

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2015-2019) d. 09-02-2016

Mødedato Tirsdag d. 09. februar 2016 kl. 14:00

Mødested Formannskapssalen

Indholdsfortegnelse

Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 19.01.16.....	3
Kommunalt eide frivilligsentraler - styringsmodell dor 2016.....	4
Morgendagens eldresentertilbud.....	9
Høring: NOU 2015:11 Med åpne kort, forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og	14



Dato 29. januar 2016
Saksnr.: 201600011-6
Saksbehandler Anne Lise Holand Aabø

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
09.02.2016

Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 19.01.16

Forslag til vedtak

Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 19.01.16.

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Lise Holand Aabø
Formannskapssekretær

Vedlegg:
Protokoll helse- og sosialstyrets møte 19.01.16



Dato 26. januar 2016
Saksnr.: 201511881-2
Saksbehandler Anne Karen Aunevik

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
09.02.2016

Kommunalt eide frivilligsentraler - styringsmodell for 2016

Sammendrag

Helse og sosialdirektøren anbefaler en midlertidig styringsmodell for de to kommunalt eide frivilligsentralene. Dagens styringsform vurderes ikke som egnet for de nye rollene som frivilligsentralene vil få framover.

Departement og KS har varslet at tilskudd til frivilligsentraler skal endres som en del av oppgave-overføring fra stat til kommuner, og at kommuners roller og eierforhold til frivilligsentraler vil bli endret fra og med 2017. Dermed blir 2016 et mellomår.

Samarbeid mellom helse- og sosialsektoren og frivillighetssektoren er et viktig utviklingsområde de neste årene. Mye gjenstår internt i helse- og sosialsektoren når det gjelder strategisk retning, ressursbruk og kommunens rolle.

Helse- og sosialdirektøren anbefaler en administrativ ledelse som en midlertidig ordning for 2016. Statlige føringer og interne avklaringer vil avgjøre hva som er hensiktsmessig fra 2017.

Forslag til vedtak

1. Helse- og sosialstyret godkjenner at det etableres en midlertidig administrativ ledelse for de kommunalt eide frivilligsentralene.
2. Helse- og sosialdirektøren fremmer nytt forslag til styringsmodell og strategi for samarbeid innen frivillighetsfeltet innen utgangen av 2016.

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Karen Aunevik
Virksomhetsleder

Bakgrunn for saken

Frivilligsentraler er en ordning som ble initiert av Helse- og sosialdepartementet i 1991. De finansieres delvis ved statstilskudd som det må søkes om hvert år, og delvis av tilskudd fra eier. I 2015 utgjorde dette litt over kr 310 000 til hver sentral. Det er krav til at sentraler som får støtte skal ha eget styre, og drives av en daglig leder. Det statlige ansvaret for frivilligsentralene ligger nå i kultur- og kirkedepartementet. I følge departementets retningslinjer skal alle frivilligsentralene ha følgende formål:

1. Frivilligsentraler/nærmiljøsentraler skal være en lokalt forankret møteplass, åpen for alle som har lyst til å delta innen frivillig virksomhet.
2. Sentralen skal utvikles av menneskene som er knyttet til sentralen.
3. Sentralen skal være et kraftsenter og kontaktpunkt for mennesker, foreninger/lag og det offentlige.

Det er 419 frivilligsentraler i Norge. Omtrent 60% er organisasjonseid (stiftelser, foreninger, andelslag eller menigheter) og ca 40% er kommunalt eid.

I Kristiansand er det fire frivilligsentraler, to av disse er kommunalt eid:

- Randesund og Tveit Frivilligsentral, etablert i 1996. Eldresentertiltak i bydelen har vært en del av frivilligsentralens kjerneoppgaver. Fra nyttår 2016 skal eldresentertiltakene skilles ut fra frivilligsentralen og aktivitetsleder skal inngå i ny avdeling for eldresentertjenester. Det vil frigjøre leder for frivilligsentralen til å ta andre oppgaver innen frivillighet.
- Kristiansand Vest Frivilligsentral. Først etablert som Tinnheia Nærmiljøsentral i 1996. I 2005 ble den lokalisert Grim og endret navn til Kristiansand Vest Frivilligsentral. Fra 2015 ble daglig leder lokalisert på Kongens senter. Frivilligsentralen har bla ansvar for praktisk hjelp og følgetjenester og en del sosiale tiltak på Grim.

De organisasjonseide frivilligsentralene er Posebyen frivilligsentral som eies av Blå Kors, og Bymisjonens frivilligsentral som eies av Kirkens Bymisjon. Posebyen frivilligsentral for årlig driftsstøtte fra Kristiansand kommune.

Denne saken gjelder kun styreform for de to kommunalt eide sentralene.

1. Kommunalt eide frivilligsentraler - status i Kristiansand

Frivilligsentraler skal i følge statlige retningslinjer ha sitt eget styre for å få støtte. I Kristiansand har det vært vanlig praksis at de to styrene har politisk representasjon. I tillegg har styrene bestått av representanter med lokal tilhørighet. Helse- og sosialsektoren har administrativt ansvar for de to kommunale sentralene. Siden 2015 har de vært organisert i helsefremmingstjenesten sammen med frisklivscentral og eldresentertjenester.

Fram til i dag har det vært vanlig praksis at de kommunale frivilligsentralene rekrutterer og følger opp egne frivillige. Denne en-til-en- kontakten er svært ressurskrevende, og kommunen kan i noen tilfeller framstå som en konkurrent til frivillige organisasjoner. Begge sentralene erfarer at deres rolle er i endring. De får blant annet henvendelser fra personer fra hele byen som ønsker å være frivillige, ikke bare i eget område. Organisasjonslivet er i endring, de sentraliseres, og det er færre lokale organisasjoner å samarbeide med.

Mange frivillige organisasjoner i Kristiansand melder at de ønsker tettere kontakt med kommunen for å vite hvor de kan kanalisere sine frivillige. Noen organisasjoner oppgir at de har svært mange frivillige, og at de mangler nok oppgaver. Samtidig er det en god del frivillige som ikke ønsker å være tilknyttet en organisasjon, men vil kun utføre en konkret oppgave eller være på et spesielt sted. Det er en utfordring å finne ut hvordan dette engasjementet best kan kanaliseres.

Pr i dag har sektoren ikke samlet oversikt over frivillighetsoppgaver, noe som antagelig fører til at vi både «mister» frivillige, samt at frivillige organisasjoner kan bli «konkurrenter» framfor å utfylle hverandre. Det jobbes for øvrig med en nasjonal portal-løsning som kan bli et

verktøy for å ha slike oversikter (<https://www.frivillig.no/>), denne ble lansert 3. desember 2015.

Helse- og sosialdirektøren mener de kommunale sentralene bør prioritere videreformidling av frivillige til aktuelle organisasjoner og aktiviteter i regi av andre framfor å etablere nye aktiviteter selv. Det kan både opprettholde de frivilliges engasjement, samt at frivillige organisasjoner får styrket sine aktiviteter. Organisasjonene har lang erfaring i å rekruttere og følge opp frivillige, og mobiliserer innbyggere til samfunnsansvar og deltakelse i oppgaver som kommunen ikke har mandat eller ressurser til å kunne løse.

Styreform

Administrasjonen har hatt dialog med to styrene i 2015 for å vurdere hensiktsmessig styreform utfra dagens utvikling, og på årsmøtene i juni 2015 vedtok begge at det burde opprettes ett, felles styre. Dette ble begrunnet med følgende:

- Styret kan bli en møteplass mellom frivillige organisasjoner som kommunen ønsker tettere samarbeid med, særlig de store organisasjonene som i liten grad har bydelsorganisering. Det kan gi større mulighet for strategisk samarbeid på kommunenivå med frivillige organisasjoner.
- Frivilligsentralene kan lettere skaffe oversikt over behov og potensielle frivillige oppgaver i hele kommunen, «være en kanal inn». Frivilligsentralenes oppgaver kan i mindre grad bli bundet av geografiske grenser, kan tenke kommunedekkende og justere innsats etter behov.
- Effektivisering av styrearbeidet - redusert administrasjon. Bedre utnyttelse av kompetanse og personell.

En av styrenes oppgave er å vedta sentralens virksomhetsplan for kommende år, noe som danner grunnlag for søknad om statlig tilskudd. Frivilligsentralenes styrer vedtok juni 2015 felles virksomhetsplan for 2016 med følgende innhold:

- Prioriteringer av frivillighet rettet mot eldre
- Rekruttering og oppfølging frivillige
- Samarbeid med frivillige organisasjoner
- Stimulere til kompetanse og internt tilrettelegging for frivillighet i kommunen
- Involvere barn og unge i frivillig arbeid

Ny ledelse er forpliktet til å følge opp vedtatt virksomhetsplan for 2016.

2. Nasjonale føringer - nye roller for kommunene

Frivillighet framheves i mange sammenhenger som et sentralt utviklingsområde for helse- og velferdssfeltet.¹ Det omtales i en rekke nasjonale, regionale og lokale planer som viktig for samfunnsutviklingen og en bærekraftig tjenesteutvikling. Frivillig arbeid bidrar til å høyne livskvalitet, det bidrar til at folk deltar i sitt lokalsamfunn og øker trivsel og trygghet. Individualiseringstendenser, modernisering og utvikling av nye kommunikasjonsformer og teknologi skaper nye former for frivillig engasjement og utfordrer kommunene som samarbeidspartner.

Regjeringen informerte på pressemelding før påsken 2015 at tilskuddet til frivilligsentralene skulle overføres fra staten til kommunene som en del av kommunereformen, gjeldende fra 2017.² KS representerer kommunene, og skal ha dette som sak på landstinget i februar

¹ Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet (2015): <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-frivillighetsstrategi/id2429976/>
«Morgendagens omsorg», St meld 29 (2012-2013): <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

² Dette har skapt stor uro blant mange sentraler, og det er blant annet en mobilisering blant organisasjonseide sentraler om hva som blir kommunens rolle. Det er i tillegg uenighet om den nasjonale organiseringen av

2016. KS orienterte i desember 2015 om at beslutninger som gjelder kommunens rolle i forhold til frivilligsentraler vil bli besluttet og offentliggjort i oktober 2016 gjennom forslag til statsbudsjett for 2017, inkludert modell for fordeling av midler. Aktuelle endringer kan bli at det ikke lenger er krav om eget styre, og at kommunens koordinerende rolle i samarbeid med frivillige organisasjoner blir tydeligere. Kommunen vil antagelig få rolle som tilskuddsgiver til alle sentraler i sin kommune, og det er foreløpig usikkert hva det vil innebære i praksis. Det kan også bli endringer i støtte og organisering av koordinering og felles fagutvikling mellom sentralene på både regionalt og nasjonalt nivå.

Fram mot sommeren 2016 vil det antagelig være en innspills- og høringsprosess. Dermed blir 2016 et mellomår mens man venter på statlige signaler.

Helse- og sosialdirektøren anbefaler at Kristiansand kommune bruker muligheten som eier av to frivilligsentraler til å påvirke og være oppdatert på nasjonale føringer for frivillighetspolitikk.

3. Styresammensetning for kommunalt eide sentraler i Kristiansand

Nåværende styrer har foreslått at et nytt felles styre bør bestå av organisasjoner som har tiltak og satsinger med eldre som målgruppe (utfra vedtatt virksomhetsplan). De har uttalt at styret demed kan utvikles til en felles dialogarena mellom kommunen og de organisasjonene som driver frivillige aktiviteter innen de samme områdene.

Men nå som KS og nasjonale myndigheter signaliserer at det vil bli endringer i styringsform og roller for sentralene i løpet av inneværende år, mener helse- og sosialdirektøren at det kan det være feil tidspunkt å igangsette en ny styringsform som involverer mange nye og eksterne aktører.

Samarbeid mellom helse- og sosialsektoren og frivillighetssektoren er et viktig utviklingsområde de neste årene. Mye gjenstår internt i helse- og sosialsektoren når det gjelder å avklare ift strategisk retning, ressursbruk og kommunens rolle. Det er behov for strategisk forankring og interne avklaringer.

Helse- og sosialdirektøren anbefaler derfor at ledelsen av de kommunale sentralene ivaretas administrativt i 2016. Statlige føringer og interne avklaringer vil avgjøre hva som er hensiktsmessig etter 2016. Dette kan forberede kommunen på å innta en tydeligere rolle som koordineringsinstans mellom det offentlige og frivillige organisasjoner. Det er antagelig den rollen nasjonale myndigheter vil gi kommunene ved å flytte forvaltning av frivilligsentralenes tilskudd.

Virksomhetsplanen for sentralene har prioritert eldre som målgruppe for frivillighet, og derfor vil det være aktuelt å opprette et samarbeid med organisasjoner som har aktiviteter for eldre. Et slikt samarbeidsorgan kan ivareta noe av de samme funksjonene som et eksternt valgt styre kunne gjort. Det kan i tillegg være med på å følge opp følgende oversendelsesforslaget i bystyret i forbindelse med behandlingen av handlingsprogrammet for 2017—2020:

- *Bystyret ber administrasjonen utarbeide en handlingsplan for utvidet bruk av frivillige i pleie- og omsorgssektoren.*

Helse- og sosialdirektøren vil jobbe videre med hvordan kontaktpunktene bør være med de aktuelle frivillige organisasjonene. Det kan hentes erfaringer fra det pågående samarbeidet med frivillige organisasjoner som kommunen koordinerer innen integrering og flyktningsarbeid.

Det er behov for utprøvinger av hvordan helse- og sosialsektoren bør organisere samarbeid med frivillige aktører, både enkeltpersoner og organisasjoner. Hvordan kan de ressurser som

frivilligsentraler, og det er opprettet en egen interesseorganisasjon for frivilligsentraler. Kristiansand har valgt å ikke engasjere seg i denne debatten. Mer info: <http://frivilligsentral.no/>

er til rådighet best brukes for å møte endringer i frivillig engasjement og behov i samfunnet? Helse- og sosialdirektøren ønsker å utarbeide en egen sak om sektorens strategiske satsing på frivillighetsarbeid i løpet av 2016, og vil vurdere framtidig eierskap og styreform av de kommunalt eide sentralene i den samme saken. Det kan alternativ innarbeides som en del av oppfølgingen av følgende oversendelsesforslaget i bystyret i forbindelse med behandlingen av handlingsprogrammet for 2017—2020:

Bystyret ber administrasjonen oppdatere frivillighetsmeldingen inkludert en handlingsplan.



Dato 28. januar 2016
Saksnr.: 201600974-1
Saksbehandler Anne Karen Aunevik

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
09.02.2016

Morgendagens eldresentertilbud

Sammendrag

Eldresentertjenesten er en sentral aktør i det helsefremmende og forebyggende tilbudet rettet mot eldre i kommunen. Med et økende antall eldre blir det stadig viktigere å bidra til en aktiv alderdom og å forebygge passivitet og isolasjon.

Helse- og sosialsektoren har høsten 2015 utredet hva som vil påvirke behov og innhold i eldresentertjenesten fremover, og på det grunnlag kommet med anbefalinger for videre utvikling av tilbudene. Utredningens anbefalinger peker mot at eldresentertjenesten trenger fornying og at det bør gjøres noen endringer for å kunne tilby morgendagens eldre et attraktivt og helsefremmende tilbud. Administrasjonen vil bruke utredningen som sentralt kunnskapsgrunnlag for utviklingen av tjenesten. Utdrag fra følgende tema i utredningen er gjengitt i saken: Målgruppe, målsetting, innhold, frivillighet, lokalisering, brukermedvirkning.

Helse- og sosialdirektøren anbefaler at bruker- og innbyggermedvirkning styrkes og systematiseres ved at det organiseres aktivitetsutvalg på hver senter, samt at det gjennomføres bruker- og innbyggerundersøkelser. Dette kan erstatte dagens ordning med brukerråd med politisk valgte representanter. I tillegg bør eldrerådet få tydeliggjort en rolle som rådgivende organ for videre utvikling av tjenesten.

Forslag til vedtak

1. Helse- og sosialstyret tar eldresenterutredningens anbefalinger til orientering.
2. Helse- og sosialstyret støtter helse- og sosialdirektørens forslag om å forsterke og systematisere brukermedvirkning i eldresentertjenesten på nye måter, og å avvikle dagens ordning med brukerråd.

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Karen Aunevik
Virksomhetsleder

Vedlegg:

- Brosjyre
- Utrykt vedlegg: Utredning om framtidens eldresentertjeneste i Kristiansand

Bakgrunn

Eldresentertjenesten i Kristiansand består av sosiale og helsefremmende tilbud i Vågsbygd, Sentrum (Kongens senter), Lund (Berges Hus og Kløvertun) og Randesund /Tveit (desentrale aktiviteter) med en aktivitetsleder i 100% hver sted. Omtrent 6-700 personer deltar i aktiviteter hver uke. De 5 sentrene har til nå hatt ulik profil, ulikt innhold og brukergrupper, og de har ulike typer lokasjoner..

I 2015 ble de ulike eldresentrene organisert som egen avdeling i helsefremmingstjenesten. Det ble avdekket behov for et felles grunnlag for å kunne ta retningsvalg for den fremtidige eldresentertjenesten i Kristiansand. Helse- og sosialdirektøren igangsatte et utredningsarbeid med følgende mandat:

- Beskrive kort historikken for hvert senter
- Beskrivelser av eldresentertjenester i andre kommuner
- Beskrivelser av status
- Vurdering av hva som vil påvirke behov og innhold i eldresentertjenesten fremover
- Anbefalinger for videre arbeid i Kristiansand. Utredningens anbefalinger bør referere til hvordan eldresentertjenesten kan bidra til å nå følgende mål i handlingsprogrammet:
 - Gjennom målrettet forebyggings- og rehabiliteringsarbeid utsettes innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester
 - Kristiansands eldre innbyggere bor trygt og godt hjemme så lenge som mulig

Utredningen følger saken som uttrykt vedlegg. Administrasjonen vil bruke utredningen som sentralt kunnskapsgrunnlag for utviklingen av tjenesten. Utdrag fra følgende tema i utredningen er gjengitt i saksframlegget: Morgendagens eldre, målgruppe, målsetting, innhold, frivillighet, lokalisering, og brukermedvirkning.

1.1. Morgendagens eldre, målsetting og målgrupper for eldresentertilbud

I Folkehelsemeldingen står det følgende om morgendagens eldre: (s. 99)

Morgendagens brukere og pasienter av tjenestene vil ha bedre forutsetninger for å mestre plager og sykdom, med større ressurser og tilgang til teknologiske hjelpemidler. De nye eldre vil selv i større grad enn tidligere generasjoner eldre ønske å ha aktive og selvstendige liv også når de går inn i 80- og 90-årsalderen. Gode levevaner vil bidra til å kunne leve aktive liv lenger og opprettholde helse og funksjonsfriskhet. Det gir muligheter for helse- og omsorgstjenesten til å legge til rette for veiledning, behandling og rehabilitering som tar utgangspunkt i brukere og pasienters ønske om autonomi og ansvar for egen helse og tilfriskning (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Eldresentertjenesten er en sentral aktør i det helsefremmende og forebyggende tilbudet rettet mot eldre i kommunen. Med et økende antall eldre blir det stadig viktigere å bidra til en aktiv alderdom og å forebygge passivitet og isolasjon. Kristiansand kommune har en lang historie med eldresenterdrift og det finnes et godt arbeid å bygge videre på. Imidlertid trenger eldresentertjenesten å fornyes og å gjøre noen endringer for å kunne tilby morgendagens eldre et attraktivt og helsefremmende tilbud.

Mye tyder på at morgendagens eldre kommer til å være kvalitetsbevisste og ha høye krav. De vil ønske valgfrihet og å kunne påvirke og ha innflytelse (Slagsvold and Solem 2005). Eldresentertjenesten må ut fra dette ha et innhold med mulighet til medinnflytelse fra brukerne og ikke minst bør kvaliteten på alt innhold være høy. Morgendagens seniorer kommer til å bestå av en enda mer variert og sammensatt gruppe enn dagens seniorer. Aktivitetstilbudet bør derfor i større grad enn nå være variert og mangfoldig.

Utredningen anbefaler følgende målsettinger for eldresentertjenesten:

- bidra til økt livskvalitet og bedre psykisk og fysisk helse for eldre i Kristiansand
- medvirke til at eldre kan bo lenger og bedre i sitt eget hjem
- tilrettelegge sosiale møtesteder som stimulerer til frivillig innsats og aktivitet

- medvirke til inkluderende, gode og trygge sosiale nettverk og motvirke isolasjon og ensomhet

Resultater fra et nasjonalt prosjekt i regi av Pensjonistforbundets viser at de yngre eldre bruker eldresenteret i for liten grad fordi eldresentrene ikke har evnet å fornye seg. Dette er uheldig fordi dette er en gruppe hvor aktivitet og deltakelse er avgjørende for å beholde fysiske og psykisk helse og sosial inkludering. For personer som har gått ut av arbeidslivet bør det finnes det sted hvor de kan være aktive og bruke sine ressurser, og hvor de kan møte andre (Bye and Moen 2015). Ved pensjonsalder skjer en rolleendring i manges liv. Dette skjer særlig for mennesker hvor rollen som yrkesutøver har preget dem i stor grad. Disse personene vil kunne ha glede av meningsfulle aktiviteter eller frivillig arbeid som kan fylle eller erstatte noe av det rolle tapet som de har opplevd, og eldresenteret kan bli en viktig arena.

Utredningen anbefaler følgende når det gjelder målgrupper:

- Hjemmeboende eldre uten omfattende helse- og omsorgstjenester som primær målgruppe
- Større fokus på yngre seniorer.
- Prioritering av eldre som er sårbare, eksempelvis eldre som har lite nettverk, har redusert helse eller har mistet sin ektefelle

For å synliggjøre tilbud og målsetting for målgruppene anbefaler utredningen at tjenesten skifter navn. Navneskifte kan skape en riktigere forståelse for at eldresenter er et tidlig innsats-tiltak og vise tydeligere skillet til for eksempel dagsenter. Eldresenter har vært brukt lenge og kan av noen oppfattes som «gammelmødig». Eksempler på navn på eldresenter andre steder i landet er blant andre; seniorsenter, treffsenter, aktivitetssenter, nærmiljøssenter, all-senter, bydelssenter, arena, velferdssenter, seniormøteplass, aktivitetssenter for seniorer, Treffsted 62+. En god del eldresenter bruker også egnavn eller stedsnavn. Eksempler på slike er Skipper Worse (Stavanger), Danckert Krohn seniorsenter (Bergen) Tante Emmas Hus (Stavanger), Heracleum (Tromsø).

1.2. Aktiviteter og frivillighet

Eldresentrene bør videreutvikles som treffsted, en sosial og inkluderende arena. Et samarbeid med kultursektoren og ulike aktører som har aktiviteter for eldre bør styrkes for å bidra til variasjon i tilbud og aktiviteter. I praktisk planlegging og prioritering av aktiviteter og tilbud er brukermedvirkning svært viktig.

Utredningen anbefaler at eldresentrene bør prioritere aktiviteter som fremmer følgende faktorer:

- Et aktivt sosialt liv
- Høy kognitiv aktivitet
- Høy fysisk aktivitet
- Et godt kosthold

Disse faktorene er identiske med de som Folkehelseinstituttet mener er sentrale faktorer som kan bidra til god helse i eldre år.

Utredningen anbefaler å videreføre fotterapi som en del av eldresentertilbudet. Det utføres i dag av 4 kommunalt ansatte terapeuter og er basert på brukerbetaling. Fotterapitilbudet bidrar til å forebygge skade og sykdom, og å fremme helse og mobilitet. I tillegg gir det andre synergieffekter, som blant annet økt rekruttering og lavere terskel til eldresenterets øvrige aktiviteter. Framover bør det tilrettelegges for at private aktører også kan være tilbydere i eldresentrenes lokaler.

Eldresenteret er en sentral og aktuell arena for frivillighet. Mange av aktivitetene er selvdrevne, og det gjøres stor frivillig innsats. Denne typen grupper er prisgitte at det er personer som tar ansvar både for aktiviteten og for å inkludere og lære opp nye. Frivillige

kan bidra til en rekke oppgaver på eldresentrene og seniorene har stor kompetanse som det bør legges til rette for at de kan få ta i bruk. I tillegg kan spreke og friske eldre være en ressurs til hjelp for de mer sårbare. Folkehelsemeldingen peker på at frivilligheten er under endring. Frivillige er ikke lenger like lojale til en enkelt organisasjon og de ønsker større frihet til å velge tidspunkt og oppgaver.

Utredning anbefaler at eldresentertjenesten tydeliggjør og formidler mulighetene for å være frivillig, både til brukere og ikke-brukere, og at det utvikles mer systematisk arbeid når det gjelder:

- Rekruttering av individuelle frivillige
- Frivillige som ansvarlige for kurs og aktiviteter
- Samarbeid med foreninger og lag
- Oppfølging og veiledning av frivillige
- Rutiner for samarbeid

1.3. Lokalisering

Dagens lokalisering

- Kløvertun aktivitetssenter ligger plassert i et bygg av god kvalitet. Omgivelsene er egnede og lokaliseringen hensiktsmessig med tanke på fremtidig boligmønster.
- Berges hus har en sentral beliggenhet i et område med mange eldre. Det er utfordringer knyttet til husets stand og videre arbeid krever renovering. I tiden fremover bør det vurderes om det er hensiktsmessig å renovere bygget.
- Kongens senter er sentralt plassert i Kvadraturen og lokaliseringen er svært hensiktsmessig. Bygget har stort potensiale for å kunne tilpasses framtidige endringer i tilbudet.
- Vågsbygdtunets plassering er relevant både i forhold til lokalmiljø og i forhold til fremtidig befolkningsutvikling. Det kan være noe begrensende at eldresenteret er samlokalisert med et sykehjem, siden aktiviteter og målgrupper ikke er sammenfallende med beboere på sykehjemmet.
- Randesund og Tveit har ikke et senter, men desentrale aktiviteter på Strømme senter, Randesund omsorgssenter, Kvaless Minne og Ryen Grendehus. Det anbefales at denne delen av byen får egne lokaler til eldresenterdrift. Det er dialog med kultursektoren om mulig samlokalisering av aktiviteter på tvers av generasjoner i et framtidig kultursenter Øst.

Utredningen anbefaler at eldresentrenes framtidige lokalisering bør vurderes ut fra befolkningsutviklingen og forventet antall eldre, andre lokale møteplasser og boligutviklingen i kommunen. Aktivitetene bør være plassert nær der målgruppen lever og oppholder seg og med gode muligheter for transport. Desentrale tilbud til områder som ligger geografisk plassert langt unna eldresentrene kan være aktuelt å prøve ut.

1.4. Brukermedvirkning

Bruker – og deltakermedvirkning i planlegging og prioritering av tiltak er avgjørende for at framtidens eldresenter skal nå målsettingene, rekruttere deltakere og involvere frivillige.

Utredningen anbefaler at det opprettes lokale aktivitetsutvalg ved alle senter. Aktivitetsutvalget bør bestå av aktivitetsleder, brukere av eldresenteret, eventuelt lokale frivillige organisasjoner og ha følgende oppgaver:

- Formidle ideer til aktiviteter
- Formidle seniorers ønsker, behov og synspunkter for ledelsen av eldresentrene
- Bidra til å rekruttere frivillige

- Delta i planlegging og gjennomføring av senterets aktiviteter

I tillegg til å opprette aktivitetsutvalg anbefales det å gjennomføre jevnlige brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser vil kunne bidra til at eldresentertjenesten kan følge med på hvordan kvaliteten på tjenesten oppfattes av brukerne, brukertilfredshet, og gi flere mulighet til å komme med innspill. På denne måten kan flere brukere være med å forme tilbudet videre. Det kan også være aktuelt med innbyggerundersøkelser for å kartlegge ønsker og behov blant personer i målgruppen som kan være potensielle deltakere og brukere.

Dagens organisering av brukermedvirkning varierer mellom eldresentrene, og det er ikke en ensartet struktur. Vågsbygd har et formelt brukerråd, mens Kongens senter, Berges hus og Kløvertun har brukermedvirkning av en mer uformell karakter. Tilbudet på Kløvertun utvikles i tillegg i nært samarbeid med Sanitetsforeningen. Frivilligsentralens eldresentertjeneste i Randesund/Tveit har bruker- og aktivitetsutvalg ved hver av de tre lokalitetene.

I Kristiansand oppnevnes politiske representanter til brukerrådene på 3 av stedene: Ett medlem og ett varamedlem både til Vågsbygd eldresenter, Berges hus og til Kongens senter. Disse oppnevnes av valg- og honorarkomiteen for fire år. De politiske representantene er ikke nødvendigvis brukere av senteret, men en representant for disse. Brukerråd med politisk oppnevnt representant ble antagelig opprettet i forbindelse med at bydelsorganisering ble avviklet for noen år siden. Det fantes tidligere brukerråd i hver bydel. Den politisk oppnevnte skulle gi «tyngde» - og påse at tilbudet var nogenlunde likt mellom bydelene.

Utredningen anbefaler at eldrerådet får rollen som rådgivende organ for utvikling av eldresentertjenesten framover. Eldrerådet kan overta rollen til de politisk valgte representantene i brukerrådet, og det bør etableres rutiner for jevnlig dialog mellom administrasjon og eldreråd for eksempel i form av jevnlig rapportering om status.

Helse- og sosialdirektøren ønsker at helse- og sosialstyret tar stilling til følgende

- Det etableres styrket og systematisk brukermedvirkning i eldresentertjenesten i form av bredt sammensatte aktivitetsutvalg på alle lokasjoner, samt jevnlig gjennomføring av bruker- og innbyggerundersøkelser.
- Eldrerådet får rollen som rådgivende organ for videre utvikling av eldresentertjenesten, og overtar rollen til de politisk oppnevnte representantene i brukerrådene.
- Brukerrådene i sin nåværende form fases ut innen sommeren 2016.

Dato 13. januar 2016
Saksnr.: 201512936-2
Saksbehandler Dagfinn Haarr

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato
09.02.2016
10.02.2016

Høring: NOU 2015:11 Med åpne kort, forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene

Sammendrag

Regjeringen legger fram en omfattende utredning på 340 sider der formålet er å bedre håndteringen av uønskede og alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, spesielt å sikre pasienters og pårørendes interesser bedre enn i dag.

Hovedpunktene i forslaget er:

- I tillegg til spesialisthelsetjenesten, vil også alle kommunale helse- og omsorgstjenester få en lovpålagt plikt til å melde, eventuelt også varsle alvorlige hendelser.
- Det blir en lovpålagt plikt for helse- og omsorgstjenestene til å tilby pasient/pårørende oppklaringsmøte. Dette bør gjøres innen ett døgn etter hendelsen.
- Pasienter og pårørende får en selvstendig rett til å melde og varsle alvorlige hendelser.
- Politiet skal underrette pårørende rutinemessig dersom en sak forelegges tilsynsmyndighetene, og tilsynsmyndighetene får frist på fem dager til å gi tilråding til politiet.
- Arbeidsfordelingen mellom fylkesmennene og Statens Helsetilsyn foreslås endret, og det anbefales å opprette regionale tilsynsinstanser.
- Utvalget foreslår en omfattende endring av gjeldende lovverk.

I mandatet ber også regjeringen om at utvalget vurderer opprettelsen av en undersøkelseskommisjon som skal undersøke alvorlige hendelser i tillegg til de instansene som allerede har et slikt ansvar. Flertallet på 10 av 14 i utvalget anbefaler ikke dette.

Vurderinger

I det følgende diskuteres de forslagene som har mest relevans for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Blant utvalgets 14 medlemmer var det en kommuneoverlege. Fastlegetjenesten og kommunenes øvrige helse- og omsorgstjenester var ikke representert i utvalget.

Vurdering: Ettersom utvalget kommer med forslag som involverer de kommunale helse- og omsorgstjenestene i stor grad, er dette kritikkverdig. Forslagene i utredningen bærer preg av

liten innsikt i hvorledes kommunale helse- og omsorgstjenester er organisert og arbeider i det daglige.

Utvalget legger stor vekt på at man etter alvorlige hendelser først og fremst skal lære å unngå uønskede hendelser i fremtiden. Dette er viktigere enn å lete etter syndebukker.

Vurdering: Dette er en riktig tilnærming, og det er i tråd med utviklingen i tilsynsmyndighetenes måte å arbeide på allerede i dag.

Alvorlige hendelser i helsevesenet skal **meldes**. Det vil si at det går en melding til en avdeling av Helsedirektoratet som skal vurdere meldingene og gi tilbakemeldinger, gjerne i form av læringsdokumenter. Meldinger kan ikke brukes til å reise tilsynssak mot institusjoner eller helsepersonell. Spesialisthelsetjenesten har slik meldeplikt i dag. Utvalget foreslår at også kommunale helse- og omsorgstjenester får meldeplikt. Selvstendig næringsdrivende helsepersonell som har avtale med kommunen, som fastleger og fysioterapeuter, skal pålegges å sende meldinger direkte, ikke via kommunen. Det skal meldes om både alvorlige hendelser og nesten-hendelser.

Vurdering: Det virker fornuftig å utvide meldepliktsystemet, da også kommunale helse- og omsorgstjenester har et forbedringspotensiale, og en meldeordning kan gi viktig kunnskap som kan brukes til å endre prosedyrer og arbeidsmetoder. Det er en forutsetning at systemet innrettes slik at det blir enkelt å melde.

Alvorlige hendelser skal også **varsles**, det vil si at tilsynsmyndighetene blir varslet slik at de kan iverksette undersøkelser av hendelsen, eventuelt trekke inn politiet dersom det er mistanke om straffbare forhold. Varslingsplikten anbefales utvidet til også å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, avtalefysioterapeuter, men også aktører uten avtale med kommunen (som kiropraktorer).

Det betyr altså at det er en stor forskjell mellom melding og varsling. Blant annet vil det være et mye større antall meldinger enn varsler, fordi ikke fullt så alvorlige hendelser og dessuten nesten-hendelser skal meldes.

Vurdering: En utvidelse av varslingsplikten for alt helsepersonell med selvstendig behandlingsansvar er riktig, men det må lages gode praktiske løsninger som sikrer at plikten kan overholdes.

Forslaget om at private næringsdrivende fastleger og fysioterapeuter skal sende meldinger og varsler direkte uten å involvere kommunen, virker ikke gjennomtenkt. Fastleger og fysioterapeuter er en del av kommunehelsetjenesten uansett om de er ansatt av kommunen eller gjør det samme arbeidet som selvstendig næringsdrivende. Kvalitetssikring av disse tjenestene er et kommunalt ansvar. Meldinger og varsler også fra næringsdrivende fastleger og fysioterapeuter bør derfor sendes via kommunen.

For å gi pasienter, brukere og pårørende en tydeligere rolle i slike saker, anbefaler utvalget at disse gruppene får rett til å melde, eventuelt varsle om alvorlige hendelser. Utvalget anbefaler at det skal bli en lovpålagt plikt til å avholde et avklaringsmøte med pasient/pårørende etter svært alvorlige hendelser. Dette bør avholdes innen et døgn.

Vurdering: Det er riktig å gi pasienter og brukere en tydeligere og mer formalisert rolle i slike saker. Å gi pasienter, brukere og pårørende rett til å melde og varsle er et godt forslag. Forslaget om et lovpålagt tilbud om avklaringsmøte er også fornuftig, så lenge man er klar over at fristen på ett døgn ikke alltid vil være mulig å overholde. For eksempel vil arbeidshverdagen til fastleger og sykehjemsleger kunne gjøre det problematisk å få gjennomført slike møter så raskt. Det er heller ikke sikkert at pasienter, pårørende eller etterlatte er i en slik tilstand at et møte bør avholdes så raskt.

Utvalget foreslår at arbeidsfordelingen i tilsynssaker endres. I dag starter sakene stort sett hos fylkesmennene. I alvorlige saker er det Statens Helsetilsyn som har myndighet til å gi advarsler og ta fra helsepersonell autorisasjon og lisens. Utvalget foreslår å etablere 4-5 regionale tilsynsorganer, enten frittstående eller knyttet til utpekte fylkesmannsembeter. Disse skal delvis overta fylkeslegenes oppgaver, og de skal overta Helsetilsynets rett til å gi reaksjoner til helsepersonell. Helsetilsynet vil da bli ankeinstans. Utvalget foreslår å lage en helt ny tilsynslov.

Vurdering: Forslaget virker fornuftig. Den faglige kvaliteten i tilsynene varierer mellom de forskjellige fylkesmannsembetene, og det skjer mye dobbeltarbeid hos fylkesmann og Helsetilsyn. Dette resulterer både i ulik saksbehandling og urimelig lang saksbehandlingstid. Det kan virke negativt for kommunene at tilsynene regionaliseres, men dette oppveies av bedre kvalitet og mindre forskjeller mellom de ulike tilsynsinstansene.

Regjeringen ba utvalget vurdere å opprette en undersøkelseskommisjon etter mønster fra havarikommisjonen for luftfart, jernbane og veitrafikk. Kommisjonen skulle komme i tillegg til dagens systemer. Etter en grundig vurdering, er flertallet i utvalget kommet til at de instansene som i dag har som oppgave å granske alvorlige hendelser, dekker behovet. En kommisjon vil derfor ikke bety bedret pasientsikkerhet og vil ikke forsvare kostnadene.

Forslag til vedtak

1. Kristiansand kommune støtter forslagene om å utvide meldings- og varslingsplikten til å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester. Forutsetningen er at det etableres systemer som gjør det enkelt å melde og varsle.
2. Helsepersonell som har driftsavtale med kommunen, må pålegges å sende meldinger og varsler via kommunen.
3. Kristiansand kommune støtter styrkingen av pasienters, brukeres og pårørendes rettigheter slik det fremgår av dokumentet.
4. Kristiansand kommune støtter flertallets begrunnelse for ikke å opprette en egen undersøkelseskommisjon.

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche Pedersen Dehli
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:
[NOU 2015:11](#)

Bakgrunn for saken

Sammendraget ovenfor gir et overblikk over en svært omfattende og detaljert utredning. I det følgende vil vi trekke fram og diskutere i større detalj de områdene i utredningen som har størst betydning for kommunens helse- og omsorgstjenester. Endringene i lovverket som utvalget foreslår er ikke kommentert direkte da disse endringene er en konsekvens av forslagene som utvalget kommer med.

Begreper og definisjoner.

Pasient og bruker. Når lovverket utvides til å pålegge også kommunale helse- og omsorgstjenester melde- og varslingsplikt, blir begrepet *brukere* brukt om personer som mottar kommunale omsorgstjenester som ikke regnes som helsehjelp.

Kommunale helse- og omsorgstjenester innbefatter alle typer kommunale helse- og omsorgstjenester i og utenfor institusjon, også de som leveres av fastleger og fysioterapeuter med avtale. Meldeplikten er lagt til *virksomheten*. Det betyr at kommunen må sørge for meldesystemer fra alle deler av den tjenesten kommunen selv leverer, mens den enkelte fastlege eller avtalefysioterapeut i følge utredningen er å regne som en egen virksomhet og selv har ansvar for å melde. Det er ikke foreslått at meldinger fra disse også skal sendes kommunen som oppdragsgiver.

Helsepersonell som arbeider uten avtale med kommunen, som kiropraktorer, vil også bli omfattet av varslingsplikten, men de vil ikke bli pålagt meldeplikt. Privatpraktiserende spesialister vil få både varslings- og meldingsplikt.

Hva ligger i begrepet *alvorlige og svært alvorlige hendelser*? Disse definisjonene er hentet fra spesialisthelsetjenestens måte å klassifisere uønskede hendelser på.

Forslaget til lovtekst sier:

- Varslingsplikten kommer til anvendelser ved «*dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller at en pasient eller bruker skader en annen. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko*».
- Meldeplikten er videre definert: «*.....dødsfall eller alvorlig eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen. Det skal meldes uavhengig av om utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Det skal også meldes om hendelser som kunne ført til skade som nevnt*».

Kommentar: Fordi begrepene *alvorlig* og *svært alvorlig* stammer fra spesialisthelsetjenesten, er det ikke uten videre klart hvorledes dette skal brukes i kommunene. Det blir et omfattende arbeid å få gitt disse begrepene et innhold som er enhetlig forstått, ikke bare innen den enkelte kommune, men også kommuner og virksomheter i mellom. Det vil kreve et effektivt system for registrering av uønskede hendelser i den enkelte kommune, og et effektivt system for videresending til tilsynsmyndigheten (varslings) og Helsedirektoratet (melding).

Det vil bety et løft for kommunens arbeid med kvalitet i tjenestene dersom melde- og varslingsystemene blir utformet slik at de er enkle å benytte. Mer krevende blir det å få gjennomført en effektiv varslings fra enkeltforetak som fastleger og avtalefysioterapeuter. Utredningen diskuterer ikke dette. Utvalget legger stort vekt på at forbedringsarbeidet skal skje lokalt og i samarbeid mellom aktørene. Det er derfor helt nødvendig at kommunen er kjent med meldinger/varslings fra avtalepersonell, både som oppdragsgiver, men også som medspiller i kvalitetsarbeidet. Ettersom fastleger og avtalefysioterapeuter er en integrert del av kommunens helsetjeneste, må kommunen involveres i meldinger og varslings også fra dette helsepersonellet. De fleste selvstendig næringsdrivende fastleger vil dessuten også være i kommunens tjeneste som legevaktleger og i bistillinger på sykehjem og lignende. Det blir et kunstig skille mellom næringsdrivende helsepersonell og kommunalt ansatte fastleger og

fysioterapeuter som gjør akkurat samme arbeid. I sistnevnte tilfelle er det kommunen som virksomhet som er ansvarlig for melding og varsling.

Det vil bety økt arbeid for kommunen å håndtere varsler og meldinger både fra eget ansatt personale og avtalepersonale, men dette kan gi større kunnskap som ledd i kommunens system for kontinuerlig forbedring, spesielt i forhold til pasientsikkerhet og –medvirkning.

Undersøkelseskommisjon

Utvalget fikk i oppdrag å utrede opprettelsen av en slik kommisjon. Denne skal være en parallell til havarikommisjonen innen luft- jernbane og veitrafikk. Kommisjonen skal undersøke enkelthendelser, den skal ikke ha sanksjonsmuligheter og den skal være uavhengig av tilsynsmyndighetene.

Utvalget har anslått at en slik kommisjon må ha minimum 20 ansatte, kostnadene for en minimumsløsning vil ligge på rundt 40 millioner kroner pr. år, og den vil maksimalt kunne gå inn i 20-25 saker. Kommisjonen vil komme i tillegg til de andre instansene som undersøker alvorlige hendelser, som politiet, tilsynsmyndighetene og virksomheten selv. Dette kan bli en ekstra belastning på pasienter, pårørende og også involvert helsepersonell.

Effekten av en undersøkelseskommisjon er usikker, fordi det ikke finnes tilsvarende i andre land.

Et flertall på 10 av 14 medlemmer i utvalget fraråder opprettelsen av en undersøkelseskommisjon. Begrunnelsen er dels at ressursene kan benyttes mer effektivt på andre områder for å bedre pasient- og brukersikkerheten, dels at de endringene av det øvrige tilsyns- og oppfølgingsapparatet som utvalget foreslår, langt på vei vil dekke arbeidsfeltet som en kommisjon skulle ha. Et mindretall mener at pasient- og pårørendeinteressene vil være bedre tjent med en slik kommisjon som kan stille andre spørsmål enn de øvrige undersøkelsesinstansene.

Kommentar:

Flertallets argumentasjon for å fraråde opprettelsen av en undersøkelseskommisjon virker fornuftig. Med de endringene utvalget foreslår i rollen pasienter og pårørende skal ha ved alvorlige hendelser, bør interessene til pasienter og pårørende bli godt ivarettatt uten en egen undersøkelseskommisjon som vil bli kostbar, behandle relativt få saker i året og legge beslag på minst 20 høyt kvalifiserte medarbeidere.

Endring i tilsynsmyndighetenes organisering og arbeidsfordeling

Utvalget foreslår gjennomgripende endringer og en ny tilsynslov. Dagens ordning der fylkesmennene og Statens Helsetilsyn deler på oppgavene er ikke optimal. Det medfører både varierende kvalitet på tilsynene, fordi mange fylkesmenn ikke har god nok kompetanse innen egne rekke, det medfører lang saksbehandlingstid og en god del dobbeltarbeid mellom fylkesmann og Helsetilsynet.

Utvalget vil legge tilsynsoppgavene til et regionalt nivå. De skisserer to alternativer. Enten opprettes det 4-5 helt nye tilsynskontorer som følger helseregionene i spesialisthelsetjenesten, eller visse fylkesmannsembeter blir tillagt tilsynsfunksjonene for en helseregion. De regionale kontorene skal ha myndighet til å ilegge administrative reaksjoner som advarsler eller tap av autorisasjon eller lisens. Disse reaksjonene er i dag tillagt Statens Helsetilsyn. I følge forslaget, vil Helsetilsynet da bli omgjort til en ankeinstans for vedtak i de regionale tilsynskontorene.

Kommentar:

Det er stort sett hensynet til spesialisthelsetjenesten som ligger bak disse forslagene. Noen fylkesmannsembeter har ikke god nok kompetanse på å føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten. For kommunene er det fordelaktig at tilsynsmyndigheten er nær og kjenner forholdene i kommunene godt, slik det er i dag. Forslaget om regionalisering er

derfor i utgangspunktet ikke gunstig for kommunene. En omorganisering av tilsynsapparatet vil kunne gi kortere saksbehandlingstid og en mer enhetlig saksbehandling. Dette er positivt for kommunene og kommunalt helse- og omsorgspersonell.

En viktig del av fylkesmennenes arbeid, er å bidra til faglig utvikling og forbedringsarbeid i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Dette vil ikke bli omfattet av endringene. Det kan være positivt at rådgiverrollen skilles fra tilsynsrollen, slik forslaget legger opp til.

Øvrige forslag som ikke kommenteres spesielt

Utvalget foreslår en styrking av pasient- og brukerombudenes rolle. Informasjonen til befolkningen om pasient- og brukerombudene må bedres.

I forslaget til endringer i helsepersonelloven, anbefaler utvalget at terskelen skal være noe lavere enn dagens praksis for å kunne tilbakekalle autorisasjon hos helsepersonell. Man endrer begrep fra «*grov*» til «*vesentlig*» *mangel på faglig skikkethet*.

Samarbeidet mellom politi og tilsynsmyndighet i alvorlige saker blir regulert ved at tilsynsmyndighetene får en frist på fem dager til å gi tilråding om det skal iverksettes etterforskning. Utvalget foreslår ikke å styrke politiet med helsefaglig kompetanse.

Utvalget mener at utdanningsmyndighetene må stille krav til kunnskap om pasientsikkerhet, kvalitetsforbedringsarbeid og risikoforståelse i rammeplanene for helsepersonellutdanningene.

Konklusjon

Hovedtrekkene i utvalgets forslag vil bety en styrking av pasientsikkerheten og systemene for å lære av alvorlige hendelser innen helse- og omsorgstjenestene. Konsekvensene for kommunene og kommunale helse- og omsorgstjenester vil bli store. Utvalget har i liten grad drøftet disse konsekvensene. Dette kan ha sammenheng med utvalgets sammensetning.