

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2007-2011) d. 18-08-2009

Mødedato Tirsdag d. 18. august 2009 kl. 14:00

Mødested Rådhuset

Indholdsfortegnelse

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 2. juni 2009 til godkjenning.....	3
Konkurransetsetting av hjemmetjenesten.....	9
Høring - Ny nasjonal retningslinje for LAR samt forskrift.....	15
Opprettelse av nye legehjemler - delegasjon av myndighet til rådmannen.....	26
Resultater fra kartlegging av bostedsløse i Norge 2008.....	30
Bosetting av flyktninger i Kristiansand kommune i 2009.....	35
Kartlegging av radongass i bygninger - orienteringssak.....	41

Punkt 31/09: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 2. juni 2009 til godkjenning



Dato: 30.07.08
Saksnr.: 200900122-23
Arkivkode E: 033
Saksbehandler: Carol Reinertsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
18.08.2009

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 2. juni 2009 til godkjenning

Forslag til vedtak:

1. Heles- og sosialstyrets protokoll fra møtet 2. juni 2009 godkjennes

Geir Sandvik
leder

Carol Reinertsen
Politisk sekretær

Trykte vedlegg: helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 2. juni 2009

HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

Helse- og sosialdirektøren



PROTOKOLL - Helse- og sosialstyret

Dato: 02. juni 2009
Sted: Møterom Tollbodgt. 14
Behandlede saker: 26/09 – 30/09
Møtets varighet: 08.30 – kl. 10.00
Møteleder: Geir Sandvik

Til stede:

Geir Sandvik, (KRF)
Björg Stray, (KRF)
Kari Henriksen, (AP)
Eirik Dåstøl Langeland, (AP)
Halvor Hulaas, (FRP)
Salve Reinhardt, (H)
Tor Johan Mathisen, (H)
Wencke Refsnes, (PP)
Sissel Mosby Nilsen, (SV)

Til stede fra administrasjonen:

Elisabeth Engemyr, rådgiver
Arild Rekve, rådgiver
Janne Brunborg, rådgiver
Tove Merethe L. Næss, rådgiver
Kristin Skjelbred, rådgiver
Carol Reinertsen, politisk sekretær

Dessuten møtte:

Riitta Lisa Koskela, Fagforbundet
Grete Sædberg, NSF

Utdelt i møtet:

* Eldrerådets uttalelse til sak 28/09 1. tertialrapport 2009 helse- og sosialsektoren

**26/09 HELSE- OG SOSIALSTYRETS PROTOKOLL FRA MØTET 12. MAI TIL
GODKJENNING**

VEDTAK:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 12. mai godkjennes.

(Enst.)

**27/09 INTERPELLASJON FRA REPR. HALVOR HULAAS, FRP, VEDRØRENDE ET
ATTRAKTIVT UTELIV I SØRLANDETS HOVEDSTAD.**

VEDTAK:

1. Forskrift om skjenketider i Kristiansand endres ikke.
2. Skjenketider for alkoholholdig drikk med inntil 22 volumprosent alkohol skal være fra kl. 09.00 – kl. 02.00, og skjenketider for alkoholholdig drikk over 22 volumprosent alkohol skal være fra kl. 13.00 – kl. 02.00 i inneværende bystyreperiode.

(6-3)

Forslag:

Halvor Hulaas FRP opprettholdt interpellasjonen presentert i bystyrets møte 22.04.09:

”Et attraktivt uteliv i Sørlandets hovedstad
Kristiansand er en av Norges største byer med 80 000 innbyggere. I Sørlandets hovedstad er det naturlig å ha et aktivt uteliv ved å legge forholdene til rette for turister og fastboende som vil benytte seg av byens utesteder og restauranter.

Uteliv og kulturliv henger tett sammen, og er i mange tilfeller samme sak. På sommeren preger turister, festivaler, arrangementer og varme kvelder i stor grad vår by. I denne perioden – i noen få uker – bør det kunne serveres øl og vin frem til kl 03.00 på byens godkjente serveringssteder.

Det er muligens delte meninger om når på sommeren en midlertidig utvidet skjenketid vil være mest attraktiv for publikum. Vi antar at en times utvidet øl- og vinservering vil være aktuelt i perioden f.o.m. 26. juni t.o.m. 9. august 2009 (ca 6 uker). Dette vil medføre et tillegg til punkt 1a i ”Forskrift om skjenketider” for Kristiansand kommune som omhandler øl og vin.

Vi mener en times utvidelse av skjenketiden vil øke ivaretagelsen av publikums interesser i den travleste sommer- og ferietiden, samt øke tilretteleggingen for kultur- og utelivsbedriftene samt sommerfestivalene i Kristiansand.

Det synes klart, etter henvendelser til Helse- og Omsorgsdepartementet og til Helsedirektoratet, at regjeringens varslede endring av nasjonale retningslinjer om skjenkestopp kl 0200 ikke vil tre i kraft innen sommeren 2009.

Spørsmål til ordføreren:

- Hva er ordføreren innstilling til en times utvidet alkoholserving som skissert over, for byens befolkning og serveringssteder sommeren 2009?"

Votering:

Ved alternativ votering mellom administrasjonens innstilling og Halvor Hulaas FRPs forslag, ble administrasjonens innstilling vedtatt med 6 mot 3 (FRP, H) stemmer.

28/09 1. TERTIALRAPPORT 2009 HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

VEDTAK:

1. Helse- og sosialstyret tar den fremlagte saken til orientering.
2. Helse- og sosialstyret ber om en sak om heltidsprosjektet, sykefravær og kvalitet
i tjenesten snarest mulig etter sommerferien.
3. Saken sendes til bystyret.

Forslag:

Eldrerådets uttalelse ble referert.

Helse- og sosialstyret fremmet fellesforslag:

1. Helse- og sosialstyret tar den fremlagte saken til orientering.
2. Helse- og sosialstyret ber om en sak om heltidsprosjektet, sykefravær og kvalitet
i tjenesten snarest mulig etter sommerferien.
3. Saken sendes til bystyret.

Votering:

Ved alternativ votering mellom administrasjonens innstilling og helse- og sosialstyrets fellesforslag, ble helse- og sosialstyrets fellesforslag enstemmig vedtatt.

29/09 VALG AV NYE STYREMEDLEMMER - STIFTELSEN GREVINDE TRAMPES LEGAT

VEDTAK:

1. Helse- og sosialstyret innstiller til valgkomiteen på at Hanne-Eva Müller og Ole Rivelsrud går inn i styret for Grevinde Trampes legat til erstatning for Gro Hamre og Jaqueline Smith.
2. Det foreslås at styret for Grevinde Trampes legat vurderer spørsmålet om kommunens fortsatte engasjement i legatet.

Helse- og sosialstyret anmoder det nye styret i legatet om å innta i nye statutter følgende: Ved en eventuell oppløsning av legatet Grevinde Trampes Sjømannshjem skal eiendommen tilfalle Kristiansand kommune.
(Enst.)

Forslag:

Halvor Hulaas FRP fremmet følgende forslag til nytt pkt. 3:

”Helse- og sosialstyret anmoder det nye styret i legatet om å innta i nye statutter følgende: Ved en eventuell oppløsning av legatet Grevinde Trampes Sjømannshjem skal eiendommen tilfalle Kristiansand kommune.”

Voteringer:

Administrasjonens innstilling: enstemmig vedtatt.

Halvor Hulaas FRPs forslag nytt pkt. 3: enstemmig vedtatt.

30/09

VEDTEKTER OM UNNTAK FRA LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT - SAMARBEIDSPROSJEKT MELLOM SØRLANDET SYKEHUS HF VED UNGDOMSKLINIKKEN OG KRISTIANSAND KOMMUNE VED BARNEVERNVAKTEN**VEDTAK:**

1. I medhold av barnevernloven § 2-4, tredje ledd, andre punktum fastsettes Forskrift om vedtekter for forsøksprosjektet Tverretatlig akuttjeneste for barn og unge i Kristiansand kommune.
2. Realiseringen av dette prosjektet ut over prosjektperioden er avhengig av varige endringer i lovgivningen. Det tas derfor inn i arbeidet med prosjektet hva som må til for å få dette til. Målsettingen må være at dette på sikt blir en lovlig måte å samarbeide mellom tjenestene på.

(Enst.)

Forslag:

Kari Henriksen AP fremmet forslag til nytt pkt. 2:

”Realiseringen av dette prosjektet ut over prosjektperioden er avhengig av varige endringer i lovgivningen. Det tas derfor inn i arbeidet med prosjektet hva som må til for å få dette til. Målsettingen må være at dette på sikt blir en lovlig måte å samarbeide mellom tjenestene på.”

Voteringer:

Administrasjonens innstilling: enstemmig vedtatt.

Kari Henriksen APs forslag nytt pkt. 2: enstemmig vedtatt.

ÅPEN RUNDETor Mathiesen:

Orienterende om Eldrerådets uttalelse vedr. sak 28/09.

Arild Rekve:

Orienterende om beredskapsplanen ved en eventuelt pandemi.

Kristiansand, 2. juni 2009

Geir Sandvik

leder
(sign.)

Carol Reinertsen
politisk sekretær

Punkt 32/09: Konkurransetsetting av hjemmetjenesten

Bilag

Saksprotokoll

Saksprotokoll

sak 156 hør debatten

Uttalelse konkurranseutsetting av hjemmetjenesten



Dato: 12.07.09
Saksnr.: 200903174-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Arild Rekve

ADMINISTRATIV SAK

Saksgang

Helse- og sosialstyret

Møtedato

18.08.2009

Konkurransesutsetting av hjemmetjenesten. Oversendelsesforslag

Sammendrag:

Bystyret har vedtatt følgende oversendelsesforslag 14.01.09:

”Det vurderes om hjemmehjelpstjenesten legges ut på anbud. Ulike løsninger vurderes.”

Kristiansand kommune har gjennomført 2 runder om konkurranseutsetting. Begge runder har medført fortsatt kommunal drift.

Det ligger til rette for konkurranseutsetting i Kristiansand i og med at forutsetningen for dette er oppfylt gjennom Kristiansandsmodellen med EBT som forvalter og innsatsstyrt finansiering som finansieringsmåte. I tillegg antas det å være et tilstrekkelig marked med mulige til-bydere. Volumet hjemmehjelp er så pass stort at det skulle være interessant markeds-messig. I Oslo antas det er ca 25 % av brukerne som får tilbud om det, velger privat løsning. Hvis det blir vedtak om konkurranseutsetting, vil brukervalg for hele kommunen være den mest aktuelle løsningen.

Ut fra det vi kjenner til av prising i markedet og det vi vet om kostnadsnivået i sammenlignbare byer/kommuner, har vi all grunn til å fastslå at Kristiansand kommune driver hjemmehjelpstjenesten meget kostnadseffektivt. Helse- og sosialdirektøren vurderer det som meget lite sannsynlig at det er noe å hente økonomisk for Kristiansand kommune ved konkurranseutsetting.

Omkostningene ved selve konkurranseutsettingsprosessen er betydelige. Den største administrative kostnaden er likevel drift med nye rutiner, omfattende informasjonsbehov og løpende kontroll.

En annen ulempe er at private aktører medfører en komplisert samhandling mellom EBT og sonene for brukere som også har behov for andre tjenester enn praktisk bistand.

Ut fra en helhetsvurdering som går på at de administrative ressurser som er tilgjengelige nå ikke vil være tilstrekkelige for å gjennomføre og drifte konkurranseutsetting av praktisk bistand/-hjemmehjelp, samt at det antas at dette ikke vil gi økonomisk gevinst, men heller øke de administrative omkostningene, anbefaler helse- og sosialdirektøren at konkurranse-utsetting av hjemmehjelp ikke gjennomføres.

[Forslag til vedtak:](#)

[Konkurransesutsetting av hjemmetjenesten gjennomføres ikke.](#)

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Arild Rekve
rådgiver

Bakgrunn for saken :

Bystyret vedtok 14.1.09 i forbindelse med sak om forvaltningsrevisjon "Kvalitet for hjemmetjenesten" følgende oversendelsesforslag:

"Det vurderes om hjemmehjelpstjenesten legges ut på anbud. Ulike løsninger vurderes."

Tidligere relevante vedtak.

Vedtak kommunalutvalget 3.2.04 sak 2/04:

Anbudskonkurransen om drift av Indre Vågsbygd omsorgstjeneste avlyses.

Vedtak helse- og sosialstyret 16.12.04 sak 67/04:

Ordningen med friere brukervalg innføres ikke i omsorgstjenestene.

Hva er hjemmehjelpstjenesten?

Praktisk bistand er en fellesbetegnelse for hjemmehjelps- og husmorvikartjenester og annen hjelpevirksomhet for eldre, funksjonshemmede og andre personer som trenger slik hjelp. Formålet er å yte hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen.

Praktisk bistand utføres av ansatte ved de 13 omsorgsenhetene i helse- og sosialsektoren. Enhetene har fra ett til tre sonekontor. I alt 19 sonekontor.

Enhet for Behovsvurdering og tjenestetildeling (EBT - Boligtjenesten) fatter vedtaket og tildeler tjenesten praktisk bistand.

Ulike løsninger for konkurranseutsetting.

- * Konkurranseutsetting av hjemmehjelpstjenesten i hele kommunen
- * Konkurranseutsetting av hjemmehjelpstjenesten i en sone (anbud/privat leverandør i en sone)
- * Konkurranseutsetting av hjemmehjelpstjenesten i en sone, men leverandøren kan og velges av bruker i andre soner
- * Fritt brukervalg av hjemmehjelpstjenesten i en eller flere soner (flere leverandører i disse sonene)
- * Fritt brukervalg av hjemmehjelpstjenesten i hele kommunen (flere leverandører i hele kommunen)
- * Benchmarking og målestokkonkurranse

Konkurranseutsetting.

Offentlig tjenesteproduksjon kan eksponeres for konkurranse gjennom å arrangere en anbudskonkurranse. I en anbudskonkurranse gis private aktører og offentlige virksomheter muligheten til å komme med tilbud på produksjonen av tjenesten. Ved konkurranseutsetting skiller en mellom bestiller på den ene siden, som er det offentlige, og på den andre siden utfører, som er en privat aktør eller en offentlig enhet.

Fritt brukervalg

Innføring av fritt brukervalg av hjemmehjelp innebærer at brukeren kan velge mellom

kommunen som leverandør, og et antall private leverandører som er godkjent av kommunen. De private leverandørene må velges ut på bakgrunn av en forutgående anbudsinnbydelse og konkurranse. På denne måten vil en sikre at de private leverandørene har en faglig kompetanse for å sikre kvalitet på tjenestene.

Benchmarking og målestokkonkurranse

Benchmarking innebærer en systematisk sammenstilling av virksomhetsinformasjon med sikte på å måle prestasjoner i tilsvarende virksomheter mot hverandre. Konkurransesystemet i dette kan være "mykt" ved at målingene i seg selv gir sammenlikningsgrunnlag som skaper incentiver, men kan også styrkes ved at belønningen av virksomhetene baseres på prestasjon i forhold til tilsvarende virksomhet. For sistnevnte metode benyttes begrepet *målestokkonkurranse*.

Kristiansand kommune har gjennom sin organisasjonsmodell praktisert benchmarking ved at alle tilgjengelige produksjons- og økonomidata er tilgjengelige gjennom målekortsystemet Corporater.

Om tilleggstjenester.

Hvis friere brukervalg blir gjennomført, vil det være urimelig å nekte de brukerne, som ønsker det, å kunne kjøpe tilleggstjenester hvis de velger private tjenesteytere. Det foreligger et helse- og sosialstyrevedtak på at kommunale tjenesteytere ikke kan gi tilleggstjenester mot betaling. Det bør vurderes om dette vedtaket skal omgjøres hvis fritt brukervalg innføres. Det vil ikke være rimelig overfor kommunale tjenesteytere med en slik forskjellsbehandling. Eksempel på tilleggstjenester kan være mer renhold, ærender, hagearbeid og lignende som ikke er dekket av den kommunale tjenestebeskrivelsen/garantien for praktisk bistand.

Sentrale forutsetninger konkurranseutsetting og status i Kristiansand.

For å gå inn på konkurranseutsetting av hjemmehjelp/praktisk bistand må følgende forutsetninger oppfylles:

*At det er gjort et skille mellom forvaltning/tjenestetildeling og utføring av tjenesten overfor bruker. Kristiansand gjennomførte dette skillet i 2003.

*At det er lagt til rette for stykkprisfinansiering (ISF), som innebærer at leverandøren får betaling for de tjenester som gis til den enkelte bruker, og ikke blir finansiert gjennom feks. rammebevilgninger. Kristiansand kommune gjennomførte ISF i full skala fra 2004. (2003 var prøveår med ISF. Parallelt hadde en rammebudsjett for utførere.)

*At det er relevante tilbydere. I Kristiansand er det ett etablert firma som tilbyr private omsorgstjenester. Det er på GULE SIDER registrert 7 firmaer i Kristiansand som tilbyr renhold i private hjem. I Oslo er det 20 firma som driver private omsorgstjenester.

Volum hjemmehjelp 2008

Det var 1567 brukere med tjenesten hjemmehjelp ved utløpet av 2008.

Det ble tildelt 80463 timer hjemmehjelp i 2008. Snittet var 6705 timer pr. mnd. Pr bruker er snittet tildelt hjemmehjelp 4,3 timer pr. mnd.

Det er gjennomført 61061 hjemmehjelpsbesøk i 2008. Det er 5088 pr. mnd og snittet er 3,2 besøk pr. bruker pr. mnd.

Bystyrets budsjettramme på hjemmehjelp var for 2008 20.1 mill.kr. Budsjettet kun til soner: 17,6 mill kr (Totalbudsjett minus 2,5 mill kr som tilføres andre enn soner).

Det ble tildelt fra EBT hjemmehjelp etter behovsvurderinger etter vedtatt nivå for 20.4 mill.kr. til soner.

Utførerene har regnskapsført kr 21,5 mill. kr.

Gjennomgang av kostnader i hjemmetjenesten for de 10 største byene i 2008. ASSS.

Hjemmetjenester til innbyggere 0 – 67 år

Kristiansand har netto utgiftsnivå for hjemmetjenester pr. innbygger som er 29 % lavere enn gjennomsnitt ASSS.

Netto utgiftsnivå pr. bruker av hjemmetjenester er på kun 42 % av gjennomsnitt for ASSS - kommunene, dvs. mindre enn halvparten pr bruker.

Brukere 67+

Kristiansand har en nettoutgift på hjemmetjenester pr. innbygger 67+ og pr. bruker 67+ som snitt ASSS. Det er omtrent samme nivå på andel 80 + som mottar hjemmetjenester.

Oppsummering. Vurdering.

Kristiansand kommune har gjennomført 2 runder om konkurranseutsetting. I 2003/2004 var Indre Vågsbygd omsorgstjeneste gjennom en anbudsprosess for Vågsbygdnettunet samt hjemmetjenesten i Kjerrheia og Midtre Vågsbygd soner. Her ble anbudskonkurransen avlyst fordi de private anbydere ikke kunne levere bedre tilbud enn kommunal drift.

I samme tidsrom ble ordningen med friere brukervalg av hjemmehjelp/praktisk bistand vurdert. Etter grundig vurdering i 2 runder ble konklusjonen den gang at det ikke innføres friere brukervalg.

Flere hevder at konkurranse er sunt og at brukervalg er sentralt for valgfrihet og kvalitet i kommunens tjenestetilbud. Kvaliteten og servicen kan bli bedre når det blir konkurranse om brukerne. En vil få et større mangfold ved flere tjenesteytere. I tillegg er behovet for arbeidskraft i årene som kommuner betydelig. Behovet for mulighet til mer kvalitetssikret kjøp av tilleggstjenester er også et argument som drar i retning av konkurranse i form av friere brukervalg som synes å være det mest aktuelle alternativet. En ren konkurranseutsetting hvor en privat aktør utfordres til å drive hele eller deler av hjemmehjelpstjenesten i en sone synes å være lite aktuelt

I motsetning til de fleste andre kommuner ligger det til rette for konkurranseutsetting i Kristiansand i og med at forutsetningen for dette er oppfylt gjennom Kristiansandsmodellen med EBT som forvalter og innsatsstyrt finansiering som finansieringsmåte. I tillegg antas det å være et tilstrekkelig marked med mulige tilbydere. Volumet hjemmehjelp er så pass stort at det skulle være interessant markedsmessig. I Oslo antas det er ca 25 % av brukerne som får tilbud om det, velger privat løsning gjennom fritt brukervalgsordningen.

Ut fra det vi kjenner til av prising i markedet (også fra aktuell klientsak for KBU nå hvor vi bruker private firma av spesielle grunner) og det vi vet om kostnadsnivået i sammenlignbare byer/kommuner, har vi grunn til å fastslå at Kristiansand kommune driver disse tjenestene meget kostnadseffektivt. I forhold til mulig økonomisk gevinst med konkurranseutsetting vurderer helse – og sosialdirektøren som meget lite sannsynlig at det er noe å hente økonomisk for Kristiansand kommunen ved konkurranseutsetting.

Omkostningene ved selve konkurranseutsettingsprosessen er betydelige. Tidligere innkjøpsjef som var ansvarlig for prosessen rundt Indre Vågsbygd omsorgstjeneste, anslo

kostnadene den gang til 1.5. mill kr. Prosessen rundt dette er fortsatt dyr og omfattende selv om en nå kan hente verdifull informasjon fra tilsvarende prosesser som er gjennomført i blant annet Bergen og Oslo kommune. Likefullt må anbudsdokumenter utarbeides, anbudsprosess kjøres, prekvalifisering gjennomføres og kontrakter inngås. Den største administrative kostnaden er likevel drift med nye rutiner, omfattende informasjonsbehov og løpende kontroll.

En annen ulempe er at private aktører medfører en komplisert samhandling mellom EBT og sonene for brukere som også har behov for andre tjenester enn praktisk bistand.

Konklusjon.

Ut fra en helhetsvurdering som går på at de administrative ressurser som er tilgjengelige nå ikke vil være tilstrekkelige for å gjennomføre og drifte konkurranseutsetting av praktisk bistand/hjemmehjelp, samt at det antas at dette ikke vil gi økonomisk gevinst, men heller øke de administrative omkostningen, anbefaler helse- og sosialdirektøren at konkurranseutsetting av hjemmehjelp ikke gjennomføres.

Punkt 33/09: Høring - Ny nasjonal retningslinje for LAR samt forskrift

Bilag

Saksprotokoll

Høring - ny nasjonal retningslinje for LAR samt forskrift

hørings brev

høringsinstanser



Dato: 16.06.09
Saksnr.: 200905901-3
Arkivkode E: 025 G0 &13
Saksbehandler: Hilde Engenes

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

18.08.2009
02.09.2009

Høringsuttalelse til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet og forskrift til legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Sammendrag:

Kristiansand kommune mottok følgende dokumenter til høring fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 26 mai 2009:

1. Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) med høringsnotat
2. Utkast til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR-retningslinjen)

Det er et uttrykt ønske at høringsinstansene ser dokumentene i sammenheng. Det tas sikte på at forskriften og retningslinjen skal tre i kraft 1. januar 2010. Høringsfristen er satt til 1. september 2009.

Målet med den faglige retningslinjen sammen med forskriften, er at disse skal danne grunnlaget for at behandling og rehabilitering i fht opioidavhengighet videreutvikles som virkningsfulle, likeverdige og trygge tjenester. Det er et formål å harmonisere innholdet i legemiddelassistert rehabilitering slik at tjenestene ytes så likt som mulig over hele landet.

Kristiansand kommune har følgende hovedsynspunkt på den retningen høringsdokumentene angir:

- Høringsdokumentene sikrer at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) blir en integrert del av tverrfaglig spesialisert behandling, slik at opioidavhengige får en helhetlig vurdering av sitt behandlingsbehov på samme måte som andre med en rusmiddelavhengighet.
- Trepertssamarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste, kommunal sosialtjeneste og fastlege som har vært det sentrale fundamentet i LAR, danner ikke lenger grunnlaget for den tverrfaglige rehabiliteringen på tvers av forvaltningsnivå. Dette skyldes at foreslåtte forskrift tillegger den avgjørende beslutningsmyndighet ensidig til spesialisthelsetjenesten.
- En svekking av den kommunale helse- og sosialtjenestens rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjeneste og bruker, vil kunne medføre at kommunen mister en innflytelse som er nødvendig for å oppfylle lovpålagt ansvar for helhetlig og koordinert rehabilitering.
- Man er redd for at brukermedvirkningen i LAR også kan bli svekket samtidig med trepartssamarbeidet og forskyvningen av beslutningsmyndighet. Trepertssamarbeidet forankrer rehabiliteringen i individuell plan og gjennom det tverrfaglige arbeidet i ansvarsgruppen som brukeren eier.
- En vil foreslå at forslaget til egen forskrift trekkes, med mindre man foretar endringer som tilfredsstillende behovet for å opprettholde en forpliktende samhandling mellom pasient, spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og sosialtjeneste. Man ønsker innarbeidet momenter som stiller krav til samarbeids- og drøftingsplikt.
- Høringsdokumentene overfokuserer på problemstillinger relatert til legemiddelet som er et deltiltak i LAR. Den tverrfaglige helsefaglige og psykososiale rehabiliteringen er ikke forsvarlig behandlet i den Nasjonale retningslinjen

I forslaget til høringsuttalelse utdypes innspillene nærmere.

Rådmannens forslag til høringsuttalelse er vedlagt.

[Forslag til vedtak:](#)

[Helse- og sosialstyret ber formannskapet slutte seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse.](#)

Tor Sommerseth
rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet – høringsutkast 19.05.09
Høringsnotat- Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)

Høringsinnspill fra Kristiansand kommune til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet og forskrift til legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Bakgrunn

Kristiansand kommune mottok følgende dokumenter til høring fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 26 mai 2009:

1. Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) med høringsnotat
2. Utkast til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR-retningslinjen)

Det er et uttrykt ønske at høringsinstansene ser dokumentene i sammenheng. Det tas sikte på at forskriften og retningslinjen skal tre i kraft 1. januar 2010. Høringsfristen er satt til 1. september 2009.

LAR har frem til nå vært regulert av rundskrivene I-35/2000: Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere”, I-33/2001: ”Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere” og I-5/2003: ”Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere- nærmere om inntakskriterier og unntak fra disse” I odelstingsproposisjon Nr. 53 (2006-2007) foreslo departementet en ny hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven til å gi nærmere regler om LAR. Forslag til forskrift foreligger til høring.

Målet med den faglige retningslinjen sammen med forskriften, er at disse skal danne grunnlaget for at behandling og rehabilitering i fht opioidavhengighet videreutvikles som virkningsfulle, likeverdige og trygge tjenester. Det er et formål å harmonisere innholdet i legemiddelassistert rehabilitering slik at tjenestene ytes så likt som mulig over hele landet.

Innhold og struktur

Man har så langt det er mulig forsøkt å se den faglige retningslinjen og forskriften i sammenheng. Hovedpunktene man ønsker å kommentere finnes omtalt i to hovedpunkter:

1. Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) med høringsnotat
2. Utkast til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR-retningslinjen)

Under punkt 1. hvor man kommenterer forslag til LAR-forskrift fremkommer innspillende i en drøfting som munner ut i en konklusjon hvor man gir punktvis kommentarer som følger paragrafinndelingen til høringsutkastet. Punkt 2 kommenteres slik Helsedirektoratet har bedt om, i tilknytning til formulerte høringsspørsmål. Tre dissenspunkt som foreligger i høringsutkastet til den nasjonale retningslinjen er kommentert særskilt i ønsket matrise, avslutningsvis under punkt 2.

1. Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) med høringsnotat

En kan i utgangspunktet ikke se at det foreligger behov for egen forskrift; gjeldende lovverk sammen med en faglig retningslinje er etter vårt syn tilstrekkelig til å regulere og sikre forsvarlig behandling. Dette vil prinsipielt være en langt bedre løsning i fht å sikre en normalisering og integrering av behandlingsformen. Det som imidlertid vil være et viktig argument for å anvende forskrifts form, er behovet for raske justeringer av praksis. Dette kan man se vil være aktuelt i fht LAR, siden kunnskapsgrunnlaget er lite tilfredsstillende og må følges nøye. Behov for endringer kan antakelig oppstå raskere her enn på mange andre etablerte felt.

Den foreslåtte særreguleringen av området presenterer en myndighets- og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som bryter med forordningene i annen medisinsk behandling som er sammenliknbar. Forskriften tillegger spesialisthelsetjenesten en så stor grad av ensidig myndighet at man risikerer å undergrave de målsettinger og virkemidler som LAR er tuftet på. Bakgrunnen for dette er behandlingens karakter og innhold hvor rehabiliteringstiltak i regi av det kommunale nivå utgjør en så stor del av helheten. Rekvirering av selve substitusjonsbehandlingen inngår som et deltiltak i rehabiliteringen slik at denne skjer på tvers av forvaltningsnivåene. Forskriftens helhetsinntrykk gjenspeiler ikke dette.

Det er fra et kommunalt synspunkt, svært problematisk og meget betenkelig at den kommunale sosial- helse- og legetjenesten oppfattes å bli satt til side som ansvarlige og likeverdige samarbeidspartnere i LAR. Man er redd for at forskriften vil bli til hinder for at brukeren kan sikres en helhetlig rehabilitering som for mange skal gå over år. Vellykket LAR behandling betinger et såkalt trekantsamarbeid mellom sosialtjenesten i kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Forskriften forrykker maktbalansen mellom disse partene ved å tillegge spesialisthelsetjenesten all myndighet i forhold til oppstart, avvikling, kontrolltiltak, konsekvenstiltak mv. Behandlingsansvaret, med delegasjonsmyndighet til fastlege, tillegges lege i spesialisthelsetjenesten dvs den parten i trekantsamarbeidet som har ansvar for substitusjonsbehandlingen. Den medikamentelle delen utgjør som nevnt et deltiltak men en myndighetsfordeling som dette blir overgripende i forhold til hele rehabiliteringen. Hovedtyngden av virkemidlene i rehabiliteringen slik som bistand i bolig, sosialfaglig oppfølging, aktivitets- og kvalifiseringstiltak mv er det kommunen som er leverandør og koordinator for.

Forskriften, slik utkastet foreligger, vil frata den kommunale delen av tiltaksapparatet sentrale muligheter for tilrettelagt og koordinert innsats. Sosialtjenesten er i Lov om sosiale tjenester tillagt et koordinerende ansvar for arbeidet rundt rusmiddelavhengige, jfr lovens kap. 6. Dette ansvaret er ikke mulig å praktisere på en tilfredsstillende måte hvis spesialisthelsetjenesten tillegges suveren myndighet i forhold til inntak og utskrivning fra LAR. Man er tilfreds med at LAR blir en tydelig del av, og reguleres på linje med annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Dette innebærer at inntak besluttet ut fra tverrfaglig og individuell vurdering av pasientens behov for helsehjelp, hvilken behandling vedkommende bør tilbys osv. Slik kan man blant annet fortsatt sikre at man utviser varsomhet med hensyn til å igangsette langvarig substitusjonsbehandling til unge mennesker dersom det er mulighet for annen type behandling. Man sikrer en bred vurdering av ulike løsninger og behandlingsformer relatert til den enkeltes avhengighetsbilde. Inntak i LAR må ivareta behovet for et trepartssamarbeid- kommunal sosialtjeneste, primærlege, spesialisthelsetjeneste- gjennom henvisnings- og inntaksrutiner. Dette er grunnlagt i evalueringen av LAR som dokumenterer at god rehabiliteringseffekt oppnås ved samtidig innsats fra flere tjenesteytere på begge forvaltningsnivå.

Kristiansand kommune har erfaringer med at rehabiliteringstilbudet i dag ivaretas på en god måte nettopp gjennom et velfungerende samarbeid som nevnt ovenfor. Man praktiserer blant annet tverrfaglige utskrivninger hvor vurderingene gjøres slik at man at man samler seg omkring en løsning som ivaretar pasienten i det videre. På psykisk helsefeltet praktiserer man den samme holdningen gjennom en praksis hvor man på tvers av forvaltningsnivåene opptrer som en tjeneste overfor pasienter med sammensatte behov. Man er i fht LAR selvsagt bekymret for ufrivillige utskrivninger, hvor det blant annet er en sannsynliggjort overdødelighet. Kommunen vil i slike tilfeller måtte håndtere konsekvensene ved en utskrivning, men altså ikke ha innflytelse på beslutningsprosessene. Ordningen vil være uholdbar.

Forskriften bærer preg av at man har hatt et sterkt behov for å heve over enhver tvil at primærlegenes oppfølging av pasientens substitusjonsbehandling skjer på delegasjon fra spesialisthelsetjenesten. Man har gått så langt i dette at dokumentene nesten kan forlede

leseren til å tro at de sedvanlige tilsyns- og kontrolloppgavene som tilligger Helsetilsynet-/Fylkeslegen er tilsidesatt av spesialisthelsetjenestens myndighetsutøvelse på området. Her bør man moderere forslaget slik at man gjør det man skal: å ivareta hensynet til faglig forsvarlighet og sikre en håndtering av medikamenter med stort skadepotensial for pasient og tredjeperson. Man vil på det sterkeste fraråde ordninger som skaper unødig mistro mellom to likeverdige og faglig habile instanser- spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste- som pasienten er avhengig av at har et godt og koordinert samarbeid, basert på gjensidig faglig tillit. Det vises til saker hvor oppfølgende leger i primærhelsetjenesten ikke har fulgt det skisserte behandlingsopplegget. Slike uoverenstemmelser er selvsagt beklagelig men disse sakene bør håndteres gjennom det ordinære tilsynsapparatet. Disse erfaringene bør ikke bli retningsgivende for en forskrift som skal regulere et rehabiliteringsarbeid som retter seg mot en pasientgruppe som er særlig avhengig av samtidig bistand fra begge forvaltningsnivå.

En stiller seg undrende til at man ikke har tatt utgangspunkt i de mange stedene i landet hvor man er kjent med at et trekantsamarbeid angivelig har fungert godt. I stedet velger man en modell som utgjør en betydelig risiko for å vanskeliggjøre denne samhandlingen. Vi tør heller ikke forvente at et stort antall fastleger vil føle seg bekvem med å operere på beskrevet delegasjon fra spesialisthelsetjenesten og på dette grunnlaget ta ansvar for pasientgruppen. Det kan svekke den positive utviklingen man har sett her i distriktet, hvor tendensen er at flere fastleger etter hvert har tatt ansvar for målgruppen og deltar aktivt i et tverrfaglig, koordinert arbeid. Dette er et viktig skritt i retning av en normalisering og integrering av LAR i det ordinære tiltaksapparatet. Man bør være varsom med å treffe forordninger som kan ødelegge for denne ønskede utviklingen.

Man har ikke klart å få tak i faglige eller prinsipielle begrunnelser for forskriftens styring i en retning som er på tvers av andre nasjonale styringssignaler, blant annet Samhandlingsreformen hvor kommunene vil tillegges omfattende ansvar og oppgaver. LAR kan bli svært problematisk å håndtere for kommunene mht å utvikle beste effektive omsorgsnivå (BEON) til målgruppen, hvis ikke man har faglig beslutningsmyndighet i et tverrfaglig samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene.

Konklusjon:

Man vil anbefale at forslag til egen forskrift for LAR- behandling trekkes, med mindre man foretar endringer som tilfredsstiller behovet for et sterkt vern av trepartssamarbeidet og innarbeider momenter som stiller krav til samarbeids- og døftingsplikt. På denne bakgrunn anføres følgende kommentarer til de enkelte paragrafene i foreslåtte forskrift:

§1 Formål.

Rehabilitering som formål, forstått slik det utdypes i kommentaren fra departementet, støttes. Dette gjør at man kan inkludere brukere i ordningen som ville ekskluderes ved krav til rusfrihet for tilstrekkelig behandlingseffekt. Definerte formål impliserer imidlertid at det meste av behandlingseffekten oppnås og evalueres best gjennom de lokalbaserte tiltakene knyttet til bo- og livssituasjonen i kommunene. Dette må gjenspeiles i ansvars- og myndighetsforholdet mellom forvaltningsnivåene

§2 Definisjon

Her understreker man at substitusjonen (medikamentet) er et deltiltak som inngår i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Spesialisthelsetjenesten som ansvarlig for et deltiltak er gitt fullmakter som ikke avspeiler dette forholdsmessig.

§3 Vilkår for oppstart

Første avsnitt er unødvendig dersom man bruker vanlige kriterier for vurdering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling som grunnlag. Det er ingen grunner for å ha spesielle forskriftsfestede råd til inntaksteamene, det kan veilederen ta seg av.

Det samme gjelder for alderskriteriet. Dette er med mindre man her ser et sterkt behov for muligheten til rask endring av praksis. Det er også vesentlig at kommunens rolle ved oppstart fremkommer tydelig. Man har svært dårlig erfaring med henvisninger som går direkte til helseforetaket og hvor kommunen kommer inn i etterkant av innsøkningsprosessen. LAR avviker på mange vesentlige måter fra annen avhengighetsbehandling, blant annet ved de sentrale oppgavene som ivaretas av kommunale tjenester. For godt resultat i rehabiliteringen kreves det at også henvisningene har sitt utspring i et trekantsamarbeid mellom pasient, fastlege og kommunens helse- og sosialtjeneste.

§4 Beslutning om oppstart og avvikling:

Oppstart bør skje ved at førstelinjen søker inn til spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten blir vurdert for tverrfaglig spesialisert behandling. Når det gjelder utskrivning bør man gjøre justeringer slik at det som et minimum stilles krav til behandlingsansvarlig i fht å oppfylle en drøftingsplikt med den kommunale helse- og sosialtjenesten, herunder fastlegen og selvsagt pasienten..Form og innhold bør beskrives i veileder. En vil anbefale ansvarsgruppen som arena og understreke koplingen til individuell plan og sikring av brukermedvirkning i slike kritiske faser av en behandling. En ser gjerne at konsensus fremholdes som ønsket resultat Hovedmålsettingen med en slik justering vil være å unngå at konsekvensene av en ufrivillig utskrivning i hovedsak må bæres av bruker og den kommunale helse- og sosialtjenesten uten at disse er gitt noen makt i utskrivningsprosessen.

Delegering til lege i primærhelsetjenesten

Dette punktet bryter som nevnt med samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærlegetjeneste rundt alle andre pasientgrupper med sammenliknbare forløp, jfr begrunnelsen gitt tidligere

Behandlingsansvarlig lege

I all behandling, ikke minst med potente medikamenter, er det en selvfølge at behandlende lege kjenner pasienten godt, kjenner pasientens støtteapparat og funksjonsnivå. Behandlende lege i følge forslaget til forskrift vil bestandig være spesialistlegen. Skal behandlingen være forsvarlig, betyr det som et minimum at behandlingsansvarlig lege må delta i tilstrekkelig grad på ansvarsgrupper rundt alle pasientene, samt ha individuelle samtaler med samtlige pasienter i LAR jevnlig for å evaluere behandlingen, ellers er det vanskelig å se hvorledes behandlingen kan vurderes som medisinsk forsvarlig (jfr. tilsynssaker mot fastleger der noe av kritikken er at de for sjelden har sett pasienten) En delegasjon slik forskriften legger opp til, vil i stor grad kunne avskrekke fastleger i å delta aktivt i LAR-behandling, stikk i strid med Samhandlingsreformen. En annen utfordring man må ta stilling til er at LAR-legen står personlig ansvarlig. LAR-avdelingene i Norge er i stor grad bemannet med ikke-helsefaglig personell som det vil være uaktuelt å delegere ansvar for medisinsk behandling til. Man kan ikke helt se for seg hvordan arbeidssituasjonen kan bli holdbar for LAR-legene etter denne modellen. De kan bli nødt til å gå på akkord med vanlige prinsipper for legearbeid.

§5 Spesialisthelsetjenestens initiativplikt

Denne bestemmelsen fremstår underlig i fht to forhold. For det første tillegger man her den instansen man har gitt all beslutningsmyndighet til, et ansvar i fht å forplikte de øvrige instansene til et samarbeid. Dette felles forpliktende samarbeidet lå tidligere eksplisitt i trekantsamarbeidet. Når premissene for dette samarbeidet endres mener man at det virkemiddelet man forsøker å innføre her langt fra er tilstrekkelig til å sikre pasienten den helheten som er nødvendig. For det andre velger man å tillegge spesialisthelsetjenesten en plikt til å utarbeide individuell plan. Hvis henvisningene kommer fra kommunalt nivå, så er det disse som er først i kontakt med brukeren og vurderer rettigheter i forhold til individuell plan. Det er også sosialtjenesten i kommunene som er ansvarlig for det koordinerte arbeidet som rettes mot rusmiddelavhengige. Det viktigste må være å sikre at alle som har krav på individuell plan, får dette og at dette arbeidet koordineres slik at rehabiliteringen i LAR lykkes. I forarbeidende til forskriften går det frem av diskusjonen at man ikke ønsker å knytte

individuell plan som vilkår til LAR; dette er vi selvsagt enig i. Samtidig kan det ikke understrekes nok at man er avhengig av at det foreligger strukturer og arbeidsverktøy som sikrer planmessig og koordinert tverrfaglig innsats til denne målgruppen. Da er det ansvarsgruppe og individuell plan som er de virkningsfulle redskapene. Det er langt viktigere å stille krav til konkrete strukturer og samhandling rundt et målrettet tverrfaglig arbeid enn nok en gang å legge håndteringen av en kritisk suksessfaktor til spesialisthelsetjenesten.

§6 Utlevering og inntak av legemidler

Som påpekt tidligere: dersom LAR-legen skal beslutte individuelle opplegg, må han/hun kjenne pasienten personlig og godt, og det lar seg vanskelig gjøre rent praktisk, med mindre man enten er helt klar over at man her må fravike det innlysende prinsippet at legen må kjenne pasienten han behandler godt, eller beslutter at det skal være helt annerledes i LAR

§7 Urinprøver og blodprøver

De kliniske erfaringene Kristiansand kommune bygger sine synspunkter på, tilsier at tvangshjemler ikke er nødvendige for å oppnå ønsket grad av kontroll. Hvis man likevel skal gi adgang til tvangsmessig inngripen i fht kontrolltiltak som er så vidt integritetskrenkende, bør man stille krav til at man kan dokumentere forutgående forsøk på å oppnå ønsket resultat frivillig. Bestemmelse og praksis her bør harmoniseres med annen relevant lovgivning som hjemler tvang. Det er videre ikke en ønskelig situasjon at en og samme instans alene skal ha all beslutningsmyndighet både i fht inntak, utskrivning, utleveringsordninger og evt pålegg om prøver. Man har erfaringer som tilsier at effekt av tiltak økes når et samlet tiltaksapparat/ansvarsgruppe står sammen om beslutningene. Muligheten for brukermedvirkning sikres etter vår mening også best på denne måten.

2. Utkast til Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR-retningslinjen)

I høringen til LAR-retningslinjen bes høringsinstansene om å besvare følgende spørsmål spesielt:

I hvilken grad vil en gjennomføring av det nye rammeverket for LAR bidra til

1. Å rette opp de uønskede skjevheter i LAR som LAR-evalueringen fant vedrørende:

- Inntak og utskrivning
- Valg av medikament
- Valg av dose
- Bruk av kontrolltiltak

2. Å normalisere substitusjonsbehandling

3. Å integrere LAR i helsevesenet og tiltaksapparatet for øvrig

4. Å styrke brukermedvirkning i LAR

5. Å gjøre behandlingstilbudet i LAR mer kunnskapsbasert (Her menes forskningskunnskap, klinisk erfaring og brukererfaringer)

I tillegg til dette ønsker man særskilte kommentarer knyttet til hvert av de tre dissenspunktene som foreligger i høringsutkastet (se matrisen avslutningsvis)

1. Å rette opp uønskede skjevheter i LAR

Man kan se at intensjonen har vært å utjevne uønskede forskjeller i LAR tilbudet nasjonalt. Dette er i stor grad forsøkt løst gjennom en regulering hvor spesialisthelsetjenesten ensidig tillegges den avgjørende myndighet vedrørende behandlingen. Dette har man markert tilstrekkelig uenighet i forhold til tidligere. Hvorvidt dette grepet medfører en større grad av

ensartet praksis landet over, vil nå hvile på det enkelte helseforetak som har behandlingsansvaret for LAR. Man finner ikke at det er drøftet eller truffet tiltak som kan sette spesialisthelsetjenestene i bedre stand enn tidligere til å samordne sin praksis. Så lenge rehabiliteringen i LAR i så dominerende grad består av rehabiliteringsarbeid som utføres i landets ulike kommuner, må man for å oppnå en ønsket harmonisering av innholdet vie dette arbeidet langt større oppmerksomhet i det retningsgivende materialet.

2. Normalisering og integrering av LAR i helsevesenet og tiltaksapparatet for øvrig

Man mener at forslaget til forskrift slik det foreligger ikke bidrar til normalisering og integrering av LAR behandling. Man får i stor grad en tverrfaglig rehabilitering, basert på sammensatt innsats fra flere nivå samtidig, til å fremstå som et særlig anliggende for spesialisthelsetjenesten. Dette er en særbehandling som bidrar til en reversering i forhold til den utviklingen som blant annet Samhandlingsreformen er et resultat av. En tror det vil være svært vanskelig å integrere en særregulert del av et fagfelt hvis ikke reguleringen er meget strengt begrunnet i særlige hensyn som gjør foranstaltningen helt nødvendig for å oppnå forsvarlighet eller effekt. Man kan ikke se at dette er tilstrekkelig sannsynliggjort. Man mener at målsettingen med LAR, samt sikkerhetshensyn overfor tredjeperson, kan ivaretas uten særregulering gjennom eksisterende lovverk og tilsynsordninger.

Man tror det største potensialet for normalisering og integrering av behandlingsformen ligger i helsefaglig og psykososial oppfølging av pasientene i sine hjemkommuner. Arbeidsgruppa som har utarbeidet forslaget til Nasjonal retningslinje ble i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet bedt om at retningslinjen legger særlig vekt på psykososial oppfølging i kommunene. Det er svært skuffende at denne delen av LAR får en svært mangelfull behandling i kapittel 10. Tema behandles over 7 sider av retningslinjens om lag 100 sider hvor man som påpekt tidligere bruker det meste av omtalen på problemstillinger som er relatert til substitusjonen/legemiddelet i LAR.

3. Styrking av brukermedvirkning i LAR

I utkastet til faglig veileder finner man en særskilt omtale av brukermedvirkning viet plass på kun én side. Man forsøker her å problematisere det skjeve maktforholdet i behandlingen, forsvarer berettigelsen av skjevheten og ender opp med å si at opplevelsen av kontrolltap etc kan motvirkes ved å legge stor vekt på brukermedvirkning og informasjon. Dette er ingen faglig holdbar håndtering av brukermedvirkning i en nasjonal veileder til praksisfeltet.

Forarbeidende til forskriften forholder seg også i liten grad til brukermedvirkning, utover det som reguleres av pasientrettighetsloven. Man burde funnet behov for en særskilt grundig behandling av dette tema så lenge man har funnet behov for særregulering som hjemler kontrolltiltak som i så stor grad har betydning for pasientenes integritet. Pårørendeaspektet vies heller ikke oppmerksomhet. Man savner perspektivet som fokuserer på barn som pårørende.

En styrking av det såkalte trepartssamarbeidet ville etter vår mening vært den beste garantien for økt brukermedvirkning i LAR. Hvis rehabiliteringen er forankret i pasientens egen individuelle plan og ansvarsgruppe, blant annet gjennom disse som beslutningsgrunnlag- og arena, ville dette forutsatt brukermedvirkning. Foreliggende forskrift endrer forutsetningene for dette radikalt ved å gi all beslutningsmyndighet til en av partene i samarbeidet, uten at brukermedvirkning er sikret særskilt i denne forbindelse.

Kunnskapsbasert behandlingsgrunnlag i LAR

Den faglige retningslinjen har, som forskriften, den medikamentelle delen av LAR i fokus. Kapittel 10 er viet til selve rehabiliteringen og individuell plan. Her fastslår man at det foreligger dokumentasjon for at substitusjonsbehandling bør kombineres med psykososiale tiltak. I det påfølgende lister man opp hva som må til fra det kommunale tiltaksapparatet og

NAV for at en LAR behandling skal gi ønskede resultater. Det er ikke lite som må til, men det er faglig meget tynt beskrevet og vil heller ikke på dette punktet være anvendelig som en veileder til praksisfeltet. Man fastslår gjentatte ganger at det ikke er identifisert tilstrekkelig forskning som kan underbygge anbefalingene. Det er paradoksalt at kunnskapsgrunnlaget er tynnest i forhold til rehabiliteringen som utgjør en hoveddel av behandlingen. Man savner et eget kapittel som tar for seg forskning og fagutvikling som særlig er knyttet til rehabilitering i LAR. Man kan ikke finne at dokumentene i tilfredsstillende grad tydeliggjør behov og retning relatert til FoU. I retningslinjens punkt 3.7 "Sammenfattende vurderinger" konkluderer man med at retningslinjen bygger de fleste av anbefalingene på et svakt kunnskapsgrunnlag. Dette er oppsiktsvekkende og bør lede til et langt større fokus på hvordan man i tiden fremover vil initiere et arbeid som kan sikre kunnskapsgrunnlaget til en behandlingsform som er i ekspansjon og som retter seg mot en de mest risikoutsatte målgruppene man har. I forordet refereres det til at man årlig skal vurdere anbefalingene i retningslinjen i lys av ny forskning av Senter for rus og avhengighetsforskning. En fullstendig revisjon av retningslinjene vil bli gjennomført etter fem år. For å sikre målet med et styrket kunnskapsgrunnlag for LAR, er det selvsagt nødvendig å prioritere jevnlig evalueringer av faglig retningslinje. Det er viktig å unngå at man låser praksis og regelverk på et felt som baserer anbefalingene på faglig konsensus og i liten grad på tilgjengelig forskning. Det hjelper ikke at dette gjelder flere deler av rusfeltet, som det anføres. LAR er i en særstilling med de virkemidlene man anvender, både medikamentelt og i forhold til inngripende kontrolltiltak, langsiktighet osv. Dette burde stille strengere krav til dokumentasjon.

Særskilte kommentarer til dissenspunktene i Nasjonal retningslinje for LAR

Kommentar nummer	Kapittel /side / spørsmål / dissens:	Kommentarer:
1	DISSENS 1 (punkt 6.2)	Man bør opprettholde dagens praksis, som støttes av erfaringer som viser best resultat i rehabilitering der hvor opiatavhengigheten er den dominerende. LAR-behandling vil ikke sikre pasienter med for eksempel et amfetamin-dominert misbruk tilfredsstillende avhengighetsbehandling.
2	DISSENS 2 (punkt 8.3)	Hovedregel bør være en fullstendig avrusning før oppstart. Dette er erfaringsmessig det som gir best prognoser og bør derfor være det som tilbys pasienten. Unntak fra hovedregel bør gjøres som i dag, på bakgrunn av individuelle vurderinger av den enkelte pasients behov. Regler vedrørende oppstart må harmoniseres med kriteriene for inntak.
3	DISSENS 3 (punkt 9.5.2)	Regler i fht urinprøvetaking som tiltak i behandlingen bør sikre kontroll i fht forsvarlighetsaspektet og brukes med varsomhet utover dette, slik at hensyn til pasientens integritet veier tungt i vurderingene. Hvis man skal bruke urinprøver som kontrolltiltak må disse være overvåket, ellers ingen effekt Tiltaket har kun terapeutisk effekt knyttet opp mot et gode/ målsettinger brukeren har selv og/eller i de tilfellene det inngår som del av kontakten med behandler. Kontrollen bør tilstrebes utviklet i retning av andre metoder som spytt- eller hårprøver. Man bør også være oppmerksom på faren for å la kontrolltiltaket virke kompensierende i fht strukturelle forhold. Ny foreslått ordning vil innebære at en LAR-lege i spesialisthelsetjenesten får behandlingsansvar for et meget høyt antall pasienter. Dette vil være vanskelig å forsvare uten strenge kontrolltiltak.

Punkt 34/09: Opprettelse av nye legehjemler - delegasjon av myndighet til rådmannen



Dato: 25.05.2009
Saksnr.: 200905743-1
Arkivkode E: G21
Saksbehandler: Vegard Vige

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
18.08.2009

Opprettelse av nye legehjemler - delegasjon av myndighet til rådmannen

Sammendrag:

Når kommunen har behov for å opprette nye legehjemler må kommunen søke om tillatelse fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling i Helsedirektoratet. Søknaden skal fremsendes gjennom fylkeslegen.

Det er videre et krav at det foreligger et kommunalt vedtak på at en slik hjemmel ønskes opprettet, enten ved at det er gjort et politisk vedtak i hvert tilfelle, eller ved at myndigheten til å beslutte dette er delegert til rådmannen.

Siden kommunen antas ha behov for å øke antall fastleger regelmessig i de nærmeste årene, dels på grunn av befolkningsvekst og dels som en konsekvens av forslagene i samhandlingsreformen, synes det fornuftig å foreslå at myndighet til å kunne søke om opprettelse av nye hjemler delegeres til rådmannen.

Forslag til vedtak:

1. **Myndighet til å søke Nasjonalt råd om opprettelse av nye legehjemler i kommunen delegeres til rådmannen**

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Sigurd Paulsen
enhetsleder samfunnsmedisin

Bakgrunn for saken :

Krav om søknad for å opprette nye hjemler

Nye legehjemler kan kun opprettes etter at det er gitt anledning til det fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording i Helsedirektoratet.

Når kommunen har behov for å opprette nye legehjemler skal kommunenes fastleger informeres gjennom allmennlegeutvalg og/eller lokalt samarbeidsutvalg. Deretter må kommunen søke Nasjonalt råd på dertil avsatt skjema. Søknaden fremsendes gjennom fylkeslegen, som gir sin anbefaling etter vurdering av søknaden.

Det er et formelt krav fra Nasjonalt råd at søknaden er gitt en politisk behandling. Dette kan enten skje ved at hver søknad er politisk vedtatt, eller ved at myndigheten til å vurdere når det foreligger behov for å søke om nye hjemler er delegert til administrasjonen, som deretter kan sende søknad uten ytterligere politisk behandling.

Økonomiske forhold ved opprettelse av fastlegehjemler

I utgangspunktet er opprettelse av en ny fastlegehjemmel kostnadsnøytralt for kommunen, hva angår fastlegens kontorpraksis. Forklaringen på dette er at kommunens utgift til fastlegene primært består av en basisgodtgjørelse for hver innbygger som står på legens liste. Dette tilskuddet er for tiden kr 357 per innbygger per år. Kommunens totale kostnad til fastlegetjenesten vil derfor være kr 357 ganget med totalt innbyggerantall, dvs ca 28,5 mill, helt uavhengig av hvor mange fastleger kommunen har. Opprettelse av nye legehjemler vil kun påvirke hvor mange leger dette beløpet skal deles på, og altså ikke beløpets størrelse.

I tillegg til sin fastlegepraksis har imidlertid fastlegene en offentlig allmennlegeoppgave i form av arbeid i sykehjem, fengselshelsetjeneste, helsestasjon og liknende. Hver lege kan tilpliktes 7,5 timer per uke av slik arbeid, og har i disse stillingene fast lønn fra kommunen. Nye hjemler kan også tillegges slikt arbeid, og det vil i såfall øke kommunens utgift til legelønninger.

Behov for fastlegehjemler til allmennpraksis

Hver fastlege har avtalt et maksimalt innbyggertall på sin liste, og listen blir stengt for innmelding av nye pasienter når dette tallet er nådd. Kristiansand har i dag 69 fastleger, med i alt 6.035 ledige listeplasser. Ledig kapasitet er mer enn halvert fra juni 2006 da det var 13.485.

Dette tallet bør være av en viss størrelse for å ivareta innbyggernes mulighet og rettighet til å kunne skifte fastlege. Tallet må også ses i forhold til legebehov hos andre grupper enn de som står på legenes lister. Vi må ha tilstrekkelig kapasitet til å gi legetjenester til turister, gjestearbeidere og andre tilreisende som midlertidig oppholder seg i kommunen, og til de vel 8.000 studentene ved UiA hvorav kun en mindre andel står på liste hos en av byens fastleger.

Ut fra antall tilreisende og antall studenter synes det riktig for Kristiansand å sørge for en ledig listekapasitet på minst 10% av befolkningstallet. I dagens situasjon vil dette tilsi at vi bør øke listekapasiteten med minst 2.000 plasser, eller 2 legehjemler.

Etter at fastlegeordningen ble innført i 2001, har Kristiansand kun opprettet 2 nye legehjemler. Befolkningsveksten har de senere årene ligget på mellom 500 og 1000 personer per år, eller med andre ord ca 1/2 fastlegeliste per år.

For fremtiden vil det, med fortsatt vekst på dagens nivå, være behov for å opprette ca 2 hjemler per 3. år når vi bare tar hensyn til befolkningsveksten.

Behov for fastleger til offentlig allmennlegearbeid

Kristiansand har en relativt sett god dekning av helsestasjonsleger, omtrent på landsgjennomsnittet. Det vil kunne bli aktuelt å øke dette som en konsekvens av samhandlingsreformen, men det er litt tidlig å konkludere.

Sykehjemslegetjenesten er derimot betydelig lavere bemannet – her er landsgjennomsnittet 0,29 legetimer per uke per sykehjemsplass, i Kristiansand har vi 0,21. Gjennom kartlegging av sykehjemslegetjenesten i 2007 er det innmeldt et vurdert behov for 3 nye legeårsværk til sykehjemslegetjenesten.

Nye fastlegehjemler er en god måte å rekruttere nye leger som kan gis sykehjemslegearbeid som sin offentlige allmennlegetjeneste.

Her og nå er det på to områder kommunen har særlig behov for å styrke det offentlige legearbeidet:

1. Legetjenesten ved korttidssykehjemmet på Valhalla.
2. Flyktingehelsetjenesten som pga vesentlige økningen av antall asylsøkere og gjenforeningssaker siste år har økt antall pliktig førstegangs helseundersøkelse, og økt behov for videre oppfølging i etterkant av denne.

Samhandlingsreformen og behov for legehjemler

Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen ble lagt frem 19. juni, med en lang rekke forslag som vil kreve styrking av fastlegetjenesten og kommuneoverlegetjenesten.

Her gis blant annet et klart signal om behov for flere legestillinger til kommunene. Dels foreslås en 50% økning av antall fastleger over de nærmeste årene, dels foreslås en reduksjon av antall pasienter på hver fastleges liste, og sist foreslås at fastlegene skal kunne tilpliktes en større stillingsandel for offentlig legearbeid, opp mot 40%. Det skal vurderes om

”.....følgende oppgaver skal inngå i det allmennmedisinske offentlige legearbeid:

- *undervisning av studenter, turnusleger, spesialistkandidater, annet helsepersonell.*
- *veiledning av utdanningskandidater i allmennmedisin*
- *tverrfaglig samarbeid*
- *praksiskonsulenter/samarbeidsleger*
- *legevakt som allmennmedisinsk offentlig oppgave*
- *delta i rehabilitering i kommunal regi*
- *bidra i lærings- og mestringssentra i kommunal regi*
- *forebyggende helsetjenester i tillegg til helsestasjon og skolehelsetjeneste ”*

Alle disse forslagene vil gi et vesentlig større behov for opprettelse av nye legehjemler enn det oven beskrevne som er basert på dagens situasjon.

Det synes derfor fornuftig å foreslå at rådmannen delegeres myndighet til selv å søke om opprettelse av nye legehjemler når situasjonen tilsier det.

Punkt 35/09: Resultater fra kartlegging av bostedsløse i Norge 2008

Bilag

Sammendrag rapport bostedsløse



Dato: 30.07.09
Saksnr.: 200813687-4
Arkivkode E: F75 &32
Saksbehandler: Anna Marie Mølland Roaldstveit

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
18.08.2009

Resultater fra kartlegging av bostedsløse i Norge 2008

Sammendrag:

Kartleggingen er en tverr-snittstudie som viser antall bostedsløse personer som har vært i kontakt med hjelpeapparatet på et gitt tidspunkt, i uke 48 2008. Rapporten inneholder en oversikt over antall bostedsløse og hva som kjennetegner denne gruppen. På landsbasis har antallet bostedsløse økt siden forrige kartlegging i 2005. Kristiansand kommune har rapportert inn en økning i tallet på bostedsløse. Det er noe usikkerhet knyttet til validiteten på tallene når man ser tallene fra NIBR-rapporten i sammenheng med de EBT-boligtjenesten kan melde om står på venteliste for kommunal bolig.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret tar resultatene fra kartlegging i Norge uke 48 2008 til orientering.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Anna Marie Mølland Roaldstveit
Trainee

Trykte vedlegg: Sammendrag av NIBR-rapport 2009:17

Utrykt vedlegg: Rapport bostedsløse i Norge 2008
<http://www.husbanken.no/Venstremeny/bibliotek/~media/7BF3A554F1754FF99403E09FF33B9082.ashx>

Bakgrunn for saken :

Kommunen har gjennom boligsosial handlingsplan 2007-2011 vedtatt en økt satsing på det boligsosiale arbeidet. Planen beskriver utfordringer, behov og tiltak knyttet til et differensiert bolig- og tjenestetilbud for vanskeligstilte på boligmarkedet. Målgruppene det er vedtatt å satse på er mennesker med rus-og/ eller psykiatrilaterte problemer, personer med annen etnisk bakgrunn enn norsk og unge voksne (18-25 år).

Norsk institutt for by og regionforskning (NIBR) 2009:17 har foretatt en kartlegging av bostedsløse i Norge. Undersøkelsen er en tværr- snittstudie som viser antall bostedsløse personer som har vært i kontakt med hjelpeapparatet på et gitt tidspunkt; i uke 48 2008. Dette er den fjerde nasjonale registreringer av bostedsløse personer i Norge.

Studien viser en oversikt over antall bostedsløse. I tillegg tar den blant annet for seg hvor bostedsløse oppholder seg, de viktigste inntekts-kildene, opplysninger om helse- og rusavhengighet, hvor lenge personen har vært bostedsløs, samt kjønn, alder, utdanning og sivilstand.

Totalt antall bostedsløse i Norge i uke 48 i 2008 var 6. 091. Andelen bostedsløse pr. innbyggere er 1,27. Både det absolute og relative tallet for bostedsløse har gått opp på landsbasis siden forrige kartlegging i 2005. Tallene er likevel lavere enn de var ved den første kartleggingen i 1996. Hovedbildet av bostedsløshet har holdt seg stabilt i de fire kartleggingene som har vært gjort her i landet. Den "typiske" bostedsløse personen er en enslig mann i midten av 30- årene, født i Norge og med lite utdanning. Sannsynligvis er vedkommende avhengig av rusmidler. Han bor hos venner og kjente eller på lavterskel døgnovernattingstilbud. Disse kjennetegnene er sammensatt av de mest fremtredende statistiske kjennetegnene i datamaterialet fra kartleggingen av bostedsløshet i 2008. Nedenfor vises utviklingen for Kristiansand og andre byer det er naturlig å sammenligne seg med.

Antall bostedsløse og andel pr. 1000 innbyggere i et utvalg av kommuner med 10 000 innbyggere og over etter år:

Kommune	Antall bostedsløse				Bostedsløse pr.1000 innbyggere			
	2008	2005	2003	1996	2008	2005	2003	1996
Oslo	1.526	1.244	1.283	2.513	2,65	2,35	2,45	5,14
Bergen	669	770	713	754	2,66	3,22	3,03	3,38
Trondheim	223	165	371	327	1,32	1,62	2,45	2,27
Stavanger	215	184	228	254	1,77	1,65	2,05	2,43
Bærum	95	93	52	164	0,87	0,88	0,51	1,69
Kristiansand	170	126	94	186	2,12	1,65	1,29	2,69
Fredrikstad	43	67	48	90	0,59	0,96	0,69	1,37
Tromsø	106	82	147	69	1,59	1,31	2,4	1,22
Sandnes	186	73	79	29	2,93	1,26	1,42	0,59
Drammen	85	106	54	108	1,38	1,86	0,96	2,04

(Jmf. s 194 NIBR rapport 2009:17)

I tabellen overfor er det gjort et utvalg av de kommunene det er mest nærliggende for Kristiansand kommune å sammenligne seg med. Kommunene er rangert etter folketall med det største kommunene øverst i tabellen og de minste nederst. Som vist i tabellen har Kristiansand kommune 170 (2,12 pr 1000 innbyggere) bostedsløse i uke 48 2008. Dette er

en økning fra 2005 med 44, noe som utgjør 0,47 pr. 1000 innbyggere. Sandnes kommune har 2,93 bostedsløse pr. 1000 innbygger og ligger med det øverst på lista. Fredrikstad har 0,59 bostedsløse pr. 1000 innbyggere og ligger med det lavest blant disse kommunene.

Antall rapporterte bostedsløse fra egen kommune og fra andre, totalt rapporterte, antall utregnet, totalt antall bostedsløse og andel pr.1000 innbyggerer etter kommune:

Kommune	Rapport. fra egen komm.	Rapport fra andre	Totalt rapp.	Utregnet antall	Totalt antall	Pr.1000 innbyggere
Bærum	88	1	89	6	95	0,87
Kristiansand	87	35	122	48	170	2,12
Fredrikstad	10	12	22	21	43	0,59
Tromsø	70	15	85	21	106	1,59
Sandnes	163	23	186	0	186	2,93
Drammen	62	20	82	3	85	1,38

(Jmf. s 64 NIBR rapport 2009:17)

Kristiansand kommune har rapportert 87 bostedsløse fra egen kommune mens 35 er rapportert fra andre. Dette utgjør en totalrapportering på 122. Et utregnet antall på 48 vil si det at det er vektet opp for de som ikke har svart, og at det antas å være 48 flere bostedsløse enn det som er rapportert inn. Det endelige tallet for bostedsløse i kommunen ender da opp i et tall på 170. Kristiansand ligger høyest i forhold til utregnet antall (48), noe som kan tyde på en underrapportering og at svarprosenten er noe lavere i Kristiansand kommune enn øvrige sammenlignbare kommuner. Pga ferieavvikling i NIBR var det ikke pr. dags dato mulig å innhente respondentlista for Kristiansand kommune for å få en bedre oversikt over hvilke instanser som har rapportert inn og de som man evt mangler tall fra. Dette vil sannsynligvis være klart når denne saken tas opp i helse- og sosialstyret 18.08.2009.

Et resultat som er viktig i denne kartleggingen er at tallet på bostedsløse har gått opp siden 2005. I rapporten det vises til er det skissert to ulike hovedforklaringer eller tilnærminger til bostedsløshet, en individuell og en strukturell forklaring. Disse tilnærmingene kan fungere i et samspill mellom individuelle valg og handlinger- innenfor gitte rammer- og samfunnsmessige strukturer. Den økonomiske nedgangen med blant annet økt arbeidsløshet, vil ha betydning for utviklingen i antall bostedsløse i årene som kommer. Boligmarkedet er også et viktig element i den økonomiske situasjonen som vil påvirke utviklingen av bostedsløshet fremover.

Boligforsyningen og tilgang til boliger vil spille en avgjørende rolle for å motvirke bostedsløshet. I evalueringen av den nasjonale strategien mot bostedsløshet sier kommunene at den viktigste hindringen for å nå målene i strategien var mangel på boliger. Innsatsen for å fremskaffe boliger må styrkes vesentlig dersom tallet på bostedsløse ikke skal fortsette.

For å møte utfordringene knyttet til bostedsløshet jobbes det til enhver tid med å finne løsninger. Kommunen vil gå til anskaffelse av nye boliger i tråd med den vedtatte boligssosiale handlingsplanen som foreligger.

Tall fra EBT bolig tjenesten 2008 og 2009

Pr. 08.08.2008 var det 106 boenheter uten egen/leid bolig hvorav 22 av disse var familier med barn og 84 var enslige. I tillegg var det også 27 familier med barn som stod på venteliste fordi de bodde i en "uegnet bolig". Denne gruppen var ikke bostedsløse, men en del av tallmaterialet som lå til grunn for det store innkjøpet av boliger. Familieleiligheter ble i denne perioden prioritert kjøpt inn. Ca. ett år etter kan EBT bolig tjenesten melde om en positiv utvikling, og pr.06.06.2009 er det registrert 80 boenheter som er "uten egen/leid bolig". 72 av disse boenhetene er enslige, 6 boenheter er familier med barn og 2 boenheter er par uten barn. 17 boenheter, familier med barn, bor i "uegnet bolig". Tallet på familier med barn som har behov for bolig har blitt redusert det siste året, og enslige er den gruppen som bør prioriteres fremover.

En mulig årsak til at flere kom på venteliste for kommunale boliger kan være at prisene på boligmarkedet økte utover høsten 2008. Leieprisene steg, og utleierye sa opp sine leieboere til fordel for svært betalingsdyktige bedrifter som trengte bosted til sine ansatte. De som da ikke hadde råd til å leie boliger kom da inn på de kommunale ventelistene. Dette har nå bedret seg og det kan se ut som det er lettere å skaffe seg private boliger igjen.

Punkt 36/09: Bosetting av flyktninger i Kristiansand kommune ; 2009

Bilag

Saksprotokoll

barnaforst



Dato: 06.08.09
Saksnr.: 200812417-4
Arkivkode E: F30 &73
Saksbehandler: Petter Stranger

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

18.08.2009
02.09.2009

Bosetting av flyktninger i Kristiansand kommune – 2009

Sammendrag:

Viser til anmodningsbrev vedrørende bosetting av flyktninger i 2009 fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, IMDi og senere skriv fra IMDi i februar 2009 vedrørende spesielle utfordringer knyttet til bosetting av Enslig Mindreårige (EM) flyktninger.

I 2009 er det et spesielt behov for å bosette mange flyktninger, og IMDi anmoder derfor Kristiansand kommune om å øke bosettingen til 150 personer, eksklusiv familiegjenforeninger.

Videre ønsket IMDi i utgangspunktet at kommunen skulle bosette 20 enslige mindreårige flyktninger, som nevnt i anordningen av september 2008. Imidlertid er bildet vesentlig endret, og IMDi har ved en konferanse om bosetting av EM i Oslo og ved henvendelse lokalt fra IMDi Sør oppfordret kommunene til å øke bosettingen av EM betydelig. Dette på bakgrunn av en sterk økning av tilstrømmingen av enslige mindreårige til landet, og at svært mange av disse får opphold og nå opptar plasser i statlig mottak i påvente av bosetting i kommune.

Forslag til vedtak:

1. Kristiansand kommune mottar for bosetting 150 flyktninger i 2009. Familiegjenforeninger kommer i tillegg til dette tallet.
2. Kristiansand kommune mottar i tillegg inntil 50 Enslige Mindreårige (EM) under 18 år for bosetting i 2009. Flyktingetjenesten etablerer inntil 35 plasser i individuelt tilpassede bo- og omsorgstiltak for å håndtere dette. Tiltakene finansieres med tilskudd for bosetting av Enslige Mindreårige og statsrefusjon for kommunale barnevernutgifter.
3. Barneverntjenesten styrkes midlertidig for å følge opp den økte bosettingen av Enslige Mindreårige.

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg: "Barna Først" magasin utgitt av integrerings og mangfoldsdirektoratet.

Bakgrunn for saken:

Kommunens apparat for mottak og bosetting av flyktninger har tilpasset seg en ordinær bosetting av omlag 150 personer i året, da bosettingstallene for de siste 8 – 10 år inkludert familiegjenforente har ligget på mellom 150 og 200 personer i året, med unntak av årene 2001 og 2007.

Kommunens apparat omfatter tjenester fra voksenopplæring, grunnskole, barnehage, helsetjeneste inkludert Flyktningetjenesten samt tjenester ved Flyktningetjenesten.

Dette bosettingsantallet anses som den ordinære kommunale driften, slik den har artet seg de siste 15 år. Det er dog en liten økning i forhold til budsjettallene, da disse ha vært basert på bosetting av 120 personer med tillegg av familiegjenforente.

Den spesielle utfordringen i 2009 er boliger til enslige, da IMDi varsler at de fleste flyktningene som skal bosettes er enslige. Dette skaper problemer i alle landets kommuner.

Den økte tilstrømningen til landet har imidlertid gjort det nødvendig å øke bosettingen noe.

Utredning

Høsten 2008 søkte kommunen IMDi og mottok kr. 300.000,- i prosjektmidler for å utrede en økt bosetting gjennom et økt samarbeid i Knutepunkt Sørlandet kommunene. Initiativet, fremmet gjennom helse- og sosialnettverket i Knutepunktet, resulterte i en rapport, der en vurderte mulighetene for slikt samarbeid.

Forslaget til rapport la opp til et økt samarbeid på tvers av kommunegrensene, men på relativt uforpliktende basis. Det er et sterkt ønske fra helse- og sosialnettverket at rapporten utvides til også å se på mulighetene for mer forpliktende interkommunalt samarbeid på dette fagfeltet. Det er satt en frist til 15. oktober for å legge fram en ny rapport, der forhold som oppgaver, økonomi og ressurser vurderes ved to modeller, en samarbeidsmodell, og en modell der en tenker tjenestene samorganisert.

Utfordring

Den nye utfordringen i 2009 handler om enslige mindreårige. Det vises til IMDi's skriv om dette datert februar 2009. Her etterspørres en sterk utvidelse av den årlige bosettingen. IMDi uttaler at det kan være behov for å bosette inntil 50 – 80 enslige mindreårige i inneværende år og i 2010, i kommuner av Kristiansands størrelse.

<http://www.imdi.no/Documents/Innstikk/barnaforst.pdf>

EM over 15 år.

Kristiansand har siden 1997 bosatt enslige mindreårige EM i alderen 15 til 18 år i bokollektiv. Det har blitt bosatt inntil 10 – 15 ungdommer hvert år, tilsammen ca 150 ungdommer fra oppstarten. Erfaringene fra arbeidet har vært at de fleste enslige mindreårige er ressurssterk, flink og tilpasningsdyktig ungdom. De langt fleste har gjennomført utdanning på videregående nivå eller tilsvarende, og har enten fortsatt i utdanning eller skaffet seg arbeid.

Da bokollektivene ble etablert var en i utgangspunktet interessert i å avklare hvorvidt dette var arbeid som skulle drives etter lov om barneverntjenester, eller lov om sosiale tjenester. I kommune–Norge finner en eksempler på begge modeller. I Kristiansand valgte en å legge seg på en modell der tjenestetilbudet ble hjemlet etter lov om sosiale tjenester, men der enkeltsaker skulle meldes til Barneverntjenesten på bakgrunn av en individuell vurdering av den enkeltes behov. Det har gjennom disse årene kun blitt gitt en håndfull barnevernsmeldinger.

EM under 15 år.

Sittende regjering har i Soria Moria erklæringen programfestet at alle tilbud til enslige mindreårige på sikt skal drives etter lov om barneverntjenester. Tiltaket er foreløpig gjennomført bare for EM *under* 15 år, der ansvaret for både mottakssystemet og bosettingen er overført til Barne- Ungdoms- og Familiedirektoratet, Bufdir.

<http://www.imdi.no/Documents/BrosjyrerHefterHaandbok/rutiner%20260908%20u%20merknader.doc>

Forslag til løsning, EM over 15 år.

En større bosetting av enslige mindreårige over 15 år i Kristiansand kommune vil forutsette etablering av flere bofellesskap. I tråd med anbefalinger fra Soria Moria erklæringen og en erkjennelse av at dagens modell med bokollektiv kun bemannet på ettermiddags- og kveldstid ikke møter alle utfordringer knyttet til alle enslige mindreårige, anbefaler en å opprette døgnbemannede bofellesskap.

Ved vedtak om tiltak etter lov om barneverntjenester vil kommunen kunne etablere individuelt tilrettelagte tilbud til den enkelte EM der kommunens egenandel for tiltaket begrenser seg til 13.740,- kr. pr. mnd. Utgifter utover dette vil være berettiget til refusjon fra statlig barneverntjeneste, Bufetat.

<http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barnevern/Satser%20for%20komm.%20bet.%20i%20statlige%20b.v.tiltak%202009.pdf>

Statsrefusjon for barnevernutgifter er ment å dekke alle utgifter til drift av bofellesskapene, så som bemanning, også i en planleggingsperiode på tre måneder før tiltaket opprettes, husleie, utgifter til mat og klær, organiserte fritidsaktiviteter, drift av bilpark, leksehjelp osv.

Øvrige tilskudd ved bosetting av enslige mindreårige er de vanlige, som Integreringstilskudd i 5 år, særskilt tilskudd ved bosetting av enslige mindreårige fram til ungdommen fyller 20 år samt tilskudd til bosetting av personer med alvorlige, kjente funksjonshemninger og atferdsvansker. Ved bosetting av enslig mindreårig i 2009 betales det i tillegg ut et tilskudd på kr. 100 000,- pr ungdom til kommunen.

Det er bred enighet om modellen både blant ansatte ved EM-avdelingen, voksenopplæringen og Flykninghelsetjenesten, som opp gjennom årene har opplevd at enkelte ungdommer med mer krevende og sammensatte behov til profitere på tilbud om tettere oppfølging. Det er fra statens side lagt til rette for at utgifter knyttet til en slik modell må dekkes gjennom vedtak etter lov om barneverntjenester. Dersom kommunen skulle velge å hjemle tiltakene etter lov om sosiale tjenester, er det ikke mulig å få dekket inn merkostnadene ved statlig refusjon.

En slik løsning vil imidlertid medføre merarbeid ved Barneverntjenesten, som må gjøre vurderinger av hver enkelt ungdom, fatte vedtak, følge opp disse, og generelt sikre overgang til framtidige tiltak til den enkelte ungdom ved fylte 18 år eller når ungdommen på frivillig basis ønsker oppfølging til fylte 20 år. Denne ekstra stillingsressursen etableres ved Barneverntjenesten på midlertidig basis, i takt med utviklingen av antallet barn som til enhver tid er enslige mindreårige i tiltak.

Bosetting av ungdom, EM under 15 år.

En tenker ikke at det er aktuelt å bosette enslige mindreårige under 15 år i slike bofellesskap, som en generell ordning. Det kan selvsagt gjøres unntak for ungdom som fyller 15 i nær framtid, eller av særskilte grunner kan nyttiggjøre seg en slik boløsning. En eventuell bosetting av barn under 15 år forutsetter bruk av barneverntjenestens ordinære virkemidler.

Kostnader

Kommunens utgifter til bosetting av flyktninger, EM og andre, kompenseres fra statens side gjennom integreringstilskuddet. Rapporten fra Beregningsutvalget for beregning av "Kommunenes utgifter til bosetting og integrering av flyktninger og personer med opphold på humanitært grunnlag i 2008" viser at Kristiansand kommune har lave kostnader sammenlignet med andre kommuner.

Utgifter per person i målgruppen til sosialhjelpsutbetalinger, introduksjonsstønad, integreringstiltak og til administrasjon av disse. 2008. Indeks 100 er lik gjennomsnittet for kommunene i utvalget.¹

Kommune	Sosialhjelp	Administrasjon	Introduksjonsstønad	Totalt
0301 Oslo	95	110	79	101
0602 Drammen	54	101	109	97
1001 Kristiansand	91	57	87	68
1103 Stavanger	81	120	100	110
1201 Bergen	-	106	122	-
1601 Trondheim	136	131	103	125
Utvalgskommunene	100	100	100	100
Alle kommuner	99	-	97	-

Tabellen viser tall fra Beregningsutvalgets kartlegging av utgifter i 2008, for en del ASSS kommuner. <http://www.kristiansand.kommune.no/bin/744DBCF7-3BEE-4194-BC28-CA8A320EED5D.pdf>

Merutgifter til større bosetting totalt og sterk økning i antall EM dekkes inn med de økte statlige overføringene knyttet direkte til bosetting av flyktninger; integreringstilskudd, særskilt tilskudd for bosetting av enslige mindreårige, tilskudd til bosetting av personer med alvorlige, kjente funksjonshemninger og atferdsvansker, tilskudd til voksenopplæring, grunnskoletilskudd, osv.

Utgifter knyttet til bosetting av EM i bemannede bofellesskap.

Bemannet bofellesskap.

De bemannede bofellesskapene må opprettes og bygges ned i takt med behovet. Det er ikke aktuelt å drive et bemannet bofellesskap uten beboere. Beboere som skal ha plass i fellesskapet må plasseres der på grunnlag av vedtak etter barnevernlovens § 4, div underpunkt.

Driften av et bemannet bofellesskap til 5 personer vil i året koste i lønnsmidler ca 4,5 mill kr., husleie ca 250 000 kr., livsopphold til barna.300 000 kr., strøm, vedlikehold, TV, internett, osv 200 000 kr pr år, bildrift ca 100 000 kr., samlet ca 5 350 000 kr.

Kommunens utgifter vil begrense seg til en egenandel pr. barn på kr.164 880 pr år, (se under). De øvrige kostnader vil dekkes av statsrefusjon for kommunale barneverntiltak.

Kommunens egenandel til den enkelte beboer i bofellesskap

Kr. 13.740,- pr mnd, 12 mnd. pr. år 164 880 kr.

Kommunens inntekt ved økt integreringstilskudd ved økt bosetting på 50 EM, utover budsjett.

Integreringstilskudd pr. person, 531 000 kr, utbetales over 5 år, snitt pr år	106 000 kr	
S. tilskudd for bosetting av enslig mindreårig pr år. til ungd. fyller 20	<u>115 850 kr.</u>	
Overskudd pr person pr år	56 970 kr	
Ved 50 EM bosatt	(56 970 x 50)	2 848 500 kr

Av dette må om lag 1 000 000 kr tilføres Barneverntjenesten for å håndtere den økte pågangen på tjenesten i forholdet til arbeidet med å vurdere og opprette tiltak for den enkelte enslige mindreårige. Videre må Flyktningetjenesten styrkes med en stilling, 500 000 kr, for å håndtere økt administrasjon av flere bemannede bofellesskap.

I 2009 vil kommunen også motta ytterligere 100 000 kr, pr. bosatt ungdom i et såkalt ekstraordinært tilskudd, kun i bosettingsåret 2009. Ved bosetting av 25 enslige mindreårige i 2009 vil dette kunne utgjøre ytterligere 2,5 mill. kr. i inntekt for kommunen. Dette kan benyttes til innkjøp av bil og møbler, etc. utgifter som ikke dekkes av statlig barnevernrefusjon.

Dersom ungdommen ved fylte 18 år velger å flytte ut av tiltaket, bortfaller den kommunale egenandelen, mens tilskuddene til kommunen videreføres. Ungdommen vil da under normale omstendigheter være i gang med videregående skole, og kan søke Lånekassen om stipend og lån til utdanning. I motsatt fall vil vedkommende være et ansvar for det ordinære tjenestene som sosialtjenesten og NAV, og ha rettigheter til arbeidsmarkedstiltak og økonomisk sosialhjelp.

Punkt 37/09: Kartlegging av radongass i bygninger - orienteringsak

Bilag

Saksprotokoll

V2 - Temakart - Radonforekomst i eksisterende bygg

V1 - Utdrag fra overordnet ROS-analyse om radonforekomst i eksisterende bygg



Dato: 10. aug 2009
Saksnr.: 200908022-1
Arkivkode E: J77
Saksbehandler: Vegard Vige

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

18.08.2009
19.08.2009

Kartlegging av radongass i bygninger - orienteringssak

Sammendrag:

På bakgrunn av Bystyrets vedtak i sak 84/09 fremlegges informasjon om kommunens arbeid med å kartlegge radonforekomst i bygninger i kommunen. Det er samlet kunnskap om målinger fra 771 bygg i hele kommunen. Hva radonforekomst angår skiller Kristiansand seg lite ut fra landsgjennomsnittet. Vi har ikke funnet spesielt høye verdier. Imidlertid kan ingen del av kommunen "frikjennes" som fri for radon, I forhold til eksisterende boliger bør det gjennomføres radonmåling i alle boliger på bakkeplan.

I forhold til nye boliger er regelverket klart i forhold til de krav til radonsikring som stilles med grunnlag i den nye plan- og bygningsloven. Nye bygg med lokaler for varig opphold i Kristiansand skal bygges med radonsikring.

I forhold til kommunens egne bygg gjennomføres den nødvendige radonmåling og radonsikring systematisk.

I forhold til eksisterende bygg anbefales at man foralle lokaler for varig opphold på eller under bakkenivå måler radonkonsentrasjon, og gjentar målingen hvert 10. år. Å bruke kjellerlokaler uten radonsikring eller med ukjent radonnivå til varig opphold frarådes.

Husstander med privat vannforsyning fra brønn anbefales måle radon i drikkevannet.

Kommunen vil i løpet av høsten intensivere sitt informasjonsarbeid om radon overfor innbyggerne ved å legge ut informasjon på kommunens hjemmeside, og ved utsending til husstandene.

Forslag til vedtak:

1. Den fremlagte informasjon tas til orientering

Tor Sommerseth
rådmann

Vegard Vige
kommuneoverlege

Trykte vedlegg: Utdrag fra overordnet ROS-analyse om radonforekomst i eksisterende bygg
Temakart - Radonforekomst i eksisterende bygg

Bakgrunn for saken :

På bakgrunn av interpellasjon fra Vidar Kleppe vedtok Bystyret i sak 84/09 å be kommunen intensivere arbeidet med å kartlegge mengden av radongass i Kristiansand.

Som bakgrunnsinformasjon vises til den vedlagte utdrag fra kommunens overordnede ROS-analyse, og temakart om radon i Kristiansand. Statens strålevern er den statlige fagmyndighet for radon, og har publisert mye aktuell informasjon på sin [hjemmeside](http://www.nrpa.no) <http://www.nrpa.no>.

Radongass frigjøres fra bergarter som inneholder uran, og gassen kan konsentreres opp i inneluften om bygningen ikke bygges med radonsikring.

Kommuneoverlegen/miljørettet helsevern er kommunens rådgivere i forhold til spørsmål om radon, og får en rekke henvendelser fra publikum. I tillegg er vi godkjenningssmyndighet for skoler og barnehager etter Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v., og vi stiller krav til gjennomført radonmåling og eventuelt nødvendige utbedringstiltak som betingelse for godkjenningen. Radonnivå er derfor registrert for samtlige skoler og barnehager.

På 90- og tidlig 2000-tall ble det gjennomført målekampanjer, og vi har samlet 771 måleverdier fra bygninger i Kristiansand.

Videre har vi fått løfte fra 2 private firmaer som tilbyr radonmåling at de vil sende oss kopi av de målingene disse firmaene gjennomfører i private boliger i løpet av vinteren 2009/2010, dette vil bidra til å bedre denne oversikten.

På bakgrunn av de verdier vi har oversikt over kan vi konkludere med at Kristiansand kommune ikke peker seg spesielt ut i noen retning sammenlignet med landet for øvrig. Vi har ikke påvist spesielt høye radonverdier i kommunen. På den annen side er det påvist radonverdier over den anbefalte tiltaksgrense på 200 Bq/m³ luft i alle deler av kommunen, og det er således ikke mulig å "frikjenne" noen del av kommunen som radonfri. Dette betyr at i alle deler av kommunen må man ta normal hensyn til radon både i forhold til eksisterende bygg og i forhold til nybygg.

Det synes være en opphopning av noe høyere radonnivåer langs forkastningssonen langs vestsiden av Topdalsfjorden, dette er et forventet resultat ut fra de geologiske forhold, men heller ikke her er situasjonen spesiell eller urovekkende.

Gjeldende anbefaling er derfor at det bør måles radonkonsentrasjon i inneluften i alle lokaler for varig opphold – dvs oppholds- og soverom i boliger, og alle lokaler som brukes til skole- og barnehageformål, og som arbeidsplasser. Det er aktuelt å gjennomføre måling i lokaler av denne type i kjellere, på bakkeplan og opp til etasjen over bakkeplan. Det er også aktuelt å anbefale at målingene gjentas etter 10 år, da mindre endringer i grunnen kan oppstå fra tid til annen og endre radonsituasjonen over tid.

I forhold til de bygninger som kommunen eier og/eller har driftsansvar for gjennomføres radonvurdering og radonmåling, dette synes være i god gjenge. Skoler og barnehager (også private) er sikret gjennom kravet om radonmålinger knyttet til godkjenningen. For privateide bygg er det imidlertid ingen lovhjemmel for å kreve radonmålinger, det er den enkelte huseiers ansvar å ivareta dette. Kommunen kan imidlertid bidra med rådgivning.

Det er fra sentralt hold gjort flere ting som i tiden fremover vil bidra til å styrke det radonforebyggende arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet publiserte juni 2009 en ny [strategi for å redusere radoneksponering](#) – denne inneholder en rekke forslag som regjeringen kan implementere i perioden 2009 – 2015, og dette vil på litt sikt kunne bidra til å styrke arbeidet mot radoneksponering.

Departementet har parallelt sendt på høring med høringsfrist 1. oktober 2009 et forslag til ny forskrift om strålevern og bruk av stråling. Det foreslås i denne å forskriftsfeste tiltaksgrensen for radon til 100 Bq/m³ for lokaler for varig opphold, med en absoluttgrense på 200 Bq/m³ - og formalisert krav til dokumentasjon om at radonnivået er kommet under 200 Bq/m³ etter gjennomførte tiltak.

Forskriften stiller krav om at alle boenheter for utleie, barnehager og skoler kan dokumentere at de tilfredsstiller radonnivåene (heller ikke her har man funnet mulighet for å kreve dokumentasjon fra private huseiere for den bolig de selv bor i).

Den nye plan- og bygningsloven trådte i kraft 1. juli 2009, og stiller i sin tekniske byggforskrift krav til radonnivå i oppholdsrom i samsvar med den nye strålevernforskriften – dvs at det er under 200 Bq/m³. Dette betyr at det er ulovlig å oppføre en ny bygning som ikke ivaretar disse kravene. Det synes rimelig å anta at dette lovkravet er tilstrekkelig i forhold til nye bygg, og at det dermed ikke foreligger behov for noen særskilt styrking av det radonforebyggende arbeidet utover hva lovverket krever.

Kommunen ved det miljørettede helsevern vil, på bakgrunn av Bystyrets vedtak om å intensivere dette arbeidet, i nær fremtid bedre den tilgjengelige informasjon rettet mot innbyggerne på kommunens hjemmeside. Videre planlegger vi å lage et informasjonsskriv som kan sendes ut til alle husstander, antakelig i løpet av høsten 2009.