



MØTEINNKALLING LEVEKÅRSUTVALET

Møtedato: 27.04.2020
Møtested: Heradshuset, Dale
Møtetid: 12:00 - 14:00

Eventuelle forfall / melding om møtande varamedlem må meldast på [møteportalen](#) eller til Lin Tove Thomassen epost lin.tove.thomassen@vaksdal.kommune.no

Møtet vert gjennomført som eit fjernmøte.

ORIENTERINGAR

Fast orientering frå rådmannen

SAKSLISTE

SAKSNR	TITTEL
08/2020	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE
09/2020	GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL
10/2020	REFERATSAKER OG MELDINGAR
10/2020.1	Avslag - Fritidskortet (pilot) - 2020
10/2020.2	Kort høringsrunde - prioritering av helsehjelp under Covid-19 krisen
11/2020	FOLKEHELSEPROFIL VAKSDAL 2020
12/2020	VERTSKOMMUNESAMARBEID OM KRISESENTER FOR BERGEN OG OMEGN

20. april 2020

Ivar Rødland Bergo
Leiar



SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
08/2020	Levekårsutvalet	PS	27.04.2020

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Lin Tove Thomassen	FE-033	20/425

GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Innkalling og saksliste vert godkjent.



SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
09/2020	Levekårsutvalet	PS	27.04.2020

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Lin Tove Thomassen	FE-033	20/425

GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL

Vedlegg:

Protokoll - Levekårsutvalet - 03.03.2020

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Protokollen vert godkjent slik han ligg føre.



MØTEPROTOKOLL LEVEKÅRSUTVALET

Møtedato: 03.03.2020
Møtestad: Vaksdal barnehage, Vaksdal
Møtetid: 12:30 - 15:00

Møtedeltakarar:

Medlemmer	Parti	Rolle
Line Kydland	SV	Nestleiar
Trond Olav Magnussen	H	Medlem
Evy Beate Kvamme	SV	Medlem
Trygve Jakobsen	FRP	Medlem
Lisa Natalie Johnsen Lunde	AP	Medlem

Varamedlemmer	Parti	Rolle
Boris Groth	FRP	Varamedlem
Heidi Rongved	AP	Varamedlem

Forfall	Parti	Møtande varamedlem
Ivar Rødland Bergo	SP	Boris Groth
Ole-Anders Brekklus	AP	Heidi Rongved

Andre møtande:

Kommunalsjef for helse og omsorg Solrun Hauglum,
kommunalsjef for oppvekst Ann Kristin Bolstad,

Saksliste

SAKSNR	TITTEL
05/2020	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE
06/2020	GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL



07/2020 REFERATSAKER OG MELDINGAR

05/2020: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKSLISTE

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Innkalling og saksliste vert godkjent.

Levekårsutvalet 03.03.2020

Behandling:

Samrøystes vedtak

LEV - sak 05/2020 Vedtak/Tilråding:

Innkalling og saksliste vert godkjent.

06/2020: GODKJENNING AV MØTEPROTOKOLL

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Protokollen vert godkjent slik han ligg føre.

Levekårsutvalet 03.03.2020

Behandling:

Samrøystes vedtak

LEV - sak 06/2020 Vedtak/Tilråding:

Protokollen vert godkjent slik han ligg føre.

07/2020: REFERATSAKER OG MELDINGAR

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Referatsakene vert tatt til orientering.



Vaksdal kommune

Levekårsutvalet 03.03.2020

Behandling:

Samrøystes vedtak

LEV - sak 07/2020 Vedtak/Tilråding:

Referatsakene vert tatt til orientering.



PRESENTASJON/OMVISING AV KOMMUNALE TENESTER

Pedagogisk leiar Line Kydland presentert og hadde omvising både ute og inne i Vaksdal barnehage. Rektor Monika Antun presenterte og orienterte om ny skule på Vaksdal. Avdelingsleiar Bjarte H. Aarland og gruppeleiar Anne Kari Helle orienterte og hadde omvising ved Vaksdal sjukeheim.

ORIENTERINGAR FRÅ RÅDMANNEN:

Kommunalsjef for oppvekst Ann Kristin Bolstad orienterte om:

- Vaksdal kommune har søkt om midlar vedkomande forsøk med fritidskort.
- Oppvekst deltek i eit samarbeidsprosjekt knytt til «Born og unge si helseteneste ved BUP Voss».
- BULK (Born og unge sin låneklubb) opna i Turbinen i slutten av januar.

Kommunalsjef for helse Solrun Hauglum orienterte om:

- Besøk frå Bulgaria i regi av Vestlandsprosjektet til Bergensregionen i veke 14, til Vaksdal kommune 1. april. Gjeld EU-prosjekt der ein har som mål å byggja opp heimetenester og ta i bruk teknologi i dei fattigaste områda i Bulgaria.
- Førebuing for koronasmitte: er sett i gang revidering av planar, bestilling av smittevernustyr m.m. Helse og omsorg og kommunen elles førebur seg og følgjer råd frå Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.
- Det vart svart på spørsmål frå sist møte om betaling via e-faktura og avtalegiro.



SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
10/2020	Levekårsutvalet	PS	27.04.2020

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Lin Tove Thomassen	FE-033	20/425

REFERATSAKER OG MELDINGAR

Underliggjande saker:

Saksnummer	Tittel
10/2020.1	Avslag - Fritidskortet (pilot) - 2020
10/2020.2	Kort høringsrunde - prioritering av helsehjelp under Covid-19 krisen

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Referatsakene vert tatt til orientering.

Deres ref: Vår ref: 202001 Arkivnr.: 2020/51429 Arkivkode: 383 Dato: 15.04.2020

Avslag på søknad om tilskudd til forsøk med fritidskort 2020/21

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) viser til deres søknad om tilskudd til fritidskort, sendt inn 12.02.2020.

Bevilgning og søknader

Bevilgningen for forsøket er på totalt 45 millioner kroner. Direktoratet har mottatt 193 søknader og det totale søknadsbeløpet er langt høyere enn tilgjengelige midler. Bufdir er tilfreds med at så mange kommuner ville delta i forsøket.

Bufdir har tildelt tilskudd til 12 kommuner.

Vedtak

Søknad om tilskudd til Vaksdal kommune sitt tiltak avslås. Søknaden avslås på grunn av begrensede midler og at direktoratet har satt sammen et utvalg av kommuner som er i samsvar med prioriteringene i utlysningen.

Prioriteringer

I prioriteringen av søknadene har Bufdir vurdert hvilke søknader som oppfyller rammene for forsøket, jfr. utlysningen av forsøket. Direktoratet har satt sammen et utvalg av kommuner som er i samsvar med prioriteringene i utlysningen:

- kommuner av ulik størrelse og med ulikt antall barn i målgruppen
- kommuner med ulike erfaringer med lignende ordninger
- kommuner som ligger i ulike landsdeler
- kommuner med ulik andel barn i lavinntektsfamilier
- kommuner med ulik grad av erfaring med samarbeid med frivillig sektor
- kommuner med ulik kommuneøkonomi

Andre forhold

Tildeling av eller avslag på tilskudd etter denne ordningen er ikke et enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b. Reglene om klagebehandling i forvaltningslovens kapittel seks brukes ikke. Kommunene har derfor ikke mulighet til å klage på dette vedtaket.

Vedtaket sendes kun elektronisk og er sendt til den oppdaterte elektroniske adressen deres organisasjon har oppgitt til Bufdir, jfr. forvaltningsloven § 15a.

Vennligst skriv vårt søknadsnummer 202001 i all korrespondanse om denne saken.

Med vennlig hilsen

Terje B. Grytten
avdelingsdirektør

Emina Simic
seniorrådgiver

Dette brevet er godkjent elektronisk, og inneholder derfor ikke håndskrevet signatur.

Fra: Toril Kolås <Toril.Kolas@helsedir.no>
Sendt: fredag 20. mars 2020 15:23
Emne: Kort høringsrunde - prioritering av helsehjelp under Covid-19 krisen
Vedlegg: Covid-19 prioritering i helse- og omsorgstjenesten 19. mars 2020.pdf

Til høringsinstanser;

Det er stor offentlig oppmerksomhet om prioritering av helsehjelp i pandemi-krisen. Helsedirektoratet har laget et utkast til prioriteringer som har vært på høring til utvalgte instanser og personer. Det inviteres nå til en ny og bredere, men kort høringsrunde (se vedlagte pdf). Les oppdatert nyhetssak her: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/rad-om-prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-koronakrisen>

De som allerede har gitt hørings svar har anledning til å komme med ytterligere innspill om ønskelig.

Høringsfrist 23.3 kl 11 til toril.kolas@helsedir.no
Helsedirektoratet beklager den korte fristen.

Mvh

Toril Kolås
Seniorrådgiver
Avdeling spesialisthelsetjenester
Tef. 810 20 050, mobil 911 55 703



Postadresse: Pb 2020 Skøyen, 0213 Oslo postmottak@helsedir.no
Besøksadresse: Vitaminveien 4, 0485 Oslo
<https://helsedirektoratet.no> <https://helsenorge.no/>

Til: Helse- og omsorgstjenesten
Kopi:

Dato: 19. mars 2020
Saksnr: 20/9019

Notat

Fra: Helsedirektoratet
Ansvarlig: Bjørn Guldvog

Prioritering av helsehjelp i Norge under Covid-19 epidemien

Bakgrunn

Verden er i en Covid-19 pandemi. Helsetjenesten i Norge forventer en stor vekst i antall pasienter med Covid-19, mange vil være alvorlig syke. Samtidig vil befolkningen ha sine vanlige helseutfordringer. Denne situasjonen vil kunne gi ressursknapphet og stille krav til omstilling, krevende prioriteringer og rasjonering. Situasjonen er dynamisk, og den er ikke lik over hele landet. Ulike kommuner eller helseforetak kan derfor ha ulike utfordringsbilder.

Det er vanskelig å si noe nå om når situasjonen er tilbake til det normale. Notatet gjelder fra publisering til Helsedirektoratet kommer med ny informasjon.

Notatet er utarbeidet og utgitt av Helsedirektoratet. Vi har hatt dialog med og fått gode innspill fra sektoren. Både helsepersonell, ledere i helsetjenesten, fagpersoner med kompetanse innen prioritering, relevante etater og profesjonsforeninger har bidratt. Innholdet i notatet er på et overordnet nivå. Helsedirektoratet vil sammen med helsetjenesten utarbeide mer konkrete prioriteringsanbefalinger for de mest kritiske helsetjenestene.

Mål

Målet med dette notatet er å gi beslutningsstøtte til helse- og omsorgstjenesten i prioriteringsutfordringer. Notatet omfatter både ledernivå og den enkelte helsearbeider.

Lovforankring

Dagens lovverk, herunder kommunens og spesialisthelsetjenestens sørge for ansvar, vil gjelde som utgangspunkt for prioriteringer også i en krisesituasjon. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, og tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Både begrepet "nødvendig" og "forsvarlig" er rettslige standarder, der innholdet i begrepene vil endre seg basert på tilgang til ressurser, utstyr, personell,

kompetanse og andre rammebetingelser. De juridiske rammene for fravikelse og omgjøring vil bli utredet av Helsedirektoratet innen kort tid.

Verdigrunnlag og prioriteringskriterier

En likeverdig tilgang til helsetjenester er et viktig prinsipp for den offentlige helsetjenesten. Kriteriene som legges til grunn for prioriteringer er viktige, nettopp for at fordeling ikke skal skje tilfeldig. Prinsippene for prioritering skal bidra til mest mulig god helse for ressursene i helsetjenesten, rettførdig fordelt.

I Norge ble prioriteringskriterier for spesialisthelsetjenesten forskriftsfestet i 2000. De tre kriteriene var *sykdommens alvorlighetsgrad, forventet nytte og en vurdering av forholdet mellom kostnad og effekt*. I 2016 justerte og presiserte Stortinget kriteriene¹. De tre gjeldende kriteriene er: *nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet*. I 2018 ble NOU'en om prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste levert². Overordnet anbefaler den at de samme kriteriene brukes.

Alder er ikke et selvstendig prioriteringskriterium, men kan sees i sammenheng med kriteriene. Kriteriene gjelder for alle pasienter uavhengig av diagnose.

Prioriteringskriterier i en krisesituasjon

I en krisesituasjon gjelder de samme prioriteringskriteriene som ellers.

Nasjonal beredskapsplan³ drøfter etiske utfordringer ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Tilbud om behandling ved ressursknapphet bør følge de samme prinsipper som ellers, men det åpnes for at samfunnet i spesielle situasjoner prioriterer utøvende helsepersonell og definerte nøkkelpersoner. Dette er i tråd med regjeringens pandemiplan⁴.

Helsedirektoratets vurdering

Prioriteringsmeldingen og regelverket for helsetjenesten beskriver normalsituasjonen. I en krisesituasjon kan samfunnsperspektiv bli tillagt større vekt. Helsedirektoratet mener at dagens vedtatte prioriteringskriterier som hovedregel bør gjelde. Særlig fortrinn vil likevel kunne tre inn ved rød beredskap.

Generelle overveielser for pasientbehandling ved pandemier

For å hindre smitte i helseinstitusjoner bør pasienter i minst mulig grad fysisk møte opp hos helsetjenesten, unntatt ved helt livsnødvendig øyeblikkelig hjelp. Alle former for planlagte polikliniske kontroller av pasienter med stabil sykdom kan utsettes. Det skal være en individuell vurdering av om kontrollen kan utsettes eller gjennomføres som telefonkonsultasjon.

Pasienter i risikogrupper skal heller ikke, så vidt mulig, møte fysisk hos helsetjenesten. Dette kan gjelde også de som ikke har stabil sykdom. For eksempel bør pasienter med hjertesvikt eller kronisk obstruktiv lungesykdom som har behov for oppfølging, tilbys telefonkonsultasjon/ videokonsultasjon i den grad det er mulig.

¹ Meld. St. 34 (2015–2016) – Verdier i pasientens helsetjeneste

² NOU 2018:16 det viktigste først

³ Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. HOD. 2019

⁴ Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa, 2014

Etiske utfordringer ved avslutning/endring av behandling, skal drøftes i fagmiljøet. Pasientene skal uansett gis lindrende behandling og verdig oppfølging.

Det må planlegges for å sikre en verdig omsorg for døende. Døde skal behandles respektfullt.

Spesialisthelsetjeneste

Somatisk helsetjeneste

Pasienter må i størst mulig grad behandles på sitt lokalsykehus. Kun utvalgte pasienter som har behov for nødvendig helsehjelp som ikke kan gis lokalt, kan overføres etter avtale til et høyere nivå.

Planlagte inngrep (innleggelser og dagbehandling) bør opphøre inntil videre. Det kan gis unntak dersom dette gir store/alvorlige konsekvenser for pasienten. Dette må vurderes/prioriteres opp mot det totale behovet for intensivkapasitet.

Planlagte polikliniske konsultasjoner begrenses til et "absolutt nødvendig nivå". Dette gjelder også radiologi.

Screeningundersøkelser opphører inntil videre.

Operasjoner hvor det må benyttes respiratorer eller ha respiratorberedskap, eller hvor pasienten postoperativt sannsynligvis vil få behov for intensiv behandling, må vurderes kritisk.

Vanskelige prioriteringsutfordringer på sykehus kan tas opp med de kliniske etiske komiteene (KEK)⁵. Ledere av KEK på hver institusjon bør forberede seg på hastesaker.

Psykisk helse og rus (TSB)

Planlagte innleggelser og dagbehandling bør opphøre inntil videre.

Dette kan få konsekvenser for mange pasienter, og påvirke kommunens tjenester. Kommunikasjon mellom nivåene blir viktig. Det kan gjøres unntak ved alvorlige konsekvenser for pasientene og/eller andre.

Planlagte poliklinisk konsultasjoner minimaliseres/begrenses til et "nødvendig nivå", det vil si tiltak som er nødvendig for å ivareta liv og helse.

Prioriterte grupper: barn og unge, samt pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusmiddelproblem.

Habilitering/rehabilitering

All helsehjelp i spesialisthelsetjenesten innen habilitering og rehabilitering som medfører fysisk oppmøte av pasient, eller annen direkte kontakt mellom rehabiliteringspersonale og pasient, opphører inntil videre.

Unntak: tidlig rehabilitering etter hjerneslag, samt andre akutte rehabiliteringsforløp for alvorlige tilstander som f.eks. tverrsnittslesjon, hodeskade, multitraumer (etter f.eks. trafikkulykker) og amputasjoner.

⁵ <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/kek/>

Samhandling mellom tjenestenivå

Den enkelte kommune må sikre et tett samarbeid med lokalsykehus om akutt innleggelse og utskrivning av pasienter. Det må etableres samhandlingskanaler med rask 24/7 respons fra begge parter.

Spesialisthelsetjenesten må ha en lav terskel for rådgivning til kommunene i håndtering av akutt syke pasienter. Mulighet for å unngå innleggelse på sykehus bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Kommunene må forberede seg på raskt å kunne ta ut pasienter fra sykehus, de kommunale øyeblikkelig hjelp plassene må utvides i antall og forsterkes med riktig kompetanse.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste

Oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten som følge av redusert tilgjengelighet og kapasitet, vil føre til at flere pasienter må få behandling i kommunen.

Allmennlegetjenesten og legevakt

Fastlegen skal ivareta innbyggere med behov for legetjenester, både som følge av Covid-19 og andre akutte og kroniske medisinske tilstander. Nødvendig behandling av akutte tilstander og forverring av alvorlig kronisk sykdom, inkludert palliasjon skal fortsatt være en prioritert fastlegeoppgave.

I en situasjon hvor kapasitet i fastlegetjenesten forverres betydelig, vil kun pasienter med behov for akutt og livsnødvendig helsehjelp bli prioritert.

I tillegg vil det være behov for større grad av annet helsepersonell i fastlegepraksisen og økt legebemannning for å bistå i håndteringen av pasienter med alvorlige sykdomsforløp og betydelig komorbiditet.

Når det gjelder legevakt, vil terskelen for akutt helsehjelp heves, slik at behovet for triagering blir betydelig. I situasjoner med betydelige kapasitetsutfordringer vil kun kritisk syke pasienter få hjelp, mens andre må vente.

Institusjon (sykehjem, omsorgsbolig) og hjemmetjenester

Beboere i institusjoner/sykehjem skal sikres medisinsk faglig oppfølging. Akutt behandling skal så langt råd er iverksettes i institusjonen uavhengig av diagnose.

Pasienten skal så langt det er mulig og medisinsk forsvarlig, behandles i sykehjemmet og det bør etableres en ordning med veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Pårørende skal så langt råd er involveres i beslutningen om overføring til spesialisthelsetjenesten.

- Det bør innføres høyere terskel for akuttinnleggelser fra legevakt og andre deler av primærhelsetjenesten.
- Kommunal helsetjeneste må planlegge for å ta imot flere pasienter fra sykehus.
- Det må påregnes å måtte prioritere strengere mellom pasientene i sykehjem og brukerne av hjemmetjenester.
- Dagens rettighetsbestemmelser i lov/forskrift må kunne fravikes og vedtak om tildeling av tjenester må kunne omgjøres for å kunne omprioritere ressurser

hvis nødvendig. De juridiske rammene for omgjøring og fravikelse må utredes nærmere.

- Ved behov, må en institusjon eller avdeling omdefineres for behandling og omsorg til alvorlig syke med Covid-19 infeksjon.
- Pasienter i sykehjem som blir syke med Covid-19 bør behandles i sykehjemmet.
- Personer med alvorlig sykdom i livets slutfase skal behandles i egen bolig, med mindre det er særlig tungtveiende grunner for at innleggelse i sykehus åpenbart vil forlenge livet og gi økt livskvalitet.
- Hjemmetjenesten må prioritere de pasientene som har størst behov for helsehjelp.

Psykisk helse og rus

Opplevelse av ekstra sårbarhet, selvmordsproblematikk og psykoseutvikling kan trigges i krisetid.

- Barn av psykisk syke/rusmisbrukere må ivaretas
- Lavterskeltilbud må opprettholdes for å gi tilbud til de mest sårbare personene og for å avdekke alvorlig sykdomsutvikling
- Samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten må sikres for oppfølging av denne pasientgruppen.

Tannhelse

Befolkningen vil ha behov for tilgang til akutt nødvendig tannhelsehjelp. Annen tannbehandling skal utsettes der det er faglig forsvarlig.

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

- Alle nyfødte skal følges opp med avtalt kontaktform ut fra mor/barn situasjon
- 6 ukers konsultasjon med lege og helsesykepleier gjennomføres
- Barnevaksinasjonsprogrammet skal gjennomføres
- Barn og unge med spesielle behov eller familier det er bekymring for, følges opp.

Gravide

- Svangerskapskonsultasjoner for gravide prioriteres om mulig
- Det skal gis prioritet til gravide som har påvist sykdom eller er i risiko for å utvikle sykdom eller skade for seg selv og fosteret eller barnet på sikt
- RHneg kvinner må få profylakse og nødvendig oppfølging
- OGTT (glukosebelastning) bør gjennomføres av gravide som tidligere har hatt svangerskapsdiabetes eller andre svangerskapsassosierte risikofaktorer, har foreldre eller søsken med diabetes, har etnisk bakgrunn utenom Europa, fedme $KMI \geq 30$
- Konsultasjoner til gravide der det er knyttet usikkerhet rundt fosterets trivsel og vekst skal prioriteres
- Konsultasjoner som sikrer at barselkvinner og nyfødte får forsvarlig oppfølging etter fødsel skal prioriteres.

Vedlegg 1

Tekstlig beskrivelse av prioriteringskriteriene

(Fra: Meld. St. 34 (2015–2016) – Verdier i pasientens helsetjeneste)

Prioriteringsmeldingen grupperer beslutninger i helsetjenesten i fire nivåer: kliniske-, gruppe-, administrative- og politiske-beslutninger. Meldingen sier at de samme prioriteringskriteriene skal brukes i beslutningssituasjoner på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten.

Nyttekriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk, psykisk og sosial mestring (NOU Blankholmutvalget)

Ressurskriteriet

Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre hovedkriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet

Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- smerter, fysisk eller psykisk ubehag
- graden av fysisk, psykisk og sosial mestring.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av fremtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet.

Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket/helsehjelpen.

Samlet vurdering av kriteriene

Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. Jo mer alvorlig en tilstand er eller jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres. Lav alvorlighet og begrenset nytte av et tiltak kan bare forsvares hvis ressursbruken er lav.



SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
11/2020	Levekårsutvalet	PS	27.04.2020

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Solrun Hauglum		20/458

FOLKEHELSEPROFIL VAKSDAL 2020

Vedlegg:

Folkehelseprofil 2020

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Saka vert teken til orientering.

Saksopplysningar:

Folkehelse er eit kommunalt ansvar, og med Folkehelselova vart ansvaret løfta vekk frå helsetenesta i kommunen og over til kommunen generelt. Det skal i følge lova vera «folkehelse i alle sektorar – helse i alt vi gjør». Det vert understreka kor viktig det er å leggja til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Kommunen skal ha skriftleg oversikt over helsetilstand og påverkningsfaktorar, og folkehelseprofilar for kommunar og fylkeskommunar vert utarbeida årleg av Folkehelseinstituttet. Folkehelseprofilane gir ikkje eit godt nok bilete av helsa, men viser enkelte trekk ved folkehelsa i kommunen.

I eit barometer med 34 indikatorar vert det markert korleis kommunen ligg an samanlikna med landsnivået. Raude verdiar markerar at kommunen ligg signifikant dårlegare an enn landssnittet, og grønne verdiar viser at kommunen ligg signifikant betre an. Ein bør likevel vera merksam på at også dei grønne verdiane kan innebera utfordringar for folkehelsa, for landsnivået representerar ikkje alltid ønska nivå. Verdiområdet for dei 10 beste kommunane i landet kan vera eit betre nivå å strekkja seg etter.

Gjennom fleire år har Vaksdal kommune hatt desse raude indikatorane: tal personar med vidaregåande skule eller høgskule i aldersgruppa 30-39 år, drikkevassforsyning, skader behandla i sjukehus, overvekt/fedme ved sesjon 17 år og muskel- og skjelettlidingar.

Me har lege betre an enn landssnittet på følgjande indikatorar: høg valdeltaking, mange i 10. klasse trivst på skulen, har ikkje hatt stort fråfall frå vidaregåande.

I 2018 fekk Vaksdal kommune for første gong raud verdi på born som bur i hushaldningar med låg inntekt. Denne indikatoren var raud også i 2019, men i 2020 vert ikkje Vaksdal markert som signifikant dårlegare enn landssnittet på denne indikatoren.

I 2020 ligg Vaksdal kommune betre an enn landssnittet (grøn indikator) på følgjande område:

- Barn av einslege forsørgjarar.
- Luftkvalitet, fint svevestøv.
- Vold, anmeldte tilfelle.
- Trygt i nærmiljøet på kveldstid (Ungdataundersøkinga 2017).
- Valdeltaking.
- Psykiske symptom/lidingar (fastlege og legevakt).

Område der kommunen har raude indikatorar, d.v.s. ligg signifikant dårlegare an enn landssnittet:

- Vidaregåande skule eller høgskule i aldersgruppa 30-39 år.
- Stønad til livsopphald, 20-66 år.
- Lågaste meistringsnivå i lesing 5. klasse.
- God drikkevassforsyning.
- Personskader behandla i sjukehus.
- Antibiotikabruk 0-79 år.

Folkehelseprofilen for Vaksdal kommune 2020 er vedlagt saka.

Vaksdal



Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid. Også andre informasjonskilder må benyttes i oversiktsarbeidet, se figuren nedenfor.



Statistikken er hentet fra Kommunehelse statistikkbank per februar 2020 og er basert på kommune- og fylkesinndelingen per 1.1.2020.

Utgitt av
Folkehelseinstituttet
Postboks 222 Skøyen
0213 Oslo
E-post: kommunehelse@fhi.no

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg, ansvarlig redaktør
Else Karin Grøholt, fagredaktør
Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: Public Health England
Illustrasjoner: FHI og fetetyper.no

Artikkelen på midtsidene er skrevet i samarbeid med Helsedirektoratet.

Bokmål

Batch 2502200922.2802201225.2502200922.2802201225.28/02/2020 13:48

Nettside:
www.fhi.no/folkehelseprofiler

Noen trekk ved kommunens folkehelse

Sosialt bærekraftige lokalsamfunn er temaet for folkehelseprofilen 2020. Temaet gjenspeiles i indikatorer og figurer.

Indikatorerne som presenteres er generelt valgt med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid, men er også begrenset av hvilke data som er tilgjengelige på kommunenivå. All statistikk må tolkes i lys av annen kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene ikke signifikant forskjellig fra landsnivået.

Oppvekst og levekår

- Andelen som bor i husholdninger med lav inntekt, er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet. Lav husholdningsinntekt vil si at inntekten er under 60 prosent av median husholdningsinntekt i Norge, og at brutto finanskapital er under 1G. I Kommunehelse statistikkbank finnes det også tall for lavinntekt der medianinntekten i kommunen er brukt som grense.

Miljø, skader og ulykker

- Konsentrasjonen av fint svevestøv som befolkningen i kommunen er utsatt for, ser ut til å være noe lavere enn for befolkningen i landet som helhet. Tallene er basert på modellen som brukes i varslings-tjenesten «Luftkvalitet i Norge».
- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er med i en fritidsorganisasjon, er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.

Helserelatert atferd

- Andelen ungdomsskoleelever som oppgir at de er lite fysisk aktive (andpusten eller svett sjeldnere enn én gang i uka), er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået. Tallene er hentet fra Ungdata-undersøkelsen.

Helsetilstand

- Det er utilstrekkelig tallgrunnlag for å vise statistikk på sosiale helseforskjeller i kommunen, målt som forskjell i forventet levealder mellom utdanningsgrupper.

Sosialt bærekraftige lokalsamfunn

Sosialt bærekraftige samfunn handler om samfunn preget av tillit, trygghet, tilhørighet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø. Gjennom planprosessene kan kommunen legge til rette for en sosialt bærekraftig samfunnsutvikling.

Frem til i dag har sosiale forhold fått mindre oppmerksomhet enn de to andre dimensjonene i FNs bærekraftsmål - miljø og økonomi, se figur 1. FN er tydelig på at også sosiale forhold er en viktig del av bærekraftsmålene, se tekstboksen.

Folkehelsearbeidet har mye til felles med den sosiale dimensjonen i FNs bærekraftsmål. Både sosial bærekraft og folkehelse handler om å fremme en samfunnsutvikling som:

- Setter menneskelige behov i sentrum.
- Gir sosial rettferdighet og like livssjanser for alle.
- Legger til rette for at mennesker som bor i lokalsamfunnet, kan påvirke forhold i nærmiljøet og ellers i kommunen.
- Legger til rette for deltakelse og samarbeid.

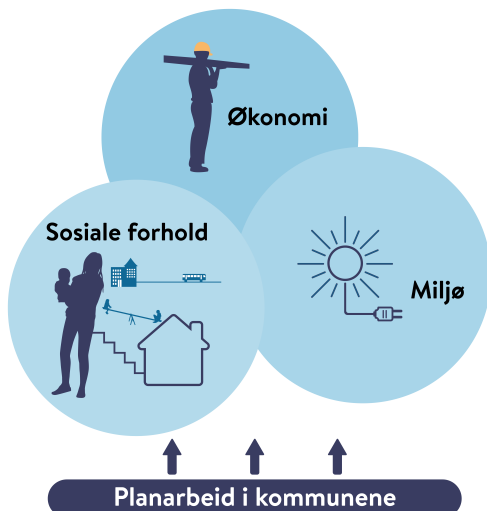
Planlegging som virkemiddel

I de nasjonale forventningene til regional og kommunal planlegging for 2019-2023 legger regjeringen vekt på at kommunene skal planlegge for å skape en bærekraftig samfunnsutvikling, sikre sosial rettferdighet og god folkehelse.

Helse er ikke bare et resultat av individuelle forhold og levevaner, men påvirkes også av levekår og strukturelle forhold som inntekt, arbeid, oppvekst, utdanning, bo- og nærmiljø. Planlegging gir kommunen mulighet til å omfordele slike påvirkningsfaktorer.

Et godt oversiktsdokument som gir den nødvendige kunnskapen om påvirkningsfaktorer, er et viktig utgangspunkt for planstrategien og planarbeidet i kommunen.

Figur 1. Planlegging – et viktig verktøy for lokal bærekraft.



FNs mål for bærekraft

De 17 målene for bærekraftig utvikling innen 2030 er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, kjempe mot urettferdig fordeling og stoppe klimaendringene.

For å skape en bærekraftig utvikling må vi arbeide på tre områder:

- klima og miljø
- økonomi
- sosiale forhold



Figuren representerer de 17 målene. Kilder: FN-sambandet, Regjeringen.no

Dersom kommunen ikke er bevisst på relevante påvirkningsfaktorer og hvordan disse fordeles i befolkningen, kan kommunen komme til å videreføre uheldige miljø- og samfunnsmessige forhold og dermed svekke den sosiale bærekraften.

Spørsmål kommunen kan stille seg er: Hvordan er sosial bærekraft ivaretatt i planarbeidet? Er sosial bærekraft tilstrekkelig integrert i samfunns- og arealdelen, og blir dette fulgt opp i kommunedelplaner og økonomiplanen?

Kommuneplanens samfunnsdel er et særlig viktig verktøy for å prioritere og samordne hva kommunen skal satse på, og hvor. Hvis planleggingen skal virke, må kommunen følge opp med tiltak.

Fire mål er viktige i planlegging av sosialt bærekraftige lokalsamfunn: at innbyggerne har god tillit til samfunnet og hverandre, har tilgang til arbeid, utdanning og gode nærmiljø, at de føler at de hører til, og at de opplever trygghet.

Tilhørighet

Tilhørighet handler om å ha tilknytning til andre mennesker eller steder. Mange kommuner jobber med tilhørighet og felleskap innenfor ulike sektorer; for eksempel gjennom utvikling av gode oppvekst- og bomiljøer, næringsutvikling, levende sentrum, flerbruk av kommunale bygg og tilbud for innbyggere i og utenfor arbeidslivet.

Det å delta i frivillige organisasjoner og kommunale prosesser kan bidra til å styrke følelsen av tilhørighet til lokalmiljøet og kommunen. Tiltak for å hindre utenforskap kan også styrke opplevelsen av tilhørighet og felleskap.

I hvilken grad innbyggerne deltar i for eksempel frivillig arbeid, om de stemmer ved kommunestyrevalget eller om de deltar i andre samfunnsaktiviteter, kan fortelle oss noe om i hvilken grad innbyggerne i en kommune føler at de hører til. Figur 4 viser andelen som stemte ved kommunestyrevalget høsten 2019.

Trygghet

For innbyggerne i en kommune er det viktig at de grunnleggende behovene dekkes for å kunne oppleve trygghet og livsmestring. Å skape trygge samfunn handler også om å sikre innbyggerne en rettferdig fordeling og lik tilgang på goder og ressurser.

Hva som skaper trygghet varierer. Det kan være å kunne gå ute alene på kveldstid, oppleve godt naboskap og at barna kan leke fritt i nærområdet, men også at en har fast inntekt og gode relasjoner.

For å kunne øke tryggheten i et område er det nødvendig å først finne ut hvordan befolkningen opplever tryggheten på stedet, se figur 2. Se også indikatorene 4-7 om økonomisk trygghet i folkehelsebarometeret på side 4.

Medvirkningsprosesser kan også være en kilde til informasjon om opplevelsen av trygghet i lokalsamfunnet.

Tilgang til bolig, arbeid og lokale tilbud

Alle mennesker skal kunne bosette seg og leve et godt liv i kommunen. Det innebærer at innbyggerne blant annet har tilgang til en passende bolig til en pris de kan betale. God variasjon når det gjelder arbeidsplasser, tilgang til skole og barnehage, offentlig transport, sosiale møteplasser og kommunale tjenester er også avgjørende for gode liv og viktig for utjevning av sosial ulikhet.

At alle barn og unge kan ferdes trygt til og fra skolen og delta i fritidsaktiviteter, og at eldre kan leve aktive liv, er viktige kvaliteter i et lokalsamfunn. Det samme gjelder at alle har tilgang til miljøkvaliteter som ren luft, støyfrie områder og rekreasjon. Se indikator nummer 15 om luftkvalitet i folkehelsebarometeret på side 4.

Figur 3 viser tall som kan si noe om tilgangen til passende boliger i kommunen.

Tillit til mennesker og myndigheter

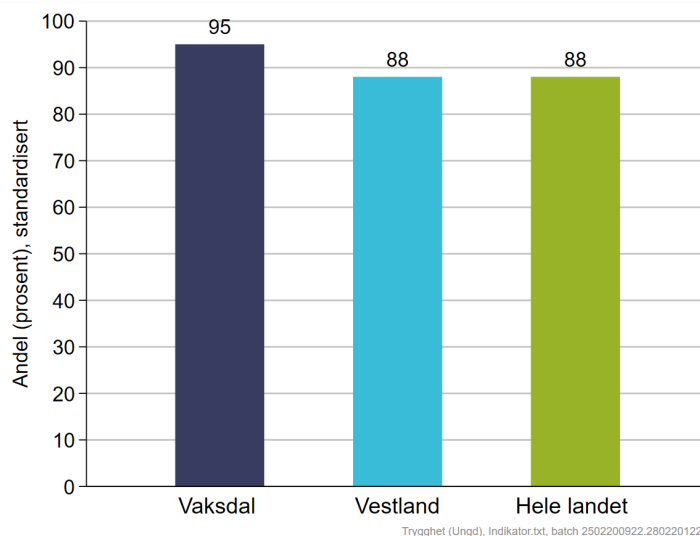
Sammenlignet med andre land, er det i Norge høy grad av tillit til medmennesker og samfunn. Det gjelder for eksempel tillit til naboer, tillit til at kommunen tilbyr tjenester som vi trenger, at politikere har samfunnets interesser i tankene, og at velferdsstaten gir oss økonomisk trygghet dersom behovet er der.

På lokalt nivå viser tillit seg på flere måter, blant annet hvordan vi forholder oss til hverandre. Andelen av befolkningen som stemmer ved valg, kan også være en indikator på tillit, se figur 4.

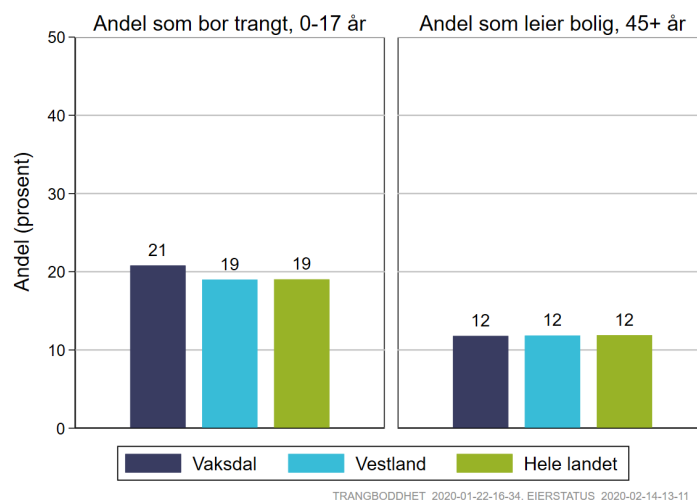
Les mer:

- Utvidet artikkel med referanser på www.fhi.no/folkehelseprofiler
- Helsedirektoratets [temaside om folkehelsearbeid i kommunen](#)
- Regjeringen: [Bærekraftsmålene](#)
- I tillegg til indikatorene i folkehelsebarometeret på side 4, finner du flere indikatorer i [Kommunehelse statistikkbank](#).

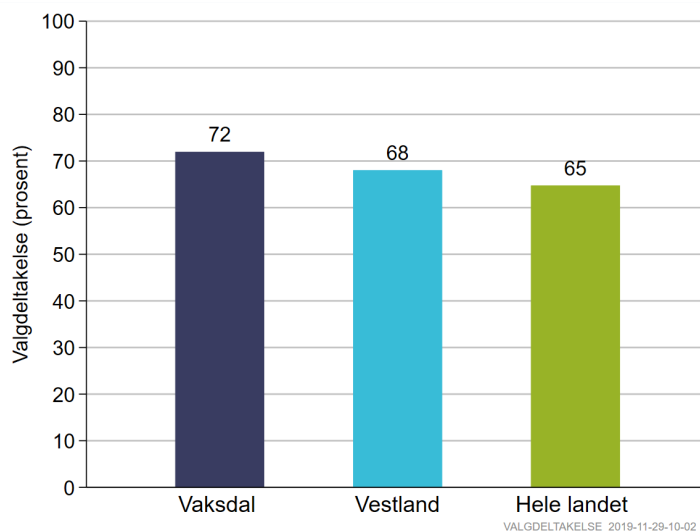
Figur 2. Andel ungdomsskoleelever som oppgir at de opplever det som trygt å ferdes i nærområdet på kveldstid (Ungdata 2017-2019).



Figur 3. Trangboddhet og leid bolig (2018).



Figur 4. Valgdeltakelse ved kommunestyrevalget i 2019.



Folkehelsebarometer for kommunen

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall for kommunen og fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at kommuner og fylker kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene for å se utvikling over tid i kommunen. I Kommunehelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no> finnes flere indikatorer samt utfyllende informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for kommunen, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. Verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan være noe å strekke seg etter.

- Kommunen ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- Kommunen er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Kommunen er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- Ikke testet for statistisk signifikans
- ◆ Verdien for fylket (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom kommunene i fylket
- De ti beste kommunene i landet

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Vaksdal
Befolkning	1 Andel over 80 år	7,6	4,5	4,2	prosent	
	2 Personer som bor alene, 45 år +	26,0	24,4	25,5	prosent	
Oppvekst og levekår	3 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	75	82	80	prosent	
	4 Lavinntekt (husholdninger)	7,5	6,5	7,4	prosent	
	5 Inntektsulikhet, P90/P10	2,4	2,7	2,8	-	
	6 Barn av enslige forsørgere	13	13	15	prosent	
	7 Stønad til livsopphold, 20-66 år	19	14	16	prosent (a,k)	
	8 Bor trangt, 0-17 år	21	19	19	prosent	
	9 Leier bolig, 45 år +	12	12	12	prosent	
	10 Trives på skolen, 10. klasse	85	84	85	prosent (k)	
	11 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	34	26	24	prosent (k)	
	12 Frafall i videregående skole	23	18	20	prosent (k)	
	13 God drikkevannsforsyning	0	92	90	prosent	
	Miljø, skader og ulykker	14 Andel tilknyttet vannverk	78	84	88	prosent
15 Luftkvalitet, fint svevestøv		2,7	4,4	5,4	µg/m³	
16 Skader, behandlet i sykehus		16,7	14,3	13,7	per 1000 (a,k)	
17 Vold, anmeldte tilfeller		2,7	6,1	6,9	per 1000	
18 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2017		73	70	70	prosent (a,k)	
19 Trygt i nærmiljøet, Ungdata 2017		95	88	88	prosent (a,k)	
20 Kollektivtilbud, Ungdata 2017		60	60	61	prosent (a,k)	
21 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2017		62	68	66	prosent (a,k)	
22 Ensomhet, Ungdata 2017		23	20	19	prosent (a,k)	
23 Valgdeltakelse, 2019		72	68	65	prosent	
Helse-relatert atferd		24 Lite fysisk aktive, Ungd. 2017	10	11	14	prosent (a,k)
	25 Røyking, kvinner	7,2	3,6	5	prosent (a)	
Helsestilstand	26 Forventet levealder, menn	78,1	79,8	79,4	år	
	27 Forventet levealder, kvinner	83,4	84,2	83,5	år	
	28 Utd.forskjeller i forventet levealder	-	4,9	4,9	år	
	29 Fornøyd med helse, Ungd. 2017	74	71	71	prosent (a,k)	
	30 Psykiske sympt./lidelser	137	142	154	per 1000 (a,k)	
	31 Overvekt og fedme, 17 år	26	23	23	prosent (k)	
	32 Hjerter- og karsykdom	17,6	18,6	17,4	per 1000 (a,k)	
	33 Antibiotikabruk, resepter (ny def.)	342	316	306	per 1000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	97,1	96,9	96,0	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert

1. 2019. 2. 2019, i prosent av befolkningen. 3. 2018, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 4. 2018, alle aldre, personer som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median, og brutto finanskapital under 1G. 5. 2018, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 6. 2016-2018, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. 7. 2018, omfatter mottakere av uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangstønad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (individstønad). 8. 2018, trangbodddhet defineres ut ifra antall rom og kvadratmeter i boligen. 9. 2018, andelen er presentert i prosent av personer i privathusholdninger. 10. Skoleårene 2014/15-2018/19. 11. Skoleårene 2016/17-2018/19. 12. 2016-2018, omfatter elever bosatt i kommunen. 13. 2018, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli og stabil levering av drikkevann. Omfatter vannverk som forsyner minst 50 personer. 14. 2018, andel av befolkningen som er tilknyttet vannverk som forsyner minst 50 personer. 15. 2018, mikrogram per kubikkmeter (µg/m3) fint svevestøv (PM2,5) som befolkningen i kommunen er utsatt for. 16. 2015-2017, inkludert forgiftninger. 17. 2017-2018, omfatter lovbrudd som politiet og påtalemyndigheten har registrert i kategorien vold og mishandling (omfatter ikke seksuallovbrudd). 18. U.skole, svært eller litt fornøyd. 19. U.skole, opplever at nærområdet er trygt på kveldstid. 20. U.skole, svært bra eller nokså bra tilbud. 21. U.skole, svarer «ja, jeg er med nå». 22. U.skole, ganske mye eller veldig mye plaget. 23. Kommunestyrevalget. 24. U.skole, fysisk aktiv (svett og andpusten) mindre enn én gang i uken. 25. 2014-2018, fødende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet, oppgitt i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 26./27. 2004-2018, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 28. 2003-2017, vurdert etter forskjellen i forventet levealder ved 30 år, mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 29. U.skole, svært eller litt fornøyd. 30. 2016-2018, 0-74 år, brukere av primærhelsetjenestene fastlege og legevakt. 31. 2015-2018, KMI som tilsvarende over 25 kg/m2, basert på høyde og vekt oppgitt ved nettbasert sesjon 1. 32. 2016-2018, omfatter innlagte på sykehus og/eller døde. 33. 2018, 0-79 år, utleveringer av antibiotika ekskl. metenamin på resept. 34. 2014-2018. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Norsk pasientregister, Ungdataundersøkelsen fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet, Utdanningsdirektoratet, Vernepliktsverket, Vannverksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Hjerter- og karregisteret, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHJ-databasen i Helsedirektoratet), Reseptregisteret, Kreftregisteret, Meteorologisk institutt, Valgdirektoratet og Nasjonal vaksinasjonsregister SYSAK. For mer informasjon, se <http://khs.fhi.no>.



SAKSPAPIR

Saksnr	Utval	Type	Dato
12/2020	Levekårsutvalet	PS	27.04.2020
	Kommunestyret	PS	

Sakshandsamar	Arkiv	ArkivsakID
Ann Kristin Bolstad	FA-H43	14/517

VERTSKOMMUNESAMARBEID OM KRISESENTER FOR BERGEN OG OMEGN

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Samarbeidsavtale.PDF

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Vaksdal kommune godkjenner avtalen om administrativt vertskommunesamarbeid om Kriesesenter for Bergen og omegn

Saksopplysningar:

Kriesesenteret har hatt kontrakt om driftsansvar for kriesesentertilbodet for Bergen og omegn sidan 2010, avtalen utløp 31. desember 2018. Kontraktoppfylging har vore ivareteke av Byrådavdelinga for helse og omsorg, etat for barn og familie. Byrådet vedtok 18. september 2018 at kriesesenteret skal driftast av Bergen kommune frå 1.januar 2019.

Bakgrunn for vedtaket er at det har vore utfordringar med drift av Kriesesenteret, dette har kome fram gjennom omtale i media. Bergen kommune ynskjer òg ein sterkare kontroll med kriesesenterdrifta som vertskommune for 22 samarbeidskommunar. Bergen kommune vil i stor grad organisera drifta av Kriesesenteret vidare som tidlegare og tilpassa drifta til kommunale rammer.

Målsetjing for Kriesesenteret for Bergen og omegn er:

- Tilby og levera tenester jamfør Kriesesenterlova med forskrift
- Ha kompetent og tilstrekkeleg bemanning
- Ha eit trygt og sikkert arbeidsmiljø
- Nyttja kommunen sine ressursar effektivt
- Etablere eit godt samarbeid med samarbeidskommunane og andre samarbeidspartnarar

I vedlagt samarbeidsavtale er det som før:

- Ansvaret etter krisesenterlova ligg hjå kvar kommune
- Samarbeidskommunane delegerer oppgåver og mynde til Bergen kommune

Forslag til revidert samarbeidsavtale er basert på gjeldande avtale med følgande endringar:

- Opphaldstid på krisesenteret skal vere så kort som mogleg og det vert foreslått betalingsplikt for opphald ut over seks veker. Kommunane forpliktar seg til å bistå brukarane med å reetablere seg i eigen eller anna kommune
- Kommunane må sjølv gje tilbod til personar som er i fare for seg sjølv og andre
- Det vert planlagt hyppigare samarbeidsmøte, minimum tre møte i året, eit møte på overordna nivå og minimum to samarbeidsmøte med samarbeidskommunane
- Oppseiingstid for avtale vert fire år
- Kommunane vert forplikta til å delta i utarbeiding av rutinar for samarbeid, koordinering mv
- Kommunen oppnemner kontaktperson(ar) innan respektive tenester som skal meldast inn til Krisesenteret. Kommunen skal ha interne rutinar for samhandling med Krisesenteret
- Det er kommunen som sørger for tilrettelagd undervisning, skoleskyss og helsetenester etter helse og omsorgstenesetelova
- Vedlegg til avtale vil vere:
 - Tenestebeskriving for Krisesenteret
 - Oversikt over kontaktpersonar (desse meldast inn av samarbeidskommunane)
 - Rutinar, prosedyrar og lignande, som skal utarbeidast i fellesskap av deltakarkommunane
- Det vil vere Bergen kommune/Krisesenteret som utarbeidar forslag til administrative og operative rutinar for samarbeidet og legg dette fram til drøfting i samarbeidsmøta

Vurdering

Vaksdal kommune skal tilby og levera tenester jamfør Krisesenterlova med forskrift. Kommunen ser det som føremålstenleg å vidareføre avtalen med Bergen kommune om kjøp av krisesentertenester.

Avtale om administrativt vertskommunesamarbeid om Krisesenter for Bergen og omegn

1. Formål

Denne avtalen er en samarbeidsavtale etter kommuneloven § 28-1 a. og 28-1 b., jf. § 28-1 e, mellom Bergen Kommune som vertskommune og samarbeidskommuner, om krisesentertilbud i henhold til Lov av 19.6.2009 nr. 44 om kommunale krisesentertilbud(krisesenterlova).

Avtalens formål er å regulere samarbeidet mellom deltakerkommunene om å oppfylle kommunenes plikt til å drifte et krisesenter og oppfylle krisesenterlovens formål (§ 1) som er å sikre at utsatte for vold i nære relasjoner får et helhetlig krisesentertilbud, gjennom samordning av tjenester fra krisesenteret og fra andre instanser i kommunen (§ 4).

Deltakerkommunene er innstilte på å samarbeide om et helhetlig krisesentertilbud.

2. Deltakere

Vertskommune:

Bergen Kommune

Samarbeidskommuner:

Navn
Askøy kommune
Austevoll kommune
Austrheim kommune
Eidfjord kommune
Fedje kommune
Fusa kommune
Granvin kommune
Kvam kommune
Jondal kommune
Lindås kommune
Masfjorden kommune
Meland kommune
Modalen kommune
Os kommune
Osterøy kommune
Radøy kommune
Samnanger kommune
Sund kommune
Vaksdal kommune
Voss kommune
Ulvik kommune
Øygarden kommune

Hver kommune skal ha kontaktpersoner for funksjoner som er nødvendige for samarbeidet, slik det fremkommer av vedlegg 2. Kontaktpersoner skal meldes inn til Krisesenteret ved tilslutning til avtalen og ved endringer. Tilslutning til samarbeidet og avtalen vil ventelig foretas ved at

samarbeidskommunene behandler sak om deltagelse i vertskommunesamarbeid og fatter tilhørende vedtak.

3. Oppgaver og avgjørelsesmyndighet som legges til vertskommunen, jf. § 28-1 e., 2. ledd, bokstav a.

Ansvar etter krisesenterloven ligger hos hver kommune, men samarbeidet og samarbeidsavtalen forutsetter at samarbeidskommunene delegerer følgende oppgaver og avgjørelsesmyndighet til vertskommunen:

Samarbeidskommunene delegerer følgende oppgaver til vertskommunen:

Å «sørgje for eit krisesentertilbod som skal kunne nyttast av personar som er utsette for vald eller truslar om vald i nære relasjonar, og som har behov for rådgjeving eller eit trygt og mellombels butilbod», jf. krisesenterlova § 2.

Tilbudet skal minimum oppfylle krav til krisesenter som følger av Krisesenterloven § 2.

Samarbeidskommunen delegerer følgende myndighet til vertskommunen:

- Den myndighet som er nødvendig for å utføre den oppgaven som Bergen kommune har påtatt seg.
- Myndighet til å avgjøre hvilke tjenester som gis ved Krisesenteret utover minstekravene i krisesenterloven.

Krisesenteret skal ikke gi tilbud til personer som er til fare for seg selv og andre. Samarbeidskommunene skal selv gi tilbud til personer som er til fare for seg selv og andre, samt øvrige personer som det ikke anses som forsvarlig å gi tilbud til innenfor rammen av vertskommunesamarbeidet om krisesentertilbud.

Krisesentertilbudet omfatter ikke helse- og omsorgstjenester slik disse er definert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Dersom brukere på krisesenteret har behov for slike tjenester skal de ytes av vedkommendes hjemkommune. Alternativt kan tjenestene, etter avtale med hjemkommunen, ytes fra hjemmebaserte tjenester i vertskommunen, og skal da faktureres hjemkommunen.

Samarbeidskommunene forplikter seg til å bistå Krisesenteret i arbeidet med å reetablere brukerne i egen kommune etter endt opphold, og eventuelt i andre kommuner når risikovurdering for brukere tilsier dette. Oppholdet på Krisesenteret skal normalt ikke overstige 6 uker. Dersom samarbeidskommunen ikke har reetablert brukerne i egen kommune innen 6 uker har samarbeidskommunen betalingsplikt med den til enhver tid gjeldende døgnpris for dette, for hvert oppholdsdøgn ut over 6 uker, med unntak for opphold ut over 6 uker som skyldes forhold utenfor samarbeidskommunes kontroll. Leder ved Krisesenteret avgjør om unntaket kommer til anvendelse. Beløpet vil bli fakturert samarbeidskommunene fra vertskommunen, med betalingsfrist 14 dager.

Krisesenteret vil ved oppstart av vertskommunesamarbeidet tilby det som fremgår av tjenestebeskrivelse vedlagt denne avtalen (Vedlegg 1). Vertskommunen avgjør selv senere mindre vesentlige endringer i krisesentertilbudet.

4. Tidspunkt for overføring av oppgaver og avgjørelsesmyndighet

Oppgaver og avgjørelsesmyndighet som med denne avtalen revideres i forhold til gjeldende samarbeidsavtale overføres til vertskommunen 1.1.2019 eller senest i henhold til vedtaket i den enkelte samarbeidskommune.

5. Underretning til samarbeidskommunene

1. Beslutninger som gjelder utførelsen av oppdraget skal rapporteres årlig fra Byrådet i Bergen kommune eller den byrådet utpeker til rådmann i samarbeidskommunene, eller den (avdeling) rådmannen utpeker.
2. Vesentlige avvik i forhold til vilkår som er satt i samarbeidsavtalen, og endringer av betydning for øvrig skal underrettes særskilt om utenom årlig rapportering.
3. Samarbeidskommunene kan av eget tiltak undersøke utførelsen av oppdraget ved å be om særskilt rapport, møte eller annet tilsyn (se bla kontrollutvalgsforskriften). Henvendelser om tilsyn rettes til Bergen kommune ved byrådsavdeling for sosial, bolig og inkludering.
4. Det avholdes et årlig møte med alle kommunene og leverandør med faglige og administrative tema.
5. Det avholdes regelmessige samarbeidsmøter, i utgangspunktet hvert halvår. Hyppigheten av samarbeidsmøter kan endres av vertskommunen. Deltakerkommunene har plikt til å stille på møter.

6. Det økonomiske oppgjøret mellom samarbeidskommunene og vertskommunen

Den enkelte deltakerkommunes andel av utgiftene skal tilsvare den respektive kommunes andel av summen av rammetilskuddet til deltakerkommunene. Dette grunnlaget fremgår av Beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 Statsbudsjettet, tabell 1 Rammetilskudd til kommunene, Hordaland. For årene 2017, 2018 og 2019 benyttes Rammetilskudd til kommunene 2017 som grunnlag for beregning av kommunens andel. For årene 2020, 2021 og 2022 benyttes Rammetilskudd til kommunene 2020 som grunnlag for beregning av kommunens andel. Osv.

Grunnlaget for den enkelte kommunes utgift er vertskommunens kostnader for Krisesentertilbudet. Deltakerkommunene skal få tilsendt faktura. Vertskommunene skal sende ut faktura på et a-kontobeløp basert på vedtatt årsbudsjett, samt foreta en avregning i forhold til de faktiske utgifter i begynnelsen av påfølgende år.

I tillegg kommer betalingsplikten for hvert oppholdsdøgn ut over 6 uker nevnt i pkt. 3. Dette faktureres separat til aktuell deltakerkommune. Dette og eventuelt andre beløp som avtales særskilt justeres årlig i forhold til en indeks som fastsettes av vertskommunen.

Ved tilslutning av nye samarbeidskommuner vil deltakerandel for eventuell del av første år fastsettes særskilt.

7. Nærmere regler for uttreten og avvikling av samarbeidet

Avtalen kan sies opp av hver av deltakerkommunene med fire(4) års frist med uttreten fra kalenderårets utgang. Enhver oppsigelse av deltakerkommune skal medføre et snarlig ekstraordinært samarbeidsmøte hvor også kommune som sier opp skal delta og begrunne sin oppsigelse. I slikt ekstraordinært møte skal en drøfte oppsigelsens konsekvenser for det videre samarbeidet. Dersom det er vertskommunen som sier opp avtalen vil vertskommunesamarbeidet i sin helhet opphøre.

Ved avslutning av avtalen tilbakeføres brukerne til hjemkommunen. Dersom brukernes opphold på Krisesenteret overstiger avtaleperioden, betales døgnpris i henhold til pkt. 2 for hvert døgn inntil bruker tilbakeføres til hjemkommunen.

8. Samarbeidskommunens ansvar for å holde seg orientert og for å melde fra om svikt

Samarbeidskommunene skal holde seg orientert om hvordan oppdraget utføres, jmfør punkt b) andre avsnitt og punkt d), særlig punkt d) nr. 3 om tilsyn. Samarbeidskommunen skal gi Bergen kommune beskjed hvis det avdekkes eller er holdepunkter for at det er svikt i utførelsen av oppgavene, jf. Krisesenterlova §8(Internkontroll).

9. Arkivordning

Krisesenterdriftens arkivbehov ivaretas av Bergen Kommune, og avleveres til Bergen Byarkiv etter kommunens rutiner for dette. Ved avsluttet samarbeid avsluttes Bergen Kommunes arkivansvar ved den dato samarbeidet avsluttes.

10. Rutiner som skal utarbeides administrativt

Vertskommunen skal administrativt utarbeide og vedta rutiner om forhold som det er nødvendig eller ønskelig å regulere, herunder oversikt over kontaktpersoner for de enkelte tjenester i hver enkelt kommune, sjekklister/rutiner for inn/utskrivning av brukere, prosedyrer for faglig samarbeid på overordnet nivå og i enkeltsaker, rutiner for koordinering og samhandling, rutiner for informasjon til innbyggerne, jf. kommuneloven § 4, mv.

Forslag til rutiner skal fremlegges for innspill fra samarbeidskommunene i møte før endelig rutine vedtas av vertskommunen.

Samarbeidskommunene plikter å medvirke til at vertskommunen kan utarbeide rutiner, herunder stille på møter hvor disse skal behandles.

Samarbeidskommunene forplikter seg til å ha interne ressurser for å samhandle med Krisesenteret, herunder:

- Oppnevne og ha tilgjengelig kontaktpersoner i henhold til de til enhver tid gjeldende rutiner for dette
- Kunne koordinere sine egne tjenester på kort varsel
- Skaffe bolig på kort varsel i egen kommune eller annen kommune
- Utarbeide interne rutiner og prosesser for samhandling – slik at de oppnevnte kontaktpersonene er i stand til å koordinere brukeres tjenestetilbud på kort varsel.

Rutiner for samarbeid i oppfølgingen skal utarbeides i samarbeid med oppnevnte kontaktpersoner.

Dersom barn ikke kan følge undervisning i hjemkommunen skal hjemkommunen sørge for tilrettelagt undervisning eller skoleskyss.

11. Uenighet

Dersom det oppstår uenighet om tolkning eller rettsvirkninger av avtalen, skal uenigheten søkes avgjort i samarbeidsmøte / forum.

Sekundært løftes uenighet opp til et forum bestående av rådmenn eller andre bemyndigede personer fra deltakerkommunene.

Dersom partene ikke oppnår enighet i forum som nevnt i forrige avsnitt, kan rettslige skritt tas.

Bergen tingrett er verneting for alle tvister i forbindelse med avtaleforholdet.

12. Ikrafttredelse.

Avtalen trer i kraft 1.1.2019.

Vedlegg:

- 1) Tjenestebeskrivelse – Krisesenteret for Bergen og omegn
- 2) Oversikt over kontaktpersoner hos deltakerkommunene.
- 3) Oversikt over aktuelle rutiner og prosedyrer