

ÅS KOMMUNE

MØTEINNKALLING

Formannskapet har møte i Ås rådhus, Lille sal

12.10.2011 kl. 16.30

Møtet er åpent for publikum i alle saker med mindre saken er unntatt offentlighet eller møtet lukkes i henhold til lov. Saksdokumentene ligger til offentlig gjennomsyn på rådmannskontoret. Innkallinger og protokoller legges til gjennomsyn på servicetorget og bibliotekene, og publiseres på www.as.kommune.no.

Saksliste:

- **INFORMASJON FRA RÅDMANNEN**
 - Kort informasjon om statsbudsjettet

F-sak 55/11 11/2282
**FREMTIDIG ORGANISERING AV PLEIE OG OMSORGSTJENESTEN I ÅS
KOMMUNE - OPPFØLGING AV PROSJEKTET "SAMHANDLINGSREFORMEN"
OG DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLINGEN JFR KOMMUNEPLAN 2011 – 2023 S. 3**

F-sak 56/11 11/3070
**ÅS KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE TIL SAMHANDLINGSREFORMEN -
FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE
AV PROP. 91L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG
OMSORGSTJENESTER S. 26**

F-sak 57/11 11/3002
**PRINSIPPSAK VEDRØRENDE SKJENKING INNE / UTE I KULTURHUSET -
JF. ETABLERING AV ANBUD S. 36**

F-sak 58/11 10/1546
TILTAKSPLAN FOR TRAFIKKSIKKERHET 2012-2015 RULLERING 2011 S. 40

Ås, 04.10.2011	Eventuelt forfall eller inhabilitet meldes til Vibeke Berggård, tlf. 64 96 20 04 eller e-post: politisk.sekretariat@as.kommune.no (Det sendes personlig svar på at slik e-post er mottatt, dersom svar ikke mottas innen rimelig tid før møtet må telefonbeskjed gis.)
Johan Alnes Ordfører	Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

REFERATSAKER TIL FORMANNSKAPET 12.10.2011

Protokoller:

1. Hovedutvalg for teknikk og miljø 29.09.2011
2. Administrasjonsutvalget 29.09.2011
3. Hovedutvalg for helse og sosial 28.09.2011
4. Hovedutvalg for oppvekst og kultur 28.09.2011
5. Ås Eldreråd 27.09.2011
6. Kommunalt råd for funksjonshemmede 27.09.2011
7. Nordre Follo Renseanlegg IKS – representantskapet, 23.09.2011

Innkallinger:

8. Kommunestyret 12.10.2011 kl. 19.00 (avtroppende kommunestyre)
9. Kommunestyret 12.10.2011 kl. 20.00 Konstituerende kommunestyremøte

F-sak 55/11

**FREMTIDIG ORGANISERING AV PLEIE OG OMSORGSTJENESTEN I
ÅS KOMMUNE - OPPFØLGING AV PROSJEKTET "SAMHANDLINGSREFORMEN"
OG DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLINGEN JFR KOMMUNEPLAN 2011 - 2023**

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt	Arkivnr: G00 &20	Saknr.: 11/2282
Utvalg	Sak nr.	Møtedato
Ås Eldreråd	10/11	27.09.2011
Kommunalt råd for funksjonshemmede	7/11	27.09.2011
Hovedutvalg for helse og sosial	19/11	28.09.2011
Administrasjonsutvalget	12/11	29.09.2011
Formannskapet	55/11	12.10.2011
Kommunestyret	/	

UTVALGENES INNSTILLINGER/UTTALELSER:

Hovedutvalg for helse og sosials innstilling 28.09.2011:

1. Forslag til ny organisering av pleie - og omsorgstjenestene i Ås kommune vedtas slik det framgår av vedlegg 1, Ny organisering av helse og sosialtjenesten.
2. Omgjøring og opprettelse av stillinger for denne nye organiseringen vurderes i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene finansieres innenfor helse og sosialetatens budsjett, sett i sammenheng med økte inntekter.
3. Opprettelse av stillinger knyttet til nye oppgaver ifbm Samhandlingsreformen, jfr tabell i vedlegg 2, vurderes også i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene vil kunne finansieres innenfor økte inntekter ifm "Samhandlingsreformen" og tilskuddsmidler (samhandlingsmidler) etter søknad for 2012.
4. Det jobbes videre med en trinnvis utbygging av sykehjem i Ås.
5. Det jobbes videre med en eventuell utbygging av omsorgstjenestene i Nordby, i tilknytning til Granheimtunet.

Innstilling/uttalelse fra administrasjonsutvalget 29.09.2011 og kommunalt råd for funksjonshemmede 27.09.2011:

1. Forslag til ny organisering av pleie - og omsorgstjenestene i Ås kommune vedtas slik det framgår av vedlegg 1, Ny organisering av helse og sosialtjenesten.
2. Omgjøring og opprettelse av stillinger for denne nye organiseringen vurderes i forbindelse med Handlingsprogram med økonomiplan 2012-2015. Stillingene finansieres innenfor helse og sosialetatens budsjett, sett i sammenheng med økte inntekter.
3. Opprettelse av stillinger knyttet til nye oppgaver ifbm Samhandlingsreformen, jfr tabell i vedlegg 2, vurderes også i forbindelse med Handlingsprogram med

økonomiplan 2012-2015. Stillingene vil kunne finansieres innenfor økte inntekter ifm "Samhandlingsreformen" og tilskuddsmidler (samhandlingsmidler) etter søknad for 2012.

4. Det jobbes videre med en trinnvis utbygging av Moer sykehjem jfr vedlegg 3 og 4.
5. Det jobbes videre med en eventuell utbygging av omsorgstjenestene i Nordby, i tilknytning til Granheimtunet.

Ås eldreråds uttalelse 27.09.2011:

1. Eldrerådet slutter seg i hovedsak til rådmannens innstilling om "Framtidig organisering av pleie- og omsorgstjenesten i Ås kommune". Eldrerådet mener at eldresenter/seniorsenter naturlig hører til under "punkt 8. Enhet for folkehelse og frivillighet" i det nye organisasjonskartet.
2. Eldresenter/seniorsenter i kommunen:
Gjennom en betydelig egeninnsats drives det to senter for eldre i kommunen. De kommunale tilskuddene har blitt sterkt redusert i løpet av de siste år på grunn av dårlig økonomi i kommunen. Det har ført til økt arbeidspress på de frivillige som deltar på kjøkken og leder arbeidet i hobbyrom. Det er relevant å spørre om kanskje økt tilskudd for større aktivitet ved sentrene kan utsette tidspunktet da kommunen må skaffe omsorgsbolig/sykehjemsplass for den enkelte. Nordby eldresenter har gode lokaler med kjøkken og egne rom for hobbyaktiviteter. Ås seniorsenter har altfor lite areal i forhold til medlemsmassen og mangler aktivitetslokaler.
 - Ås seniorsenter må snarest skaffes tilfredsstillende lokaler for å ha et tilbud til et sterkt økende antall eldre sør i kommunen.
 - Intensjoner i samhandlingsreformen understreker nødvendighet av gode eldresenter/seniorsenter.
3. Eldrerådet minner om at Ås kommunestyre 15.12.2010 vedtok å opprette stilling som seniorkontakt fra 01.05.2011, og tar til etterretning at administrasjonen har utsatt utlysningen av stillingen. Eldrerådet mener at det haster med å få tilsatt seniorkontakt for å drive omsorg for den raskest voksende befolkningsgruppen i kommunen. Eldrerådet ønsker å delta i arbeidet med å lage stillingsinstruks for seniorkontakten.

UTVALGSBEHANDLINGER:

Hovedutvalg for helse og sosials behandling 28.09.2011:

Dag Guttormsen (H) foreslo følgende endring av pkt. 4 til rådmannens innstilling:
Det jobbes videre med en trinnvis utbygging av sykehjem i Ås.

Votering:

H's forslag ble vedtatt 5-4 (3 A, 1 KrF) ved alternativ votering mot rådmannens innstilling pkt 4.

Rådmannens innstilling for øvrig ble enstemmig tiltrådt.

Administrasjonsutvalgets behandling 29.09.2011:

Helse- og sosialsjef orienterte om at undertittelen i saken var falt ut i innkallingen.

Arne Hillestad (FrP) fremmet forslag om følgende endring i rådmannens innstilling pkt. 4: "Moer sykehjem" erstattes med "sykehjem i Ås kommune".

Votering: (8 stemmer)

Rådmannens innstilling pkt. 1, 2 og 3 ble enstemmig tiltrådt.

Rådmannens innstilling pkt. 4 ble tiltrådt 6-2 (H, FrP).

Rådmannens innstilling pkt. 5 ble enstemmig tiltrådt.

Ås eldreråds behandling 27.09.2011:

Eldrerådet drøftet seg frem til følgende forslag til vedtak: Tilsvarende eldrerådets uttalelse.

Votering: Forslaget ble enstemmig tiltrådt.

Kommunalt råd for funksjonshemmedes behandling 27.09.2011:

Votering: Rådmannens innstilling ble enstemmig tiltrådt.

RÅDMANNENS INNSTILLING:

Rådmannens innstilling 16.09.2011: Tilsvarende innstilling/uttalelse fra administrasjonsutvalget og kommunalt råd for funksjonshemmede.

Tidligere politisk behandling:

K-sak 2/10

Avgjørelsesmyndighet:

Kommunestyret

Behandlingsrekkefølge:

Eldrerådet

Råd for funksjonshemmede

Hovedutvalg for helse og sosial

Administrasjonsutvalget

Formannskap

Kommunestyret

Vedlegg som følger saken trykt:

Vedlegg 1: Organisasjonskart, forslag til ny organisering helse og sosialetaten, Ås kommune.

Vedlegg 2: Tabell over forslag til nye stillinger i helse og sosialetaten ifm "Samhandlingsreformen".

Vedlegg 3 og 4: Skisse for mulig utbygging av Moer sykehjem

Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:

Ingen

Utskrift av saken sendes til:

Helse og sosialsjef

SAKSUTREDNING:**Fakta:**

I K-sak 2 / 10 vedtok kommunestyret prosjektplan for Samhandlingsreformen i Ås og i Follo samarbeid. Del 2 av prosjektplanens mål lød:

Som ledd i forberedelsen av samhandlingsreformen skal prosjektet også gjennomføre en evaluering av- og anbefale en organisering av enhet for pleie og omsorg i Ås kommune. Hovedhensikt må være å etablere en organisering som tåler "å ese ut" spesielt med tanke på den demografiske utvikling de neste 10-30 år. Inndelingen av hjemmetjenestens distrikter går også inn under dette mandatet. I denne sammenheng skal også sykehjemskapasiteten frem til 2023 belyses. (samme intervall som kommuneplan)

Denne saken omhandler ikke prosjektet "Samhandlingsreformen i Follo" og rådmannen vil, høsten 2011, fremme en egen sak om Folloprosjektet. Saken vil være likelydende i alle de 7 Follokommunene. Folloprosjektet har tidligere mottatt 1 million i

samhandlingsmidler etter søknad. Høsten 2011 mottok Follokommunene v/Ski ytterligere 1 million i samhandlingsmidler. Prosjektet vil da videreføres uten tilskudd / finansiering fra deltakerkommunene, ut over arbeidsinnsats fra utvalgte ansatte og tillitsvalgte.

I forbindelse med samhandlingsreformen, den demografiske utviklingen og enhetsleder i pleie og omsorgs avgang (pensjon) har helse og sosialetaten jobbet med et omorganiseringsprosjekt i 2011 jfr prosjektplanen og HP 2011 - 2014. Prosjektet har hatt en bred deltakelse av alle ledere i pleie og omsorg, andre samarbeidende ledere som driftsenheten og forvaltningsenheten, hovedtillitsvalgte i NSF (norsk sykepleierforbund) og - FF (fagforbundet), og organisasjon og personalavdelingen i kommunen. Prosjektet er drøftet underveis i hovedutvalg for helse og sosial, og i rådmannens ledergruppe.

Dagens organisering:

Helse og sosialetaten i Ås kommune er organisert i 12 enheter, jfr organisasjonskart under:

Helse og sosialetaten – etatssjef
Kommunelege

1 - Enhet for psykisk helse - voksne

2 - Enhet for forvaltningstjenester

3 - Enhet for driftstjenester

4 - Enhet for barnevern

5 - Enhet for pleie og omsorg (PLO)

6 - Enhet for forebyggende helse – barn og unge

7 - NAV Ås

8 - Kajaveien, enhet for personer med funksjonshemninger

9 - Ljungbyveien, enhet for personer med funksjonshemninger

10 - Solfallsveien, enhet for personer med funksjonshemninger

11 - Dr. Sødningevei, enhet for personer med funksjonshemninger

12 - Dagtilbudet, enhet for personer med funksjonshemninger

En av disse 12 enhetene er enhet for pleie og omsorg (PLO). Denne enheten (PLO) består i dag av 7 avdelinger, med til sammen ca 180 årsverk.

Enheden består av Moer sykehjem, hjemmetjenesten nord og sør (hjemmehjelp, hjemmesykepleie og brukerstyrte personlige assistenter (BPA), demensomsorgen (skjermede enheter, forsterket skjermet enhet, dagsenter for personer med demens og demenskoordinator / demensteam), aktivitetssenter, rehabilitering, kommunal ergoterapi- og fysioterapitjeneste og lokalt hjelpemiddellager. Enhetslederen går av med pensjon i slutten av 2011.

Samhandlingsreformen med nytt lovverk fra 01.01.2012:

Fra 01.01.2012 trer ny lov om folkehelsearbeid og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Dette, i tillegg til den demografiske utviklingen, gir kommunen formidable utfordringer, og det vil være helt avgjørende å ha en organisering av tjenestene som er hensiktsmessig og som tåler forventet vekst i tjenestene og etablering av nye tjenester.

Generelt om reformen

Regjeringen la 18. juni 2009 fram St. melding nr. 47 om Samhandlingsreformen. Målet med reformen er å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Stortinget vedtok 14.06.11 ny nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St.16 (2010-2011)), ny lov om folkehelse (Prop. 90 L) og ny lov om helse og omsorgstjenester (Prop. 91 LI). Nasjonal plan inneholder juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige grep som skal til for å sette samhandlingsreformen ut i livet.

Reformen skal gjennomføres over tid fra 1. januar 2012. Det er utarbeidet forskrifter til de nye lovene. De første 7 forskriftene er ute på høring nå, med høringsfrist i oktober 2011. Det vil komme flere forskrifter på høring i løpet av høsten 2011, blant annet "Fastlegeforskriften". Det er inngått en intensjonsavtale mellom staten og kommunene v/KS for perioden 01.07.11 og ut 2015 om gjennomføring av reformen.

Kommunal medfinansiering fra 01.01.2012

Med kommunal medfinansiering etableres det en økonomisk forbindelse mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for medisinske innleggelses og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, tilsvarende 20 prosent av gjennomsnittskostnadene i spesialisthelsetjenesten for disse gruppene. Ordningen gjelder alle aldersgrupper. Potensiell innsparing som følge av kommunal medfinansiering, vil kunne inngå som en del av grunnlaget for drift av alternative tilbud i kommunene. Kommunal medfinansiering vil ikke kunne fullfinansiere etablering av nye tilbud i kommunene, og må derfor kombineres med andre økonomiske virkemidler. Det er lagt opp til et tak på om lag 30 000 kroner for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Fra medfinansieringsgrunnlaget unntas kostnader ifm fødsler, nyfødte barn og pasientbehandling med kostbare biologiske legemidler. Regjeringen legger heller ikke opp til å innføre kommunal medfinansiering for psykisk helsevern, rusbehandling og rehabiliteringsopphold i private opptreningsinstitusjoner fra 2012. Kommunal medfinansiering er et økonomisk insentiv, og det legges til grunn at midlene fordeles til kommunene som frie inntekter. De endelige økonomiske konsekvensene av ordningen,

inngår i regjeringens ordinære arbeid med budsjett 2012. Økte ressurser og oppbygging av kapasitet i kommunehelsetjenesten vil ikke nødvendigvis redusere ressursbruken i sykehusene. Det er en sentral premiss at aktiviteten i sykehusene må styres.

Utskrivingsklare pasienter fra 01.01.2012

Kommunene får ansvar for finansiering av utskrivingsklare pasienter fra første dag. Kommunene får overført midler fra spesialisthelsetjenesten til å etablere tilbud til pasienter som er utskrivingsklare, eller til å betale for pasienter som spesialisthelsetjenesten har definert som utskrivingsklare. Døgnprisen er satt til 4000,-. Etablering av tilbud i kommunene fører til at pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, raskest mulig kan komme hjem til et lokalt tjenestetilbud.

I følge kommuneproposisjonen får Ås kommune tilført i underkant av 15 000 000,- til kommunal medfinansiering, og til ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første utskrivningsklare dag.

Øyeblikkelig hjelp- døgntilbud i kommunene fra 2016

Kommunene skal sørge for å ha tilbud om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn fra helse- og omsorgstjenesten, ved tilstander der kommunen selv har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg. Erfaringer fra blant annet sykestuedrift, viser at ulike lokale tilbud kan bidra til å sikre observasjon, diagnostisering og behandling på en god og kostnadseffektiv måte. Det foreslås en plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp- døgntilbud fra 2016. Det foreslås en innfasingsperiode før plikten trer i kraft, der midler overføres gradvis fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, slik at etablering av tilbud fullfinansieres.

Den demografiske utviklingen i Ås kommune i perioden 2011 – 2023

(utdrag fra Kommuneplanen 2011 – 2023)

Gjennomsnittlig levealder øker og dette fører til at det blir stadig flere eldre. Tidligere befolkningsvekst i Ås innebærer også at store årskull stadig går inn i de eldres rekker. Befolkningsprognosen viser en vekst i gruppen over 80 år på over 70 % i planperioden.

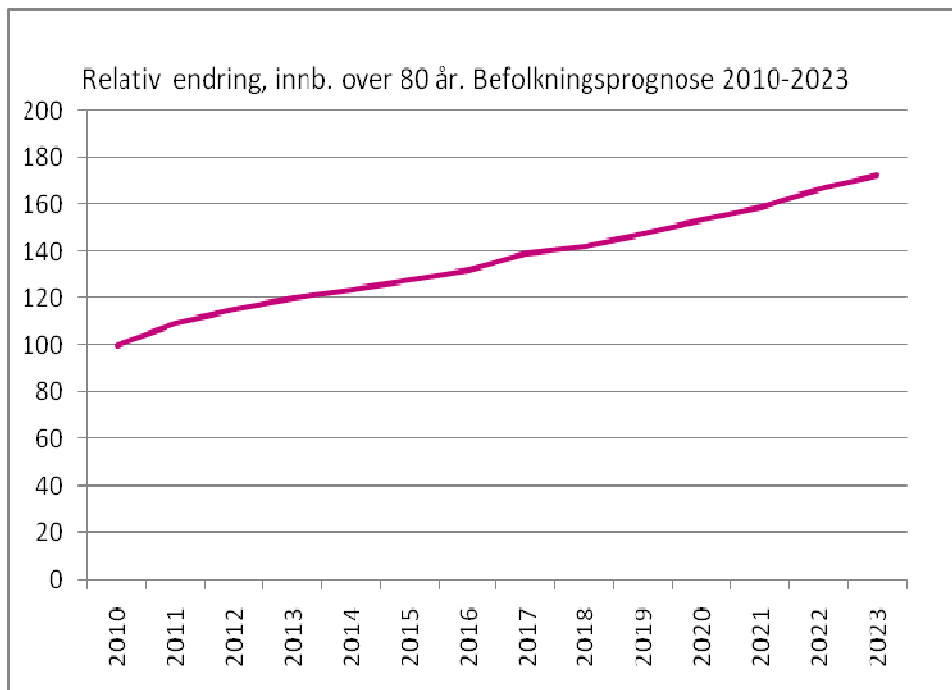


Fig 3: Relativ endring av antall innbyggere over 80 år, befolkningsprognose 2010-23.

	2010	2011	2015	2020	2023	Endring 10 - 23	Endring i % 10 - 23
80 og eldre	555	607	710	851	956	401	72
20 % av innbyggere over 80 år	111	121	142	170	191	80	-

Tab 4: Befolkningsutviklingen for aldersgruppen 80 år og eldre i Ås ved 2 % befolkningsvekst i gjennomsnitt pr år i perioden 2010 – 2023, samt andelen som vil ha behov for omfattende pleie (anslått til 20 %).

Tabell 4 viser at det i 2023 kan være behov for ca 80 institusjonsplasser mer enn i 2010. Til sammenlikning er det 86 plasser på dagens Moer sykehjem. Beregningene baserer seg på at 20 % av befolkningen over 80 år vil ha behov for bolig med heldøgns pleie og omsorg. Nasjonale føringer anbefaler 25 % dekning, men Ås kommune har vedtatt en 20 % dekningsgrad, og dette har vært ansett som tilstrekkelig. Kommunens økonomiske situasjon tilsier at det vil være meget vanskelig å legge til grunn de nasjonale føringer på 25 % dekning. Om det etableres nytt lovverk med rett på sykehjems plass, vil kommunens planer og prioriteringer måtte endres. Dette er et behov som kan endre seg i takt med eldre-befolkningens helse og levekår. Kommunen vil løpende vurdere hvilke boformer og tjenestetilbud som er mest hensiktsmessig for å ivareta behovene. Veksten i antall eldre vil øke ytterligere fra 2023. Dette er en utfordring kommunen må ha beredskap for, å planlegge å møte i god tid.

Tabellen under viser prognosen for aldersgruppen over 80 år og behov for opptrapping av antall plasser i boliger med heldøgns pleie og omsorg i forhold til en dekningsgrad på 20 %.

År	Antall innbyggere over 80 år:	Totalt antall plasser med 20 % dekningsgrad:	Mangler plasser ift "2010-kapasitet" med 20 % dekning:
2011	607	121	14
2012	641	129	22
2013	668	134	27
2014	685	137	30
2015	710	142	35
2016	731	146	39
2017	771	154	47
2018	790	158	51
2019	817	163	56
2020	851	170	63
2021	882	176	69
2022	922	184	77
2023	956	191	84
2024	1016	203	96
2025	1060	212	105

Tab 9: Tabellen viser prognosen for aldersgruppen over 80 år og behov for opptrapping av antall plasser i boliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester i forhold til en dekningsgrad på 20 %.

Videre står det i kommuneplan:

I planperioden er det nødvendig å øke antall boliger med heldøgns bemanning. Det bør raskt etableres ett nytt bokollektiv for personer med demens på Moer (12 plasser).

Videre må det bygges ut nye plasser trinnvis. Det er et alternativ å bygge ut Granheimtunet i Nordby med 60-80 sykehjemsplasser. Her har kommunen tidligere etablert omsorgsboliger og hjemmetjenesten nord har sin base her. Det kan altså være hensiktsmessig å legge kapasitetsutvidelsen der. Alternativt vil være å gjennomføre en større utbygning av Moer sykehjem (60-80 plasser). Dette må utredes videre, og det er helt nødvendig å vurdere alternativene i en kostnadmessig sammenheng. Etablering av nye omsorgsboliger (evt m/ bemanning), føringer i "Samhandlingsreformen" og helsesamarbeid i Follo vil også være medvirkende for valg av alternativ.

Vurdering med anbefalinger:

Vurderingen er delt inn i 3 deler:

A. Vurdering med anbefalinger i forhold til ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester (bl.a med kommunal medfinansiering og ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag)

B. Vurdering med anbefalinger i forhold til ny lov om folkehelsearbeid

C. Vurdering med anbefalinger i forhold til den demografiske utviklingen i Ås kommune i perioden 2011 – 2023 (kommuneplanperioden)

A. Vurdering med anbefalinger i forhold til ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester (bl.a med kommunal medfinansiering og ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag)

1 A: Ny organisering av pleie og omsorg jfr organisasjonskart vedlegg 1

Anbefaling:

Dagens enhet for pleie og omsorg med til sammen 180 årsverk splittes opp i 4 enheter som følger:

- Enhet for Moer sykehjem, med enhetsleder og ulike avdelinger med avdelingssykepleiere.
- Enhet for hjemmetjenester og omsorgsboliger, med enhetsleder og avdelinger med avdelingssykepleiere.
- Enhet for demensomsorgen (Ås demenssenter), med enhetsleder og avdelingssykepleiere
- Enhet for folkehelse og frivillighet, med blant annet daglig leder frisklivssentral og daglig leder frivilligsentralen.

Vurdering:

Rådmannen vurderer at dagens organisering av pleie og omsorgstjenestene i Ås kommune verken er rustet til å møte utfordringene i "Samhandlingsreformen" eller den demografiske utviklingen. (eldrebølgen)

Enhet for pleie og omsorg anbefales splittet opp i 4 enheter.

3 av enhetene er en hensiktsmessig oppdeling av kommunens tradisjonelle helse- og omsorgstjenester, som er sykehjem, hjemmetjenester / hjemmesykepleie, omsorgsboliger og demensomsorg. Ved en slik inndeling mener rådmannen at Ås kommune i større grad tar inn over seg de store utfordringene med den demografiske utviklingen og utfordringene knyttet til "Samhandlingsreformen". En 70 % økning av aldersgruppen over 80 år i kommuneplanperioden tilsier at dette vil være en sektor i sterk vekst. Når disse tjenestene også får nye oppgaver jfr samhandlingsreformen forsterker dette behovet ytterligere for å legge om til en organisering som "tåler å ese".

Med den siste foreslåtte enhet, enhet for folkehelse og frivillighet, mener rådmannen at Ås kommune med dette tar inn over seg et stort og nytt lovverk i form av ny folkehelselov, og legger "grunnmuren" for dette arbeidet. Rådmannen ønsker at det frivillige arbeidet i regi av frivilligsentralen, samorganiseres med folkehelsearbeidet. Dette først og fremst fordi de to områdene har "et felles nedslagsfelt", og rådmannen mener det vil være formålstjenelig med en samorganisering. Kommunen jobber - og vil (må) i fremtiden jobbe enda mer med området folkehelsearbeid. Det gjør / vil også frivilligsentralen.

I fremtiden håper rådmannen også å kunne samlokalisere denne enheten, med blant annet frivilligsentral og frisklivssentral. Mange av kommunens virksomheter vil for denne enheten være viktige samarbeidspartnere, rådmannen vil spesielt nevne NAV og kommunens fastleger.

Rådmannen ser at forslag til ny organisering fører med seg prioriteringer og valg av løsning på ulike områder. Den berører også andre enheter enn i helse og sosial, som Frivilligsentralen. Derav denne sak, som behandles bredt, og i alle berørte fora forut for handlingsprogram og budsjett 2012 – 2015.

2 A: Kommuneoverlege

Anbefaling:

Kommunelege 1 stillingene omgjøres til kommuneoverlege (Samfunnsmedisiner etc), og økes fra 40 % og til 100 % stilling.

Vurdering:

Ås kommune har i dag 2 x 20 % kommunelege 1 - stilling (Sum 40 %). Kommunelege 1 ivaretar en rekke store oppgaver nedfelt i lov om helsetjenester i kommunene, lov om smittevern og ikke minst forskrift om miljørettet helsevern. Kommunelege 1 er rådmannen og hans ledergruppes medisinske rådgiver, administrerer kommunens fastleger og spiller en sentral rolle i kommunens beredskapsarbeid.

Tidligere var kommunelege 1 også kommunens folkehelsekoordinator, men dette ble i 2008 midlertidig overtatt av helse og sosialsjefen av praktiske – og ressursmessige årsaker. Folkehelsekoordinatorfunksjonen i seg selv er i Ås kommune definert som en 20 % stilling, men mange kommuner har valgt å ha en egen folkehelsekoordinator. (opp mot 100 % stilling til "bare" denne oppgaven)

Kommunelege 1 samlede oppgaver:

1. Miljørettet helsevern (Forskrift om miljørettet helsevern 2003)
2. Smittevern (smittevernplan / - program, -beredskap, div. innsendinger / rapporteringer)
3. Medisinsk faglig - rådgiver for kommunens helsetjenester, inkludert reisevaksinasjon i kommunal regi.
4. Folkehelsekoordinator - funksjon.
5. Helse- / sosialberedskapsarbeid og oppfølging av beredskapsplaner, og medlem i kommunens kriseledelse.
6. Oppfølging av fastlegeordningen / allmennlegetjenesten og legevaktstjenesten i kommunen, jfr forskrift om fastlegeordningen.
7. Sekretær for fastlegenes samarbeidsutvalg (2 - 4 ganger pr. år) og allmennlegeutvalg (1 gang pr. år)
8. Videresending av melding om dødsfall for kommunens fastleger.
9. "Psykiatriberedskap" ved tvungen innleggelse / -legeundersøkelse, jfr lov om psykisk helsevern

Rådmannen ser med bekymring på kommunens nye oppgaver og mener at kommunen ikke bare må videreutvikle samhandlingen med andre kommuner og spesialisthelsetjenesten, men også videreutvikle kommunens helsetjenester og organisasjon "internt". Et større samfunnsmedisinsk fokus i kommunen synes å tvinge seg fram, men vil også kunne være lønnsomt for kommunene å prioritere. Ordningen om kommunal

medfinansiering vil kunne kreve medisinsk kompetanse og administrere, likeledes avtalene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunene opplever ofte at sykehuset / spesialisthelsetjenesten har det "medisinskfaglige overtaket", og at det kan føre til at kommunene blir "taperen" i tvister.

Rådmannen mener at Ås kommune vil kunne stå i en særstilling i Follo i forhold til forskning og utvikling i perspektivet "Folkehelse på kommunalt plan" med tanke på UMB, og ønsker og ta dette ansvaret. Da vil det være viktig med en folkehelsekoordinator med god kompetanse og tilstrekkelig kapasitet.

Kommunelegen administrerer i dag fastlegeordningen inkludert beredskapslegevakt. Ordningen der kommunelegen er fastlegekollega og overordnet for fastlegene anses som uheldig.

Rådmannen vurderer at Ås kommune har et forbedringspotensial med tanke på koordinering og samhandling i legetjenesten generelt, både legene i mellom, mellom legene og kommunen, og mellom legene, kommunen og andre samarbeidspartnere. En ressursperson med dette som "eneste oppgave" anses derfor å være meget hensiktsmessig i denne sammenheng.

3 A Strategi ifht kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag:

Anbefaling:

Ås kommune ivaretar dette ansvaret fra 01.01.2012 dels med nåværende kapasitet, dels ved omgjøring av plasser ved bygging av "Ås demenssenter", dels ved en styrking av tjenester i hjemmene og forvaltningstjenester, dels ved en styrking og omgjøring av institusjonslegene i pleie og omsorg, og dels ved eventuelle kjøp av tjenester.

Vurdering:

At Ås kommune får ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag gir kommunen en kortsiktig utfordring, da kapasiteten på tjenestene ikke er dimensjonert for dette fra dag en. Kommunen må derfor velge en strategi frem til tilstrekkelig kapasitet foreligger.

I HP 2011 – 2014 ble det vedtatt at det skal bygges bokollektiv nr. 3 til personer med demens på Moer, med 12 plasser. (skjermet enhet)

Planleggingsarbeidet pågår, og det har kommet gode forslag til løsninger som går ut over vedtatt byggeprosjekt (forslag: 12 skjermede plasser, 3 forsterkede plasser og dagsenter for personer med demens). Dette kommer rådmannen tilbake til i denne sak, men i denne sammenheng vil en utvidelse av bygg 3 frigjøre forsterket skjermet avdeling på Moer sykehjem.

Ved denne romslige 6 roms avdelingen kan kommunen om ønskelig da etablere en "ut av sykehus"-avdeling, for å kunne ta pasientene raskt hjem, når utskrivningsklar.

Avdelingen kan også ved behov fortettes med inntil 12 pasienter.

Frem til denne kapasiteten foreligger anbefaler rådmannen at hjemmetjenesten styrkes og midlene settes av til å betale sykehusene evt kjøp fra andre kommuner / institusjoner. Det er avgjørende at det nye bygget blir bygget så raskt som mulig.

I kommuneproposisjonens beregninger overføres 1 700 000,- for utskrivningsklare pasienter for Ås kommune. Med en sykehusdøgnpris på 4000,- vil dette si 425 sykehusliggedøgn pr år. Med en sykehjemsdøgnpris på 1900,- tilsvarer overføringen til sammenlikning 895 sykehjemsliggedøgn pr år.

Også forvaltningstjenesten (bestillerfunksjon) med all søknads- og saksbehandling (enkeltvedtak) og systemansvarlig for pasientjournalssystemet Gerica og det nye "Helsenettet", samt hjemmetjenestene bør styrkes noe i handlingsplanperioden. Dette vil fremmes som forslag til nye tiltak i HP i 2012-2015.

Moer sykehjem og demensomsorgen (bokollektivene) har i dag flere småbrøker med sykehjemslege, hvor en rekke ulike fastleger i kommunen er inne og gjør en jobb jfr tilplikting av fastleger. Dette er en marginal løsning som gir liten stabilitet, kontinuitet og kompetanseoverføring, for pasientene, for pårørende og for de andre ansatte. Det anbefales derfor å styrke denne tjenesten noe, og ansette i rene og hele / halve institusjonslegestillinger (Geriatr etc). Dette vil fremmes som forslag til nye tiltak i HP i 2012-2015.

B. Vurdering med anbefalinger i forhold til ny lov om folkehelsearbeid

1 B: Daglig leder, Ås Frisklivssentral – evt "Freskhuset"

Anbefaling:

Det opprettes en 100 % stilling som daglig leder for Ås Frisklivssentral i 2012. Ås kommune finansierer 50 % av stillingen for 2012, og resterende (50 %) har kommunen, etter søknad, mottatt i samhandlingsmidler til for 2012. (Tilskuddstilsagn 300 000,-) Det må jobbes videre med å vurdere mulige inntekter ved en slik frisklivssentral.

Vurdering:

Over halvparten av landets kommuner har nå etablert en "Frisklivssentral" og Helsedirektoratet har utgitt en veileder for disse sentralene.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00324/Veileder_for_kommun_324379a.pdf

Ved frisklivssentralene gir kommunene ulike tilbud til personer med økt risiko for å utvikle sykdommer på grunn av levevaner. (Sekundærforebygging)

Noen trenger hjelp til å stumpe røyken. Andre trenger støtte til å legge om kostholdet eller komme i gang med fysisk aktivitet. Både hjerte- og karsykdommer, kreft og diabetes 2 kan forebygges ved at man kutter ned på usunn mat, tobakk og alkohol og øker den fysiske aktiviteten og spiser sunn mat. Ved å etablere frisklivssentral i kommunen vil vi kunne forebygge og begrense sykdom. Det er både en investering i livskvalitet for mange mennesker og en god samfunnsøkonomisk investering.

Ås kommune søkte om samhandlingsmidler til dette jfr en 100 % stilling som daglig leder for frisklivssentral, og fikk i september 2011 tilslag på tilskudd til halve stillingen (300 000,-). Søknaden ble behandlet i hovedutvalg for helse og sosial (HHS) våren 2011.

I prosjektsøknaden stod det:

Ås har i dag ikke et organisert frisklivstilbud.

Man har ulike treningstilbud, men dette er rettet mot mennesker som selv tar initiativ til trening. Med tilbudene opplever vi at vi ikke fanger opp de som trenger dette som et forbyggende tiltak og som da står i fare for å utvikle en livsstilssykdom.

Et frisklivstilbud er et lavterskeltilbud hvor alle som blir henvist, kan komme og få faglig veiledning/hjelp til bedre helse.

Sentralt i tilbudet er helsesamtalen før oppstart og som oppfølging etter tilbudet.

Erfaringer som har blitt uttalt fra de kommuner som har satt dette i verk er at mange brukere tok tak i egen helse i etterkant av tilbudet og fortsatte med fysisk aktivitet på egenhånd. (Vefsn kommune, Modum m.v.)

For å kunne starte med et slikt tilbud kreves det fagkompetanse fra helsepersonell som innebærer fysioterapeuter, sykepleier, ernæringsfysiologer og andre yrkesgrupper som kan knyttes til senteret ut i fra problemstillinger.

Frisklivssentralen evt "Freskhuset" vil være et sted som driver med:

- Frisklivsresept - konseptet (kommunens fastleger kan henvise pasienten med frisklivsresept)
- Råd, veiledning og undervisning innenfor områdene:
 - Helse - helsesamtaler
 - Ernæring / kosthold
 - Aktivitet / trening
 - Livsstilsveiledning ift ulike "fasesonegrupper" (diabetes, kols/lunge, hjerte-kar, overvekt)
 - Aktivitetsgrupper.
- Minoritetsspråkliges helse, "studenthelse" etc

Ulike kurstilbud som kan knyttes opp mot Frisklivssentralen / "Freskhuset":

- Røykeavvenningskurs
- AA - kurs
- KID - kurs (depresjonsmestring)
- PIS – kurs (parents in separation)
- Godt samlivskurs
- Foreldrekurs
- Aktivitet og trening
- Avspenning / stressmestring
- Sorgstøtte
- Søvnskole
- "Aktiv på dagtid" i Ås (Apd)
- Kommunens treningstilbud for overvektige barn.
- osv

Hvem kan / skal samhandle med (og om) Frisklivssentralen / "Freskhuset"?

- Kommunens fastleger er sentrale i forhold henvisninger
- Kommunale - og privatpraktiserende fysioterapeuter er sentrale i forhold henvisninger.
- Kommunens ulike enheter som enhet for forebyggende helse, enhet for psykisk helse og pleie og omsorgstjenesten / hjemmetjenesten
- Frivilligsentralen
- NAV Ås
- Lag og foreninger i Ås, inkl Eldresentrene
- Idrettsrådet i Ås
- Sorg og omsorg i Follo
- Akershus fylkeskommune ("folkehelsearbeidet")
- Ahus / Ski sykehus
- UMB – Universitet for miljø og biovitenskap
- Bjørnebekk asylmottak (kommunalt)

Dette vil kunne være en av Ås kommunes strategier ift "Ny Folkehelseslov" om hvordan møte helseutfordringene i kommunen, og gjennomføring av tiltak i ny kommuneplan.

I første omgang ønsker kommunen "sakte men sikkert" å etablere "grunnmuren" for tilbudet, og derifra se på mulighetene.

Hvorfor eventuelt navnet "Freskhuset"?

Kommunen har i sammenheng med sitt folkehelsearbeid etablert "Freskuka", en uke i året fylt med ulike aktiviteter, gratis for kommunens innbyggere. Etter tre år med Freskuka er dette nå forankret blant kommunens innbyggere, og viktige samarbeidspartnere som UMB, og lag og foreninger. Kanskje kommunen skulle bygge videre på dette og kalle frisklivssentralen "Freskhuset"?

C. Vurdering med anbefalinger i forhold til den demografiske utviklingen i Ås kommune i perioden 2011 – 2023 (kommuneplanperioden)

1 C: Samle demensomsorgen i Ås kommune

Anbefaling:

Utvide byggingen av bokollektiv nr.3 på Moer og etablere "Ås demenssenter".

Vurdering:

I HP 2011 – 2014 ble det vedtatt at det skal bygges bokollektiv nr. 3 til personer med demens på Moer, med 12 plasser. (skjermet enhet)

Planleggingsarbeidet pågår, og det har kommet gode forslag til løsninger som går ut over vedtatt byggeprosjekt (forslag: 12 skjermede plasser, 3 forsterkede plasser og dagsenter for personer med demens). Det er vurdert at dette bygget bør bygges slik at det bygges sammen med eksisterende bygg 1 (fra 1999) og - 2 (fra 2003). Dette blir da til sammen ET stort bygg, og er foreslått kalt "Ås demenssenter".

Det vil derfor fremmes egen sak om utvidelse av prosjektet.

Hvorfor?

- Å samle tilbudene og bygge et demens senter vil gi gevinster bemanningsmessig og faglig for beboere og ansatte. I tillegg vil det gi praktiske fordeler ved at man har felles glede av sanserom, hage, felles graderobe anlegg, lager med mer. Samtidig frigjør det arealer på sykehjemmet.
- Forbindelse mellom husene vil gjøre det enklere å raskt gå mellom enheter enten det er dag eller natt, pøsregn eller snøvinter.
- Demens plan 2015 presiserer at de ikke ønsker at demens omsorgen skal være en sær omsorg, noe man kanskje kan tenke ved å samle tilbudene. Rådmannen tror imidlertid at å ha ressursene samlet, vil gi oss større fleksibilitet til å arbeide utadrettet, videreutvikle samarbeidet og kompetanse overføringen. Det vil også kunne være fordelaktig med tanke på rekruttering.

2 C: Utbygging av Moer sykehjem, i flere byggetrinn

Anbefaling:

Kommunen jobber videre mot en trinnvis utbygging av Moer sykehjem jfr skisse vedlegg 3 og 4.

Vurdering:

Prosjekt i helse og sosial har våren / høsten 2011 jobbet frem et forslag om en utvidelse av Moer sykehjem, på areal regulert til dette i kommuneplan 2011 - 2023. Kommunen eier pr dags dato ikke dette arealet.

Bygget er tenkt heftet på eksisterende bygg i forkant mot jernbanen med en tunnellokorrridor (kulvert). Det nye bygget blir da liggende lavere i terrenget, enn eksisterende bygg. Tilbygget vil kunne ha innkjøring / inngang ved den nyetablert veien på Moerjordet.

Den demografiske utviklingen i kommuneplanen vurderes som en meget stor utfordring for kommunen. Parallelt med utfordringen om stadig flere eldre, er utfordringen med stadig færre i yrkesaktiv alder pr. pensjonist.

Rådmannen anser det som meget hensiktsmessig driftsøkonomisk sett å samle institusjonsplassene i kommunen. En vil da kunne "ta ut" stordriftsfordelene, ved å ha sambruk av en rekke funksjoner. (Kjøkken, vaskeri, kantine, møterom, frisør, fotpleie, fysioterapi m/ treningsrom / behandlingsrom, ergoterapi, medisinerom, lagerrom, kapell etc) Det kan planlegges i flere byggetrinn, for eksempel byggetrinn 2015, byggetrinn 2020 og byggetrinn 2025.

Det anses også som fordelaktig med tanke på rekruttering av helsepersonell i fremtiden. Større fagmiljøer trekker erfaringsvis mer, enn små fagmiljøer.

Innholdet i bygget/byggene kan blant annet avhenge av hva man enes om i "Folloprosjektet – Samhandlingsreformen".

- Hvilke lokalmedisinske tjenester skal vi i Follo evt samarbeide interkommunalt om?
- Skal vi samme etablere et lokalmedisinsk senter?
- Hva skal vi etablere hver for oss / ikke samarbeide om?

Det vil fremmes en sak i alle Follokommunene høsten 2011 om

3 C: Utbygging i Nordby-området

Anbefaling:

Det nedsettes et prosjekt i 2012 som vurderer en mulig utbygging i Nordby-området.

Vurdering:

Det er i kommuneplan avsatt to arealer i tilknytning til Granheimtunet i Nordby. En kan tenke seg en løsning hvor en videreutvikler og bygger omsorgsboliger i denne delen av kommunen, som er i tilknytning til hjemmetjenestens distrikt Nord.

De eksisterende omsorgsboligene er bygget med mulighet for bemanning, et "omsorgsnivå" i omsorgstrappen som ikke finnes i Ås kommune på nåværende tidspunkt. En økning av slike boliger i Nordby vil også legitimere plasseringen av basen i nord, samt muligens bedre den skjeve fordelingen mellom distriktene i forhold til kilometer i bil (kjøring). I nord er det en personalbase der med lokaler, ledelse etc, som er hensiktsmessig og økonomisk bærekraftig.

Det oppfattes også som kapasitet ved eldresenteret i Nordby, kontra Ås som er "overfylt". Dette vil kunne være en viktig arena for beboerne i omsorgsboligene.

Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:

Alle tiltak som anbefales i denne sak er dekket opp av midler som tilkommer Ås kommune i 2012, som resultat av økte inntekter i helse og sosialsektoren. Noen av inntektene er øremerkede midler.

Allikevel vil det være usikkert om hvor fullfinansiert samhandlingsreformen viser seg å være med 2012-oppgavene (medfinansiering og utskrivningsklar), hvilke nye midler som tilkommer kommunene i sammenheng med 2016-oppgaven (24t akutt-tilbud), hvordan tilskuddsordningene ifht utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger utvikler seg, og utviklingen av de frie midlene i kommunenes ramme i årene som kommer.

Saken belager seg blant annet på øremerkede midler knyttet til ressurskrevende brukere. Også her kan det komme endringer fremover, selv om det er lite sannsynlig, da det ikke er varslet på noen måte. Regelverket for dette endres i tilfelle i stasbudsjettet året før det iverksettes.

Konklusjon med begrunnelse:

Det er ingen tvil om at "Samhandlingsreformen" og den demografiske utviklingen i årene som kommer vil gi Ås kommune formidable utfordringer. Det er derfor behov for å gjøre en rekke grep, som til sammen kan være et utgangspunkt for å møte disse utfordringene. Det er store usikkerhetsmomenter rundt mekanismene og de økonomiske insentivene i samhandlingsreformen, likeledes nasjonale myndigheters tilskuddsordninger for etablering av flere institusjonsplasser i årene som kommer. Rådmannen konkluderer også med at kommunen må "heve blikket" og planlegge ut over handlingsprogramperioden, da veksten av eldre i årene fremover er så stor.

Rådmannen konkluderer med at tiltakene som foreslås i denne sak, er nødvendige grep, og at kommunen med dette tar reformen inn over seg, samtidig som man forsøker å "skynde seg sakte". Rådmannen anbefaler at saken vedtas.

Kan vedtaket påklages?

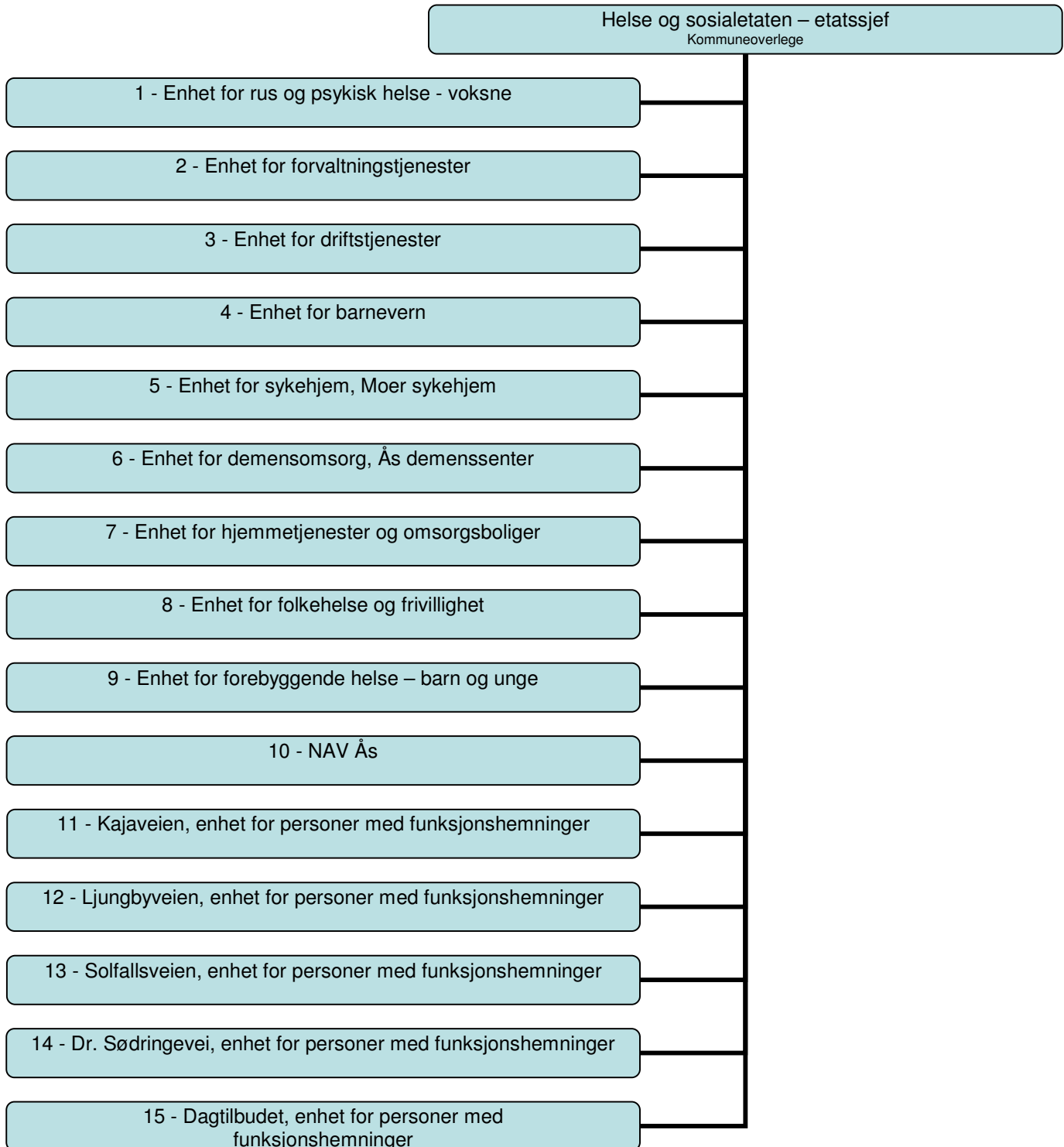
Nei

Ikrafttredelse av vedtaket:

01.01.2012

Vedlegg 1

Ny organisering av helse og sosialtjenesten



Vedlegg 2

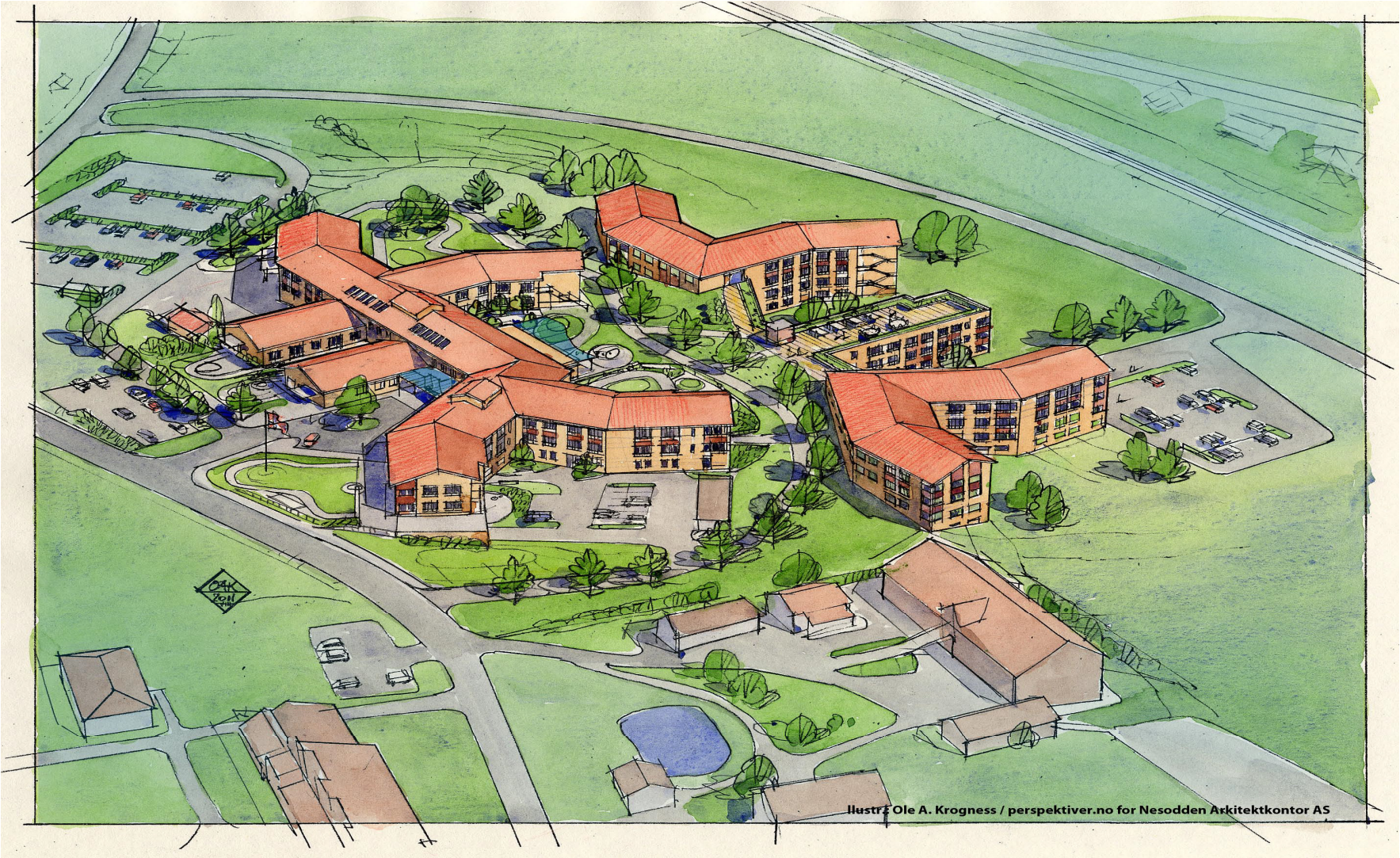
Nye stillinger, foreslås finansiert av "Samhandlingsmidler":

Kommunen mottar ca 15 000 000,- i samhandlingsmidler. Dette skal finansiere den "kommunal medfinansiering" og ansvar fra 1ste utskrivningsklare dag.

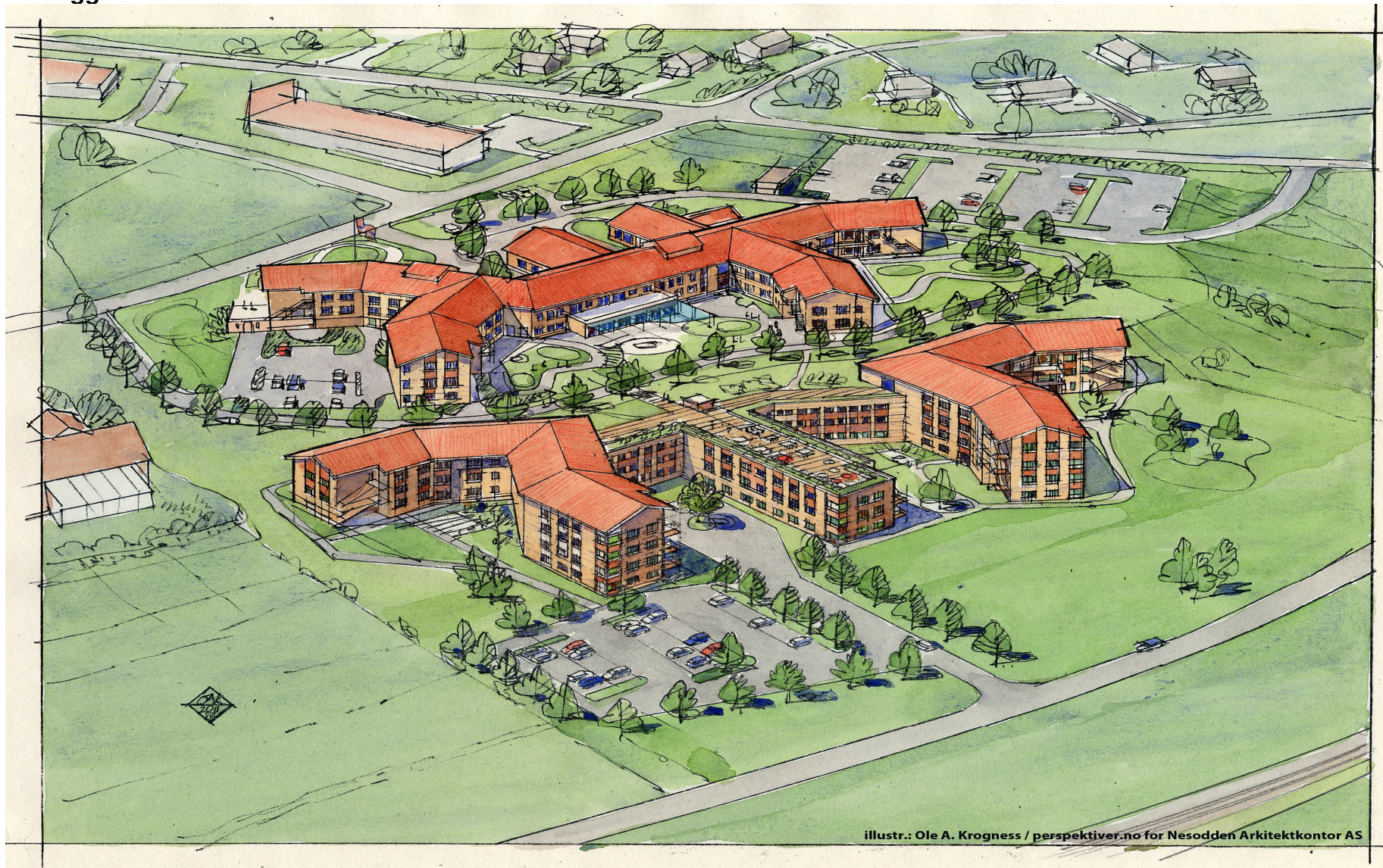
Enhet:	Stilling:	Endring:	Ny oppgaver:	Ny kostnad:
HS-sjefens stab	Kommuneoverlege	60 % (har 40 %)	- Administrere den kommunale medfinansieringen - Kommunens folkehelsekoordinator	500.000,-
Enhet for folkehelse og frivillighet	Daglig leder Frisklivssentral	50 % ila 2012	Planlegge, etablere, koordinere og drifte frisklivssentralens tilbud i Ås kommune. - Helsesamtaler - Ernæringsveiledning - Fysisk fostring / trening / trim / APD osv	300.000,- (Har fått 300.000,- i tilskudd)
Enhet for helse friskliv og frivillighet	Fag og forskningssykepleier	100 % ila 2012	Bistå hele kommunen i forhold til strategisk kompetansestyring og planlegging jfr Samhandlingsreformen.	600.000,-
		SUM	(11 % av det totale tilskuddet)	1 400 000,-
			Rest til medfinansiering og uk-døgn	13 300 000,-

Rest av samhandlingsmidlene plasseres "på konto" for å betale for den kommunale medfinansieringen og eventuelle "overliggedøgn" på sykehus etter utskrivningsklar.

Vedlegg 3



Vedlegg 4



F-sak 56/11

**ÅS KOMMUNES HØRINGSUTTAELSE TIL SAMHANDLINGSREFORMEN -
FORSLAG TIL FORSKRIFTSENDRINGER OG NYE FORSKRIFTER SOM FØLGE
AV PROP. 91L (2010-2011) LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG
OMSORGSTJENESTER**

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt

Arkivnr: 110 F00 &13 Saknr.: 11/3070

Utvalg

Sak nr.

Møtedato

Formannskapet

56/11

12.10.2011

Rådmannens innstilling:

Ås kommune vedtar høringsuttalelse, jfr. vedlegg 1.

Rådmannen i Ås, 04.10.2011

Trine Christensen

Tidligere politisk behandling:

Ingen

Avgjørelsesmyndighet:

Formannskap

Behandlingsrekkefølge:

Formannskap

Vedlegg som følger saken trykt:

Vedlegg 1: Høringsuttalelse fra Ås kommune til Samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop.91 (2010 – 2011), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 30 .september 2011

Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:

Høringsnotatet

Utskrift av saken sendes til:

Helse og omsorgsdepartementet

SAKSUTREDNING:**Fakta i saken:**

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en rekke forslag til nye / endrede forskrifter som følge av den nye kommunale helse- og omsorgsloven som ble vedtatt i juni i år. Loven trer i kraft fra 01.01.12, tilsvarende er planen for forskriftene. Høringsfristen er satt til 6.oktober. Ås kommune har sendt inn foreløpig svar innen fristen, med tillatelse til å ettersende formannskapetets vedtak i saken.

Som følge av den nye loven er det en rekke forskrifter som må harmoniseres og endres. Videre har bestemmelser i loven medført behov for nye forskrifter.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på forslagene som omhandler følgende forskrifter:

1. Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
2. Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering
3. Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften.
4. Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjeneste
5. Forslag til opphevelse av forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning
6. Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon
7. Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling
8. Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon
9. Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse
10. Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket
11. Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen
12. Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering
13. Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter

Ås kommune har utarbeidet et høringsnotat som følger saken som vedlegg 1.

Vurdering av saken:

For de fleste forskriftene medfører forslagene kun mindre endringer som kommunen i hovedsak finner hensiktsmessige.

Når det gjelder de 2 nye forskriftene; "*Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*" og "*Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering*" har kommunen en rekke betenkeligheter og innvendinger.

Disse fremkommer i notatet men kan i korte trekk oppsummeres med følgende 2 hovedbudskap:

- Dagens utfordringer med liggedøgn, reinnleggelser, samarbeidsutfordringer mellom forvaltningsnivåene m.m. søkes løst gjennom å tilføre myndighet til spesialisthelsetjenesten, på bekostning av kommunenes selvstendighet og økonomiske rammer.

- Konsekvenser ved endret finansiering er at kommunen står overfor en uklar og usikker økonomisk konsekvens. Det mangler kontrollmekanismer og etterprøvnbarhet av de transaksjoner som vil foregå mellom helseforetak og kommunen.

I loven påpekes det at kommunene og spesialisthelsetjenesten skal være likeverdige parter. I kommunenes høringsuttalelse til loven fremkom det at loven ikke opplevdes likeverdig. Med de nye forskriftsforslagene forsterkes dette inntrykket ytterligere. Eksempelvis kan nevnes at leger på sykehus gis mandat til å beslutte når en pasient er utskrivningsklar, dette uten at det ligger nærmere kriterier til grunn, noe som er tilfelle i dag. Legen skal også vurdere hvorvidt pasienten trenger sykehjem eller hjemmetjeneste, en vurdering kommunen mener legen verken har kunnskap (om lokale forhold) eller innsikt nok til å kunne foreta. Resultatet av dette er at legens vurdering, foretatt i en fase hvor pasienten er syk, blir førende for hvordan kommunen skal tildele sine tjenester.

Dette vil i sin tur skape en større etterspørsel etter sykehjemsplasser da pasientene vil oppleve sykehuslegens vurdering som vektige og riktige.

Forskriften har et så sterkt fokus på å få pasienter ut av sykehus at det også stilles krav om at kommunen skal kunne svare på hva de kan tilby umiddelbart etter at sykehuset har henvendt seg, dette på døgnbasis. Resultatet blir at kommunene må bygge opp et administrativt apparat som kan serve sykehuset 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Medfinansieringen er en annen problemstilling. Det er sykehuset finansieringssystem som legges til grunn for det kommunen skal betale. Kommunen har ingen mulighet til å kontrollere bruken av midlene, verken omfang eller innfrielse av tjeneste. Dette står i kontrast til dagens praksis hvor kommunene skal kontrollere alle sine økonomiske disposisjoner.

Ås kommune er bekymret for den makt spesialisthelsetjenesten får på bekostning av den kommunale selvråderetten, den økonomiske situasjonen i kommunen og den konsekvens dette får for tilbudet til pasientene.

Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:

Fremkommer av høringsuttalelsen, vedlegg 1.

Konklusjon med begrunnelse:

Rådmannen ser med bekymring på de nye oppgavene kommunen får i forbindelse med ny helse og omsorgstjeneste lov og tilhørende forskrifter, sett i sammenheng med finansieringen og likeverdigheten mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Rådmannen konkluderer med at forslag til nye forskrifter utfordrer kommunens selvråderett, og muligheten til ansvarlig forvaltning av økonomien. Rådmannen konkluderer med at det er viktig at kommunen gir høringsuttalelse i denne sammenheng, og anbefaler derfor vedlagt uttalelse.

Kan vedtaket påklages?

Nei

Ikrafttredelse av vedtaket:

Umiddelbart

Høringsuttalelse

fra
Ås kommune

til

**Samhandlingsreformen – forslag til
forskriftsendringer og nye forskrifter
som følge av Prop.91 (2010 – 2011)
Lov om kommunale helse- og
omsorgstjenester**

30. september 2011

Kommentarer til de enkelte forskriftene:

1. Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Bakgrunn for forslaget er et ønske om å sikre fremtidig helse- og omsorgstjenester som både tilfredsstillende pasienter og som tar høyde for de store samfunnsøkonomiske utfordringene som kommer iht demografisk utvikling og endringer i sykdomsbildet. Forslaget til ny betalingsforskrift gir kommunene betalingsplikt (kr 4.000,- døgnet) fra første dag som utskrivningsklar.

Tidligere kriterier for når en pasient er utskrivningsklar fjernet og erstattet med at lege i spesialisthelsetjenesten skal beslutte når pasienten er utskrivningsklar, dette uten noen krav til at eksempelvis problemstilling ved innleggelse er avklart, at diagnose er stilt eller at plan for oppfølging av pasient er lagt.

Spesialisthelsetjenesten får gjennom forskriften all myndighet til selv å vurdere om en pasient er i behov av kommunal hjelp. Sitat s. 18: *Departementet vil derfor foreslå at når en pasient legges inn i spesialisthelsetjenesten, skal det gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. forslag til § 3 første ledd. Dette vil være inngangsvilkåret for hvorvidt forskriften får anvendelse ved behandling av den enkelte pasient eller ikke.*

Spesialisthelsetjenesten kan / skal vurdere om en pasient har behov for kommunal hjelp, og kan også beskrive om hvorvidt pasienten har behov for tjenester i hjemmet eller i en kommunal institusjon. Forskriften sier ingenting om dialog eller informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og pasienter / pårørende i denne vurderingsprosessen. Legens myndighet i forhold til å vurdere kommunale tjenestetilbud står i skarp kontrast til dagens praksis hvor spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for sine medisinske tjenester, og kommunene er ansvarlig for å vurdere og sette inn tjenester når pasienter kommer til kommunen.

Spesialisthelsetjenesten skal innen 24 timer etter innleggelse gjøre en slik vurdering, men det blir også foreslått *unntak for denne 24 timers regelen i de tilfeller hvor det er behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus*. Spesialisthelsetjenesten har en meldeplikt til kommunene med flere unntak fra 24 timers regelen.

Utformingen av denne forskriften gjør spesialisthelsetjenesten til en aktiv myndighetsutøver og kommunene er redusert til passive mottakere.

- Kommunene skal forholde seg til spesialisthelsetjenestens vurderinger iht pasienters behov for kommunale tjenester – i hjemmet eller i kommunal institusjon.
- Kommunene skal betale fra første dag når spesialisthelsetjenesten tar slike vurderinger.
- Kommunene må gi svar til spesialisthelsetjenesten samme dag som melding om utskrivningsklar mottas. *Kommunen kan ikke avvente med å gi svar til dagen etter de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også i tilfeller hvor kommunen får beskjed fra sykehuset om en utskrivningsklar pasient etter ordinær arbeidstid.*

- Kommunens ansvar gjelder hele døgnet.
- Kommunens betalingsplikt vil bli beregnet fra Helsedirektoratet på bakgrunn av rapportering fra spesialisthelsetjenesten.

Hele forskriften legger til rette for at spesialisthelsetjenesten kan oppnå en betydelig effektivisering. Spesialisthelsetjenesten kan legge føringer om omfang av kommunal hjelp til utskrivningsklare, noe som vil være til stor hjelp og underlette mange etiske prosesser for spesialisthelsetjenesten.

Forskriften søker å løse dagens utfordringer med liggedøgn, reinnleggelser, samarbeidsutfordringer mellom forvaltningsnivåene m.m., gjennom å tilføre myndighet til spesialisthelsetjenesten, på bekostning av kommunenes selvstendighet og økonomiske rammer.

Iht. forslaget skal kommunene vurdere om hvorvidt de kan gi et forsvarlig tilbud til pasientene. Hvis det ikke finnes forsvarlige tilbud, så skal pasienten ligge på sykehus. Det fremkommer ikke hvem som skal ta stilling til om tilbudet er forsvarlig eller ei.

Samhandlingsreformen skal bygges på og utøves av likeverdige parter (kommuner og spesialisthelsetjeneste). I denne forskriften finnes det ikke snev av likeverdighet. Denne forskriften kan være snarveien til en eksplosjon i offentlige utgifter.

Hvis de økonomiske skadevirkningene av denne forskriften skal dempes, så må også kommunene få samme finansieringsgrunnlag som spesialisthelsetjenesten.

2. Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Bakgrunnen for forslag til ny forskrift om kommunal medfinansiering er å skape et mer helhetlig pasientforløp hvor både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er tjent med et bedre samarbeid. Grunnidéen er at kommunene skal ta ett større ansvar for å forebygge behov for innleggelse på sykehus. Målsettingen er blant annet større fokus på fysiske aktiviteter, veiledning og tilrettelagte tilbud i hjemmene og på institusjoner.

Samhandlingsreformens virkemidler er etter kommunens oppfatning basert på økonomiske straffemetoder. Med dette menes at kommuner som ikke dreier sine tjenester fra behandling og vedlikehold til forebygging vil oppleve reduserte driftsrammer i ett langtidsperspektiv. Reformen forventer en gevinst fra og med første dag, dvs 1 januar 2012. Erfaringer viser at det tar lang tid å snu fokuset fra behandling til forebygging. Blant annet skal nok kompetanse bygges opp/rekrutteres.

Konsekvenser ved endret finansiering er at kommunen står overfor en uklar og usikker økonomisk konsekvens. Det mangler kontrollmekanismer og etterprøvbarehet av de transaksjoner som vil foregå mellom helseforetak og kommunen. Det er så langt Ås kommune ser det, umulig å etterprøve transaksjonene da opplysningene ikke skal kunne spores tilbake til en konkret innbygger. Helsedirektoratet vil inneha kontrollfunksjonene, men da kun på ett generelt nivå som for eksempel har utgiftene

økt mer enn forventet og er det endringer i bruk av DRG (Diagnose Relaterte Grupper) koding etc. DRG kostnadene kommunene vil bli belastet for baseres på de kostnader som helseforetaket operer med. Kommunene vil ikke ha innvirkning på hvordan helseforetaket budsjetterer og drifter de ulike avdelingene.

Selv om kommunen er enig i at det er viktig med en økonomisk kobling mellom helseforetak og kommune stiller Ås kommune spørsmål om denne ordningen vil fungere etter intensjonene. Dette fremstår som en teoretisk matematisk fremstilling av den ideelle verden hvor ting lett kan endres og effekter får full uttelling fra dag 1. Modellen har også svakheter som kan innby til kreativ triksing med DRG koding og regnskapsføring i helseforetakene. Endringen fra tidligere er at kommunene nå vil direkte bli økonomisk involvert.

Kommentarer til enkelte paragrafer i forskriften:

§ 2 Medfinansieringsplikt:

Ås kommune er enig i at medfinansieringsplikten ikke skal gjelde kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler. Når det gjelder kostbare legemidler så snakkes det her om kostbare biologiske legemidler. Dette er ett område som kan skape en god del diskusjoner da det er vanskelig å få klarhet i hvilke behandlingsformer som skal unntas fra medfinansieringsplikten. Dette er også ett område man kan forvente stor utvikling. Kommunene opplever i større og større grad en forventning om at kommunene skal dekke svært kostnadskrevende medikamenter. Kommunen har også opplevd at det forventes at utgifter til transport for eksempel til dialyse skal dekkes av kommunen. Gjelder dette en beboer på sykehjem skal dette dekkes av kommunen. Når dialysen på sykehus skal skje kanskje flere ganger i måneden, påløper kostnadene. Dette er en biologisk behandling (blodprodukt) og sånn sett skal sykehuset dekke denne utgiften. Etter kommunens oppfatning må dette også gjelde transport til og fra sykehus samt de personalkostandene som følger med en slik transport. På sikt vil vi tro at også slike behandlinger vil skje i kommunene / interkommunalt, men dette må nødvendigvis planlegges, etableres og slik kompetanse må erverves. Etter kommunens oppfatning bør det være meget tydelig avgrenset hvilke behandlingsformer og hvilke kostbare legemidler som skal dekkes av kommunen, og hvilke behandlingsformer og legemidler som skal dekkes av sykehus / spesialisthelsetjenesten.

§3 Medfinansieringsandel:

I ordningen med innsatsstyrt finansiering opereres det med flere faktorer. Blant annet opereres det med begrepet dagopphold. Skillet mellom dagopphold og poliklinisk behandling er etter kommunens synspunkter interessant da dette kan få stor betydning for utgiftene til kommunen. I utgangspunktet er det slik at enhver behandling på sykehus registreres under en hoveddiagnosegruppe. Under hoveddiagnosegruppen opereres det med undergrupper. Undergruppene har en DRG vekt som beskriver forventet kostnad til den type diagnose. Når sykehuset registrerer en behandling er det kun diagnosegruppen som blir registrert og tid brukt på de ulike behandlingene. Datasystemet (pasientregisteret) som regulerer transaksjonene mellom stat og sykehus (og kommunene etter 01.01.12) beregner da kostnaden til de ulike behandlingene. Dette er de 40 % ISF (innsatsstyrt finansiering) som sykehusene får til drift. Resten er rammeoverføring.

Ordningen baseres på at sykehusene registrer korrekt data på alle brukerne til enhver tid. Systemet er sårbart da dette forutsetter at sykehusene til enhver tid har oversikt over tidsbruken på den enkelte bruker. Alle som har erfart sykehusopphold vet at dette ikke er tilfelle. Ett eksempel: En bruker blir lagt inn på dagopphold. Målet med oppholdet er samtale med lege og blodprøvetaking. Dette kan gå fort, en samtale med lege kan for eksempel ta 15 minutter og blodprøvetakingen kanskje 10 minutter, mao ca 25 minutter tidsbruk. Spørsmålet er hvordan blir dette registrert i sykehusets system. I utgangspunktet er det ett dagopphold men i faktisk tid er det 25 minutter. DRG koden og tidsbruken for nevnte bruker er det som følger med til pasientregisteret som grunnlag for økonomisk transaksjon. Hvordan registreres faktisk tid på sykehuset. Er det når samtalen med lege er ferdig eller når blodprøvetakingen er ferdig eller ligger det inne en standard beregning på hvor lang tid ett slikt besøk tar? Etter en kontroll på ett sykehus var det en feilkilde på ca 5 timer. Kommunen ville i dette eksempelet blitt belastet for 5 timer ekstra, dvs 500 % av kostnaden for denne DRG aktiviteten.

Det må antas at bakgrunnen for innleggelse på dag er sykehusets eget behov for fleksibilitet i bruk av legeressurser. Dette er forståelig, men representerer etter kommunens syn en usikkerhet om kommunen betaler for faktisk utført tjeneste.

I kommunal virkelighet heter det seg at man ikke skal anviser noen fakturaer som har ukjent innhold. En kommunal anvisning, dvs utbetalingsordre, skal gjennomgå en kontroll. Dette være seg spørsmål om kvaliteten holder lovet nivå, om volumet stemmer med faktisk bestilling, at det er budsjettmessig dekning og at prisen faktisk stemmer med bestillingen. Kommunens økonomirutiner må i så fall endres slik at rutinene ikke gjelder transaksjoner mellom kommune og helseforetak. Den eneste mulige form for kontroll er at kommunens innbygger selv ber om å få utskrift av egne data fra pasientregisteret.

Tilsynelatende kan man argumentere med at når Staten aksepterer ordningen bør det være akseptabelt for kommunene. I motsetning til ett helseforetak, har ikke kommunen noen som helst muligheter til å påvirke verken driftskostnadene til de enkelte avdelingene på ett sykehus eller innsyn i faktiske transaksjoner som foregår mellom de enkelte helseforetak og kommunen. Dette fremmer ikke etter kommunens synspunkter en helhetlig tilnærming til en god pasientflyt og felles ansvar for økt økonomisk gevinst mellom to likeverdige parter.

§ 4 Generelle beregningsregler
Jfr diskusjonen ovenfor under § 3

§ 5 Beregningsgrunnlag
Jfr diskusjonen ovenfor under § 3

§ 7 I krafttredelse

Kommunal medfinansiering skal bidra til at kommunene skal endre sine tjenester til å arbeid mer forebyggende for på redusere innleggelser på sykehus. I utgangspunktet burde kommunen fått muligheter til å endre tjenestene før medfinansieringen inntreffer. Det tar som regel noe tid før gevinster er synlige. Utdringene til kommunesektoren i de siste årene har snarere vært å unngå nedleggelse av forebyggende tiltak.

3. Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften.

Kommentert over

4. Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjeneste

Ingen kommentar

5. Forslag til opphevelse av forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning

Den nye loven medfører et klart behov for å harmonisere forskriftene som omfatter disponering av kontantytelser. I utgangspunktet ville institusjonene være tjent med å slippe å ivareta oppgaven med å disponere kontantytelser fra folketrygden for beboerne. Imidlertid er det problematisk å skaffe tilveie tilstrekkelig antall hjelpeverger slik situasjonen er i dag. Dersom forskriftene oppheves vil dette problemet øke. Mange pårørende ivaretar økonomien for sine på en god måte. Dessverre har kommunen også erfaring med at et lite antall pårørende disponerer midlene til seg selv slik at beboeren ikke får tilgang til tilstrekkelige midler for eget bruk. Hvorvidt forskriften skal opprettholdes for å beskytte disse beboeren er en vurderingssak.

Ås kommune går på bakgrunn av det ovenfor beskrevne inn for sekundærforslaget til ny forskrift.

Siden trivselsordningen er omtalt spesielt bemerkes følgende:

Midt i 4. avsnitt: ” *På rusinstitusjoner vil beboerne normalt være i tilstrekkelig fysisk form til å delta på turer og andre aktiviteter som krever ressurser. Det vil her trolig også være behov for aktiviteter ut over det et behandlingsopplegg kan tilby. Sykehjemsbeboere derimot, er i mange tilfeller svært svekket fysisk og mentalt. Det kan stilles spørsmål ved rimeligheten av å innføre ordninger hvor inntil 6,25 prosent av beboerens trygdemidler settes av til trivselstiltak som mange beboere ikke vil ha forutsetninger for å nyttiggjøre seg.*”

Trivselstiltak på sykehjem er svært populære. Om beboergruppen er svekket fysisk og mentalt, har de glede av ulike innslag av trivselstiltak. Dette er også en gruppe som ofte har vanskeligheter med å komme seg til ulike kulturtilbud være seg teater, kino, konserter eller annet. Det er derfor viktig at tilbudet finnes der de er, på sykehjemmet. Når sykehjemsbeboere spørres om hvordan de trives på sykehjemmet, er svaret ofte at det skjer for lite. Tilbudet må være tilpasset beboergruppen.

6. Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Forskriften er gjort mer forståelig for bruker og er erstattet med regler om hvilke tjenester det kan kreves vederlag for i motsetning til hva det ikke kan kreves for.

7. Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Ingen kommentar

8. Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Positivt med en tydelig definering av hva som faller inn under institusjonsbegrepet.

9. Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Det oppleves positivt at helsepersonelloven nå gjelder alle som yter tjenester etter lov om helse og omsorgstjenesten.

10. Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket

Hensiktsmessig at denne retten til helse- og omsorgstjenester fremkommer i en samlet forskrift.

11. Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen

Ingen kommentar

12. Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering

Ingen kommentar

13. Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter

Ingen kommentar

F-sak 57/11

**PRINSIPPSAK VEDRØRENDE SKJENKING INNE / UTE I KULTURHUSET -
JF. ETABLERING AV ANBUD**

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt	Arkivnr: U60	Saknr.: 11/3002
Utvalg	Sak nr.	Møtedato
Hovedutvalg for helse og sosial	21/11	28.09.2011
Formannskapet	57/11	12.10.2011

Hovedutvalg for helse og sosials innstilling 28.09.2011:

1. Ås kommune er positive til evt. skjenkebevilling for alkohol i Kulturhuset i Ås.
2. Ås kommune er positive til evt. utendørs skjenkebevilling på et definert område av borggården tilknyttet kulturhuset.
3. Skjenkebevillingene må være i samsvar med alkohollovgivningen og Ås kommunes alkoholpolitiske retningslinjer. Dette vil innebære regulering av skjenketider når aktiviteter for barn og unge finner sted i kulturhuset.

Hovedutvalg for helse og sosials behandling 28.09.2011:

Votering: Rådmannens innstilling ble enstemmig tiltrådt.

Rådmannens innstilling 21.09.2011:

Tilsvarer hovedutvalgets vedtak.

Tidligere politisk behandling:

Ingen

Avgjørelsesmyndighet:

Formannskapet

Behandlingsrekkefølge:

Hovedutvalg for helse og sosial
Formannskapet

Vedlegg som følger saken trykt:

Ingen

Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:

Alkoholpolitiske retningslinjer for Ås kommune.

Utskrift av saken sendes til:

Oppvekst- og kultursjef Ellen Benestad
Kulturhuskoordinator/rektor Alexander Krohg Plur
Enhetsleder drift Ståle Martinsen

SAKSUTREDNING:

Fakta i saken:

Kulturhuset i Ås gjenåpnes etter restaureringsperiode, jfr. K-sak 34/11, kommunestyret 25.05.2011 og F-sak 41/11, formannskapet 08.06.2011.

Som en del av tilretteleggingen for anbudsprosessene er det nødvendig å få en foreløpig uttalelse om mulighet for å få skjenkebevilling i lokalene og i borggården.

Kommunestyret har delegert myndighet i alkohol- og skjenkesaker til Hovedutvalg for helse- og sosial, jf. Ås kommunes reglementer pkt. 7.2. Allikevel vurderes denne sak som prinsipiell, og den behandles derfor avslutningsvis i Formannskapet. Serveringsbevillinger er delegert til helse- og sosialsjefen.

Vurdering av saken:

Serveringstilbud av rett type er en avgjørende del for det samlede tilbudet for en moderne kulturarena.

Følgende er vurdert vedr. serverings- og skjenkebevillinger for kulturhuset:

- Fordeling av serverings- og skjenkebevillinger:
En mulig modell er at servering og skjenking ved kulturhuset kan reguleres av flere bevillinger:
 - én skjenke- og serveringsbevilling omfatter serveringsvirksomhet i 2. etasje.
 - én skjenke- og serveringsbevilling omfatter serveringsvirksomhet i 1. etasje samt uteservering i borggården.

For kjelleren i kulturhuset (seniorsenteret) vurderes ambulerende skjenkebevillinger eller skjenking ved enkelt anledning å være mest hensiktsmessig.

Kantine/kafévirksomhet i 1. etasje kan drives på dagtid for ansatte i kommunen samt for besøkende til kulturhuset, mens serveringsvirksomhet med mulighet for skjenking overtar på ettermiddags- / kveldstid.

Prosjektgruppen for Ås kulturhus anbefaler følgende: "Det er prosjektgruppens anbefaling at man bestreber seg på å få til en avtale med samme restauratør for begge etasjer."

Helse- og sosialsjef bemerker at selv om alkoholservingen reguleres av to bevillinger for 1. og 2. etasje i kulturhuset, utelukker ikke dette én driver for serveringsvirksomheten ved kulturhuset.

- Vurderinger av skjenkebevilling ved kulturhuset med tanke på barn og unge. Det er selvfølgelig viktig at skjenkebevillingen i kulturhuset ikke kommer i konflikt med alkohollovgivning og alkoholpolitikken som er vedtatt for Ås kommune.

Helsedirektoratet anbefaler at arrangementer som er rettet mot barn og unge kan foregå i et rusfritt miljø.

Det må vurderes nøye hvordan skjenkebevillingene best skal utformes med hensyn til denne brukergruppen både med tanke på arealbruk for skjenking og skjenketider.

- Vurdering av flere bevillinger i samme lokale. Det vurderes som uproblematisk at samme lokale benyttes av flere bevillingshavere. En aktuell situasjon kan være at kantinen i 1. etasje benyttes av en bevillingshaver på dagtid og som kafe/bar om kvelden med en annen bevillingshaver, da også med skjenkebevilling.

Alkoholloven sier følgende om dette:

§ 4-1. Skjenking av alkoholholdige drikker

Det kan ikke gis bevilling til salg og skjenking i samme lokale. Flere skjenkebevillinger til samme lokale kan bare gis til én bevillingshaver, med mindre det i bevillingene fastsettes skjenketider som ikke er overlappende, jf. § 4-4.

Departementets tolking av § 4-1 i alkoholloven er som følgende:

4.1.2 Flere skjenkebevillinger i samme lokale

En og samme bevillingshaver kan ha flere skjenkebevillinger for det samme lokalet. Ulike bevillingshavere kan ikke ha bevilling for skjenking i det samme lokalet. Unntak gjelder for de tilfeller hvor bevillingsvedtakene ikke innebærer overlappende skjenketider, jf. første ledd andre punktum. Unntaket gir en mulighet for kommunen til å gi to bevillinger knyttet til samme lokale.

- Vurdering av uteservering med skjenking i borggården. Det har ikke tidligere vært gitt alminnelig skjenkebevilling for utearealet i kulturhuset. Uteserveringen med skjenking vil kunne skje på sommerhalvåret. Det vil stilles fysiske krav til begrensnig av skjenkeareal. Skjenkebevilling i borggården må vurderes særskilt ved barne- og ungdomsarrangement. Bevillingshaver for serveringsvirksomheten i 1.etasje vil også kunne innvilges skjenkebevilling utendørs.
- Konkurransesituasjonen overfor andre restauranter i Ås sentrum. Det er i dag tre skjenkesteder i Ås sentrum: Lesestedet, Ås Restaurant (Buggen) og Ås stasjon (Follo Futura). Alle stedene har skjenkebevilling med uteservering.

Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:

Et godt serveringstilbud med mulighet for skjenkebevilling kan ha positive økonomiske konsekvenser for driften av kulturhuset blant annet gjennom økt utleievirksomhet og bedret publikumsoppslutning ved arrangementer.

Konklusjon:

Punktene 1-3 i innstillingen anbefales vedtatt. Konkret søknad om skjenkebevilling må behandles etter søknad fra anbudsvinner.

Kan vedtaket påklages?

Nei

F-sak 58/11
TILTAKSPLAN FOR TRAFIKKSikkerhet 2012-2015
RULLERING 2011

Saksbehandler: Olaug Talleraas	Arkivnr: Q80	Saknr.: 10/1546
Utvalg	Sak nr.	Møtedato
Hovedutvalg for teknikk og miljø	9/11	20.01.2011
Formannskapet	11/11	02.02.2011
Kommunestyret	20/11	09.03.2011
Hovedutvalg for teknikk og miljø	69/11	29.09.2011
Formannskapet	58/11	12.10.2011
Kommunestyret	/	

Hovedutvalg for teknikk og miljøes innstilling 29.09.2011:

"Tiltaksplan for trafikkssikkerhet 2012-2015" vedtas som foreslått. Tiltaksplanen skal rulleres neste gang høsten 2012. Et stort tiltak på Rustad skole er planlagt realisert i løpet av 2012.

Følgende innarbeides i tiltaksplanen:

- Det bør anlegges gangfelt over fylkesveien mellom Skolehusveien og Idrettsveien i Nordby.
- Forholdene må forbedres ved sving i Toveien.
- Det bør gjøres et helhetlig planarbeid for området Brønnerud – Korsegården.

Hovedutvalg for teknikk og miljøes behandling 29.09.2011:

Ole Fredrik Nordby (H) fremmet følgende forslag til tiltaksplanen:
Det bør anlegges gangfelt over fylkesveien mellom Skolehusveien og Idrettsveien i Nordby.

Kristin H. Torgersen (FrP) fremmet følgende forslag til tiltaksplanen:
Forholdene må forbedres ved sving i Toveien.

Grete Grindal Patil (KrF) fremmet følgende forslag til tiltaksplanen:
Det bør gjøres et helhetlig planarbeid for området Brønnerud – Korsegården.

Votering: Innstillingen, Hs, FrPs og KrFs forslag ble enstemmig vedtatt.

Hovedutvalg for teknikk og miljøes vedtak 29.09.2011:

Se HTM's innstilling øverst i dokumentet.

Innstilling til møte i hovedutvalg for teknikk og miljø 16.09.2011:

"Tiltaksplan for trafikkssikkerhet 2012-2015" vedtas som foreslått. Tiltaksplanen skal rulleres neste gang høsten 2012. Et stort tiltak på Rustad skole er planlagt realisert i løpet av 2012.

Tidligere politisk behandling:

K-sak 20/11

Avgjørelsesmyndighet:

Kommunestyret

Behandlingsrekkefølge:

Hovedutvalg for teknikk og miljø

Formannskapet

Kommunestyret

Vedlegg som følger saken trykt:

Tiltaksplan for trafikksikkerhet 2012-2015

(separat trykk sendt formannskap og kommunestyre 5.10.2011)

Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:

Innspill i forbindelse med høring av tiltaksplanen.

Utskrift av saken sendes til:

Teknisk sjef

SAKSUTREDNING:

Fakta i saken:

Tiltaksplanen danner grunnlag for blant annet søknader om tilskudd gjennom tilskuddsordningen "Aksjon skolevei". Tiltakene forutsettes å omhandle skolevei. Tiltaksplanen ble sendt på høring med frist 6.6.2011. Kommunen mottok flere henvendelser fra både kommunal virksomhet og privatpersoner.

Vi har i år valgt å fornye tiltaksplanen for trafikksikkerhet. Planen inneholder i år en omtale av statlige retningslinjer, kostnadsberegninger knyttet til trafikkulykker, samt årsakssammenhenger og virkemidler, i tillegg til selve tiltakene som prioriteres. Vi har også valgt å dele planen inn i "mindre tiltak" og "store tiltak", og disse tiltakene er igjen differensiert på kommunale veier, fylkesveier og europaveier.

Vi har fått mange innspill om fartshumper, og vi har valgt å lage et eget vedlegg for disse innspillene. Kommunalteknisk avdeling vil vurdere prioritering av disse tiltakene med tanke på sikkerhet og effektiv trafikkavvikling (bl.a. for busser og utrykningskjøretøy).

Vurdering av saken:

Tiltak på kommunale veier:

Et større tiltak ved Rustad skole er foreslått gjennomført i 2012 og er dermed gitt 1. prioritet. Dette tiltaket skulle vært utført i år, men vi fikk ikke midler da vi måtte vise til at tiltaket var en del av en helhetlig plan. Denne helhetlige planen holder vi på med. Rustad skole opplever en høy grad av trafikalt kaos i forbindelse med skolestart. Flere tiltak bør planlegges og gjennomføres slik at sikkerheten ivaretas på best mulig

måte. Det første store tiltaket går ut på å etablere parkering for 24 biler for ansatte ved skolen langs Rustadtorget. De ansatte har i dag ikke øremerkede parkeringsmuligheter og er dermed med på å gjøre trafikkarealene uoversiktlige. Ved å etablere disse parkeringsplassene, vil noen av bilene kanaliseres bort fra området der elevene beveger seg.

Tiltak på fylkesveier/riksveier/europaveier:

Tiltakene er listet opp i den rekkefølge Akershus fylkeskommune/Statens vegvesen bør løse utfordringene. Tiltak nær Rustad skole, langs Kongeveien og langs Drøbaksveien er prioritert.

Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:

Tiltak ved Rustad skole (parkeringsplass for lærerne) er kostnadsberegnet til kr. 300 000. Dette dekkes ved tilskudd og egeninnsats fra kommunalteknisk avdeling.