

Til medlemmer i Sandnes Eldreråd

Varamedlemmer kalles inn ved forfall.

INNKALLING TIL MØTE I SANDNES ELDRERÅD

Tid/sted: Mandag 5.september 2016 kl. 10.00 på Rådhuset Møterom 1A

Saksliste:

- Sak 34/16** Godkjenning av innkalling, og protokoll fra møte 30. mai 2016
- Sak 35/16** Annelin Tangen informerer:
- Framdrift nytt boas
 - o Informasjon om søkere til stillinger
 - Framdrift Somaveien 299
 - Menn i helse
 - Tilbakemeldinger på saker, se forrige protokoll og tilleggsuttalelser
 - o Status tjenstedeling 1. tertial
 - o Ernæring og matomsorg i sykehjem
 - Status hjertestartere og teleslynge på boasène
 - Sak fra Helsedirektoratet – Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten, med høringsfrist 12. september
 - Skatteinngangen så langt i år
 - Med mer
- Sak 36/16** **Hverdagsrehabilitering – utvikling og status**
(sak vedlagt)
- Sak 37/16** **Høring – Innføring av automatisk frikortordning innen fysioterapi med mer**
(sak vedlagt)
- Sak 38/16** **Oppfølging av pårørende/brukerrepresentantundersøkelse – bo-og aktivitetssentre**
(sak vedlagt)
- Sak 39/16** **Høringsuttalelse – oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen**
(sak vedlagt)
- Sak 40/16** **Informasjon**
- Evt. informasjon fra medlemmer som er med i diverse utvalg
 - Karen Margrethe
 - o Eldrerådet i fylket
 - o Sandnes – demensvennlig by
 - Folkemøte «Aktive eldre» onsdag 14.september
 - Gratis konsert i Sandnes kirke – hvem stiller som brannvakt?
 - Senioruka 2016 – billetter i salg på sentrene

- Åpning av Riska boas
- Trim i Sandneshallen – Gudmund
- Storbykonferansen - Martha
- Arbeidsgruppemøte med Nasjonalforeningen for folkehelse – Aktivitetsvenn – Martha
- Evt. annen informasjon

Eventuelt

Forfall meldes sekretæren på telefon 51 68 15 00 eller på mail:

anne.tjessem@sandnes.kommune.no

Med vennlig hilsen

Aase-Brit Borsheim
Leder

Anne Tjessem Ognedal
sekretær

Arkivsak-dok. 13/07890-13
Saksbehandler Evy Bue Fadnes

Behandles av	Sakstype	Møtedato
Sandnes eldreråd	Utvalgssaker	05.09.2016
Utvalg for helse- og sosialtjenester 2015-2019	Utvalgssaker	07.09.2016

Hverdagsrehabilitering - utvikling og status

1. Saken gjelder

Rådmannen presenterer i denne saken informasjon om tjenestetilbudet «hverdagsrehabilitering» med orientering om organisasjonsutvikling og statusoppdatering.

2. Bakgrunn

Hverdagsrehabilitering er en forholdsvis ny form for rehabilitering for hjemmeboende, ofte eldre personer med funksjonsfall. Tjenesten skal bidra til at hjemmeboende klarer seg selv hjemme - så lenge som mulig.

Hverdagsrehabilitering er tidsavgrenset, og tar utgangspunkt i opptrening av daglige aktiviteter som er viktig for den enkelte å mestre. Treningen foregår i deltakers hjem og eller nærmiljø. De fleste eldre ønsker å klare seg selv og bo lengst mulig hjemme.

Hverdagsrehabilitering startet i januar 2013 som prosjekt i Sandnes kommune og ble prøvd ut i 2 av kommunens 5 omsorgsdistrikter. Erfaringene fra prosjektperioden var gode og i oktober 2013 vedtok Utvalg for helse- og sosialtjenester, sak 43/13, en implementering av tjenesten til hele kommunen. Vedtaket ble fulgt opp av bevilgninger i Økonomiplan 2014-2017. I juni 2014 ble det ansatt et sentralt team med en fysioterapeut, en ergoterapeut og en helsefagarbeider. Hver av sonene for hjemmetjenester fikk i tillegg en hjemmetrener i 30%.

3. Ny organisering

Fra 1. april 2016 ble teamet i Hverdagsrehabilitering økt med 2,7 årsverk, etter vedtak av Bystyret i sak 119/15 *Økonomiplan 2016-2019*. Hverdagsrehabiliteringsteamet er lokalisert på Sandnes Helsesenter (SHS) og består av leder, 2 fysioterapeuter, 2 ergoterapeuter og en helsefagarbeider. Til sammen 5,7 årsverk. Hverdagsrehabiliteringsteamet kartlegger deltakers behov og utarbeider rehabiliteringsplan og treningsprogram som tar utgangspunkt i de mål som deltakeren selv har satt seg. Det er hjemmetrenere i hjemmetjenesten som utfører treningen sammen med deltaker etter opplæring og veiledning fra teamet.

Hverdagsrehabilitering er etablert som en egen tjeneste. Hverdagsrehabiliteringsteamet mottar henvendelser fra hjemmetjenesten, de eldre selv, SHS, SUS, pårørende og andre. Etter et vurderingsbesøk med informasjon om hverdagsrehabilitering kan den enkelte søke tjenesten. Vedtak fattes av Tildelingskontoret. Hjemmetjenesten får finansiert sin innsats i hverdagsrehabilitering gjennom finansieringsmodellen og leverer nå 3 typer tjenester: Hverdagsrehabilitering, hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Samarbeid

Leder i Hverdagsrehabiliteringsteamet samarbeider med Tildelingskontoret for å sikre at tjenesten tilbys til de som kan ha nytte av den.

Det er tett samarbeid mellom sonene i hjemmetjenesten og Hverdagsrehabiliteringsteamet. Terapeuter fra teamet deltar jevnlig på møter i sonene. Det er også tett dialog med Sandnes Helsecenter i forhold til oppfølging av brukere som skrives ut til hjemmet.

4. Effekt av tjenesten – forskning i Norge

Senter for omsorgsforskning vest og CHARM ved Universitetet i Oslo fremla nylig en rapport om hverdagsrehabilitering hvor 43 norske kommuner deltok i et treårig prosjekt. Rapporten *«Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner»* viser at Hverdagsrehabilitering gir redusert behov for hjelp både på kort og lang sikt. Deltakere er dessuten mer fornøyd

med støtte til å gjøre ting selv, enn at noen gjør det for dem. Dette understøttes av en ny studie fra Voss som har sett på kostnadseffekten av hverdagsrehabilitering. Studien *«Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial»* viser at dersom eldre får tilbud om trening i hverdagsaktiviteter vil etterspørselen etter hjemmetjenester gå ned.

158 kommuner i Norge gir tilbud om hverdagsrehabilitering (pr.7 juni 2016). Organiseringen av tjenesten og valg av modell er ulik fra kommune til kommune. I følge rapporten er det ingen modell som kommer bedre ut enn andre. Felles er ambisjonen om å integrere hverdagsmestringstankegangen og hverdagsrehabiliteringstilbudet tettere på hjemmetjenesten (*«Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering av norske kommuner»*). En endring av arbeidsmetode og tankegang tar tid (*«Det handler om verdighet»*, Bredland E.L, Linge O.A og Vik K, 2000). Det er viktig med forankring i ledelsen for å holde fokus på ny tankegang, arbeidsmetode og en bevisstgjøring av innholdet i tjenester som til enhver tid gis (*«Hverdagsrehabilitering»* Tuntland & Ness, 2014).

5. Gjennomføring og effekt av hverdagsrehabilitering i Sandnes

Deltakere blir testet ved oppstart i forhold til fysisk funksjon (SPPB), og gjennom et målformuleringsverktøy (COPM) definerer deltaker selv hvilke mål eller aktiviteter som er viktige å mestre. Endringer i fysisk funksjon og deltakerens tilfredshet i forhold til måloppnåelse er effekter som kan måles.

I perioden 1. januar til og med 30.juni 2016 mottok Hverdagsrehabiliteringsteamet 190 henvendelser. Det er en stor økning i antall henvendelser fra SHS og Tildelingskontoret. Flere eldre og pårørende tar selv kontakt med ønske om hjelp til opptrening.

123 personer startet opp med Hverdagsrehabilitering første halvår 2016. Hos 28 personer resulterte deltakelse i en nedgang av hjemmesykepleie på til sammen 155 besøk og 45,53 timer.

Tabellene under viser oversikt i reduksjon av timer og besøk hos 28 deltakere.

Antall timer hjemmesykepleie ved oppstart	128,33
Antall timer hjemmesykepleie ved avslutning	82,80
Differanse	45,53
Reduksjon i %	- 35,5%

Antall besøk av hjemmesykepleien pr uke ved oppstart	280
Antall besøk av hjemmesykepleien pr uke ved avslutning	125
Differanse	155
Reduksjon i %	-55,4%

18 deltakere hadde ikke hjemmesykepleie ved oppstart, ei heller ved avslutning. I disse tilfellene kan deltakelse med stor sannsynlighet ha hindret behovet for hjelp. Hos 43 personer ble det ingen nedgang i antall timer eller besøk. Hjelpetiltakene her var ofte hjelp til medisiner, drypping av øyne og hjelp til strømper, men også pleie. Hos 18 av disse ble det registrert en bedring av deres fysiske funksjon, eller de scoret seg som mer fornøyd med å klare det de ønsket å mestre. Erfaring i Sandnes viser at ingen reduksjon i timer eller besøk etter deltakelse kan likevel ha økt deltakerens livskvalitet og fysisk funksjon.

Ikke alle henvendelser resulterer i oppstart eller fullføring av rehabiliteringen. Dette er det forskjellige årsaker til. Noen synes at de klarer seg fint og ønsker ikke å delta, andre får en forverring i helsetilstand, blir innlagt eller har/får behov for annen tjeneste. For brukere som har vært på rehabiliteringsopphold blir ikke hverdagen hjemme nødvendigvis så vanskelig som de hadde trodd.

Tilbakemeldinger fra deltakere:

Fra februar 2016 har alle deltakere fått mulighet til å evaluere tjenesten gjennom et evalueringsskjema med 5 spørsmål (se vedlegg).

Av 79 spurte har 38 gitt sin tilbakemelding. Deltakerne er jevnt over godt fornøyde. Mange har blitt mer aktive og har hatt utbytte av å delta. De fleste har nådd sine mål og vil anbefale tjenesten til andre. Støtte og oppmuntring blir dratt fram som en viktig faktor for fremgang og økt mestring.

6. Rådmannens vurdering

Satsing på hverdagsrehabilitering er en del av arbeidet med omstilling i hjemmetjenesten.

Tjenesteområdet er pålagt store omstillingskrav, og fokus på nye måter å jobbe på for å kunne utsette behov for tjenester, er dermed helt nødvendig. Hverdagsrehabilitering inngår som en del av dette arbeidet.

Tilførte ressurser til hverdagsrehabilitering fra april 2016 gjør det mulig å tilby tjenesten til flere i målgruppen. Hverdagsrehabilitering har fått større fokus blant ansatte og i samfunnet ellers. Tett samarbeid med Tildelingskontoret, økt kontakt med hjemmetjenesten og teamets lokalisering på Sandnes Helsecenter bidrar til å utvikle tjenesten slik at eldre kan klare seg selv hjemme - lengst mulig. Antall henvendelser øker. Flere har sett effekten av hverdagsrehabilitering og hjemmetjenesten fokuserer mer på brukernes ressurser i stedet for deres begrensninger.

Strategi beskrevet i Økonomiplan 2016-2019 er at hverdagsrehabilitering må tilbys alle aktuelle brukere i hjemmetjenesten. Ut fra foreløpig tallgrunnlag etter ny organisering vurderes det som nødvendig å arbeide videre med å utvikle hverdagsrehabilitering i Sandnes.

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering.

Rådmannen i Sandnes, 16.08.2016

Elin Selvikvåg
kommunaldirektør

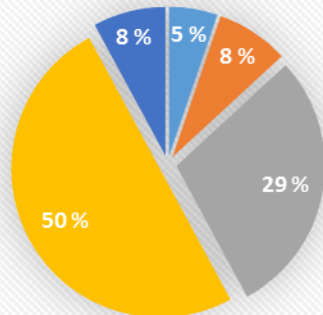
Evy Bue Fadnes
rådgiver

Vedlegg:

Tilbakemeldinger fra deltakere i hverdagsrehabilitering 1 og 2 kvartal 2016.docx

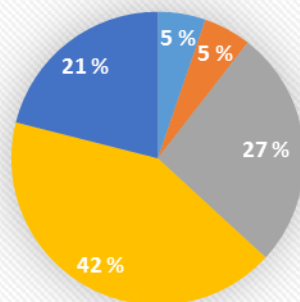
Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.

Økt aktivitet i hverdagen



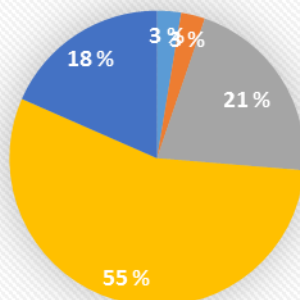
Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad
I stor grad I svært stor grad

Måloppnåelse



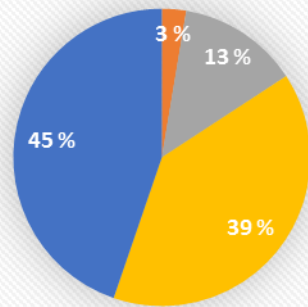
Ikke i det hele tatt I liten grad I noen grad
I stor grad I svært stor grad

Utbytte av å delta



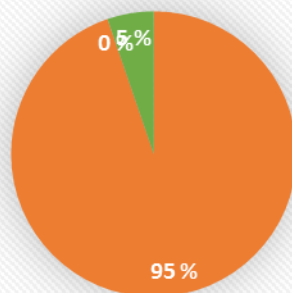
Ikke noe utbytte Lite utbytte En del utbytte
Stort utbytte Svært stort utbytte

Tilfredshet i forhold til støtte



■ Ikke i det hele tatt ■ I liten grad ■ I noen grad
■ I stor grad ■ I svært stor grad

Vil du anbefale tjenesten til andre?



■ Ja ■ Nei ■ Vet ikke

Arkivsak-dok. 16/08589-2
Saksbehandler Frode Otto
Ingunn S. Ytredal

Behandles av	Sakstype	Møtedato
Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne	Behandling av utvalgssak	
Sandnes elderåd	Behandling av utvalgssak	
Utvalg for helse- og sosialtjenester 2015-2019	Utvalgssaker	07.09.2016

Høring - Innføring av automatisk frikortordning innen fysioterapi med mer

Helse- og omsorgsdepartementet har 20.06.2016 sendt ut på høring et dokument som omhandler nødvendige forskriftsendringer som følge av automatisering av egenandelstak 2. Grunnlag for egenandelstak 2 er godkjente egenandeler fra fysioterapibehandling, enkelte former for tannsykdommer, opphold ved godkjente opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet. Det betyr at når pasientene har betalt samlede egenandeler opp til et visst beløp, får de frikort, på samme måte som ved *egenandelstak 1*, som omfatter lege- og psykologbehandling, medisiner på blå resept, poliklinisk behandling, røntgen- og laboratorieundersøkelser og syketransport.

Endringene som foreslås er:

1. Pasientene vil få tilsendt frikort automatisk, slik det allerede er i dag med frikort etter egenandelstak 1. I dag må de selv spare på kvitteringer og søke om frikort.
2. Alle som krever egenandeler som inngår i egenandelstak 2 (fysioterapi, rehabiliteringsinstitusjoner, enkelte tannhelsetjenester og behandlingsreiser til utlandet), pålegges å sende inn rapporter og krav om oppgjør elektronisk hver 14. dag. Fastleger, apotek og poliklinikker gjør dette allerede i forbindelse med egenandelstak 1.
3. Listen over diagnoser som i dag kvalifiserer for fysikalsk behandling uten egenandel, fjernes.
4. Aldersgrensen for fysikalsk behandling uten egenandel heves fra 12 til 16 år.
5. Forundersøkelser før eventuell oppstart av kjeveortopedisk behandling («reguleringstannlege») skal ikke lenger inngå i egenandelstak 2.
6. Kommunale fysioterapeuter forutsettes å kreve inn egenandeler, rapportere inn disse hver 14. dag, og kommunene blir fra 2017 trukket 175 millioner kroner i statlige overføringer på grunn av denne antatte ekstraintekten.

Om kommunale fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter

Sandnes kommune har siden innføring av Kommunehelsetjenesteloven i 1984 hatt både kommunale fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftsavtale. Kommunen ser på kommunale fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter som en tjeneste og har fordelt arbeidsoppgavene slik at de som har behov for individuell fysioterapibehandling og kan benytte et fysikalsk institutt går til privat fysioterapeut. Disse pasientene betaler egenandel etter gjeldende avtaler.

Kommunale fysioterapeuter har gjennom årene fått mange ulike arbeidsoppgaver i tillegg til rent kommunale oppgaver på helsestasjon, skolehelsetjeneste og sykehjem. Dette gjelder blant annet tiltak på Frisklivssentralen, fallforebyggende grupper for eldre samt innen hverdagsrehabilitering, rehabilitering og habilitering.

Kommunale fysioterapeuter tar seg i hovedsak av behandling av barn, funksjonshemmede og eldre. Det gjelder i stor grad sammensatte omfattende saker som utføres i tett tverrfaglig samarbeid med ergoterapeuter, hjemmesykepleien og ulike andre yrkesgrupper.

Etter innføring av samhandlingsreformen kommer pasientene raskt tilbake til kommunen etter sykehusopphold. Kommunen har fått et større ansvar for svært syke pasienter, hjemmeboende barn og voksne med omfattende behov for behandling.

Fysioterapeutenes arbeid innen rehabilitering består av ulike oppgaver og varierer fra sak til sak. En del av arbeidet er individuell behandling av pasienten, tilrettelegging og tilpasning av tekniske hjelpemidler, tilrettelegging av arbeidsplass og bolig, veiledning av personale og pårørende og deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Mange av disse oppgavene støttes ikke av takstsystemet.

Vurdering

Kommunen er enig i endringsforslag 1, 3, 4 og 5.

Når det gjelder forslag 2 om elektronisk innsending av egenandeler vil dette medføre økte kostnader. De fysioterapeutene som har driftsavtale sender i dag krav om oppgjør til Helfo med jevne mellomrom. Kravene sendes både i papirform, CD eller på minnepinne. Ingen avtalefysioterapeuter i Sandnes kommune er tilknyttet Norsk Helsenett. Instituttene har ikke pasientprogram eller lisenser som støtter elektronisk overføring. Et eventuelt krav om at egenandelsopplysninger «skal sendes elektronisk over linje i det format Helsedirektoratet fastsetter» vil bli utfordrende og medføre kostnader for instituttene. Kommunens dokumentasjonsprogram Profil er heller ikke tilrettelagt for registrering og overføring av egenandelsopplysninger.

Forslag 6 om innføring av egenandeler på kommunal fysioterapi og trekk i statlige overføringer er problematisk av flere grunner, bl.a. at arbeidsoppgavene til fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten gir i svært få tilfeller grunnlag for innkreving av egenandel samt at ekstraarbeid og kostnader med innkreving av egenandeler overskrider langt størrelsen på mulig refusjon.

For å kunne innkreve egenandeler for kommunale fysioterapeuter må kommunen ha et system for rapportering til Helfo hver 14. dag. Det elektroniske pasientprogrammet som brukes i kommunehelsetjenesten er ikke tilrettelagt for rapportering til Helfo. All behandling hvor en kan kreve inn egenandeler er basert på rekvisisjon fra lege. Det er kun en liten del av arbeidet i kommunal fysioterapi. Det gir ekstra arbeid for legene å fylle ut og ekstraarbeid for fysioterapeutene å innhente rekvisisjon, uten at det gir merverdi for pasientene.

I høringsdokumentet (side 26) står det følgende om gratis tjenester:

«Ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 var intensjonen at betalingsordningen skulle være lik for behandling hos privatpraktiserende og fast ansatte fysioterapeuter. I praksis er det en del kommuner som ikke krever egenandeler slik som forutsatt, fordi de legger til grunn at de som mottar behandling av kommunens fast ansatte fysioterapeuter som hovedregel faller inn under sykdomslista og har rett til gratis behandling. I tillegg utfører de ansatte fysioterapeutene ulike oppgaver som ikke honoreres gjennom takstsystemet som vurdering, tilrettelegging og tilpasning av tekniske hjelpemidler. Behandling utført av kommunalt ansatte fysioterapeuter vil derfor kunne oppfattes som en gratis tjeneste. For øvrige helsetjenester som delfinansieres av folketrygden er det innført egenandeler/pasientbetaling. Det skal gode grunner til for at fysioterapitjenester som sådan skal skille seg vesentlig fra andre tjenester når det gjelder egenandelsspørsmålet.»

Dette er ikke helt i tråd med dagens virkelighet. Kommunefysioterapeutene tar utgangspunkt i pasientens behov og muligheter og tilrettelegger tiltak i forhold til det. Det er ikke refusjonsordningen som styrer hvilke tiltak pasienten får. Dette er kun pasienter som ikke kan benytte seg av fysikalsk institutt som får oppfølging av kommunal fysioterapi. Hovedgruppen av disse er pasienter med store omfattende rehabiliteringsbehov som trenger bred tverrfaglig samhandling. Noen eksempler på dette er hjemmeboende pasienter i terminalfase, pasienter med slag, alvorlige lungesykdom og eldre multimorbide.

Det innebærer tidkrevende oppgaver som ikke dekkes av dagens takstsystem som for eksempel deltagelse i utforming individuell plan, ansvarsgruppemøter og søknad om tekniske hjelpemidler og tilrettelegging av bolig.

I høringsnotatet (side 33) står det at kommunene vil få om lag 175 mill. kroner (2017) i økte inntekter i form av økt egenbetaling og *«Økte inntekter for kommunen som følge av at flere pasienter må betale egenandeler for fysioterapi hos ansatte fysioterapeuter vil komme til fratrukk i overføringer til kommunene.»*

Hvordan dette skal håndteres er ikke avklart. Hvilket utslag dette vil gi for den enkelte kommune er svært usikkert.

De kommunale fysioterapeutene finansieres ved hjelp av kommunale bevilgning samt

fastlønnskudd fra Helfo¹. For Sandnes gjelder dette 24 fysioterapeuter, 16 av disse arbeider med pasienter over 16 år. Fastlønnskuddet tilsvarer ca 3 millioner kroner. Dersom disse midlene bortfaller vil det betyr en reduksjon av tjenesten med fem fysioterapiårsverk, og det er ikke i tråd med overordnede prioriteringer av tidlig innsats, hverdagsrehabilitering, frisklivsarbeid og forebygging.

Den foreslåtte reduksjonen i overføring av midler til kommunen kan vanskelig erstattes med innkreving av egenandel hos pasientene.

Forslag til vedtak:

Utvalg for helse- og sosialtjenester gir sin tilslutning til rådmannens saksutredning

¹ Forskrift om fastlønnskudd til delvis dekning av kommunens utgifter til fysioterapitjenesten

Rådmannen i Sandnes, 19.08.2016

Elin Selvikvåg
kommunaldirektør

Ingunn S Ytredal
Leder fysio- og ergoterapi

Vedlegg:

16-08589-1 Høringsbrev - Innføring av automatisk frikort for egenandetak 2.pdf

16-08589-1 Høringsnotat automatisk frikort til utsending.pdf

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.

Dato 17. juni 2016

Høringsnotat

Innføring av automatisk frikortordning for egenandelstak 2 og avvikling av sykdomslisten - Forslag til endringer forskrift om utlevering av frikort og refusjon av betalte egenandeler uten at det er satt fram krav, egenandelsregisteret og stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m.

Ifølge adresseliste

Dato ref	Vår ref	Dato
	16/4127-	20.06.2016

Høringsbrev - Innføring av automatisk fritak for egenandelstak 2 og avvikling av sykdomslisten i fysioterapiordningen m.m.

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag om nødvendige forskriftsendringer som følge av automatisering av egenandelstak 2. Notatet inneholder også forslag om å endre egenandelstak 2-ordningen og å avvikle sykdomslisten fra 1. januar 2017. Aldersgrensen for fritak foreslås hevet til 16 år, og egenandelstaket foreslås senket til om lag 2000 kroner.

Om forslaget

Sykdomslisten gir pasienter innen visse diagnosegrupper rett til fritak fra egenandel hos fysioterapeut. På diagnoselisten er det listet opp nær 100 diagnoser som gir rett til fritak for egenandeler for fysioterapi uten at det er tatt hensyn til pasientens funksjonsproblem og behovet for fysioterapi. Folkehelseinstituttets nylig fremlagte sykdomsbyrderapport viser at korsrygg- og nakkesmerter er den mest vanlige helseplagen blant folk flest. Mange av disse tilstandene er ikke diagnosespesifikke, men angir smerter i en region som ikke gir fritak for egenandel. Listen slik den fungerer i dag virker urettferdig da ikke alle diagnosegrupper med store utgifter til tjenesten er listet opp.

Norheimutvalget NOU 2014:12 foreslo også å øke egenandelen for diagnoser på diagnoselisten og omtalte skjevheten i ordningen.

En avvikling av sykdomslisten gir rom for å bedre skjermingen for andre som mottar tjenester omfattet av egenandelstak 2 og for å skjerme barn opp til 16 år særskilt. Det foreslås å heve aldersgrensen for fritak fra egenandel under tak 2 fra 12 til 16 år. Med dette vil 9000 flere

Postadresse	Besøksadresse	Telefon*	Kommunetjenesteavdelings	Saksbehandler
Postboks 8011 Dep	Torshgt. 9	22 24 90 90	n	Marun Skaset
0030 Oslo		Org no.		22248761
postmottak@hod.dep.no	www.hod.dep.no	983 887 406		

Arkivsak-dok. 15/13833-10
Saksbehandler Frode Otto

Behandles av	Sakstype	Møtedato
Sandnes eldreråd	Behandling av utvalgssak	
Utvalg for helse- og sosialtjenester 2015-2019	Utvalgssaker	07.09.2016

Oppfølging av pårørende/brukerrepresentantundersøkelse - bo- og aktivitetssentre

Saken gjelder

Sandnes kommune gjennomførte en pårørende/brukerrepresentantundersøkelse til beboerne i bo- og aktivitetssentrene 2015. Saken ble behandlet av Sandnes eldreråd 12. oktober 2015 og av utvalg for helse- og sosialtjenester 14. oktober 2015 (sak 22/15).

Utvalget gjorde følgende vedtak:

- 1. Utvalg for helse- og sosialtjenester ber om en orientering i løpet av første kvartal 2016 på hvilke tiltak som er iverksatt med bakgrunn i brukerundersøkelsen.*
- 2. Utvalg for helse- og sosialtjenester ber administrasjonen ta kontakt med Diakonhjemmets høyskole og andre aktuelle skoler for helse- og sosialfag for å undersøke muligheten for å få et studieprosjekt på et flere av sykehjemmene med brukerundersøkelse av beboerne.*

Forbedringsarbeid

I sak 22/15 står dette om forbedringspunkter etter at distriktene hadde gått gjennom av resultatene av undersøkelsen:

«Resultatene fra pårørendeundersøkelsen har blitt presentert for det enkelte omsorgsdistrikt. I den grad det har vært nok respondenter har resultatene vært splittet på den enkelte avdeling. Dette har gitt et godt grunnlag for å identifisere forbedringsområder og områder som skal vedlikeholdes. Resultatene er tatt opp og diskutert på interne møter.

I kommentarfeltet er det gitt kommentarer, både ris og ros. Kommentarene gir gode og konkrete tilbakemeldinger til den enkelte avdeling.

Noen forbedringsområder er gjennomgående og sammenfallende med forrige undersøkelse. Dette gjelder spesielt aktivitetstilbudet. Målet er at den enkelte beboer får gode kulturelle og sosiale opplevelser. Det er i dag et mangfold av tilbud men alle tilbudene er nok ikke like godt kjent.

Mange beboere trenger ekstra motivasjon for å delta på sosiale aktiviteter samt på turer ut. Det skal arbeides videre med både motivering av beboere og tilrettelegging av turer gjerne i samarbeid med frivillige. Flere steder er det frivillige som driver turgrupper. Det kan også nevnes at mange av aktivitetene foregår på dagtid på grunn av at det sa oppnås flest deltagere. Lave skår på dette området kan også ha en sammenheng med respondentenes forventninger.

De fleste sentrene har gode og tilrettelagte uteområder. Unntaket her er Sandnes helsesenter som ikke har sitteplasser ute.

Det er i ferd med å etableres informasjonsskjermer på alle bo- og aktivitetssentrene.

Alle distrikt rapporterer at det er oppslag med navn og kontaktinformasjon til beboers primærkontakt på beboerrommene.»

Omsorgsdistriktene arbeider kontinuerlig med forbedring for å gi tjenester av god kvalitet.

Omsorg nord har hatt fokus på god dialog og forventningsavklaring med pårørende. Dette følges spesielt opp i inkomstsamtaler og de faste årlige samtalene. Det tilrettelegges for ulike sosiale og kulturelle aktiviteter. Uteområdet er daglig i bruk. Frivillige bistår i noen av aktivitetene sammen med ansatte. Det lages ukeplan for aktiviteter som henges opp både på fellestavle ved inngangen samt på den enkelte avdeling. Av denne planen fremgår aktiviteter i fellesområde samt når kultur- og aktivitetsarbeider er rundt i avdelingene.

Det er tilbud om å sykle samtidig som en ser film fra ruter i Sandnes (Motiview).

Facebook blir brukt til å spre informasjon om små og store aktiviteter ved Lura bo- og aktivitetssenter.

Omsorg øst har fokus på fysisk aktivitet blant annet gjennom bruk av Motiview-sykkel og å legge til rette for at beboerne kan få komme ut i frisk luft. Det er tilrettelagt for et skjermet sansehageområde på Rovik bo- og aktivitetssenter. Det er godt samarbeid med mange frivillige. Distriktet har egen kulturleder.

Det er også fokus på inkomstsamtaler, årssamtaler, god informasjon og godt samarbeid med pårørende. Brukerråd er etablert på Rovik bo- og aktivitetssenter og Riska starter i oktober.

Omsorg sør/sentrum har aktivtører som har ansvar for tilrettelegging av aktiviteter i samarbeid med representanter i avdelingene samt frivillige. Det informeres om tilbudene på oppslagstavler. To av aktivtørene skal til høsten ta videreutdanning innen frivillighetkoordinatorrollen. Brukerne blir motivert til å delta på aktiviteter men det oppleves at mange er for dårlige og/eller ikke ønsker det. Det er turgruppe ved Byhagen bo og aktivitetssenter hver mandag, faste bussturer en fredag i måneden. Det er Motiview sykkel som veksler mellom 2. og 3. etasje i Byhagen. Det er svært gode tilbakemeldinger på dette, både fra de som sykler og fra de som sitter rundt og ser.

«Min historie» brukes som kartleggingsverktøy for aktiviteter. Ved Byhagen bo- og aktivitetssenter brukes takterrasse og Øglændparken når været tillater det. Eldrerådet har overrakt utebenker til sykehjemmene.

Omsorg vest har ansatt frivillighetskoordinator i 70% stilling som har engasjert mange frivillige, utarbeidet rutiner og følger opp de frivillige. Kartlegger beboernes interesser. Har også delvis kartlagt de ansatte sine interesser for å kunne «matche» best mulig. Det arbeides med å utvide kontakten med skoler, barnehager etc.

Tilbudet om felles aktiviteter som underholdning, dans, trim, musikk etc. er økt. Det er etablert en kulturkafe. Motiview sykkel brukes flittig. Facebook brukes flittig for å informere om det som kommer og det som har vært.

Uteområdet på Åse bo- og aktivitetssenter bygges om slik at hagen blir lettere tilgjengelig, også for de som er på skjermet enhet. Det er montert rullestolrampe som gir lett adkomst. «Lysthus» skal bygges våren 2017.

Det framgår av distriktenes rapportering at det ikke er satt opp informasjonsskjermer. Dette skyldes at kommunen ønsker en felles dataplattform som skjermene kan driftes utfra. Arbeidet med dette er ennå ikke avsluttet.

Kontakt med utdanningsinstitusjoner

Både VID avdeling Sandnes (tidligere Diakonhjemmets høyskole) og Universitetet i Stavanger, institutt for helsefag er tilskrevet med forslag om at en brukerundersøkelse kan være et godt tema og aktuell arbeidsoppgave for studenter som skal ha fordypningspraksis. Det foreligger ikke svar på henvendelsen foreløpig.

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering

Rådmannen i Sandnes, 19.08.2016

Elin Selvikvåg
kommunaldirektør

Frode Otto
Rådgiver

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.

Arkivsak-dok. 16/07723-2
Saksbehandler Hans Petter Torvik

Behandles av	Sakstype	Møtedato
Utvalg for helse- og sosialtjenester 2015-2019	Utvalgssaker	07.09.2016
Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne	Behandling av utvalgssak	
Sandnes eldreråd	Behandling av utvalgssak	

Høringsuttalelse - oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt et høringsnotat vedrørende:

Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Høringsnotatet inneholder bl a lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, overføring av tannhelsetjenesteansvaret fra fylkeskommunene til kommunene, forsøk med overføring av driftsansvar for distriktpsikiatriske sentre (DPS) til kommuner, tydeliggjøring av kontaktlegeordningen og lovfesting av krav om psykososial beredskap og oppfølging mv. Høringsnotatet er på 301 sider.

Høringsfristen er satt til 1. oktober 2016.

Lenke til høringen:

https://www.regjeringen.no/contentassets/4b969cc159384aca86776fc9404aa32f/hoeringsnotat_kjj_6_6_16.pdf

Bakgrunn.

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag om en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Endringsforslagene er en del av departementets oppfølging av forslag i *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* ("Primærhelsetjenestemeldingen"), som ble fremlagt 7. mai 2015.

Departementet viser også til Kommunal- og moderniseringsdepartementets høringsnotat av 1. juni 2016 hvor det foreslås lovendringer som inngår i gjennomføringen av kommunereformen. Regjeringen la 20. mars 2015 frem *Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* ("Oppgavemeldingen"). I stortingsmeldingen foreslås det å overføre til kommunene en rekke oppgaver på ulike samfunnsområder som i dag er tillagt fylkeskommunene, fylkesmennene og staten.

I meldingen legges det til grunn at økt oppgaveomfang og flere spesialiserte oppgaver sammen med økte krav til kvalitet i tjenestene og økte forventninger fra innbyggerne, stiller store krav til kommunene om sterke fagmiljøer samt tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. En forutsetning for overføring av oppgavene er derfor større og mer robuste kommuner. Av meldingen fremgår at det er regjeringens mål å gjennomføre kommunereformen slik at den kan iverksettes 1. januar 2020. Det tas sikte på å legge frem en samlet lovproposisjon om nye

oppgaver til kommunene våren 2017, samtidig med forslag om ny kommunestruktur og nytt folkevalgt nivå.

Som det vil fremgå henger flere av de lovendringsforslag som foreslås i herværende høringsnotat tett sammen med kommunereformen og gjennomføringen av denne.

Sammendrag av høringen:

I høringsnotatets *kapittel 3* foreslås det som nevnt en rekke lovendringer i tråd med forslag fremsatt i Primærhelsetjenestemeldingen.

I *punkt 3.2* foreslås det for det første lovfestet at kommunen skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor knyttet til seg. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft fra 1. januar 2018. For det andre foreslås det lovfestet at kommunene også skal ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Når det gjelder disse tre gruppene tas det sikte på at lovendringene først skal tre i kraft fra 1. januar 2020. Som det vil fremgå henger lovfesting av disse gruppene nært sammen med kommunereformen.

I *punkt 3.3* foreslås det lovfesting av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ha en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Forslaget tilsvare den veiledningsplikt som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

I høringsnotatets *punkt 3.4* diskuteres behovet for å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er foreslått å skulle erstatte forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og inneholder direkte og indirekte krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig også å foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I *punkt 3.5* foreslås det lovendringer for å tydeliggjøre ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 1. oktober 2015 om styrket pårørendestøtte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet foreslo her å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, og erstatte denne med en ny pliktbestemmelse som samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønning.

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep drøftes i *punkt 3.6*. Departementet foreslår endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven for å tydeliggjøre tjenestens ansvar.

I høringsnotatets *kapittel 4* redegjøres det for etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS). I dag har de regionale helseforetakene (RHF) i all hovedsak både et sørge for-ansvar og et driftsansvar for landets DPSer. Den beskrevne forsøksordningen innebærer at RHF fortsatt skal ha et sørge for-ansvar for DPS-tjenesten, samtidig som det åpnes for at RHFene kan inngå avtale med utvalgte kommuner om driftsansvar for tjenesten. Kommunalt driftsansvar innebærer at kommunen eller kommunene innenfor RHFets sørge for-ansvar får rådighet over personell og ressurser,

og at kommunen(e) i større grad får anledning til å se DPS-tjenestene i sammenheng med øvrig kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

I *kapittel 5* foreslås lovendringer som er nødvendig for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Også forslaget om ansvarsoverføring ble fremmet i Oppgavemeldingen. Meldingen ble behandlet av Stortinget 9. juni 2015, hvor et flertall vedtok at ansvaret for tannhelsetjenester, herunder odontologiske spesialisttjenester, bør overføres til kommunene. Det foreslås i dette høringsnotatet å regulere kommunens plikter knyttet til tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Dagens lovstruktur med en egen tannhelsetjenestelov foreslås ikke videreført. Regjeringens mål er å gjennomføre kommunereformen slik at den kan iverksettes 1. januar 2020. Det tas derfor sikte på at forslag til lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, skal tre i kraft fra samme tidspunkt.

Departementet understreker at lovforslaget i dette høringsnotatet er resultat av en revisjon og innebærer ingen reform når det gjelder omfanget av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte mindre utvidelser av kommunens plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag. Lovforslaget viderefører i store trekk pasienters rettigheter til tannhelsehjelp slik disse i dag er nedfelt i tannhelsetjenesteloven, med enkelte justeringer som følge av endret begrepsbruk mv.

I *kapittel 6* foreslås det en lovendring for å tydeliggjøre at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Plikten til å oppnevne kontaktleger for disse pasientene er i dag pålagt helseforetaket.

I *kapittel 7* foreslås det en lovendring av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 3 for å tydeliggjøre kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging. Forslaget innebærer i all hovedsak presisering av gjeldende rett.

Kapittel 3

Oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Regjeringen fremla 7. mai 2015 *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Primærhelsetjenestemeldingen). I meldingen vises det til at regjeringens politiske plattform gir tydelig uttrykk for den politiske viljen til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De kommunale tjenestene er viktige, og vil i årene fremover bli stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Når det gjelder *kompetanse*, vises det til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor utfordringer med å tiltrekke seg nok personell med riktig kompetanse. Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Pasienter og brukere har sammensatte behov. Disse må møtes med sammensatt kompetanse. Når det gjelder *ledelse*, har tilsyn vist at det flere steder er mangler i ledelsen av helse- og omsorgstjenestene. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, kreves god ledelse. Dagens komplekse helse- og omsorgstjenester stiller høye krav til ledelse. Etter departementets vurdering er rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at

visse kompetansekrav bør fremgå direkte i lov. I tråd med forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling av meldingen, foreslår derfor departementet at det i helse- og omsorgstjenesteloven inntas en liste over hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. En slik lovfastsatt liste over kjernekompetanse vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester.

Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til slikt lovforslag, tas det som nevnt sikte på at slik lovfesting skal settes i kraft fra henholdsvis 1. januar 2018 og 1. januar 2020. Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting *fra 1. januar 2018* foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster.

Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting *fra 1. januar 2020* foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog, tannlege og tannpleier.

Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

I Primærhelsetjenestemeldingen understrekes det at veiledning og kompetansedeling bidrar til bedre samhandling og kompetansebygging. Med kompetansedeling menes utveksling av kunnskap og erfaring mellom bidragsyterne, mens veiledning kan beskrives som en målrettet aktivitet der veilederen har et meransvar for kvaliteten i samtaleforløpet. Veiledning vil i mange tilfeller være sammenfallende med kompetansedeling, men kompetansedeling er et videre begrep. Veiledning og kompetansedeling kan skje internt på ett og samme tjenestenivå og mellom ulike tjenestenivåer

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ingen slik veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. En speiling av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt likestiller de to nivåene i lovverket og synliggjør at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kompetanse som er verdifull for spesialisthelsetjenesten på en rekke områder. Den kommunale breddekompetansen blir stadig viktigere i møte med det økende antallet brukere med store og sammensatte behov, og kommunalt helse- og omsorgspersonell vil ofte ha kunnskap om den enkelte pasient som er avgjørende for å yte gode, individuelt tilrettelagte og ikke minst helhetlige tjenester også i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten mangler i mange tilfeller kunnskap om tjenestetilbudet i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I høringsnotatets *punkt 3.4* diskuteres behovet for å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er foreslått å skulle erstatte forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og inneholder direkte og indirekte krav til ledelse i den kommunale helse-

og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig også å foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I Primærhelsetjenestemeldingen understrekes det at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. I forlengelsen av dette uttales det blant annet:

"Pasientopplæring kan skje i form av en-til-en konsultasjon eller i grupper av brukere og pårørende med samme diagnose/problem. Etablering av primærhelseteam vil innebære en ny arena der viktig opplæringsbehov kan ivaretas på en bedre måte enn det som er tilfelle i dag. Både individuell opplæring og gruppetilbud kan ytes av sykepleier eller annet helsepersonell i et slikt team, eller det kan skje hos fastlegen, hos fysioterapeuten, i frisklivssentraler eller i et kommunalt lærings- og mestringssenter.

Brukere besitter viktig erfaringskompetanse. Kommuner bør legge til rette for at denne kompetansen benyttes i kommunens opplæringstilbud ved å etablere samarbeid med brukerorganisasjoner om likemannsarbeid. Likemannsarbeid har en verdi i seg selv, samtidig som det hever både kvaliteten og kapasiteten i opplæringstilbudet.

Pasient- og pårørendeopplæring bør inngå i et helhetlig forløp for brukere, pasienter og deres pårørende, på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår derfor å tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende ved å endre lovens formålsbestemmelse.

Departementet foreslår etter dette at loven § 1-1 nr. 5 skal lyde:

"sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov"

Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. Arbeidet mot vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep er høyt prioritert av Regjeringen. Det følger av både Primærhelsetjenestemeldingen og Tiltaksplanen mot vold og seksuelle overgrep (2014–2017) - En god barndom varer livet ut, at departementet vil vurdere om helselovgivningen bør tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Vold og seksuelle overgrep påfører betydelig lidelse, og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. Eksponering for vold og overgrep øker risikoen for posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjon, rusproblemer, personlighetsforstyrrelser, andre psykiske og somatiske helseproblemer og sosiale problemer. Å bli utsatt for vold i oppveksten fører dessuten til økt risiko for å bli utsatt for vold senere i livet. Forskning viser at for barn kan det å være vitne til vold være like skadelig som å være direkte utsatt.

I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økte behov for politiresurser. Departementet foreslår i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ny § 3-3a Som skal lyde:

§ 3-3 a Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep
Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep.

Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Vurdering:

Sandnes kommune deler departementet sine vurderinger og forslag til tiltak som fremmes i høringens kapittel 3 med unntak av å lovfeste tannlege og tannpleier i helse og omsorgstjenesteloven.

Kapittel 4 – oppsummering av høringsnotatet

Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Bakgrunn

"En omfattende omstilling av psykisk helsevern ble iverksatt gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998 – 2008). Hovedelementer i planen var DPS-utbyggingen og generell omlegging fra døgn- og institusjonsbehandling til større innslag av polikliniske og ambulante tjenester, under målet om å nå flere med et bedre tilbud tilpasset brukernes individuelle behov. Ved opptappingsplanens slutt ble det behandlet over dobbelt så mange personer med psykiske lidelser som i 1998. Nasjonal statistikk viser at behandlingsaktiviteten har fortsatt å øke i årene etter dette. Omstillingen med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehusene til DPS er ikke slutført, og det er nødvendig å fortsette oppgave- og ressursoverføring fra sykehus til DPS med økt vekt på poliklinikk, ambulante tjenester, lettere tilgjengelighet og tettere samarbeid med kommunene.

Ekspertutvalget for kommunereformen skriver i sin sluttrapport at det både er fordeler og ulemper ved å overføre ansvar og oppgaver innenfor det psykiske helsevernet til kommunene. Utvalget peker på at kommunen og spesialisthelsetjenesten yter samtidige tjenester til mennesker med sammensatte lidelser, og mener ut fra dette at det kan være store fordeler med å overføre ansvaret for psykiske helsetjenester til kommunene. Utvalget mener derfor det bør utredes og prøves ut en modell der kommunene overtar ressurser og finansieringsansvar for hele det psykiske helsevernet, og der de spesialiserte tjenestene fortsatt tilbys av de regionale helseforetakene.

Formål

Departementet foreslår å opprette en forsøksordning med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Formålet med forsøksordningen vil være å undersøke om et kommunalt ansvar for tjenesten kan bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. DPS er, og vil i forsøket fortsatt være, en spesialisthelsetjeneste. Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF, som fortsatt vil inneha det lovbestemte sørge-for-ansvaret. Avtalene forutsetter kommunal myndighet til å organisere de samlede spesialisthelsetjenestene i DPS og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forsøksordningen skal videreføre gjeldende pasient- og brukerrettigheter. Helsedirektoratet gis i oppdrag å utforme et rammeverk for avtalene i samarbeid med KS og de regionale helseforetakene. Forsøksordningen skal evalueres."

Forsøksordningen etableres med hjemmel i forsøksloven

Som det fremgår skal det regionale helseforetaket beholde sørge for-ansvaret i forsøket, mens kommunen skal ha et "driftsansvar". Forsøket med DPS innebærer slik sett at ansvaret for et tjenestetilbud som i dag ligger i en sektor skal deles mellom to sektorer, slik at den ene har det overordnede ansvaret for tjenesten og den andre har ansvaret for driften

Departementet tar sikte på at rammeverket skal være på plass slik at samarbeidet mellom kommunene og RHF kan starte våren 2017

I tråd med ovenstående redegjørelse, herunder redegjørelse for forsøkslovens regulering, vil kommuner og regionale helseforetak som ønsker å delta i forsøksordningen, måtte starte forhandlinger om inngåelse av kontrakt som skal regulere den konkrete gjennomføringen av forsøket mellom partene, herunder regulering av ansvarsforhold og oppgaveomfang.

Formålet med forsøksordningen er å innhente erfaringer med at noen større kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. DPS er en spesialisthelsetjeneste. Det lovbestemte sørge for-ansvaret skal forbli hos RHF i denne prøveordningen.

Formålet med forsøksordningen er videre å skaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene. Erfaring fra forsøket skal slik sett gi kunnskap som kan bidra til å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i den offentlige forvaltning.

Med driftsansvar menes ansvar for budsjett og økonomisk resultat, kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsgiveransvar (med mindre dette ligger hos privat tjenesteyter), ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, koordinering i forhold til andre tjenester og for at virksomheten drives i henhold til avtaler med RHF, gjeldende lov- og regelverk (psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven med mer.), samt tilrettelegging for drift i henhold til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Ordningen skal baseres på avtale mellom kommune og RHF, som sikrer at DPS kan fortsette å tilby og utvikle spesialiserte tjenester og som samtidig gir kommunene råderett over ressursene i DPS med frihet til nå organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester innenfor de begrensninger som lovverk og avtale setter. RHF beholder ansvaret for sykehusavdelingene, og tett faglig samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS vil være en forutsetning.

Prinsipper for å beregne overføring av ressurser

Departementet vurderer at grunnlaget for overføringen av økonomiske rammer skal være det regionale helseforetakets kostnader for drift av det aktuelle DPS. Målepunktet bør være siste kjente regnskapsår korrigert for generell vekst, herunder kompensasjon for lønns- og prisvekst. Kommunen som drifter DPSet bør bære de fulle kostnader ved å drive DPSet.

Det bør kunne avtales, direkte mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket, mulige tilleggsmidler ved eventuelt nye tjenestetilbud eller forutsetninger om andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet ved DPSet. Avtalen mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket må også sikre at det regionale helseforetak kan oppfylle sitt lovbestemte sørge for-ansvar, samtidig som kommunens frihet til å organisere tjenestene ivaretas.

Departementet ber høringsinstansene vurdere 3 modeller for overføringen av personell.

1. Helsepersonell er ansatt i helseforetaket med instruks om å følge kommunens instruks.
2. Helsepersonellet leies ut til kommunen.
3. Helsepersonellets arbeidsforhold overføres fra helseforetaket til kommunen som ved en virksomhetsoverdragelse i forsøksperioden.

Vurdering:

Sandnes kommune støtter departementet sine vurderinger og mener at forsøk med kommunale DPS kan videreutvikle sammenhengende, sømløse tjenester mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette vil især gjelde mennesker med alvorlige psykiske lidelser som noen ganger er kombinert med omfattende rusmisbruk. Også for pasienter med lettere lidelser er det viktig å få til bedre sømløshet mellom akutt ambulante team (som alle DPS er pålagt å ha), fastlegene, legevakten og de kommunale tjenestene. Mange har allerede omfattende tjenester fra begge tjenestenivå, og vi mener at utprøving av nye måter å organisere tjenestene på uavhengig av tjenestenivå vil være et viktig bidrag til å yte gode og sammenhengende tjenester til disse personene. Sandnes kommune forutsetter at statlig finansiert følgeforskning utføres.

Sandnes kommune mener det vil ta noe tid å få til gode og endrete pasientforløp og vil anbefale at prøveperioden settes til 6 år noe som vi forstår er mulig etter forsøksloven. Vi anbefaler videre at det blir en virksomhetsoverdragelse hvor kommunen i forsøksperioden har fullt og helt personalansvar.

Vi erfarer at det er ulik kvalitet og kompetanse og tjenestetilbud ved ulike DPS i landet. Vi mener det er viktig at det settes en nasjonal standard for DPS tjenestetilbud, kompetanse og økonomi som kan være førende for lokale forhandlinger mellom helseforetak og kommune lokalt. Under slike forutsetninger vil det være mer likeverd mellom forhandlingspartene om hvilke grunnlag som må være med i økonomiske avtaler.

Det er også viktig at det i avtalene mellom RHF og kommune tas høyde for befolkningsvekst, endring av oppgaver – især ved etablering nye sørge- for - ansvar for RHF som en kommune skal drifte i forsøksperioden. Finansieringsmodellen må ta høyde for en eventuell endring i finansieringsordningen for poliklinisk behandling. Likeledes et eventuelt driftsansvar for DPS-er som ikke har utbyttet sine tjenester i tråd med statlige føringer.

For å sikre at det er et likeverdig samarbeid mellom kommune og helseforetak mener Sandnes kommune at RHF enes sørge-for-ansvar og kommunens driftsansvar og samarbeidet dem imellom bør forskriftsfestes og ikke avtales. Slik forskriften fremstår beskriver den mer kommunen som et utførerorgan/iverksettingsorgan for staten og helseforetakene, og ikke med den myndighet og kompetanse (eierfunksjonen) som kommunene er ment å ha, og som antas nødvendig for at prøvedriften skal gi et godt erfaringsmateriale for hvordan kommunen kan drifte DPS-ene. Dersom det blir strid mellom kontrakt og forskrift, eller det blir uklart underveis om hvilken kompetanse kommunene har kontra foretakene, vil forskriften slå igjennom

Dette vil på en bedre måte angi hvilke oppgave kommunen skal tillegges. Det er derfor viktig at forskriften også mer positivt angir kommunens kompetanse og oppgave ved prøvedriften. Gitt de rette nasjonale betingelser vil Sandnes vurdere å søke om å få overført «egte» DPS til kommunal drift. Sandnes DPS yter tjenester kun mot Sandnes kommune sine innbyggere slik at mulighetene til å skreddersy løsninger i samhandling med helseforetak er optimale.

Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

Spørsmålet om fremtidig forvaltningsnivå for tannhelsetjenester ble vurdert i St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*, hvor det ble foreslått å overføre dagens fylkeskommunale oppgaver til de nye folkevalgte regionene, med mulig unntak av tannhelsetjenesten, som skulle drøftes i sin helhet i den kommende stortingsmeldingen om tannhelsetjenester. Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen på Stortinget sa seg enig i dette, jf. Innst. S. nr. 166 (2006-2007), og uttalte i den forbindelse:

"Komiteens flertall, ... er enig i at det tas stilling til framtidig organisering av tannhelsetjenesten ved Stortingets behandling av den varslede stortingsmeldingen. På grunnlag av at tannhelsetjenesten i dag ligger under fylkeskommunene som dagens regionale nivå, legger flertallet til grunn at det må sterke grunner til dersom tannhelsetjenesten skal gis en annen plassering."

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester* ble det foreslått å videreføre og styrke tannhelsetjenesten som en regional tannhelsetjeneste. Vurderingen i stortingsmeldingen var at det ikke forelå noen sterke grunner for å gi tannhelsetjenesten en annen forvaltningsmessig forankring. Stortinget hadde ingen merknader til dette.

Overføring av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene

I Oppgavemeldingen foreslås det blant annet å overføre det offentlige ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Helse- og omsorgsdepartementets vurdering gjengis her i sin helhet:

"Etter departementets vurdering vil det være fordelaktig ved å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenestoområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Et eksempel er personer med rett til individuell plan.

En overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar driften av de offentlige tannklinikker som fylkeskommunene har etablert. Det vil være opp til den enkelte kommune å avgjøre i hvilken grad den vil opprettholde eller endre klinikkstrukturen som skal gjelde for egen kommune. En ansvarsoverføring vil kunne medføre smådriftsulemper dersom det er kommuner som også etter endringer i kommunestrukturen står uten tannklinikker i egen kommune, og må bygge opp nye tilbud. Et alternativ for disse kommunene kan være å samarbeide med andre kommuner om tilgjengelighet og tjenestetilbud, eller eventuelt å kjøpe tjenester fra private tjenesteutøvere. Dette vil også kunne gjelde tannlegevakt, tannhelsetilbud til personer med særskilte behov, opplæring og lignende. Større kommuner vil etter departementets vurdering kunne organisere tannhelsetjenestene på en god og kostnadseffektiv måte.

Ved en overføring av allmenntannhelsetjenestene til kommunene, er det etter departementets vurdering mest hensiktsmessig at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester overføres. Dette omfatter spesialisttannhelsetjenester for grupper med rettigheter og øvrig ansvar for spesialisttjenester etter tannhelsetjenesteloven. Hovedbegrunnelsen for dette er at tannlegespesialistene i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene. Etter en samlet vurdering foreslår departementet at allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten og fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven overføres til større og mer robuste kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje."

Gjennom behandlingen av Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner (Meld. St. 14 (2014-2015), jf. Innst. 333 S (2014-2015) den 9. juni 2015, sluttet et flertall på Stortinget seg blant annet til forslaget om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til større og mer robuste kommuner.

Departementet viser til at det er en sentral forutsetning i Oppgavemeldingen at det fremover blir færre, men større kommuner som vil være i stand til å utføre nye oppgaver, blant annet på tannhelsefeltet. Utfordringen er å ivareta dette ansvaret i en situasjon med potensielt fortsatt mange små kommuner uten egen tannklinikker og ingen eller få private ytere av tannhelsetjenester. Utfordringen er også hvordan små kommuner skal oppfylle sitt ansvar for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Departementet legger til grunn at interkommunalt samarbeid kan være en av flere løsninger på disse utfordringene.

Vurdering:

Sandnes kommune mener at tannhelsetjenesten – både allmenntannhelsetjenesten og spesialisttannhelsetjenesten bør videreføres på et overordnet regionalt nivå. For å sikre at innbyggerne får et godt faglig tilbud og likeverdig tilbud i hele landet bør tannhelsetjenesten ha et regionalt nivå som sikrer at innbyggertallet i regionen har en størrelse på dagens fylkesnivå. Sandnes kommune vil ikke anbefale at tannhelsetjenesten overføres til kommunene.

Kapittel 6 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege

I Prop. 125 L (2014-2015) ble det foreslått endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. Lovforslagene ble vedtatt i Stortinget 1. desember 2015 og sanksjonert 11. desember 2015, jf. endringslov 11. desember 2015 nr. 97.

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven innebærer at helseforetaket er pålagt plikt til å oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, jf. ny § 2-5 c. Endringen i pasient- og brukerrettighetsloven innebærer at den samme gruppen pasienter har rett til å få oppnevnt kontaktlege i spesialisthelsetjenesten, jf. ny § 2-5 a. Vilkårene for plikt til å oppnevne kontaktlege er de samme som vilkårene for rett til å få oppnevnt kontaktlege. Endringene i disse to lovene har ennå ikke trådt i kraft.

Under behandlingen av lovforslagene i Stortinget ble det fattet et anmodningsvedtak, der Stortinget ba regjeringen sørge for at rett til å få oppnevnt kontaktlege må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet, jf. Innst. 49 L (2015-2016). Med bakgrunn i dette anmodningsvedtaket blir det i dette høringsnotatet foreslått en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, slik at det blir tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt

Under henvisning til ovenstående foreslår departementet å endre spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd første punktum slik at denne gis følgende ordlyd (endringer i kursiv):

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.

Vurdering: Sandnes kommune støtter departementet sine vurderinger og forslag til tiltak.

Kapittel 7 Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

Bakgrunn

En ulykke, krise eller katastrofe kan ramme uten forvarsel hvor som helst i landet. Terrorfaren i Norge har økt, og naturkatastrofer er hyppigere. Det er derfor viktig med god og forutsigbar psykososial beredskap og oppfølging i landets kommuner. Psykososial beredskap og oppfølging særpreges av at personell fra en rekke tjenestesteder skal kunne rykke raskt ut, med ujevne mellomrom, på kort varsel til uavklarte hendelser av svært ulik art og størrelse. Forutsigbarhet i organisering, øvelser, bemanning og økonomiske rammer er viktige faktorer for tjenester som skal håndtere akutte situasjoner.

Kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging følger både av helse- og omsorgstjenesteloven, lov 24. juni 2011 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Det vises også til lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven). Lovene supplerer og utfyller hverandre, og må sees i sammenheng. Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det presiseres i § 3-1 andre ledd at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunene har med dette et særskilt ansvar for å yte døgkontinuerlig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Tjenestene skal som nevnt omfatte alle pasient- og brukergrupper og må også sees i sammenheng med kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5.

Det fremgår videre av § 3-2 første ledd nr. 5 at kommunen skal sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov.

Oppsummert har kommunen etter gjeldende rett ansvar for å sørge for nødvendig og forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon/beredskapssituasjon og i en oppfølgingsfase etterpå.

Etter departementets vurdering er det viktig at kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging fremgår tydeligere av loven enn i dag. En tydeliggjøring av lovkravet vil etter departementets vurdering bidra til at disse tjenestene planlegges og ytes innenfor en mer forutsigbar og forpliktende ramme enn i dag. En forsvarlig beredskap og oppfølging er spesielt viktig med tanke på det endrede tidsbildet, økte trusler mot samfunnsikkerhet og krisesituasjoner forårsaket av klimaendringer. Det er viktig at alle kommuner forstår ansvaret og at ansvaret prioriteres. Departementet foreslår derfor å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 slik at ansvar for psykososial beredskap og oppfølging tydeliggjøres i form av ny bokstav d).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 gis en tilføyelse i form av en ny bokstav d).

"Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

a) legevakt,

b) heldøgns medisinsk *akuttberedskap*,

c) medisinsk nødmeldetjeneste og

d) *psykososial beredskap og oppfølging*"

Forutsatt at Stortinget slutter seg til slik lovendring, tas det sikte på at lovendringen skal settes i kraft fra 1. januar 2018.

Vurdering: Sandnes kommune støtter departementet sine vurderinger og forslag til tiltak.

Forslag til vedtak:

Utvalg for helse og sosialtjenester slutter seg til ovenstående saksfremlegg.

Rådmannen i Sandnes, dokumentdato

Elin Selvikvåg
kommunaldirektør

Hans Petter Torvik
Kommuneoverlege

Vedlegg:

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.

PROTOKOLL

Utvalg: Eldrerådet	Møtenr: 5/2016	Møtedato: 5. september 2016	Saksnr: 34 - 40/16
Til stede: Gudmund Buøen(møteleder) Karen Margrethe Mjelde, Martha J. Ulvund, Øivind Johannessen, Per Øverland, Annelin Tangen og Magne Helland (vara) Ikke innkalt: Annlaug Skår Andersen		Meldt forfall: Aase-Brit Borsheim	

Møtet startet kl. 10.00 sluttet kl. 11.30 Møterom 1 A. Sandnes Rådhus.

Sak 34/16 Godkjenning av innkalling og protokoll fra møte 30. mai 2016

Sak 35/16 **Annelin Tangen informerte om:**

- Framdrift nytt boas
 - Åpning desember 2016 med 20 plasser
 - Leder startet i august
- Framdrift Somaveien 299
 - Kan gå inn på Sandnes eiendom for å se framgang i byggeprosjekter
- Menn i helse
 - Politikere i Sandnes er positive til Menn i helse men må ha ressurser fra Fylkeskommunen for å få gjennomført prosjektet.
- Tilbakemeldinger på saker fra forrige møte
 - Status tjenstedeling 1. tertial – I perioder er det overbooket på dagopphold, men pr i dag er det ingen venteliste
 - Ernæring og matomsorg i sykehjem
 - Stort fokus på ernæring og at alle skal få tid til å spise, og få den hjelpen de trenger for å spise
 - Alle blir veiet en gang pr mnd
 - Sykehjemslegen følger nøye med
 - Gode tilbakemeldinger fra brukere og pårørende
- Status hjertestartere og teleslynge
 - Dette er det på alle bo- og aktivitetssentrene
- Sak fra Helsedirektoratet – Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten, med høringsfrist 12. september
 - Administrasjonen i kommunen har kommet fram til at det som er ute på høring ikke er av den karakter at de ønsker å svare på denne saken

- Skatteinngangen så langt i år
 - Etter årets 7 første mnd er kommunen 35 millioner i manko
 - Arbeidsledigheten har gått opp
 - Budsjettet blir justert etter hvert
- Innsparinger
 - De innsparingene som var vedtatt er gjennom ført, men Åse lindrende enhet blir ikke flyttet til Sandnes helsesenter

Sak 36/16 Hverdagsrehabilitering – utvikling og status

Saken ble behandlet i møte 05.09.16 med uttalelsesfrist 07.09.16 til Utvalg for helse- og sosialtjenester.

Eldrerådet tar saken til orientering men vil komme med følgende uttalelse:

- Eldrerådet ser det positivt at det arbeides videre med å utvikle hverdagsrehabiliteringen i Sandnes.

Sak 37/16 Høring – Innføring av automatisk frikortordning innen fysioterapi med mer

Saken ble behandlet i møte 05.09.16 med uttalelsesfrist 07.09.16 til Utvalg for helse- og sosialtjenester.

Eldrerådet gir sin tilslutning til rådmannens saksutredning og ser viktigheten av kommentaren:

«Den foreslåtte reduksjonen i overføring av midler til kommunen kan vanskelig erstattes med innkreving av egenandel hos pasientene.»

Sak 38/16 Oppfølging av pårørende/brukerrepresentantundersøkelse – bo- og aktivitetssentre

Saken ble behandlet i møte 05.09.16 med uttalelsesfrist 07.09.16 til Utvalg for helse- og sosialtjenester.

Eldrerådet tar saken til orientering men vil komme med følgende uttalelse:

- Sandnes helsesenter har sitteplasser ute etter de fikk to benker i gave fra eldrerådet på nyåret.
- Eldrerådet ser positivt på at det jobbes med forbedring av aktivitetstilbudene, da dette er en viktig sak.
- Det er viktig at informasjon om aktiviteter når ut til flest mulig, brukere, pårørende og ansatte.

Sak 39/16 Høringsuttalelse – oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen

Saken ble behandlet i møte 05.09.16 med uttalelsesfrist 07.09.16 til Utvalg for helse- og sosialtjenester.

Eldrerådet gis sin tilslutning til saksfremlegget og vil gjerne forsterke de vurderinger som er gjort av Selvikvåg og Torvik. Vil spesielt trekke fram viktigheten av kommentaren:

«Sandnes kommune vil ikke anbefale at tannhelsetjenesten overføres til kommunene»

Sak 40/16 Informasjon

- Eldrerådet i fylket – Karen Margrethe
 - o Skal besøke Randaberg elderråd tirsdag 6.september
 - o Eldrerådet i fylket skal ha ansvaret for seniorkonferansen neste år
- Sandnes som Demensvennlig by
 - o Det ble opprettet en gruppe som skulle arbeide med dette, men det er innkalt til noe møte. Annelin sjekker opp dette.
- Folkemøte «Aktive eldre» onsdag 14.september
 - o Aase-Brit og Karen Margrethe går på dette møte
- Gratis konsert i Sandnes kirke – hvem stiller som brannvakt?
 - o Gudmund, Per og Øyvind stiller som brannvakter
- Senioruka 2016 – billetter i salg på sentrene
 - o Anne informerte som festen og oppfordret medlemmer og varamedlemmer om å komme på festen
 - o Minnet også Politisk time på Trones bolig og eldresenter mandag 3.oktober kl. 10.00.
- Åpning av Riska boas
 - o Gudmund deltar på åpningen
 - o Anne bestiller blomst
- Trim i Sandneshallen – Gudmund
 - o Det er jobbet frem en avtale om trim i Sandneshallen
 - o Starter onsdag 14.september
 - o Det er varierte treningsmuligheter, bla trimapparater som kan brukes
 - o Det blir et samarbeid med Sandnes VGS, der elever kan bli med og instruere på apparater ol.

- Storbykonferansen - Martha
 - o 45 deltakere fra 9 kommuner, 5 fra Sandnes
 - o Vi var med på åpningen av en trimpark for eldre
 - o Det ble jobbet med innkomne forslag og vedtak som ble tatt blir sendt til ulike instanser.
 - o Neste års Storbykonferanse blir holdt i Stavanger

- Arbeidsgruppemøte med Nasjonalforeningen for folkehelse – Aktivitetsvenn – Martha
 - o Denne arbeidsgruppen skal være med å koordinere arbeidet med aktivitetsvenn
 - o Målgruppen er hjemmeboende i Sandens
 - o Det er gitt penger gjennom TV-auksjonen 2013 til dette formålet
 - o Gjennom Folkehelsen har vi tilbud om kursing for frivillige som har ønske om å bli aktivitetsvenn. Dette er et grunnleggende kompetansekurs som er nyttig generelt for frivillige i eldreomsorgen.

- Sandnes Sunn By – Per
 - o Hører ingen ting

- Martha foreslo at eldrerådet henstiller til kommunen at besøkstjenesten ved fylte 75 som er lagt ned, blir gjenopprettet. Dette setter vi opp som sak til neste møte.

Eventuelt:

Sandnes 05.09.2016

Gudmund Buøen
nestleder

Anne Tjessem Ognedal
sekretær