

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2007-2011) d. 11-01-2011

Mødedato Tirsdag d. 11. januar 2011 kl. 14:00

Mødested Kristiansand Rådhus

Indholdsfortegnelse

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 7. desember 2010 til godkjenning.....	3
Kartlegging av bruken av rusmidler og narkotika på barneverninstitusjoner i Kristiansand.....	5
Høring - Stoltenbergutvalgets rapport.....	7
Forslag til nye statutter for Frivillighetsprisen.....	12
Høring - nasjonal retningslinje for gravide i LAR.....	23
Søknad om midler til styrkning av Barneverntjenesten.....	26
Høring - Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.....	30

Punkt 1/11: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 7. desember 2010 til godkjenning

Bilag

pro-071210



Dato: 14.12.10
Saksnr.: 201000029-45
Arkivkode E: 033
Saksbehandler: Carol Reinertsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
11.01.2011

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 7. desember 2010 til godkjenning

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 7. desember 2010 godkjennes.

Geir Sandvik
leder

Carol Reinertsen
hovedutvalgssekretær

Trykte vedlegg: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 7. desember 2010

Punkt 2/11: Kartlegging av bruken av rusmidler og narkotika på barneverninstitusjoner i Kristiansand

Bilag

Svar på henvendelse vedr rus i barneverninst



Dato: 21.12.2010
Saksnr.: 201009495-2
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Elisabeth Engemyr

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
11.01.2011

Kartelegging av bruken av rusmidler og narkotika på barneverninstitusjoner i Kristiansand

Sammendrag:

I bystyrets møte 15.09.10 ble det svart på en interpellasjon fra Vidar Kleppe vedrørende "krisen" i Kristiansand barnevern.

Som en oppfølging i saken ble det gjort følgende vedtak:
"Bystyret ber Bufetat om at det foretas en undersøkelse på barnevernsinstitusjonene i Kristiansand for å kartlegge bruken av rusmidler og narkotika".

Det ble gjort en henvendelse til Bufetat og vedlagt følger svar.

I helse- og sosialstyrets møte 11. januar vil representanter fra Bufetat være tilstede og gi en orientering om Bufetat og samarbeidet med barnevernstjenesten.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret tar saken til orientering.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Elisabeth Engemyr
Seniorrådgiver

Trykte vedlegg: Svar på henvendelse vedrørende rus i barnevernsinstitusjoner

Punkt 3/11: Høring - Stoltenbergutvalgets rapport

Bilag

Saksprotokoll



Dato: 22.12.10
Saksnr.: 201008958-3
Arkivkode E: F61 &13
Saksbehandler: Hilde Engenes

Saksgang

Formannskapet
Helse- og sosialstyret

Møtedato

12.01.2011
11.01.2011

Høring - Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika

Sammendrag:

Kristiansand kommune har fra Helse- og omsorgsdepartementet mottatt Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika, med høringsfrist 7 januar.

Bakgrunnen for Stoltenbergutvalgets rapport er arbeidet til det regjeringsoppnevnte utvalget som i mars 2009 fikk i oppdrag å se særskilt på hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kan få bedre hjelp. Det inngikk eksplisitt i mandatet å vurdere heroinstøttet behandling som en del av tilbudet til målgruppen.

Rådmannens forslag til høringsuttalelse er vedlagt

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg: Stoltenbergutvalgets Rapport om narkotika

Utrykte vedlegg:

Høringsinnspill fra Kristiansand kommune til Stoltenbergutvalgets Rapport om narkotika

Høringsuttalelsen følger strukturen i rapporten og refererer til utvalgets ulike forslag som er nummerert 1-22. Ikke alle forslag kommenteres enkeltvis.

Forslag 1 og 2 handler om forebygging. En vil støtte utviklingen av forebyggende metoder som tar i bruk sosial medier og som dermed egner seg til bedre å treffe unge mennesker. Kristiansand kommune har blant annet under utvikling en interaktiv nettside som har dette formålet. Det er imidlertid viktig at man benytter forebyggende strategier og programmer som har vist seg å ha dokumenterbar effekt. En vil også understreke betydningen av det nikotforebyggende arbeidet som har dokumentert sammenheng på senere bruk av narkotiske stoffer. Cannabisforebyggende tiltak på flere nivå bør man også fremheve som en viktig satsing i forbindelse med tidlig intervensjon på rusfeltet.

Forslag 3 og 4 omhandler reaksjonsformer ved bruk og besittelse av narkotika. Utvalget viser til forsøk med alternative reaksjonsformer overfor unge mennesker og foreslår en utvidelse av disse ordningene som en reaksjonsform. En kan støtte forslaget såfremt det sees i sammenheng med en god oppsummering av de forsøkene som har vært. Det er viktig å se hvor man har hatt effekter når det gjelder det forebyggende aspektet.

I forslag 4 skisserer man en innføring av tverrfaglige nemnder som skal vurdere tiltak overfor personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. En slik overføring av ansvar fra justissektor til helsesektor vil ha store konsekvenser. Dette bør konsekvensutredes grundigere i forhold til det strafferettslige, i forhold til flytting av ressursbruk, i forhold til forebygging, i forhold til helsegevinst, behov for et endret og styrket behandlingsapparat osv.

En vil videre i forslaget være skeptisk til opprettelse av nye nemndordninger på områder hvor enkeltpersoner skal møtes med sanksjoner for handlinger som er begått. Selv om sanksjonens formål er forebygging og hjelp er det rettssikkerhetshensyn som må vurderes opp mot dette. En bør se på samhandlingsformer mellom justis- og helsesektor som kan ivareta de hensyn og oppnå de fordelene man ønsker ved å innføre en nemndordning. Rapporten viser til eksisterende ordninger som kan videreutvikles og utvides uten at man innfører et nytt nemndsystem. En vil anbefale en satsing på disse, samtidig som man eventuelt initierer en bred faglig og samfunnspolitisk debatt rundt samfunnets reaksjoner rettet mot bruk og besittelse av narkotika.

Forslag 5 omhandler utvikling av sprøyterom. Som rapporten påpeker er effekten av det ene sprøyterommet man har i landet, det i Oslo, avhengig av at brukerne får helse- og sosialfaglig oppfølging. Uten dette når man ikke målsettingene med tiltaket. Evaluering viser at dette har vært langt fra tilfredsstillende. Kristiansand kommune ser at man kan bruke ressursene til denne målgruppen på andre lavterskeltiltak hvor helse- og sosialfaglig personell gjør seg tilgjengelig for brukerne på en langt mer effektiv måte. Sprøyterom er vurdert som faglig uaktuelt i kommunen.

Forslag 6 og 7 er tiltak rettet mot å redusere åpne bruker- og omsetningssteder gjennom intensivert innsats rettet mot selgere og gateomsetning av narkotika, samt tiltak som kan ha effekt på internettomsetningen. En er ikke uenig i tiltakene som rettes mot tilbydersiden. En bør samtidig understreke at det andre virkningsfulle innslagpunkt er virkningsfull behandling og rehabilitering som setter mennesker i stand til å leve rusfrie liv. Dette reduserer etterspørselsiden.

Forslag 8 foreslår å prioritere midler til forskning om hvilke forebyggende tiltak som gir best resultater. Dette støttes og er nødvendig for å øke treffsikkerheten i arbeidet som retter seg mot tidlig intervensjon. Det er viktig å styrke forskningen på rusfeltet generelt, slik at man får bedre omfang og kvalitet på dokumentasjon og forskning vedrørende ulike behandlings- og rehabiliteringsmodeller også.

Forslag 9-13 omhandler behandling og oppfølging og konsentrerer seg om forslaget vedrørende opprettelse av såkalte MO-sentre (Mottaks- og oppfølgingssentre) Utvalget foreslår å samle økonomisk og faglig ansvar for mottak, behandling og såkalt langsiktig behandling på ett forvaltningsnivå, det statlige. Som rapporten peker på er dette ikke tråd med Samhandlingsreformen som anbefaler at kommunene bør gis et større ansvar. Høringsinstansene bes derfor særskilt om å komme med anbefalinger vedrørende forankring av evt MO- sentre: A) bredt statlig ansvar B) bredt kommunalt ansvar.

Først om innholdet og hensikten med MO-sentrene:

Forslaget er begrunnet i å kunne gi tidligere hjelp, bedre sammenhengen i hjelpen og øke kapasiteten. Mye av forutsetningen for å lykkes med alle hensyn er slik vi forstår det at alt samles ett sted og under en budsjettlinje. Forslaget innebærer at rusfeltet blir en særomsorg og behandles ulikt alt annet på helsefeltet. Dette er det motsatte av hva reformene på feltet så langt har ønsket å oppnå; det er man selvsagt også klar over.

En er redd for at forslaget vil innebære en ressurskrevende snuoperasjon hvor effektene ikke er godt nok dokumentert på forhånd. En har gjennom de siste årene dessuten gode erfaringer med samhandlingsmodeller som bidrar til helhet i tjenestetilbudet, forpliktende samarbeid mellom kommuner og sykehus, interkommunalt samarbeid på rusfeltet osv. En ny bevegelse mot en sentralisering vil sette mye av det eksisterende utviklingsarbeidet i et vakuum. En stor organisatorisk endring vil kreve mange avklaringer, oppgavefordeling, ressursfordeling- og det vil måtte skje i sammenheng med samhandlingsreformen som forslaget i stor grad er i konflikt med. Det er et stort spørsmål om brukere og pårørende vil være mer tjent med en modell som det vil ta mange år å utvikle, enn en fortsatt gradvis opptrapping og styrking av rusfeltet.

Modellen med sentraliserte MO-sentre som er statlige gir også en ny stor utfordring den dagen kommunene skal overta stafettpinnen alene sammen med den tidligere rusmiddelavhengige. Overganger kan man aldri komme fra, men denne modellen kan øke faren for at man fjerner store deler av rehabiliteringsløpet fra det lokale nettverket og får en stor utfordring den dagen vedkommende skal etableres i en hjemkommune.

Koordineringsansvaret bør ligge i kommunen, ikke ved et MO-senter, slik også ny helse- og sosiallovgivning skisserer. Slik en ser det taler det meste for at ressursene på rusfeltet bør brukes til å styrke det som eksisterer og allerede viser seg virkningsfullt, fremfor å utprøve en ny ansvars- og ressursfordeling som har usikkert utfall. Kapasitetsproblemet som i dag gir behandlingsskøer og brudd i behandlingsforløp må man uansett skissere en løsning for, uavhengig av organiseringsmodell. Det er ønskelig at kommunene har ansvar og ressurser der folk bor og skal bo, slik samhandlingsreformen skisserer. Sykehuset med sin tverrfaglige spesialiserte behandling må være tilgjengelig for kommunene og for folk som bor i distriktene. En bør bruke ressursene på å optimalisere den samhandlingen som allerede finnes og som er god.

Hvis man altså skal velge å utvikle modeller for MO-sentre bør det skje i samhandlingen mellom sykehus og kommunene som forpliktete parter. Modellen for forankring bør følge Samhandlingsreformens struktur og linjer i forhold til det kommunale ansvaret.

Punkt 14 omtaler bolig og aktivitet som sentrale faktorer i behandling og rehabilitering, dette støttes selvsagt. Man bør utvikle modeller for rehabilitering som ivaretar dette langt bedre, uavhengig av ideen om MO-sentre.

Forslag 15 som går ut på å sikre narkotikaavhengige under og etter fengselsopphold. Dette understreker soningstiden som en tid for handlingsrom i forhold til behandling og rehabilitering. En støtter styrking av tiltak som kan utnytte mulighetene her mer effektivt. Det bør gis økte muligheter til reell behandling og rehabilitering under soning, ikke bare tiltak som forbereder den innsatte på dette. En må arbeide for ordninger som kan sikre sømløse overganger mellom fengsel, avrusning, behandling og rehabilitering.

Forslag 16 vedrørende en harmonisering og kvalitetssikring av regelverket for tvang støttes.

Forslag 17 som omhandler en tydeliggjøring av ansvars- og arbeidsdeling mellom psykisk helse og rusfeltet bør behandles i forbindelse med Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykiske lidelser, som er sendt på høring med frist 28. februar.

Forslag 18: Avvikning av egenandeler for behandling av narkotikaavhengighet. En er enig med utvalget at de likebehandlingshensyn som lå til grunn for innføring av egenandeler, for eksempel i poliklinisk behandling, har slått motsatt vei for en stor del av målgruppen. Egenandeler holder store deler av pasientgruppen unna behandling, en utilsiktet konsekvens, og en støtter derfor å se nærmere på løsninger som kan endre denne situasjonen. En bør også se på egenandeler i forbindelse med fastlegebesøk. Ordninger med gratis tannbehandling som en del av rehabiliteringen må opprettholdes og gjøres tilgjengelig for alle som er i målgruppen. Tannbehandling er et svært viktig suksesskriterium i en rehabilitering.

Forslagene 18-22 omhandler legemiddelassistert rehabilitering (LAR) Utvalget peker på en rekke forhold ved LAR som kan forbedres. En er enig i at denne behandlingsformen bør optimaliseres; det er for mange som har altfor liten effekt av behandlingen i dag. Det pekes på at R'en i LAR, altså rehabiliteringen har for små ressurser. Det kan man støtte; det er rehabiliteringen, det vil si oppfølgingen som kan få på plass et liv, ikke medikamentet alene. Forslaget om å styrke oppfølging ved å samle ansvar og legge oppgavene til et MO-senter er man ikke enig i. LAR er for mange ment å være en livslang behandlingsform. Dette er innbyggere som lever sine liv i kommunen og må ha sin oppfølging knyttet til sin bolig, sin dagaktivitet, sitt dagligliv. Det bør ikke spesialiseres mer enn det som allerede er gjort gjennom den nylig vedtatte LAR- forskriften.

Medikamentvalg i LAR er ikke drøftet men man stiller forslag om å åpne for heroin i LAR. Behandling med heroin er svært kostnadskreven, det er en svært liten målgruppe som er aktuell for et eventuelt forsøk, det er en målgruppe som antakelig kunne vært i LAR, om mulig med andre medikamenter, med tettere individuell oppfølging og tilpasning av rehabiliteringen. Slik ressursituasjonen og utfordringene er på rusfeltet i dag, vil en foreslå at ressurser brukes på å optimalisere LAR behandlingen generelt og tilpasse LAR behandlingen spesielt til denne målgruppen. En bør se på hva slags rehabilitering og oppfølging som har hatt best effekt og tilby mer av dette slik at gode boforhold, meningsfulle dagaktiviteter, holdbare sosiale relasjoner og inntektssikring kan tilbys også denne delen av målgruppen.

En ønsker avslutningsvis å påpeke at man i Norge også har medikamentfrie behandlings- og rehabiliteringstilbud som dekker mange av de behovene rusmiddelavhengige har for bistand. Mulighetene til å få et medikamentfritt liv bør være tilgjengelig, synlige og mulige også for den gruppen som rapporten har sett særskilt på: De mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige.

Punkt 4/11: Forslag til nye statutter for Frivillighetsprisen.

Bilag

Saksprotokoll

Saksprotokoll

Saksprotokoll



Dato: 13.12.2010
Saksnr.: 201007181-16
Arkivkode E: F08
Saksbehandler: Nina Gjærum Reinhardt

Saksgang	Møtedato
Oppvekststyret	18.01.2011
Kulturstyret	02.02.2011
Helse- og sosialstyret	11.01.2011
Formannskapet	16.02.2011

Forslag til nye statutter for Frivillighetsprisen.

Sammendrag:
Rådmannen fikk følgende henvendelse fra juryen for Kristiansand Frivillighetspris i september 2010:

I siste møte 10.09.2010 for juryen for Kristiansand kommunes Frivillighetspris, drøftet politikerne statuttene for prisen.

De retningslinjene vi har å følge er ganske magre, og vi ble enige om å be rådmannen ta initiativ til å få utarbeidet klare statutter for prisen.

Vi utfordret administrasjonen til å undersøke lignende statutter i andre kommuner, og til å medvirke til at vi får klare kriterier.

Vi drøftet muligheten for å utlyse prisen før sommerferien, slik at vi kan rekke å sende inn vår vinner til fylkets frivillighetspris. Fristen her er 15 okt, og det rekker ikke vi med det opplegget vi har hatt til nå.

På bakgrunn av gjennomgang av dagens statutter for Frivillighetsprisen, juryens ønske om klarere statutter, samt sammenlikning med andre kommuner foreslår rådmannen at det lages nye statutter for Frivillighetsprisen i Kristiansand kommune.

Forslag til vedtak:

1. Nye statutter for Frivillighetsprisen i Kristiansand kommune vedtas slik det fremgår av saken.

Tor Sommerseth
Rådmann

Kristin Tofte Andresen
Organisasjonsdirektør

Trykte vedlegg: 3

Utrykte vedlegg: Ingen

Bakgrunn for saken:

Rådmannen fikk følgende henvendelse fra juryen for Kristiansand Frivillighetspris i september 2010:

I siste møte 10.09.2010 for juryen for Kristiansand kommunes Frivillighetspris, drøftet politikerne statuttene for prisen.

De retningslinjene vi har å følge er ganske magre, og vi ble enige om å be rådmannen ta initiativ til å få utarbeidet klare statutter for prisen.

Vi utfordret administrasjonen til å undersøke lignende statutter i andre kommuner, og til å medvirke til at vi får klare kriterier.

Vi drøftet muligheten for å utlyse prisen før sommerferien, slik at vi kan rekke å sende inn vår vinner til fylkets frivillighetspris. Fristen her er 15. okt, og det rekker ikke vi med det opplegget vi har hatt til nå.

Status Frivillighetsprisen i Kristiansand kommune i hht. til Frivillighetsmeldingen vedtatt i bystyret 12. mai 2010:

Kap. 10. Frivillighetspris

Kommunen deler årlig ut en frivillighetspris. Frivillighetsprisen i sin nåværende form bør opprettholdes, men det bør vurderes hvordan den kan få mer blest.

Formannskapet vedtok 09.09.98 å innstifte Kristiansand kommune frivillighetspris. Prisen utdeles i forbindelse med den Internasjonale Frivillighetsdagen 5. desember til "en initiativrik person som med sine ideer har bedret trivsel og livskvalitet for andre. Med sine ideer og sitt pågangsmot har han/hun bidratt til et mer åpent, aktivt og trygt samfunn".

Prisen gis til privatpersoner eller foreninger/grupper. Både privatpersoner og organisasjoner kan komme med forslag.

Alle forslag blir automatisk også videresendt til en fylkeskommunal jury og kan dermed bli nominert til en nasjonal frivillighetspris.

Prisen består av et kunstverk av en lokal kunstner, og siden 2007 har det i tillegg vært gitt et pengebeløp på kr.25.000.

Juryen som tildeler prisen består av tre folkevalgte fra kultur, helse- sosial og oppvekststyret. I tillegg består den av leder for en av frivillighetssentralene og en representant fra frivillig sektor.

Disse har fått frivillighetsprisen i Kristiansand:

2010: Helge Refsnes

2009: Ester Skreros

2008: Gunnar Gundersen

2007: Inge Augland

2006: Gerd Billing

2005: Ruth Wik

2004: Kai Tønnessen

2003: Astrid Staalesen

2002: Øyvind Moe

2001: Cheryl Macdonald

2000: Normann Liene

1999: John Humborstad

1998: Olaug Lykkedrang

Den Nasjonale frivillighetsprisen

Historie

Det frivillige arbeidet som utføres i Norge tilsvarer 113.500 årsverk. Over 58 % av befolkningen bidrar med frivillig innsats i løpet av et år.

I 1986 utnevnte FN 5. desember som den internasjonale frivillighetsdagen; dagen som hyller de mange som gjør en frivillig innsats. Norge har markert dagen siden 1993, og har siden 1995 delt ut Frivillighetsprisen som skal synliggjøre de frivillige og deres viktige bidrag.

Frivillighet Norge er et samarbeidsforum for hele den frivillige sektoren og arbeider aktivt for å bedre rammebetingelsene for frivillige organisasjoner gjennom å bidra til utviklingen av frivillighetspolitikken i Norge. Etter å ha overtatt prisutdelingen fra Kultur- og kirkedepartementet i 2005, har Frivillighet Norge delt ut Frivillighetsprisen hvert år til en initiativrik person, lokal forening eller gruppe, som har utmerket seg med frivillig innsats, engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte og samfunnet.

Om Prisen

Hvert år, rundt den internasjonale Frivillighetsdagen 5. desember, deles Frivillighetsprisen ut til en initiativrik person, lokal forening eller en gruppe som har gjort en bemerkelsesverdig innsats for samfunnet rundt seg. Prisen arrangeres av Frivillighet Norge, og deles ut direkte på TV2 God Morgen Norge. Frivillighetsprisens mål er å sette fokus på nettopp det arbeidet noen mennesker legger ned for andre, men også å skape engasjement rundt frivillig arbeid, og fremme organisasjonene bak de nominerte. Prisen skal synliggjøre frivillighetens verdi gjennom å løfte fram gode eksempler på resultater av frivillig innsats..

Formålsparagrafen

- Prisen skal gis til en initiativrik person, lokal forening eller gruppe, som har utmerket seg med frivillig innsats, engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte og samfunnet.
- Prisen skal synliggjøre frivillighetens egenverdi og samfunnsverdi gjennom å løfte fram gode eksempler på resultater av frivillig innsats.
- Frivillighetens bredde og mangfold både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere.
- Prisen kan gis på grunnlag av en persons eller lokal forening eller gruppes frivillige innsats over lengre tid eller i et tidsavgrenset prosjekt.

Hvem får prisen?

Prisen skal gis til en initiativrik person, lokal forening eller gruppe som har utmerket seg med frivillig innsats, engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte og/eller samfunnet.

Frivillighetens bredde og mangfold, både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur, skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere. Prisen kan gis på grunnlag av en persons, lokal forenings eller gruppes frivillig innsats over lengre tid eller i et tidsavgrenset prosjekt.

2009

I 2009 ble prisen tildelt Studentersamfundet i Trondheim .

-Prisvinneren er en skole i frivillighet og demokratiforståelse, og gir medlemmene og brukerne en identitet og et engasjement de tar med seg videre i livet, sa juryen i sin begrunnelse.

VEST AGDER FYLKESKOMMUNE

Kort beskrivelse:

Prisen er på kr. 25.000,- og et kunstverk. Frivillighetsprisen skal være stimulans til en person, organisasjon eller gruppe, som med sine ideer og pågangsmot kan vise til **utvikling og resultat i barne- og ungdomsarbeid** i Vest-Agder. Tildeling av prisen skjer etter forslag fra kommuner, frivillige organisasjoner, kulturinstitusjoner og privatpersoner.

ANDRE KOMMUNER

Asker

Frivillighetsprisen skal gå til en lokal person, forening eller gruppe som har bedret trivsel og livskvalitet for andre, og bidratt til et mer åpent, aktivt og trygt samfunn.

Hvert år deler Asker kommune ut en pris til en initiativrik person, lokal forening eller gruppe som med sine ideer og pågangsmot har bedret trivsel og livskvalitet for andre samt bidratt til et mer åpent, aktivt og trygt samfunn. Både privatpersoner og organisasjoner kan komme med forslag til kandidater for årets frivillighetspris.

Trondheim

Trondheim kommune har innstiftet en frivillighetspris. Prisen som er på 25.000 kroner, kan gå til en person, eller personer, institusjoner eller organisasjoner som utfører uegennyttig innsats til beste for medmennesker i Trondheim.

Ullensaker

Hensikten med prisen er å berømme en person eller organisasjon fra Ullensaker, som har utmerket seg med frivillig engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte innbygger og lokalsamfunnet.

Innsatsen kan ha foregått over lengre tid eller i et tidsavgrenset prosjekt.

Frivillighetens bredde og mangfold, både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur, skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere.

Oslo

Prisen skal gis til en initiativrik person, lokal forening eller gruppe, som har utmerket seg med frivillig innsats, engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte og samfunnet.

Det er mulig å foreslå kandidater som har blitt foreslått tidligere år, men den skriftlige begrunnelsen må likevel sendes inn på nytt.

Askøy kommune

- Frivillighetsprisen skal gis til en initiativrik person, lokal forening eller gruppe, som med sine ideer, pågangsmot og/eller frivillig arbeid har bedret trivsel og livskvalitet for andre, samt bidratt til et mer åpent, aktivt og trygt samfunn.

- Enkeltpersoner, lag, foreninger og organisasjoner kan sende inn forslag.

- Ingen kan foreslå seg selv eller nærmeste familie

Prisen vil bli utdelt 4. desember 2010 som er markering av den Internasjonale

Frivillighetsdagen. Vinneren av prisen 2010 vil bli sendt som Askøys forslag til kandidat til den Nasjonale Frivillighetsprisen i 2010.

Vurdering.

Etter en gjennomgang av Frivillige Norges, fylkeskommunens og andre kommuners statutter eller kriterier for frivillighetsprisen er det mye likt med Kristiansand kommunes kriterier.

Imidlertid har noen kommuner laget egne statutter med paragrafer, og i større grad enn Kristiansand kommune tatt hensyn til Frivillige Norge sitt formål. Det kan være at en skulle hatt et kriterie som sa noe om den aktuelle kandidaten eller organisasjonen favnet mange eller bare en liten gruppe i samfunnet. Ingen av de aktuelle kommunene har et tydelig kriterie

på det. Det eneste eksempel på statutter som kan ivareta mangfoldet og klargjør noe er Ullensaker kommune sine statutter og i Frivillig Norge sitt formål:

Frivillighetens bredde og mangfold, både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur, skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere.

Rådmannen foreslår med bakgrunn i juryens bestilling å lage mer utfyllende og om mulig klarere statutter for frivillighetsprisen i Kristiansand kommune.

Følgende forhold er tatt hensyn til i forslag til nye statutter:

- Frivillighetens bredde og mangfold, både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur, skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere.
- Fristen for utlysning av prisen er foreslått endret til 1. juni, for å ivareta saksbehandling i juryen og at kandidaten kan nomineres til den nasjonale frivillighetsprisen.
- Videre foreslås det en paragraf om innsatsen har foregått over lengre tid eller i et tidsavgrenset prosjekt.
- Til slutt foreslås det at en person bare kan få prisen en gang.

Kommentarer til foreslåtte nye statutter for Frivillighetsprisen i Kristiansand kommune

§1

Frivillighetsprisen er innstiftet av Formannskapet 09.09.1998 i Kristiansand kommune. Frivillighetsprisen kan utdeles en gang pr år.

Kommentar:

Ikke noe nytt.

§2

Hensikten med prisen er å berømme en person eller organisasjon fra Kristiansand, som har utmerket seg med frivillig engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte innbygger og lokalsamfunnet.

Innsatsen kan ha foregått over lengre tid eller i et tidsavgrenset prosjekt.

Kommentar:

Det nye her er tidsaspektet for det frivillige arbeidet.

§3

Frivillighetens bredde og mangfold, både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur, skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere.

Kommentar:

Dette punktet er nytt og kan være med på å være klargjørende i forhold til juryens bestilling.

§4

Alle kan sende inn begrunnede forslag til kandidater til Frivillighetsprisen. Forslag sendes Kristiansand kommune innen **1.juli**

Innbydelse til å komme med forslag vil bli kunngjort på www.Kristiansand.kommune.no

Blant innkomne forslag på kandidater vil juryen for Frivillighetsprisen velge ut en prisvinner.

Alle forslag blir automatisk også videresendt til en fylkeskommunal jury og kan dermed bli nominert til en nasjonal frivillighetspris.

Kommentar:

Det nye er fristen som ivaretar at Kristiansand kommunes kandidat kan bli nominert til den nasjonale frivillighetsprisen som har frist 15. september. Det er fylkeskommunen som sender den videre. (se vedlegg 1)

§5

Frivillighetsprisen består av et diplom og et pengebeløp på kr. 25.000.
Den tildeles samme person bare en gang.

Kommentar:

Det nye her er at frivillighetsprisen består av et diplom og ikke et kunstverk, og at den bare kan tildeles en gang til en person, og at .

§6

Prisen overrekkes i forbindelse med den Internasjonale Frivillighetsdagen 5. desember .
Dato for utdeling kan fravikes dersom det avholdes lokal frivillighetskonferanse der det vil falle naturlig å dele ut prisen.

Juryen som tildeler prisen består av tre folkevalgte fra kultur -, helse- sosial og oppvekststyret, samt leder for en av frivillighetssentralene og en representant fra frivillig sektor.

Kommentar:

Det nye her er at dato for utdeling kan fravikes dersom det avholdes lokal frivillighetskonferanse der det vil falle naturlig å dele ut prisen.

Konklusjon:

På bakgrunn av saksfremstillingen forslår rådmannen følgende statutter for Frivillighetsprisen i Kristiansand kommune:

Statutter for Frivillighetsprisen i Kristiansand kommune

§1

Frivillighetsprisen er innstiftet av Formannskapet 09.09.1998 i Kristiansand kommune.
Frivillighetsprisen kan utdeles en gang pr år.

§2

Hensikten med prisen er å berømme en person eller organisasjon fra Kristiansand, som har utmerket seg med frivillig engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte innbygger og lokalsamfunnet.

Innsatsen kan ha foregått over lengre tid eller i et tidsavgrenset prosjekt.

§3

Frivillighetens bredde og mangfold, både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur, skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere.

§4

Alle kan sende inn begrunnede forslag til kandidater til Frivillighetsprisen. Forslag sendes Kristiansand kommune innen **1.juli**

Innbydelse til å komme med forslag vil bli kunngjort på www.Kristiansand.kommune.no

Blant innkomne forslag på kandidater vil juryen for Frivillighetsprisen velge ut en prisvinner.

Alle forslag blir automatisk også videresendt til en fylkeskommunal jury og kan dermed bli nominert til en nasjonal frivillighetspris.

§5

Frivillighetsprisen består av et diplom og et pengebeløp på kr. 25.000.
Prisen tildeles samme person bare en gang.

§6

Prisen overrekkes i forbindelse med den Internasjonale Frivillighetsdagen 5. desember. Dato for utdeling kan fravikes dersom det avholdes lokal frivillighetskonferanse der det vil falle naturlig å dele ut prisen.

Juryen som tildeler prisen består av tre folkevalgte fra kultur-, helse- sosial og oppvekststyret, samt leder for en av frivillighetsentralene og en representant fra frivillig sektor.

Trykte vedlegg : (3)

KRISTIANSAND KOMMUNE
Serviceboks 417
4604 KRISTIANSAND S

KRISTIANSAND KOMMUNE	
Saksnr. 201007181	Dok.nr. 1
- 9 AUG. 2010	
Enhet/Saksbeh. ATE	Arkivkode F08
Unnt.off. iht.	



Oslo 5.08.2010

Til ordføreren,

FRIVILLIGHETSPRISEN 2010

Med en frivillig innsats tilsvarende 115 000 årsverk ligger Norge på topp i verden! Dette må feires, og gjennom årets *Frivillighetspris* har vi en flott anledning til frivillighetsfest. Kanskje årets frivillige ildsjel(er) finnes i din kommune?

Frivillighet Norge deler hvert år ut Frivillighetsprisen til en ildsjel som har gjort en spesiell innsats. Mer informasjon om prisen og dens historikk finnes på www.frivillighetsprisen.no

Frivillighetsprisen skal gis til en initiativrik person, lokal forening eller gruppe, som har utmerket seg med frivillig innsats, engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte og samfunnet. Vi trenger hjelp fra din kommune for å finne en verdig vinner!

Vi ber om at kommunen sender inn ett eller flere begrunnede forslag på kandidater til Frivillighet Norge. Alle fylkene blir deretter bedt om å nominere én kandidat til den nasjonale juryen, som vil ledes av styreleder i Frivillighet Norge, Petter Eide. Fristen for nominering til Frivillighet Norge er i år satt til **15. september**.

Nominasjoner kan gjøres gjennom
www.frivillighetsprisen.no/nominasjon
eller på e-post til:
nominasjon@frivillighetsprisen.no

Om årets pris

Jakten på årets vinner startes for alvor gjennom en presentasjon av prisen på TV2 God Morgen Norge uke 35. TV2 vil bidra til å skape blest om prisen og de nominerte gjennom hele årets arrangement.

Det vil kåres en fylkesvinner i hvert fylke, deretter vil en nasjonal jury plukke ut seks mellomrundekandidater som presenteres på TV2 – her ligger det altså en ypperlig mulighet for å profilere kommunen og dens ildsjeler på tv! Seerne vil i løpet av november få stemme fram tre finalister som får ytterligere en presentasjon på tv. Deretter vil vinneren kåres og presenteres direkte om morgenen 3. desember.

Frivillighet Norge

Frivillighet Norge er ansvarlig for det praktiske arrangementet rundt prisen. Frivillighet Norge er en samarbeidsorganisasjon for frivillige organisasjoner. Våre nettsider www.frivillighetnorge.no inneholder mer informasjon om oss og vårt arbeid.

Vi håper dere tar oppfordringen om å nominere deres kandidat slik at årets Frivillighetspris blir en spennende og attraktiv pris som bidrar til å rette oppmerksomhet mot innsats for fellesskapet fra initiativ- og idérike mennesker, og for et triveligere og bedre samfunn for alle!

Med vennlig hilsen

Tor Abild
Kommunikasjonsrådgiver
Frivillighet Norge

Frivillige fakta:

- Det finnes anslagsvis 115 000 frivillige lag/foreninger i Norge. Ca 2 000 er landsomfattende.
- Rundt halvparten av befolkningen deltar i frivillig "arbeid". Det plasserer Norge i verdenstoppen.
- Over halvparten av det frivillige arbeidet legges ned i kultur- og fritidsorganisasjoner, inkl. idretten.

Frivillighet Norge
www.frivillighetsprisen.no
www.frivillighetnorge.no
tlf: 21 56 76 50 fax: 21 56 76 51
e-post: post@frivillighetnorge.no

FRIVILLIGHETSPRIS FOR ARBEID MED BARN OG UNGE I VEST-AGDER

1. Formål

Vest-Agder fylkeskommune deler ut en frivillighetspris. Prisen skal gis til en person, organisasjon eller gruppe, som med sine ideer og pågangsmot viser til utvikling og resultat i barne- og ungdomsarbeidet i Vest-Agder, gjennom aktiviteter og prosjekter.

2. Prisen

Prisen er på 25.000 kroner.

3. Nominasjon

Tildeling av prisen skjer etter forslag fra kommuner, organisasjoner, institusjoner, grupper og enkeltpersoner. Forslag må være sendt Regionalavdelinga, Seksjon for allmenn kultur innen 1. oktober.

4. Vilkår

- a. Nominerte bør helst være bosatt og virksom i Vest-Agder. Det kan gjøres unntak fra dette ved at for eksempel prosjektet har tilknytning til fylket, eller er realisert i fylket.
- b. Det er et kriterium at aktiviteten fremmer barne- og ungdomsarbeidet i fylket.
- c. Det er en styrke at det vises til samarbeid med andre, og viser til samarbeid på tvers av kulturelle uttrykk.

3. Tildeling

Hovedutvalget for kultur og utdanning gjør vedtak om hvem som hvert år skal få prisen.

Statutter for Frivillighetsprisen i Ullensaker kommune

§1

Frivillighetsprisen er innstiftet Formannskapet av Frivillighetssentralen i Ullensaker. Frivillighetsprisen kan utdeles en gang pr år.

§2

Hensikten med prisen er å berømme en person eller organisasjon fra Ullensaker, som har utmerket seg med frivillig engasjement og pågangsmot til beste for den enkelte innbygger og lokalsamfunnet. Innsatsen kan ha foregått over lengre tid eller i et tidsavgrenset prosjekt.

§3

Frivillighetens bredde og mangfold, både med tanke på organisasjonsform, tematikk, alder og kultur, skal over tid gjenspeiles i et tilsvarende mangfold blant prisens vinnere.

§4

Alle kan sende inn begrunnede forslag til kandidater til Frivillighetsprisen. Forslag sendes

Frivillighetssentralen innen **1. november**.

Innbydelse til å komme med forslag vil bli kunngjort i media.

Blant innkomne forslag på kandidater vil styret for Frivillighetssentralen velge ut en prisvinner.

§5

Frivillighetsprisen består av diplom, gave og blomster. Den tildeles samme person bare en gang.

§6

Prisen overrekkes på den Nasjonale Frivillighetsdagen 5. desember av person utpekt av styret for Frivillighetssentralen.

Punkt 5/11: Høring - nasjonal retningslinje for gravide i LAR

Bilag

Saksprotokoll



Dato: 22.12.10
Saksnr.: 201009066-2
Arkivkode E: F6 &13
Saksbehandler: Hilde Engenes

Saksgang	Møtedato
Helse- og sosialstyret	11.01.10
Formannskapet	12.01.10

Høring - nasjonal retningslinje for gravide i LAR

Sammendrag:

Kristiansand kommune har fra Helsedirektoratet mottatt utkast til nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering, med høringsfrist 31 desember 2010. Forslaget til høringsinnspill er sendt direktoratet innen fristen, med informasjon om at endelig vedtatt høringsuttalelse sendes når vedtak foreligger

Utkastet til nasjonal retningslinje gir om lag 230 anbefalinger for

- Oppfølging av gravide i LAR i kommune og spesialisthelsetjeneste
- Oppholdet på sykehuset i forbindelse med fødsel og barseltid
- Oppfølging av barn og familier gjennom sped- og småbarnsalder

Rådmannens forslag til høringsuttalelse er vedlagt

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
helse- og sosialdirketør

Trykte vedlegg: Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder

Utrykte vedlegg:

Høringsinnspill fra Kristiansand kommune til **Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder**

Innledningsvis ønsker man å understreke at utkastet til denne nasjonale retningslinjen er preget av et grundig forarbeid. Retningslinjen vil, i en bearbeidet og forkortet versjon, bli et godt praktisk arbeidsredskap for de instanser som jobber med målgruppen.

Det er en styrke at retningslinjen tydeliggjør hvordan oppfølging til målgruppen må baseres på et tett og forpliktende samarbeid mellom mange aktører på tvers av forvaltningsnivåene. Det er svært viktig at man peker på behovet for at det utpekes en koordinerende fagperson i et utvidet ansvarsgruppearbeid. En støtter også forslagene som går ut på en videreføring av spesialiserte og forsterkede tilbud til målgruppen, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Dette er en målgruppe som har behov for spesialisert kompetanse og det dreier seg ikke om et stort volum; grader av spesialisering er nødvendig for å opprettholde kvaliteten.

Ut fra samme begrunnelse støtter en også forslaget om utpeking av et begrenset antall sykehus til å håndtere fødsler og abstinensbehandling av nyfødte. En bør imidlertid ta hensyn til at sykehusene med spesialkompetanse velges ut slik at det for kommunene blir faglig godt håndterbart innenfor de strukturene man har regionalt. En må også finne måter å håndtere eventuelle økte utgifter ved ny ordning. Hvis man legger mye oppfølging i forkant av fødsel til de spesialisert sykehusenhetene man vil utpeke, vil dette gi økte kostnader til blant annet boopphold i nærheten. Dette er vanskelig å se for seg som en praktisk ordning. Det er på ingen måte selvsagt at sosialtjenesten i kommunene skal dekke økte kostnader slik man antyder under punkt 6.5.1. Det må foretas en kostandsanalyse hvis anbefalte tiltak vil føre til merkostnader i forhold til dagens tilbud, og en finansiering må skisseres.

En vil anbefale at så mye som mulig av oppfølgingsressurser- og kompetanse finnes i så nær tilknytning som mulig til mors dagligliv, både før og etter fødsel. Man bør også på dette feltet vurdere å utvikle modeller hvor både sykehus og kommuner kan samarbeide om operative tjenester direkte rettet mot mor og barn.

Generelt ønsker man å kommentere at når behovet for spesialisering er tilstede overfor målgrupper som denne, må man være ekstra påpasselig med å forankre absolutt alle tiltak ute i kommunen der hvor mor skal skape en god tilværelse for seg selv, barnet og deres familie. Dette er nødvendig for å gjøre overgangene mindre risikofylte med tanke på brudd i tiltakskjeden. Det er også avgjørende for å etablere og vedlikeholde de relasjonene som mor og barn skal ha å støtte seg til.

Når det gjelder det eneste punktet i retningslinjen som har skapt dissens, nedtrapping på medikament under svangerskapet, velger man å gi tilslutning til flertallets syn. Dette på bakgrunn av Helsedirektoratets svært tydelige anbefaling i høringsbrevet. Forskningsresultatene slik de refereres i retningslinjen gir ikke et kvalifisert grunnlag for å ta stilling til dissensen. Vår erfaring tilsier imidlertid at de fleste kvinner som er i LAR og som blir gravide, selv ønsker en nedtrapping. Det er derfor viktig at retningslinjen også gir kvalifiserte råd når man skal hjelpe kvinnene til en forsvarlig nedtrapping etter eget ønske.

Avslutningsvis ønsker en å kommentere punkt 6.6: Opioidavhengige som ikke er i LAR. Det vises her til at man i Norge har gode tiltak for gravide rusmiddelavhengige som ikke er i LAR. Man anbefaler at slike alternativ bør vurderes først, altså før LAR. Dette sier man tydelig i punktets andre avsnitt, men i anbefalingene kommer ikke dette frem. Det er ønskelig at anbefalingene vedrørende gravide opioidavhengige som ikke er i LAR bygges opp på en annen måte og forholder seg til alternativene til LAR. På denne måten bør også de medikamentfrie behandlingalternativene komme klart frem som en god og prioritert mulighet for kvinnene.

Punkt 6/11: Søknad om midler til styrkning av Barneverntjenesten

Bilag

Retningslinjer for satsing på kommunalt barnevern



Dato: 04.01.2011
Saksnr.: 201010307-2
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Elisabeth Engemyr

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
11.01.2011

Søknad om midler til styrkning av Barneverntjenesten

Sammendrag:

Barne-, Likestillings- og inkluderingsdepartementet har i rundskriv Q-31 /2010 datert 05.11.2010 gitt retningslinjer for satsing på kommunalt barnevern for 2011. Det er satt av 240 mill. kr. til en øremerket styrking av det kommunale barnevernet. Kristiansands andel av dette er beregnet til ca. 4,0 mill. kr. Nye stillinger skal ha hovedprioritet, men kommuner med tilstrekkelig antall stillinger kan søke om midler til enkelte andre tiltak som styrker barnevernet. På bakgrunn av endringer i kuratorstillinger som ble gjennomført i 2010, samt barnevernstjenestens økonomiske situasjon søker Kristiansand kommune primært om midler til å opprettholde nåværende bemanning. I tillegg søkes det om midler til styrkning av hjelpetiltak i hjemmet.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret slutter seg til fremlagte søknad

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Tone Kylland
Enhetsleder barneverntjenesten

Trykte vedlegg:

[Retningslinjer for satsing på kommunalt barnevern i 2011](#)

Søknad om midler for satsing på kommunalt barnevern 2011.

Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet har i rundskriv Q-31 /2010 datert 05.11.2010 gitt retningslinjer for satsing på kommunalt barnevern for 2011. Det er satt av 240 mill. kr. til en øremerket styrking av det kommunale barnevernet. Nye stillinger skal ha hovedprioritet, men kommuner med tilstrekkelig antall stillinger kan søke om midler til enkelte andre tiltak som styrker barnevernet.

Kristiansand kommune har en svært anstrengt økonomisk situasjon som medfører at det ikke er mulig å styrke tjenestetilbudet. Dette får betydning for alle tjenesteområder, inkludert barneverntjenesten.

Barneverntjenesten i Kristiansand kommune har 78 årsverk fordelt på følgende funksjoner:

- o 1 enhetsleder
- o 4 avdelingsledere
- o 2 fagkonsulenter
- o 6,5 merkantile
- o 64,5 kuratorstillinger, inklusiv barnevernvakt

Barneverntjenesten gjennomførte endringer i ulike funksjoner i april 2010, hvor 6,5 årsverk ble omgjort fra stab-, støtte og ledelse til kuratorstillinger. Bakgrunnen for dette var økningen i antall barn som fikk bistand fra barnevernet. For å imøtekomme de utfordringer som lå i økt antall brukere og en svært krevende økonomisk situasjonen, ble det derfor satt inn mer innsats nær brukeren. Utviklingen i barneverntjenesten etter omleggingen har likevel vært at flere barn er blitt plassert utenfor hjemmet. Dette skyldes nok flere faktorer, men en årsak kan være at den enkelte kurator har større mulighet for å gå dypere inn i hver enkelt sak, og dermed klarere vurdere omsorgssituasjonen. En annen årsak kan være økt kompetansen knyttet til vurderinger og saksfremlegg til fylkesnemnda. En fagkonsulent har dette som sitt hovedarbeidsområde, noe som gir økt faglig trygghet for hver enkelt kurator. Endringene i funksjonene har bidratt til å sikre en betydelig økning i antall barn med tiltaksplaner, omsorgsplaner og tilsynsførere det siste året. Videre har vi fått redusert fristoverskridelsene til et minimum. Dette har vi kunnet gjennomføre siden vi selv har tatt de nødvendige grep for å øke antall kuratorstillinger i barnevernet. Dette gjør også at bildet av antall meldinger, undersøkelser og tiltak pr kurator er betydelig bedre i dag, enn på samme tid i fjor.

Den økonomiske situasjonen i barneverntjenesten er svært krevende. Merforbruket i 2009 var på kr.11.mill. kr. I 2010 forventes merforbruk på ca. 7 mill kr. Dette skyldes i all hovedsak utgifter til fosterhjem. Utgifter til administrasjon og hjelpetiltak er redusert, mens utgifter til plasserte barn har økt dramatisk. Dette skyldes både at flere barn er plassert utenfor hjemmet, men også at kostnader knyttet til hvert enkelt fosterhjem har økt. Dette skyldes ringvirkninger etter at staten opprettet statlige fosterhjem med høyere avlønning. Barneverntjenesten har de siste årene fått en styrkning på ca. 7 mill. kr. 4,5 mill ble tilført i 1.tertial 2010 til dekning av økte kommunale egenandel ved plassering av barn utenfor hjemmet.

Et utgiftsnivå på ca. 7 mill kr. høyere enn budsjett ved inngangen til 2011 betyr at tjenesten også vil ha store utfordringer med å holde budsjettet i 2011. Et krav om budsjettbalanse vil derfor innebære at det må reduseres i antall stillinger i størrelsesorden 6 – 10 årsverk. Konsekvensene av dette vil igjen kunne medføre økt saksbehandlingstid og fare for bl.a. fristoverskridelser.

På bakgrunn av dette søker Kristiansand kommune om midler til følgende tiltak i prioritert rekkefølge:

1. Midler til å opprettholde 6,0 kuratorstillinger. Dette beløper seg til kr. 3,6 mill. kr.
2. Kompetanseutvikling knyttet til sped- og småbarn. Kristiansand kommune har gjennom prosjektet "Tidlig innsats" et sterkt fokus på å forebygge psykososiale vansker og redusere behov for spesialtiltak når barnet blir større. Barneverntjenesten har nå opprettet et eget team med kuratorer som har sped- og småbarn 0-3 år som sitt spesialfelt. Midlene vil bli brukt til videreutdanning for 4 kuratorer i Sped- og småbarns psykiske helse gjennom R-BUP (Oslo). Kostnader til dette er beregnet til kr.340.000,-.
3. Støttefamilier som hjelpetiltak for barnevernsfamilier med sped- og småbarn. Det er ønskelig å prøve ut dette tiltaket i forhold til 5 barn. Dette innebærer en årlig kostnad på kr.360.000,-.
4. Midler til 2 stillinger som miljøterapeuter/kuratorer som skal jobbe med endringsarbeid og hjelpetiltak i hjemmene. Barneverntjenesten har en stor økning i antall familier som har behov for hjelp i hjemmet. Målsettingen med disse stillingene er å sikre at barn og deres familier skal få rask og konkret hjelp. Barneverntjenesten skal komme tidlig inn i familien, arbeide intensivt, veilede og ha fokus på endring i familien. Det kan settes inn en miljøterapeut på alle barnets arenaer som hjem, skole og fritid. Kostnader til 2 stillinger beløper seg til kr.1,2 mill.

Samlet søknadsbeløp for Kristiansand kommune er 5,5 mill. kroner.

Dersom det er ønskelig med utfyllende informasjon i forbindelse med behandling av søknaden bidrar vi gjerne med dette.

Mvh

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Tone Kylland
Enhetsleder barneverntjenesten

Punkt 7/11: Høring - Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov

Bilag

Saksprotokoll

Høringsnotat - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Høringsnotat - forslag til ny folkehelselov

Høringsinnspill fra Rådet for funksjonshemmede

Høringsuttalelse Kristiansand kommune

Høringsuttalelse Kristiansand kommune



Dato: 22.12.10
Saksnr.: 201009305-4
Arkivkode E: F0 &13
Saksbehandler: Laila Hamar

Saksgang

Formannskapet
Helse- og sosialstyret

Møtedato

12.01.2011
11.01.2011

Høring - Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov

Sammendrag:

Det vises til vedlagte høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18.10.2010 vedr. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt ny folkehelselov. Høring til begge lovene er innarbeidet i én felles uttalelse fra Kristiansand kommune.

Kristiansand kommune er positive til intensjonene i samhandlingsreformen og til at det nå lages en *felles moderne lov* som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet. Det er positivt at forebygging tydeliggjøres og fokuseres; også i egen folkehelselov. Tiden er moden for de endringene som nå gjøres og vi ønsker dette velkommen. Større endringer innebærer utfordringer og som kommune ønsker vi å bidra positivt i forhold til dette. I høringsuttalelsen kommenteres i hovedsak områder der vi ønsker en endring eller finner foreslåtte løsninger problematiske. Noe annet ville føre for langt.

I høringsuttalelsen fra Kristiansand kommune fokuseres det på utstrakt bruk av departementale fullmakter, lovforslagets innvirkning på tjenestenivå, økt fokus på arbeid med kvalitet, pasientsikkerhet og brukermedvirkning, IKT og velferdsteknologi/teknologiske løsninger, samt at kommunens rolle som selvstendig forsknings- og utviklingsaktør bør tydeliggjøres. En grundigere gjennomgang og styring av fastlegeordningen etterlyses. Man stiller seg kritiske til en aldersbasert modell for medfinansiering av sykehusopphold, samt at kommunen skal gis plikt til å opprette sykehuslignende behandlingsinstitusjoner for akutt sykdom. Det understrekes at finansieringsmodeller knyttet til utskrivningsklare pasienter ikke må få negative konsekvenser i regioner som har oppnådd gode resultater på dette området. Man stiller seg positive til fokusering på folkehelsearbeid og forebygging, men etterlyser finansieringsmodeller for økte krav på området. Det understrekes at gjennomføring av nytt lovverk og intensjonen i samhandlingsreformen forutsetter økte økonomiske rammer til kommunene.

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelseslov.

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg:

Forslag til høringsuttalelse fra Kristiansand kommune

Høringsbrev – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 18.10.2010

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>

Høringsbrev – forslag til ny folkehelseslov, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 18.10.2010

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1.html?id=621026>

Høringsinnspill fra rådet for funksjonshemmede, 16.12.2010

Utrykte vedlegg:

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (delt ut tidligere)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>

Forslag til ny folkehelseslov (delt ut tidligere)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1.html?id=621026>

Bakgrunn for saken :

Det vises til vedlagte høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18.10.2010 vedr. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt ny folkehelselov. Høring til begge lovene er innarbeidet i én felles uttalelse fra Kristiansand kommune. Vi har i vår uttalelse konsentrert oss om hovedfokusområder, og bare der vi finner det påtrengende nødvendig, vist til detaljer i forslaget. I første del av dokumentet kommenteres ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i andre del ny folkehelselov. Vedlagt i denne saken følger også høringsinnspill fra rådet for funksjonshemmede, 16.12.2010.

En felles moderne lov som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet vil bidra til å gjøre det lettere å gi et sammenhengende tjenestetilbud og fremme helhetstankegang. Det er også positivt at det nå settes et tydelig fokus på folkehelse og viktigheten av forebyggende arbeid og at dette reguleres i egen folkehelselov.

Det er vanskelig å gi en konklusiv uttalelse til lovforslagene når flere sentrale tema ikke er gjenstand for vurdering, spesielt knyttet til den finansielle siden. På flere områder forutsetter departementet at forslaget ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. Dette fremstår i beste fall som uvisst og i andre tilfeller lite sannsynlig. Flere av forslagene har positive elementer i seg dersom kommunene settes i stand til å håndtere dette finansielt, materielt og kompetansemessig. Det forutsettes fra Kristiansand kommunes side en gradvis og planmessig implementering av nytt lovverk og samhandlingsreformen i sin helhet. Oppgaver må ikke overføres til kommunene før en har fått tilstrekkelig med tid og ressurser til å bygge opp tilbudet, samt sikre organisering og drift. Nye kommunale oppgaver og plikter i kraft av nytt lovverk og intensjonen i samhandlingsreformen kan ikke gjennomføres uten økte økonomiske rammer.

I det følgende redegjøres for hovedpunktene i Kristiansand kommunes høringsuttalelse.

Kommunal organisasjonsfrihet og departementale fullmakter

Det er positivt at kommunal organisasjonsfrihet er vektlagt i høringsforslaget. Imidlertid kommenteres adgangen som gis til å pålegge interkommunalt samarbeid. Departementet foreslår i § 27 i nytt forslag til folkehelselov og i § 6-7 i utkastet til lov om helse- og omsorgstjenester bestemmelser om at departementet ved forskrift eller enkeltvedtak kan *pålegge kommuner å samarbeide* når det av departementet vurderes påkrevd for forsvarlig løsning, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. En anser det som urimelig at departementet skal inneha en slik myndighet og antar at kommunene selv vil finne hensiktsmessige løsninger på dette.

Plikten til å ha en eller flere kommuneleger videreføres i forslaget til ny helse- og omsorgslov. Også i forslaget til ny folkehelselov § 28 vedr. Samfunnsmedisinsk kompetanse presiseres det at det skal ansettes en kommunelege som medisinskfaglig rådgiver. Det bør være opp til kommunene selv å vurdere organisering og hvorvidt det er formålstjenlig med ansettelse av kommunelege eller å skaffe nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse på annet vis.

En hovedinnvending er den *utstrakte bruken av departementale fullmakter* til å regulere vesentlige sider i lovgivningen ved bruk av forskrifter. Å overlate detaljreguleringen til departementet i så stor grad begrenser kommunenes forutberegnelighet med hensyn til strategiske valg og planlegging. Det gjør det også vanskelig å ta stilling til hva denne loven vil innebære i praksis for kommunen som utfører.

Tjenestenivå

Departementets uttrykker at lovforslagene ikke innebærer en forventning om et høyere tjenestenivå. I høringsuttalelsen er det redegjort for grunnene vi har for å være uenig med departementet i denne vurderingen, herunder bruken av verdighet og verdighetsgarantibegrepene. Videre vil samling av alle brukerrettigheter i pasientrettighetsloven kunne føre til økt uttak av rettigheter og således økt ressursbruk.

Kristiansand kommune er ikke enig med departementet at det mest hensiktsmessige er å innføre det foreslåtte *felleskriteriet for rett til helse- og omsorgstjenester*. Det bør fremkomme tydeligere vilkår som angir kjennetegn ved søker eller dennes situasjon og som setter tydeligere rammer for rettigheten enn det valgte begrep. Man burde valgt modellen fra gjeldende sosialtjenestelovs § 4-3 med henvisning til "menyen". Her fremkommer vilkårene langt tydeligere. Uten dette er det grunn til å frykte at denne lovendringen utilsiktet vil påvirke tjenestenivået og påføre kommunene utgifter som ikke dekkes opp finansielt.

Kvalitet, pasientsikkerhet og brukermedvirkning

Det ansees som en riktig utvikling at det rettes et sterkere fokus på kvalitet og pasientsikkerhet og at dette arbeidet gis et videre fokus enn internkontroll. Videre er det positivt med et økt systemfokus i forhold til brukermedvirkning.

Kristiansand kommune støtter forslaget om å endre navnet fra "internkontrollforskriften" til "forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester".

Departementet foreslår følgende definisjon av kvalitet: *"I hvilken grad helse- og omsorgstjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap"*.

Det oppleves uheldig å antyde et kvalitetsnivå uten å inkludere nødvendige forutsetninger, og formuleringen *"gitt dagens kunnskap og ressursrammer"* bør derfor inkluderes i definisjonen dersom denne skal brukes. Ønsket helserelatert velferd må samtidig forstås som *besluttet* tjenestenivå og kvalitetsmål.

Når det gjelder økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene knyttet til kvalitetforbedrings-/pasientsikkerhetsarbeid og brukermedvirkning antar departementet at det vil få beskjedne eller ingen konsekvenser. Det vises til at kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid fører til innsparinger og bedre ressursbruk. Dette bestrides ikke, men det vil medføre en økning i *administrative* utgifter og stillingsressurser.

Forskning, utvikling og IKT

Kristiansand kommune mener helseforetakene og kommunen i fremtiden må likestilles i forhold til forskning og utvikling. Dette burde gjenspeiles både i lovtekst og gjennom økonomiske incentiver. Dette er svært viktig i forhold til å gi reell likeverdighet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kommunens rolle som selvstendig forsknings- og utviklingsaktør bør tydeliggjøres og det bør vurderes lovfesting av kommunalt ansvar for forskning på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

Det bør tilrettelegges for at kommunene disponerer incentiver i form av midler til felles prosjekt med akademiske institusjoner, innovative bedrifter og andre samfunnsaktører. Det bør videre via Forskningsrådet lages tydelige program for forskning i helse- og omsorgstjenesten, samhandling og overganger mellom første og andrelinjetjenesten. Universitetene må få et tydeligere samfunnsoppdrag relatert til utvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi anbefaler at vertskommuner for universiteter får status som universitetskommuner med et regionalt forsknings- og utviklingsansvar og at det gis tilhørende finansiering.

Når det gjelder velferdsteknologi og framtidige utfordringer savner Kristiansand kommune et sterkere fokus på mulighetene utover ordinær IKT-satsing. Det må legges til rette for velferdsteknologi/teknologiske løsninger med tydelig brukerperspektiv som understøtter økt egenmestring og livskvalitet for den enkelte.

Koordineringsansvar og individuell plan

Forslaget innebærer en strukturering og tydeliggjøring av arbeidet rundt individuell plan.

Forslaget omfatter begge forvaltningsnivå og dette er en forutsetning for å lykkes med et helhetlig koordinert arbeid på individnivå. Ansvar for å utarbeide individuelle planer skal som hovedregel ligge til kommunen. Det bør presiseres at spesialisthelsetjenesten har plikt til å delta i dette arbeidet. Fastlegen er også en sentral aktør når det gjelder å ta ansvar for at det foregår et helhetlig og koordinert arbeid rundt pasienten.

Departementet foreslår at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering får et overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer. Kristiansand kommune mener at det bør overlates til kommunene selv å lage rutiner som fordeler dette ansvaret mellom kommunens tjenester blant annet avhengig av hovedproblematikk for den enkelte bruker.

Fastlegeordningen

Slik Kristiansand kommune ser det burde departementet i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen gått grundigere inn i fastlegens rolle og ansvar. I hovedsak foreslås endringer *innenfor rammen* av dagens fastlegeordning. Et ønske fra oss ville være å lovfeste en sterkere styring med hva fastlegene skal utføre og en grad av instruksjonsmulighet i denne sammenheng. En større grad av fastlegenes yrkesutøvelse burde vært lovregulert fremfor avtaleregulert.

Endringer og nye krav til fastlegene

Kristiansand kommune støtter forslaget om å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Samtidig understrekes det at det vil være viktig å unngå funksjonskrav og registreringer som bare "måler det som kan måles", hvor byråkratiet øker, og helsegevinsten ikke er tydelig.

I forhold til fastlegenes listeansvar foreslås det å inkludere individrettet forebyggende ansvar, tidlig identifisering av personer med risiko for utvikling av kronisk sykdom, gi tilbud om tilpassede lavterskeltilbud for livsstilsrelaterte utfordringer, styrket ansvar for koordinering av helsetjenester og proaktiv pasientoppfølging. Disse forslagene går langt ut over dagens tilbud. De går også utenfor grunnlaget for dagens finansiering, og forutsetter at den enkelte pasient skal betale – direkte ved egenandeler eller indirekte ved trygderefusjon – for legetjenester pasienten selv ikke har bedt om. Det forutsetter at fastlegen bruker mer tid på hver pasient og implisitt forutsettes kortere pasientlister/flere fastlegehjemler og en betydelig økt finansiering. Systematiske og langsiktige tiltak for å sikre fremtidig rekruttering må igangsettes.

Økonomi

Kristiansand kommune beklager at departementet ikke har gjort en grundigere vurdering av finansieringsordningens rolle i forhold til utfordringsbildet. Mange styringsbehov ville kunne løses på en bedre måte ved ansettelse av fastleger på fast lønn, på lik linje med alle andre yrkesgrupper kommunen må benytte for å gi innbyggerne tjenester. De fleste styringsbehov ville da kunne løses innenfor arbeidsgivers styringsrett og regelverk for arbeidslivet.

Høringsnotatet påpeker at "*finansiering av fastlegevirksomhet må understøtte målene for ordningen*", og fremmer forslag om å øke pro capitaandelen fra dagens ca 25% til 50%, med den tanke at redusert stykkprisfinansiering vil øke legenes interesse for deltakelse i forebyggende arbeid. Dette er et forslag som Kristiansand kommune sterkt vil advare mot.

Høringsnotatet anfører at lovforslaget kun tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen, og at dette ikke innebærer økonomiske konsekvenser. Dersom forslaget om økt antall fastleger og endret innhold i fastlegenes arbeid skal gjennomføres, vil det nødvendigvis få økonomiske konsekvenser. Omlegging av forholdet mellom stykkprissatser og basistilskudd vil radikalt endre dagens utgiftsfordeling. Økt forebyggende og oppsøkende

arbeid fra fastlegene er ikke dekket av disse ordningene. Økt deltakelse fra fastlegene i offentlig allmenntilleggsarbeid må i sin helhet finansieres av kommunen. Uten økonomisk kompensasjon til kommunene vil en styrking av dette arbeidet ikke kunne gjennomføres.

Samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Nytt forslag til lov angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og innenfor disse rammer yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Dette uttrykkes også slik at kommunen har ansvar for å yte de helse- og omsorgstjenester som ikke saklig kan begrunnes/angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste.

Gråsoneproblematikk mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skal kunne reduseres ved lovpålagte avtaler. Det angis at det ikke er ønskelig med en mer tydelig ansvarsfordeling i loven. Det er lagt til grunn i forslag til ny lov §1-2, 2 ledd at departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfellet skal kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Det vil med dette være Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger på kommune eller spesialistnivå.

Denne utydeligheten kan gi grunnlag for stadig overføring av oppgaver til kommunalt nivå uten økonomisk kompensering. Det vil også kunne bli en ubalanse i maktforholdet mellom stat og kommune med det faktum at det er HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune.

For å unngå gråsoneproblematikk i størst mulig grad ville det være hensiktsmessig å tydeliggjøre ansvarsforholdet og oppgavefordelingen mellom nivåene direkte i loven. Eventuelt "restoppgaver" vil måtte løses lokalt mellom partene. Det bør også etableres nasjonale tvisteløsningsordninger. Dette vil kunne skape forutberegnelighet og sikre at befolkningen i landets kommuner får et likere tilbud.

Kommunal medfinansiering i spesialisthelsetjenesten:

Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering var ikke ferdig når høringsnotatet ble sendt ut. For at man skal være i stand til å innføre kommunal medfinansiering i 2012 foreslår departementet en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av medfinansieringsansvaret.

Det er enda svært mange uavklarte forhold knyttet til dette og departementet vil i ettertid konkretisere og utarbeide forskrifter innenfor disse områdene. Det er vanskelig å gi konkrete innspill før aktuelle modeller foreligger og en kan vurdere reelle konsekvenser. Kristiansand kommune gir likevel noen overordnede innspill til foreslåtte retninger.

Betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter

Det må i forskrift tydeliggjøres hva *utskrivningsklar pasient* innebærer. Dette for å hindre unødvendig gråsoneproblematikk og store nasjonale variasjoner.

Kristiansand kommune anmoder på det sterkeste om at tildelingskriterier/ finansieringsordninger ikke svekker den posisjon som er opparbeidet i regionen. Kriterier må ikke tilgodese regioner der korridorproblematikk er en stor utfordring. De beregningsmessige forutsetningene som ligger til grunn for overføringer til kommunene må gjennomgås og kvalitetssikres.

Når det gjelder området psykisk helsevern og rusområdet slutter en seg til departementets vurdering av at dette er et område der det på nåværende tidspunkt er vanskelig å beregne administrative og økonomiske konsekvenser. I tillegg kreves det omfattende forarbeid når det gjelder vurdering av hva en utskrivningsklar pasient innebærer innenfor disse områdene.

Medfinansiering av sykehusopphold

Samhandlingsreformens opprinnelige ide om kommunal medfinansiering av sykehusopphold synes forlatt som generell ordning. Dette var et av de tidligere foreslåtte økonomiske hovedgrepene for å sette kommunene i stand til å finansiere styrket folkehelsearbeid og bedret behandling, rehabilitering og tidlig intervensjon. Hovedfokus legges nå på en avgrenset kommunal medfinansiering og følgende avgrensede modeller foreslås:

1. Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år
2. Medisinske innleggelse/behandling (aldersuavhengig)

Alternativ 1 - aldersbasert modell har Kristiansand kommune sterke faglige innvendinger mot. En slik modell vil kunne gi en vridning slik at pasienter over 80 år ikke får nødvendig diagnostisering på spesialistnivå før behandling iverksettes. Nettopp denne gruppen kan, på grunn av mange samtidig forekommende sykdommer og ofte bruk av mange ulike medisiner, være særlig vanskelig å gi korrekt diagnose, og de vil i særlig grad kunne ha behov for det diagnostiske apparat som man kun finner på et sykehus.

Kommunene har ingen mulighet – verken økonomisk, praktisk eller kompetansemessig til å kunne opprette diagnostiske tilbud som kan erstatte det som gis på sykehusene. Kommunale "sykehustjenester" som alternativ til innleggelse for personer over 80 år vil bety en reell reduksjon i kvaliteten på diagnostikk hos pasientgruppen. Innbyggere over 80 år kan dermed oppfattes å bli diskriminert og fratatt rett til faglig forsvarlig diagnostikk. Mulighetene innenfor dette vil heller være å *overta behandling iverksatt* på sykehus på et tidligere stadium slik at antall liggedøgn på sykehus kan reduseres. Dette forutsetter at finansieringen muliggjør en slik oppbygging både når det gjelder kompetanse og kapasitet.

Medfinansieringsmidler er ikke tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom kommunene skal overta oppgaver på rehabiliteringsfeltet må innsparinger i spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Medfinansiering i psykisk helsevern og spesielt innen rusbehandling må tydeliggjøres mer. Rusfeltet sammensatt med svært mange private aktører, og et hovedproblem er mangelen på sammenheng og samvirke mellom tjenestene. Et tilleggsproblem er å definere for disse gruppene hva som er *utskrivningsklar, behandling* og hva som er *rehabilitering*. Uten gode grenseoppganger her er det ikke mulig å lage en god modell for fordeling av oppgaver og økonomisk ansvar for disse pasientgruppene. Det er på det nåværende tidspunkt derfor ikke mulig å ta stilling til medfinansiering i forhold til rus og psykiatri

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kristiansand kommune advarer mot at kommunen gis plikt til å opprette sykehusliknende behandlingstilbud for behandling av akutt sykdom. Derimot vil det være mye lettere for kommunen å etablere institusjonstjenester som kan overta og følge opp en allerede igangsatt behandling fra sykehuset, og således ta imot pasienter fra sykehuset langt tidligere i behandlingsforløpet. Dette vil også være bedre faglig sett, særlig i forhold til eldre pasienter.

Etablering av kommunale institusjonstjenester til erstatning for sykehus blir svært kostbart. Det å lovfeste en slik plikt for øyeblikkelig hjelp vil innebære en reell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og Stortinget vil da også måtte fullfinansiere oppgaven. Dersom slike oppgaver/plikter skal overføres må det gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering. Og det må vurderes om det totalt sett vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bygge slike tilbud på kommunalt nivå.

SÆRSKILT OM NY FOLKEHELSELOV

Høringsnotatet fremmer gode forslag til hvordan arbeidet kan gjøres, men gir ingen svar på hvordan kommunene skal kunne finansiere slikt arbeid. Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. Forslaget innebærer at kommunen skal arbeide sektorovergripende for å fremme folkehelse, ikke bare i helsesektoren. Dette burde gjenspeiles tydeligere i ordbruken i loven.

Det legges opp til en ansvarliggjøring av helseforetakene som aktører i folkehelsearbeidet i høringsnotatet, men dette følges ikke opp i lovteksten. Helseforetakene må gis et klart ansvar for – på lik linje med alle andre aktører – å delta i og bidra til det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet.