya, på vegne av kommunen, omfatter både den lange gjenoppbyggingsprosessen og dagens virksomheter ved anleggene og utearealene, i tillegg til stadig nye utviklingsprosjekter og forbedringer for allmennheten.

Tretti år med samarbeid

Gjennom denne 30-årige historien, for et av de mest ambisiøse og mangfoldige kulturprosjektene i byen, har samarbeidet mellom kommunen og Bragdøya kystlag og øvrige frivillige organisasjoner vært organisert på ulike måter. *Bragdøyagruppa* fungerte som et fellesforum inntil det mer formaliserte *Kontaktutvalget for Bragdøya* ble etablert i desember 1988. Siden ble, etter vedtak i kulturstyret og kommunalutvalget i 1992, *Styret for utvikling av Bragdøya kystkultursenter*, opprettet. Samarbeidet mellom frivillige og kommunen har også preget planarbeidet i hele perioden, enten det gjelder skjøtselsplan, kulturminneregistrering eller overordnet *Plan for utvikling, organisering og drift av Bragdøya*.

Styret for utvikling av Bragdøya

Denne siste planen ble første gang utarbeidet i 2003, og revidert i 2011 (Bystyresak 176/11). I forbindelse med revisjonen av planen ble samarbeidsorganet for videre utviklingsarbeid døpt om til *Styret for utvikling av Bragdøya*. Dette styret har ansvaret for den overordnede koordineringen av utviklingen på øya. Det vil si at styret både er et forum for forpliktende tverrsektorielt kommunalt samarbeid og et forum for samarbeid mellom kommunen og de frivillige organisasjonene. Bragdøya kystlag er den sentrale representanten for de frivillige kreftene i dette samarbeidet med to representanter, i tillegg er de kulturhistoriske organisasjonene i Thaulows hus representert. Kommunen deltar i dette styret med to representanter oppnevnt av teknisk direktør (fra Parkvesenet og Kristiansand Eiendom), to representanter oppnevnt av oppvekstdirektøren (fra Barnehage og Skole), én representant oppnevnt av kulturdirektøren i tillegg til kulturdirektøren som er styreleder, samt en politisk oppnevnt representant.

Samordning av avtaler

Det har altså i flere tiår eksistert samarbeid mellom flere av kommunens sektorer og Bragdøya kystlag. Kystlaget har hatt samarbeidsavtaler og fått tilskudd fra tre av kommunens sektorer; kultursektoren, oppvekstsektoren og teknisk sektor. Samarbeidet spenner over følgende oppgaver: transport av barnehagebarn og personell, vedlikehold, drift og utleie av all bygningsmasse på Bragdøya, skjøtsel av kulturlandskapet, samt rutebåtkjøring og transport på oppdrag.

Arbeidet som gjøres av frivillige krefter i Bragdøya kystlag er av høy kvalitet og har stort mangfold. Hovedfokus for *Styret for utvikling av Bragdøya* er derfor å sikre økt tilgjengelighet og økt bruk av alle øyas muligheter for allmennheten. Dette handler både om å hindre at øya «gror ned» og å sikre økt tilgjengelighet i form av økt transporttilbud.

I 1. tertialrapport i 2014 ble det vedtatt å samle kommunens ulike samarbeidsavtaler med Bragdøya kystlag i én avtale og ett tilskudd, i tillegg ble avtalen supplert med nye samarbeidsoppgaver som er kommet til i senere tid. Det gjelder tilsyn og utleie av kystledens destinasjoner på Stokken (Dokkestua) og Dvergsøya (Jordbærbua), økt arbeid med skjøtsel av kulturlandskapet, samt økt transport til de ulike kystkulturdestinasjonene i Kristiansandsfjorden.

Ny samarbeidsavtale 2015-2018

Ordningen med økt transporttilbud til Bragdøya og de ulike kystkulturdestinasjonene ble etter sesongen 2014 vurdert som et svært populært og vellykket tiltak, og er videreført i vedtatt budsjett og handlingsprogram for 2015-2018.

Fra 2015 overtar Bragdøya kystlag også ansvaret for tilsyn, drift og utleie av Thaulows hus. Husgruppa i Thaulows hus som har samarbeidet med kommunen om opprustning av huset, ble lagt ned som formelt organ i oktober 2014. Dette ble gjort i samarbeid med organisasjonene i husgruppa og gruppa opprettholdes som ei kulturgruppe uten involvering fra kommunen.

I tillegg er det i bystyrets behandling av budsjettet vedtatt et tilskudd til Bragdøya kystlag fra Helse- og sosialsektoren knyttet til kystlagets bidrag til innhold i arbeidstreningsplasser på Bragdøya, dette er et lavterskeltilbud til personer på kvalifiseringsprogram og sosialhjelpsmottakere som har vilkår om aktivitet.

Fra og med 2015 utfører dermed Bragdøya kystlag tjenester og arbeidsoppgaver for alle de fire kommunale fagsektorene; teknisk, helse og sosial, oppvekst og kultur.

En felles samarbeidsavtale mellom Bragdøya kystlag og Kristiansand kommune inneholder på denne bakgrunn følgende punkter:

- Skyss av barnehagebarn og personale mellom Storenes og Bragdøya.
- Tilsyn, drift og utleie av bygningsmassen på Bragdøya.
- Utvikling og drift av gårdsanlegget på Bragdøya.
- Bidra i skjøtsel av kulturlandskapet på Bragdøya.
- Øke tilgjengeligheten til Bragdøya ved flere rutebåtaganger.
- Kjøre båtrute til øvrige øydestinasjoner om sommeren.
- Tilrettelegging for arbeidstreningsplasser på Bragdøya.

Rådmannen er svært positiv til det unike og mangfoldige samarbeidet mellom kommunen og Bragdøya kystlag, og ønsker at dette formaliseres i en samarbeidsavtale som synliggjør bredden i virksomheten på øya, og gir Kystlaget en bedre forutsigbarhet.