

# **REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2011-2015) d. 19-03-2013**

**Møtedato** Tirsdag d. 19. marts 2013 kl. 14:00

**Møtested** Rådhuset

## Indholdsfortegnelse

Helse- og sosialstyrets protokoll 12. februar 2013 til godkjenning.....	3
Etablering av frisklivssentral i Kristiansand.....	5
Høring - Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal.....	11
Høring - forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompr	17
Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2013.....	20
Tilsyn ved tre rusomsorgsinstitusjoner.....	39
Oppfølging av rapporten om tilskudsregimet fra Kristiansand Revisjonsdistrikt - Kjøp av plasser v	43

# **Sak 12/13: Helse- og sosialstyrets protokoll 12. februar 2013 til godkjenning**

## **Vedlegg**

Protokoll Helse- og sosialstyret 12.02.2013



Arkivsak-dok. 201301078-7  
Saksbehandler Carol Reinertsen

Saksgang  
Helse- og sosialstyret

Møtedato  
19.03.2013

## Helse- og sosialstyrets protokoll 12. februar 2013 til godkjenning

Forslag til vedtak

[Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 12. februar 2013 godkjennes.](#)

Tor S. Utsogn  
leder

Carol Reinertsen  
hovedutvalgssekretær

Vedlegg:  
Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 12. februar 2013

# **Sak 13/13: Etablering av frisklivssentral i Kristiansand**

## **Vedlegg**

20121206 Rapport med anbefalinger om innhold i frisklivssentral - endelig 2.pdf



Arkivsak-dok. 201111168-3  
Saksbehandler Maj-Kristin Nygård

Saksgang  
Helse- og sosialstyret

Møtedato  
19.03.2013

## **Etablering av Frisklivssentral i Kristiansand**

### **Sammendrag**

Frisklivssentralen er i ferd med å bli etablert som en ny kommunal forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner. Den vil bli lokalisert på Aquarama, og åpner 2.april 2013.

Helse- og sosialdirektøren nedsatte våren 2012 en bred sammensatt prosjektgruppe, for å planlegge etablering av frisklivssentral og utrede aktuelt innhold. Forberedelsesprosjektet ble avsluttet i desember 2012. Helse og sosialdirektøren ønsker med dette å informere helse- og sosialstyret om anbefalinger og hvordan de følges opp i forbindelse med etablering av Frisklivssentral i Kristiansand

Forslag til vedtak

Sak om etablering av frisklivssentral i Aquarama tas til orientering.

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:  
Prosjektgruppens rapport med anbefaling om innhold i Frisklivssentral i Kristiansand.  
Vedtatt i styringsgruppa 6.desember 2012.

Bakgrunn for saken

### **Nasjonale føringer**

St.meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen peker på at helsetjenesten gjør for lite for å forebygge sykdom og igangsette tidlig intervensjon. Forarbeidet til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester påpeker at helsesektoren har en unik mulighet til å identifisere og følge opp risikoindivider og - grupper. Det er behov for å sette i verk kunnskapsbaserte tiltak rettet mot personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre helseatferd.

Nasjonal Helse og omsorgsplan (2011-2015) påpeker hvor viktig det er å etablere tilbud til personer som har risiko for eller allerede har utviklet sykdom knytte til levevaner, og psykiske lidelser. Helsedirektoratet anbefaler etablering av frisklivssentraler i alle kommuner, og mener at frisklivssentraler er og vil være et viktig bidrag i arbeidet med å forebygge økt omfang av livsstilssykdommer.

Helsedirektoratet utarbeidet våren 2011, (revidert i 2012), en veileder for kommunale frisklivssentraler, som sier følgende: *«Frisklivssentral er en kommunal forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner. Frisklivssentralen gir strukturert oppfølging primært gjennom helsesamtale, tilbud om fysisk aktivitet, kostholdsendring og snus- og røykeslutt... Frisklivssentralen skal ha oversikt over andre helsefremmende og forebyggende tilbud i kommunen og samarbeide med andre aktører der det er naturlig.»*

På bakgrunn av dette igangsatte helse - og sosialdirektøren våren 2012 et prosjekt for å planlegge etablering av frisklivssentral i Kristiansand.

### **Historikk i Kristiansand**

I 2001 starta arbeidet med å utrede et "Idretts-, rekreasjons- og velværesenter» på Marinetomta, Kristiansand. Samtidig begynte flere kommuner å etablere frisklivssentraler. I 2004 ble det for første gang foreslått at Kristiansand burde etablere en frisklivssentral med fokus på folkehelse, og at den burde lokaliseres i det planlagte aktivitetssenteret som etter hvert har blitt til Aquarama. Den endelige lokalisering ble avklart først i 2012.

Kristiansand kommune har siden 2005 hatt et tilbud til befolkningen på levevaneområdene, (fysisk aktivitet, kosthold og røykeforebygging), gjennom ordningen Aktivitet på Resept. Kommunen har etterhvert lang erfaring med å systematisere arbeid med levevanetiltak. En to-årig evaluering ble slutført i desember 2012 og kan vise til gode resultater; tilbudet har gitt gode effekter hva gjelder selvpoplevd helse og man ha sett reduksjon i antall sykemeldinger samt en økning i antall yrkesaktive etter endt deltakelse. Med bakgrunn i disse erfaringene har Aktivitet på resept blitt en kjerneaktivitet inn i den kommende frisklivssentralen.

### **Avtale med Vest-Agder Fylkeskommune**

Vest-Agder fylkeskommune (VAF) inngikk i 2006 en intensjonsavtale med Kristiansand kommune, hvor VAF ønsker å bidra i utviklingen av en frisklivssentral. Denne avtalen ble reforhandlet i 2012, hvor VAF bidrar med årlig beløp (3 + 2 år) under følgende forutsetninger:

- *Medfinansiering fra Kristiansand kommune til etablering og utvikling av frisklivssentralen*
- *Kristiansand kommune utvikler tilbud og innhold i frisklivssentral i henhold til Helsedirektoratets veileder for frisklivssentral*
- *Samarbeidsavtale med Universitetet i Agder og/eller andre forskningsinstitusjoner om studentpraksis og forsknings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til frisklivssentral mv.*
- *Frisklivssenteret ferdigstilles med regional funksjon og nytteverdi for andre kommuner. Kommunene i Knutepunkt Sørlandet inkluderes i tilbudsutvikling og drift*

### **Kommunale føringer og planer**

I forbindelse med handlingsprogram for 2013 - 2016 har bystyret vedtatt et mål om å jobbe koordinert og systematisk innen levevanefeltet, og at kommunen skal gjøre det ved hjelp av følgende strategier:

- *Etablere frisklivssentral i Aquarama som ressurscenter innen levevanefeltet.*
- *Styrke samhandling og innsats med legetjenesten innen det forebyggende arbeidet.*
- *Etablere rutiner for livsstilsendring blant barn med deres familier*
- *Videreutvikle samarbeid med andre sektorer og fylkeskommune om røykeforebyggende arbeid 0-20 år.*
- *Videreutvikle arenaer for samarbeid med frivillige organisasjoner og brukerorganisasjoner om tilbud og utviklingsprosjekt.*
- *Videreutvikle samarbeid med fylkeskommunen om utvikling av tilbud med regionalt nedslagsfelt.*
- *Styrke samarbeid med folkehelsestudiene og forskningsmiljø på UiA for å utvikle kunnskapsbasert praksis.*

Parallelt med prosjekt for etablering av frisklivssentral har kommunen utarbeidet forslag til helsefremmingsplan. Forslaget er til politisk behandling, og skal sluttbehandles i bystyret 10. april. I Helsefremmingsplanen løftes levevanefeltet opp som et viktig fokusområde med følgende anbefalinger:

- *Fremme og tilrettelegge for sunne levevaner i planer, prioriteringer og tiltak.*
- *Bruke folkehelseoversikten til å definere hvilke risikogrupper som bør prioriteres når det gjelder forebygging.*
- *Mer systematisk samarbeid mellom fagpersonell fra tjenester og sektorer med ansvar for ulike deler av levevanefeltet. Samle og styrke kompetanse innen levevanefeltet ved etablering av frisklivssentral som en kommunal helsetjeneste på Aquarama.*
- *Ta i bruk og utvikle kunnskap om motivering, rekruttering og tilpassede aktiviteter for prioriterte grupper.*
- *Samordne ulike innbyggerrettede kurstilbud innen levevaner og livsmestring.*
- *Framskaffe kunnskap og forskning om effektmålinger av levevanetiltak og evalueringer av metodebruk i samarbeid med kunnskapsmiljø og andre kommuner*
- *Styrke samarbeid med frivillige organisasjoner og interesseorganisasjoner i planlegging og gjennomføring av tiltak.*

Helsefremmingsplanens forslag harmonerer med det bystyret har vedtatt i handlingsprogrammet, og legger føringer for videre utvikling av frisklivssentralen.

### **Prosjekt for etablering av frisklivssentral**

Med dette som bakgrunn satte helse- og sosialdirektøren ned en prosjektgruppe våren 2012, for å planlegge etablering av frisklivssentral og utrede aktuelt innhold. Gruppen ble bredt sammensatt med representert fra: kultursektoren v/idrettsetaten, oppvekstsektoren, by- og samfunnsenheten, og ulike tjenester i helse- og sosialsektoren; Aktiv Fritid, Eldresentertjenesten, Enhet for rehabilitering og samfunnsmedisinsk enhet.

I styringsgruppa satt følgende:

Lars Dahlen, Helse- og sosialdirektør  
Terje Abrahamsen, idrettssjef, Kultursektoren  
Jostein Kornbrekke, leder for enhet for rehabilitering, Helse- og sosialsektoren  
Sigurd Paulsen, leder for samfunnsmedisinsk enhet, Helse- og sosialsektoren

Prosjektgruppen har hatt følgende mandat:

*Planlegge etablering av frisklivssentral, gi anbefalinger om innhold, samt beskrive faglige konsekvenser av gitte anbefalinger.*

I tillegg til møter i prosjektgruppa og styringsgruppa, har prosjektleder hatt møte med NAV, arbeidsforberedende tiltak og elderrådet for å få innspill i prosessen. Frisklivssentral har vært tema på dialogmøte med frivillige organisasjoner høsten 2011.

Prosjektgruppa leverte desember 2012 en rapport med sine anbefalinger om innhold i frisklivssentralen, på kort og lang sikt. Rapporten ble vedtatt av styringsgruppa 6. desember med følgende vedtak:

*Anbefalingene i rapporten tas hensyn til, og legges til grunn for videre prosess i den pågående omstillingen i helse- og sosialsektoren.*

*En igangsetter frisklivssentralen våren 2013, med følgende tiltak: Aktivitet på resept (med tilbud innen fysisk aktivitet, kostholds kurs og røykeforebygging), helseveiledning til grupper og individer, veiledning til andre helsefremmende tiltak i kommunen og i regi av frivillige organisasjoner*

*En må sikre nødvendige ressurser slik at en kan betjene besøkende på en god måte.*

### **Status pr mars 2013:**

Som oppfølging til styringsgruppens vedtak, vil en starte opp frisklivssentralen på Aqurama 2. april 2013. Frisklivssentralen vil ha åpningstid fra kl 08.00-15.30. Frisklivssentralen er organisert under lokalmedisinske tjenester i virksomhetsområdet, behandling og rehabilitering. Tjenesteleder for lokalmedisinske tjenester har pr i dag ansvar for faglig oppfølging, økonomi og personal i frisklivssentralen.

Følgende ressurser er avsatt til frisklivssentralen:

- To aktivitetsledere i 100% fast stilling. Disse er en videreføring av tidligere engasjementstillinger, og vil derfor ikke medføre økte kostnader for kommunen.
- En servicemedarbeider i 80% stilling til publikumsmottak. Denne stillingen er et resultat av omstillingsprosessen i HS-sektoren, og medfølgende omprioritering av ressurser. Det vil derfor heller ikke medføre økte kostnader for kommunen.
- En planlegger å engasjere en prosjektmedarbeider for å koordinere arbeidet i frisklivssentralen, samt ivareta forpliktelsene i avtalen med Vest-Agder fylkeskommune

I tråd med oppfølging av Helsefremmingsplanen skal koordinering av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet flyttes til teknisk sektor v/by- og samfunnsenheten. Det innebærer blant annet at folkehelsekoordinator vil flyttes fra helse- og sosialsektoren til by- og samfunnsenheten, med økt fokus på oppfølging av nye ansvarsområder som følger den nye folkehelseoven. Folkehelsekoordinator har fram til nå ivaretatt den faglige koordinering av kommunens arbeid med levevanefeltet. Helse- og sosialdirektøren er i ferd med å avklare hvordan faglig koordinering av levevanefeltet ressurs- og personellmessig skal håndteres framover. Hvis det blir behov for omprioritering av ressurser vil det bli håndtert gjennom handlingsprogramprosessen.

Helsefremmingsplanen peker på potensiale i et tettere samarbeid med andre forebyggende tiltak i kommunen. Etablering av frisklivssentral kan bedre samarbeidet mellom eksisterende forebyggende tiltak, spissing av målgruppe og videreutvikling av tiltak. Kommunen har mange ulike fagpersoner med tiltak på levevaneområdene, og kommunen kan dra nytte av å samarbeide om kompetanse og erfaring på dette området. Dette gjelder både på tvers av sektorene og innad i helse- og sosialsektoren, og omhandler blant annet helsestasjon og skolehelsetjenesten, fysioterapeuter, rusforebyggende kompetanse, pedagogisk personell innen mat og helse i skolene, og Kjøkkenservice.

Helse- og sosialsektoren har potensiale for økt internt samarbeid for å jobbe mer systematisk på levevanefeltet. I Helsefremmingsplanen foreslås blant annet at de diagnosespesifikke tilbudene kobles tettere på kurs og aktiviteter innen levevanefeltet, særlig når det gjelder felles informasjon om tilbud som er lett tilgjengelig både for befolkningen, brukergupper, fastleger og sykehus. Her er det flere muligheter for videre utvikling.

Som det fremgår av Helsefremmingsplanen og vedtatt handlingsprogram, ønsker helse- og sosialdirektøren å styrke samarbeidet med forskningsmiljø for å framskaffe kunnskap og forskning om effektmålinger av levevanetiltak og evalueringer av metodebruk. Derfor har Kristiansand kommune inngått et samarbeid med forskere tilknyttet universitetene i Bergen og Agder, for å etablere følgeforskning og gjennom dette se på om tiltakene i frisklivssentralen har ønsket effekt, samt hvordan og hvorfor det virker. Omfanget av denne forskningen avhenger av hvilke finansieringsordninger som vil inngå. De aktuelle forskerne har blant annet søkt Forskningsrådet om midler.

# **Sak 14/13: Høring - Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal**

## **Vedlegg**

Vedtak FORMAN, 20032013, Sak 32/13, Høring - Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal

VS\_ Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal .msg

Hoeringsbrev.pdf

Hoeringsnotat\_forskrif\_nasjon\_kjernejournal.pdf

Adressatliste.pdf



Arkivsak-dok. 201301228-2  
Saksbehandler Vegard Vige

Saksgang  
Helse- og sosialstyret  
Formannskapet

Møtedato  
19.03.2013  
20.03.2013

## Høring - Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal

### Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal. Høringsfristen er 10. april 2013.

Innføring av kjernejournal vil være et betydelig løft for pasientsikkerheten og for kvalitet, sammenheng og helhet i helsetjenestene, og Kristiansand kommune ser derfor med forventning frem til at kjernejournal blir tatt i bruk.

Imidlertid er det noen forhold som etter kommunens syn må ivaretas på en bedre måte før kjernejournal tas i bruk nasjonalt;

- Kostnadene for den enkelte virksomhet ved innføringen kan bli betydelige, og som det ikke foreligger noen løfter om kompensasjon for. Dette vil gjelde
  - o Opplæring av alle ansatte
  - o Etablering av nødvendig infrastruktur
  - o Etablering og oppfølging av e-id med høy sikkerhet for alle relevante ansatte
  - o Oppgradering (og drift) av de elektroniske pasientjournalsystemene
  - o Arbeidstid for gjennomføring av nye manuelle dokumentasjons- og rapporteringsrutiner frem til synkronisering mot EPJ-systemene er etablert
- Kvaliteten i kjernejournalen vil ikke være fullgod så lenge den må baseres på manuelle innrapporteringer fra helsepersonell.

## Forslag til vedtak

Helse- og sosialstyret anbefaler at kommunen avgir følgende høringsuttalelse:

*«Innføring av kjernejournal vil være et betydelig løft for pasientsikkerheten og for kvalitet, sammenheng og helhet i helsetjenestene.*

*Kristiansand kommune ser imidlertid en rekke forhold som må ivaretas før kjernejournal blir tatt i bruk:*

- *Innførings- og driftskostnadene for den enkelte virksomhet kan bli betydelige. Disse kostnadene må kompenseres fullt ut før nasjonal implementering slik at dette ikke fortrenger andre helsetjenester*
- *Etablering av manuelle rapporteringsrutiner er både en risiko i forhold til pasientsikkerheten, og det er en ressursmessig belastning. Nasjonal kjernejournal bør ikke implementeres før alle relevante EPJ-systemer kan synkroniseres mot kjernejournalen»*

Saken oversendes til Formannskapet for endelig behandling

Tor Sommerseth  
rådmann

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg: Høringsnotat – Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal

## Bakgrunn for saken

At helsepersonell har tilgang til relevant, korrekt og oppdatert informasjon om pasienten i en behandlingssituasjon, kan i ytterste konsekvens utgjøre forskjellen mellom liv og død. Dagens spesialiserte helse- og omsorgstjeneste gjør at det er stort behov for standardisering og samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter. Dette vil bedre pasientsikkerheten. Stortinget vedtok derfor 22. juni 2012 endringer i helseregisterloven og enkelte andre lover som gjør det mulig å opprette nasjonal kjernejournal.

Nasjonal kjernejournal skal inneholde et begrenset sett relevante helseopplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp. Formålet med kjernejournalen er økt pasientsikkerhet ved å gi bedre beslutningsgrunnlag for helsehjelp og forhindre skade på pasienten som følge av for eksempel feilmedisinering. Det er ikke et formål å erstatte de ordinære pasientjournalene eller være hovedkilde til informasjon om pasienten. En nasjonal kjernejournal skal bidra til å dekke behovet i helse- og omsorgssektoren for rask og sikker tilgang til korrekt og oppdatert informasjon.

Departementet påpeker at denne etableringen krever store endringer i dagens IKT-systemer i helsetjenesten, og at innføringen av kjernejournal vil måtte være et stort prosjekt som vil måtte utvikles i flere faser, og innføres gradvis.

Kjernejournalen skal kunne brukes i alle situasjoner der det ytes helsehjelp, og der tilgang til oppdaterte helseopplysninger har betydning for helsehjelpen. I utgangspunktet vil alt helsepersonell med tjenstlig behov kunne gis tilgang til nasjonal kjernejournal, forutsatt at de øvrige vilkår er oppfylt. Etableringen av kjernejournalløsningen må starte med et begrenset antall helsepersonell og virksomheter, som så vil dette utvides i samsvar med utviklingen av funksjonalitet i kjernejournalløsningen som helhet. Når mer avanserte sikkerhetstjenester foreligger vil det kunne gis videre tilgang. I første fase vil tilgang være begrenset til deler av den akuttmedisinske kjede og fastleger.

Etableringen av nasjonal kjernejournal er en del av regjeringens satsing på digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren; Meld. St. 9 (2012-2013) «En innbygger – én journal» og Regjeringens digitaliseringsprogram «På nett med innbyggerne». I tillegg har etableringen en viktig side mot kvalitet og pasientsikkerhet og Meld. St. 10 (2012–2013) «God kvalitet – trygge tjenester».

Formålet med kjernejournal er økt pasientsikkerhet. Kjernejournalen skal bidra til rask tilgang til strukturert informasjon i situasjoner der manglende oversikt over pasientens helseopplysninger kan svekke pasientsikkerheten.

Høringsnotatet behandler en rekke forhold av betydning for denne innføringen, og for en grundigere gjennomgang vises til høringsnotatet.

Sett fra kommuneadministrasjonens side er forslaget om ny forskrift i all hovedsak meget positivt. Innføringen av kjernejournal vil gi en lenge etterlengtet kvalitetsforbedring av den elektroniske kommunikasjonen mellom de ulike delene av helsetjenesten, og vil gi en meget betydelig forbedring av pasientsikkerheten. Manglende og/eller ukorrekt informasjon om pasientens helsetilstand er en viktig medvirkende årsak til feildiagnostisering, feilbehandling og alvorlige hendelser i helsetjenesten.

Behovet for å fremskaffe informasjon for å sikre rett behandling av pasienten utløser også unødvendige dobbeltundersøkelser, med tilhørende risiko for bivirkninger, og ganske mye arbeid for å fremskaffe informasjon. Kjernejournalen vil derfor også medvirke til effektivisering og redusert ressursbruk i helsetjenesten.

Høringsnotatet beskriver hva kjernejournalen skal inneholde;

- personalia og kontaktopplysninger inkludert informasjon om hvem som er fastlege

- oversikt over pasientens legemiddelbruk, oppdatert til enhver tid fra e-reseptregisteret, og etter hvert som løsningene blir etablert synkronisert med elektroniske pasientjournalssystemer på legekontor og sykehus mm.
- Oversikt over pasientens kontakt med helsevesenet. Her skal kun registreres hvor pasienten har vært til behandling, slik at helsepersonellet vet hvor de kan henvende seg for å få ytterligere opplysninger om det er nødvendig
- såkalt «kritisk informasjon» som er av avgjørende betydning for valg av behandling i en akutsituasjon,
  1. *Alvorlige allergiske reaksjoner og overfølsomhetsreaksjoner*
    - a. *Allergisk eller annen alvorlig reaksjon på legemidler - alle allergiske reaksjoner på legemidler som kan være kritiske eller viktige for helsepersonell å vite om. Også reaksjoner som ikke er «allergiske» omfattes, for eksempel alvorlige mage/tarm-blødninger.*
    - b. *Annen allergi eller overfølsomhetsreaksjon - viktig matvareallergi, latex-allergi og lignende*
  2. *Implantater*
  3. *Opplysninger om helsehjelp eller legemidler som kan være kontraindisert (dvs som ikke må brukes av den aktuelle pasient)*
  4. *Andre kritiske opplysninger*
    - a. *Avvik i vanlig behandlingsrutine*
    - b. *Medisinsk tilstand*
    - c. *Pågående behandling*
    - d. *Meldepliktig infeksjonssykdommer der sykdommen vil kunne påvirke valg av helsehjelp*
- «førstevalg behandling»; en strategi avtalt med pasienten om hva slags preferanser pasienten har ønsket å tilkjenne i kjernejournalen, slik som ønsker i forhold til livsforlengende behandling. Dette punktet skal pasienten når som helst kunne slette
- Pasientens fritekstfelt; et felt med plass til et meget begrenset antall tegn, som pasienten selv kan fylle inn den informasjon som pasienten selv finner ønskelig.

Forslaget drøfter ulike sider knyttet til datasikkerhet og behovet for å beskytte fortrolig informasjon og redusere risiko for urettmessig spredning av informasjonen. Sentralt er pasientenes fulle rett til å reservere seg mot at opplysninger skal behandles i kjernejournal. I tillegg til ordinære sikringstiltak og ansvars plassering i tjenesten, innføres fullt innsyn i egen kjernejournal for den enkelte pasient. Dette inkluderer innsyn i logg over alle oppslag i kjernejournalen (hvem, hvor og når det er sett i kjernejournalen), og en automatisk varslingstjeneste som via SMS eller epost gir pasienten varsel om at det har vært aktivitet (oppslag eller notat) i pasientens kjernejournal.

### **Diskusjon og vurdering:**

Forslaget er i all hovedsak positivt, og kan gi et betydelig løft for kvalitetsarbeidet og pasientsikkerhet i hele helsetjenesten. Det medfører en rekke spørsmål om datasikkerhet, som imidlertid synes å være håndtert på en god måte. Kristiansand kommune ser derfor med forventning frem til at kjernejournal blir tatt i bruk.

Det er imidlertid noen områder der administrasjonen ser forslaget som utfordrende, og der vi ser behov for å gi tilbakemelding;

- For at kjernejournalen skal kunne tas i bruk, må de elektroniske pasientjournal-systemene (EPJ) tilpasses og oppgraderes, brukere må få opplæring og innbyggere og helsepersonell må informeres. Det vil også påløpe kostnader ved innføring av e-id med høyt sikkerhetsnivå, oppgradering av infrastruktur.
- Dette krever betydelige kostnader for utvikling av de tilgjengelige datajournalssystemene som benyttes av spesialisthelsetjenesten, av fastlegene og av alle de øvrige delene av kommunehelsetjenesten slik at disse blir tilpasset kravene for innrapportering til og kommunikasjon mot kjernejournalen.

- Disse innføringskostnadene må dekkes av den enkelte virksomhet i forbindelse med «ordinære oppgraderinger».
- Disse kostnadene er i forslaget forventet å være lave, fordi mye av tilpasningene av de kommersielle datajournalprogrammer vil måtte gjøres i forbindelse med piloteringen; det synes imidlertid likevel som en klar mulighet at kostnadene for tjenestene kan bli vesentlige.
- Innrapportering av opplysningene til kjernejournalen skal på sikt kunne skje ved at EPJ-systemene er synkroniserte med kjernejournal og at innrapporteringen kan skje automatisk. I innledningsfasen, et ikke nærmere fastsatt antall år, må imidlertid vesentlige deler av innholdet til kjernejournalen innrapporteres manuelt av helsepersonell som arbeider med pasienten. Dette vil nødvendigvis medføre et ikke uvesentlig merarbeid, som vil kreve ressurser. I tillegg vil alle manuelle prosedyrer innebære risiko for feil. Innføring av kjernejournal før automatisk synkronisering med kommersielt tilgjengelige EPJ-systemer er på plass vil derfor gi risiko for at kjernejournalen kan være mangelfull som følge av underrapportering, overrapportering eller feilrapportering

# **Sak 15/13: Høring - forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker**

## **Vedlegg**

Vedtak FORMAN, 20032013, Sak 31/13, Høring - forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker

Høringsnotat

Utkast til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker

E-post - Høringsnotat - forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker



Arkivsak-dok. 201300745-2  
Saksbehandler Vegard Vige

Saksgang  
Helse- og sosialstyret  
Formannskapet

Møtedato  
19.03.2013  
20.03.2013

## Høring - forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter

### Sammendrag

Som ledd i oppfølgingen av NOU-rapporten fra den særskilte 22. juli-kommisjonen har Helsedirektoratet fått utarbeidet et forslag til nasjonal standard for triagering (sortering og prioritering) av pasienter ved masseskadesituasjoner. Dette er et verktøy for å sikre mest mulig lik og enhetlig håndtering av dette viktige arbeidet i fremtiden.

### Forslag til vedtak

Helse- og sosialstyret foreslår at kommunen avgir følgende høringsuttalelse:  
*«Kristiansand kommune ser positivt på innføring av den foreslåtte nasjonale standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker.  
Kommunen vil implementere anbefalingene i denne standarden i kommunens beredskapsplanverk og akuttjenester.»*

Saken oversendes Formannskapet for endelig behandling.

Tor Sommerseth  
rådmann

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

### Vedlegg:

Høringsnotat - forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekompenserte ulykker

## Bakgrunn for saken

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å koordinere den nasjonale oppfølgingen etter 22. juli 2011, med utgangspunkt i innstilling fra Den særskilte komité av 10. november 2012, NOU-rapporten fra 22. juli-kommisjonen, og Helsedirektoratets rapport IS-1984 «Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2012. Læring for bedre beredskap».

Oppfølgingen skal skje i samarbeid med de regionale helseforetak, fylkesmannsembeter, kommuner og andre berørte fagmiljøer.

En gjennomgang av pasientene som ble brakt til sykehus og legevakt etter hendelsene den 22. juli viser at det ble foretatt gode prehospitale vurderinger og triageringer av pasientene både fra Regjeringskvartalet og Utøya. Dette tilskrives i stor grad at man på begge skadesteder hadde tilgjengelig et tilstrekkelig antall svært kvalifiserte helsepersonell.

For å kunne håndtere liknende situasjoner uten tilgang på tilsvarende ressurser anses det som viktig å etablere enhetlige, dvs nasjonale retningslinjer for triagering av pasienter ved masseskade situasjoner og dekompenserte ulykker.

I samarbeid med det akuttmedisinske fagmiljøet har Helsedirektoratet utarbeidet et utkast til nasjonale retningslinjer for triagering av pasienter i masseskade situasjoner og dekompenserte ulykker. Disse sendes med dette på høring, med høringsfrist 10. april 2013.

Forslaget til standard for triagering er et faglig godt gjennomarbeidet dokument, laget for å være et godt praktisk hjelpemiddel for akuttjenestene. Administrasjonen ser det som ønskelig at denne standarden blir tatt i bruk, og at den implementeres i kommunens beredskapsarbeid og -planverk.

# **Sak 16/13: Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2013**

## **Vedlegg**

vedlegg sak nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2013.pdf



Arkivsak-dok. 201114781-3  
Saksbehandler Janne B. Brunborg

Saksgang  
Helse- og sosialstyret

Møtedato  
19.03.2013

## Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2013

### Sammendrag:

Rundskrivet Nasjonale mål og prioriteringer for 2013 (IS-1), er Helsedirektoratets årlige skriv til fylkesmennene, kommunene, regionale helseforetak og fylkeskommunene. Målgruppen er administrativ og politisk ledelse ved disse instansene.

Rundskrivet viderefremmer de viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse og omsorgsområdet for 2013. Det gir ikke en fullstendig oversikt over aktivitetene aktørene har ansvaret for. Det forutsettes at mottakerne benytter rundskrivet i sine planer og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i tråd med de føringer som er gitt.

Rundskrivet er basert på satsninger i Prop. 1 S 2012-2013 (statsbudsjettet) og departementets og direktoratets planer for helse- og omsorgsområdet for 2013.

Målet med rundskrivet er at mottakerne bruker informasjonen i sin planlegging for 2013, og at en samlet fremstilling bidrar til informasjonsdeling og koordinering på tvers av målgruppene. Rundskrivet og tiltakene er formidlet i administrative strategiske møter i helse- og sosialsektoren og vil bli videre vurdert og drøftet i forhold til prioriteringer i de ansvarlige virksomhetsområder i sektoren. Det er lagt ut link til rundskrivet på Kristiansand kommunes hjemmeside for å sikre at det blir tilgjengelig for ansatte, brukere og innbyggere slik som anbefalt fra direktoratet.

Prioriterte områder for kommunene for 2013 er innenfor følgende hovedfelt:

- Folkehelsearbeid
- Forebyggende helsetjenester
- Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten
- Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn
- Beredskap
- Personell og kompetanse
- Allmennlegetjenesten
- Omsorgstjenester

Det gis i saken en fortløpende oversikt over direktoratets foreslåtte aktivitetstiltak og hva som er bakgrunnen for disse, tilknyttet hvert hovedområde. I tilhørende dialogbokser presenteres en kortfattet vurdering av status i Kristiansand kommune. Dette er ikke uttømmende oversikter, men et utvalg av de viktigste tiltakene og planene for oppfølging av de prioriterte områdene.

Ved en totalvurdering av rundskrivet og de ulike elementene, ser en at helse- og sosialsektoren i hovedsak sikrer tiltak innenfor alle de prioriterte områdene. Dette skjer blant

annet gjennom pågående omstillingsprosesser, vedtatt handlingsprogram (2013-2016), helsefremmingsplanen og inngåtte delavtaler mellom Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune. Når det gjelder rus- og psykisk helsefeltet vil elementer fra rundskrivet tas inn i pågående rulleringsarbeid av både plan for psykisk helse og rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Forslag til vedtak

[Sak om Rundskriv IS-1/2013- Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet](#) tas til orientering.

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

Janne Brunborg  
rådgiver

Vedlegg: Rundskriv IS-1/2013 – Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013

## Bakgrunn for saken

### **Bakgrunn for saken**

Rundskrivet Nasjonale mål og prioriteringer for 2013 (IS-1), er Helsedirektoratets årlige skriv til fylkesmennene, kommunene, regionale helseforetak og fylkeskommunene. Målgruppen er administrativ og politisk ledelse ved disse instansene.

Det er lagt ut link til rundskrivet på Kristiansand kommunes hjemmeside for å sikre at det blir tilgjengelig for ansatte, brukere og innbyggere slik som anbefalt fra direktoratet.

Rundskrivet viderefremmer de viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse og omsorgsområdet for 2013. Det gir ikke en fullstendig oversikt over aktivitetene aktørene har ansvaret for. Det forutsettes at mottakerne benytter rundskrivet i sine planer og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i tråd med de føringer som er gitt. Rundskrivet er basert på satsninger i Prop. 1 S 2012-2013 (statsbudsjettet) og departementets og direktoratets planer for helse- og omsorgsområdet for 2013.

Målet med rundskrivet er at mottakerne bruker informasjonen i sin planlegging for 2013, og at en samlet fremstilling bidrar til informasjonsdeling og koordinering på tvers av målgruppene.

Det gis i saken en fortløpende oversikt over direktoratets foreslåtte aktivitetstiltak og hva som er bakgrunnen for direktoratets prioriteringer, tilknyttet hvert hovedområde. I tilhørende dialogbokser presenteres en kortfattet vurdering av status i Kristiansand kommune. Dette er ikke uttømmende oversikter, men et utvalg av de viktigste tiltakene og planene for oppfølging av de prioriterte områdene.

### **Prioriterte områder for kommunene**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunenes ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller funksjonsnedsettelse. Ansvaret omfatter både barn, unge og voksne. Samhandlingsreformen ble startet i 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Folkehelseloven er et viktig verktøy for å nå samhandlingsreformens intensjoner. I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene tilrettelegge for samhandling og de skal samarbeide med andre tjenesteytere for å sikre nødvendige og helhetlige tjenester og gode pasientforløp.

Prioriterte områder for kommunene for 2013 er innenfor følgende hovedfelt:

1. Folkehelsearbeid
2. Forebyggende helsetjenester
3. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten
4. Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
5. Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn
6. Beredskap
7. Personell og kompetanse
8. Allmennlegetjenesten
9. Omsorgstjenester
10. Psykisk helse og rus
11. Habilitering og rehabilitering

#### **1. Folkehelsearbeid**

### *Bakgrunn*

I tråd med «Forskrift om oversikt over folkehelsen», skal kommunene legge til rette for et målrettet, samordnet og systematisk folkehelsearbeid basert på lokale folkehelseutfordringer. Utfordringsbildet skal legges til grunn for mål og strategier for folkehelsearbeidet, som igjen skal forankres i planprosesser etter plan- og bygningsloven. Tiltak i ulike sektorer er nødvendig for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, som fremmer fellesskap, trygghet og deltakelse. Det er viktig at rusfeltet og psykisk helsefeltet ses i sammenheng. Problemer kan forebygges gjennom brede befolkningsrettede tiltak som fremmer inkludering og deltakelse, og ved målrettede tiltak overfor sårbare grupper. God helse fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for tilstrekkelig kapasitet til koordinering av et tverrsektorielt folkehelsearbeid.
- Videreutvikler arbeidet med oversikten over folkehelsen. Det vises til ny forskrift om oversikt over folkehelsen fra 1.7.2012.
- Skaffer oversikt over helsemessige forhold ved elevenes arbeidsmiljø og iverksetter tiltak i samsvar med gjeldende regelverk (forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., § 6, opplæringsloven § 9a). Det forventes at kommunene sikrer nødvendig kompetanse på området.
- Styrker det rusmiddelforebyggende arbeidet gjennom økt bruk av alkoholovens virkemidler. Fra innvilgelsespraksis til kontroll og inndragning av bevilling for å begrense skader.
- Styrker samarbeidet om rusmiddelforebyggende- og psykisk helsearbeid mellom ulike sektorer, for å endre praksis gjennom økt bruk av kunnskapsbaserte metoder. Dette gjelder spesielt overfor barn og unge.
- Kommunene kan dra nytte av de nasjonale og regionale kompetansesentrene på området.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Innsats og tiltak i forhold til dette området er beskrevet både i helsefremmingsplanen (Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering) og vedtatt handlingsprogram (2013-2016).*

#### *Oversikt over helsetilstanden:*

*En har i sektoren påbegynt systematisk arbeid knyttet til dette med særskilt fokus på å utvikle indikatorsett, for å kunne ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Det langsiktige målet med gode indikatorer innenfor folkehelse er at kommunene vil få økt kunnskap samt i større grad gi mulighet til å måle effekter av kommunes arbeid. Indikatorer som er gode og målbare over tid vil være nyttig styringsinformasjon samt gi økt beslutningsgrunnlag. Det videre arbeidet med utvikling av indikatorsettet fortsetter i et eget prosjekt som omhandler hele kommunens statistikkportal.*

#### *Rus- og psykisk helsefeltet:*

*Styrking av det rusmiddelforebyggende arbeidet, samt styrking av det tverrsektorielle arbeidet på rus- og psykisk helsefeltet vil bli ivaretatt ved rulleringen av fagplanene på disse områdene. Arbeidet pågår våren 2013. Det er avtalt kontakt med nasjonale og regionale kompetansesentre på begge fagområder, samtidig som samarbeidet med UiA videreutvikles.*

#### *Finansielle utfordringer:*

*Nye krav på folkehelseområdet (samarbeid, koordinering, helseovervåkning og statistikk) vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader. Det er ikke tatt høyde for de økte utgiftene kommunene påføres ved innføring av nye krav og økte forventninger på dette området. Det er heller ikke inkorporert og kompensert for i samhandlingsreformens finansielle insentivmodeller. Tilsvarende finansieringsutfordring gjelder økte krav knyttet til*

## 2. Forebyggende helsetjenester

### Bakgrunn

Et viktig budskap i Samhandlingsreformen er at de forebyggende helsetjenestene i kommunene skal styrkes. Dette gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgstjenester og frisklivssentraler.

Norge har forpliktet seg til å følge opp WHO's mål om 25 % global reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, avgrenset til hjerte- og karsykdommer, kreft, kronisk luftveissykdommer og diabetes, innen 2025. En stor andel av disse sykdommenes utbredelse kan forebygges med kostnadseffektive tiltak.

### Aktiviteter /satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet til gravide, barn og unge 0 – 20 år.
- Tjenesten skal oppfylle lov og forskrift og følge veileder med anbefalt program. En faglig forsvarlig tjeneste forutsetter riktig kompetanse og nødvendige ressurser.
- Sørger for at foreldre får tilbud om hjemmebesøk etter fødsel i tråd med forskrift.
- Sørger for at skolehelsetjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud plassert på skolene med regelmessige daglige åpningstider.
- Bidrar til utvikling og gjennomføring av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Etablerer oppfølgingstilbud for endring og mestring av levevaner til personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse i henhold til «Veileder for kommunale frisklivssentraler».
- Kommunale frisklivssentraler bidrar med kunnskap og data i forskningsarbeid relatert til endring av levevaner.
- Styrker det forebyggende og helsefremmende arbeidet innen psykisk helse og rus, spesielt arbeidet med tidlig intervensjon.
- Følger opp handlingsplaner og tiltak for forebygging og tidlig behandling i primærhelsetjenesten.
- Kommunene skal bidra til å implementere nasjonal retningslinje for barselomsorgen som publiseres medio 2013.

### Vurdering av status i Kristiansand kommune

*Våren 2012 ble det igangsatt arbeid for å planlegge etablering av frisklivssentral og utrede aktuelt innhold. Basert på denne rapporten etableres frisklivssentral i Kristiansand april 2013 med følgende tiltak: Aktivitet på resept (med tilbud innen fysisk aktivitet, kostholdskurs og røykeforebygging), helseveiledning til grupper og individer, veiledning til andre helsefremmende tiltak i kommunen og i regi av frivillige organisasjoner. Frisklivssentralen er organisert under lokalmedisinske tjenester i virksomhetsområdet Behandling og rehabilitering.*

*Gjennom etablering av frisklivssentral kan en bedre samarbeidet mellom eksisterende forebyggende tiltak. Kommunen har pr. i dag mange ulike tiltak på levevaneområdene, og kommunen kan dra nytte av å samarbeide om kompetanse og erfaring på dette området. Dette gjelder både på tvers av sektorene og innad i helse- og sosialsektoren, og omhandler*

*blant annet helsestasjon og skolehelsetjenesten, fysioterapeuter, rusforebyggende kompetanse, pedagogisk personell innen mat og helse i skolene, og Kjøkkenservice.*

*Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har etablert prosjekt for utprøving av forebyggende hjemmebesøk etter nasjonale anbefalinger og på bakgrunn av erfaringer fra andre kommuner og land hvor målet har vært utsettelse av behov for helsetjenester.*

*Helse- og sosialsektoren har potensiale for økt internt samarbeid for å jobbe mer systematisk på levevanefeltet. I helsefremmingsplanen er det foreslått tiltak innenfor dette området. Som det fremgår av helsefremmingsplanen og vedtatt handlingsprogram, ønsker helse- og sosialdirektøren å styrke samarbeidet med forskningsmiljø for å framskaffe kunnskap og forskning om effektmålinger av levevanetiltak og evalueringer av metodebruk. Det er inngått avtaler om samarbeid omkring dette med forskere tilknyttet universitetene i Bergen og Agder.*

*Det er inngått avtale med spesialisthelsetjenesten ift. jordmortjenester. Det vurderes forsterket samarbeid innenfor dette feltet.*

*Plan for helsestasjoner ble rullert i 2011 – der fremkommer tiltak som beskriver hvordan helsestasjoner skal følge opp statlig veileder, retningslinjer og prioriterte oppgaver*

*Systematiske hjemmebesøk etter fødsel prioriteres.*

*I 2010 ble jordmortjenesten tilført midler tilsvarende 100% stilling.*

*Det planlegges etablering av «Familiens hus» – samlokalisering av barnevern, skolehelsetjeneste, helsestasjon/familiesenter. Dette er blant annet for å styrke koordineringsarbeidet og øke tilgjengelighet til/mellom tjenester.*

*Skolehelsetjenesten er etablert på skolene.*

*Det er etablert et eget prosjekt «Friskus» som er tiltak til barn med overvektsproblematikk. Dette er i samarbeid med IK-VÅG*

*Tiltak rettet inn mot forebyggende og helsefremmende arbeid innenfor psykisk helse og rus vil bli ytterligere behandlet i rulleringsarbeidet med planer innenfor disse områdene.*

### **3. Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten**

#### *Bakgrunn*

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er viktig for at pasienter og brukere med kroniske tilstander eller nedsatt funksjonsevne, og pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, får helhetlige tjenester. Det er viktig at avtalene fremmer en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide om jordmortjenester. Kravene til kvalitet skal være de samme over hele landet uavhengig av lokale forhold. Departementet vedtok 1. desember 2012 forskrifter som innfører ny turnusordning for leger. I den nye ordningen skal helseforetak og kommuner selv ansette turnuslegene. Godt samarbeid mellom helseforetak og kommune vil bidra til gode ansettelse og god kvalitet på tjenesten.

Syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering opplever brudd og svikt i helsetilbudet. Særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til

sykehjem.

Den kommunale medfinansieringsordningen gjennomføres etter samme modell som i 2012. Helsedirektoratet informerer kommunene om den a kontobaserte oppgjørsordningen gjennom egne brev. Betalingsgrunnlaget offentliggjøres på helsedirektoratet.no.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at de inngåtte avtalene følges opp, evalueres og revideres.
- Samarbeidsavtalene skal være i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Sørger for samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere f.eks. tannhelsetjenesten for å sikre helhetlige pasientforløp.
- Utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester innfor alle områdene.
- Sørge for samarbeid om følgetjeneste, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.
- Legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner og andre aktører.
- Utvikler samarbeid med høyskoler og/universitet og helseforetak for samarbeid om forskning og utviklingstiltak.
- Dokumenterer kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i de lovpålagte samarbeidsavtalene.
- Det er fra 2012 etablert en tilskuddsordning til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene.
- Etablering og drift av døgnplassene skal fullfinansieres og er fra 2016 lagt inn i kommunenes rammetildeling.
- Etablerer samarbeid med helseforetaket om den nye turnusordningen for leger.
- For rekvirering av blod og blodtransfusjon til pasienter som ikke er innlagt i sykehus, må det lages gode rutiner. Helsepersonell må få nødvendig opplæring slik at de kan utføre oppgaven på faglig forsvarlig måte.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Det er inngått avtaler med spesialisthelsetjenesten i tråd med lovverk og krav fra departementet; tilsammen 14 delavtaler. Det jobbes med implementering av avtalene og med å sikre gode avviksrutiner for forbedring. Det er etablert et eget regionalt fagutvalg som skal sikre evaluering og reforhandlinger av avtalene. Dette arbeidet ledes av Kristiansand kommune.*

*Det jobbes med utvikling av forsterket samarbeid med universitet og spesialisthelsetjeneste når det gjelder forskning (delavtale 7)*

*Det er igangsatt et eget regionalt prosjekt når det gjelder kompetanseoverføring og samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenester (delavtale 6)*

*Kommunal øyeblikkelig hjelp:*

*Kristiansand kommune har i samarbeid med Lillesand og Birkenes kommuner søkt om midler til finansiering og oppstart i 2013. Planlagt oppstartstidspunkt er november 2013 dersom det innvilges midler for inneværende år. Arbeidet rundt etableringen vil måtte intensiveres snarest.*

*Når det gjelder samarbeid omkring ansettelser av turnusleger vil det være essensielt å etablere felles og godt forankrede ansettelsesprosedyrer mellom spesialistnivå og*

*kommunalt nivå.*

*Delavtale 1 omtaler samarbeid og oppgaveoverføringer mellom nivåene. Prosedyrer forbundet med prosesser når oppgaver skal overføres mellom nivåene er sikret der. Det er viktig at begge parter kvalitetssikrer slike prosesser. Pasientsikkerhetsfokus er her helt essensielt .*

#### **4. Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

##### *Bakgrunn*

Arbeid med internkontroll, kvalitet og pasient- og brukersikkerhet er et prioritert område jf. kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 4.2, kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS, «Nasjonal strategi for kvalitetsarbeid i sosial- og helsetjenesten (veileder IS 1162)» og «Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten». Helsetilsynene og undersøkelser påpeker at lokalt kvalitets- og forbedringsarbeid i kommunene kan bli bedre.

All elektronisk behandling av helse- og personopplysninger skal skje i henhold til lovverket. Norm for informasjonssikkerhet skal følges av den enkelte virksomhet og er en forutsetning for forsvarlig kommunikasjon mellom aktørene.

Det er utviklet elektroniske meldinger som bør benyttes i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastleger, og mellom pleie- og omsorgstjenesten og helseforetak. Meldingene er videreutviklet i 2013 for å dekke behovet for 24-timers varsel om utskrivningsklar pasient. Vi viser til veileder fra Helsedirektoratet «Veiviser – Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen» IS-1920, 2011».

Etter planen skal alle kommuner ha innført e-resept i løpet av første kvartal 2013. Kommuner som drifter IT-systemene på legekantor har ansvar for å tilrettelegge for dette. Innføring av e-resept kan medføre rutineendring i kommunale enheter som håndterer resepter på vegne av brukere.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" tilbyr kommunene tiltakspakker for riktigere legemiddelbruk i sykehjem og i hjemmetjenesten, samstemming av legemiddellister, samt tiltak for å forebygge og redusere infeksjoner, trykksår og fall. Det er et mål at over 25 prosent av landets kommuner skal være aktivt involvert i kampanjen og ha implementert ett eller flere av tiltakspakkene innen utgangen av 2013.

Det overordnede formålet med Nasjonal kjernejournal er økt pasientsikkerhet. Det er planlagt en pilot i Trondheim i 2013.

Det er et mål at helsenorge.no skal tilby tilgang til egen helseinformasjon (Min helse), mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell, og selvbetjeningsløsninger som timebestilling og fornying av resept. I 2013 starter Helsedirektoratet utviklingen av sikker digital dialog mellom fastleger og pasienter, en digital kommunikasjonsløsning som ivaretar personvern og informasjonssikkerhet. I 2013 setter Helsedirektoratet i gang et arbeid for å kartlegge behov, definere strategi og vurdere ulike konsepter for fremtidige IKT-løsninger som skal muliggjøre bedre elektronisk samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren og med pasient og bruker. Dette arbeidet vil kreve aktiv deltakelse fra kommunene.

Økt bruk av medisinsk utstyr som eies av spesialisthelsetjenesten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gjør det nødvendig å tydeliggjøre hvem som har ansvar for bruk, opplæring og vedlikehold. Dette gjelder også plikt til å melde uhell.

##### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at ansvar og krav til elektronisk meldingsutveksling innarbeides i samarbeidsavtale med aktuelt helseforetak, og at felles rutiner og håndtering av melding utarbeides.

- Knytter seg til Norsk helsenett og tilrettelegger for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak. Dette omfatter blant annet bruk av elektronisk melding for varsling av utskrivningsklar pasient.
- Samarbeider med koordineringsenheter for elektronisk meldingsutveksling, opprettet av Norsk Helsenett, om tekniske løsninger og organisatoriske tiltak.
- Følger opp arbeidet med innføring av elektroniske resepter i kommunene.
- Sørger for at behov for IT videreutvikling rettet mot samhandling i helsesektoren, meldes opp i Nasjonalt utvalg for IT- prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) av kommunenes representanter.
- Er forberedt på å gi innspill til arbeidet med utredning av nasjonal ehelsestrategi i helse- og omsorgssektoren, herunder avgi ressurser for intervjuer og arbeidsmøter.
- Følger opp Helsedirektoratets arbeid med sikker digital dialog mellom fastleger og pasienter. Noen kommuner kan bli kontaktet i 2013 for forberedelse av et pilotprosjekt.
- *Iverksetter tiltak for bedre pasient- og brukersikkerhet på kjente risikoområder som legemiddelbruk, infeksjoner, fall og trykksår.* Kommunene oppfordres til å ta i bruk tiltakspakkene som tilbys i pasientsikkerhetskampanjen.
- Bidrar i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer.
- Fortsetter arbeidet med å sikre god forankring og kompetanse for å bedre og kvalitetssikre IPLOS data.
- Oppfyller kravene i Normen ( www.normen.no). Sørger for opplæring og bevisstgjøring av ansatte for å sikre forsvarlig håndtering av helse- og personopplysninger i det daglige arbeidet.
- Klarlegger og avtalesfester ansvar for bruk, opplæring og vedlikehold av medisinsk utstyr. Dette gjelder også for plikt til å melde uhell m. m.
- Registrerer og vedlikeholder egne opplysninger i Adresseregisteret.
- Registeret er en forutsetning for at riktige adresseopplysninger brukes i elektronisk samhandling.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Kvalitetsforbedring er et særskilt viktig område hvor det stadig blir stilt nye krav til kommuner om utvikling. Dette er et område som krever kontinuerlig og systematisk tilnærming og ressursinnsats.*

*Det jobbes nå med ny strategi for kvalitetsarbeidet i helse- og sosialsektoren etter omorganiseringen. Denne skal legge prinsippene og retningen for arbeidet med kvalitet i sektoren.*

*Viktige oppgaver i 2013 er:*

- *Revidering og omstrukturering av sektorens kvalitetssystem*
- *Etablering av systemer for systematisk brukermedvirkning*
- *Oppfølging av avviksrapporing i Profil (hvor satsningsområder innen pasientsikkerhet kan måles, f.eks fall)*
- *Gjennomgang av Stortingsmelding nr. 10, 2012-2013 «god kvalitet – trygge tjenester» om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten med tanke på videre arbeid i Kristiansand kommune.*

*Det jobbes også med anskaffelse av standardisert prosedyreverktøy for ansatte, som sikrer kvalitet og faglig oppdatering i utførelse av prosedyrer i institusjon og hjemmetjenester*

*Kristiansand kommune har lenge vært etablert på Norsk helsenett*

*Kristiansand kommune har tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling i tråd med nasjonale føringer fra 01.01.2012. Det jobbes nå med innføring av PLO- meldinger (pleie og omsorgsmeldinger) etter nasjonal standard hvor det er utarbeidet felles prosedyrer for elektronisk samhandling mellom SSHF og kommunene i Agder. I samarbeid med KnS kommuner er Kristiansand kommune representert i regionalt IKT- forum underlagt OSS (overordnet strategisk samarbeidsutvalg) som skal sikre arbeidet relatert til nasjonalt meldingsløft og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.*

*Felles prosedyrer er utarbeidet av IKT – forum og skal være forberedt slik at nye rutiner skal være aktive fra mai måned i Kristiansand kommune. Det er inngått delavtale med sykehuset der samarbeid om meldingsutveksling inngår særskilt i forhold til melding om utskrivningsklare pasienter.*

*Elektroniske resepter ble innført i Kristiansand for fastlegetjenesten fra 1 juni 2012. Systemer har fortsatt en del begrensninger, dette ligger utenfor hva kommunen kan påvirke. Kommunen vil ta i bruk alle nye tilganger til systemet så snart det fra sentralt hold blir lagt til rette for det.*

*Utviklingssentret (UHST) har fokus på innføring av tiltakspakker som tilbys i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, og iverksetter tiltak for bedre pasient- og brukersikkerhet på risikoområdet: Legemiddelbruk i institusjon. Det skal foretas gjennomgang av legemiddelbruk på individnivå i alle sykehjemsinstitusjoner i løpet av 2013.*

*Kristiansand har over en lang periode jobbet med fallforebyggende tiltak hos hjemmeboende. Tiltaket «Aktiv hver dag», som er et systematisk treningsopplegg rettet mot eldre i risikosone er et eksempel på denne satsingen.*

## **5. Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn**

### *Bakgrunn*

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn omfatter innvandrere, asylsøkere, flyktninger og den samiske befolkning.

Lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet forutsetter i mange tilfeller tilrettelagt informasjon og kommunikasjon.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sikrer ivaretagelse av svake eller utsatte grupper gjennom faglige prioriteringer.
- Sikrer at helsepersonell får økt kunnskap om hvordan bruke tolk, jamfør «Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene».
- Sikrer at kommunikasjonsarbeidet i helsetjenesten på alle nivåer tar hensyn til minoriteter i befolkningen.
- Sørger for at vurdering av risiko for svikt i kommunikasjon på grunn av manglende språk- og samfunnskunnskap er en del av beredskapsplaner i kommunen.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Kristiansand kommune har en meget kompetent og velfungerende tolketjeneste som er et godt virkemiddel for å nå målene på dette området.*

*Kristiansand kommune har deltatt i prosjekt for å kartlegge om brukere av omsorgstjeneste og kvalifiseringsprogrammet i NAV får likeverdige tjenester.*

*Beredskapsplan for HS- sektoren revideres fortløpende etter omorganisering i sektoren. Vurdering av risiko for svikt i kommunikasjon ift. beredskapsplaner vil bli vurdert gjennom dette arbeidet.*

## 6. Beredskap

### *Bakgrunn*

Hendelsene 22. juli 2011 har vært grundig gjennomgått av flere instanser. De har avdekket forbedringspunkter som skal følges opp. Kommunene er en sentral aktør i oppfølgingsarbeidet.

Det nye nødnettet skal bygges ut i hele landet. Legevakttilbudet gjøres også mer tilgjengelig gjennom etablering av et nytt nasjonalt nummer (116 117) til legevakt. Den nye teknologien legger til rette for vesentlig bedre samhandling i helsetjenesten og med de andre nødetatene. Samhandling om, og koordinering av akuttmedisinske tjenester skal omfattes av avtaleinstituttet som trer i kraft fra 1. januar. Gode akuttmedisinske tjenester krever personell med god kompetanse som er opplært og øvet.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Planlegger for innføring av nasjonalt legevaktnummer 116117. Det vises til brev fra Helsedirektoratet av 18.7.2011.
- Forbereder kommunens legevaktstjeneste og legevaktsentral på innføring av nytt nasjonalt nummer til legevakt og innføringen av nytt Nødnett.
- Sikrer nødvendig opplæring av personell på legevakt og legevaktsentral.
- Bidrar i arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter 22.juli 2011.
- Delta i kompetanseutvikling og andre aktiviteter som er rettet mot forbedringer av den helsemessige og sosiale beredskap.
- Har en oppdatert oversikt i krisestøtteverktøyet over beredskapskontakter og varslingspunkter hos Fylkesmannen, og over kommuneoverlegene og fastlegene i kommunen.
- Inngår samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket for å sikre et helhetlig akuttmedisinsk tilbud til kommunens innbyggere.
- Sikrer at samarbeidsavtalene med helseforetakene følges opp gjennom gode rutiner, opplæring av helsepersonell og regelmessige øvelser.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Det er inngått samarbeidsavtaler med helseforetaket og det er etablert regionale fagutvalg for å sikre dette arbeidet. Kristiansand kommune er representant for KnS.*

*Det er gjennomført 3 samlinger med kommunens kriseteam, kirkens sogneprester i kommunen og der frivillige organisasjoner også er inviterte.*

*Staten har vedtatt utbygging av et nytt digitalt nett for kommunikasjon mellom nødetater og for helsevesenet. I kommunen og på legevaktssentralene vil dette nye nødnettet erstatte dagens helse-radionett. I tillegg vil innføring av nødnett medføre at legevaktsentralen blir modernisert. En landsdekkende utbygging av nødnettet er igangsatt, og Sørlandet og Kristiansand er i utbyggingens «Fase 2» Utbygging og implementering lokalt gjennomføres som eget prosjekt; det er etablert prosjektorganisasjon tilknyttet dette. Arbeidet er forventet gjennomført 2013-2014.*

## 7. Personell og kompetanse

### *Bakgrunn*

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjeneste. For kommunene innebærer dette kontinuerlig vurdering av kompetansebehovet og etablering av kompetansehevede tiltak i tjenestene. I tillegg bør det jobbes systematisk med

ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær, seniorutfordringer og gode rekrutteringstiltak. Helsedirektoratet har satt i gang arbeid for at ansatte i helse- og omsorgstjenesten skal få styrket sin kompetanse i aktiv omsorg. Verktøy og metoder er utviklet og lagt ut på utviklingscenter.no, og et opplæringsprogram skal etter planen starte opp andre halvår 2013.

Gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell er et viktig virkemiddel for god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Både arbeidsgivere og myndighetene har ansvar for å sikre at helse- og sosialpersonell er kvalifisert til jobben de skal gjøre. I 2013 implementeres nye forskrifter som sikrer den nye turnusordningen for leger. Kommunene får, sammen med helseforetakene, en ny rolle i å ansette leger i turnusstillingene. Innholdet i turnustjenesten endres ikke nå. Kommunene skal i sin rekruttering av helsepersonell være kjent med WHO-koden om retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Bidrar i utdanning av helse- og sosialpersonell ved å etablere gode praksisplasser, og sørge for god praksisundervisning.
- Implementerer ny turnusordning for leger, i samarbeid med fylkesmannen og etablerer turnusstillinger for leger.
- Utarbeider kompetanse- og rekrutteringsplaner i samarbeid med fylkesmannen og helseforetak.
- Styrker ledelseskompentansen i omsorgstjenestene, eventuelt ved å benytte lederopplæringspakke fra Helsedirektoratet (tilbys med gunstige betingelser).
- Etablere gode læreplaner i helsearbeiderfaget og følger opp Kompetanseløftet 2015.
- Styrker kompetansen i aktiv omsorg og arbeider for økt faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene.
- Styrker kompetansen på legemiddelhåndtering i omsorgstjenestene.
- Etablere tverrfaglige team (lege, farmasøyt og sykepleier) som kvalitetsforbedrende tiltak med tanke på riktig legemiddelbehandling, særlig ved gjennomføring av legemiddelgjennomgang.
- Sørger for gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell, jf. Helsedirektoratets veileder «Gode rutiner – gode tilsetninger (IS-1902)»
- Sørger for at helse- og sosialpersonell i kommunen deltar på kurs i pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid.
- Styrker kompetansen i systematisk folkehelsearbeid og helsefremmende og forebyggende arbeid.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Det satses på kompetanseoppbygging i omsorgsfeltet via Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester innen følgende områder:*

- *Kommunale fagnettverk bestående av ressurspersoner innenfor spesielt diagnoseområdene; demens, lindring, rehabilitering, psykiatri/rus, diabetes, kols og kreft.*
- *Opplæring av minoritetsspråklige ansatte i sykehjem og hjemmetjenester*
- *Opplæring i grunnleggende demenskompetanse via demensomsorgens ABC*
- *Jevnlig, gjensidig hospitering med SSHF*
- *Arrangering av prosedyredager i samarbeid med SSHF og UiA*
- *Innføring av pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakker*
- *Utvikling av optimale pasientforløp i samarbeid med SSHF (for eksempel innen kols)*
- *Kristiansand kommune deltar i prosjekt som oppfølging av delavtale 6 for å kartlegge og planlegge tiltak som bidrar til kompetanseoverføring mellom sykehus og*

## *kommuner*

*I forbindelse med innføring av hverdagsrehabilitering som arbeidsform i hjemmetjenesten vil det bli gjennomført kompetansebyggingstiltak blant ansatte*

*Det satses på kvalitetssikring og utvikling av praksistilbud via Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester innen følgende områder:*

- *Deltakelse i UiAs praksisutvalg*
- *Arrangering av oppstartsseminar for sykepleierstudenter som skal i praksis i kommunen*
- *Deltakelse i samarbeidsprosjekt mellom SSHF, UiA og Utviklingssenteret som utvikler nye og mer relevante praksisløp for sykepleierstudentene*

*Det er etablert et lederutviklingsprogram for ledere i Kristiansand kommunen. Programmet prioriteres av helse- og sosialsektoren.*

*Det gjennomføres eget opplæringsprogram for utdanning av helsefagarbeidere med ikke etnisk norsk bakgrunn i samarbeid med NAV og videregående skole. Programmet har oppstart av nye deltakere hvert 2. år. Det gis automatisk læreplass i sektoren til deltakere i dette programmet. Disse læreplassene er i tillegg til andre lærlingeplasser i kommunen.*

## **8. Allmennlegetjenester**

### *Bakgrunn*

Den reviderte fastlegeforskriften stiller tydeligere kvalitets- og funksjonskrav til alle deler av allmennlegetjenesten inklusive legevakt.

Kommunen har det overordnede ansvaret for at kravene innfris og samhandlingsreformen kommer på plass. Det medisinsk faglige ledelsesansvaret i kommunene og samarbeidet med fastlegene er sentrale virkemiddel for å nå målene for allmennlegetjenesten. Kommunenes engasjement for allmennmedisinsk videre- og etterutdanning, forskningsarbeid og kvalitetsutvikling er viktig for kunnskapsbasering av tjenestene. Organisering av den akuttmedisinske kjeden og legevakten er sentrale elementer i tjenestetilbudet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at fastlegene tar del i det individrettede forebyggende arbeidet.
- Personer som har risiko for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner bør henvises til oppfølging ved frisklivssentraler i kommunene som har dette tilbudet.
- Sikrer at leger i vakt er tilgjengelige i Nødnett.
- Utarbeider en plan sammen med fastlegene for iverksetting og implementering av den reviderte fastlegeforskriften.
- Styrker allmennlegetjenesten. Kommunene kan søke om rekrutteringstilskuddet for etablering av fastlegehjemler, eller for ansettelse av leger i rekrutteringssvake stillinger.
- Formaliserer og styrker samarbeidsarenaene med fastlegene. Gi føringer for elektronisk samhandling mellom fastlege, pasient og pleie og omsorg gjennom avtaleverket.
- Har en god styringsdialog med fastlegene og allmennlegetjenestene i kommunen. Kommunelegen kan vurderes å inngå i den helsefaglige ledelse av fastlegeordning og allmennlegetjenesten.
- Gjennomfører planer for realisering av elektroniske resepter.

- Bruker den eksisterende praksiskonsulentordningen i arbeidet med å bedre pasientløpene i samarbeid med helseforetakene.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Kontakten med fastlegene utvikles langs flere tiltak. Allmennlegeutvalget og lokalt samarbeidsutvalg er vel etablert og møtes regelmessig. Det er opprettet en egen side på kommunens nettside for fastlegene der alle referater fra disse møtene legges ut, i tillegg til annen informasjon fra kommuneadministrasjonen.*

*Det er etablert en arbeidsgruppe som utvikler samarbeidet mellom fastlegene og hjemmesykepleien.*

*I 2013 skal det arbeides med rullering av plan for legetjenesten i samarbeid med fastlegene. Dette arbeidet vil ta opp i seg behov utløst av samhandlingsreformens krav, ikke minst ny fastlegeforskrift med tilhørende avtaleverk. Forskriften stiller en rekke funksjons- og kvalitetskrav som fastlegene og kommunen må samarbeide om å ta i bruk og følge opp.*

*Det er for høsten 2013 planlagt en kursrekke rundt temaet «den nye legerollen» som del av arbeidet med rullering av plan for legetjenesten. Dette vil, om det fungerer etter hensikten, forlenges inn i 2014.*

*Det er igangsatt veiledning av allmennleger til spesialisering*

*Kommunen arbeider fortløpende med spørsmålet om økning av antall fastlegehjemler i samarbeid med fastlegene, og det er etablert 3 nye fastlegehjemler i 2012.*

*Etablering av både nytt nødnett og etablering av kommunal øyeblikkelig hjelp i løpet av 2013 stiller store krav til samarbeid med fastlegene og øvrige legevaktsleger.*

*E-resept er innført fra juni 2012.*

*I helsefremmingsplanen foreslås felles informasjon om frisklivssentralens tilbud og andre helsefremmende og forebyggende tiltak, blant annet for at det skal bli lettere for fastleger å vite hvor de kan henvise pasienter*

## **9. Omsorgstjenester**

### *Bakgrunn*

Omsorgsplan 2015 dekker hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av omsorgstjenesten uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Den har tre delplaner med tilhørende tiltak og satsinger: Demensplan 2015, Nevroplan 2015 og Kompetanseløftet 2015 (se pkt 3.1.7).

Omsorgsplan 2015 har utover dette en rekke tiltak og satsinger: forskning og fagutvikling, utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, investeringstilskudd, og aktiv omsorg/partnerskap med familie og lokalsamfunn.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Hesledirektoratet ber om at kommunene:

- Har framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunens planarbeid.
- Har fokus på strategier, målsettinger og tiltak i Omsorgsplan 2015. Dette omfatter blant annet fagutvikling og implementering av ny kunnskap. Her er fylkesnettverkene i regi av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester en viktig arena.

- Følger opp revidert Demensplan 2015, med spesielt fokus på: økt kapasitet i tilrettelagt dagaktivitetstilbud (egen tilskuddsordning), bedre informasjonstilbud, tilpassede boenheter, tilbud til pårørende og tiltak for å øke kunnskap og kompetanse om demens.
- Oppfyller kravet om at boenheter som bygges med tilskudd fra Husbanken skal ha universell utforming og være tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt.
- Følger opp satsingsområdene i Nevroplan 2015.
- Styrker det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom å stimulere til fysisk aktivitet, sunt kosthold og sosial og kulturelle aktiviteter, samt deltakelse i samfunnet.
- Kommunene skal særlig ha fokus på fall- og ulykkesforebygging, forebygging og behandling av underernæring, samt egenmestring hos brukere av omsorgstjenester, som omtalt i strategiene «Aktiv omsorg» og «Partnerskap med familie og lokalsamfunn».

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Pågående omstillingsprosess har sitt fundament utfra fremtidens omsorgsutfordringer og fire hovedlinjer i utfordringsbildet:*

1. Økt etterspørsel av tjenester
2. Endring i sykdomsbildet som stiller andre krav til koordinering og sammenheng i tjenestene.
3. Endring i demografi/økning i antall eldre og utfordringer i forhold til rekruttering og utvikling av nødvendig kompetanse.
4. Knapphet på ressurser

*Demens:*

*Etablert prosjekt for utprøving av demensteam som ivaretar både pårørendeskole og kartleggingsvirksomhet etter nasjonale retningslinjer. Tverrfaglig sammensatt team består av sykepleier i 100%, ergoterapeut i 60% og lege i 10% stilling.*

Kompetanseheving i alle institusjoner og soner i demensomsorgens ABC.

Det er i handlingsplan for 2013 vedtatt at det ved etablering av nye omsorgsboliger skal planlegges for mennesker med kognitiv svikt

Det jobbes med utvikling av dagsentrene til demente og det søkes om statlige midler til etablering av flere dagsenterplasser tilpasset demente.

*Hjerneslag:*

Gjennomført kartleggingsprosjekt av pasientforløpet til personer med hjerneslag på midler fra Nevroplan 2015. På bakgrunn av dette utarbeides det et anbefalt pasientforløp med fokus på det kommunale tilbudet. I 2013 gjennomføres prosjektet «Trygg og slagsterk» som prøver ut en modell for treningstilbud til personer med hjerneslag og deres pårørende. Treningstilbudet vil inneholde elementer av lærings- og mestringsvirksomhet.

*Kols og diabetes:*

Gjennom prosjektet Lokalmedisinske tjenester gjennomføres det interkommunale mestringskurs for personer med kols og for personer med diabetes type 2. Kursene legger stor vekt på å stimulere til fysisk aktivitet og rett kosthold, samt bidra til bedre kjennskap om hvordan den enkelte kan mestre sin sykdom. Kursene er et lavterskeltilbud.

*Forebyggingstiltak til eldre:*

«Aktiv hver dag»; i dette konseptet inngår det også informasjon og kurs i kosthold og ernæring og fallforebyggende arbeid i regi av fysioterapeuter i kommunen

Etablering av frisklivssentral og utprøving av forebyggende hjemmebesøk kan bidra til økt

## 10. Psykisk helse og rus

### *Bakgrunn*

De overordnede mål og verdigrunnlag fra Opptappingsplanene legges fortsatt til grunn for regjeringens politikk overfor kommunene, i tråd med Meld. St. 30 (2011 – 2012) Se meg! Det er viktig å opprettholde, videreutvikle og styrke kapasiteten innenfor både psykisk helsearbeid og rusarbeid. Tjenester av god kvalitet utvikles gjennom målrettet kompetansebygging og utvikling av kunnskapsbasert praksis. Fra og med 2013 er størsteparten av de øremerkede tilskuddene til kommunalt rusarbeid innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Gjennom veksten i kommuneøkonomien er kommunene satt i stand til å opprettholde og videreføre kompetansen som er opparbeidet gjennom tiltakene i Opptappingsplanen på rusfeltet, og å sikre videre drift av tiltak som har vist seg effektive. Dette er særlig viktig i lys av gradvis innføring av kommunal medfinansiering på psykisk helse- og rusfeltene.

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Opprettholder, videreutvikler og styrker kapasitet og kompetanse innen rusarbeid og psykisk helsearbeid ut fra lokale forhold, og bidrar til kartlegging av omfang og utfordringer innen fagfeltene.
- Bedre tilgjengelighet, tidlig intervensjon og styrking av kvalitet og innhold skal vektlegges.
- Ser innsatsen på fagfeltene psykisk helsearbeid og rusarbeid i et brukerperspektiv og i sammenheng med folkehelsearbeid, sikrer samhandlingen internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunene, bruker- og pårørende organisasjoner, frivillig sektor og andre aktører.
- Styrker tilbudet til barn og unge med sammensatte problemer gjennom godt koordinerte tjenester bygget på internt tverrfaglig samarbeid, samarbeid med fylkeskommunen om å forebygge «drop out» fra videregående skole og etablering av samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten.
- Vektlegging av lavterskeltilbud og oppsøkende tjenester.
- Styrker tilbudet til personer utsatt for vold/traumer, og har høy oppmerksomhet rettet mot rammede og berørte etter terrorhandlingene 22.juli.
- Øker innsatsen mot vold i nære relasjoner. Innsatsen kan styrkes ved til eksempel utarbeiding av kommunale handlingsplaner for arbeidet med vold i nære relasjoner.
- Sikrer nødvendige helsetjenester til innsatte i fengsel.
- Styrker tilbudet til eldre med psykiske problemer og/eller rusrelaterte problemer.

### **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

En del av disse områdene vil en sette særskilt fokus på i rullering av pågående planarbeid på rus- og psykisk helsefeltet

I forhold til omstillingsprosessen og ny organisasjon er nå alle tjenester på rus- og psykisk helse organisert under ett virksomhetsområde: Oppfølgingstjenester. Dette vil gi en bedre mulighet til å koordinere innsatsen på feltene.

Det vil være viktig å starte opp et systematisk arbeid med forberedelser til medfinansieringsordninger innenfor rus- og psykisk helse. Dette er varslet som ønsket fokus gjennom dialog med KS, Sørlandet Sykehus og kommunene i Knutepunkt Sørlandet

Drop out:

Dette arbeidet er også knyttet til oppvekstsektoren og deres satsing på FLIK (forskningsbasert læringsmiljø i skolen) og deltakelse i NY GIV- overgangsprosjekt. Fokus på overgang fra ungdomsskole til videregående skole for teorisvake elever.

Ungdomspakken ble politisk vedtatt i 2005 – det fordeles årlig kr. 3, 7 mill til en rekke tiltak som har som mål å redusere drop out.

Det er etablert fast samarbeid mellom oppfølgingstjenesten i videregående skoler (OT-tjenesten) NAV, barneverntjenesten og skolehelsetjenesten for å fange opp og følge opp elever som er i risiko for drop out.

Ungdomsprosjektsatsning i regi av NAV, rettet mot aldersgruppen 18-25 år

Innsats rettet mot metoder og tiltak som har effekt på å redusere «drop out» har høy prioritet i det tverrfaglige arbeidet.

Vold i nære relasjoner:

En har særskilt innsats rettet mot æresrelatert vold og tvangsekteskap, blant annet gjennom et 3- årig prosjekt finansiert av IMDI.

Kristiansand kommune har opparbeidet god kompetanse i arbeidet med unge utsatt for tvangsgifte, gjennom driften av et nasjonalt bosenter til denne målgruppen

Kristiansand kommune er vertskommune for det interkommunale samarbeidet om krisesentertilbud til kvinner og menn som er utsatt for vold i nære relasjoner. Faglig utviklingsarbeid med et hovedfokus på barn og forebygging av vold i nære relasjoner er prioritert i samarbeidet.

## **11. Habilitering og rehabilitering**

### *Bakgrunn*

Kommunene skal ha et tydeligere og større ansvar for habilitering og rehabilitering. Det innebærer blant annet økt kapasitet, større faglig bredde og god brukermedvirkning. Gjennom de økonomiske insentiver som ligger i reformen har kommunene nye muligheter til å prioritere habilitering og rehabilitering. De mindre kommunene oppfordres til å samhandle for å sikre nødvendig kompetanse og robuste tilbud. Pasienter og brukere som har et potensial i å forbedre sitt funksjonsnivå må få tilbud om målrettet rehabilitering.

Det er nødvendig med samhandling på tvers av fag og sektorer. Samhandling mellom helse og utdanning er særlig sentralt innen habiliteringstilbudet til barn og unge. Både kommuner og helseforetak skal ha synlige koordinerende enheter med god forankring og tydelige funksjonsbeskrivelser i tråd med nytt lovverk. Økt bruk av individuell plan og koordinator er fortsatt et nasjonalt mål, ref. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering, dok 3:11 (2011-2012).

### **Aktiviteter/satsningsområder i 2013**

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sikrer at koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering er etablert og at KE er synlig og godt forankret i organisasjonen.
- Avklarer ansvars- og oppgavefordeling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Arbeider for økt bruk av individuell plan (IP).
- Styrker habilitering- og rehabiliteringstilbudet, med særlig vekt på tilbudet til personer med kroniske sykdommer og tilstander.
- Sikrer at driftsavtaler med private fysioterapeuter tilpasses befolkningens behov for tjenesten.

## **Vurdering av status i Kristiansand kommune**

*Ansvaret for koordinerende enhet (KE) er underlagt virksomhetsområdet: Service og forvaltning. Det pågår arbeid med å reorganisere dette.*

*I plan for helsefremming er satsingen innenfor rehabilitering særskilt fokusert. Rehabilitering er et av sektorens viktigste satsingsområde i handlingsplanperioden. Det blir iverksatt prosjekt for hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune. Hverdagsrehabilitering er også et område for interkommunal satsning hvor det samarbeides om kompetanseheving, analyse og utvikling av kartleggingsverktøy og arbeidsmetodikk. Samtidig vil det arbeides med å heve kompetansen på hverdagsmestring/ helsefremmende forståelse i alle helse- og omsorgstjenester. Dette vil i første omgang gjelde enhet for bolig- og tjenestetildeling (EBT) og hjemmebaserte tjenester.*

*Kristiansand kommune benytter verktøyet Individuell plan i for liten grad. I helsefremmingsplanen anbefales det å vurdere økt bruk av individuell plan. Det er ikke satt i gang konkrete tiltak for å vurdere dette, men det er allerede et sentralt tema i rullering av Plan for psykisk helsearbeid og Rusmiddelpolitisk handlingsplan*

*Det er nylig etablert et prosjekt mellom Sørlandet sykehus og KnS kommuner for samarbeid omkring rehabilitering. I dette prosjektet vil rollen til privatpraktiserende fysioterapeuter være sentral. I dette prosjektet skal det også jobbes med driftsavtaler når det gjelder private fysioterapeuter og en har et ønske om å få til et mer strukturert og forutsigbart samarbeid, med særskilt vekt på tilbudet til kronikergruppene.*

*Med utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten er det et pågående arbeid hvor det ses på spesialisert rehabilitering innen ortopedi, nevrologi og gruppebaserte tilbud. Arbeidet vil ses i sammenheng med det nylig etablerte prosjektet, og man sørger for gjennomgående representasjon for å sikre dette.*

*Det er ved hjelp av tilskuddsmidler fra Kreftforeningen, etablert en funksjon som kreftkoordinator i Kristiansand. Det er stadig flere som overlever kreft og kreftkoordinatoren vil ha en sentral rolle innen kreftrehabilitering i kommunen.*

*Som nevnt tidligere gjennomføres det prosjekt for å få erfaringer med gruppebaserte tilbud tilknyttet diagnosegrupper. Dette gjelder «Trygg og slagsterk», et treningstilbud for brukere med hjerneslag samt «Kols og puls», et treningstilbud for brukere med kols og kurstilbud til brukere med kols og diabetes type 2.*

## **Hovedkonklusjon**

Ved en totalvurdering ser en at en i sektoren i hovedsak sikrer tiltak innenfor alle hovedområdene gjennom pågående omstillingsprosesser, vedtatt handlingsprogram 2013-2016, helsefremmingsplanen og inngåtte delavtaler mellom Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune. Når det gjelder rus- og psykisk helseområdet vil også elementer fra dette rundskrevet tas inn i pågående rulleringsarbeid av både Plan for psykisk helsearbeid og Rusmiddelpolitisk handlingsplan.

## **Sak 17/13: Tilsyn ved tre rusomsorgsinstitusjoner**



Arkivsak-dok. 201210529-8  
Saksbehandler Hilde Engenes

Saksgang  
Helse- og sosialstyret

Møtedato  
19.03.2013

## Tilsyn ved tre rusomsorgsinstitusjoner

### Sammendrag

I et helse- og sosialstyremøte i mai 2012, ble det stilt spørsmål om kommunen hadde gjennomført egne tilsyn ved de rusomsorgsinstitusjonene som Kristiansand benyttet. Tilsyn med disse institusjonene ble gjennomført i oktober 2012. Tilsynet ble ikke gjennomført etter noen spesiell metodikk, men man hadde lengre samtaler med de ansatte og med beboerne fra Kristiansand. Det ble tilbrakt en dag ved hver institusjon.

En rapport fra hvert av de 3 tilsynene ble utarbeidet og følger vedlagt som utrykt vedlegg. Vedleggene er unntatt offentlighet både av hensyn til samtalen med beboerne som er gjengitt i rapportene og som ved offentliggjøring kan være brudd på bestemmelsene om lovbestemt taushetsplikt. I tillegg er rapportene ikke skrevet med tanke på offentliggjøring, men må ses som et internt arbeidsdokument.

Forslag til vedtak

[Helse- og sosialstyret tar tilsynsrapportene til orientering.](#)

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

Hilde Engenes  
rådgiver

Trykt vedlegg: (Unntatt. Off. jfr. Offl. §§ 13, 14 og fvl. § 13)  
Tilsynsrapporter fra Filadelfia Omsorgssenter Landeskogen, Grubeli Rehabiliterings-senter og Rehabiliteringssenteret F16 –

## **Bakgrunn for saken**

Våren 2012 ble det presentert flere saker for helse- og sosialstyret som omhandlet rusomsorgen i kommunen. Det ble i denne sammenheng stilt spørsmål om kommunen hadde gjennomført egne tilsyn ved de rusomsorgsinstitusjonene som Kristiansand hadde avtale med. Helse- og sosialdirektøren besluttet derfor at det skulle gjennomføres tilsyn ved de 3 institusjonene som kommunen på dette tidspunktet benyttet. Tilsyn med Filadelfia Omsorgssenter Landeskogen, Rehabiliteringssenteret F16 på Lista og Grubeli Rehabiliterings-senter i Sirdal og, ble gjennomført i oktober 2012.

## **Hva er tilsyn**

Tilsyn er blitt en vanlig måte å undersøke om lover og forskrifter er overholdt. Dette er likevel bare ett av flere virkemidler for følge opp intensjonen i lovverket. Ved tilsyn ønsker man å undersøke om befolkningens behov for tjenester er ivaretatt og at tjenestene gjennomføres på en faglig forsvarlig måte. Man skal forsøke å forebygge svikt i tjenestene og se til at ressursene blir benyttet på en forsvarlig og effektiv måte.

Tidligere var det en egen forskrift hvor Fylkesmannen skulle gjennomføre 4 tilsyn pr. år med rusomsorgsinstitusjonene. Det skulle være 2 forhåndsannmeldte og 2 uannmeldte. Denne forskriften ble opphevet 2004. Det var dermed overlatt til Fylkesmannen om de selv ville gjennomføre slike såkalte stedlige tilsyn. I liten grad ble dette gjort, men derimot har det vært i større aktivitet på de såkalte systemrevisjonstilsynene. Her er fokus på å undersøke om det foreligger lovbrudd og man gjennomgår dokumenter og journaler og intervjuer en lang rekke personer i kommunens system. Fylkesmannen i Vest-Agder har hittil ikke gjennomført systemrevisjon ved institusjonene i vårt fylke. Derimot har tilsynene til Fylkesmannen rettet seg mot hvordan kommunene etterlever loven på rusfeltet. Kristiansand kommunen har ikke tidligere gjennomført systematiske tilsyn med omsorgsinstitusjonene.

## **Metodikk**

Sammen med revisjonsvarselet til institusjonene, ble sendt ut en beskrivelse hvordan tilsynet skulle gjennomføres og hvilke tema som ville bli undersøkt. Det ble orientert om at formålet med tilsynet er Kristiansand kommunes ønske om å oppfylle intensjonen i internkontrollforskriften der vi har ansvaret for at institusjonen er organisert og drives i samsvar med kravene i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Vi ønsket også å fokusere på om tilbudet ved institusjonen var i samsvar med forutsetningene som kommunen hadde lagt til grunn når det er fattet vedtak om garanti for oppholdet. Ikke minst var det viktig å undersøke hvordan beboerne selv var tilfreds med oppholdet og hva slags utbytte de mente å ha.

Det ble gjennomført en befarings på eiendommene og i lokalitetene.

Tilsynsrapportene er utformet mer som en beskrivelse av de hovedinntrykkene man satt igjen med, enn der en konkluderer med hva som evt. måtte være av brudd på regelverket. Rapportene er ment å bli benyttet i det interne kvalitetsarbeidet.

## **Hovedfunn**

Hovedfunnene er oppsummert i slutten av tilsynsrapportene. Kort beskrevet var vårt hovedinntrykk:

- Det ble ikke avdekket brudd på lov eller forskrift som må følges opp
- Litt lite fokus på å motivere beboerne til den kommende sykehusbehandlingen
- Beboerne var i hovedsak godt fornøyd med oppholdet, følte seg trygge og ivaretatt
- God samhandling og oppfølging med SOFOT
- Alle institusjonene bygger på kristne grunnverdier og har forkynnelse som en del av sitt formål

### **Hva Kristiansand kommune må følge opp**

Det ble avdekket at svært få av beboerne hadde individuell plan. For institusjonene var dette en mangel og vanskeliggjorde samarbeidet med hjemkommunene. Det var et sterkt ønske å formidle under tilsynet at arbeidet med individuell plan måtte intensiveres i forkant av institusjonsopphold.

Både beboere og institusjonene var kritiske til at det ikke arbeides godt og planlagt med bosituasjon i etterkant av oppholdene. I tillegg opplevde både beboere og institusjoner at når en person er rusfri blir det gitt tilbud om Ægirsvei som nødbolig. Med et slikt tilbud i et belastet miljø mente de det ville være små muligheter for personen å kunne holde seg rusfri særlig lenge.

Det ble uttrykt problemer med å få tak i saksbehandler på NAV, både beboere og ansatte fremholdt dette. Særlig var det problemer med avklaringer vedrørende økonomi. Det kunne også oppleves usikkerhet hvor lenge oppholdet ville vare og om det ble gitt videre garanti.

Denne våren vil revisjon av den rusmiddelpolitiske handlingsplanen starte opp. Det vil da være naturlig og nødvendig å vurdere hvordan kommunen kan forbedre seg på de områdene som fremkom under tilsynene.

# **Sak 18/13: Oppfølging av rapporten om tilskuddsregimet fra Kristiansand Revisjonsdistrikt - Kjøp av plasser ved private rusomsorgsinstitusjoner**

## **Vedlegg**

Vedtak FORMAN, 20032013, Sak 30/13, Oppfølging av rapporten om tilskuddsregimet for Kristiansand Revisjonsdistrikt  
- kjøp av plasser ved private rusomsorgsinstitusjoner



Arkivsak-dok. 201302411-2  
Saksbehandler Fredrik Dahl

Saksgang  
Helse- og sosialstyret  
Formannskapet

Møtedato  
19.03.2013  
20.03.2013

## **Oppfølging av rapporten om tilskuddsregimet fra Kristiansand Revisjonsdistrikt – Kjøp av plasser ved private rusomsorgsinstitusjoner**

### **Sammendrag:**

Høsten 2012 forelå i rapporten «Tilskuddsregimet, lokaldemokrati, offentlige anskaffelser, offentlig støtte og kryssubsidiering» fra Kristiansand revisjonsdistrikt IKS. Rapporten pekte på flere områder som var i strid med regelverket om offentlige anskaffelser og anbefalte en gjennomgang av tilskuddene til og samarbeid med frivillig sektor.

I denne sakens del 1 gjennomgås kort reglene for offentlige anskaffelser og aktuelle unntaksbestemmelser. Hvordan en skal skille mellom tilskudd og kjøp blir presentert.

Når kommunen tildeler midler til en ideell organisasjon uten krav til gjenytelse fra mottakeren, anses dette for å være uproblematisk i forhold til reglene om offentlige anskaffelser. Da er ytelsen å betrakte som et tilskudd og ikke et kjøp. Det er først når mottakeren yter en tjeneste/leveranse mot vederlag som utgjør en økonomisk fordel for kommunen, at anbudsreglene kommer til anvendelse. Det er dette som anses som et gjensidig bebyrdende forhold. Når kommunen tildeler midler til ideelle organisasjoner som betaling for tjenester som erstatter en kommunal tjenesteproduksjon, vil det som utgangspunkt alltid være en kontraktsmessig ytelse etter anskaffelsesreglementet.

I sakens del to beskrives det hvordan kommunen vil endre praksis ved kjøp av rusomsorgsplasser for å sikre at reglene om offentlige anskaffelser blir fulgt. For å sikre at de tjenestene som leveres gir best mulig kvalitet til en best mulig pris, anbefaler rådmannen å invitere både ideelle og kommersielle tilbydere til å delta i en konkurranse i tråd med lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

Kristiansand kommune har behov for omsorgsinstitusjonsplasser både i påvente av sykehusinnleggelse og i noen tilfeller som ettervern når behandlingen er avsluttet. Anbudsinnydelsen må avspeile de forskjellige behovene som kommunen ønsker å få dekket knyttet til brukernes ulike behov. I tillegg må kommunen kunne tilby et livssyns- og religionsnøytralt institusjonsopphold. Med det relativt beskjedne omfanget av institusjonsplasser som kommunen har behov for, vil det være en utfordring å ivareta de individuelle behovene til brukerguppen for én enkelt institusjon. Rådmannen anbefaler at det inngås avtale med et tilstrekkelig antall institusjoner for å sikre en variasjon i tilbudet som favner alle som har behov for institusjonsplass.

## Forslag til vedtak

- Prinsippene for skillet mellom tilskudd og kjøp som fremkommer i saken legges til grunn i det videre arbeidet med tilskudsforvaltningen.

Formannskapet gir sin tilslutning til de prinsipper for anskaffelse av rusomsorgsplasser som er fremlagt i saksutredningen:

- Det utlyses en anbudskonkurranse for både kommersielle aktører og ideelle organisasjoner.
- Det inngås avtale med et tilstrekkelig antall institusjoner for å sikre en variasjon i tilbudet som favner alle som har behov for institusjonsplass.

Tor Sommerseth  
rådmann

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

## Bakgrunn for saken

Rådmannen anmodet våren 2012 kontrollutvalget om å foreta en gjennomgang av kommunens tilskuddsordninger og faste støtteordninger til private og ideelle organisasjoner. Kristiansand revisjonsdistrikt IKS gjennomførte arbeidet etter oppdraget fra kontrollutvalget. Resultatet forelå i rapporten «Tilskuddsregimet, lokaldemokrati, offentlige anskaffelser, offentlig støtte og kryssubsidiering». I rapporten ble det påpekt at det var grunn til å endre praksis på flere områder for å få tildelingene i samsvar med lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

I revisjonsrapporten stilles det spørsmål både ved praktiseringen av dagens tilskuddsordninger og bevisstheten omkring reglene om offentlige anskaffelser. I rapporten gis det to konkrete anbefalinger:

1. Tilskudd som i dag gis over egen post i budsjettet, hvor ikke spesielle hensyn taler for videreføring av dagens praksis, bør overføres til kommunale tilskuddsordninger.
2. Helse- og sosialsektorens tilskudd til og samarbeid med frivillig sektor gjennomgås med utgangspunkt i lov og forskrift om offentlige anskaffelser, lov om offentlig støtte og regelverk mot kryssubsidiering.

Bystyret behandlet i møte 16.01.13 revisjonsrapporten og fattet følgende vedtak:

1. Bystyret tar forvaltningsrapport «Tilskuddsregimet i Kristiansand kommune» til etterretning og ber rådmannen gi kontrollutvalget tilbakemelding om hvordan rapporten blir fulgt opp innen 30. mai 2013.
2. Bystyret viderefører dagens ordning med egne poster på budsjettet. Parallelt med dette informeres det på kommunens hjemmeside og i media om en administrativ søknadsfrist ifbm budsjettprosessen innen en fast dato hvert år. Bystyret ber derfor om at det må opprettes en frivillighetsportal hvor all informasjon om tilskuddsordninger samt søknadsskjema finnes.

Rådmannen har startet arbeidet med oppfølging av rapporten og bystyrets vedtak. Denne saken omhandler punkt 2 i revisjonsrapportens anbefaling. Alle økonomiske overføringer til ideelle organisasjoner i helse- og sosialsektoren er gjennomgått. Den viser at det er særlig innenfor kjøp av plasser ved private rusinstitusjoner det er behov for tilpasninger for å sikre at lov og forskrift følges.

I denne saken gjennomgås prinsippene for å definere hva som er et tilskudd og hva som er et kjøp. De ulike alternativene for gjennomføringen av en anskaffelse hvor både ideelle og kommersielle tilbydere er aktuelle blir også gjennomgått. Det gis en vurdering og anbefaling til hvordan en konkurranse innenfor rusomsorgsplasser bør gjennomføres. Det legges opp til at dette arbeidet startes opp umiddelbart etter den politiske behandlingen slik at en kan sikre at disse kjøpene gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk.

Del 1: Regler for offentlige anskaffelser og skillet mellom tilskudd og kjøp

### **Kort om reglene for offentlige anskaffelser**

Lov om offentlige anskaffelser (LOA) kommer til anvendelse der det foreligger en gjensidig bebyrdende avtale mellom en offentlig oppdragsgiver og en leverandør om anskaffelse eller levering av varer eller tjenester. Lovens formålsbestemmelse viser bl.a. til at man skal sikre mest mulig effektiv ressursbruk basert på forretningsmessighet, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og likebehandling. Samt at det offentlige skal opptre med stor integritet slik at allmennheten skal ha tillit til at anskaffelser skjer på en samfunnstjenlig måte. Man skal altså sikre at det offentlige foretar kostnadseffektive anskaffelser basert på likebehandling.

I forskrift om offentlige anskaffelser (FOA) gis det konkrete bestemmelser for gjennomføring av anskaffelser. Det gjelder ulike regler avhengig av anskaffelsens verdi. Ved beregning av verdien skal hele anskaffelsens verdi i hele avtaleperioden legges til grunn. Hovedregelen og utgangspunktet er at for anskaffelser opp til en verdi på 500 000 kr er det loven og forskriftens del I som gjelder. For anskaffelser med verdi mellom 500 000 og 1.6 mill kr gjelder i tillegg forskriftens del II. For kjøp over 1.6 mill kr gjelder forskriftens del I og III.

FOA del I inneholder generelle regler og vil alltid gjelde uansett anskaffelsens verdi og hva slags anskaffelse det dreier seg om. Det har vært vanlig å omtale anskaffelser som kun følger del I som «direkteanskaffelser». Dette er imidlertid misvisende, da det følger av regelverket og praksis at man ikke kan anskaffe noe direkte fra en leverandør uten konkurranse. Selv om del I ikke har like detaljerte regler om prosedyrene ved anskaffelsen som del II og III, må de grunnleggende reglene følges. Dette innebærer at det så langt det lar seg gjøre skal holdes konkurranse, god forretningskikk må følges, aktuelle leverandører må likebehandles og oppdragsgiver må sikre forutsigbarhet, transparens og etterprøvnbarhet. Det skal føres protokoll over alle anskaffelser til en verdi av mer enn kr. 100.000,-.

FOA del II og III inneholder mer detaljerte regler om prosedyrene for anskaffelsen. Det er regler om hvordan anskaffelsen skal kungjøres, hvilke krav som kan stilles til leverandørene og til tilbudet, hvordan tilbud skal inngis, og hvordan tilbudene skal vurderes i forhold til hverandre. Det er også regler om hvilke konkurranseformer som kan anvendes. Del II gir anledning til noe mer fleksible konkurranseformer enn del III.

#### **Unntaksbestemmelser for uprioriterte tjenester**

For uprioriterte tjenester kan man benytte del I og del II selv om den anslåtte verdi overstiger terskelverdiene på 1.6 mill. jf. FOA § 2-1 (5). Det gjelder imidlertid i tillegg regler om tekniske spesifikasjoner og kunngjøring av konkurranseresultat tilsvarende anskaffelser etter del III. Helse- og sosialtjenester er et eksempel på såkalte «uprioriterte» tjenester.

#### **Unntaksbestemmelser for ideelle organisasjoner, hva innebærer dette?**

Det er videre unntak for enkelte anskaffelser fra ideelle organisasjoner. Det følger av FOA § 21-(3) at

*(3) For kontrakter om utførelse av helse- og sosialtjenester med en ideell organisasjon er oppdragsgiver ikke forpliktet til å følge reglene i forskriftens del II eller III. Dersom kontrakten likevel overstiger terskelverdiene angitt i § 2-2, (terskelverdiene) gjelder § 17-3 (krav til ytelsen og tekniske spesifikasjoner) og § 18-4 (kunngjøring av konkurranseresultater).*

En anskaffelse fra ideelle organisasjoner etter del I innebærer i utgangspunktet at det er nok at oppdragsgiver følger de grunnleggende kravene som blir stilt til alle anskaffelser. Forskriftens del I stiller få formkrav til konkurransen. Men det er viktig at kravene i loven og forskriftens del I følges og at det gjennomføres en reell konkurranse mellom de tilbyderne som deltar. Det vises her til bestemmelsen i LOA § 5 om begrensning av konkurransen hvor det bl.a. heter at:

*Utvelgelse av kvalifiserte anbydere og tildeling av kontrakter skal skje på grunnlag av objektive og ikke-diskriminerende kriterier.*

Når det konkret gjelder anskaffelse av helse- og sosialtjenester fra ideelle organisasjoner etter del I, følger det av en avgjørelse fra KOFA (2005/180) at man ikke kan plukke ut enkelte leverandører som får gi tilbud, men må sørge for en bredere offentliggjøring av anskaffelsen. Avgjørelsen sier at det skal legges til rette for konkurranse ved tildeling av kontrakter mellom potensielle tilbydere. Offentliggjøring av konkurranser må være slik at dette kravet ivaretas.

Det er anledning til å begrense konkurransen til ideelle organisasjoner og gjennomføre konkurranse etter både forskriftens del I og II. Dette stiller større krav til gjennomføringen av konkurransen i form og innhold. Det vil eksempelvis være krav om å stille kvalifikasjonskrav til tilbyderne. Prosedyrereglene i del II er et hjelpemiddel for å kvalitetssikre konkurransen.

## **Hvordan skille mellom tilskudd og kjøp**

Når kommunen tildeler midler til en ideell organisasjon uten krav til gjenytelse fra mottakeren, anses dette for å være uproblematisk i forhold til reglene om offentlige anskaffelser. Da er ytelsen å betrakte som et tilskudd og ikke et kjøp. Det er først når mottakeren yter en tjeneste/leveranse mot vederlag som utgjør en økonomisk fordel for kommunen, at anbudsreglene kommer til anvendelse. Det er dette som ovenfor kalles en gjensidig bebyrdende avtale og defineres som et kjøp. Når kommunen tildeler midler til ideelle organisasjoner som betaling for tjenester som erstatter en kommunal tjenesteproduksjon, vil det som utgangspunkt alltid være en kontraktsmessig ytelse etter anskaffelsesreglementet. Dette er i motsetning til tjenester som supplerer eller kommer i tillegg til det kommunen selv utfører. Står vi overfor en lovpålagt tjeneste, vil dette erstatte det som kommunen ellers ville være forpliktet til å yte. Altså vil dette pr. definisjon være en kontrakt hvor man derfor må forholde seg til anskaffelsesreglene.

Grensen mellom tilskudd og kjøp kan i noen sammenhenger være vanskelig å trekke. Alle tilskudd og avtaler som innebærer økonomiske overføringer fra helse- og sosialsektoren til ideelle organisasjoner, er derfor gjennomgått i tråd med revisjonens anbefalinger for å finne ut og det likevel kunne innebære et kjøp. I tillegg til kjøp av plasser på private omsorgsinstitusjoner for rusmiddelavhengige, fant en at et mindre antall avtaler med private organisasjoner i realiteten er et kjøp, og der vil anskaffelsene vil vurderes på nytt opp mot lov og forskrift om offentlig anskaffelser.

## **Del 2: Kjøp av rusomsorgsplasser**

### **Dagens bruk av private omsorgsinstitusjonsplasser**

Det kan være flere årsaker til at kommunen benytter private omsorgsinstitusjonsplasser. I helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det at den rusmiddelavhengige skal tilbys en tjeneste som er individuelt tilrettelagt den enkeltes behov. En plass i en omsorgsinstitusjon er et av flere alternativer som ledd i behandlingen.

Kommunens forpliktelser overfor rusmiddelavhengige er bl.a. regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. I lovens § 3-1 annet ledd slås det fast at kommunen har ansvaret for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Vider heter det i § 3-2 at for å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby plass i institusjon, jf. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Med institusjon her menes bl.a. institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Det er således ingen tvil om at kjøp av plasser på institusjon for rusmiddelavhengige er en lovpålagt tjeneste som er regulert i reglene om offentlige anskaffelser.

Bruk av institusjonsplasser kan i utgangspunktet inndeles i 2 områder: Innleggelse etter henvisning til behandling i spesialisthelsetjenesten og i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven. I denne situasjonen vil pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp bli innlagt til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enten på sykehus eller i en institusjon godkjent av sykehuset. Ventetiden for slik behandling fastsettes individuelt, bl.a. ut i fra hvor alvorlig helsesituasjonen er for pasienten. Til tross for at ventetiden vil kunne være avhengig av kapasiteten på sykehuset, er det kommunen som har ansvaret for å gi forsvarlig oppfølging i påvente av behandling fra spesialisthelsetjenesten. I enkelte situasjoner hvor det er alvorlig avhengighetsproblematikk, vil man etter en faglig individuell vurdering, komme frem til at det rette tilbudet er et midlertidig opphold i en omsorgsinstitusjon. Her vil personen kunne bli tatt vare på og gis omsorg og trygghet i ventetiden.

Etter at pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, vil behovet for ettervern kunne være stort. Der man vurderer at oppfølgingen og tiltakene som kommunen har å tilby ikke anses som tilstrekkelig forsvarlige, kan et påfølgende opphold i en omsorgsinstitusjon være et faglig riktig tiltak.

Opphold i omsorgsinstitusjoner blir i dag ivaretatt av ideelle organisasjoner, kommunen har ikke selv slike plasser. Arbeidet med rullering av rusmiddelpolitiskhandlingsplan skal påbegynnes denne våren. Fra administrasjonens side er det ikke en aktuell problemstilling å vurdere om en skal opprette en egen kommunal omsorgsinstitusjon.

I dag er det 3 omsorgsinstitusjoner som benyttes av Kristiansand kommune: Filadelfia omsorgssenter Landeskogen i Bygland, Stiftelsen F16 på Lista og Grubeli Rehabiliteringssenter i Sirdal.

De siste 3 årene har kommunen årlig benyttet omsorgsinstitusjonene for mellom 50 og 60 rusmiddelavhengige, som tilsvarer mellom 4500 og 6000 liggedøgn. For disse plasseringene betaler kommunen opp mot 5 mill kr pr. år.

### **Hvor bredt skal man gå ut i anbudskonkurransen?**

Unntaksbestemmelsene knyttet til uprioriterte tjenester og kjøp fra ideelle organisasjoner, gir kommunen frihet til å gjennomføre konkurransen på flere måter. Et prinsipielt spørsmål man må ta stilling til er hvor bredt man skal gå ut med en anbudsinnbydelse. Det er her 3 mulige modeller:

1. Det utlyses en anbudskonkurrans for både kommersielle aktører og ideelle organisasjoner etter reglene i FOA del I og II.
2. Det utlyses en anbudskonkurrans begrenset til ideelle organisasjoner, jf. LOA § 2-1 punkt 3 og 5 etter reglene i FOA I og II.
3. Det gjennomføres en konkurranse mellom ideelle organisasjoner, jf. LOA § 2-1 punkt 3 og 5 etter reglene i FOA del I. Etter disse bestemmelsene trenger konkurransen ikke offentliggjøres i Doffin (den nasjonale portalen for offentlige anskaffelser i Norge).

På grunnlag av kvalitetsmessige og faglige argumenter, kan en i alle overnevnte alternativer begrense konkurransen gjennom kvalifikasjonskrav eller tildelingskrav. Det betyr for eksempel at dersom det er av stor betydning for kvaliteten på tjenesten at omsorgsplassene ligger i regionen, så kan dette inngå som en forutsetning for å delta i konkurransen.

Rådmannen mener det bør være et bredest mulig grunnlag å velge ut i fra, for å sikre at de tjenestene som leveres gir best mulig kvalitet til en best mulig pris. Alternativ 1 som omfatter at både kommersielle og ideelle organisasjoner får anledning til å levere inn tilbud, bidrar best til dette. Dersom en velger å begrense konkurransen til ideelle organisasjoner, anbefaler rådmannen at det likevel gjennomføres konkurranse etter reglene i FOA I og II (Alternativ 2).. Dette sikrer best en reell konkurranse og likestilling av tilbyderne i markedet, og det gir kommunen gode verktøy for forsvarlig saksbehandling.

### **Hva skal anbudskonkurransen omfatte**

Kristiansand kommune har behov for omsorgsinstitusjonsplasser både i påvente av sykehusinnleggelse og i noen tilfeller som ettervern når behandlingen er avsluttet. Erfaringsmessig vet vi at den pasientgruppen som skal ha tverrfaglig spesialisert behandling har forskjellige behov som skal ivaretas før innleggelse. Det kan være mennesker med både rus og psykiske tilleggs lidelser, unge mennesker med ADHD-problematikk eller tunge misbrukere med en lang ruskarriere. Man må ha et tilbud til begge kjønn, det må være muligheter for mennesker både med LAR og som har behov for annen medikamentell behandling. Anbudsinnbydelsen må derfor avspeile de forskjellige behovene som kommunen ønsker å få dekket. I tillegg må kommunen kunne tilby et livssyns- og religionsnøytralt

institusjonsopphold (jf. Kvalitetsforskriften og FN's internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter). Med det relativt beskjedne omfanget av institusjonsplasser som kommunen har behov for, vil det være en utfordring å ivareta de individuelle behovene til brukergruppen for én enkelt institusjon. Rådmannen anbefaler at det inngås avtale med et tilstrekkelig antall institusjoner for å sikre en variasjon i tilbudet som favner alle som har behov for institusjonsplass.

I tillegg kan det som nevnt være behov for plasser til ettervern.

### **Kjøp av plasser eller betaling for beredskap til å motta brukere**

Det er 2 prinsipper for å inngå avtale med en organisasjon: 1. Betale en avtalt pris for den faktiske bruken pr. plasser når behovet melder seg eller 2. Betale et grunnbeløp for at institusjonen til enhver tid skal ha et visst antall plasser i beredskap og i tillegg en avtalt døgnpris.

Rådmannen er av den oppfatning at det bør inngås avtale hvor det sikres at tilbyderne har et visst antall plasser i beredskap for å ivareta variasjon i behov. Dette kan ivaretas av både punkt 1 og 2 ovenfor. Dette vil gi en større forutsigbarhet for institusjonen for bl.a. å kunne ha kontinuitet i driften og ha fagpersoner tilgjengelig over tid. I tillegg vil kommunen ha trygghet for at plasser er til disposisjon når behovet melder seg.

### **Økonomisk ramme**

Kommunen har for 2013 avsatt inntil 5 mill kr for bruk av omsorgsinstitusjonsplasser.

### **Konsekvenser ved konkurranseutsetting og inngåelse av kontrakt**

Poenget med å legge tjenester ut på anbud er at kommunen skal få best mulige kvalitet til best mulig pris. Så godt som alle omsorgsinstitusjonsplasseringer fra Kristiansand blir i dag foretatt til 3 institusjoner. Ved å utlyse et anbud vil det også kunne komme andre og flere tilbydere. Konsekvensen kan dermed bli at en eller flere av de institusjonene vi i dag benytter ikke vil oppnå kontrakt med kommunen.

### **Fremdriftsplan**

Parallelt med denne saken er det gått ut et brev til de 3 institusjonene kommunen i dag benytter og har avtale med, for å gi en orientering om hvilke planer kommunen har. I første omgang vil vi innby til et orienteringsmøte (21. mars). En følge av konkurranseutsetting er at dagens avtaler sies opp.

Utover våren vil det bli avholdet møter med bruker- og pårørendeorganisasjoner og andre som eventuelt måtte bli berørt av at tjenesten skal ut på anbud. Vi er avhengig av å ha et godt samarbeid slik at alle viktige elementer for å få en best mulig tjeneste kan innarbeides i konkurransen. Vi tar sikte på at anbudskonkurransen kan utlyses høsten 2013.