



## MØTEINNKALLING

**Utval:** Komite for Helse og omsorg  
**Møtestad:** Herøy helsesenter  
**Dato:** 26.11.2015  
**Tid:** 14:00

Melding om forfall til tlf. 70081300.

Forfall til møter i kommunale organer skal vere gyldig i hht. Lov om kommuner og fylkeskommuner § 40, nr. 1.

Varamedlemer som får tilsendt sakliste, skal ikkje møte utan nærare innkalling.

---

**Dersom du ønskjer din habilitet vurdert i ei sak, må du melde skriftleg frå til politisk sekretariat om dette i god tid før møtet (Forvaltningslova § 8, 3. ledd).**

Fosnavåg, 20.11.15

Bjørn Otterlei  
leiar

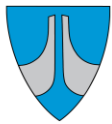
## **SAKLISTE:**

Saksnr	Innhold
PS 27/15	Godkjenning av innkalling og sakliste
PS 28/15	Protokoll frå førre møte
PS 29/15	Reforhandling og revisjon av samhandlingsavtalen mellom kommunane og helseføretaket i Møre og Romsdal
PS 30/15	Forebygge utenforskap - inkludere i fellesskapet



PS 27/15 Godkjenning av innkalling og sakliste

PS 28/15 Protokoll frå førre møte



Pleie- og omsorgsavdelinga

## SAKSFRAMLEGG

---

Sakshandsamar:	RVB	Arkivsaknr:	2012/150
		Arkiv:	G20

---

<b>Utvalsaksnr</b>	<b>Utval</b>	<b>Møtedato</b>
18/15	Eldrerådet	23.11.2015
6/15	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	23.11.2015
29/15	Komite for Helse og omsorg	26.11.2015
	Formannskapet	01.12.2015
	Kommunestyret	10.12.2015

### REFORHANDLING OG REVISJON AV SAMHANDLINGSAVTALEN MELLOM KOMMUNANE OG HELSEFØRETAKET I MØRE OG ROMSDAL

#### Tilråding:

1. Herøy kommunestyre godkjenner den reviderte Samhandlingsavtalen mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal HF slik den ligg føre i vedlegg til saka, unnateke vedlegg 5a, som er sendt til tvisteløysning.
2. Herøy kommunestyre har som føresetnad at vedlegg 5a i den tidlegare avtalen skal gjelde uendra inntil avgjerd i Nasjonal Tvisteløysingsnemd.
3. Rådmannen får fullmakt til å vedta retningsliner og prosedyrer som følgjer av avtalen, dersom desse ikkje er av vesentleg eller prinsipiell betydning. Rådmannen får på same vilkår også fullmakt til administrativ godkjenning av vedlegg 5a, når avgjerd i Nasjonal Tvisteløysingsnemd ligg føre.

Særutskrift:

Pleie- og omsorgsleiar

Bu- og habiliteringsleiar

Barn-, familie og helseleiar

Kommuneoverlegen

HTV Legeforeninga, NSF, Fagforbundet

Utskrift av endeleg vedtak:

Helse Møre og Romsdal HF

## **Vedlegg:**

1. Oversendingsskriv frå Helse Møre og Romsdal HF
2. Saksframlegg og vedtak i overordna samhandlingsutval
3. Ny avtaletekst datert mai 2015 (nynorskversjon ligg ikkje føre)
4. Mail av 10.11.15 frå samhandlingsjef i Helse Møre og Romsdal HF om tvist mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF
5. Avtale mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal HF om drift av øyeblikkelig hjelp døgnplassar
6. Gjeldande delavtale 5a

## **Saksopplysningar:**

Enten pasienten vert behandla på sjukehus eller i kommunehelsetenesta er ideologien i samhandlingsavtalen at pasienten er på ein felles bane mellom kommunane og helseføretaket, der begge partane har felles ansvar for eit godt resultat.

Helseføretaket (HF vert vidare tidvis nytta som forkorting) har hatt samhandlingsavtale med kommunane i fleire år, men frå samhandlingsreforma i 2012 vart der sentrale føringar på kva desse avtalene skulle innehalde. Sjølve samhandlingsavtalen, også kalla hovudavtalen, definerer samhandlingsomgrepet og kva som er felles verdigrunnlag og målsetting. Den definerer samhandlingsområda og samhandlingsformene. Vidare kva som er partane si plikt til gjennomføring og forankring, avtale for involvering av pasient- og brukarorganisasjonar, samt samarbeid om avviks- og forbetningsarbeid. Og til slutt reglar for usemje, mislighald og endring og oppseiing av avtalen. Samhandlingsavtalen har 13 delavtalar:

1. Hvilke helse- og omsorgsoppgaver som partene har ansvar for- og hvilke tiltak som partene skal utføre
2. Samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
3. a) Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske tjenester  
b) Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling
4. Samarbeid om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (i kopi av samhandlingsavtalen ligg ein mal. Herøy kommune sin avtale ligg som eige vedlegg)
5. a) Avtalen er sendt til tvisteløysingsnemnda  
b) Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for tjenester innenfor psykisk helsevern og rusrelatert behandling
6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
8. Samarbeid om svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg
9. Samarbeid om IKT-løsningar og elektronisk samhandling
10. Samarbeid om forebygging
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden
12. Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF
13. Samarbeid om praksiskonsulentordningar (her ligg ein konkret forpliktelse om økonomisk finansiering)

Samhandlingsavtalen mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF er revidert våren 2015, og skal tre i kraft frå 01.01.2016.

Forhandlingsutvalet bestod av samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm og rådgjevar Robert Giske frå helseføretaket (HF) Kommuneadvokat Olav Aarø og kommuneoverlege Arne Gotteberg for Sunnmøre regionråd, kommunalsjef Gunhild Eidsli for Orkidè og kommunalsjef Arild Kjersem for ROR. KS var representert med Stig Holmstrøm og pasientutvalget med Kåre Steinsvik.

Forhandlingane endte i år med eit brot mellom partane vedkomande vedlegg 5a (som i den nye avtalen vil heite delavtale 5a) Denne gjeld samarbeidsrutiner ved utskriving av pasient, og ein 24 timers frist for HF å melde endra behov for kommunale helse og omsorgstenester før utskriving. Tvisten er sendt over til Nasjonal tviste-løysningsnemnd etter at ein ikkje nådde frem til semje gjennom lokal tvistenemnd. Kommunalsjef Arild Kjersem og kommuneoverlege Arne Gotteberg har vore utpeika på vegne av samtlege kommunar i Møre og Romsdal å stå føre kommunane sine interesser i tvistemålshandsaminga. Partane har venta på ei avgjerd før årsskiftet, men saka dreg såpass i langdrag at ein vel å legge fram samhandlingsavtalen, unntatt det aktuelle vedlegget, til politisk godkjenning innan utgangen av året. Fram til avgjerd vert den omtvista delavtalen å praktisere som før. Dette blir utdjupa nedanfor.

### Aktuelt

**Hovudavtalen** har i år fått ein redaksjonell gjennomgang og språkvask. Det er i tillegg utarbeidd eit innhaldsregister og stikkordsregister til avtalen. Det er også gjort eit forenklingssarbeid ved å samle referansane til det mest sentrale lov- og forskriftsgrunnlaget i hovudavtalen i staden for å ha dette under kvart kapittel.

Ein har erfart at det er for liten kunnskap om samhandlingsavtalen hos partane. *Hovudavtalen punkt 5* presiserar difor at det er naudsynt med betre opplæring om avtalen i kommunane og helseføretaket, samt behovet for gjensidig informasjon og koordinering mellom kommune og helseføretaket til beste for pasienten.

Avviksrapportering og systematisk behandling av avviksmeldingane er viktig for forbetring. I *hovudavtalen punkt 7* er det innarbeidd ein link til felles avviksprosedyre. Samhandlingavdelinga i helseføretaket skal kvart år utarbeide ein rapport med oversikt over innmeldte avvik på samarbeidsområdet og utfallet av avvikshandteringa. Rapporten går til Overordna samhandlingsutvalg, og som orientering til kommunene og dei lokale samhandlingsutvala.

*Hovudavtalen sitt punkt 10* vedkomande endring og oppseiing er korrigert frå årlege reforhandlingar til anna kvart år. Dette synes fornuftig, då årleg revisjon var meir naudsynt då samhandlingsavtalen var ny for partane.

**Delavtalane:** Ved revisjonen har alle dei 13 vedlegga fått nemninga delavtale. Dei har fått nokre, til dels vesentlege, endringar. Dei viktigaste endringane er som fylgjer.

*Delavtale 3a – Samarbeid om innlegging og behandling av pasientar med behov for somatiske helsetjenester.*

Delavtalen har fått ei endring som stiller krav til kommunane om rapportering til sjukehuset etter mottak av melding om innlagt pasient som har motteke kommunal helseteneste. Kommunane skal då sende melding om innleggelsesrapport i retur innan 4 timar etter at sjukehuset har meldt pasienten innlagt. Dette skal vere ei kort



samanfatning av aktuelle helseopplysningar og supplerande opplysningar frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Elektronisk meldingutveksling gjer det mogleg å halde denne fristen. Prosedyrar om informasjonstryggleik etter Norm for informasjonstryggleik og gjeldande føresegner må takast i vare. Samstundes må det frå kommunane si side vurderast kva som er relevante helseopplysningar. Vedlegget gjeld samhandling og informasjonsutveksling innanfor somatiske helsetenester og førebels ikkje andre områder.

*Delavtale 3b og 5b* gjeld samarbeid om innlegging og utskriving av pasientar med behov for psykisk helsevern og / eller tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Frå i år er rusrelatert behandling teke inn i avtalen. Rusføretaket vart ein integrert del av Helse Møre og Romsdal frå 01.01.2014. Nokre kommunar har særskilte avtalar med rusføretaket frå perioden før dette, men ein ser det no føremålsteneleg å innarbeide området i samarbeidsavtalen. Frå kommunane si side vart det uttrykt skepsis ift. konsekvensane dette ville få for krav til behandlingstilbod. I alle høve er det verd å merke seg at gjeldande lovgjeving sett krav til kommunane om å sørge for naudsynte helse og omsorgstenester for denne pasientgruppa. Avtalen utvidar ikkje dette ansvaret, men konkretiserar nokre samhandlingstiltak, jf pkt 5.2.

Når det gjeld rutiner om utskriving er det vesentleg skilnad mellom området for somatikk og psykisk helsevern / rusrelatert behandling. For kommunane vil det vere viktig å følgje utviklinga på området nøye.

Som nevnt i innleiinga er det brot mellom partane vedkomande det noverande *vedlegg 5a*. Problemstillinga gjeld kravet til helseføretaket om at dei skal varsle kommunane om utskrivingsklar pasient og forventta funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskriving, så snart dette er avklart og seinast 24 timar før utskriving av pasienten. Dette for at kommunane skal ha rimeleg tid på å bygge opp eit forsvaleg tenestetilbod. Helseføretaket krev fristen på 24 timar fjerna og erstatta med formuleringa « så snart dette er avklart».

Problemstillinga kjem på spissen der nokre kommunar har nekta betaling for overliggende pasienter når varsel ikkje er sendt innan fristen. Helseføretaket meiner at kommunane ikkje har heimel for å nekte betaling for overliggende pasient, om slikt varsel ikkje er sendt innan fristen frå sjukehuset. Kommunane ønsker å oppretthalde regelen også med visning til at ein får naudsynt tid til å legge til rette for mottak av pasienten. Som nemnt er saka oversendt Nasjonal tvistenemnd for behandling.

*I delavtale 8* er det verdt å merke seg *punkt 4.3 pkt 3* vedkomande jordmor og helsesøsterressurser i kommunane. Ein skal arbeide for å ta i vare nasjonale faglige retningslinjer på området, med blant anna tidleg heimebesøk av jordmor.

*I delavtale 12* er det innarbeidd endring i samhandlingsstrukturen i tråd med tilrådinga frå ei arbeidsgruppe som har evaluert erfaringane så langt. Ein har hatt eit overordna samhandlingsutval med representantar frå heile føretaksområdet. Vidare to administrative samhandlingsutval der det eine var knytt til Ålesund og Volda sjukehus, og det andre til Molde og Kristiansund.

Det overordna samhandlingsutvalet vert vidareført, men det er gjort endringar/reduksjonar i talet representanter i og tillitsvalgtrepresentasjon i utvalet. Det vert oppretta eit eige arbeidsutvalg som førbur saker til overordna utvalsmøter. Dei to administrative samhandlingsutvala er tatt ut og erstatta med lokale samhandlingsutval for kvart sjukehusområde, slik at det blir fire utval. Dette fordi ein

ynskjer å tone ned det administrative samarbeidet, og fremje det lokale samarbeidet mellom dei som arbeider med den same pasienten.

*I delavtale 13* er innarbeidd eit punkt 3.1 om finansiering og kostnadsdeling mellom HF og kommunane i Møre og Romsdal. Dette gjeld praksiskonsulentordninga som vart etablert for nokre år sidan. Behov for kostnadsdeling vart alt varsla frå HF til kommunene i 2014, men er først no innarbeidd ved rullering av avtaleverket. Praksiskonsulentane har både spesialist-, og kommunehelsetenesta som sin arbeidsarena. Dei vert rekruttert frå kommunehelsetenesta, men har sin arbeidsplass på sjukehuset. Dei gjer eit viktig arbeid for å kvalitetssikre overgangane mellom tenestnivåa, og best muleg fagleg og organisatorisk samhandling mellom HF og kommunane. Både for kommunene og for sjukehusa betyr det mykje å ha ein framskoten kommunal representasjon i sjukehusa sin organisasjon som kan formidle kommunene sin arbeidsmåte til spesialisthelsenivået. Praksiskonsulenten for Sunnmøre gjer ein stor jobb også i samband med utviklinga av ei felles kompetanse- og opplæringsplan for personell både frå kommunene og sjukehusa. Resultata av ordninga blir høgt verdsett både av kommunane og HF.

### **Vurdering og konklusjon:**

Framlegget til avtale inneheld nokre vesentlege endringar kommunene må vere merksame på i tida som kjem. Utviklinga synest å gå i retning av at det vert stilt større krav til kommunene frå helseføretaket. Det vert lagt vekt på at avtalen er gjensidig forpliktande, og at det dreier seg om ein avtale mellom likeverdige partar.

Vekslingsfeltet i overgangar mellom tenester er ei risikosone. For god samhandling til pasientens beste er det viktig at begge partar arbeider for å finne endå betre arenaer for informasjonsutveksling og rapportering. Elektronisk meldingsutveksling har bidrege i rett lei, men også felles samhandlingskonferanse der ein får utveksle erfaringar er av stor verdi. Ny avtale legg inn fleire fagutval innanfor sentrale område som blir dekte av vedlegg 9 og 11, IKT og Omforente beredskapsplanar og akuttmedisinsk kjede.

Endringane i samhandlingsstrukturen jf. delavtale 12 synest naudsynte for å få ein betre avklaring av skillet mellom utvala sin arbeidsfordeling når det gjeld utvikling av strategiar/politikk og praktisk /klinisk retta arbeid.

### Økonomiske konsekvensar

At avtalen sin intensjon blir følgt opp har generelt store samfunnsmessige økonomiske konsekvensar. Det handlar om rett person på rett plass til rett tid. Samhandling gir god pasientflyt og fremmer kvalitet og effektivitet. For nokre kommunar kan endring i praksis for kostnadar ved utskrivingsklar pasient få store konsekvensar. Dette har til no ikkje hatt vesentlig betydning for Herøy kommune.

Den einaste konkrete kostnaden som følgjer direkte av den reforhandla avtalen er utgiftsdeling av praksiskonsulentordninga. Dette vart varsla frå HF alt i 2014, og er no tatt inn som ein del av avtaleteksta. Utgiftene skal delast 50/50 mellom HF og kommunane, og mellom kommunane ut frå folketalet den 1.januar det aktuelle året. For Herøy kommune sin del er utgiftene rekna til om lag kr. 27500. **Dette er ikkje innarbeidd i rådmannen sitt budsjett for 2016.**

### Konsekvensar for beredskap

God og effektiv samhandling mellom HF og kommunane har store beredskapsmessige konsekvensar og er omtalt fleire plassar i avtalen. Det er også ein eigen delavtale, nr. 11, med dette temaet.

### Konsekvensar for drift

Vel fungerande samhandlingsavtalar mellom HF og kommunane er av stor betydning ikkje berre for arbeids og oppgåvedelinga mellom helse og omsorgstenestene i kommunane og sjukehusa men også for å skape og kvalitetssikre pasienten sitt helsevesen og helsetenestetilbod i Møre og Romsdal.

Fosnavåg, 10.11.2015

Olaus-Jon Kopperstad  
Rådmann

Ragnhild Velsvik Berge  
Avd.leiar

Sakshandsamar: Ragnhild Velsvik Berge

## Vedlegg 4

# Avtale mellom Helse Møre og Romsdal og Herøy kommune om øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i Herøy kommune

Denne avtalen er vedlegg 4 til samarbeidsavtalen mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal i samsvar med kapittel 6 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Bakgrunn og lovgrunnlag

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-5 står det: *"Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til"*

Etter rapport frå helsedirektoratet (2/2012) skal tilbudet vere like godt eller betre enn sjukehusopphald for den enkelte pasienten. Dette lovavsnittet vil ikkje gjelde før frå 2016, men det er etablert ei tilskotsordning for kommunar som vil etablere tilbudet før dette. For Herøy kommune har Helsedirektoratet berekna eit plassbehov på 445 liggedøgn per år. Ved å opprette ordninga, vil Herøy kunne få eit årleg tilskot på 1 928 000 kroner. Dette tilskotet vil vedvare inntil 2016. Da vil dette gå inn i det ordinære rammetilskotet.

For å oppnå dette tilskotet, må ein inngå avtale med Helse Møre og Romsdal om øyeblikkeleg hjelp tilbudet som ein del av avtalesystemet mellom kommunen og helseføretaket. Ein må så søke om tilskotet til Helsedirektoratet. Frist for søknad for 2012 er 1. juli, for seinare år er det 1. mars kvart år.

### Kva pasientar er aktuelle for tilbudet

Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald betyr at ein pasient har behov for behandling eller omsorg på institusjonsnivå, og at dette ikkje kan vente. Tilbudet er aktuelt for pasientar som har ein avklara diagnose og der behandling og forventa forløp er rimeleg klar, og der tilstanden eller omsorgssituasjonen ikkje tillet vidare behandling i heimen. Aktuelle problemstillingar kan til dømes vere diagnostiserte infeksjonar med svekka allmentilstand og utilfredsstillande omsorgssituasjon hos eldre, nødvendig omsorg etter poliklinisk behandling for brotskadar på sjukehus, innlegging til lindrande behandling eller omsorg ved livets slutt ved kjent sjukdom med forventa forløp. Det må vere ein føresetnad at observasjon og behandling av tilstanden kan skje forsvarleg ved institusjonen.

Pasientar med uavklarte symptom som treng sjukehuset sine diagnostiske ressursar, er ikkje aktuelle for tilbudet. Heller ikkje pasientar med kjent diagnose og behandlingskrav på sjukehusnivå, som til dømes hjerteinfarkt.



Alle som vert lagt inn som øyeblikkeleg hjelp skal vere tilsett av lege. Det skal lagast innleggingssskriv med beskriving av faste medikament, sjukehistorie, funn ved undersøking og diagnostiske prosedyrar (EKG, blodprøver og liknande), diagnose, forordna behandling og instruksar for observasjon og kriterier for ny legekontakt.

## **Organiseringa av tilbodet**

### **Myrvåg omsorgssenter**

Tilbodet blir organisert ved Myrvåg omsorgssenter. Det blir sett av to eigne "øyeblikkelig hjelp plassar". Myrvåg omsorgssenter har god kapasitet og bemanning som har god kompetanse på å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset og ha pasientar inne til kortidsopphald.

### **Sjukepleiebemanning**

Det blir sjukepleiar i tilstadevakt heile døgnet. Sjukepleiarane skal kunne beherske prosedyrar som innlegging av intravenøs kanyle, intravenøs væskebehandling og medikamentell behandling, stell av sentralt venekateter, kateterisering av urinvegar, laboratorieprøver som Hb, CRP, urinstix og pulsoksymetri, taking av EKG, handtering av smertepumpe, hjerte- lungeredning.

Før oppstart av ordninga skal det gjennomførast nødvendig opplæring for sjukepleiarane. Ein skal sikre seg at nye sjukepleiarar som vert tilsatt, har nødvendig kompetanse, og eventuelt sørge for opplæring.

### **Legetilsyn**

Omsorgssenteret har tilsynslege. Myrvåg legesenter ligg nært omsorgssenteret og vil kunne yte legehjelp i tilsynslegane sitt fråver på dagtid. Det er etablert vikarordning for omsorgssenteret i tilsynslegen sine fråver.

Det er felles legevakt for Herøy og Sande mellom klokka 15-08 kvar dagar og heile døgnet i helger og høgtider. Legevakta er lokalisert i Myrvåg like ved omsorgssenteret.

Det er ambulansestasjon på Eggesbønes og i Ulsteinvik, omlag 20 og 10 minutt utrykningstid til Myrvåg omsorgssenter.

Legevaktslegen er ansvarleg for pasienten til tilsynslegen kan overta ansvaret. Det skal skrivast journal i journalsystemet Geric. Ved utskrivning eller overflytting til anna omsorgsnivå, skal det lagast utskrivingsnotat. Kopi av journalnotat frå opphaldet skal sendast til innleggande lege og fastlegen.

### **Utstyr**

Omsorgssenteret skal ha utstyr for intravenøs væskebehandling og medikamentell behandling, kateterisering, EKG, defibrillator, pulsoksymeter, CRP og Hb-måling, urinstix og oppsett av urindyrkning

### **Vedtak og betaling**

Pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp, skal ikkje ha eigenbetaling for opphaldet. Opphald som øyeblikkeleg hjelp skal vanlegvis ikkje overskride 3-4 dagar. Dersom



HERØY KOMMUNE



HELSE MØRE OG ROMSDAL

ein pasient etter 3-4 dagar har behov for tenester som sjukeheimplass, heimesjukepleie mm, skal det gjerast formelle vedtak om dette, og pasienten blir overført frå øyeblikkeleg hjelp tilbodet.

### Informasjon

Det skal utarbeidast skriftleg informasjon om tilbodet med rutiner for innlegging og krav til dokumentasjon. Dette skal distribuerast til fastlegane, legar som har legevakt i kommunen, AMK-sentralen, legevaktsentralen i Volda, mottaksavdelingane i sjukehusa, kirurgiske og medisinske poliklinikkar.

Ein skal informere om tilbodet i den lokale etterutdanningsgruppa for legar i Herøy og Sande. Det skal utarbeidast skriftleg informasjon til pasientar og pårørande. Det skal informerast om tilbodet gjennom lokalpressa.

### Helseforetaket sine oppgåver

Helseforetaket skal tilby hospitering og nødvendig opplæring i prosedyrer.

Helseforetaket skal bistå innleggande legar, tilsynslegane og legevaktlegar som har tilsyn med pasientane ved tilbodet med nødvendige telefonråd.

Helseforetaket skal bidra til at pasientar som er undersøkt som øyeblikkelig hjelp ved sjukehuspoliklikkane, og kan nytte dette tilbodet i staden for sjukehusinnlegging, vert tilvist til Myrvåg omsorgssenter som ø.hj.


### Oppstart

Etter nermare avtale.

### Evaluering

Det skal utarbeidast ein evalueringsrapport etter eit års drift.

Dato

  
Ordførar  
Herøy Kommune

  
Adm. direktør  
Helse Møre og Romsdal HF



## **Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester**

### **1. Formål**

- Samarbeidsområdet skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.
- Samarbeidsområdet skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester.

### **2. Samarbeidsområdets virkeområde**

Samarbeidsområdet skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende utskriving av somatiske pasienter.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av denne samarbeidsområdet er førende for partene.

Samarbeidsområdet regulerer ikke samhandlingen mellom kommunen og Rusbehandling Midt- Norge HF, da dette er regulert i egen avtale. Samarbeidsområdet regulerer heller ikke samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene innen psykisk helsevern (eget vedlegg 5b).

### **3. Lovgrunnlag**

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Prop. 91 L (2010-2011) - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
- Prop. 90L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Forskrifter til ovennevnte lover

#### **4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i henhold til lov**

##### **4.1 Helse Møre og Romsdals plikter, oppgaver og ansvar**

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og luftambulanse, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og Helse Møre og Romsdal HF og transport av behandlingspersonell.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

##### **4.2 Kommunens plikter, oppgaver og ansvar**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Kommunen har ansvar for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.



## **5. Definisjon av utskrivningsklar pasient**

En pasient er utskrivningsklar når lege i Helse Møre og Romsdal HF vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i Helse Møre og Romsdal HF. Avgjørelsen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering.

Følgende prosessuelle krav må være oppfylt før en pasient kan meldes utskrivningsklar til kommunen:

- Problemstilling ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
- Øvrige problemstillinger som har framkommet skal være avklart.
- Det skal redegjøres for eventuelle spørsmål som ikke er endelig avklart.
- Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnoser, samt videre plan for oppfølging av pasienten.
- Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra funksjonsnivå før innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
- Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og at plan for denne oppfølgingen beskrives.
- Dokumentasjonskravet nevnt i punkt 7.1 skal være oppfylt

## **6. Plikt til vurdering og varsling av pasientens behov for kommunale tjenester**

### **6.1 Kontaktpunkt i kommune og helseforetak**

Helse Møre og Romsdal HF skal ha ordning med kommunekontakter som varsler og etablerer kontakt med pasientens hjemkommune.

Kommunen skal ha ordning med en enhet som koordinerer kontakt fra sykehus til kommunens tjenester. Det skal være et telefonnummer for sykehuset inn til kommunens enhet.

### **6.2 Vurderingsplikten av kommunale tjenester innen 24 timer**

Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av:

1. Hvor lenge innleggelsen antas å vare.
2. Om pasienten antas å ha behov for kommunal helse- og omsorgstjenester etter utskrivning.

### **6.3 Prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester**

Dersom det antas at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal følgende prosedyre følges:

1. Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
2. Pasientens antatte funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning formidles til kommunen så snart dette er avklart, senest innen 24 timer før utskrivning. Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling i Helse Møre og Romsdal HF (f.eks. multitraume, behov for respiratorbehandling med mer), og det ikke er mulig å foreta vurderingene, skal vurderingene foretas og kommunene varsles så snart det lar seg gjøre. Slikt varsel skal uansett gis senest en uke før pasienten antas å være utskrivningsklar.
3. I tilfeller hvor den første vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp i kommunen etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, vil 24 timers fristen starte fra det tidspunkt hvor det blir klart at et slikt behov foreligger.
4. Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning, har sykehuset plikt til å bistå pasienten med å søke om slike tjenester. Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte. I søknaden skal det fremgå om pasienten har/har hatt kommunale tjenester. Søknaden utfylles/sendes kommunen så tidlig som mulig.
5. Helse Møre og Romsdal HF skal varsle kommunen så tidlig som mulig, dersom pasientens situasjon er vesentlig endret, slik at det kan være behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra kommunen eller NAV.
6. Ved endret utskrivningsplan eller ved dødsfall informeres kommunen umiddelbart. Endring i utskrivningsklar dato skal registreres i pasientjournalen.

## **7. Oppgaver og ansvar i forbindelse med utskrivning**

### **7.1. Helse Møre og Romsdal HFs ansvar ved utskrivning**

1. Helse Møre og Romsdal HF skal sende skriftlig melding til kommunen ved behov for kommunale tjenester etter utskrivning.
2. Utskriving av pasient skal gjøres så tidlig som mulig på dagen.
3. Ved utskrivning skal forskriftsmessig epikrise eller tilsvarende lege-dokumentasjon (utskrivningsblankett) inkludert fullstendig medikamentliste følge pasienten. Denne skal også sendes fastlege, henviser og eventuelt annen oppfølgende instans så raskt som mulig.
4. For å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter som utskrives til kommunalt tjenestetilbud skal innholdet i dokumentasjonen nevnt i punkt 3 gjøres tilgjengelig for kommunen snarest etter at utskrivning er besluttet og senest samtidig med at pasienten utskrives. Punkter som omhandler pasientens tilstand, funksjonsvurdering, antatt hjelpebehov og at kriterier i "Vilkår for

utskrivningsklar pasient" er oppfylt, skal være inntatt i dokumentet eventuelt ved bruk av supplerende sjekklister.

5. Helse Møre og Romsdal HF innhenter samtykke fra pasient dersom informasjon og / eller epikrise sendes til andre enn fastlegen. Signerte epikriser/ utskrivningsblankett og eventuelt sjekklister skal fortrinnsvis sendes elektronisk.
  6. Dersom pasienten har behov for det bestiller Helse Møre og Romsdal HF timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten før utskriving.
  7. Ved utskriving skal Helse Møre og Romsdal HF sende med pasient resept, eventuelt medikamenter og annet utstyr slik at pasienten har nødvendig medikamenter og utstyr fram til og med første virkedag etter utskriving. Hva som skal sendes med pasient avklares med mottagende helsepersonell i kommunen, også om det er behov for ekstra medisin utover første virkedag.
  8. Gjennomført varslingsprosedyre og vurdering av om pasienten er utskrivningsklar skal dokumenteres i pasientens journal.
  9. Helseforetaket skal ha rutiner for registrering av dato for når kommunens betalingsansvar inntreffer.
  10. Helse Møre og Romsdal HF kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient.
  11. Som hovedregel skal varslingsprosedyre om utskrivningsklare pasienter skje tidligst mulig på mandag til fredag kl. 08 -15.
- Unntak fra hovedregelen ovenfor er:
- a) Pasienter som allerede har plass i heldøgns institusjon kan også varsles og utskrives i helg mellom kl. 08 -15.
  - b) Pasienter som etter utskriving har uendret tjenestebehov fra hjemmetjenesten, kan også varsles og utskrives i helg mellom kl.08 -15.
  - c) Ved større høytider som jul og påske kan varslingsprosedyre og utskriving også utføres mellom kl. 08 -15 på helligdager.
  - d) Varslingsprosedyre om utskrivningsklare pasienter skal skje pr. telefon og på eget skjema til oppgitt kontaktpunkt i kommunen.

## **7.2. Kommunens ansvar ved utskriving**

1. Etter at kommunen i henhold til punkt 7.1.nr.9 har mottatt varslingsprosedyre fra Helse Møre og Romsdal, skal kommunen etter samme prosedyre som der er avtalt, så tidlig som mulig innenfor kl. 08 -15 gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten, og fra hvilket tidspunkt. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.
2. Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten når Helse Møre og Romsdal HF har varslet om at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.
3. Kommunen skal behandle søknad fra pasient fortløpende og fatte vedtak i henhold til gjeldende lover og regler.

4. Kommunen beslutter hvilke tjenester pasienten skal ha ut fra kommunens tjenestetilbud, krav til faglig forsvarlighet og egen vurdering.
5. Kommunen har ansvar for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen når pasienten er utskrivningsklar.
6. Kommunen har ansvar for bestilling av tekniske hjelpemidler og at midlertidige tekniske hjelpemidler fra kommunens lager er tilgjengelig i bolig.
7. Kommunen har ansvar for å vurdere og planlegge tilrettelegging i pasientens bolig.

## **8. Kommunens betalingsplikt**

Kommunal betalingsplikt omfatter pasienter som trenger kommunale pleie- og omsorgstjenester etter utskriving fra sykehus.

Kommunal betalingsplikt inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar (i henhold til forskrift om medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter §13 jfr § 8 -10) samt denne samarbeidsavtalen, og kommunen har gitt beskjed om de ikke kan motta pasienten, jf. § 11 andre ledd i samme forskrift. Betalingskravet gjelder til den datoen kommunen melder fra om at kommunen er klar til å ta imot pasienten.

Kommunen skal varsle sykehuset om dette så tidlig som mulig på hverdager mellom kl.08-15. Når varsel i henhold til punkt 7.1 nr.9 kan gjøres på andre tidspunkt enn hverdager mellom 08-15 skal varsel gis så tidlig som mulig. Den dagen som kommunen har bestemt å motta pasienten skal ikke være med i betalingskravet.

Dersom kommunen tar imot pasient samme dag som pasientene er definert som utskrivningsklar har kommunen ingen betalingsplikt.

For hvert påfølgende døgn pasienten er innlagt i Helse Møre og Romsdal HF i påvente av kommunal pleie- og omsorgstjeneste skal kommunen betale etter gjeldende betalingssatser fastsatt i statsbudsjett.

Kommunal betalingsplikt inntreffer ikke når Helse Møre og Romsdal HF velger å ikke skrive ut pasient når denne er definert som utskrivningsklar, og kommunen har varslet om at den kan ta imot pasienten.

Ved reinnleggelse for samme problemstilling innen 48 timer etter utskriving, faller kommunens betalingsplikt bort.

### **9. *Plikt til redegjørelse***

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger Helse Møre og Romsdal HF har foretatt. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av Helse Møre og Romsdal HF er i tråd med bestemmelsene i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og etter dette samarbeidsområdet.

Kommunen kan kreve redegjørelse fra Helse Møre og Romsdal HF på registrering av oppfyllelse av varslingsrutiner og på registrert utskrivningsklar dato for pasient.

### **10. *Utsatt betalingsplikt***

Dersom Helse Møre og Romsdal HF etter å ha vurdert pasient som utskrivningsklar har unnlatt å varsle kommunen etter varslingsprosedyrer i denne avtale, vil ikke kommunens betalingsansvar inntre før 24 timer etter at Helse Møre og Romsdal HF har varslet kommunen om at pasienten er utskrivningsklar.

# Samhandlingsavtale

---

mellom

kommunene i Møre og Romsdal og  
Helse Møre og Romsdal HF

29.04.2015

16. april 2015

SAMARBEIDSAVTALE .....	4
1. Innledning.....	4
2. Verdigrunnlag og målsetting.....	5
3. Samhandlingsområder.....	6
4. Samhandlingsformer .....	7
5. Plikt til gjennomføring og forankring.....	7
6. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner .....	7
7. Avvikshåndtering og forbedringsarbeid .....	8
8. Uenighet – Twisteløsning vedrørende avtalens innhold .....	8
8.1. Dialog og forhandlinger .....	8
8.2. Lokalt eller nasjonalt tvisteorgan .....	8
8.3. Ordinær domstolsbehandling .....	8
9. Mislighold .....	9
10. Endring og oppsigelse av avtalen .....	9
Delavtale 1 - Hvilke helse- og omsorgsoppgaver som partene har ansvar for – og hvilke tiltak som partene skal utføre .....	10
Delavtale 2 - Samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.....	12
1. Formål.....	12
2. Virkeområde.....	12
Delavtale 3 A) - Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske helsetjenester .....	15
1. Formål.....	15
2. Virkeområde.....	15
Delavtale 3B) - Samarbeid om inntak, innleggelse og behandling av pasienter med behov for psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusrelatert behandling .....	18
1. Formål.....	18
2. Virkeområde.....	18
Delavtale 4 - Samarbeid om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp tilbud .....	23
1. Formål.....	23
2. Virkeområde .....	23
Delavtale 5A) - Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester ....	25
1. Formål.....	25
2. Virkeområde.....	25
Delavtale 5B) - Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for tjenester innenfor psykisk helsevern og rusrelatert behandling.....	31
1. Formål.....	31

16. april 2015

2. Virkeområde.....	31
Delavtale 6 - Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.....	33
1. Formål.....	33
2. Virkeområde.....	33
Delavtale 7 - Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.....	35
1. Formål.....	35
2. Virkeområde.....	35
Delavtale 8 - Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg .....	37
1. Formål.....	37
2. Virkeområde.....	37
Delavtale 9 - Samarbeid om IKT- løsninger og elektronisk samhandling .....	39
1. Formål.....	39
2. Virkeområde.....	39
Delavtale 10 - Samarbeid om forebygging .....	42
1. Formål.....	42
2. Virkeområde.....	42
Delavtale 11 - Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.....	44
1. Formål.....	44
2. Virkeområde.....	44
Delavtale 12 - Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF .....	47
1. Samhandlingsfora .....	47
2. Dialogmøte og samhandlingskonferanse .....	47
3. Overordnet samhandlingsutvalg .....	47
4. Lokale samhandlingsutvalg .....	47
Delavtale 13 -Samarbeid om praksiskonsulentordninger.....	51
1. Formål.....	51
2. Virkeområde.....	51



**SAMHANDLINGSAVTALE**  
**mellom ..... kommune**  
**og**  
**Helse Møre og Romsdal HF**

### **1. Innledning**

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 m.fl. pålagt å inngå samarbeidsavtale. Denne samarbeidsavtalen består av en generell del, jfr. punkt 1 – 10, og konkrete samhandlingsområder som beskrives i egne delavtaler. Denne avtalen sammen med delavtalene utgjør Samhandlingsavtalen.

Samhandlingsavtalen har til formål å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket, og skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Følgende definisjon for samhandling legges til grunn for avtalen:

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert måte - St.meld. 47 (2008 – 2009)  
Samhandlingsreformen.

Samhandlingen innebærer god kommunikasjon, felles oppfølging og delt ansvar for pasienten/brukeren, felles utdanningsprogram og tett personlig kontakt. Dette skal sikre at pasientene/brukerne blir behandlet på rett nivå, sted og innen rett tid for å maksimere nytten av tilgjengelige ressurser på en best mulig måte.

De mest sentrale lover og forskrifter som samarbeidsavtalen bygger på er;

- Lov 1999-07-02 nr. 61- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov 2011-06-24-nr. 30- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 2011-06-24 nr. 29- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)
- Lov 1999-07-02 nr. 64- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- Lov 1999-07-02 nr. 63 - Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov 1999-07-02 nr. 62 - Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)
- Lov 2001-06-15 nr. 93 – Lov om Helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)

16. april 2015

- Lov 2000-06-23 nr. 56 – Lov om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven)
- Lov 2014-06-20 nr. 43 – Lov om Helseregistre og behandling av helseopplysninger (Helseregisterloven)
- Lov 1994-08-05 nr. 55 - Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven)
- Lov 2000-04-14 nr. 31 - Lov om behandling av Personopplysninger (Personopplysningsloven)

Forskrifter til ovennevnte lover:

- FOR-2011-11-18 nr. 1115 – Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- FOR-2000-12-21 nr. 1385 – Forskrift om Pasientjournal

Opplistingen av ovennevnte lover og forskrifter er ikke ment å være uttømmende, noe som innebærer at også andre lover og forskrifter har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

## **2. Verdigrunnlag og målsetting**

Samarbeidet bygger på tillit og åpenhet mellom likeverdige parter som er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi et godt helhetlig tilbud. Samarbeidet skjer ut i fra en felles forståelse av oppgaver og ansvar. Et godt samarbeid forutsetter forankring i ledelsen, som legger til rette for god og effektiv samhandling mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen. Dette gjelder både på politisk, administrativt og faglig nivå i den daglige driften av tjenestene.

Samhandling innebærer at ulike helsearbeidere arbeider på tvers av sektorer og spesialiteter for å skape sammenhengende tjenester. Pasientens / brukerens beste skal alltid være i fokus. Pasienten/brukeren står i sentrum og er på felles helsearena enten pasienten er i helseforetaket eller i kommunen.

Partene er enige om at samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas på lavest mulig tjenestenivå, så nært pasient/bruker som mulig.

Samhandlingen skal bygge på likeverdighet mellom partene og respekt for hverandres roller og kompetanse og bidra blant annet til at:

- Pasient/bruker får koordinerte, helhetlige og individuelt tilpassede helsetjenester på rett nivå til rett tid
- Pasient/bruker og pårørende opplever trygghet, forutsigbarhet, kontinuitet og brukervedvirkning
- Gode rutiner og klare oppgave- og ansvarsforhold preger samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket
- Effektiv ressursutnyttelse på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivå
- Partene samarbeider om å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet

16. april 2015

For å nå disse målene skal partene:

- Forankre avtalen i toppledelsen både i kommunen og Helse Møre og Romsdal HF
- Forankre og involvere på fag- og avdelingsnivå, ved at alle mellomlederne kjenner avtalen og ser til at den blir praktisert i det daglige arbeidet
- Integrere og prioritere systematisk kvalitetsarbeid i det daglige arbeidet på linje med andre prioriterte oppgaver
- Ha kjennskap til hverandre med faste møteplasser og regelmessig dialog

### 3. Samhandlingsområder

Helse og omsorgstjenesteloven § 6-2 oppstiller et minimumskrav til hva en avtale mellom partene skal inneholde. Det følger av lovens 1.ledd at avtalen som et minimum skal inneholde, sitat:

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter/ brukere med behov for koordinerte tjenester
3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp
5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
8. Samarbeid om jordmortjenester
9. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
10. Samarbeid om forebygging
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Regulering av samarbeidet på disse punktene vil være et viktig verktøy i gjennomføringen av Samhandlingsreformen og beskrives i egne delavtaler. I tillegg er det inngått avtale om samhandlingsstruktur (delavtale 12) og Praksiskonsulentordning (delavtale 13). Dersom partene inngår samarbeid på andre områder, kan det inngås særskilte avtaler som delavtaler til denne avtalen, eller egne retningslinjer og/eller prosedyrer som ikke er en delavtaler til avtalen. Velger en alternative retningslinjer og/eller prosedyrer som ikke er delavtaler til avtalen, vil ikke avviks- og sanksjonsreglene i denne avtalen komme til anvendelse.

16. april 2015

#### **4. Samhandlingsformer**

For å sikre gjennomføring av Samhandlingsavtalen er det etablert slike samhandlingsfora:

- Dialogmøte
- Overordna samhandlingsutvalg
- Lokale samhandlingsutvalg
- Kliniske samhandlingsutvalg
- Samhandlingskonferanse

Samhandlingsstrukturen er beskrevet i delavtale 12.

#### **5. Plikt til gjennomføring og forankring**

Partene forplikter seg å gi opplæring om avtalen til egne ansatte. Partene skal også sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid, blant annet vedtatte utvalg og koordinerende enhet.

Større endringer som planlegges av en av partene, skal gjennomføres med en god gjensidig prosess.

Partene forplikter seg til å:

- Informere og involvere den andre parten i planprosesser og annet arbeid som har betydning for utformingen av helsetjenester for den annen part, blant annet organisering og endring av rutiner
- Orienterer hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha betydning for/innvirkning på de områdene avtalen omfatter
- Gjennomføre konsekvensutredninger ved planlegging av tiltak som får konsekvenser for den annen part, blant annet omorganiseringer, nedlegging av sykehus og sykehusavdeling
- Opprette en klar adressat i egen virksomhet som har overordnet ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne

#### **6. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner**

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Brukerne/pasientene skal være representert i alle samhandlingsfora som etableres mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF.

Partene er enige om at kravet til brukermedvirkning som et minimum skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved Helse Møre og Romsdal HF, eldrerådet og Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne i kommunen skal tillegges vekt.

## **7. Avvikshåndtering og forbedringsarbeid**

Dersom partene ikke følger de rutiner og prosedyrer som er avtalt i denne avtale med delavtale eller i medhold av denne avtalen, foreligger et avvik.

Formålet med avvikshåndteringen skal være forbedringsarbeid og erfarings-utveksling. Partene har etablert system for melding av avvik innenfor alle samarbeidsområder som omfattes av avtalen, jamfør «Prosedyre for melding og håndtering av avvik mellom kommunene og helseforetaket»

Link til prosedyre → Avviks prosedyre

Samhandlingsavdelingen skal hvert år utarbeide en rapport med oversikt over innmeldte avvik innenfor avtalens samarbeidsområder og utfallet av avvikshåndteringen. Rapporten går til behandling i Overordna samhandlingsutvalg og som orientering til kommunene og de lokale samhandlingsutvalgene

## **8. Uenighet – Tvisteløsning vedrørende avtalens innhold**

Partene forplikter seg til å løse uenighet vedrørende forståelse av avtalen ved prosesser beskrevet under pkt. 8.1 og 8.2 før saken kan bringes inn for domstolene i henhold til pkt. 8.3.

### **8.1. Dialog og forhandlinger**

Partene er enige om at uenighet vedrørende forståelse av avtalen først skal søkes løst gjennom dialog og forhandling. Dersom begge parter ønsker det kan uenighet søkes løst gjennom Overordnet samhandlingsutvalg.

### **8.2. Lokalt eller nasjonalt tvisteorgan**

Dersom saken ikke løses gjennom dialog og forhandlinger er partene enige om at det opprettes en uenighetsprotokoll som sendes lokalt tvisteløsningsorgan for drøfting og anbefaling av løsning. Lokalt tvisteløsningsorgan opprettes av partene med to representanter fra hver av partene, og en brukerrepresentant. Oppnås ikke enighet i lokalt tvisteløsningsorgan, sendes saken til Nasjonalt tvisteløsningsorgan for anbefaling av løsning.

### **8.3. Ordinær domstolsbehandling**

Dersom partene ikke klarer å løse uenigheten gjennom dialog og forhandlinger eller etter anbefalinger fra lokalt og nasjonalt tvisteløsningsorgan, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstoler med den kommunale parts tingrett som verneting.

16. april 2015

## 9. Mislighold

Avtalen kan ikke sies opp på grunn av mislighold.

Ansvarsbetinget mislighold av denne avtale som påfører den annen part et dokumentert økonomisk tap, kan i ytterste konsekvens kreves erstattet. Slike krav fremsettes og behandles i samsvar med den saksgangen som er beskrevet for uenighet under pkt. 8.

## 10. Endring og oppsigelse av avtalen

Avtalen er gyldig og gjelder fra det tidspunkt begge parter har undertegnet. Hver av partene har i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5, 2. ledd rett til å si opp avtalen med ett års frist.

Partene forplikter seg til å revidere avtalen slik at den til enhver tid er i samsvar med gjeldende rettspraksis, lover og forskrifter. Partene plikter også å revidere avtalen dersom andre vesentlige forutsetninger for avtalen endres, herunder etablering av nye behandlingstilbud som krever avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling.

Partene plikter å foreta en gjennomgang og evaluering av avtalen annet hvert år ved utgangen av året. Når det meldes ønske om endringer skal det nedsettes et partssammensatt forhandlingsutvalg som skal sammensettes med 4 representanter fra kommunene og 2 representanter fra helseforetaket. I tillegg kan 1 representant fra KS og 1 representant fra brukerutvalget møte med talerett.

Representantene i forhandlingsutvalget utpekes av de ulike regionrådene etter forslag fra kommunene. Helseforetaket utpeker sine egne representanter. De endringer som forhandlingsutvalget foreslår, skal behandles av Overordnet samhandlingsutvalg. Endringene vedtas av den enkelte kommune og helseforetaket etter tilråding fra Overordnet samhandlingsutvalg.

Endringer som kun er av teknisk karakter, kan behandles administrativt hos hver av partene.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

Delavtale 1 til Samhandlingsavtalen

## **Hvilke helse- og omsorgsoppgaver som partene har ansvar for – og hvilke tiltak som partene skal utføre**

I henhold til "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester" av 22. juni 2011 § 6.2 første ledd skal kommunen og helseforetaket avklare hvilke helse- og omsorgsoppgaver og tilhørende tjenester partene har ansvar for.

Kommunens oppgaver er definert i "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m." (Helse- og omsorgstjenesteloven) og særskilt i kapittel 3 "Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester".

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester;

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester
- Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne
- Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold
- Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune
- Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras

Helseforetakets ansvar er definert i "Lov om spesialisthelsetjenester", og i kapittel 2 § 2-1a og kapittel 3 om særlige plikter og oppgaver;

§ 2-1a. De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester

- De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder
  - Sykehustjenester
  - Medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
  - Akuttmedisinsk beredskap
  - Medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt
  - Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4
  - Transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten
  - Transport av behandlingspersonell

16. april 2015

- De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4
- Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen
- Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere
- Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven

Det følger av andre overordnede føringer som for eksempel Nasjonal helse- og sykehusplan og ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten, hva som er kommunenes og hva som er helseforetakets oppgaver.

Partene er likeverdige og skal benytte følgende virkemidler for å avklare ansvarsfordeling og endring av oppgavedeling:

- Dialog og høringer før beslutning
- Planlegge endringer i god tid
- God gjensidig prosess
- Helhetlige pasientforløp for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen
- Ressurser skal følge endringer i pasientforløpet i form av kompetanse og økonomi
- Partene forplikter seg til å holde seg oppdatert og tilpasse seg faglige standarder og nye behandlingsmetoder.

Partene forplikter seg til å samarbeide og avklare gråsoner for å sikre helheten i behandlingsforløpene.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF



Delavtale 2 til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester**

### **1. Formål**

Delavtalen skal sikre at pasienter/brukere som har behov for koordinerte tjenester gis et faglig forsvarlig tilbud og får tjenester som er sammenhengende og koordinerte. Delavtalen skal også sikre godt samarbeid mellom de ulike tjenestene og nivåene slik at pasienter opplever helhetlig behandling.

### **2. Virkeområde**

Pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester er personer med til-stander som gir behov for langvarig oppfølging og samarbeid mellom fag-personell med forskjellig fagbakgrunn og organisatorisk tilknytning. Habilitering og rehabilitering er den prosessen som foregår for at en pasient/bruker med medfødt eller ervervet skade/sykdom/nedsatt funksjonsevne skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Denne delavtalen regulerer samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal i arbeidet med pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester, habilitering eller rehabilitering. Delavtalen gjelder både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I tillegg til denne delavtalen reguleres samarbeidet også av delavtale 3a og b, og 5a og b.

### **3. Oppgaver og ansvar**

#### **3.1. Felles ansvar**

1. Partene skal sørge for at pasienter/brukere opplever et helhetlig tilbud, og at en ved eventuell uenighet mellom avtalepartene omkring tilbud rundt enkeltpasienter/-brukere, ivaretar pasientens/brukerens rettigheter i forhold til lov og forskrift
2. Partene skal samarbeide om å lage gode pasientforløp. I dette arbeidet skal regionalt utarbeidet metodikk for pasientforløpsarbeid benyttes. Partene forplikter seg til å stille nødvendig personell til disposisjon i arbeidet
3. Partene skal sikre brukermedvirkning på system- og individnivå
4. Partene skal holde hverandre orientert om eget tilbud innenfor koordinerte tjenester
5. Både helseforetak og kommuner har ansvar for habilitering og rehabilitering av pasienter/brukere. Ved vurdering av hvor hovedansvaret for dette ligger i forhold til enkeltpasienter/-brukere, tar en utgangspunkt i rapporten "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet" fra Helsedirektoratet (IS-1947)

6. Partene skal etablere samarbeid mellom helseforetaket og kommunen rundt pasient- og brukergrupper med sammensatte behov, for eksempel palliativ omsorg, rus og psykiatri.

### **3.2. Helse Møre og Romsdal HF skal:**

1. ha en koordinerende enhet som har oversikt over tilbud og rutiner på dette området både i helseforetaket og i forhold til kommunene, og ansvar for informasjon både internt i helseforetaket og i forhold til kommunene.
2. tilby koordinator for pasienter som bare mottar spesialisthelsetjenester
3. starte rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold
4. utrede, undersøke og gi rehabiliteringstilbud til pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering
5. melde fra når en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator. Meldingen skal gå fra behandlende enhet til koordinerende enhet i kommunen.
6. ta initiativ til samarbeidsmøter før utskriving ved behov for svært omfattende kommunale tjenester
7. bistå til å kartlegge behov for nødvendige hjelpemiddel og ta initiativ til at disse blir anskaffet og klargjort. Gi opplæring i de hjelpemidler som bestilles av spesialisthelsetjenesten og skal brukes av pasienten i hjemkommunen
8. delta i nødvendig tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for dette.
9. gi ambulante tjenester der enkeltpasienter har behov for spesialisthelsetjenester, og der dette av faglige grunner må skje i egen kommune. Dette gjelder både oppfølging av pasienten, og nødvendig kompetanseoverføring (jfr. delavtale 6). Ambulante tjenester skal gis etter avtale med, og i nært samarbeid med kommunale tjenester. Kommunale tjenester inklusive fastlegene, skal holdes orientert om det tilbudet som blir gitt og få epikriser fra relevante konsultasjoner.
10. gi nødvendig råd og veiledning i henhold til lov og forskrift, jfr. § 14 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
11. gi tilbud om undervisning og opplæring til pasienter og pårørende for aktuelle kroniske sykdomsgrupper
12. ha et system for barnekontakt i relevante enheter for å gi nødvendig støtte og oppfølging til barn og ungdom som er pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.
13. varsle relevante instanser i kommunene så tidlig som mulig.

### **3.3. Kommunen skal:**

1. etablere koordinerende enhet i kommunen, og gi kontaktinformasjon om denne til helseforetakets koordinerende enhet. Koordinerende enhet skal viderefremme direkte og relevant kontakt for oppfølging av barn og unge.
2. sørge for å utarbeide individuell plan, tilby og utnevne koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper, der det er behov for dette.
3. ha tilbud om habilitering og rehabilitering
4. gi nødvendig og relevant informasjon til helsepersonell i helseforetaket i forbindelse med felles pasienter/brukere innenfor de grenser helsepersonelloven setter

16. april 2015

5. delta i nødvendig informasjonsutveksling og samarbeidsmøter under opphold, for planlegging av nødvendige tiltak etter utskriving.
6. ha ansvar for at nødvendig hjelpemiddel installeres og tilpasses
7. ha et system for å gi nødvendig støtte og oppfølging til barn og ungdom som er pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

### **3.4. Bruk av tvang**

I forhold til tvangsbruk i psykisk helsevern forholder partene seg til lov om psykisk helsevern. I forhold til tvangsbruk ved rusproblem forholder kommunen seg til helse- og omsorgstjenesteloven (kap. 10).

### **3.5. Videre oppfølging**

Partene forplikter seg til å følge opp denne delavtalen videre gjennom:

1. Pasientforløpsarbeid som beskrevet under 3.1, punkt 2
2. Overordnet samhandlingsutvalg og de lokale samhandlingsutvalgene

Dato,

\_\_\_\_\_  
..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_  
Møre og Romsdal HF

16. april 2015

Delavtale 3a til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske helsetjenester**

### **1. Formål**

- Delavtalen skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.
- Delavtalen skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved innleggelse og behandling av pasienter med behov for helsetjenester.

### **2. Virkeområde**

Delavtalen skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende innleggelse, poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling. Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av denne delavtalen er førende for partene. Delavtalen regulerer ikke samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF når det gjelder rus og psykisk helsevern, siden dette er regulert i egen delavtale, (3b).

### **3. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar**

#### **3.1 Helse Møre og Romsdals plikter, oppgaver og ansvar**

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og luftambulans, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og Helse Møre og Romsdal HF og transport av behandlingspersonell.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når de har ansvar for pasienten og i overføringen fra Helse Møre og Romsdal HF til kommunen.

### **3.2 Kommunens plikter, oppgaver og ansvar**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Kommunen har ansvar for at brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste, der dette er aktuelt.

Kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når den har ansvar for pasienten og i overføringen fra kommunen til Helse Møre og Romsdal HF.

## **4. Innleggelse i Helse Møre og Romsdal HF**

### **4.1 Kommunen sitt ansvar ved henvisning til poliklinisk undersøkning eller behandling ved HMR**

Henvisning til poliklinisk undersøkning og behandling vil normalt komme fra lege, og ofte uten at kommunale omsorgstjenester er involvert i søknaden. Henvisningen skal inneholde:

- kort resymé av viktige tidligere sykdommer av betydning for aktuell problemstilling
- relevante undersøkinger og tidligere behandling utført hos henvisende lege
- klar problemstilling som henviser ønsker vurdert eller behandlet
- dersom henvisende lege har kjennskap til omsorgstjenester pasienten mottar av betydning for aktuell problemstilling, skal det opplyses om disse
- oppdatert medikamentliste der dette er aktuelt

### **4.2 Dokumentasjon ved innleggelse i HMR**

Pasienter skal søkes innlagt eller innlegges som ø-hjelp av lege. Innleggingskriv skal, så langt mulig, inneholde samme opplysninger som nevnt i punkt 4.1.

Ved innlegging av pasienter fra sykehjem, hjemmesykepleie eller andre kommunale tjenesteområder innenfor helse- og omsorgssektoren som er involvert rundt innleggelsen, skal følgende dokument fra omsorgstjenestene primært være vedlagt innleggelsesskrivet eller følge pasienten til sykehuset:

- sykepleieopplysninger
- oppdatert medikamentliste der dette er aktuelt
- informasjon om hjelpemidler pasienten bruker og som sykehuset trenger kjennskap til
- eventuelt oppdatert individuell plan der dette er relevant og etter samtykke fra pasienten
- nødvendige rapporter fra andre behandlere/ terapeuter

16. april 2015

Når pasienten er innlagt i sykehus og er kjent mottaker av kommunale helsetjenester sender sykehus snarest «melding om innlagt pasient». Kommunen svarer med melding om «innleggelsesrapport». Denne skal sendes innen 4 timer etter at sykehuset har meldt pasienten innlagt til kommunen. Disse opplysningene vil ligge i ovennevnte rapporter.

Dersom dokumentasjonen nevnt i forrige avsnitt ikke er vedlagt ved en innleggelse, og sykehuset har behov for disse, skal nødvendig dokumentasjon gjøres tilgjengelig så snart som mulig.

#### **4.3. Helse Møre og Romsdal HF's ansvar ved innleggelse/ henvisning**

- Henvisning vurderes etter gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere. Det tas stilling til hvilken rett pasienten har til helsehjelp.
- Ved behov skal det innhentes supplerende opplysninger.
- Bistå lege fra kommunehelsetjenesten når det foreligger tvil om behov for innleggelse, herunder ved vurdering i akuttmottak eller poliklinikk.
- Særlig fokus på informasjonsutveksling ved:
  - Mindreårige barn som pårørende
  - Pasient/bruker som ivaretar bistands- og omsorgsbehov hos pårørende

All kontakt mellom sykehus og kommune skal dokumenteres i pasientens journal.

## **5. Behandling i Helse Møre og Romsdal HF**

Helse Møre og Romsdal HF foretar utredning og behandling med utgangspunkt i problemstillingen i henvisningen

Ansvarlige representanter for kommune og helseforetak avklarer videre oppfølging i samarbeid med pasient og pårørende. Det skal tilrettelegges for dialog uavhengig av geografiske avstander

Ved langvarig behandling skal Helse Møre og Romsdal HF ta initiativ til og være i dialog med fastlege og de kommunale tjenestene når de er involvert i behandlingen

Ved behov for individuell plan og eller koordinator varsles kommunen straks. Foretaket skal redusere bruk av polikliniske kontroller der dette kan gjøres faglig forsvarlig i kommunehelsetjenesten.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

16. april 2015

Delavtale 3b til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om inntak, innleggelse og behandling av pasienter med behov for psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

### **1. Formål**

Delavtalen skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Delavtalen skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved henvisning, inntak, innleggelse og behandling av pasienter med behov for psykiske helsetjenester og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### **2. Virkeområde**

Delavtalen skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende henvisninger, poliklinisk behandling, ambulante tjenester, dagbehandling og døgnbehandling innenfor spesialiserte helsetjenester

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Omforente rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av denne delavtalen er førende for partene.

### **3. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i henhold til lov**

#### **3.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar**

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient. Veiledningen skal ivaretas av helsepersonell med best mulig tilgjengelig kompetanse på fagområdet.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Gjensidig kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

#### **3.2. Kommunens plikter, oppgaver og ansvar**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys relevante helse- og omsorgstjenester ved behov.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Kommunen har ansvar

16. april 2015

for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

### **3.3. Felles plikter, oppgaver og ansvar**

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling både hver for seg og når en har et felles ansvar for pasienten; og i overføringen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Behandlingsforløp for pasienter med uavklart ROP-lidelse (samtidig og alvorlig rus og psykisk lidelse) avklares i samarbeid mellom helseforetaket og kommunen.

Tilsvarende gjelder for pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt

## **4. Henvisning til Helse Møre og Romsdal HF**

### **4.1. Kommunens oppgaver i forbindelse med henvisning**

For henviser følger gjeldende prosedyrer for henvisning til spesialisthelsetjenesten:

- Klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert utredet eller behandlet, samt at kommunal behandling er vurdert som ikke tilstrekkelig.
- I rusakutte henvisninger skal det fremgå om pasientens tilstand er vurdert i forhold til forsvarlige kommunale krisetiltak. Ved akutthendelser som er livstruende, skal innleggelse skje direkte til somatisk sykehus.
- Ved henvisning skal det fremgå om innlegging skjer etter tvangsbestemmelser i lovverket. Tvangsinnleggelse krever oppdaterte opplysninger med tilleggskriterier som skal være oppfylte, og disse følger pasienten ved innlegging.

### **4.2 Dokumentasjon ved innleggelse i HMR**

Ved henvisning til Helse Møre og Romsdal HF av pasienter som mottar kommunale tjenester skal følgende dokumenter primært vedlegges henvisning:

- Nødvendig rapport fra behandler/terapeuter
- Oppdatert Individuell plan
- Opplysning om navn på pasientens/brukers koordinator i kommunen
- Oppdatert medikamentliste der dette er relevant

Dersom dokumentasjonen som nevnt ovenfor ikke lar seg legge ved en øyeblikkelig hjelp henvisning, skal disse dokumentene ettersendes så snart som mulig.

Når pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten og er kjent mottaker av kommunale helsetjenester, sender sykehus snarest «melding om innlagt pasient». Kommunen svarer med melding om innleggelsesrapport. Målet er at denne melding skal sendes innen 4 timer etter at sykehuset har meldt pasienten innlagt til kommunen.

### **4.3 Helse Møre og Romsdal HFs ansvar**

- Henvisning vurderes etter gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere. Det tas stilling til hvilken rett pasienten har til helsehjelp.



16. april 2015

- Ved behov skal det innhentes supplerende opplysninger.
- Bistå lege fra kommunehelsetjenesten når det foreligger tvil om behov for innleggelse, herunder ved vurdering i akuttmottak eller poliklinikk.

#### **4.4 Ansvar ved øyeblikkelig hjelp/krise**

##### 4.4.1. Kommunens ansvar

Kommunen ved fastlege/legevakt/tilsynslege/leder av barnevern tar kontakt med spesialisthelsetjenesten for vurdering/veiledning/innlegging. I tillegg kan fagpersonell innen rus og psykisk helseteam/-bolig/kommunale rustiltak ta kontakt for veiledning/vurdering.

Dokumentasjon:

- Klinisk problemstilling og aktuell medikasjon
- Dersom pasienten bor i kommunal institusjon/bemannet bosted eller har hjemmetjenester/psykisk helsetjeneste/kommunal rustjeneste skal aktuell fagrapport primært vedlegges, eller ettersendes neste virkedag dersom relevant personell ikke er tilgjengelig på innleggingstidspunktet
- Opplysning om navn på pasientens koordinator i kommunen
- Dersom pasienten har individuell plan, skal denne vedlegges
- Ved innlegging med tvang, skal oppdaterte opplysninger med pasientstatus og tilleggskriterier fra lege følge med

Dersom dokumentasjonen nevnt ovenfor ikke lar seg vedlegge ved en øyeblikkelig hjelp henvisning, skal disse dokumentene ettersendes så snart som mulig.

##### 4.4.2. Spesialisthelsetjenestens ansvar

Spesialisthelsetjenesten avgjør om den enkelte pasient får tilbud om kriseplass/brukerstyrt plass i helseforetaket. Helseforetaket skal gjøre tilbud om dette kjent for kommunen hvis pasienten har psykisk helsetjeneste/rustjeneste fra kommunen, og gi kommunen beskjed når pasienten benytter seg av tilbudet.

- Ved kontakt om ø-hjelp skal spesialisthelsetjenesten bistå med adekvate råd og vurdering av tilstanden, også på kveld og helg.
- Helsehjelpen kan tilbys som ambulant hjemmebehandling eller innleggelse
- Ved innlegging med tvang, skal næreste pårørende kontaktes og gis alle retter til informasjon og brukermedvirkning på linje med pasienten selv.
- Be om samtykke til å varsle hjemmetjenesten/psykisk helsetjeneste/rustjeneste/fastlege om innlegging neste virkedag.

#### **4.5. Planlagt innleggelse og poliklinisk behandling**

##### 4.5.1. Kommunens ansvar

Henvisning sendes helseforetaket fra lege, privatpraktiserende psykolog, leder av psykiatritjenesten og/eller kommunal rustjeneste og sosialtjenesten i kommunen. Henvisning sendes til helseforetaket fra lege eller leder for barneverntjenesten.

16. april 2015

#### Dokumentasjon:

- Skriftlig henvisning i samsvar med mal/skjema på helseforetakets hjemmeside
- Individuell plan dersom brukeren/pasienten har det
- Opplysning om navn på pasientens/brukerens koordinator i kommunen.
- Om brukeren/pasienten bor i kommunal institusjon/bemannet bosted eller har hjemmetjenester/psykisk helsetjeneste/kommunal rustjeneste, skal aktuell fagrapport primært vedlegges. For barn og unge skal nødvendige utredningsrapporter følge med

#### 4.5.2. Spesialisthelsetjenestens ansvar

- Henvisning blir vurdert av spesialist i forhold til gjeldende frister og etter Prioriteringsforskriften. Tilbakemelding til bruker/pasient og henvisende instans skal skje snarest.
- Avklare behandlingsforløp for ROP-pasienter i samarbeid med kommunen.
- Gjennomføre forvernsamtaler der dette er aktuelt, hjemme hos brukeren/pasienten der det er tjenlig.
- Innhente nødvendig tilleggsinformasjon utover det som er sendt med, eventuelt gjennom samarbeidsmøte.

## **5. Behandling i Helse Møre og Romsdal HF**

### **5.1. Spesialisthelsetjenestens ansvar**

Helse Møre og Romsdal HF foretar utredning og behandling med utgangspunkt i henvisningens problemstilling.

Ved langvarig behandling skal Helse Møre og Romsdal HF ta initiativ til og være i dialog med fastlege og de kommunale tjenestene/brukerens koordinator når de er involvert i behandlingen

Ved behov for individuell plan varsles kommunen straks. Polikliniske kontroller skal reduseres der dette kan gjøres faglig forsvarlig i kommunehelsetjenesten

Planlegging av utskriving starter umiddelbart etter innleggelse:

- Innkalle til samarbeidsmøte så tidlig som mulig der en ser at bruker/pasient har behov for kommunale tiltak utover det han/hun evt. allerede har innvilget
- Innkalle til ansvarsgruppemøte der dette er aktuelt
- Evt. initiere arbeid med individuell plan
- Oppnevne koordinator for brukeren/pasienten

Begge parter tar initiativ til dialog og deltar i møter ved behov.

Ansvarlige representanter for kommune og helseforetak avklarer videre oppfølging i samarbeid med bruker/pasient og pårørende. Det skal tilrettelegges for dialog uavhengig

16. april 2015

av geografiske avstander

## 5.2. Kommunens ansvar

- Delta i samarbeid og planlegging for utskriving og hjemreise for pasienten
- Evt. initiere arbeid med individuell plan
- Sørge for at det blir oppnevnt koordinator for pasient/bruker

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

16. april 2015

Delavtale 4 til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp**

Kommunen skal utvikle et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen 01.januar 2016. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder utgitt 02/2014(rev.), link → "[Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold](#)".

### **1. Formål**

Denne delavtalen skal bidra til samarbeid mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal om etablering og drift av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet som etableres i kommunene skal være like godt eller bedre enn tilsvarende tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelse i spesialisthelsetjenesten og gi pasienten et godt faglig tilbud i nær tilknytning til kommunal helsetjeneste.

Partene skal samarbeide slik at pasientene får en fullverdig tjeneste. Delavtalen skal sikre at det kommunale døgnoopholdstilbudet ved øyeblikkelig hjelp blir koordinert med tjenester og tiltak i den akuttmedisinske kjeden. Krav til forsvarlighet innebærer at sykehuset ikke kan redusere sitt tilbud før tilsvarende tilbud i kommunene er etablert.

### **2. Virkeområde**

Denne delavtalen omfatter partenes ansvar og oppgaver for etablering og drift av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

I Helsedirektoratets veileder om kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud er øyeblikkelig hjelp definert slik:

*Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.*

Kommunenes plikt til å tilby døgnoophold for øyeblikkelig hjelp skal kun gjelde de pasient- og brukergruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle og/eller yte omsorg til.

Fastlege, legevakt samt lege i akuttmottaket og poliklinikk kan etter avtale med ansvarlig lege ved kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), henvise pasienter dit. . Der ansvarlig ØHD-lege ikke er tilgjengelig, skal avtale gjøres med den kommunale legevaktslegen. Avtalen skal være inngått før transport til kommunal ØHD-plass blir startet. Kriterier for innleggelse i det kommunale ø-hjelpstilbudet skal være oppfylt, jfr. lokale avtaler med enkelte kommuner, helseforetak og Helsedirektoratets veileder.

16. april 2015

Pasientene skal henvises til spesialisthelsetjenesten om de ikke kan behandles forsvarlig på kommunalt nivå. Partene skal sikre at det kommunale døgnoppholdstilbudet ved øyeblikkelig hjelp blir koordinert med tjenester og tiltak i den akuttmedisinske kjeden.

#### **4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar**

Døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp skal etableres i samsvar med retningslinjene fra Helsedirektoratet. For det enkelte tilbud skal det lages retningslinjer som blant annet beskriver innleggelseskriterier, faglige krav til virksomheten som f.eks. organisering av lege og sykepleiertjeneste, og kontaktinformasjon og fremgangsmåte ved behov for innleggelse.

##### **4.1. Helse Møre og Romsdal HF**

1. Skal ved behov bistå kommunen ved utforming av retningslinjer for øyeblikkelig hjelp tilbudet
2. Skal ha anledning til å uttale seg om kommunen sine retningslinjer.
3. Skal bistå kommunen ved nødvendig kompetanseoppbygging for å ivareta øyeblikkelig hjelp funksjonen
4. Skal gjennom sine leger på vakt, gi råd til kommunene ved behov om behandling av enkeltpasienter ved øyeblikkelig hjelp tilbudet. Supplerende opplysninger av betydning for behandling av pasienten skal gis av øvrig helsepersonell.

##### **4.2. Kommunen**

1. Skal etablere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samsvar med krav fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgstjenesteloven.
2. Skal utarbeide retningslinjer for tilbudet som mellom annet omfatter kriterier for innleggelse, faglige krav til virksomheten som organisering av lege- og sykepleiertjeneste, kontaktinformasjon og fremgangsmåte ved innleggelse.
3. Skal gi helseforetaket anledning til å uttale seg om innholdet i retningslinjene.
4. Skal gjøre retningslinjene kjent for fastleger og legevaktleger i nedslagsfeltet og for helseforetaket ved samhandlingsavdelingen.
5. Skal sørge for nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse hos egne medarbeidere

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

16. april 2015

*Delavtale 5a til Samhandlingsavtalen - foreløpig tatt ut av avtaleverket for videre behandling i nasjonal tvisteløsningsnemd*

16. april 2015

16. april 2015



16. april 2015

16. april 2015

16. april 2015

16. april 2015

Delavtale 5b til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for tjenester innenfor psykisk helsevern og rusrelatert behandling**

### **1. Formål**

Delavtalen skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Delavtalen skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved utskriving av pasienter med behov for psykiatriske – og/eller rusrelaterte helsetjenester

### **2. Virkeområde**

Delavtalen skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende utskriving og overføring av behandlingsansvar fra poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling fra ovennevnte tjenesteområder.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Gjennom gjensidige prosesser skal det utarbeides forløp, prosedyrer og retningslinjer for god samhandling innen samhandlingsområdet rus og psykiatri. Omforente rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av dette Delavtalen er førende for partene.

### **3. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar**

#### **3.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar**

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient. Veiledningen skal ivaretas av helsepersonell med spisskompetanse på fagområdet.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i spesialisthelsetjenesten. Kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når de har ansvar for pasienten og i overføringen fra Helse Møre og Romsdal HF til kommunen.

### **3.2. Kommunens plikter, oppgaver og ansvar**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Kommunen har ansvar for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

Kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når den har ansvar for pasienten og i overføringen fra kommunen til Helse Møre og Romsdal HF.

## **4. Ansvarsfordeling mellom partene ved utskriving**

### **4.1. Spesialisthelsetjenestens ansvar**

- Varsle pårørende/foresatte/kommunal tjeneste om forestående utskriving/avslutning av behandling. Samtykke fra pasient innhentes
- Ved behov innkalle til utskrivings-/avslutningsmøte, på ett tidspunkt som er avtalt og tilrettelagt i god tid for partene.
- Hjelp pasient med søknad om kommunale tjenester der en vurderer dette som nødvendig, men ikke etablert
- Sende epikrise til bruker/pasient og henvisende instans og fastlege så fort som mulig og senest innen 7 dager. Medikamentliste og evt. annen informasjon som fastlege og lokale tjenester kan trenge umiddelbart, skal følge pasienten ved utskriving.

### **4.2. Kommunens ansvar**

- Kommunen skal koordinere tjenestene omkring pasienten, og evt. oppnevne koordinator for pasienten
- Ved varsling om utskriving/avslutning har kommunen plikt til å iverksette relevante tiltak.
- Fastlegene stiller i ansvarsgruppemøter jfr. § 8 Fastlegeforskriften. Møtetidspunkt skal avtales i god tid med partene.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

16. april 2015

Delavtale 6 til Samhandlingsavtalen

## **Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering**

### **1. Formål**

Denne delavtalen har som formål å bidra til gode helsetjenester i et helhetlig pasientforløp gjennom gjensidig kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene.

«En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til kompetanseutvikling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste. Dette berører en rekke områder, bl.a. forebygging, tidlig intervensjon, behandling av eldre og pasienter med kronisk sykdom, herunder psykisk helsevern og rusbehandling, samt lærings- og mestringsstrategier.» St.meld.nr.47 (2008-2009) S.112, kap.10.2.1)

### **2. Virkeområde**

Denne delavtalen skal regulere samhandlingen mellom partene vedrørende kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglig nettverk, felles møteplasser og hospitering.

Samhandlingen skal være preget av gjensidighet. Informasjonsutveksling når det gjelder inn- og utskrivning av pasienter er ivaretatt i delavtale 3a og b, og 5a og b til samarbeidsavtalen. Informasjon om endring i tilbud og gjensidige forpliktelser rundt dette omtales i delavtale 1 til samarbeidsavtalen. Faglige nettverk og felles møteplasser kan opprettes blant annet via samhandlingsutvalgene etter innmeldte behov fra fagmiljøene.

### **3. Sentrale felles plikter og ansvar**

Helseforetaket og kommunen skal sørge for at faglig, organisatorisk kunnskap som formidles partene imellom, implementeres i egen organisasjon.

Begge parter skal informere koordinerende enhet i helseforetaket om felles møteplasser og faglige nettverk.

#### **3.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar**

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og pasient/pårørende. Det vises til rundskriv om veiledningsplikt:

*link til dokumentet* → **Rundskriv om veiledningsplikt**

Plikten er både generell og klinisk rettet mot enkeltpasientforløp, jfr. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Form og innhold på veiledningen avtales mellom partene.

Helse Møre og Romsdal HF skal:

1. Gi opplæring og veiledning til pasienter og pårørende som er knyttet til spesialiserte pasientforløp (lærings- og mestringsansvar)
2. Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
3. Medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell
4. Ha tilgjengelige praksisplasser, herunder stillinger for leger under spesialisering i allmennmedisin
5. Opprette og delta i faglige nettverk
6. Koordinerende enhet holder oversikt over og informerer om felles møteplasser og faglige nettverk mellom kommunene og helseforetaket
7. Samarbeide med kommunen om nødvendig kunnskapsoverføring som sikrer forsvarlighet ved overføring av oppgaver
8. Skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning

#### **3.2. Kommunens plikter og ansvar**

Kommunen skal:

1. Sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Gi opplæring og veiledning til pasienter/brukere og pårørende (lærings- og mestringsansvar)
2. Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
3. Medvirke til undervisning og opplæring av helse- og omsorgspersonell
4. Ha tilgjengelige praksisplasser
5. Opprette og delta i faglige nettverk
6. Arbeide for å sikre kvalifisert og relevant representasjon i kliniske og faglige samarbeidsutvalg, med særlig vekt på representasjon fra allmenn-legetjenesten

Delavtale 7 til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid**

### **1. Formål**

Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbud. For å styrke forskningens relevans og kvalitet samt bidra til implementering av ny kunnskap, vil det være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Partene skal utvikle felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging, forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

### **2. Virkeområde**

I spesialisthelsetjenesten er forskning og utdanning en sentral oppgave. Kommunene har ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning, men ikke medfinansieringsansvar.

Denne delavtalen regulerer samarbeid mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal rundt forskningsprosjekter, utdanning, praksis og læretid. Utdanning og praksis berøres også i delavtale 6 til samhandlingsavtalen.

Samarbeid mellom arbeidslivet og utdannings- og forskningsinstitusjoner er viktig for å oppnå mange av målene med Samhandlingsreformen. En avtale mellom kommunen og helseforetaket kan ikke binde opp aktivitet eller virksomheten ved utdannings- og forskningsinstitusjonene, men det bør inngås særlige avtaler med disse.

### **3. Samarbeid om forskning og utvikling**

#### **3.1. Felles ansvar**

1. Samarbeide om forsknings- og utviklingstiltak (FOU-tiltak)
2. Gjensidig informasjon om FOU-prosjekt
3. Systematisk evaluering av FOU-prosjekt
4. Formidle og implementere forskningsresultat og ny kunnskap

#### **3.2. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar**

1. Legge til rette for forskning og forskningsnettverk
2. Ta initiativ til å inkludere kommunene i aktuelle forskningsprosjekter



16. april 2015

### **3.3. Kommunens plikter og ansvar**

1. Delta i forskningsnettverk
2. Bistå i aktuelle forskningsprosjekt

### **4. Samarbeid om utdanning, internopplæring, praksis og læretid**

Utdanningsbehovet i kommunene og spesialisthelsetjenesten må sees i sammenheng. Det er etablert et samarbeidsorgan mellom kommunene, helseforetaket, fylkeskommunen og høyskolene i Møre og Romsdal. Partene skal gjennom samarbeidsorganet samordne forespørsler til utdanningsinstitusjonene om aktuelle etter- og videreutdanninger. Det må tas initiativ til at behov for samhandling vektlegges i utdanningene.

Partene skal samarbeide om utdanningstilbud og felles etterutdanning, internopplæring, praksisplasser og tilbud til lærlinger.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

Delavtale 8 til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg**

### **1. Formål**

Delavtalen skal sikre forsvarlige, likeverdige og helhetlige tjenester uavhengig av bosted, og ordninger tilpasset hver kommunes behov. Den beskriver også fordeling av oppgaver og ansvar mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Delavtalen omfatter også behov og tiltak for systematisk forebyggende helsearbeid i forbindelse med seksualitet og uønskede svangerskap. Forebyggende helsearbeid i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel er særlig viktig å vektlegge i forhold til rus, psykisk helsevern, sosialmedisin, fedme, fødselsangst etc. Partene skal arbeide for å redusere helserisiko knyttet til disse områdene.

Mål og tiltak basert på de nasjonale retningslinjene er beskrevet i "Helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barsel i Midt-Norge", vedtatt Helse Midt-Norge RHF november 2010.

### **2. Virkeområde**

Denne delavtalen gjelder samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal angående svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i fylket.

Tjenestene i kommunene blir utøvd i tverrfaglig samarbeid mellom jordmor, helsesøster, lege og andre aktuelle faggrupper, og skal bidra til å arbeide for å redusere helserisiko.

## **3. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar**

### **3.1. Felles**

Begge parter skal videreutvikle tjenestene med basis i "Helhetlig plan for svangerskap-, fødsels- og barselomsorg 2011-2014" med særlig vekt på følgende områder:

1. Identifisering og systematisk oppfølging av risikoutsatte gravide med problemstillinger innenfor psykisk helse, rus og/eller sosialmedisin
2. Sørge for gode rutiner og kompetanse ift. meldeplikten til barnevernet
3. Utvikle felles prosedyrer med tydelig ansvarsfordeling
4. Felles plan for utvikling av kompetanse
5. Legge til rette for gjensidig hospitering
6. Gode IKT løsninger for å ivareta elektronisk kommunikasjon mellom HF og helsestasjoner. Evt. kan mobiltelefon brukes i påvente av permanent løsning

16. april 2015

### **3.2. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar**

Sørge for følge- og beredskapstjeneste for kommuner som har krav på det, jfr. St.Prop. nr 67 2008-2009. Det inngås egne avtaler om dette.

### **3.3. Kommunens plikter og ansvar**

1. Gode rutiner for samarbeid på tvers av faggrupper i kommunen som gir kvinne/familie behovsbasert, helhetlig oppfølging i kommunen
2. Sørge for nødvendig opplæring av eget personell
3. Arbeide for tilstrekkelige jordmor- og helsesøsterressurser i kommunene for å ivareta anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer, blant annet særlig de nye anbefalingene om tidlig hjemmebesøk av jordmor
4. Målsetting om ammekyndige helsestasjoner jfr. anbefaling fra nasjonalt kompetansesenter for amming

## **4. Klinisk samarbeidsutvalg**

For å konkretisere plan- og prosedyrearbeid skal Helse Møre og Romsdal og kommunene etablere et klinisk samarbeidsutvalg med følgende oppgaver:

1. Planlegge implementeringen av "Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i Midt-Norge 2011-2014"
2. Beskrive ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak
3. Evaluere mål/effekt av "Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg" i løpet av 2016.
4. Godkjenne kvalitetshåndbok for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg, som skal legges ut på helseforetakets hjemmeside.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

## Delavtale 9 til Samhandlingsavtalen

### **Samarbeid om IKT- løsninger og elektronisk samhandling**

Samarbeid om IKT-løsninger og bruk av felles plattform lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling. Enkel, rask og pålitelig tilgang til pasientinformasjon kan blant annet sikres ved å ta i bruk standardiserte elektroniske meldinger mellom partene. Kommunene og Helse Møre og Romsdal skal legge til rette for og følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett.

Informasjonsutvekslingen skal inkludere alle som arbeider med samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. All samhandling skal være med utgangspunkt i de kvalitets- og sikkerhetskrav som er myndighetsdefinerte. Det er utarbeidet veiledende retningslinjer og meldingsstandard på flere samhandlingsområder/kommunikasjons standarder. Helsedirektoratets retningslinjer anbefales lagt til grunn for lokale samhandlingsrutiner.

Denne avtalen omtaler:

- Forventning til elektronisk kommunikasjon og interaktive løsninger, inkludert bruk av konferanser og samordnet kommunikasjon med tale, bilde og tekst som del av felles samhandling
- Organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling.
- Melding og håndtering av avvik
- Krav til responstid for feilretting
- Rutiner for drift, overvåking, oppgradering av felles plattform for elektronisk samhandling

#### **1. Formål**

Økt bruk av IKT/eHelse er et hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål og for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet. Målsettingen er at elektronisk kommunikasjon over Norsk helsenett skal være den ordinære måten å kommunisere

#### **2. Virkeområde**

IKT-samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal skal sikre organisatorisk, teknisk og kunnskapsmessig deling. Partene organiserer tjenestene både internt og felles for påvirkning og forståelse av felles prosedyrer og rutiner.

#### **3. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar**

Helse Møre og Romsdal og kommunen har gjensidig ansvar for at det organisatorisk og ressursmessig sikres elektronisk samhandling mellom partene over Norsk Helsenett.

16. april 2015

Hver av partene har ansvar for å tilrettelegge for elektronisk informasjonsutveksling. I dette inngår ansvar for å følge opp system og brukere av disse.

Helsedirektoratets "Norm for informasjonssikkerhet" regulerer den enkelte parts forberedelser til elektronisk samarbeid, og hvilke kvalitetskrav som skal imøtekommes slik at informasjonssikkerheten er ivaretatt. Internkontrollforskriften angir ansvaret for oppfølging av kravene i egen organisasjon.

#### **4. Etablering av elektronisk samhandling**

Standardiserte løp for etablering av elektronisk samhandling skal anvendes. Dette skal detaljeres i henhold til "Norm for informasjonssikkerhet" og forskrift om IKT-standarder.

Ingen av kommunene har sammenfallende struktur og modenhet ift. elektronisk samhandling – det forutsettes derfor at dette detaljeres i en arbeidsplan mellom kommunen og foretaket.

### **5. Oppgaver og ansvar**

#### **5.1. Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal**

Det skal avtales egne rutiner / prosedyrer for:

- Responstid på meldinger og feilretting
- Rutiner for felles meldingslogistikk/meldingsflyt
- Felles kontaktpunkt for avvikshåndtering/ brudd i kommunikasjon
- Kontaktpunkter/ superbrukere - enheter med elektronisk samhandling
- Avvikshåndtering av uønskede hendelser
- Driftsavtaler og beredskapsavtaler må gjenspeiles hos partene/ felles avtaleverk og fortrinnsvis samordnes med eksisterende tekniske driftsordninger.
- Endringer i driften skal planlegges og bekjentgjøres
- Felles plattform og rutiner for interaktiv samhandling
- Etablere overvåking av meldingstrafikk med definerte oppfølgingsansvar
- Medvirke til harmonisering med regionale IKT løsninger

#### **6.2. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar**

Helseforetaket skal forberede og utvikle sine fagsystemer for å ta i bruk alle godkjente elektroniske meldinger. I tillegg skal foretaket ha nødvendig kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til disse meldinger

#### **6.3. Kommunens plikter og ansvar**

Kommunen skal forberede og utvikle sine fagsystemer for å ta i bruk alle godkjente elektroniske meldinger. I tillegg skal kommunen ha nødvendig kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til disse meldinger

16. april 2015

#### **6.4. IKT – arbeidsutvalg**

IKT-arbeidsutvalg består av tverrfaglige representanter fra helseforetaket og fra kommunene i fylket. Arbeidsutvalget har som oppgave å følge opp den praktiske gjennomføringen av samarbeidet definert i denne avtalen

Arbeidsutvalget skal levere årlig status-rapport til Overordnet samhandlingsutvalg.

#### **7. Revisjon av delavtale**

Partene forplikter seg til å revidere delavtalen når det skjer endringer i lover, forskrifter og retningslinjer.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

Delavtale 10 til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om forebygging**

### **1. Formål**

Delavtalen skal fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen gjennom samarbeid om forebyggende tiltak. Partene skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

### **2. Virkeområde**

Kommunen har hovedansvaret for folkehelsearbeidet og primærforebyggende arbeid.

Denne delavtalen regulerer samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal rundt arbeid med fremming av helse, forebygging og helseovervåking.

### **3. Definisjoner**

I Prop. 91L/2011 er det skilt mellom tre nivåer av forebygging:

1. *Primærforebyggende* arbeid innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunne levevaner, undervisning og annen helseopplysning, vaksinasjon og ulykkesforebygging.
2. *Sekundærforebyggende* arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Sekundærforebyggende arbeid er ikke alltid lett å skille fra behandlingsvirksomhet. Det som kalles tidlig intervensjon vil være sekundærforebyggende tiltak. Andre eksempler på sekundærforebyggende arbeid er veiledning om kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt til personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom knyttet til levevaner, samt veiledning og oppfølging av personer med risikofylt alkoholbruk. Medikamentell behandling for å senke kolesterol eller blodtrykk er også sekundærforebygging.
3. *Tertiærforebyggende* arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbud er i praksis ofte uklare. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er fysioterapi etter benbrudd og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom.

## 4. Oppgaver og ansvar

### 4.1. Felles ansvar

Partene skal samarbeide om forebygging av livsstilssykdommer og videreutvikle lærings- og mestringstiltak med sikte på å føre tiltakene nærmere kommunen. Det skal videreutvikles felles møteplasser og faglig opplegg for god samhandling innenfor smittevernet mellom kommune og helseforetaket.

Partene skal samarbeide om tiltak for tidlig intervensjon for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge.

### 4.2. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar

1. Informere kommuneoverlegen dersom det blir oppdaget sykdomsmønstre som kan tyde på uheldig miljø- eller smittepåvirkning
2. Bidra med nødvendige data for overvåking av helsetilstand i kommunen
3. Identifisere behov for sekundær- eller tertiærforebygging hos pasient/bruker og/eller pårørende, starte nødvendige tiltak og gi råd til fastlegen og eventuelt kommunen om videre individuelle tiltak.
4. Drive opplæringstiltak i forhold til pasienter/brukere med behov for sekundær- eller tertiærforebygging.
5. Ha smittevernansvarlig lege, eventuelt i samarbeid med det regionale helseforetaket
6. Sørge for varsling av smittsomme sykdommer. Gi umiddelbar telefonisk varsling til kommuneoverlegen eller vakthavende lege ved sykdommer der det er behov for umiddelbart smittevernarbeid i kommunen (for eksempel meningokokksykdom)
7. Gi smittevernveiledning til enkeltpasienter/-brukere og pårørende
8. Gi råd og veiledning til kommunalt helsepersonell i samband med forebyggende tiltak.
9. Medvirke aktivt slik at det i fellesskap og i samarbeid mellom kommunen og Lærings- og mestringssenteret blir utviklet gode lærings- og mestringstiltak i kommunehelsetjenesten

### 4.3. Kommunens plikter og ansvar

1. Ha oversikt over helsetilstanden og identifisere faktorer som påvirker helsa.
2. Tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge skade og sykdom.
3. Initiere sekundærprofylaktiske og tertiærprofylaktiske tiltak overfor pasienter/brukere som trenger dette.
4. Arbeide for etablering av Frisklivssentraler
5. Ha smittevernlege og utarbeide smittevernplan. Informere helseforetaket om denne og sørge for at helseforetaket har nødvendig kontaktinformasjon
6. Ha infeksjonskontrollprogram ved kommunale institusjoner.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF



16. april 2015

Delavtale 11 til Samhandlingsavtalen

## **Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden**

### **1. Formål**

Gjennom denne delavtalen forplikter partene seg til i å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap, og i utvikling av den akuttmedisinske kjede. Når det gjelder samarbeid om akutthjelp for enkeltpasienter er dette omhandlet i andre delavtaler (3a, 3b, 5a og 5b).

### **2. Virkeområde**

Avtalen omfatter helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden, herunder krise- og katastrofeberedskap, og er avgrenset mot redningstjenester som ligger under Justis- og Politidepartementet v/ Hovedredningsentralen (HRS). Samvirkeprinsippet medfører dog at ressursene ved behov stilles til rådighet for HRS. Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunalt helsepersonell i vakt, bil-, båt- og luftambulanser, nødmeldetjenesten, og mottak for akuttinnleggelser i kommuner og helseforetak.

### **3. Bakgrunn**

Denne delavtalen er inngått i henhold til samarbeidsavtalens punkt 3, første avsnitt nr. 11. Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven. I henhold til overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (2007) skal kommuner og helseforetak samordne sine beredskapsplaner. Fylkesmannen er som sektor- og samordningsmyndighet, tillagt en sentral rolle i samordning og koordinering. Det vises også til forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23).

"Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" (2005-03-18), har som formål å "bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningsentralene."

I forskriften pkt. 4 Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene" heter det: "De regionale helseforetakene og kommunene skal sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter. Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling.

16. april 2015

Ved etablering og drift av akuttmedisinske tjenester skal tjenestene kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.”

#### **4. Samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap**

Partene plikter:

1. Å samordne og dele egne planer for sosial og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser katastrofer. Dette gjelder bl.a.:
  - a) Utarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planlegging (ROS-analyser)
  - b) Samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser
  - c) Samordne og dele planer for forsyning og forsyningssikkerhet for materiell og medisinsk utstyr
  - d) Beskrive varslings- og krisekommunikasjon
  - e) Samarbeide om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering
  - f) Innkallingsrutiner for personell
2. Å samarbeide med andre nødetater (som brann/redning og politi, redningstjeneste), samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering, herunder:
  - a) Samarbeide/utarbeide og dele planer for utvikling av akuttmedisinsk beredskap.

#### **5. Samarbeid om planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede**

1. Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet samlet blir tilgjengelig og av god kvalitet. Dette gjelder bl.a.:
2. Holde hverandre oppdatert om faktiske tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå
3. Avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet omkring hvilket tilbud som gis hvor
4. Etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner, herunder i planlegging, mottak og bruk av nytt nødnett som er under utbredelse nasjonalt.
5. Avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner (alvorlig sykdom og traumer) i henhold til gjeldende lovverk, avgrenset mot syketransport (transport av pasienter som ikke trenger ambulanse) og luftambulanse.
6. Delta i og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospital akuttmedisin
7. Tilrettelegge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller
8. Ta initiativ til og delta i trening og øvelser

16. april 2015

Partene har som intensjon å videreutvikle dette samarbeidet.

## **6 Akuttutvalg**

Overordnet samhandlingsutvalg setter ned et fast akuttutvalg med 3 representanter fra Helseforetaket og 1 representant fra hvert av regionrådene etter forslag fra kommunene - Utvalget skal bidra til å gjennomføre partene sine plikter i samsvar med punkt 4 og 5 i dette Delavtalen.

Utvalget konstituerer seg selv og avtaler arbeidsfordeling.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

16. april 2015

Delavtale 12 til Samhandlingsavtalen

## **Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF**

### **1. Samhandlingsfora**

For å sikre gjennomføringen av samhandlingsavtalen er det etablert følgende samhandlingsfora:

- Dialogmøte
- Overordnet samhandlingsutvalg
- 4 lokale samhandlingsutvalg
- Kliniske samhandlingsutvalg
- Samhandlingskonferanse

### **2. Dialogmøte og samhandlingskonferanse**

Dialogmøte er et forum der representanter for politisk og administrativ ledelse i helseforetaket og kommunene møtes for informasjonsutveksling og drøfting av prinsipielle saker. Styreleder, administrerende direktør og fagdirektør fra helseforetaket deltar sammen med relevant fagpersonell i helseforetaket. Ordførere og rådmenn deltar sammen med relevant fagpersonell i kommunene. Representant fra KS i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Møre og Romsdal blir invitert. Brukerutvalget blir invitert.

Det skal være minst et møte i året.

Administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF innkaller til møte, og setter opp sakliste i samarbeid med Overordnet samhandlingsutvalg.

Møteledelse og møtested går på omgang.

Overordnet samhandlingsutvalg kan samtidig med dialogmøtet arrangere en samhandlingskonferanse for ledere og relevant fagpersonell i kommunen og helseforetaket. De lokale samhandlingsutvalgene inviteres.

### **3. Overordnet samhandlingsutvalg**

Overordnet samhandlingsutvalg er et partssammensatt, overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal.

#### **3.1. Oppgaver**

1. Ha en proaktiv rolle med å peke ut retning for arbeidet med samhandling og oppgavefordeling mellom kommunene og helseforetaket

2. Følge opp at samarbeidsavtalene som er inngått mellom helseforetaket og kommunene i Møre og Romsdal blir praktisert etter intensjonen. Gjennomføre evaluering og utarbeide forslag til justering av avtalene
3. Holde seg orientert om virksomheten i de lokale samhandlingsutvalgene.
4. Godkjenne omforente rutiner og prosedyrer som angår samhandling om felles pasientforløp etter forslag fra kliniske samhandlingsutvalg eller en eller flere av partene
5. Ansvar for å etablere, evaluere og vedlikeholde system for håndtering av avvik omkring samhandling. Ha en årlig gjennomgang av avviksstatistikk på overordnet nivå
6. Melde saker til dialogmøtet
7. Søke å løse saker av prinsipiell karakter om samhandling og samarbeidsavtalen
8. Oppnevne faste eller midlertidige kliniske samhandlingsutvalg/fagutvalg etter forslag fra fagmiljøene
9. Arrangere samhandlingskonferanse ved behov
10. Holde seg orientert om gode modeller for samhandling andre steder og medvirke til utvikling og spredning av disse i Møre og Romsdal
11. Informere om utvalgets aktivitet
12. Ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekt i Møre og Romsdal

### **3.2. Sammensetting og oppnevning**

#### **3.2.1. Sammensetting**

Overordnet samhandlingsutvalg skal sammensettes med 3 representanter og 3 vararepresentanter fra både helseforetaket og kommunen, 2 tillitsvalgte, hvorav en fra kommune og en fra helseforetaket, samt en representant med vara for Brukerutvalget. Fylkeslegen har møte- og talerett. Representant fra de lokale samhandlingsutvalgene møter ved behov.

#### **3.2.2. Oppnevning**

- Styret i Helse Møre og Romsdal HF oppnevner 3 representanter og 3 vararepresentanter, 1-(2) eierrepresentanter fra styret og 2 -(1) administrative representanter
- KS Møre og Romsdal oppnevner 3 representanter og 3 vararepresentanter, 1 - (2) politikere fra kommunene og 2 -(1) administrative representanter fra kommunene
- 1 tillitsvalgte fra kommunene og 1 tillitsvalgte fra helseforetaket
- En representant og vararepresentant oppnevnt av Brukarutvalget i Helse Møre og Romsdal HF
- Fylkeslegen har møte- og talerett

Representantene blir oppnevnt for 2 år av gangen.

Helse Møre og Romsdal HF har sekretærfunksjonen. Utvalget skal oppnevne et eget arbeidsutvalg for å forberede saker til møtene. Begge parter har ansvar for å fremme og forberede saker til utvalget. Utvalget skal minimum ha 4 årlige møter. Partene dekker egne kostnader.

16. april 2015

Leder- og nestlederfunksjonen alternerer annen hvert år mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunerepresentantene.

#### **4. Lokale samhandlingsutvalg**

Lokale samhandlingsutvalg er partssammensatte utvalg mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal.

##### **4.1. Antall utvalg**

Det skal være 4 utvalg, et for hvert sykehusområde. Kommuner som ligger i grensesonen velger selv hvilket samhandlingsutvalg de vil tilhøre.

##### **4.2. Oppgaver**

1. Iverksette godkjent kompetanseplan
2. Medvirke til utvikling og spredning av lærings- og mestringstiltak i kommunehelsetjenesten
3. Iverksette lokal implementering av faglige retningslinjer og pasientforløp mellom helseforetaket og kommune-helsetjenesten.
4. Arbeide aktivt for en felles kultur for læring, forbedring og fagutvikling.
5. Ansvarlig for å arrangere faste samarbeidsmøter mellom sykehuset og kommunene.
6. Bidra til utvikling av og spre gode modeller for samhandling.
7. Ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekt i sitt nedslagsfelt
8. Utveksle gjensidig kunnskap om de utfordringene tjenestene står overfor.
9. Holdes orientert om årlig status på avvik og avviksregistrering. Motta til orientering oversiktsrapport over avvik i samhandlingsområdet.
10. De lokale samhandlingsutvalg skal holde Overordnet samhandlingsutvalg orientert om sin virksomhet/faglige utfordringer i samhandlingsområdet.

##### **4.3. Sammensetting**

Hvert samhandlingsutvalg har følgende sammensetting:

- Adm. direktør i Helse Møre og Romsdal HF oppnevner 4 representanter og en av representantene skal være praksiskonsulent.
- Det blir oppnevnt en representant fra hver kommune i sykehusets opptaksområde Representantene fra kommunene skal ha overordnet/koordinerende fagansvar i sine kommuner, av disse minst en kommune(over)lege.
- 1 representant og vararepresentant blir oppnevnt av Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal HF

Representantene blir oppnevnt for 3 år av gangen.

De respektive regionråd er ansvarlig for sekretærfunksjonen. Begge parter har ansvar for å fremme og forberede saker til utvalget.

Utvalget skal minimum ha 2 møter pr. år. Partene dekker egne kostnader.

16. april 2015

## **5. Kliniske samhandlingsutvalg/faglige samarbeidsråd**

Kliniske samhandlingsutvalg/ faglige samarbeidsråd kan opprettes fast eller midlertidig ved behov for å drøfte faglige og/eller administrative utfordringer mellom kommunene og helseforetaket. Slike utvalg blir oppnevnt av Overordnet samhandlingsutvalg.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

Delavtale 13 til Samhandlingsavtalen

## **Samarbeid om praksiskonsulentordninger**

### **1. Formål**

Ordningen bidrar til økt samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Nøkkelord for ordningen er: samarbeid, pasientforløp, kvalitetsutvikling, helhetstenking og kommunikasjon.

### **2. Virkeområde**

Praksiskonsulentordningen omfatter både leger og andre faggrupper engasjert som praksiskonsulenter i Helse Møre og Romsdal.

Praksiskonsulenten skal bidra i sykehusets arbeid med utviklingen av samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket. Praksis-konsulentens arbeid skal finne sted på overordnet systemnivå og ikke i forhold til enkeltpasienter/-brukere.

Praksiskonsulenten skal forbedre helheten i pasientforløpet og sammen med partene blant annet medvirke til:

1. Vurdere og utvikle retningslinjer for god henvisningspraksis
2. Vurdere og utvikle retningslinjer for god innleggelsespraksis
3. Vurdere og utvikle retningslinjer for god utskrivningspraksis, herunder for oppfølgingen av utskrevne pasienter i førstelinjetjenesten
4. Delta i utarbeidelse av kliniske retningslinjer for pasientforløp
5. Vurdere tilretteleggelse for oppfølging av spesielle pasientgruppers særlige behov (kronikere og pasienter som trenger koordinerte tjenester)
6. Bidra til utvikling av god epikriseskriving

Forbedre informasjonsflyten i samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket, herunder ved å:

1. Etablere rutiner for samhandling
2. Veilede om rutiner for samhandling innad i helseforetaket og eksternt i primærhelsetjenesten
3. Formidle relevant informasjon mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket, herunder ved utarbeidelse av informasjonsbrev, ved deltakelse på møter og ved gjennomføring av kurs
4. Bidra til økt bruk av IKT som verktøy i en bedre samhandling
5. Tilrettelegge for gjensidig hospitering
6. Delta i nettverk og lignende for praksiskonsulenter

### **3. Avtalegrunnlag**

Praksiskonsulentordningen er ikke lov- eller forskriftsregulert. Det er inngått en rammeavtale mellom de regionale helseforetak og legeföreningen om praksis-



16. april 2015

konsulentordningen for leger. Praksiskonsulentene skal være medlem av de respektive lokale samhandlingsutvalg, jfr. delavtale 12, punkt 4.3.

### **3.1. Finansiering og kostnadsdeling**

Praksiskonsulentordningen er etablert. Praksiskonsulentene har både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som sin arbeidsarena.

Den samlede kostnad for ordningen er estimert NOK 1,450 mill. pr. 2015. Utgiftene til praksiskonsulentordninga blir å fordele mellom helseforetaket og kommunene etter følgende prinsipp:

- 50% dekkes av HF Møre og Romsdal
- 50% av kommunene fordelt etter folketall pr 1.1 det aktuelle årstall.

Faktura med forklarende bilag blir sendt en gang årlig til den enkelte kommune

## **4. Oppgaver og ansvar**

### **4.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar**

Opprette ordning for praksiskonsulent, og vurdere utvidelse av ordningen etter hvert, både når det gjelder omfang og faggrupper.

### **4.2. Kommunens plikter og ansvar**

Bistå helseforetaket til å finne egnede personer til å gå inn i ordningen. Kommunene må også medvirke i finansieringen av ordningen

Gi fastleger som påtar seg oppgaver som praksiskonsulent fritak fra plikt til kommunal deltidsstilling.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

Møre og Romsdal HF

## Stikkordregister ;

SAMHANDLINGSAVTALE .....	4	Lov 2011-06-24 nr. 29- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) .....	4
<b>Delavtale 1</b>		Lov 2011-06-24-nr. 30- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).....	4
Hvilke helse og omsorgsoppgaver har partene ansvar for .....	10	Lov 2014-06-20 nr. 43 – Lov om Helseregistre og behandling av helseopplysninger (Helseregisterloven) .....	5
<b>Delavtale 2</b>		Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 .....	4
Helhetlig og sammenhengende helse og omsorgstjenester .....	12	FOR-2000-12-21 nr. 1385 – Forskrift om Pasientjournal .....	5
<b>Delavtale 3a</b>		FOR-2011-11-18 nr. 1115 – Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.....	5
Innleggelse somatiske helsetjenester .....	15	"Norm for informasjonssikkerhet" .....	40
<b>Delavtale 3b</b>			
Inntak/ innleggelse psykisk helsevern/ rus.....	18		
Delavtale 4			
Kommunalt døgntilbud ØHD.....	23		
Delavtale 5a			
Utskriving somatisk behandling .....	25		
<b>Delavtale 5b</b>			
Utskriving psykisk helsevern/ rusrelatert behandling .....	31		
<b>Delavtale 6</b>			
Gjensidig kunnskapsoverføring og informasjons utveksling .....	33		
<b>Delavtale 7</b>			
Forskning, utdanning, praksis og læretid .....	35		
<b>Delavtale 8</b>			
Svangerskap, fødsel og barselomsorg .....	37		
<b>Delavtale 9</b>			
IKT løsninger og elektronisk samhandling .....	39		
<b>Delavtale 10</b>			
Samarbeid om forebygging.....	42		
<b>Delavtale 11</b>			
Omforente beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede .....	44		
<b>Delavtale 12</b>			
Samhandlingsstruktur kommuner - helseforetak ....	47		
<b>Delavtale 13</b>			
Samarbeid om praksiskonsulentene.....	51		
Lov 1994-08-05 nr. 55 - Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven).....	5		
Lov 1999-07-02 nr. 61- Lov om spesialist- helsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)...	4		
Lov 1999-07-02 nr. 62 - Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven) .....	4		
Lov 1999-07-02 nr. 63 - Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) .....	4		
Lov 1999-07-02 nr. 64- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) .....	4		
Lov 2000-04-14 nr. 31 - Lov om behandling av Personopplysninger (Personopplysningsloven) .....	5		
Lov 2000-06-23 nr. 56 – Lov om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven) .....	5		
Lov 2001-06-15 nr. 93 – Lov om Helseforetak m.m. (Helseforetaksloven) .....	4		
		Lov 2011-06-24 nr. 29- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) .....	4
		Lov 2011-06-24-nr. 30- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).....	4
		Lov 2014-06-20 nr. 43 – Lov om Helseregistre og behandling av helseopplysninger (Helseregisterloven) .....	5
		Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 .....	4
		FOR-2000-12-21 nr. 1385 – Forskrift om Pasientjournal .....	5
		FOR-2011-11-18 nr. 1115 – Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.....	5
		"Norm for informasjonssikkerhet" .....	40
		<b>A</b>	
		administrerende direktør.....	47
		akutthendelser som er livstruende.....	19
		akuttutvalg .....	46
		ambulante tjenester .....	13; 15; 18; 25; 31
		ansvar ved øyeblikkelig hjelp/krise .....	20
		ansvarsfordeling mellom partene ved utskrivning psykisk helsevern/ rus.....	32
		ansvarsgruppemøte.....	21
		arbeidsutvalg .....	41; 48
		avtalens gyldighet .....	9
		avvikshåndtering og forbedringsarbeid .....	8
		<b>B</b>	
		barnekontakt .....	13
		behandlingsforløp for pasienter med uavklart ROP-lidelse.....	19
		behov for individuell plan .....	13; 17; 21
		beredskapsplaner .....	3; 6; 44; 45
		betalingsplikt.....	29; 30
		bruk av tvang .....	14
		brukarutvalget .....	48
		brukermedvirkning .....	5; 12; 20
		<b>D</b>	
		definisjon av utskrivningsklar pasient.....	26
		definisjon for samhandling .....	4
		dialog med fastlege og de kommunale tjenestene..	17; 21
		dialogmøte .....	3; 7; 47
		dokumentasjon ved innleggelse.....	16
		<b>E</b>	
		elektronisk kommunikasjon.....	37; 39
		elektronisk melding.....	27; 28
		endret behov for kommunale tjenester .....	27

16. april 2015

endret utskrivingsplan .....	27
endring og oppsigelse av avtalen .....	9
endringer i rutiner .....	7
enhet som koordinerer kontakt fra sykehus til kommunens tjenester .....	26
epikriseskriving .....	51

## F

faglige nettverk .....	3; 6; 33; 34
fagsystemer .....	40
fast bopel eller oppholdssted .....	10; 15; 18; 25; 31
faste møteplasser .....	6
fastleger og legevaktleger .....	24
felles kultur .....	49
felles meldingslogistikk .....	40
folkehelsearbeidet .....	42
forebyggende tiltak .....	42; 43
formål .....	4
formålet med avvikshåndteringen .....	8
forplikter seg å gi opplæring .....	7
forskning, utdanning .....	3; 6; 35
forskrift om krav til beredskapsplanlegging .....	44
forskriftsmessig epikrise eller tilsvarende legedokumentasjon .....	27
forsvarlig behandling .....	15; 16; 19; 25; 26; 31; 32
forsyningsikkerhet .....	45
FoU-prosjekt .....	35
frisklivssentraler .....	43
fullverdig tjeneste .....	23
funksjonsnivå .....	26; 27
Fylkeslegen .....	48
Fylkesmannen .....	44; 47

## G

gjennomgang og evaluering av avtalen .....	9
gjensidig hospitering .....	34; 37; 51
gjensidig prosess .....	7; 11
gode pasientforløp .....	12
gråsonerområder .....	11

## H

habilitering og rehabilitering .....	12
"Helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barsel i Midt-Norge" .....	37
helseforetakets ansvar .....	10
henvisning til poliklinisk undersøkelse .....	16
henvisningspraksis .....	51
Hovedredningssentralen (HRS) .....	44

## I

IKT – arbeidsutvalg .....	41
IKT løsninger .....	3; 37; 49; 40
individuell plan .....	13; 16; 20; 21; 22

infeksjonskontrollprogram ved

kommunale institusjoner .....	43
«innleggelsesrapport» elektronisk .....	17
innen 24 timer etter innleggelse .....	27
innleggelsespraksis .....	51
Innleggingskrav .....	16
involvering av pasient- og brukerorganisasjoner .....	7

## J

jordmor- og helsesøsterressurser .....	38
--	----

## K

klar adressat i egen virksomhet .....	7
kliniske retningslinjer for pasientforløp .....	51
kliniske samhandlingsutvalg .....	7; 47; 50
kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp .....	23
kommunekontakter .....	26
kommunens ansvar ved utskrivning .....	28
kommunens betalingsplikt .....	29
kommunens overordnede ansvar .....	10
kommunens plikter .....	16; 18; 26; 32; 34; 36; 38; 40; 43
kommuneoverlegen .....	43
kompetanseoverføring .....	15; 25; 31
kompetanseplan .....	49
konsekvensutredninger .....	7
koordinator for pasienter .....	13
koordinerende enhet .....	7; 13; 34
krav må være oppfylt før en pasient kan meldes utskrivningsklar .....	26
kravet til brukermedvirkning .....	7
krise- og katastrofeberedskap .....	44
krisehåndtering .....	45
kriterier for innleggelse i det kommunale ø-hjelpstilbudet .....	24
KS Møre og Romsdal .....	48
kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling .....	33

## L

langvarig oppfølging og samarbeid .....	12
likeverdige parter .....	5
likeverdighet mellom partene .....	5
livsstilssykdommer .....	43
lokale samhandlingsutvalg .....	3; 7; 49
lokalt eller nasjonalt tvisteorgan .....	2; 8
lærings- og mestringstiltak .....	43; 49
løsningsorientert tilnærming .....	5

## M

medikamentliste .....	16; 19; 26; 27; 32
«melding om innlagt pasient» elektronisk .....	17; 19
meldeplikten til barnevernet .....	37
mindreårige barn som pårørende .....	17
minimumskrav .....	6
mislighold .....	9

16. april 2015

målene..... 6; 35

## N

Norsk Helsennett..... 39  
nødvendig hjelpemiddel ..... 13;14

## O

omfattende eller langvarig behandling..... 27  
oppgaver og ansvar i forbindelse med utskriving..... 27  
ordinær domstolsbehandling..... 8  
    Overordnet samhandlingsutvalg.....  
    .....3;7; 8; 9; 14; 41; 46; 47; 49; 50  
overvåking av helsetilstand i kommunen..... 43  
overvåking av meldingstrafikk..... 40

## P

partene ..... 4  
partssammensatt forhandlingsutvalg ..... 9  
pasientens journal..... 17; 28  
    pasienter/brukere som har behov  
    for koordinerte tjenester..... 12  
planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede... 45  
planlagt innleggelse og poliklinisk behandling..... 20  
plikt til gjennomføring og forankring..... 7  
    plikt til vurdering og varsling av  
    pasientens behov for kommunale tjenester..... 26  
praksiskonsulentordning ..... 6  
praksisplasser ..... 34; 36  
prehospital akuttmedisin ..... 45  
primærforebyggende arbeid..... 42  
prosedyre for melding og håndtering..... 8  
prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester 27

## R

rapport med oversikt over innmeldte avvik ..... 8  
redegjørelse..... 29; 30  
regionale helseforetakenes ansvar ..... 10  
reinnleggelse..... 29  
representantene i forhandlingsutvalget..... 9  
responstid på meldinger..... 40  
ressurser knyttet til medvirkning ..... 7  
revidere avtalen ..... 9  
risikoutsatte gravide..... 37  
ROS-analyser ..... 45  
rusakutte henvisninger ..... 19  
rusrelatert behandling..... 2; 31  
    rutiner for registrering av dato for  
    når kommunens betalingsansvar inntreter..... 28

## S

samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap ..... 45

samarbeide med andre nødetater ..... 45  
samarbeidsmøter ..... 13; 14; 21;49  
samhandlingsfora ..... 47  
samhandlingsformer ..... 7  
samhandlingskonferanse..... 7; 47  
samhandlingsområder ..... 6  
samhandlingsreformen..... 6  
samhandlingsstruktur ..... 3; 47  
samtykke fra pasienten..... 16; 27  
sekundærforebyggende arbeid..... 42  
sentrale lover og forskrifter ..... 4  
smittevernansvarlig lege..... 43  
smittevernet..... 43  
smittevernplan..... 43  
spisskompetanse..... 31  
St.meld.nr.47 (2008-2009) ..... 33  
svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg ..... 3; 37; 38  
system for melding av avvik..... 8  
system for å gi nødvendig støtte og oppfølging ..... 14  
systematisk forebyggende helsearbeid ..... 37

## T

tertiærforebyggende arbeid..... 42  
tillitsvalgte fra helseforetaket..... 48  
tillitsvalgte fra kommunene ..... 48  
tverrfaglig samarbeid ..... 13; 37

## U

uenighet – tvisteløsning ..... 8  
undervisning og opplæring til pasienter ..... 13  
undervisning og praktisk opplæring..... 34  
unntak fra hovedregelen..... 28  
utgiftene til praksiskonsulentordninga ..... 52  
utskrivningspraksis ..... 51

## V

varsle kommunen så tidlig som mulig..... 27  
varsling ..... 26; 27; 28; 32; 43  
varsling om utskrivningsklare pasienter ..... 28  
varslings- og krisekommunikasjon ..... 45  
    veileder om kommunens plikt til  
    øyeblikkelig hjelp døgntilbud..... 23  
veiledningsplikt..... 15; 18; 25; 31; 34  
verdigrunnlag og målsetting ..... 5  
    Vurderingsplikten av kommunale tjenester  
    innen 24 timer..... 27

## Ø

ønske om endringer ..... 9  
øvelser ..... 45



**Ragnhild Velsvik Berge**

---

**Fra:** Tyrholm, Britt Valderhaug <Britt.Valderhaug.Tyrholm@helse-mr.no>  
**Sendt:** 10. november 2015 20:38  
**Til:** HMR.Kommuneoversikt - Samhandlingsavtaler  
**Kopi:** Arne Gotteberg; Kjersem, Arild  
**Emne:** FW: Tvist mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal

Hei!  
Takk for sist til dere som deltok på dialogmøtet 4. november. Jeg håper at dere hadde utbytte av innholdet i møtet!

Jeg videresender denne mail, slik at dere er informert om at det ikke er avklart hvor lang tid tvistesaken vil ta. Jeg vet at mange av dere venter på en avklaring på delavtale 5 A, slik at den nye Samhandlingsavtalen kan bli behandlet samlet.

Dette til info.

Med vennlig hilsen  
Britt Valderhaug Tyrholm  
samhandlingssjef, Samhandlingsavdelingen

Helse Møre og Romsdal HF

+47 70 10 68 14/ 90028146

[Britt.Valderhaug.Tyrholm@helse-mr.no](mailto:Britt.Valderhaug.Tyrholm@helse-mr.no)

[helse-mr.no](http://helse-mr.no)

[facebook.com/HelseMoreogRomsdal](https://facebook.com/HelseMoreogRomsdal)

---

**From:** Rasmussen, Julie [<mailto:Julie.Rasmussen@domstol.no>]  
**Sent:** Tuesday, November 10, 2015 5:42 PM  
**To:** Tyrholm, Britt Valderhaug; Kjersem, Arild  
**Cc:** 'jon.hilmar.iversen@helsedir.no'  
**Subject:** Tvist mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal

Hei,

Tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren har nå mottatt redegjørelse fra Helse Møre og Romsdal HF av 11.09.2015 og tilsvaret fra kommunene av 30.10.2015, se vedlegg. Jeg ser at det har vært noen misforståelser i forbindelse med oversendelse av dokumentene og frist for tilsvaret, og jeg beklager det.

Saken vil nå bli tatt opp til avgjørelse. Jeg kan dessverre ikke anslå hvor lang tid det vil ta før en avgjørelse foreligger.

Vennlig hilsen  
på vegne av tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren  
Julie Rasmussen



## Vedlegg 4

# Avtale mellom Helse Møre og Romsdal og Herøy kommune om øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i Herøy kommune

Denne avtalen er vedlegg 4 til samarbeidsavtalen mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal i samsvar med kapittel 6 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

### Bakgrunn og lovgrunnlag

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-5 står det: *"Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til"*

Etter rapport frå helsedirektoratet (2/2012) skal tilbudet vere like godt eller betre enn sjukehusopphald for den enkelte pasienten. Dette lovavsnittet vil ikkje gjelde før frå 2016, men det er etablert ei tilskotsordning for kommunar som vil etablere tilbudet før dette. For Herøy kommune har Helsedirektoratet berekna eit plassbehov på 445 liggedøgn per år. Ved å opprette ordninga, vil Herøy kunne få eit årleg tilskot på 1 928 000 kroner. Dette tilskotet vil vedvare inntil 2016. Da vil dette gå inn i det ordinære rammetilskotet.

For å oppnå dette tilskotet, må ein inngå avtale med Helse Møre og Romsdal om øyeblikkeleg hjelp tilbudet som ein del av avtalesystemet mellom kommunen og helseføretaket. Ein må så søke om tilskotet til Helsedirektoratet. Frist for søknad for 2012 er 1. juli, for seinare år er det 1. mars kvart år.

### Kva pasientar er aktuelle for tilbudet

Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald betyr at ein pasient har behov for behandling eller omsorg på institusjonsnivå, og at dette ikkje kan vente. Tilbudet er aktuelt for pasientar som har ein avklara diagnose og der behandling og forventa forløp er rimeleg klar, og der tilstanden eller omsorgssituasjonen ikkje tillet vidare behandling i heimen. Aktuelle problemstillingar kan til dømes vere diagnostiserte infeksjonar med svekka allmenntilstand og utilfredsstillande omsorgssituasjon hos eldre, nødvendig omsorg etter poliklinisk behandling for brotskadar på sjukehus, innlegging til lindrande behandling eller omsorg ved livets slutt ved kjent sjukdom med forventa forløp. Det må vere ein føresetnad at observasjon og behandling av tilstanden kan skje forsvarleg ved institusjonen.

Pasientar med uavklarte symptom som treng sjukehuset sine diagnostiske ressursar, er ikkje aktuelle for tilbudet. Heller ikkje pasientar med kjent diagnose og behandlingskrav på sjukehusnivå, som til dømes hjerteinfarkt.



Alle som vert lagt inn som øyeblikkeleg hjelp skal vere tilsett av lege. Det skal lagast innleggingsskriv med beskriving av faste medikament, sjukehistorie, funn ved undersøking og diagnostiske prosedyrar (EKG, blodprøver og liknande), diagnose, forordna behandling og instruksar for observasjon og kriterier for ny legekontakt.

### **Organiseringa av tilbodet**

#### **Myrvåg omsorgssenter**

Tilbodet blir organisert ved Myrvåg omsorgssenter. Det blir sett av to eigne "øyeblikkelig hjelp plassar". Myrvåg omsorgssenter har god kapasitet og bemanning som har god kompetanse på å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset og ha pasientar inne til kortidsopphald.

#### **Sjukepleiebemanning**

Det blir sjukepleiar i tilstadevakt heile døgnet. Sjukepleiarane skal kunne beherske prosedyrar som innlegging av intravenøs kanyle, intravenøs væskebehandling og medikamentell behandling, stell av sentralt venekateter, kateterisering av urinvegar, laboratorieprøver som Hb, CRP, urinstix og pulsoksymetri, taking av EKG, handtering av smertepumpe, hjerte- lungeredning.

Før oppstart av ordninga skal det gjennomførast nødvendig opplæring for sjukepleiarane. Ein skal sikre seg at nye sjukepleiarar som vert tilsatt, har nødvendig kompetanse, og eventuelt sørge for opplæring.

#### **Legetilsyn**

Omsorgssenteret har tilsynslege. Myrvåg legesenter ligg nært omsorgssenteret og vil kunne yte legehjelp i tilsynslegane sitt fråver på dagtid. Det er etablert vikarordning for omsorgssenteret i tilsynslegen sine fråver.

Det er felles legevakt for Herøy og Sande mellom klokka 15-08 kvardagar og heile døgnet i helger og høgtider. Legevakta er lokalisert i Myrvåg like ved omsorgssenteret.

Det er ambulansestasjon på Eggesbønes og i Ulsteinvik, omlag 20 og 10 minutt utrykningstid til Myrvåg omsorgssenter.

Legevakslegen er ansvarleg for pasienten til tilsynslegen kan overta ansvaret. Det skal skrivast journal i journalsystemet Gerica. Ved utskrivning eller overflytting til anna omsorgsnivå, skal det lagast utskrivingsnotat. Kopi av journalnotat frå opphaldet skal sendast til innleggande lege og fastlegen.

#### **Utstyr**

Omsorgssenteret skal ha utstyr for intravenøs væskebehandling og medikamentell behandling, kateterisering, EKG, defibrillator, pulsoksymeter, CRP og Hb-måling, urinstix og oppsett av urindyrkning

#### **Vedtak og betaling**

Pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp, skal ikkje ha eigenbetaling for opphaldet. Opphald som øyeblikkeleg hjelp skal vanlegvis ikkje overskride 3-4 dagar. Dersom





HERØY KOMMUNE

••• HELSE MØRE OG ROMSDAL

ein pasient etter 3-4 dagar har behov for tenester som sjukeheimplass, heimesjukepleie mm, skal det gjerast formelle vedtak om dette, og pasienten blir overført frå øyeblikkeleg hjelp tilbodet.

### Informasjon

Det skal utarbeidast skriftleg informasjon om tilbodet med rutiner for innlegging og krav til dokumentasjon. Dette skal distribuerast til fastlegane, legar som har legevakt i kommunen, AMK-sentralen, legevaktsentralen i Volda, mottaksavdelingane i sjukehusa, kirurgiske og medisinske poliklinikkar.

Ein skal informere om tilbodet i den lokale etterutdanningsgruppa for legar i Herøy og Sande. Det skal utarbeidast skriftleg informasjon til pasientar og pårørande. Det skal informerast om tilbodet gjennom lokalpressa.

### Helseforetaket sine oppgaver

Helseforetaket skal tilby hospitering og nødvendig opplæring i prosedyrer. Helseforetaket skal bistå innleggande legar, tilsynslegane og legevaktlegar som har tilsyn med pasientane ved tilbodet med nødvendige telefonråd. Helseforetaket skal bidra til at pasientar som er undersøkt som øyeblikkelig hjelp ved sjukehuspoliklikkane, og kan nytte dette tilbodet i staden for sjukehusinnlegging, vert tilvist til Myrvåg omsorgssenter som ø.hj.

### Oppstart

Etter nermare avtale.

### Evaluering

Det skal utarbeidast ein evalueringsrapport etter eit års drift.

Dato

  
Ordfører  
Herøy Kommune

  
Adm. direktør  
Helse Møre og Romsdal HF





Vedlegg 5a til Samarbeidsavtalen

## **Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester**

### **1. Formål**

- Samarbeidsområdet skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.
- Samarbeidsområdet skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester.

### **2. Samarbeidsområdets virkeområde**

Samarbeidsområdet skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende utskriving av somatiske pasienter.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av denne samarbeidsområdet er førende for partene.

Samarbeidsområdet regulerer ikke samhandlingen mellom kommunen og Rusbehandling Midt- Norge HF, da dette er regulert i egen avtale. Samarbeidsområdet regulerer heller ikke samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene innen psykisk helsevern (eget vedlegg 5b).

### **3. Lovgrunnlag**

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Prop. 91 L (2010-2011) - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
- Prop. 90L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Forskrifter til ovennevnte lover

#### **4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i henhold til lov**

##### **4.1 Helse Møre og Romsdals plikter, oppgaver og ansvar**

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og luftambulansse, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og Helse Møre og Romsdal HF og transport av behandlingspersonell.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

##### **4.2 Kommunens plikter, oppgaver og ansvar**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Kommunen har ansvar for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

## **5. Definisjon av utskrivningsklar pasient**

En pasient er utskrivningsklar når lege i Helse Møre og Romsdal HF vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i Helse Møre og Romsdal HF. Avgjørelsen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering.

Følgende prosessuelle krav må være oppfylt før en pasient kan meldes utskrivningsklar til kommunen:

- Problemstilling ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
- Øvrige problemstillinger som har framkommet skal være avklart.
- Det skal redegjøres for eventuelle spørsmål som ikke er endelig avklart.
- Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnoser, samt videre plan for oppfølging av pasienten.
- Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra funksjonsnivå før innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
- Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og at plan for denne oppfølgingen beskrives.
- Dokumentasjonskravet nevnt i punkt 7.1 skal være oppfylt

## **6. Plikt til vurdering og varsling av pasientens behov for kommunale tjenester**

### **6.1 Kontaktpunkt i kommune og helseforetak**

Helse Møre og Romsdal HF skal ha ordning med kommunekontakter som varsler og etablerer kontakt med pasientens hjemkommune.

Kommunen skal ha ordning med en enhet som koordinerer kontakt fra sykehus til kommunens tjenester. Det skal være et telefonnummer for sykehuset inn til kommunens enhet.

### **6.2 Vurderingsplikten av kommunale tjenester innen 24 timer**

Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av:

1. Hvor lenge innleggelsen antas å vare.
2. Om pasienten antas å ha behov for kommunal helse- og omsorgstjenester etter utskriving.

### **6.3 Prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester**

Dersom det antas at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal følgende prosedyre følges:

1. Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
2. Pasientens antatte funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning formidles til kommunen så snart dette er avklart, senest innen 24 timer før utskrivning. Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling i Helse Møre og Romsdal HF (f.eks. multitraume, behov for respiratorbehandling med mer), og det ikke er mulig å foreta vurderingene, skal vurderingene foretas og kommunene varsles så snart det lar seg gjøre. Slikt varsel skal uansett gis senest en uke før pasienten antas å være utskrivningsklar.
3. I tilfeller hvor den første vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp i kommunen etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, vil 24 timers fristen starte fra det tidspunkt hvor det blir klart at et slikt behov foreligger.
4. Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning, har sykehuset plikt til å bistå pasienten med å søke om slike tjenester. Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte. I søknaden skal det fremgå om pasienten har/har hatt kommunale tjenester. Søknaden utfylles/sendes kommunen så tidlig som mulig.
5. Helse Møre og Romsdal HF skal varsle kommunen så tidlig som mulig, dersom pasientens situasjon er vesentlig endret, slik at det kan være behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra kommunen eller NAV.
6. Ved endret utskrivningsplan eller ved dødsfall informeres kommunen umiddelbart. Endring i utskrivningsklar dato skal registreres i pasientjournalen.

## **7. Oppgaver og ansvar i forbindelse med utskrivning**

### **7.1. Helse Møre og Romsdal HF's ansvar ved utskrivning**

1. Helse Møre og Romsdal HF skal sende skriftlig melding til kommunen ved behov for kommunale tjenester etter utskrivning.
2. Utskriving av pasient skal gjøres så tidlig som mulig på dagen.
3. Ved utskrivning skal forskriftsmessig epikrise eller tilsvarende lege-dokumentasjon (utskrivningsblankett) inkludert fullstendig medikamentliste følge pasienten. Denne skal også sendes fastlege, henviser og eventuelt annen oppfølgende instans så raskt som mulig.
4. For å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter som utskrives til kommunalt tjenestetilbud skal innholdet i dokumentasjonen nevnt i punkt 3 gjøres tilgjengelig for kommunen snarest etter at utskrivning er besluttet og senest samtidig med at pasienten utskrives. Punkter som omhandler pasientens tilstand, funksjonsvurdering, antatt hjelpebehov og at kriterier i "Vilkår for

utskrivningsklar pasient" er oppfylt, skal være inntatt i dokumentet eventuelt ved bruk av supplerende sjekklister.

5. Helse Møre og Romsdal HF innhenter samtykke fra pasient dersom informasjon og / eller epikrise sendes til andre enn fastlegen. Signerte epikriser/ utskrivingsblankett og eventuelt sjekklister skal fortrinnsvis sendes elektronisk.
6. Dersom pasienten har behov for det bestiller Helse Møre og Romsdal HF timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten før utskriving.
7. Ved utskriving skal Helse Møre og Romsdal HF sende med pasient resept, eventuelt medikamenter og annet utstyr slik at pasienten har nødvendig medikamenter og utstyr fram til og med første virkedag etter utskriving. Hva som skal sendes med pasient avklares med mottagende helsepersonell i kommunen, også om det er behov for ekstra medisin utover første virkedag.
8. Gjennomført varslingsprosedyre og vurdering av om pasienten er utskrivningsklar skal dokumenteres i pasientens journal.
9. Helseforetaket skal ha rutiner for registrering av dato for når kommunens betalingsansvar inntreffer.
10. Helse Møre og Romsdal HF kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient.
11. Som hovedregel skal varsling om utskrivningsklare pasienter skje tidligst mulig på mandag til fredag kl. 08 -15.

Unntak fra hovedregelen ovenfor er:

- a) Pasienter som allerede har plass i heldøgns institusjon kan også varsles og utskrives i helg mellom kl. 08 -15.
- b) Pasienter som etter utskriving har uendret tjenestebehov fra hjemmetjenesten, kan også varsles og utskrives i helg mellom kl.08 -15.
- c) Ved større høytider som jul og påske kan varsling og utskriving også utføres mellom kl. 08 -15 på helligdager.
- d) Varsling om utskrivningsklare pasienter skal skje pr. telefon og på eget skjema til oppgitt kontaktpunkt i kommunen.

## **7.2. Kommunens ansvar ved utskriving**

1. Etter at kommunen i henhold til punkt 7.1.nr.9 har mottatt varsling fra Helse Møre og Romsdal, skal kommunen etter samme prosedyre som der er avtalt, så tidlig som mulig innenfor kl. 08 -15 gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten, og fra hvilket tidspunkt. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.
2. Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten når Helse Møre og Romsdal HF har varslet om at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.
3. Kommunen skal behandle søknad fra pasient fortløpende og fatte vedtak i henhold til gjeldende lover og regler.

4. Kommunen beslutter hvilke tjenester pasienten skal ha ut fra kommunens tjenestetilbud, krav til faglig forsvarlighet og egen vurdering.
5. Kommunen har ansvar for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen når pasienten er utskrivningsklar.
6. Kommunen har ansvar for bestilling av tekniske hjelpemidler og at midlertidige tekniske hjelpemidler fra kommunens lager er tilgjengelig i bolig.
7. Kommunen har ansvar for å vurdere og planlegge tilrettelegging i pasientens bolig.

### **8. Kommunens betalingsplikt**

Kommunal betalingsplikt omfatter pasienter som trenger kommunale pleie- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehus.

Kommunal betalingsplikt inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar (i henhold til forskrift om medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter §13 jfr § 8 -10) samt denne samarbeidsavtalen, og kommunen har gitt beskjed om de ikke kan motta pasienten, jf. § 11 andre ledd i samme forskrift. Betalingskravet gjelder til den datoen kommunen melder fra om at kommunen er klar til å ta imot pasienten.

Kommunen skal varsle sykehuset om dette så tidlig som mulig på hverdager mellom kl.08-15. Når varsel i henhold til punkt 7.1 nr.9 kan gjøres på andre tidspunkt enn hverdager mellom 08-15 skal varsel gis så tidlig som mulig. Den dagen som kommunen har bestemt å motta pasienten skal ikke være med i betalingskravet.

Dersom kommunen tar imot pasient samme dag som pasientene er definert som utskrivningsklar har kommunen ingen betalingsplikt.

For hvert påfølgende døgn pasienten er innlagt i Helse Møre og Romsdal HF i påvente av kommunal pleie- og omsorgstjeneste skal kommunen betale etter gjeldende betalingssatser fastsatt i statsbudsjett.

Kommunal betalingsplikt inntreffer ikke når Helse Møre og Romsdal HF velger å ikke skrive ut pasient når denne er definert som utskrivningsklar, og kommunen har varslet om at den kan ta imot pasienten.

Ved reinnleggelse for samme problemstilling innen 48 timer etter utskrivning, faller kommunens betalingsplikt bort.



### **9. Plikt til redegjørelse**

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger Helse Møre og Romsdal HF har foretatt. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av Helse Møre og Romsdal HF er i tråd med bestemmelsene i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og etter dette samarbeidsområdet.

Kommunen kan kreve redegjørelse fra Helse Møre og Romsdal HF på registrering av oppfyllelse av varslingsrutiner og på registrert utskrivningsklar dato for pasient.

### **10. Utsatt betalingsplikt**

Dersom Helse Møre og Romsdal HF etter å ha vurdert pasient som utskrivningsklar har unnlatt å varsle kommunen etter varslingsprosedyrer i denne avtale, vil ikke kommunens betalingsansvar inntre før 24 timer etter at Helse Møre og Romsdal HF har varslet kommunen om at pasienten er utskrivningsklar.





HERØY KOMMUNE  
HERØY KOMMUNE

Avdeling for Barn, Familie og Helse

## SAKSFRAMLEGG

---

Sakshandsamar:	IMT	Arkivsaknr:	2015/1532
		Arkiv:	G10

---

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
30/15	Komite for Helse og omsorg Kommunestyret	26.11.2015

### FOREBYGGE UTENFORSKAP - INKLUDERE I FELLESSKAPET

#### Tilråding:

Saka vert tatt til vitande.

Særutskrift: KS Møre og Romsdal

**Vedlegg:**

Saksprotokoll frå Fylkesstyret i KS Møre og Romsdal sak 15/21.

Frå utenforskap til inkludering. Grunnlagsdokument fram mot Kommunalpolitisk Toppmøte og Landsting 2016.

**Saksopplysningar:**

Saken vert lagt fram til orientering i tråd med vedtaket i Fylkesstyret.

Fosnavåg, 06.11.2015

Olaus-Jon Kopperstad  
Rådmann

Inger Marie Tofthagen  
Avd.leiar

Sakshandsamar: Inger Marie Tofthagen



# Fra utenforskap til inkludering

Grunnlagsdokument fram mot Kommunalpolitisk  
Toppmøte og Landstinget 2016

KS, 23. september 2015

# Innholdsfortegnelse

1. Hvorfor søkelys på utenforskap? .....	1
1.1 Utenforskap som tema .....	1
1.1.1 Spørsmål .....	2
1.2 Hva forstår vi med utenforskap? .....	2
1.3 Årsaker til utenforskap .....	2
1.3.1 Psykiske helseproblemer .....	2
1.3.2 Ensomhet .....	3
1.3.3 Rus- og alkoholproblemer .....	4
1.3.4 Fattigdom .....	4
1.3.5 Manglende integrering .....	4
2. Utenforskap i det norske samfunnet .....	6
2.1 Innledning .....	6
2.2 Familie og venner .....	6
2.2.1 Barnefattigdom .....	6
2.2.2 Omsorgssvikt .....	7
2.3 Oppvekst og utdanning .....	8
2.3.1 Frafall i videregående opplæring .....	8
2.3.2 Spesialundervisning .....	10
2.3.3 Barn og unge med nedsatt funksjonsevne .....	12
2.4 Arbeidslivet .....	13
2.4.1 Hvem og hvor mange står utenfor? .....	13
2.4.2 Unge .....	14
2.4.3 Innvandrere .....	14
2.4.4 Personer med nedsatt funksjonsevne .....	16
2.5 De sosiale fellesskap .....	16
2.5.1 Sosial ulikhet i deltakelse .....	17
2.5.2 Manglende integrering .....	18
2.5.3 Mangel på sosiale nettverk .....	18
2.5.4 Spørsmål .....	19
3. Fra utenforskap til inkludering .....	20
3.1 Innledning .....	20
3.1.1 Spørsmål .....	21
3.2 Hva kan kommunene og fylkeskommunene selv gjøre? .....	21
3.2.1 Tidlig innsats og tverrfaglig arbeid .....	21

3.2.2	Kompetanse til å se og handle .....	22
3.2.3	Tiltak mot frafall .....	22
3.2.4	Læreplasser .....	22
3.2.5	Kommunen og fylkeskommunen som inkluderende arbeidsgiver .....	23
3.2.6	Holdningsskapende arbeid.....	24
3.2.7	Spørsmål.....	24
3.3	Hva kan kommuner og fylkeskommuner gjøre sammen med sivilsamfunnet? .....	25
3.3.1	Utvikling av uformelle arenaer for aktivitet, frivillighet og kultur .....	25
3.3.2	Nøytrale arenaer for etablering av sosiale nettverk .....	25
3.3.3	Sosialt entreprenørskap .....	26
3.3.4	Kommunen og fylkeskommunen som tilrettelegger og koordinator .....	26
3.3.5	Spørsmål.....	27
3.4	Hva kan og må staten bidra med? .....	27
3.4.1	Revurdering av kompetansebegrepet.....	27
3.4.2	Innretningen på utdanningen ved høyskolene .....	28
3.4.3	Samarbeidet NAV - kommune .....	28
3.4.4	Samsvar mellom oppgaver og økonomiske rammer .....	30
3.4.5	Spørsmål.....	30
4.	Vedlegg.....	31
4.1	Litteraturliste.....	31
4.1.1	Besøkte Internettsider .....	35
4.2	Eksempler på kommuner med god praksis.....	37
4.2.1	Tidlig intervensjon og tverrfaglig arbeid .....	37
4.2.2	Tiltak for å styrke inkludering og norskferdigheter for barn og familier .....	37
4.2.3	Tiltak for å heve kvalitet og resultater i barnehage og grunnskole .....	37
4.2.4	Tiltak mot frafall i videregående opplæring .....	38
4.3	Vedlegg 2: Frafall i videregående opplæring for hvert fylke, 2013 .....	38
4.4	Vedlegg 3: Andel elever med spesialundervisning i grunnskolen for hvert fylke .....	39
4.5	Vedlegg 4: Innvandrere og arbeidsledighet etter bostedsfylke .....	40
4.6	Vedlegg 5: Forekomst av psykiske lidelser .....	41
4.7	Vedlegg 6: Miljømessige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser .....	42
4.8	Vedlegg 7: Andel personer med lavinntekt etter alder .....	44
4.9	Vedlegg 1:Folkehelseprofil for hver kommune.....	45

Notatet er utviklet av Rambøll Management Consulting og Deloitte AS blant annet på basis av bidrag fra og arbeidsseminar med forskere fra ISF, NIBR, Fafo, NOVA og Møreforskning, samt fagfolk fra KS og kommunikasjonsbyrået Zynk.

# 1. Hvorfor søkelys på utenforskap?

Utenforskap kan ramme alle. Sykdom, inntektstap, arbeidsledighet og ensomhet er noe de aller fleste opplever en eller flere ganger i livet. Sett under ett lever de fleste innbyggerne i Norge trygge og gode liv. Likevel er det for mange som av ulike årsaker står i utkanten av eller utenfor fellesskapet. Det medfører store individuelle så vel som samfunnsmessige omkostninger. Dette har blitt tydeligere de siste årene.

- Omsorgssvikt rammer 5 - 8 prosent av alle barn i Norge<sup>1</sup>
- Sosioøkonomisk bakgrunn og skoleprestasjoner forutsier i stor grad barns og ungdoms utdanningskarrierer<sup>2</sup>
- 30 prosent av elevene som begynner på videregående opplæring i Norge, har ikke fullført utdanningen etter fem år– dette tallet har vært stabilt over tid
- Over 700 000 personer i arbeidsfør alder mottar helserelaterte ytelser
- Psykiske lidelser er registrert som hovedårsak til omtrent en tredjedel av alle uførepensjoner<sup>3</sup>
- Økning i inntektsulikhet og relativt fattigdom – 156 000 personer har hatt vedvarende lavinntekt i perioden 2010-2012

## 1.1 Utenforskap som tema

KS setter søkelys på hvordan kommunesektoren sammen med staten bedre kan bekjempe og forebygge utenforskap og bidra til inkludering.

Kommunalpolitisk toppmøte 2016 skal sette nasjonal dagsorden på vegne av hele kommunesektoren. Landstinget skal avklare retning/mål/visjon for hva kommunesektoren og KS kan og bør oppnå i valgperioden og avklare forventninger til rammebetingelser som effektivt vil støtte opp om kommunenes og fylkeskommunenes innsats mot utenforskap.

Dette grunnlagsnotatet skal understøtte faglig og politisk medlemsdialog om utenforskap og inkludering høsten 2015 og gi grunnlag for drøftinger på Kommunalpolitisk toppmøte og beslutninger på Landstinget 2016. Medlemsdialogen skal belyse hva som er de aller viktigste utfordringene når det gjelder utenforskap, hvordan kommunesektoren kan løse dem og hvilke tiltak kommunesektoren har særlige forutsetninger for å iverksette og lykkes med. Notatet baserer seg på statistikk og forskningsbasert kunnskap.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Målt som forekomsten av «suboptimal omsorg». Kvello, Ø. (2010). Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse (s. 493–526). Oslo: Gyldendal Akademisk.

<sup>2</sup> Dahl, Espen, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

<sup>3</sup> Mykletun, A. A.K.Knudsen og K.S.Mathiesen (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

[URL]: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>.

<sup>4</sup> Notatet er utviklet av Rambøll Management Consulting og Deloitte AS blant annet på basis av bidrag fra og arbeidsseminar med forskere fra ISF, NIBR, Fafo, NOVA og Møreforsking, samt fagfolk fra KS og kommunikasjonsbyrået Zynk.



### 1.1.1 Spørsmål

- Hva er de største/viktigste utenforsksutfordringene framover?
- Hva er de viktigste barrierene for å løse utfordringene, slik dere ser det?
- Hva er de mest nødvendige tiltak/løsninger som kommunene og fylkeskommunene kan bidra med selv – og i samarbeid med lokalsamfunn/sivilsamfunnet?
- Hva er de mest nødvendige tiltak/løsninger som staten kan og må bidra med?

## 1.2 Hva forstår vi med utenforskap?

I dagligtalen handler utenforskap gjerne om enkeltpersoner og/eller grupper som befinner seg i en uønsket posisjon i forhold til ulike arenaer eller fellesskap. Dette gjelder for eksempel personer som ikke deltar i skole- og arbeidsliv, som ikke er en del av eller har et svært begrenset sosialt nettverk, som ikke opplever tilhørighet til storsamfunn og/eller lokalsamfunn eller som på andre måter ikke deltar på det vi kan definere som alminnelige og dagligdagse arenaer. Samtidig er det slik at personer godt kan delta på en eller flere av de ovennevnte arenaene og likevel føle seg utenfor. Motsatt er det også slik at det å ikke delta på en av disse arenaene ikke nødvendigvis oppleves som et problem for den enkelte.

Begrepet utenforskap er nært knyttet til betegnelser som sosial eksklusjon og marginalisering på den ene siden, og integrasjon og tilhørighet på den andre siden. Utenforskap kan forstås både som en prosess og et resultat. Videre kan det skilles mellom objektivt og subjektivt utenforskap.

Når vi setter søkelys på utenforskap er det fordi konsekvensene av utenforskapet er store, både for den enkelte og for samfunnet. Det handler om utenforskap som har alvorlige økonomiske og sosiale konsekvenser, som er til hinder for at den enkelte menneske kan leve et godt liv og som gjør at samfunnet ikke får mobilisert innbyggernes ressurser for å løse viktige samfunnsoppgaver.

## 1.3 Årsaker til utenforskap

Det er flere faktorer som bidrar til eller forsterker utenforskap. Det er også slik at årsaker til og konsekvenser av utenforskap i mange tilfeller er det samme. Viktige årsaker til utenforskap er:

- Psykiske helseproblemer
- Ensomhet
- Rus- og alkoholproblemer
- Fattigdom
- Manglende integrering

Andre viktige årsaker er omsorgssvikt, frafall i videregående opplæring, langvarig sykefravær, nedsatt funksjonsevne, mobbing og arbeidsledighet.

### 1.3.1 Psykiske helseproblemer

Tall fra den norske levekårsundersøkelsen viser at andelen personer med psykiske plager gikk ned fra 1998 til 2005, men økte igjen fram mot 2012. Studier har vist at om **lag 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet**<sup>5</sup>. I løpet av ett år vil 10-30 prosent av den voksne befolkningen ha psykiske plager som fyller kriteriene for minst én psykisk lidelse, og av disse vil halvparten fylle kriteriene for minst to lidelser. De lidelsene som oftest opptre sammen er angst og depresjon, samt ruslidelser og andre stemningslidelser.

---

<sup>5</sup> Skogen m.fl. (2014): Psykisk helse hos voksne - Folkehelse rapporten 2014. <http://www.fhi.no/artikler/?id=110542>

Nasjonalt folkehelseinstitutt presenterte i 2009 en omfattende rapport om psykiske lidelser i Norge, der de vurderer omfanget av risikofaktorer og videre konsekvenser av psykiske lidelser.<sup>6</sup> Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene av psykiske lidelser i Norge. Kvinner er mer utsatt for angstlidelser, depressive lidelser og spiseforstyrrelser. Menn er mer utsatt for rusrelaterte lidelser. Det er indikasjoner på høyere forekomst av psykiske lidelser i byene enn på landsbygda.

I legemeldte sykefraværstilfeller er det endringer i noen diagnosegrupper, deriblant psykiske lidelser som økte med 3,7 prosent fra 2013 til 2014. For allmenne og uspesifiserte diagnoser økte de tapte dagsverkene med over 11 prosent. **Psykiske lidelser utgjør 42 prosent av økningen i totalt antall tapte dagsverk.**<sup>7</sup>

En nylig publisert studie av norske barnevernsinstitusjoner viste at hele 76 prosent av ungdommene som var plassert der hadde psykiatrisk diagnose med funksjonsnedsettelse innenfor de siste tre månedene. Resultatene viser også at ungdommene på barnevernsinstitusjonene har store vanskeligheter med å knytte vennskap med ungdommer utenfor institusjonen<sup>8</sup>. Selv om det kan se ut som om forekomsten av psykiske lidelser i Norge øker, viser rapporten at flere studier ikke finner grunnlag for å si at dette er tilfelle. Det er i stedet økning i uførepensjonering grunnet psykisk lidelse og økning av behandling av psykiske lidelser.

### 1.3.2 Ensomhet

Ensomhet kan ramme alle, uavhengig av sosioøkonomisk status, helsetilstand og opprinnelse. En kan oppleve ensomhet selv om en objektivt sett er inkludert. Folkehelseinstituttet peker på at mangel på sosial støtte påvirker helsa i negativ retning i form av bl.a. usunn livsstil, økt risiko for økonomiske problemer, problemer på arbeidsmarkedet, boligproblemer, samt psykologisk og fysiologisk stress.<sup>9</sup> Motsatt viser undersøkelsen at sosial støtte, på linje med andre gode følelser som optimisme og opplevelse av kontroll, kan ha en direkte positiv fysiologisk effekt på helsa.

Samme undersøkelse viser at omfanget av personer som oppgir at de har noen fortrolige, har holdt seg relativt stabilt siden 2005. Det er likevel strid om hvor stort omfanget av ensomhet er, og i hvilken retning trenden går. Enkelte argumenterer for at utviklingen over tid har vært positiv. Flere oppgir at de har en fortrolig venn og flere vektlegger kvaliteten i vennskap enn de gjorde før.<sup>10</sup>

**Andelen nordmenn som bor alene har økt fra 12 prosent i 1980 til 17 prosent i 2007.** Likevel tyder funn fra SSB på at det har vært svært liten endring i hvor mange som føler seg ensomme. Undersøkelser viser imidlertid sammenheng mellom nedsatt funksjonsevne, ensomhet og depresjon. Tall fra 2008 viser at om lag en tredel av voksne (40-79 år) med nedsatt funksjonsevne har depressive symptomer, mens andelen er 15 prosent blant voksne uten funksjonsnedsettelser. 29 prosent av personer med funksjonsnedsettelse oppgir at de er ensomme, mens andelen blant funksjonsfriske er om lag 20 prosent.<sup>11</sup> Tall fra NOVA tyder på at kvinner er mer ensomme enn menn og at ensomhet er mest utbredt blant de eldste i befolkningen.<sup>12</sup>

---

<sup>6</sup> Mykletun A., Knudsen A. K. og Mathiesen K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt [URL]: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>. Lest 26.08.2015.

<sup>7</sup> NAV (2015). *Utvikling i sykefraværet, 4 kvartal 2014*.

<sup>8</sup> Kayed, Nanna S. m.fl. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*. Rapport. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern. Trondheim: NTNU

<sup>9</sup> Folkehelseinstituttet (2014) Sosial støtte og ensomhet – faktaark. <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>

<sup>10</sup> Aasarød, Askild Matre (2015). Ensomhetsparadokset. Morgenbladet. 21.08.2015.

<http://morgenbladet.no/2015/08/ensomhetsparadokset>

<sup>11</sup> Thorsen, Kristin og Sten-Erik Clausen (2008). Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemming opplever depresjon? Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 1, 2008, side 19-27.

<sup>12</sup> HiOA (2011): <http://www.hioa.no/Aktuelle-saker-NOVA-foer-2011/Mindre-ensomhet-i-mellomstore-byer>

### 1.3.3 Rus- og alkoholproblemer

Folkehelse rapporten 2014 viser at **alkoholforbruket har økt med cirka 40 prosent siden tidlig 1990-tall.**<sup>13</sup> Økningen er størst blant kvinner og eldre. Utenom alkohol er cannabis og amfetamin de mest brukte rusmidlene. Nye syntetiske rusmidler har til dels ukjente virkninger og er en utfordring for helsetjenesten. Tallet på bilførere som blir tatt for kjøring under påvirkning av cannabis eller metamfetamin har økt kraftig de siste fem åra.

Alkoholforbruket øker mest blant voksne. Menn drikker mer enn kvinner, med unntak av vin, men flere kvinner enn tidligere drikker alkohol. I perioden 1997–2008 økte andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholforbruk fra under 0,5 prosent til 4,5 prosent. Alkoholbruken blant unge har derimot gått ned, jf. tall fra undersøkelsen «Ung i Oslo 2012».<sup>14</sup> Alkoholbruk og hyppighet for alkoholinntak øker i takt med utdanning og inntekt, men færre av disse blir alkoholavhengige sammenlignet med personer med lav inntekt og utdanning. Personer som ikke lever i parforhold har høyere alkoholforbruk enn personer som lever med partner. Prosentandel som ruser seg på hasj og tabletter er høyest blant personer med lav sosioøkonomisk status. Rusmiddelbruk er også vanligere blant personer med problematferd. Personer med høy sosial status har oftere prøvd narkotiske stoffer enn personer med lav sosial status, mens langvarig misbruk er vanligst hos sistnevnte.

### 1.3.4 Fattigdom

Inntektsulikheten har økt i Norge de siste årene. For de ti prosent rikeste har reallønnsveksten vært over 80 prosent de siste 25 år. Personer med lavere lønn har hatt en økning på mellom 50 og 60 prosent i samme periode.<sup>15</sup> Det er en klar tendens til at personer med utdanning på grunnskolenivå sakker akterut sammenlignet med øvrig befolkning. NAV anslår at 3,4 prosent av befolkningen har lavinntekt i 3-årsperioden 2010–2012. Dette tilsvarer 156 000 personer.<sup>16</sup>

I internasjonal sammenheng er ulikheten i lønnsinntekter i Norge forholdsvis lav, men ulikheten har økt siden slutten av 1990- tallet og fram mot slutten på 2000- tallet, i likhet med de fleste andre land.<sup>17</sup> Den generelle inntektsulikheten har vært relativt stabil i løpet av de siste årene, men skjuler at småbarnsfamilier, og særlig enslige forsørgere, oftere opplever relativ fattigdom enn for noen år siden. Eldre er kommet bedre ut over tid.<sup>18</sup> Tall fra SSB viser at rundt 84 000 barn i Norge bor i familier med vedvarende lavinntekt.<sup>19</sup> Barn med innvandrerbakgrunn er særlig utsatt. I følge Fafo er andelen fattige barn størst i Oslo, Østfold og Telemark, og minst i Akershus, på Vestlandet og i Troms.<sup>20</sup> Oslo skiller seg negativt ut og nær to av ti fattige barn i Norge bor i Oslo.

### 1.3.5 Manglende integrering

Ved inngangen til 2015 var det 669 400 innvandrere og 135 600 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge.<sup>21</sup> Det bor personer med innvandrerbakgrunn i alle landets kommuner, men det er klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i hovedstaden - både i relative og absolutte tall.

---

<sup>13</sup> Christophersen, Asbjørg S. Ragnar Nesvåg og Eivind Ystrøm (2014). *Alkohol og andre rusmidler*. I folkehelse rapporten 2014. Oslo: Norsk folkehelseinstitutt.

<sup>14</sup> Øia, T. (2012): Ung i Oslo. Nøkkeltall 2012. NOVA-notat nr.7/12.

<sup>15</sup> Dahl, Espen, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

<sup>16</sup> NAV (2014). Fattigdom og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk – 2014. Rapport 3. I dette anslaget er studenter utelatt. Desember 2014

[URL]: <file:///C:/Users/pirn/Downloads/Fattigdomsrapport%20nav%202014.pdf>. Lest: 28.08.15.

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Epland m.fl. (2014): Flere innvandrerbarnefamilier med lavinntekt. SSB. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnefamilier-med-lavinntekt>

<sup>20</sup> Nadim m.fl. (2009): Barnefattigdom i Norge: Omfang, utvikling og geografisk variasjon. Fafo-rapport 2009:38.

<sup>21</sup> SSB (2014): Overkvalifisering blant innvandrere 2007-2012 (Rapporter 2014/28).

Det var bosatt 158 800 innvandrere og 47 900 norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo ved inngangen til 2015. Det er 32 prosent av folketallet i hovedstaden.<sup>22</sup>

I alt innvandret 49 900 personer med ikke-nordisk statsborgerskap til Norge i 2014. Det er 4 600 færre enn i 2013 og det laveste antallet siden 2009. Arbeidsinnvandringen gikk mest ned, men er fortsatt på et høyt nivå. Innvandringen av syriske flyktninger har økt kraftig. Statsborgere fra Eritrea, Syria og Somalia var de tre største flyktningsgruppene, og utgjorde henholdsvis 2 300, 2 000 og 700 personer. Det var en betydelig økning i antallet registrerte flyktninger fra Syria, 1 200 flere enn året før. På bakgrunn av utviklingen de siste månedene og ukene er det grunn til å anta at dette antallet vil øke.

Innvandrere har gjennomgående lavere sysselsettingsgrad enn den øvrige befolkningen, selv om det er store variasjoner mellom landgruppene. Også for innvandrere som er i arbeid er det utfordringer, og det er egenskaper ved det norske arbeidsmarkedet og velferdssystemet som skaper barrierer for å utnytte denne arbeidskraften i tilstrekkelig grad. En relativt høy andel av de som ikke er i jobb er mottakere av ulike offentlige stønader, uten at de er i gang med hensiktsmessige og effektive kvalifiseringsløp.

---

<sup>22</sup> SSB (2015): Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

## 2. Utenforskap i det norske samfunnet

### 2.1 Innledning

I dette kapittelet vil vi se nærmere på utenforskap i det norske samfunnet. Drøftingene er knyttet til ulike livsområder. For hvert livsområde presenteres noen former for utenforskap og vi går nærmere inn på hvor mange som rammes og hva utenforskapet består i.

### 2.2 Familie og venner

For de fleste utgjør familie og venner en trygg ramme for livsutfoldelse. Sosiale bånd, støtte fra familie og venner, og mulighet for egne valg er viktige faktorer for livskvalitet.<sup>23</sup> Opplevd utenforskap i utdanning eller arbeidsliv har sammenheng med forhold i familielivet eller forholdet til venner. Dette gjelder spesielt de som opplever fattigdom og omsorgssvikt. Som vi senere skal komme tilbake til, er dette former for utenforskap som har grunnleggende betydning for den enkeltes egenverd og opplevelse av mestring på mange av livets arenaer.<sup>24</sup> Vi vil derfor først rette oppmerksomheten mot disse formene for utenforskap.

#### 2.2.1 Barnefattigdom

De fleste norske husholdninger har opplevd en betydelig velstandsøkning de siste årene. Tall fra inntektsstatistikken viser at en typisk «middelklassehusholdning» i Norge hadde en inntekt etter skatt som var om lag 40 prosent høyere i 2012 enn det husholdningen hadde i 2000. Ikke alle husholdninger kan skilte med en like sterk vekst. Blant barnefamilier er det et økende antall som ikke holder tritt med den generelle inntektsveksten i samfunnet

Tall fra SSB viser at 84 000 barn i Norge bor i familier med vedvarende lavinntekt.<sup>25</sup> Andelen barn som vokser opp i familier med lav inntekt økte fra 8,0 prosent i 2012 til 8,6 prosent i 2013. Barn med innvandrerbakgrunn utgjør nå over halvparten av alle barn i økonomisk utsatte familier.

- 84000 barn i Norge bor i lavinntektsfamilier
- Barn med innvandrerbakgrunn utgjør 50 prosent av alle barn i økonomisk utsatte familier

Barn med innvandrerbakgrunn fra Somalia, Irak og Afghanistan skiller seg ut ved å være sterkt overrepresentert i lavinntektsgruppen. Andelen økonomisk utsatte barn er økende i disse innvandrergруппene, hvor familiene ofte har svak yrkestilknytning, lav inntektsmobilitet og mange familiemedlemmer å forsørge. Mange er avhengige av ulike stønader som sosialhjelp og bostøtte. Flere studier har vist tendenser til at fattigdom og stønadsmottak går i arv fra en generasjon til den neste.<sup>26</sup>

*Barn som vokser opp i lavinntektsfamilier opplever at de ikke kan være med på de samme aktivitetene som sine jevnaldrende. Disse barna erfarer tidlig at de havner utenfor fordi familien ikke har råd til at de deltar på aktiviteter sammen sine jevnaldrende. Barnefattigdom rammer i stor grad*

<sup>23</sup> <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/livskvalitet-og-trivsel-hos-barn-og-unge>

<sup>24</sup> <sup>24</sup> Folkehelseinstituttet (2014) *Sosial støtte og ensomhet – faktaark*. <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>

<sup>25</sup> Epland m.fl. (2014): *Flere innvandrerbarnfamilier med lavinntekt*. SSB. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnfamilier-med-lavinntekt>

<sup>26</sup> Nadim m.fl. (2009): *Barnefattigdom i Norge. Omfang, utvikling og geografisk variasjon*. Fafo-rapport 2009:38.

*barn med innvandrerbakgrunn. Dette er barn som også står i fare for å oppleve utenforskap på andre arenaer. Dette forsterker utfordringene knyttet til integrering og utjevning av sosiale ulikheter i samfunnet.*

## 2.2.2 Omsorgssvikt

Barn som utsettes for omsorgssvikt og overgrep i tidlig alder, har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og psykososiale problemer senere i livet.<sup>27</sup> Blant annet er det påvist at vold kan få konsekvenser for barnets nevrologiske, kognitive og emosjonelle utvikling og psykiske helse. Andre negative konsekvenser kan være tilknytningsproblemer, sosial tilbaketrekning, søvnevansker, lærevansker, aggresjonsproblemer og angst. Det er åpenbart at disse psykiske vanskene har sterk innvirkning på barnas livskvalitet.

- Antallet spedbarn og småbarn i barnevernet har økt med 22 prosent i perioden 1995 til 2008
- Omsorgssvikt rammer 5 - 8 prosent av alle barn i Norge
- 290 000 barn i Norge har foreldre som har psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som går utover hvordan de fungerer i familien.
- 135 000 har minst én forelder med en alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig alkoholmisbruk

Antall spedbarn og småbarn i barnevernet har økt med 22 prosent i perioden 1995 til 2008. Dette er ikke nødvendigvis uttrykk for en realøkning i antallet sped -og småbarn som er utsatt for omsorgssvikt. Økningen er trolig også resultatet av en bevisst satsing på å fange opp barn som opplever omsorgssvikt tidligere. Økningen har vært størst for spedbarna med nær en fordobling i antall klienter. Manglende omsorgsevne er den mest utbredte grunnen til tiltak for de yngste barna. I tillegg var foreldres rusmisbruk og psykiske lidelser hyppig benyttet som grunn til tiltak. Vel en tredjedel av spedbarna og småbarna som har mottatt tiltak fra barnevernet, har vært utsatt for omsorgssvikt.<sup>28</sup>

Antall tilfeller som meldes barnevernet er trolig lite i forhold til den reelle forekomsten av omsorgssvikt og mishandling. Undersøkelser av barn i Norge viser at forekomsten av det som kalles «suboptimal omsorg» blant alle barn, er på mellom 5 og 8 prosent.<sup>29</sup>

290 000 barn i Norge har foreldre som har psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som går utover hvordan de fungerer i familien. 135 000 har minst én forelder med en alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig alkoholmisbruk. Hver 20. person har blitt utsatt for alvorlig fysisk vold fra foreldrene sine før fylte 18 år.

*Konsekvensene av omsorgssvikt er betydelige – både for de barna de gjelder og for samfunnet. Det er påvist klare sammenhenger mellom opplevd omsorgssvikt i barndommen og forekomsten av psykiske lidelser i voksen alder. Omsorgssvikt påvirker dermed også den enkeltes muligheter til å klare seg i utdanningsløpet, i arbeidslivet og på den sosiale arenaen.*

---

<sup>27</sup> Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. & Perry, B. D. m.fl. (2006): The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.

<sup>28</sup> Clausen & Kristofersen (2008): *Barnevern i Norge 1990–2005*.

<sup>29</sup> Kvello, Ø. (2010). *Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt*. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 493–526). Oslo: Gyldendal Akademisk. Begrepet omsorgssvikt benyttes her framfor Kvellos begrep «suboptimal omsorg».

## 2.3 Oppvekst og utdanning

Levekårs- og trivselsundersøkelser viser at barn og unge i Norge stort sett har det bra. I Ungdata-undersøkelsen fra 2014 stadfestes en positiv trend hvor:

- Omfanget av rus- og atferdsproblemer er redusert,
- Båndene mellom generasjonene er tettere og
- Ungdom i økende grad slutter opp om skolen<sup>30</sup>

Andre studier avdekker imidlertid bekymringsfulle forhold når det gjelder andelen barn som faller utenfor eller ikke opplever at de er en del av fellesskapet. Kunnskap om hvordan opplevd utenforskap i ung alder påvirker mulighetene for å lykkes i voksenlivet, tilsier at dette har store samfunnsmessige og individuelle konsekvenser.<sup>31</sup>

I lys av dette har vi valgt å rette oppmerksomheten mot tre former for utenforskap som særlig påvirker barn og unges oppvekst- og utdanningssituasjon og deres muligheter til å klare seg med egne ressurser i voksenlivet. Disse er: 1) Frafall i videregående opplæring, 2) Spesialundervisning og 3) Manglende inkludering av barn og ungdom med nedsatt funksjonsevne.

### 2.3.1 Frafall i videregående opplæring

All ungdom som har fullført grunnskolen har rett til tre års videregående opplæring.<sup>32</sup> Retten gjelder uansett hvilke kunnskaper eller ferdigheter eleven har tilegnet seg i grunnskolen.

Mange ungdommer som begynner i videregående opplæring blir enten forsinket i opplæringsløpet eller slutter uten å ha fått studie- eller yrkeskompetanse.<sup>33</sup> Dette er en utbredt og vedvarende bekymring i norsk utdanningspolitikk. 95 prosent av alle ungdommer begynner i videregående opplæring samme år som de avslutter ungdomsskolen. Av disse er det bare 70 prosent som gjennomfører på landsbasis.<sup>34</sup>

- Andelen elever som fullfører videregående opplæring ligger rundt 70 prosent på landsbasis. Andelen har vært nokså stabil siden 1994
- Det er store lokale variasjoner. Akershus er det fylket som har hatt høyest gjennomstrømning med 77 prosent. I Finnmark er andelen 54 prosent
- Unge som ikke fullfører videregående opplæring har langt større sjanse for å få behov for andre offentlige tjenester (som uføretrygd, sosialhjelp, attføring, dagpenger mv.)
- Nettogevinsten ved å få elever til å fullføre videregående opplæring er 900 000 pr elev

Forskerne benytter ulike begrep for å forstå og forklare fenomenet. Noen snakker om manglende gjennomføring og vektlegger ulike årsaker til at elever faller fra, andre snakker om bortvalg og framhever at elevene tar et aktivt valg om ikke å gjennomføre videregående opplæring.

Ferske tall fra Utdanningsdirektoratet viser at 70,8 prosent av de som startet på videregående opplæring i 2009 gjennomførte skolen innen fem år. Denne andelen har ligget stabilt de siste 20 årene. I 2009-kullet gjennomførte 83 prosent av elevene på studieforberevende

---

<sup>30</sup> Ungdata-undersøkelsen: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no). Nasjonale resultater 2013. NOVA-rapport 10/14.

<sup>31</sup> Norges forskningsråd: Ungdom, frafall og marginalisering, Vista Analyse. Rapport 07/2010. Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom. 2013.

<sup>32</sup> Opplæringslovens § 3-1

<sup>33</sup> Forskerne benytter ulike begrep for å forstå og forklare fenomenet. Noen snakker om frafall og manglende gjennomføring og vektlegger ulike årsaker til at elever faller fra, andre snakker om bortvalg og framhever at elevene tar et aktivt valg. Kilde: Kristian Moss Mathisen (2011): Frafall eller bortvalg i videregående skole. Høgskolen i Oslo, avdeling for samfunnsfag

<sup>34</sup> En oversikt over andel elever som ikke har bestått og fullført videregående opplæring i hver kommune finner her:: <http://www.udir.no/globalassets/upload/statistikk/gjennomforing/gjennomforingsbarometeret-2014.pdf>

utdanningsprogrammer. Gjennomstrømningen innen de yrkesfaglige utdanningsprogrammene var på 58 prosent. Årets tall viser en svak framgang for yrkesfagene fra 2007 til 2009-kullet.<sup>35</sup>

NIFU, som blant annet har studert bortvalg i Akershus, deler bortvalgselevene inn i to grupper:<sup>36</sup>

- 1) Elever som oppga opplæringsrelaterte forhold som hovedårsaken til at de sluttet. Totalt utgjorde disse 42,8 prosent
- 2) Elever som oppga at det var forhold utenfor opplæringen som var årsaken til at de sluttet i videregående opplæring. Totalt utgjorde disse 42,2 prosent

Årsakene til at ungdom ikke fullfører videregående opplæring er mange og sammensatte. I nyere forskning har følgende fire faktorer vist seg å ha sterk forklaringskraft:<sup>37</sup>

### 1. De har for svakt faglig grunnlag

- Mange slutter fordi de blir satt til å strekke seg etter det uopnåelige. Elever med svakt faglig grunnlag fra ungdomsskolen har langt lavere sannsynlighet for å fullføre og bestå enn faglig sterkere elever

### 2. De mangler skoleengasjement

- Den sosiale opplevelsen av skolehverdagen er i størst grad den faktoren som påvirker elevens tanker om å avslutte skolegangen. Faktoren «sosial opplevelse» inkluderer både opplevelse av ensomhet, eller mangel på venner, og mangel på sosial relasjon til læreren
- Feilvalg eller ikke å bli tatt opp til førstevalget påvirker elevens motivasjon

### 3. De får ikke læreplass eller fullfører ikke læretiden

- Høsten 2014 fikk bare 76 prosent yrkesfagelevene læreplass eller godkjent lærekontrakt<sup>38</sup>
- Bare 45 prosent fortsetter på et løp innenfor yrkesfagsstrukturen

### 4. De sliter utenfor skolen

- Mellom hver fjerde og hver femte elev som sluttet i løpet av skoleåret, hadde en psykisk sykdom eller psykososiale problemer

Ensomhet er en av de hyppigste årsakene til at elever i videregående opplæring slutter. En studie gjennomført blant elever i videregående opplæring i Sør-Trøndelag viser at ensomhet er den klart viktigste årsaken til elevenes intensjon om å slutte. Ensomhet var da knyttet til elevenes sosiale opplevelse av opplæringen og viste seg å forklare 25 prosent av årsaken til frafallet.

En studie fra NTNU viser at hver elev som fullfører videregående opplæring gir en samfunnsgevinst på nesten én million kroner. De som fullfører kommer lettere i jobb og har mindre sannsynlighet for å

---

<sup>35</sup> Framgangen er på 2,5 prosentpoeng. <<http://www.ssb.no/utdanning/statistikk/vgogjen>>.

<http://www.udir.no/Tilstand/Analyser-og-statistikk/vgo/>

<sup>36</sup> Eifred Markussen og Idunn Seland. Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010-2011. Rapport 6/2012

<sup>37</sup> Se Frostad m. fl. (2014): Losing All Interest in School: Social Participation as a Predictor of the Intention to Leave Upper Secondary School Early, *Scandinavian Journal of Educational Research*, publisert online 5. juni 2014 og Per Egil Mjåvatn og Per Frostad (2014) Tanker om å slutte på videregående skole: Er ensomhet en viktig faktor? *Spesialpedagogikk*, volum 79 (1)

<sup>38</sup> Utdanningsdirektoratet. Indikatorrapport 2015. Oppfølging av samfunnskontrakten for flere læreplasser.



belaste trykkesystemet. Kostnaden for å hjelpe hver elev er satt til 100 000 kroner per elev. Nettogevinsten per elev er 900 000.<sup>39</sup>

I rapporten «Kostnader av frafall i videregående opplæring» utarbeidet av SØF framholdes det at unge som ikke har fullført videregående opplæring har<sup>40</sup>

- 30 ganger større sjanse for uføretrygd
- 15 ganger større sjanse for å være sosialhjelpsmottaker
- 4,6 ganger større sjanse for å være på attføring
- 5 ganger større sjanse for å være på rehabilitering
- 3,4 ganger større sjanse for å være på dagpenger
- 8 ganger større sjanse for å være på individstønning

Rapporten beregner den økonomiske besparelsen ved å redusere frafallet i videregående opplæring med en tredjedel til å være seks milliarder kroner pr årskull i et livsløpsperspektiv.

*De individuelle og samfunnsmessige konsekvensene av frafallet i videregående skole er godt dokumentert. Norske og internasjonale studier viser en klar sammenheng mellom manglende gjennomføring av videregående opplæring, ustabil tilknytning til arbeidslivet og lønnsnivået til de som kommer i jobb. Manglende gjennomføring av videregående opplæring reduserer den enkeltes muligheter for å få en fast jobb og være økonomisk uavhengig som voksen. Det er grunn til å anta at opplevd utenforskap i arbeidslivet i mange tilfeller kan føres tilbake til manglende videregående opplæring.*

### 2.3.2 Spesialundervisning

I henhold til formålsbestemmelsene skal opplæringen tilpasses elevenes evner og forutsetninger. Dette er en formålsbestemmelse som pålegger kommuner og fylkeskommuner plikter, og ikke en rettighet for elevene. Dersom elevene ikke har eller kan få tilfredsstillende utbytte av den ordinære undervisningen, har de rett til spesialundervisning. For å kunne gjøre vedtak om spesialundervisning, må det foreligge en sakkyndig vurdering fra PPT. Før skolene henviser til sakkyndig vurdering, skal de ha vurdert og prøvd ut tiltak innen det ordinære opplæringstilbudet.

- 8 prosent av alle elever i grunnskolen hadde spesialundervisning i skoleåret 2013–14. Dette utgjør ca. 37 000 elever
- Andelen er 2-3 prosent høyere enn for 10-15 år siden
- Andelen varierer fra ca. 7 prosent i Hedmark til ca. 10 prosent i Nordland
- Skoler med lav kvalitet på undervisningen har høyere andel spesialundervisning enn skoler med høyere kvalitet

I dag får ca. 8 prosent av elevene i grunnskolen spesialundervisning. Det er store variasjoner mellom fylker og kommuner, fra 2 prosent i kommuner med lavest andel spesialundervisning til 23 prosent i kommuner med høyest andel. I videregående opplæring fikk 6 prosent av elevene spesialundervisning i 2012. Også her er det med stor variasjon mellom fylkene, fra 3,7 til 11,5 prosent

---

<sup>39</sup> Torberg Falch, professor i samfunnsøkonomi på NTNU. Kilde: <http://gemini.no/2014/01/matte-bestemmer-fracfall-i-skolen/>. Torberg Falch, & Henning Nyhus (2011): Betydningen av fullført videregående opplæring for sysselsetting blant unge voksne. Bergsli, Heidi (2013): Helse og frafall i videregående opplæring. Sosialforsk. Høyskolen i Oslo og Akershus.

<sup>40</sup> Sammenligning av elever som ikke har fullført videregående i løpet av 8 år og ungdom i samme årskull. Falch, Torberg, Borge Johannesen og Strøm: «Kostnader av frafall i videregående opplæring», Senter for økonomisk forskning 2009.

(se vedlegg 3).<sup>41</sup> Spesialundervisningen er skjevfordelt mellom kjønnene, 68 prosent av elever som fikk spesialundervisning i 2014 var gutter.

Å få satt inn tiltak tidligere i opplæringsforløpet anses som hensiktsmessig for å hindre skjevutvikling, minske behovet for spesialundervisning og hindre frafall senere i opplæringsløpet. Likevel viser tall fra Utdanningsdirektoratet at den største tyngden av hjelp settes inn sent i opplæringsforløpet. I 2012 hadde 4,3 prosent av elevene på 1. trinn og 11,6 prosent av elevene på 10. trinn spesialundervisning.

Forskningen trekker fram ulike forklaringer på at andelen elever med spesialundervisning øker med økende alder:

- At skolene ikke klarer å fange opp elever som sliter før sent i skoleløpet
- At skolene velger en «vente og se»-holdning før elever utredes og tiltak settes inn

Nyere forskning på spesialundervisning setter spørsmålsteget ved måten spesialundervisningen brukes og organiseres på. Det hevdes at spesialundervisning bidrar til segregering av elever, uten at man kjenner effekten av spesialundervisningen.<sup>42</sup> Forskerne stiller spørsmål ved om ikke grunnskolen kunne ha bragt disse elevene lenger med tilpasset opplæring enn med spesialundervisning.<sup>43</sup>

Det viser seg at skoler med lav kvalitet på undervisningen har høyere andel spesialundervisning enn skoler med høyere kvalitet.<sup>44</sup> Det hevdes at heving av kvaliteten på den ordinære opplæringen vil minske behovet for spesialundervisning.<sup>45</sup> Det vil bedre inkluderingen og det vil bidra til å dreie ressursbruken fra enkeltindivid til fellesskapet.<sup>46</sup> Studier fra videregående opplæring viser at elever med spesialundervisning som gikk i ordinære større klasser hadde større sannsynlighet for å fullføre enn elever med spesialundervisning i egne klasser.<sup>47</sup>

En viktig diskusjon i forbindelse med spesialundervisning dreier seg om hvor undervisningen finner sted. Nesten 3 av 4 av elever som mottar spesialundervisning får dette utenfor sin ordinære klasse, enten i små grupper eller alene med en lærer eller assistent. Dette kan i mange tilfeller ha pedagogiske begrunnelser, men kan for noen barn ha negative konsekvenser for senere sosial og faglig mestring.<sup>48</sup>

Av de omtrent 37 000 elevene som fikk spesialundervisning utenfor den ordinære klassen i 2013/14, var det 4000 som hadde hovedtilhørighet til en fast avdeling for spesialundervisning. Slike undervisningsopplegg kan i mange tilfeller føre til at barna opplever utenforskap, både på skolen og på fritiden.<sup>49</sup>

*Drøftingene ovenfor tilsier at omfanget av spesialundervisning, og måten spesialundervisningen brukes og organiseres på, bidrar til at barn og unge faller utenfor. De samfunnsmessige konsekvensene av dette må sees i sammenheng med konsekvensene manglende fullført videregående opplæring og ustabil tilknytning til arbeidslivet.*

---

<sup>41</sup> [www.utdanningsdirektoratet.no](http://www.utdanningsdirektoratet.no)

<sup>42</sup> Thomas Nordahl og Rune Sarromaa Hausstatter: «Spesialundervisningens forutsetninger, innsatser og resultater. Høgskolen i Hedmark: 2009.

<sup>43</sup> <http://www.udir.no/Tilstand/Evaluering-av-Kunnskapsloftet/Gjennomgang-av-spesialundervisningen/>

<sup>44</sup> Thomas Nordahl, Sølvi Mausethagen og Anne Kostøl: «Skoler med stort og lite omfang av atferdsproblemer» Høgskolen i Hedmark. Rapport 3/09).

<sup>45</sup> Kari Bachmann og Peder Haug. Forskning om tilpasset opplæring. Høgskulen i Volda. Forskningsrapport nr. 62, 2006

<sup>46</sup> Mathisen, I. m. fl. (2012): Hvorfor øker bruken av spesialundervisning i grunnopplæringen?

<sup>47</sup> Eifred Markussen, Marit Strømstad, Tone Cecilie Carlsten, Rune Hausstatter og Thomas Nordahl, 2007. Inkluderende spesialundervisning? Om utfordringer innenfor spesialundervisningen Rapport nr. 1 fra prosjektet: Gjennomgang av Spesialundervisning, Evaluering av Kunnskapsloftet

<sup>48</sup> [www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Oppvekst\\_og\\_utdanning/Skole/>](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Oppvekst_og_utdanning/Skole/>)

<sup>49</sup> [www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Oppvekst\\_og\\_utdanning/Skole/>](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Oppvekst_og_utdanning/Skole/>)

### 2.3.3 Barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Personer med nedsatt funksjonsevne deltar i betydelig mindre grad i arbeidslivet enn andre. Manglende inkludering i barneårene vurderes som en medvirkende årsak til at de faller utenfor arbeidslivet i voksen alder. Flere nyere studier dokumenterer at barn og unge med ulike typer funksjonsnedsettelse i for liten grad blir inkludert i skole og fritid.<sup>50</sup>

- Yrkesdeltakelsen for mennesker med nedsatt funksjonsevne er 38 prosent. Hos den øvrige befolkningen er den 86 prosent
- Utdanning er en enda viktigere faktor for yrkesdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse enn for andre. Dette framhever betydningen av inkludering i skole og fritid for denne gruppen
- Nesten 80 prosent av grunnskolene er ikke tilstrekkelig fysisk tilgjengelige, og medfører at barn med en funksjonsnedsettelse må velge en annen skole enn nærskolen

Det finnes ingen nasjonal oversikt over antallet barn med nedsatt funksjonsevne. På basis av SSBs levekårsundersøkelse er andelen barn som har ulike typer funksjonsnedsettelse stipulert. 1 prosent av barn og unge mellom 6 og 15 år har vansker med å gå selv. Ca. 4 prosent har vansker med å se eller høre, uttrykke seg eller delta i fritidsaktiviteter og lek. 10 prosent av barna oppgis å ha lærevansker.<sup>51</sup>

Inkludering i skolen er viktig både for læringsutbyttet og for aktiv deltakelse og tilhørighet. Barn som blir tatt ut av den ordinære skolen, lærer helt fra de er små at de er annerledes. Samtidig mister de muligheten til å delta i undervisning, lek og aktiviteter sammen med sine jevnaldrende.<sup>52</sup> Dette har blant annet sammenheng med at foreldre til barn med en fysisk funksjonsnedsettelse velger bort nærskolen fordi den ikke er tilstrekkelig tilrettelagt. Dette medfører at de ikke får gå på skole i sitt nærmiljø og får enda større utfordringer med å treffe jevnaldrende i nærheten av hjemmet.<sup>53</sup>

Etterhvert som barn med nedsatt funksjonsevne blir eldre, ser det ut til å være en økende segregering også på fritidsarenaen – parallelt med utviklingen i skolen. Barn og unge med nedsatt funksjonsevne tas i størst grad ut av ordinær klasse i overgangene mellom barnehage og barneskole, og mellom barneskole og ungdomsskole. Fra barnehage til barneskole tredobles andelen barn som mottar undervisningen i egne grupper eller klasser. Utviklingen fortsetter fra barneskole til ungdomsskole. I ungdomsskolen får elever med nedsatt funksjonsevne i stor grad sitt opplæringstilbud andre steder enn der deres medelever er.

*Manglende integrering er utfordringer ungdom med nedsatt funksjonsevne tar med seg inn i voksenlivet. Det utenforskap de opplever i barneårene påvirker deres muligheter til å klare seg med egne ressurser når de blir voksne. En levekårsundersøkelse gjennomført av NOVA dokumenterer at yrkesdeltakelsen for mennesker med nedsatt funksjonsevne er langt lavere enn hos den øvrige befolkningen (38 prosent mot 86 prosent).<sup>54</sup> For de som er født med eller har fått en funksjonsnedsettelse i tidlig barndom er utdanning den viktigste faktoren for å lykkes i arbeidsmarkedet som ung voksen. Undersøkelser tyder på at utdanning er en enda viktigere faktor for yrkesdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse enn for andre.*

<sup>50</sup> Kermit, P., Tharaldsteen, A. M., Haugen, G. M. D. & Wendelborg, C. (2014). En av flokken? Inkludering og ungdom med sansetap – muligheter og begrensninger. NTNU Samfunnsforskning og Statped.

<sup>51</sup> [http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/)

<sup>52</sup> Tøssebro, J. & Wendelborg, C. (2014): Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger. Oslo: Gyldendal Akademisk

<sup>53</sup> Nær 80 prosent av grunnskolene i Norge ikke er tilgjengelige for bevegelseshemmede. Kilde: [www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Oppvekst\\_og\\_utdanning/Skole/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Oppvekst_og_utdanning/Skole/)

<sup>54</sup> Finnvold og Pedersen 2012. Finnvold 2013.

## 2.4 Arbeidslivet

Samlet sett kjennetegnes norsk arbeidsliv av høy yrkesdeltakelse, tilfredse arbeidstakere og høy produktivitet. Samtidig viser statistikk og forskning at en relativt stor andel står utenfor arbeidslivet grunnet helseproblemer, lav eller inadekvat kompetanse og svake norsksferdigheter.

Arbeidsledigheten er på vei opp og fra 2. kvartal 2014 til 2. kvartal 2015 ble det 31 000 flere arbeidsledige.<sup>55</sup> Halvparten av økningen kom i aldersgruppen 15-24 år.

- Drøyt 700 000 personer i arbeidsfør alder personer mottar helserelaterte ytelser (uføretrygd, sykepenger og arbeidsavklaringspenger)
- Unge har større sannsynlighet for å være arbeidsledige, men ledighetsperiodene blant unge er relativt kortere
- Unge uten fullført videregående opplæring har (mye) større sannsynlighet for å bli arbeidsledige
- Innvandrere har gjennomgående høyere ledighet øvrig befolkning, hvor innvandrere med bakgrunn fra afrikanske land har særlig høy ledighet
- 43 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne i arbeid, mot 75 prosent i befolkningen generelt<sup>56</sup>
- Om lag 85 000 personer med ulik grad av funksjonshemming står ufrivillig utenfor arbeidslivet<sup>57</sup>

Når det gjelder utenforskap på arbeidsmarkedet tyder statistikk og forskning på at særlig tre grupper rammes, nærmere bestemt unge, innvandrere og personer med nedsatt funksjonsevne.

### 2.4.1 Hvem og hvor mange står utenfor?

Tall fra NAV viser at i alt er det 311 752 personer i Norge som mottok uføretrygd i 2015.<sup>58</sup> 254 524 mottok sykepenger, mens 152 678 var mottakere av arbeidsavklaringspenger. Det utgjør til sammen 718 954 personer, og innbefatter personer både med og uten et arbeidsforhold. Blant annet LO påpeker at dette ikke er realistiske tall siden personer kan motta flere ytelser, og sykepenger heller ikke gir et riktig bilde av det vi vil kalle «utenfor arbeidslivet». LO hevder det reelle tallet er nærmere 400 000.<sup>59</sup>

Fylkene med høyest andel uføretrygdede er (rangert fra høy til lav) Østfold (13,6 prosent), Hedmark, Aust-Agder, Telemark og Nordland (12,4 prosent). Fylkene med lavest andel uføretrygdede er (rangert fra lav til høy) Oslo (5,5 prosent), Akershus, Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane (8,1 prosent)..

Tall fra SSB (2010) viser at 793 200 personer mottar velferdsytelser. Dette tilsvarer 23,6 prosent av den voksne befolkningen (15-66 år). Trekker vi fra dem som var sysselsatt, ender vi opp med 519 700 personer (15-66 år) som mottok ytelser og som var uten jobb. Det tilsvarer 15,5 prosent av den voksne befolkningen. Av disse var 76 400 personer innvandrere, dvs. at 17,6 prosent av innvandrerne mottok velferdsytelser uten å være sysselsatt.

---

<sup>55</sup> SSB (2015): *Arbeidskraftundersøkelsen, 2. kvartal 2015*. [URL]: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku>. Lest: 28.08.2015.

<sup>56</sup> [http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Arbeid/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Arbeid/)

<sup>57</sup> [http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Arbeid/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Arbeid/)

<sup>58</sup> <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd>

<sup>59</sup> LO (2015). «Utenforskap" og inkludering -riktig omfang og riktig målgruppe». Samfunnsnotat nr 3/15. Samfunnspolitisk avdeling. Oslo Landsorganisasjonen i Norge. [URL]: [http://www.arbeidslivet.no/Documents/Arbeid/nr.03\\_Utenforskap%20og%20inkludering%20ny.pdf](http://www.arbeidslivet.no/Documents/Arbeid/nr.03_Utenforskap%20og%20inkludering%20ny.pdf)

## 2.4.2 Unge

Tall fra SSBs siste arbeidskraftsundersøkelse viser økende ledighet, og at den sterkeste økningen er blant personer under 25 år, og særlig blant menn. At unge er de som særlig rammes av arbeidsledighet er kjent fra en rekke tidligere undersøkelser. Forskningsrådets kunnskapsoppsummering om ungdom, frafall og marginalisering presenterer funn fra en rekke studier som belyser årsaker til og konsekvenser av arbeidsledighet blant unge.<sup>60</sup> Oppsummert viser forskningen som presenteres at det å ikke fullføre videregående opplæring svekker arbeidsmarkedstilknytning og lønnsnivå til de som kommer i jobb.

Selv om det å stå utenfor arbeid og utdanning i ungdomstida øker risikoen for senere marginalisering, er det også et poeng at mange klarer seg relativt godt. Hvilke konsekvenser det å stå utenfor i ung alder har på lang sikt, vil blant annet avhenge av ressurser hos den unge og hans eller hennes familie, i tillegg til egenskaper ved tiltaksapparatet som møter dem og situasjonen i arbeidsmarkedet generelt. Videre viser forskning at selv om ledigheten blant unge er relativt høy sammenlignet med øvrig befolkning, tenderer ledighetsperiodene til å være relativt korte. Tendensen er at unge arbeidssøkere raskt kommer i arbeid, men at de også er mer sårbare for utstøting fra arbeidslivet. En studie fra Frisch-senteret viser at lange perioder uten verken skole eller jobb virker selvforsterkende, dvs. at sannsynligheten for å vende tilbake til skole eller arbeidsliv faller med den tiden man har stått utenfor.<sup>61</sup> Familiebakgrunn og familiens sosioøkonomiske status har stor betydning for utfallet, siden ungdom som har foreldre med høy utdanning og inntekt har langt mindre risiko for varig utenforskap enn ungdom med foreldre som har lav utdanning og inntekt

Det er iverksatt en rekke tiltak av statlige, lokale og frivillige aktører rettet mot å forebygge skoleslutning, samt styrke nærheten til skole og arbeidsliv. I tillegg har ungdom/unge gjerne hatt fortrinn til mer universelle arbeidsmarkedstiltak i form av ulike garantiordninger, og enkelte NAV-kontorer (både kommunal og statlig del) har operert med egne team/veiledere som yter bistand til unge/ungdom. Forskning viser at denne type tiltak gjerne inneholder en kombinasjon av opplæring/kvalifisering og arbeidspraksis, og at suksesskriteriene for gjennomføring og overgang til skole/arbeid ofte handler om skreddersøm, tett individuell oppfølging, tverretattlig samarbeid, tidlig intervensjon, forebygging og byråkratiske strukturer.

*Det er godt dokumentert at unge uten utdanning både har større problemer med å komme i og å stå i arbeid. De tjener også mindre enn jevnaldrende som har fullført utdanning. Konsekvensene av manglende eller lav arbeidsdeltakelse er blant annet dårligere mulighet for økonomisk selvforsørgelse. Dette betyr både økt belastning på offentlige trygde- og stønadssystemer, men også dårligere forutsetninger for den enkelte når det gjelder deltakelse i samfunnet og problemer med å etablere seg på boligmarkedet.*

## 2.4.3 Innvandrere

Innvandrere fra EØS-området kommer i stor grad til Norge for å arbeide og sysselsettingsnivået i denne gruppa er følgelig høyt. Innvandrere fra Asia og Afrika har i større grad flyktningebakgrunn og har kortere botid sammenlignet med andre grupper. Dette gjelder særlig afrikanske innvandrere. Sysselsettingsnivået i de fleste innvandrergupper øker i takt med botid, men forskjellene gruppene imellom utjevnes likevel ikke. Også blant dem med over 10 års botid har afrikanske innvandrere lavest sysselsettingsandel med om lag 50 prosent. Dette er langt under gjennomsnittet for innvandrere.<sup>62</sup> Forskjellen i sysselsettingsprosent mellom innvandrere og befolkningen ellers er større for kvinner enn for menn. Dette gjelder særlig personer fra Pakistan og Tyrkia, og samt personer med

---

<sup>60</sup> Sletten og Hyggen (2013): Ungdom, frafall og marginalisering. Temanotat. Norges forskningsråd.

<sup>61</sup> Røed m.fl. (2010): Utdannings- og arbeidskarrierer hos unge voksne: Hvor havner ungdom som slutter skolen i ung alder?

<sup>62</sup> SSB (2015). Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert, 2014, 4. kvartal. 18.07.2015.

[URL]: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/innvregsys>. Lest 27.08.2015.

kort botid, fra Afghanistan, Somalia og Irak. Det lave sysselsettingsnivået blant innvandrerkvinnene fra disse landene trekker ned gjennomsnittlig sysselsettingsgrad i de respektive gruppene.

Barrierene for innvandreres inntreden på arbeidsmarkedet forklares med manglende utdanning, manglende økonomiske incentiver, lite nettverk, vanskelig familiesituasjon og utfordringer med å lære norsk. Også innvandrere som er i arbeid møter utfordringer: Egenskaper ved det norske arbeidsmarkedet og velferdssystemet kan også forklare hvorfor ikke flere innvandrere står i arbeid. Kvinner med innvandrerbakgrunn er ofte ansatt i tunge og dårlig betalte jobber i arbeidsmarkedets randsone, og i lavlønnsyrker med relativt høy avgang til spesielt helserelaterte ytelser. En relativt høy andel av de som ikke er i jobb er mottakere av ulike offentlige stønader, uten at de er i gang med hensiktsmessige og effektive kvalifiseringsløp.

Selv om mange innvandrere har lite norskkunnskaper og lav utdanning, er det andre som har utdanning, men ikke får benyttet den. Flere undersøkelser viser behov for å bedre godkjenningssystemer for innvandreres medbrakte kompetanse, fleksible påbyggingsmoduler, rekruttering til offentlig og privat sektor og etablering av egne bedrifter.<sup>63</sup> Det er dokumentert at innvandrere blir diskriminert i rekrutteringsprosesser, og menn i størst grad.<sup>64</sup> Innvandreres sysselsetting og ledighet er mer konjunkturutsatt enn det den er for resten av befolkningen.<sup>65</sup> Innvandrere jobber oftere ufrivillig deltid og har oftere korttidsengasjementer enn andre. Innvandrere fra Afrika, Asia, mv. med høyere utdanning over fire år hadde omlag tre ganger større andel overkvalifiserte enn befolkningen i alt.<sup>66</sup> 15 prosent var ansatt i yrker som ikke krever høyere utdanning, mot omlag 4 prosent med høyt utdannede i arbeid i befolkningen i alt. Funn fra forskning indikerer at bedrifter er skeptiske til å ansette innvandrere med en eller annen form for offentlig bistand, mens de generelt er positive til rådgivning om vurdering av kompetanse.<sup>67</sup> Fordelingsutvalget peker på at enkelte innvandrergrupper har problemer med å komme seg ut av varig lavinntekt fordi det tar for lang tid å få fotfeste i arbeidslivet. Enkelte grupper har tidligere avgang fra arbeidsmarkedet sammenlignet med øvrig befolkning.<sup>68</sup>

Sysselsettingsnivået varierer veldig fra kommune til kommune, noe som forklares med for eksempel kommunestørrelse, næringsgrunnlag, lokalt arbeidsmarked og befolknings sammensetning. Funn fra NIBR belyser jobbmuligheter og utdanning som årsaksforklaringer: Andelen innvandrere med høy utdanning er på nivå med øvrig befolkning, men det er store regionale forskjeller.<sup>69</sup> I 129 av 160 undersøkte bo- og arbeidsmarkedsregioner er innvandrere høyere utdannet enn majoritetsbefolkningen. Innvandrere bosatt i mer perifere regioner har kortere botid enn innvandrere i bosatt i byene. Botid gjenspeiler på denne måten det nye migrasjonsmønsteret til Norge. Stadig flere nyankomne arbeidsinnvandrere flytter dit hvor det er jobbmuligheter, dvs. i hele landet. Blant flyktninger og andre innvandrere som har kommet tidligere har mange flyttet fra distriktene til store og mellomstore byer.

*Selv om det er store variasjoner, viser funnene over at enkelte innvandrergrupper har store problemer med å etablere seg på arbeidsmarkedet. Konsekvensene av dette er blant annet vedvarende*

---

<sup>63</sup> Se bl.a. Rambøll (2015): *Utredning av behov for kompletterende utdanning for søkerne i godkjenningssystemet for lovregulerte yrker.*

<sup>64</sup> Midtbøen, A.H. og J. Rogstad (2012). *Diskriminerings omfang og årsaker.* ISF 2012:1.

<sup>65</sup> SSB (2015). *Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert, 2014, 4. kvartal.* 18.07.2015.

[URL]: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/innvregsys>. Lest 27.08.2015.

<sup>66</sup> SSB (2014). *Overkvalifisering blant innvandrere 2007-2012 (Rapporter 2014/28)*

<sup>67</sup> Djuve, A. B. (2006). "Ikke-vestlige innvandrere i norsk arbeidsliv: Integrering i randsonen". I: *Arbeid, velferd og samfunn.* Oslo : Arbeids- og velferdsdirektoratet. Hentet fra: [http://www.faoarkiv.no/pro/abd\\_art\\_des06.pdf](http://www.faoarkiv.no/pro/abd_art_des06.pdf)

<sup>68</sup> Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2014). *Årsrapport.* Oslo: IMDi

[URL]: [http://www.imdi.no/Documents/Rapporter/Aarsrapporter/Aarsrapport\\_IMDi\\_2014.pdf](http://www.imdi.no/Documents/Rapporter/Aarsrapporter/Aarsrapport_IMDi_2014.pdf) Lest 26.08.2015

<sup>69</sup> Sørholt, Susanne. Kristian Rose Tronstad og Hilde Marte Bjørnsen (2014). *Innvandrere og sysselsetting i et regionalt perspektiv. En kunnskapsoppsummering.* NIBR-rapport 2014:25.

[URL]: <http://www.nibr.no/filer/2014-25.pdf>. Lest: 27.08.2015.

*lavinntekt i en del familier, hvor det gjerne er mange familiemedlemmer. Barn rammes særlig sterkt, fordi foreldre/foresatte ikke har råd til å understøtte skole- og fritidsaktiviteter som ellers kunne styrket barnas muligheter til å få venner, deres følelse av tilhørighet og deres fremtid som samfunnsborgere.*

#### **2.4.4 Personer med nedsatt funksjonsevne**

Personer med nedsatt funksjonsevne er en sammensatt gruppe. Tall fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) viser at personer med nedsatt funksjonsevne i betydelig mindre grad deltar i arbeidslivet, og at om lag 85 000 personer med ulik grad av funksjonshemming ufrivillig står utenfor arbeidslivet.

Statistisk sentralbyrås utvalgsundersøkelser, både Helse- og levekårsundersøkelsene og Arbeidskraftundersøkelsene (AKU) har over tid tematisert levekårssituasjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I følge AKU har sysselsettingsandelen for aldersgruppen mellom 25 og 39 år ligget mellom 51 og 56 prosent over en tiårsperiode.<sup>70</sup> Tilsvarende andeler for alle sysselsatte i samme aldersgrupper var 82 og 84 prosent. Det ser ikke ut til at sysselsettingsandelen for de som har funksjonsnedsettelse nærmer seg gjennomsnittet, på tross av at det lenge har vært en politisk ambisjon å øke sysselsettingen, og etter at omfattende virkemidler og tiltak er iverksatt.<sup>71</sup> Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) har bl.a. til hensikt å hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne. Evalueringen av IA-avtalen viser at en ikke har lyktes med dette målet.<sup>72</sup>

Evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne som ble iverksatt i 2012, hvor målgruppen er unge under 30 år med nedsatt funksjonsevne og som har behov for hjelp til å komme i arbeid, viser at få av dem som har behov for bistand og oppfølging fra NAV har fysiske funksjonsnedsettelse<sup>73</sup>. Den reelle målgruppa er heller unge som står utenfor arbeidslivet på grunn av psykiske lidelser, sosiale problemer, liten formell kompetanse, eller en kombinasjon av disse.

En ny undersøkelse om arbeidsgiveres inkluderingsevne viser at det å ha erfaring med funksjonshemmede i virksomheten fremmer evnen til inkludering.<sup>74</sup> Utdanning trekkes også frem som en faktor som understøtter arbeidsinkludering. Dette understøttes av et NOVA-notat til KS, hvor det påpekes at «*utdanning er en enda viktigere faktor for yrkesdeltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse sammenlignet med andre*».<sup>75</sup>

*De negative økonomiske konsekvensene av å stå utenfor arbeidsmarkedet er godt dokumentert, både for individ og samfunn. I tillegg har deltakelse i arbeidsliv stor betydning for trivsel og tilhørighet. Undersøkelser viser at personer med nedsatt funksjonsevne føler seg mer ensomme enn andre, og at utenforskapet i denne gruppen starter allerede i barneskolen. Manglende deltakelse i arbeidslivet bidrar til å forsterke følelsen av å være annerledes og ofte marginalisert, noe som kan bidra til å forverre både helsetilstand og funksjonsnivå.*

## **2.5 De sosiale fellesskap**

Det norske velferdssamfunnet hviler på tre pilarer: En velutbygd offentlig sektor, en velfungerende, markedsstyrt privat sektor og et levende sivilsamfunn. Betegnelsen sivilsamfunn brukes ofte synonymt med frivillig foreningsliv, hvor formelle organisasjoner samler kontakt. Folk knytter sosiale

---

<sup>70</sup> Bø m.fl. (2013): Funksjonshemma på arbeidsmarknaden i 2013. SSB. [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/148088?\\_ts=14247681200](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/148088?_ts=14247681200)

<sup>71</sup> Se NOU 2012:6 Arbeidsrettede tiltak.

<sup>72</sup> Ose m.fl. (2013): Evaluering av IA-avtalen (2010 – 2013). SINTEF.

<sup>73</sup> Ose m.fl. (2014): Evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne. SINTEF

<sup>74</sup> Falkum m.fl. (2015): Arbeidsgiveres inkluderingsevne. Arbeidsforskningsinstituttet.

<sup>75</sup> Finnvold, Jon Erik (2015): Notat, arbeidsverksted KS 11-12 august 2015. NOVA.

bånd og opparbeider seg nettverk som favner bredere enn familie, venner og arbeidskolleger. Gjennom aktivitet og felles opplevelser skapes tillit mellom mennesker og gode lokalsamfunn.<sup>76</sup> Den uformelle og uorganiserte frivilligheten utgjør også et vesentlig bidrag til velferdssamfunnet. Enkeltpersoners og gruppers innsats overfor familie, nettverk og nærmiljø utgjør «limet» i samfunnet og bidrar til å «tette huller» mellom de ulike sfærene av samfunnet.

*Også innenfor sivilsamfunnet oppstår former for utenforskap som har både individuelle og samfunnsmessige konsekvenser. Vi har valgt å rette oppmerksomheten mot tre former for utenforskap som gjelder det sivile samfunn, men som har konsekvenser for de andre livssfærene. Disse er: 1) Sosial ulikhet i deltakelse, 2) Manglende integrering og 3) Mangel på nettverk.*

### **2.5.1 Sosial ulikhet i deltakelse**

Frivillighetsmeldingen viser at 58 prosent av den voksne norske befolkning har deltatt i frivillig arbeid «sist år».<sup>77</sup> Det er særlig arbeid på idrett/kulturfeltet som trekker opp. Det er altså en stor del av den norske befolkningen som inngår i den frivillighetskulturen organisasjonslivet bringer med seg. Samtidig påpekes det at den norske frivillighetskulturen er segmentert og vanskelig å trenge gjennom. Man må kjenne de sosiale kodene for å komme på innsiden av fellesskapet.

Enjolras og Wollebæk har undersøkt hvilke sosiale forskjeller som preger deltakelse i frivillige organisasjoner.<sup>78</sup> Deres hovedfunn er at sosiale ulikheter preger organisasjonsdeltakelsen på den måte at jo høyre inntekt og utdanning, desto flere medlemskap og aktive medlemskap.<sup>79</sup> Det er en sterk overrepresentasjon av høyinntektsgrupper innen idretten. Aktivt medlemskap i kulturorganisasjoner er også preget av ulikhet, men i mindre grad enn idretten. Der er det utdanningsnivået som i størst grad bidrar til å forklare engasjement i frivillig arbeid. Studien viser også at de sosiale forskjellene er større i Norge enn i de andre nordiske landene. Norge er preget av større forskjeller mellom inntektsgrupper enn i Sverige og Finland når det gjelder deltakelse i idrettsforeninger. Norge har den meste elitistiske profilen innenfor kulturforeninger blant de tre skandinaviske landene.

De sosiale forskjellene har økt i perioden 1990-2007, særlig når det gjelder idrett, men også for nesten alle typer organisasjoner (med unntak av kultur og miljøvern). Videre viser utviklingen mellom 1990 og 2007 økende forskjeller blant grupper som deltar i idrettsforeninger når det gjelder helsetilstand. I økende grad er organisert fysisk aktivitet for rike og friske mennesker. Samtidig viser funnene at innen kultur, kunst og musikk går utviklingen svakt i motsatt retning med hensyn til helsetilstand.

*Sosiale ulikheter i deltakelse kan bidra til å forsterke andre former for utenforskap. Personer og familier som står utenfor det frivillige organisasjonslivet, opplever gjerne at de står utenfor på andre samfunnsarenaer. Konsekvensene av dette kan være fremmedgjøring og manglende tilhørighet til lokalsamfunnet.*

---

<sup>76</sup> Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor: <http://www.sivilsamfunn.no/Info/Aktuelt/Mot-en-felles-definisjon-av-tredje-sektor>

<sup>77</sup> St. Meld. 39 (2006-2007): Frivillighet for alle.

<sup>78</sup> Enjolras og Wollebæk: «Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering». Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. 2010

<sup>79</sup> Enjolras og Wollebæk: «Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering». Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. 2010



## 2.5.2 Manglende integrering

I notatet «Integrasjon og nettverksbygging i flerkulturelle lokalsamfunn» fremheves det viktige poenger om innvandrergruppers representasjon i norsk foreningsliv og om innvandrerforeninger.<sup>80</sup>

- Innvandrerbefolkningen er sterkt underrepresentert som medlemmer i frivillige organisasjoner, særlig i organisasjoner knyttet til fritidsaktiviteter
- Unge innvandrere og etterkommere av innvandrere deltar i betydelig lavere grad i idretten enn majoritetsungdommen
- Deltakelsesnivå avhenger av faktorer som botid i Norge, yrkesdeltakelse og innvandrerbakgrunn
- I 2003 ble det anslått at det fantes rundt 1000 lokale innvandrerforeninger i Norge, hvorav om lag 1/3 falt innenfor det offentlige kriterier for støtteverdige organisasjoner.
- Antallet registrerte innvandrerforeninger er størst i de innvandrerfokerte fylkene i sentrale østlandsområder, samt Hordaland og Rogaland

Videre fremhever notatet at innvandrerbefolkningen er underrepresenterte som medlemmer i det tradisjonelle foreningslivet. Hvis en derimot tar deltakelse i religiøse foreninger og innvandrer- og flyktningeforeninger med i beregningen, er innvandrerbefolkningens deltakelse nesten på nivå med majoritetsbefolkningen.

Det er kun registrert små endringer i innvandrerbefolkningens deltakelse i foreningslivet mellom 1996 og 2006, totalt sett.<sup>81</sup> Det er imidlertid en klar økning av kvinnelig deltakelse i alle typer organisasjoner. Mannlig deltakelse går ned i politiske partier, religiøse og innvandrerorganisasjoner, og idrettsforeninger.

Individuelle barrierer som svake økonomiske ressurser, manglende språkkompetanse, kort botid og avgrensede sosiale nettverk, reduserer sannsynligheten for deltakelse i en frivillig organisasjon. Spesielt for kvinner har språkferdigheter vist seg å være den viktigste barrieren for deltakelse. Den viktigste veien inn i frivillig innsats er gjennom nettverk, ikke via nære venner og familie, men de mer løse nettverkene. Enkelte grupper i innvandrerbefolkningen mangler disse nødvendige nettverksressursene. I tillegg kan det tradisjonelle norske foreningslivet være bærere av en sementert organisasjonskultur preget av selvrekrutterende nettverk som øker terskelen for grupper som ikke er sosialisert inn i den norske foreningskulturen.

De samfunnsmessige utfordringene ligger i framveksten av et parallelt foreningsliv, hvor rekrutteringsgrunnlaget baseres på felles landbakgrunn og kulturell tilhørighet. En forutsetning for dannelsen av sosial kapital er at nettverkene ikke bare er sammenbindende, men også knytter en til mennesker som er *ulik* en selv på viktige områder. Når enkeltgrupper er underrepresenterte i de deler av sivilsamfunnet som har som sitt oppdrag å påvirke politikken på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, står viktige stemmer i fare for ikke å bli hørt.<sup>82</sup> Konsekvensene av dette kan være framveksten av subkulturer og i verste fall voldelig ekstremisme.

## 2.5.3 Mangel på sosiale nettverk

Det som skaper nettverk i lokalsamfunn er at folk møtes på ulike arenaer; gjerne både på foreldremøter i barnehagen og på skolen, i klubbhuset, på kulturskolen, på eldresenteret og på

---

<sup>80</sup> Ødegård og Sætrang: «Integrasjon og nettverksbygging i flerkulturelle lokalsamfunn». Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. 2015

<sup>81</sup> Enjolras og Wollebæk: «Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering». Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. 2010

<sup>82</sup> Fra statistikken over ser vi at innvandrere og norskfødte av innvandrerforeldre utgjør en liten andel av befolkningen i de fleste norske fylker. Bildet er imidlertid svært annerledes i Oslo, og det kan derfor være ulike utfordringer knyttet til integrering og utenforskap i Oslo og de andre fylkene (se vedlegg).

butikken. For å skape relasjoner og tillit må de samme personene møtes flere steder over lengre tid – først da blir man vevet inn i et større nettverk.

*Det er bred enighet om betydningen av uformelle, sosiale nettverk i byggingen av medborgerskap. Deltakelsen i sosiale nettverk kan utløse de individuelle ressursene hos enkeltmennesket. Utfordringen er hvordan man kan inkludere de som har svake sosiale nettverk og mobilisere deres ressurser. En slik mobilisering krever søkelys på uorganiserte aktiviteter. Spørsmålet er hvordan man kan sikre et dette, og hvilken rolle kommunen kan ha i en slik sammenheng. Trolig er svaret knyttet til lokale aktører som har «mellomromskompetanse» og et sektorovergripende perspektiv.*

#### **2.5.4 Spørsmål**

- Hva er de største/viktigste utenforskapsutfordringene framover? Hvorfor?

# 3. Fra utenforskap til inkludering

## 3.1 Innledning

Årsakene til utenforskap er mange og sammensatte, men statistikk og forskning viser at psykiske helseproblemer, rus- og alkoholmisbruk, ensomhet, fattigdom og manglende integrering på arbeidsmarkedet kan forklare hvorfor personer faller utenfor fellesskapet. Årsak og konsekvens er i den del tilfeller to sider av samme sak og ulike forhold kan henge sammen og gjensidig forsterke hverandre, med vedvarende utenforskap som resultat. Dette dokumentet legger vekt på å beskrive hvem som særlig rammes av utenforskap i det norske samfunnet. De foregående kapitlene viser at ungdom/unge som ikke fullfører videregående opplæring er utsatt, både fordi de har problemer i utgangspunktet som gjør at de ikke fullfører, og at manglende fullføring gjør at de får problemer med å få og stå i arbeid.

Selv om de aller fleste innbyggerne i Norge har høy levestandard og materiell velstand, viser funn fra statistikk og forskning vedvarende og delvis økende fattigdomsproblematikk, hvor innvandrerbefolkning og eneforsørgere er hardest rammet. En stor andel i arbeidsfør alder deltar ikke i arbeidslivet grunnet helseproblemer, hvor psykiske lidelser er en viktig årsak. Det er også mange personer med nedsatt funksjonsevne og mange personer med innvandrerbakgrunn som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet.

Årsakene til at en ikke har greid å løse disse problemene er sammensatte, og det finnes ikke én løsning eller ett svar på hvordan disse problemene kan forebygges og/eller overvinnes. Funnene som er presentert så langt, tyder på at løsningene på disse problemene må finnes i mellomrommene mellom ulike livsområder, og i samhandling mellom sosiale fellesskap, kommune og stat.

Forskning tyder på at det er noen «gjengangere» når det gjelder hvorfor utenforskapsproblemer oppstår og vedvarer:

- Barn og unge med problemer fanges opp for sent og får ikke det tilbud og den oppfølging de har behov for, slik at de kan realisere sitt potensiale og tilegne seg nødvendig kompetanse og ferdigheter for videre skolegang og arbeidsliv
- Lite dialog og samhandling mellom ulike aktører, inkludert lokalsamfunn, arbeidsgivere og ulike fag- og tjenestoområder. Personer med sammensatte problemer og/eller behov får ikke egnet tilbud for å komme i meningsfylt aktivitet eller arbeid
- For dårlig implementering av tiltak, som bidrar til svakere prosess- og resultat kvalitet og dårligere måloppnåelse. Ulik implementeringskvalitet medfører også at brukere ikke får et likeverdig tilbud
- Resultater av tiltak og innsatser måles ikke, dokumenteres ikke og evalueres ikke. Det er for lite kunnskap om hva som virker/ikke virker, og dermed dårligere grunnlag for prioritering og styring av innsatser
- Motstridende styringssignaler fra kommunale og statlige myndigheter fører til usikkerhet når det gjelder hva og hvem som skal prioriteres. Dette kan medføre lavere lojalitet til beslutninger og at vedtatte tiltak og innsatser ikke iverksettes

### 3.1.1 Spørsmål

- Hva er de viktigste barrierene for å løse utfordringene, slik dere ser det?

Kommuner og fylkeskommuner har et bredt virkemiddelapparat og kan lettere se ulike fag- og sektorområder i sammenheng. Kommunesektoren har større frihetsgrader/muligheter for lokal tilpasning av tiltak og virkemidler og mulighet til å koble offentlig, privat og frivillig sektor sammen i større grad.

I den videre drøftingen har vi valgt å skille mellom:

- Hva kommunene/fylkeskommunene selv kan gjøre
- Hva kommunene/fylkeskommunene kan gjøre sammen med sivilsamfunnet
- Hva kan og må staten bidra med?

## 3.2 Hva kan kommunene og fylkeskommunene selv gjøre?

I det følgende vil vi redegjøre for hva som er kommuner og fylkeskommuners særlige fortrinn når det gjelder å håndtere/løse nevnte utfordringer. Kort oppsummert vil vi fremheve at kommunenes og fylkeskommunenes lokalkunnskap, oversikt og nærhet til innbyggerne gjør dem særlig egnet til å forebygge og redusere utenforskap.

### 3.2.1 Tidlig innsats og tverrfaglig arbeid

Årsakene til at barn, unge og voksne marginaliseres er mange og sammensatte. Ulike fag- og forskningsmiljøer har ulike syn på hva som er årsakene til og konsekvensene av utenforskap. Det er imidlertid bred enighet om at innsatsen for å forebygge eller hindre utenforskap må starte tidlig og være bedre samordnet. I denne sammenheng handler ikke tidlig innsats om å fange opp grunnskoleelever tidlig i utdanningsløpet. Det handler om å identifisere barn i risiko mens de er i førskolealder.

For mange barn og unge er negative forhold i familien en sterk medvirkende årsak til at de opplever utenforskap i ungdomsår eller voksen alder. Flere undersøkelser peker på at ulike kommunale faginstanser er i kontakt med disse barna og familiene deres, uten at de er klar over hverandres observasjoner. De er heller ikke klare over hverandres tiltak og kan dermed ikke legge til rette for tverrfaglig samhandling.

Flere nasjonale prosjekter har utviklet modeller for samordning av tidlig innsats på kommunalt nivå. Rapportene fra KS-prosjektet «Sammen om barn og unge- bedre samordning av tjenester» og «Modellkommuneforsøket – helhetlig og tidlig innsats rettet mot barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre» i regi av Bufdir, gir innsikt i hvilken kommunal innsats som synes å ha effekt når det gjelder tidlig intervensjon og tverrfaglig arbeid.<sup>83</sup>

Møreforskning konstaterer i sin rapport «Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester til barn og unge» betydningen av at kommuneledelsen legger til rette for tverrfaglig samhandling gjennom felles kompetanseheving. De viser også til at kommuner som har etablert en robust samhandlingskultur også har etablert budsjettløsninger som støtter opp under dette.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Evaluering av prosjektet «Sammen om barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge». NOVA på oppdrag for BLD og KS. «Evaluering av modellkommuneforsøket». Deloitte på oppdrag for Bufdir.

<sup>84</sup> KS FoU-prosjekt: Trygg oppvekst helhetlig organisering av tjenester for barn og unge. 2014.

### 3.2.2 Kompetanse til å se og handle

Tilbakemeldinger fra fagpersoner som arbeider med barn og unge i risiko tilsier at de er usikre på om observasjonene de gjør krever oppfølging. De sier de mangler kompetanse til å avklare alvorret i situasjonen og kompetanse til å vite hvilke tiltak som bør settes inn. Dersom lærere, førskolelærere og andre som arbeider med barn ikke er i stand til å tolke barns signaler, er det en risiko for at de vil vurdere barnas vansker ut fra individuelle forklaringer. De vil tolke situasjonen som at barnet har lære- eller konsentrasjonsvansker snarere enn å se etter årsaker i barnets livssituasjon.

Kommunene har ansvar for å sikre at medarbeiderne har kompetanse til å se og kompetanse til å handle, både ut fra et arbeidsgiverperspektiv og ut fra et faglig og perspektiv.

Det er utarbeidet flere helhetlig opplæringstilbud i tidlig intervensjonsverktøy og –metoder som kommunene kan ta i bruk. Systematiske arbeid med disse verktøyene kan bidra til å gjøre ansatte tryggere i arbeidet med å avdekke et begynnende problem, og tilby adekvat hjelp.<sup>85</sup>

Opplæringsprogrammet «Tidlig inn», utarbeidet av Helsedirektoratet og Barne, ungdoms- og familiedirektoratet er ett eksempel på et slikt tilbud. Det er også opprettet regionale opplæringsteam som kan tilby opplæring i kommunene. Erfaringene med programmet er at programmet får størst kompetansehevende effekt når fagpersoner fra ulike virksomheter gjennomfører programmet sammen.

### 3.2.3 Tiltak mot frafall

Oppmerksomheten om frafallsproblematikken er stor i mange land. Kunnskapscenter for utdanning har laget en kunnskapsoversikt om frafall i videregående opplæring på oppdrag av Kunnskapsdepartementet. Rapporten viser at det ikke er tiltakene mot frafall i seg selv som er avgjørende, men hvordan tiltakene implementeres. Tiltak må ha god forankring i de lokale kontekstene de skal prøves ut, og de må følges skikkelig opp av alle involverte aktører.<sup>86</sup>

Implementeringskvalitet forutsetter oppmerksomhet om følgende fem stadier av et tiltak:

- Det er behov for kunnskap om problemene. Kartlegging og analyse av problemene må være avgjørende for om man velger en bred tiltakspakke eller målrettede enkelttiltak
- I planleggingsfasen må man også sikre at iverksatte tiltak kan måles og evalueres
- Igangsetting forutsetter at ressurser og kompetanse er på plass. Eventuelle justeringer må sjekkes mot erfaringer fra de to foregående fasene
- I gjennomføringsfasen er det viktig å holde oppmerksomheten oppe. Ledelsen må koordinere og bidra med støtte
- Både resultat og prosess må evalueres, og evaluering må skje løpende

Når implementeringskvaliteten er ivaretatt, er det identifisert noen klare forutsetninger for å lykkes i arbeidet for å redusere frafall i videregående opplæring:

- Det må etableres gode relasjoner og sammenhenger mellom aktører i og utenfor organisasjonen og mellom nivåer i systemet
- Tilslutning og forankring hos alle deltakere i og rundt skolen. Motivasjon for å lykkes må være til stede og arbeidet må bli tatt på alvor av alle involverte. Problem må identifiseres tidlig nok til å sette inn tidlig innsats

### 3.2.4 Læreplasser

Elever i yrkesfaglig utdanning trenger læreplass for å få nødvendig praksis til å fullføre utdanningen. Mange elever er i praksis i skoletiden og noen får tilbud om læreplass fra bedrifter de har blitt kjent

---

<sup>85</sup> Deloitte (2015): Evalueringen av modellkommuneforsøket. Mange av modellkommunene gjennomførte opplæringsprogrammet som et viktig element i sin satsning.

<sup>86</sup> Kunnskapscenter for utdanning: Frafall i videregående opplæring. En systematisk kunnskapsoversikt. 2015

med i praksisperioden. Hvert år står likevel om lag hver tredje søker uten lærlingeplass. Skoleåret 2014 utgjorde dette 8600 elever.<sup>87</sup>

Elever som ikke får læreplass har rett til å fullføre fagopplæringen på skolen. Blant arbeidsgivere har imidlertid slike fagbrev fått et B-stempel. Bedriftene vil heller ansette ungdom som har gått i lære.<sup>88</sup> Tall fra Utdanningsdirektoratet viser at omtrent halvparten av elevene som forsøker å fullføre fagopplæringen uten læreplass faller fra. Dette viser at økning i antall læreplasser vil være en god investering for å redusere utenforskap blant ungdom.

Våren 2012 underskrev de største organisasjonene i arbeidslivet og to statsråder en «Samfunnskontrakt for flere læreplasser». De forpliktet seg til å «fremskaffe flest mulig læreplasser til elever som ønsker det». I kontrakten ramses opp en rekke tiltak, blant annet å øke antallet statlige læreplasser og rekruttere flere lærebedrifter. Antallet nye læreplasser skulle øke med 20 prosent innen utgangen av 2015. Underveiserapporten fra 2014 viste at det bare blitt 5 prosent nye læreplasser.

Som arbeidsgiver har kommunesektoren et særlig ansvar for å legge til rette for at ungdom kan få den arbeidspraksisen de behøver for å fullføre utdanningen sin. Kommunene har en bredde i sine tjenester som gjør at svært mange av yrkesutdanningene kan finne en læreplass her. Høsten 2015 utfordret NHO kommunesektoren på dette og fikk 700 ordfører kandidater til å love at de skulle jobbe for å få flere læreplasser.

### 3.2.5 Kommunen og fylkeskommunen som inkluderende arbeidsgiver

Kommunens rolle som arbeidsgiver byr både på muligheter og utfordringer. På den ene siden har sektoren fordel av å være en stor arbeidsgiver, med bred oppgaveportefølje og mange muligheter til å sysselsette personer med ulik utdannings- og erfaringsbakgrunn. Samtidig skal det også tilbys tjenester av høy kvalitet. Innimellom vil kommunens og fylkeskommunens samfunnsoppdrag som inkluderende arbeidsgiver med plass til arbeidstakere med ulike forutsetninger og «bagasje» komme i konflikt med kravet om tjenester med høy kvalitet, samt kommunens og fylkeskommunens krav til kompetanse og kvalifikasjoner som ligger til grunn for ansettelse.

En mer mangfoldig befolkning skaper nye muligheter og utfordringer for kommunesektoren. En mer sammensatt gruppe tjenestemottakere kan bety at større mangfold blant dem som skal yte tjenestene - arbeidstakerne - etterspørres og ønskes velkommen. Det gjør at kommunen og fylkeskommunen som arbeidsgiver må tenke nytt, bl.a. når det gjelder personalpolitikk, rekruttering og ledelse. I takt med en større og mer sammensatt gruppe tjenestemottakere, både når det gjelder opprinnelse, helsetilstand, individuelle preferanser og kultur, vil det også være behov for utvikling og innovasjon i tjenester, samt møteplasser for refleksjon, drøfting og utvikling når det gjelder hvordan tjenester kan utvikles og tilpasses og eventuelle etiske dilemmaer som oppstår som en følge av dette.<sup>89</sup> Dette fordrer både god dialog med brukere og ansatte, samt dialog med universitet- og høgskolesektoren for å sikre kvalitet og relevans i (profesjons)utdanninger hvor kommunesektoren er en viktig mottaker av nyutdannede kandidater.<sup>90</sup>

En undersøkelse om kommunesektorens innsats for å øke sysselsettingen blant personer med nedsatt funksjonsevne, viser at kommunesektoren i stor grad lykkes med å tilrettelegge og videreføre arbeidsforholdene for egne ansatte og at de også når målet om å stille arbeidsutprøvningsplasser til

---

<sup>87</sup> I følge Aftenposten har staten brukt 3,3 milliarder kroner på å få flere til å fullføre videregående siden 1994. Over 1,7 milliarder av dette har gått til ulike tiltak for at flere ungdommer kommer i lære.

<sup>88</sup> <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Over-700-ordforerkandidater-lover-a-skaffe-flere-lareplasser-8135185.html>

<sup>89</sup> Se f.eks. Elgvin m. fl. (2014): *Mangfoldskommunen Drammen. Likeverdige tjenester for en mangfoldig befolkning* for en drøfting av dette.

<sup>90</sup> Se f.eks. Rambøll (2013) *Samarbeid mellom kommunesektoren og UH-sektoren for økt kvalitet og relevans i UH-utdanning* for en drøfting av utbredelse og typer av samarbeid mellom kommunesektoren og UH-sektoren.

rådighet for personer som har behov for det.<sup>91</sup> Samarbeidet med NAV fremheves her som helt sentralt både når det gjelder tilrettelegging og oppfølging av egne ansatte og kandidater i arbeidsutprøving. Dette gjelder både NAV Arbeidslivssenter og de lokale NAV-kontorene. Særlig fremheves NAV Arbeidslivssenter som en god samarbeidspartner siden de både har kompetanse og vilje til å gi råd og veiledning om kommunesektorens IA-arbeid generelt og arbeidet med delmål 2 spesielt. Viktige suksessfaktorer er faste kontaktpersoner hos NAV Arbeidslivssenter og tett samarbeid med det lokale NAV-kontor, både når det gjelder rekruttering og oppfølging av kandidater i arbeidsutprøving. I tillegg fremheves NAVs bistand til utfylling av søknader om økonomiske virkemidler som svært viktig. Det fremkommer videre at kommunesektoren er opptatt av å finne kreative løsninger og strekker seg langt for å tilrettelegge for den enkelte, for eksempel i form av nye arbeidsoppgaver.

### 3.2.6 Holdningsskapende arbeid

Kommunen og fylkeskommunen som samfunnsbygger og tjenesteyter har en viktig rolle når det gjelder å sørge for at innbyggerne mottar de tjenester de har krav på og rett til, men også legge til rette for gode og inkluderende lokalsamfunn. Det betyr at kommunesektoren har et ansvar for å inkludere flere i fellesskapet gjennom å fremme toleranse, mangfold og møteplasser hvor folk med ulike bakgrunn, livssyn og livsstil kan møtes. Dette fordrer både politisk evne og vilje til å gjøre dette mulig, samt administrative ressurser til å iverksette og drifte målrettede tiltak. I tillegg fordrer det at en i stedet for å anlegge et «oss»- og «dem»-perspektiv, hvor majoritetsbefolkningen har definisjonsmakten, legger vekt på å bygge inkluderende fellesskap med plass til flere stemmer, samt «*anerkjenne at det finnes flere veier til det gode liv*».<sup>92</sup>

En rapport om integrering i distriktskommuner peker på at hvorvidt innvandrere føler seg inkludert, kommer an på lokalbefolkningens holdninger og åpenhet overfor nye kulturelle grupper, ikke bare innvandreres tilgang på bolig og arbeid.<sup>93</sup> Rapporten peker på at gode grep i dette arbeidet handler om at kommunene selv må være nysgjerrige på innvandreres motivasjon for å bosette seg på det enkelte sted, at de må ha fokus på hvordan innvandrere kan representere en ressurs for lokalsamfunnet, og at kommune og frivillighet må spille på lag for å tilby infrastruktur og møteplasser som legger til rette for møter mellom majoritets- og minoritetsbefolkning.

### 3.2.7 Spørsmål

- Hva er de mest nødvendige tiltak/løsninger som kommunene og fylkeskommunene kan bidra med selv?

---

<sup>91</sup> Rambøll (2013): Kommunesektorens innsats for å bidra til å øke sysselsettingen blant personer med nedsatt funksjonsevne.

<sup>92</sup> Rogstad, Jon (2015): «Utenforskap – utfordringer». Notat til KS. Fafo.

<sup>93</sup> IMDi/Distriktssenteret (2010): «Integrering i distriktskommuner». IMDi-rapport7-2010.

[http://evalueringsportalen.no/evaluering/integrering-i-distriktskommuner-ein-kunnskapsstatus-om-integreringsprosessar-og-inkluderingsstiltak-i-distriktskommunar/Integrering%20i%20distriktskommuner\\_IMDI%20og%20Distriktssenteret%202010.pdf/@@inline](http://evalueringsportalen.no/evaluering/integrering-i-distriktskommuner-ein-kunnskapsstatus-om-integreringsprosessar-og-inkluderingsstiltak-i-distriktskommunar/Integrering%20i%20distriktskommuner_IMDI%20og%20Distriktssenteret%202010.pdf/@@inline)

### 3.3 Hva kan kommuner og fylkeskommuner gjøre sammen med sivilsamfunnet?

Det blir stadig tydeligere at kommuner og fylkeskommuner må spille på ressursene som ligger i det sivile samfunn for å løse sitt samfunnsoppdrag.

En utfordring for kommunesektoren er at de ikke kan legge premissene for samarbeidet med sivilsamfunnet, men at dette må skje på «tredje sektors» egne premisser. Det er derfor sentralt at kommunen og fylkeskommunen tilrettelegger og koordinerer samarbeidet, fremfor å være premissleverandør og beslutningstaker.

Kommunene og fylkeskommunene kan benytte sivilsamfunnet til å høre alle stemmene og dermed bidra til at det kulturelle og normative rommet er stort nok til å omfavne alle. Som tilrettelegger kan kommunesektoren skape arenaer og for deltakelse og samspill med andre aktører. Samarbeid med tredje sektor bør fokusere på å «utløse» de ressursene og det potensialet som ligger i sivilsamfunnet lokalt. En slik tilnærming kan bidra til å sikre samarbeid mellom myndigheter og frivillige uten at det går på bekostning av frivillighetens autonomi.<sup>94</sup>

#### 3.3.1 Utvikling av uformelle arenaer for aktivitet, frivillighet og kultur

Som nevnt er det store forskjeller i samfunnet når det kommer til hvilke grupper som i dag deltar i kulturtilbud, idrettslag og frivillige verv. Dette er arenaer hvor utenforskap forebygges hvis man er en del av aktiviteten, men hvor utenforskap også kan oppstå ved at enkelte grupper ikke kan eller får tilgang til disse arenaene.

Det kan være utfordrende for kommunene å spille en sentral rolle i tilretteleggingen av den uformelle aktiviteten, nettopp fordi den er uformell. Samtidig vet vi at de uformelle arenaene er viktige for å forebygge utenforskap. Kommunenes rolle ligger da i større grad i å tilrettelegge det fysiske rommet, i form av byplanlegging, eller tilgjengeliggjøring av lokaler og arenaer, uten at det er kommunen selv som er premissleverandør for aktiviteten. Samtidig er det vanskelig å måle effekten av ressurser som blir brukt på å etablere «rom for» eller «arenaer for» uformell aktivitet. Det er derfor sentralt at kommunesektoren vurderer hvordan de selv kan argumentere for finansiering og nytteverdi av slike tiltak.

#### 3.3.2 Nøytrale arenaer for etablering av sosiale nettverk

I «Betingelser for frivillig innsats – motivasjon og kontekst» påpekes det hvor viktig sosiale nettverk er for rekrutteringen av personer til frivillig arbeid.<sup>95</sup> Et flertall begynner med frivillig arbeid fordi noen spør dem, eller fordi de får høre om mulighetene gjennom noen de kjenner. Den vanligste rekrutteringsveien går gjennom bekjentskaper, såkalte svake bånd, ikke gjennom nære familie- og vennskapsbånd.

Det kreves både fysisk og sosial infrastruktur for å etablere sosiale nettverk. Integreringsforskning viser at noen arenaer oppleves som mer nøytrale og tryggere enn andre. Et eksempel på dette er skolen. Det er ofte lavere terskel for foreldre selv å delta i aktiviteter, eller sende barna på aktiviteter når skolen er arena, fordi dette er en kjent, trygg ramme.<sup>96</sup> Gjennom aktivt å bruke barnehager og skoler som møteplasser, kan kommuner og fylkeskommuner også etablere arenaer for utvikling av sosiale nettverk.

---

<sup>94</sup> Blant annet Ødegård og Sætrang (2015)

<sup>95</sup> Wollebæk m.fl. (2015) «Betingelser for frivillig innsats – motivasjon og kontekst».

<sup>96</sup> Wollebæk m.fl. (2010): «Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering».



### 3.3.3 Sosialt entreprenørskap

Sosialt entreprenørskap er et samlebegrep om innovative løsninger på sosiale utfordringer. Sosialt entreprenørskap er entreprenørskap anvendt på sosiale eller samfunnsmessige utfordringer og problemer og innebærer å løse disse på nye måter som kan skape varige forbedringer på viktige områder i samfunnet. De sosiale entreprenørene befinner seg i mellomrommet mellom offentlig og private sektor og sivilsamfunnet. Sosiale entreprenører kjennetegnes nettopp av deres evne til å se og iverksette nye løsninger på sosiale og samfunnsmessige utfordringer.

Når det gjelder samspeillet mellom kommunal sektor og sosiale entreprenører i Norge synes det å være få studier som omhandler dette.<sup>97</sup> Sosialt entreprenørskap er imidlertid i ferd med å bre om seg, også i Norge. Telemarksforskning har i sin rapport *"Sosialt entreprenørskap som ledd i innsatsen mot fattigdom"*, særlig sett på hvordan sosialt entreprenørskap kan gi nye veier til inntektsgivende arbeid, og på den måten redusere utenforskap i form av inkludering i arbeidslivet.<sup>98</sup> De påpeker at det er en tydelig entusiasme i praksisfeltet, og en økning av antall virksomheter og aktører som betegner seg som sosiale entreprenører.

Erfaringene fra andre land er at sosialt entreprenører kan utgjøre et viktig bidrag i utviklingen av lokalsamfunnet. Sosiale entreprenører kan også fungere som katalysator for samarbeidet mellom kommunen, frivillig sektor og privat sektor og bidra til at potensialet som finnes i det sivile samfunnet blir utnyttet.<sup>99</sup>

### 3.3.4 Kommunen og fylkeskommunen som tilrettelegger og koordinator

Et forslag til hvordan kommunesektoren kan forebygge utenforskap i sivilsamfunnet er å etablere koordinatorfunksjoner i kommunene eller fylkeskommunene.<sup>100</sup> En slik koordinerende funksjon handler om å engasjere personer som kan se utover de etablerte rammene for kultur og frivillighetsarenaer.

Etableringen av en koordinerende rolle kan være en mulig strategi for å skape kontakt mellom ulike lokalsamfunnsaktører, både offentlige, ideelle og private. Mange kommuner benytter i dag SLT-koordinatører i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet. SLT-koordinatøren har en viktig rolle når det kommer til å få kommunen, politiet og frivillige lokale aktører til å koordinere tiltak overfor utsatte grupper. Dette er erfaringer som kan overføres til arbeidet med å forebygge utenforskap. Man kjenner også til vellykkede forsøk i Danmark hvor man har koordinatører som er kjent i lokalsamfunnet, og driver kontinuerlig oppsøkende arbeid.

En viktig del av kommunesektorens rolle som tilrettelegger og koordinator er å sikre kompetanseutvikling, både i egen organisasjon og ved å bringe kompetanse ut i samfunnet. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor har blant annet pekt på at kommunene må kunne bidra til å veilede organisasjoner og aktører. Gjennom målrettet kompetanseutvikling kan kommunen bidra til å styrke frivillige organisasjoner slik at de kan spille en større rolle i å forebygge utenforskap.

---

<sup>97</sup> Korosec og Berman (2006), Public Administration Review: Municipal Support for Social Entrepreneurship TemaNord (2015)

<sup>98</sup> Gustavsen, Karin og Kobro, Lars U. (2012): *Sosialt entreprenørskap som ledd i innsatsen mot fattigdom*. TF-rapport nr. 305.

<sup>99</sup> TemaNord 2015: 502. Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. Kartlegging av innsatser for i Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon i Norden

<sup>100</sup> Hovedsakelig basert på forskning av blant annet Guro Ødegård og Synne Sætrang ved senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Ødegård og Sætrang presenterer blant annet i notatet «Integrasjon og nettverksbygging i flerkulturelle lokalsamfunn» fem ulike tiltak på kommunalt nivå knyttet til integrasjonssatsningen.

### 3.3.5 Spørsmål

- Hva er de mest nødvendige tiltak/løsninger som kommunene og fylkeskommunene kan bidra med i samarbeid med lokalsamfunnet/det sivile samfunn?

## 3.4 Hva kan og må staten bidra med?

For å ivareta sin velferdspolitiske rolle er kommunesektoren avhengig av å ha juridiske, økonomiske og faglige rammebetingelser som legger til rette for det. Dette innebærer

- et lovgrunnlag som tydeliggjør kommuner og fylkeskommuners ansvar og plikter
- samsvar mellom kommunesektorens oppgaver og de økonomiske rammene for sektoren
- faglige føringer som bygger opp under kommunesektorens autonomi

For at kommuner og fylkeskommuner skal ta en aktiv rolle i arbeidet med å forebygge og redusere utenforskap, må også staten bidra. I avsnittene nedenfor presenteres mulige løsninger hvor også staten må bidra.

### 3.4.1 Revurdering av kompetansebegrepet

I 1994 ble den videregående opplæringen i Norge reformert. Alle fikk rett til videregående opplæring. Reformen førte til en dobling av oppnådd yrkeskompetanse blant yrkesfagelevne. Det betyr at reformen i seg selv bidro til høyere grad av kompetanseoppnåelse og dette var også en av reformens intensjoner. Som sådan var reformen vellykket. Ved å gi hele kullet rett til inntak og til å gjennomføre videregående opplæring, bidro Reform 94 til en betydelig økning i andelen unge som besto videregående opplæring. I tiårene før Reform 94 var store deler av ungdomskullene i arbeid, siden det å ta videregående opplæring ikke var en norm. Det ble ikke betraktet som et problem å ikke gå på skole eller ta videre utdanning. Den samme reformen som bidro til at en betydelig andel unge oppnådde studie- eller yrkeskompetanse gjorde altså frafall til et synlig og omfattende fenomen og problem.<sup>101</sup>

Andel elever som faller fra videregående opplæring har ligget omtrent på samme nivå siden 1994. Over flere år er det investert milliarder for å øke andel elever som fullfører videregående opplæring, tilsynelatende uten effekt. Det meldes om positiv utvikling i enkelte fylker, men på nasjonalt nivå er andelen som ikke fullfører videregående opplæring stabil.

Flere forskere taler nå for at det er behov for å revurdere kompetansebegrepet som ble innført med Reform 94. Det stilles spørsmål ved om vi har stirret oss blinde på skolen som eneste arena for læring og kvalifisering.<sup>102</sup> Selv om risikoen for ledighet stiger med lav utdanning betyr ikke det at alle nødvendigvis må gjennom det samme utdanningssystemet. Kanskje representerer skolen en ramme for læring som ikke passer alle? Vil det være mer fruktbart å operere med et kompetansebegrep som i større grad åpner for kompetanse ervervet gjennom andre arenaer enn skolen? Finnes det andre måter å gjennomføre utdanningen på enn gjennom et standardisert opplæringsløp?

15. juni 2015 leverte Ludvigsen-utvalget en rapport som vurderer hvordan grunnopplæringens fag og innhold dekker de kompetansene elevene vil trenge i et framtidig samfunns- og arbeidsliv.<sup>103</sup> Her foreslås også endringer som bør gjøres dersom framtidens kompetanser i større grad skal prege innholdet i opplæringen. Utvalget foreslår en omfattende fagfornyelse i læreplanene for å sikre at opplæringen preges av et bredt kompetansebegrep.

<sup>101</sup> Eifred Markussen (2010): Frafall i utdanningen for 16-20-åringer i Norden. TemaNor 2010:517.

<sup>102</sup> Konferanserapport. Nordisk konferanse om ungdom utenfor utdanning og arbeidsliv. NOVA 2012.

<sup>103</sup> NOU 2015:8. Fremtidens skole. Fornyelse av fag og kompetanse.

### 3.4.2 Innretningen på utdanningen ved høyskolene

Tilbakemeldinger fra fagpersoner som arbeider med barn og unge i risiko viser, som nevnt, at de ofte er usikre på om de observasjonene de gjør krever oppfølging. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) problematiserer kvaliteten på undervisningen ved høyskolene og dokumenterer at lærere, førskolelærere og barnevernspedagoger ikke får kunnskap om barns rettigheter, tegn på omsorgssvikt og samtalemotodikk. Barn og unge i risiko blir dermed ikke sett, og de får ikke den hjelpen de trenger.<sup>104</sup>

Dette tilsier at det er behov for å endre innretningen på undervisningen ved høyskolene. Både den teoretiske og praktiske delen av høyskoletilbudet å i større grad rettes mot utfordringene det moderne Norge står overfor. Evidensbasert kunnskap om årsaker til og konsekvenser av sosial ulikhet og utenforskap bør bringes inn i undervisningen. Det samme gjelder vitenskapelige studier av hva som faktisk virker i arbeidet med å forebygge eller redusere utenforskap. Gjennom å øke kompetansen om utenforskap blant høyskoleutdannede legges også et fundament for bedre tverrfaglig arbeid.

### 3.4.3 Samarbeidet NAV - kommune

Arbeids- og velferdsforvaltningens lokale møtepunkt er NAV-kontoret, som representerer både kommune og stat. NAV har flere oppgaver, hvor formidling og kvalifisering til arbeid er hovedoppgavene, i tillegg til inntektssikring, råd og veiledning, Individuell plan og midlertidig botilbud. Inntektssikringen består av trygdeytelser, basert på opparbeidede rettigheter i Folketrygden, eller stønader etter Lov om sosiale tjenester, som er behovsprøvd. Den førstnevnte beregnes på bakgrunn av lønnsinntekt og evt. trygdeytelser, den andre reguleres av statlige veiledende retningslinjer for utmåling av økonomisk stønad. Noen kommuner har egne fastsatte normer for sosialstønad.

Kommunen samarbeider med NAV på flere måter. Samarbeid om å forebygge/bekjempe utenforskap kan for eksempel dreie seg om formidling til arbeid, ulike arbeidsmarkedstiltak hvor kommunen er tiltaksarrangør, samarbeid om unge som står i fare for eller har falt fra videregående opplæring, samarbeid om utsatte barn og familier med tiltak fra barnevernet, samarbeid om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere og samarbeid om Kvalifiseringsprogrammet (KVP). Gjennom regelverk, styringssignaler og tildelingsbrev legger staten føringer for NAV-kontorets arbeid og prioriteringer. Dette kommer tidvis i konflikt med lokale forutsetninger og behov.

#### 3.4.3.1 Introduksjonsprogrammet

I 2014 avsluttet 3189 personer introduksjonsprogrammet. 44 prosent av disse gikk direkte over i arbeid eller utdanning.<sup>105</sup> Dette er godt under regjeringens mål for ordningen, som er 55 prosent overgang til arbeid. En rapport fra NIBR viser at individuelle faktorer ved deltakerne, som kjønn, landbakgrunn og utdanning, har størst forklaringskraft når det gjelder å forklare variasjoner i resultater av introduksjonsprogrammet.<sup>106</sup> Dette er faktorer som kommunesektoren ikke har noen innvirkning på og rapporten prøver derfor å si noe om hvordan kommunens organisering og egeninnsats påvirker deltakernes resultater. Rapporten viser, i tråd med tidligere forskning, at det ikke er noen entydig sammenheng mellom for eksempel organisering innenfor eller utenfor NAV og deltakernes resultater.<sup>107</sup> Det som imidlertid har betydning, er hvorvidt kommunene tilbyr fulltidsprogram, og antall programrådgivere i kommunen. Det handler altså mer om hvordan man arbeider, enn om hvor man er organisert.<sup>108</sup>

---

<sup>104</sup> <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/KunnskapMotTrygghetHandle.pdf>

<sup>105</sup> <http://www.imdi.no/no/Introduksjonsordningen/Introresultater/>

<sup>106</sup> Tronstad, Kristian Rose (2015): Introduksjonsprogram for flyktninger i norske kommuner. Hva betyr organiseringen for overgangen til arbeid og utdanning? NIBR-rapport 2015:2

<sup>107</sup> Se f.eks Rambøll (2011): Analyse av kommunenes resultatopptak i introduksjonsordningen, og Ideas2evidence (2014): Evaluering av introduksjonsprogrammet i storbyene

<sup>108</sup> Tronstad, Kristian Rose (2015): Introduksjonsprogram for flyktninger i norske kommuner. Hva betyr organiseringen for overgangen til arbeid og utdanning? NIBR-rapport 2015:2

En undersøkelse om kommunenes resultatoppnåelse i introduksjonsordningen identifiserte følgende fem faktorer som viktige for å oppnå gode resultater:

- Samarbeid mellom aktører er avgjørende for måloppnåelse (for eksempel mellom voksenopplæring og NAV)
- God ledelse og lederforankring
- Tilgang til både kommunale og statlige tiltak
- Norskopplæringen må både holde høy kvalitet, ha høyt læringstrykk og være tilstrekkelig arbeidsrettet
- Tett individuell oppfølging øker sjansene for gode resultater – programrådgiverne må ha tilstrekkelig kapasitet til hver enkelt deltaker<sup>109</sup>

Annen forskning bygger opp under dettesom blant annet vektlegger at kvalifiseringen bør være på full tid, og at deltakerne tilbys språkpraksis, arbeidspraksis, og yrkesrettede kurs som del av introduksjonsprogrammet.<sup>110 111</sup> Forskningen viser ingen klare negative eller positive effekter av utenfor/innenfor NAV-organisering på deltakernes resultater.<sup>112</sup> Det avgjørende er at arbeidsrettingen av opplæringen er effektiv og at det samarbeides godt med arbeidsgivere. Dette kan ivaretas både innenfor og utenfor NAV. Enkelte «gode» kommuner samarbeider ikke med NAV, men direkte med arbeidsgivere. Andre fremhever nettopp samarbeidet med NAV som avgjørende. Samarbeid med NAV om tiltaksplasser er ikke ensbetydende med gode resultater, det avgjørende er *hvordan* NAVs tiltaksapparat benyttes.

### **3.4.3.2 Kvalifiseringsprogrammet**

Kvalifiseringsprogrammet (KVP) ble innført i 2007 som et virkemiddel for å bekjempe fattigdom. Siden starten har 28 500 personer deltatt. Programmet er evaluert flere ganger.

En studie fra Frisch-senteret viser at KVP nytter ved at deltakerne har høyere sysselsetting og arbeidsinntekt 3-4 år etter gjennomført program.<sup>113</sup> Samtidig framkommer det i rapport fra Helsetilsynet at mye som må rettes på dersom KVP skal fungere etter lovens intensjon.<sup>114</sup> Rapporten viser at det er mange som har rettighet til KVP, men som ikke er klar over dette, at det er litt for tilfeldig hvilke tiltak brukerne blir plassert i og at mange ikke får en fullverdig plan.

Tilsyn som har vært gjennomført viser lovbrudd i 76 av de 92 kommunene (90 NAV-kontor). I nesten halvparten av kommunene finner fylkesmennene at søkerens situasjon ikke er godt nok kartlagt ved søknad om kvalifiseringsprogram. I saker der kvalifiseringsprogram er innvilget, finner fylkesmennene at det i omtrent halvparten av kommunene ikke tilbys tilfredsstillende individuell tilpasning; programmet består eksempelvis av standardiserte kurs eller tiltak som ikke samsvarer med deltakerens behov. Dette tyder på at det er sprik mellom statlige målsettinger for og lokal implementering av programmet.

### **3.4.3.3 Styrking av NAV-kontorene**

Arbeids- og sosialdepartementet oppnevnte våren 2014 en ekspertgruppe som skulle gjennomgå NAV. Formålet var å identifisere og foreslå tiltak for å forbedre brukermedvirkning, brukertilfredshet og få flere trygdemottakere i arbeid. I sluttrapporten anbefaler utvalget at NAV-kontorene bør konsentrere seg om følgende for å oppnå formålet:<sup>115</sup>

---

<sup>109</sup> Rambøll (2011): Analyse av kommunenes resultatoppnåelse i introduksjonsordningen

<sup>110</sup> Se f.eks. Djuve et al. (2011). *Kvinner i kvalifisering: Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger med liten utdanning og store omsorgsoppgaver*. Fafo, rapport 2011:02

<sup>111</sup> Ibid.

<sup>112</sup> Se f.eks. Ideas2evidence (2014), Rambøll (2011), Tronstad (2015).

<sup>113</sup> Markussen et al. (2014): *Leaving Poverty Behind? The Effects of Generous Income Support Paired with Activation*. Frischsenteret.

<sup>114</sup> Helsetilsynet (2015): *Kvalifisert til kvalifisering? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet i Nav*.

<sup>115</sup> Vågeng m.fl. (2015): *Et NAV med muligheter. Bedre brukermøter, større handlingsrom og tettere på arbeidsmarkedet*. Sluttrapport.

- Rykke nærmere arbeidsmarkedet og arbeidsgiver
- Større lokal frihet til å tilpasse tjenester til brukernes behov
- Mindre styring og mer ledelse
- Økt oppmerksomhet på brukeren, ikke på system
- Sikre kunnskapsbaserte tjenester og kompetanse i møte med brukerne

Utvalgets anbefalinger er i stor grad i tråd med funn fra tidligere undersøkelser om NAV, som framhever at det har vært lagt for lite vekt på arbeidsmarkedskunnskap, arbeidsgiverkontakt og arbeidsformidling, tidvis spenningsforhold mellom statlig standardisering og behov for lokalt tilpassede løsninger, samt IKT-systemer som ikke fremmer samhandling og effektivitet.<sup>116</sup>

For å styrke arbeidslivs- og arbeidsgiverkontakten foreslår utvalget flere grep. En viktig anbefaling er at NAV-kontoret selv bør forestå en større del av arbeidsrettete tiltak, framfor å kjøpe disse fra eksterne leverandører.<sup>117</sup> Gevinster av dette er blant annet tettere kontakt med arbeidslivet, økt kompetanse på lokalt arbeidsmarked, økt innsikt i både arbeidsgiveres og arbeidstakeres behov. Dette antas å ha positiv effekt på arbeidet med å få flere i jobb og færre på trygd. I tillegg anbefaler utvalget mindre (sentral)styring av NAV-kontoret, forenkling av tiltaksregelverket og at ansatte i NAV-kontoret får større frihet til å tilpasse tiltaksnivå og –type etter lokale behov og variasjoner, basert på lokal kunnskap om arbeidsmarked og bruker.

Utvalget anbefaler også organisatoriske grep i form av større NAV-kontorer, mer myndighet til NAV-kontorlederne og eksplisitte kompetansekrav til NAV-veilederne. I tillegg er rapporten tydelig på at kultur og holdninger er viktig i arbeidet med å få flere i arbeid. Kort oppsummert handler det om å fokusere på muligheter fremfor begrensninger (sykdom), involvere bruker (brukermedvirkning), mer enhetlig forståelse mellom kommunal og statlig del av NAV-kontoret og utvikling av NAV som en lærende organisasjon både internt i NAV-kontoret og mellom nivåer i NAV. Rapporten påpeker at NAV er avhengig av samhandling med et velfungerende hjelpeapparat utenfor NAV, og trekker fram utdannings- og helsesektoren som viktige samarbeidspartnere.

#### **3.4.4 Samsvar mellom oppgaver og økonomiske rammer**

For å lykkes i arbeidet med å forebygge og redusere utenforskap er kommunesektoren avhengig av at det er samsvar mellom oppgaver og de økonomiske rammer. Reformen, programmer og tiltak som settes i verk må kostnadsberegnes og fullfinansieres.

#### **3.4.5 Spørsmål**

- Hva er de mest nødvendige tiltak/løsninger som staten kan og må bidra med?

<sup>116</sup> Se f.eks. Fossetøl m.fl. (2014): *NAV-reformen 2014. En oppfølgingsstudie av lokalkontorenes organisering etter innholdsreformen*. AFI-rapport 2014:13.

<sup>117</sup> Se bl.a. Grimsmo m.fl. (2015): *Evaluering av forsøket Kjerneoppgaver i NAV. Delrapport 2*. AFI/FoU-resultat 2015 for en drøfting av dette.

# 4. Vedlegg

## 4.1 Litteraturliste

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. & Perry, B. D. et al. (2006): The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.

Bachmann, Kari og Haug, Peder (2006): Forskning om tilpasset opplæring. Høgskulen i Vola. Forskningsrapport nr. 62, 2006.

Bergsli, Heidi (2013): Helse og frafall i videregående opplæring. Sosialforsk. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Bø m.fl. (2013): Funksjonshemma på arbeidsmarknaden i 2013. SSB.

Christophersen, Asbjørg S. m.fl. (2014): Alkohol og andre rusmiddel. I folkehelse rapporten 2014. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Clausen, Sten-Erik m.fl. (2008): Barnevernsklienter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie. NOVA-rapport 3/08.

Dahl, Espen, Bergsli, Heidi og van del Wel, Kjetil A. (2014): Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Deloitte (2015): Evaluering av modellkommuneforsøket.

Djuve m.fl. (2011): Kvinner i kvalifisering: Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger med liten utdanning og store omsorgsoppgaver. Fafo, rapport 2011:02

Djuve, A. B. (2006). "Ikke-vestlige innvandrere i norsk arbeidsliv: Integrasjon i randsonen". I: *Arbeid, velferd og samfunn*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Drammen kommune (2014): Beskrivelse av mangfolds- og inkluderingsarbeidet i Drammen kommune. Internt dokument, tilgjengeliggjort for Rambøll Management Consulting.

Elgvin, Olav m. fl. (2014): Mangfoldskommunen Drammen: Likeverdige tjenester til en mangfoldig befolkning. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo, rapport 2014:32.

Enjolras, Bernard og Wollebæk, Dag (2010): «Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering». Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Rapport 2010:2.

Epland m.fl. (2014): Flere innvandrerbarnefamilier med lavinntekt. SSB.

Falch, Torberg & Nyhus, Henning (2011): Betydningen av fullført videregående opplæring for sysselsetting blant unge voksne. SØF-rapport nr. 01/11 Senter for økonomisk forskning AS.

Falch, Torberg m.fl. (2009): Kostnader av frafall i videregående opplæring. Senter for økonomisk forskning AS.

- Falkum m. fl. (2015): Arbeidsgiveres inkluderingssevne. AFI-rapport 5/2015.
- Finnvold, Jon Erik (2015): Notat, arbeidsverksted KS 11-12 august 2015. NOVA.
- Finnvold, Jon Erik (2013): Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsetjingar. NOVA-rapport 12/13.
- Finnvold, Jon Erik og Pedersen, Hilde E. (2012): Alle skal med? Utdanning og arbeid for fysisk funksjonshemmede. *Samfunnsspeilet*: Tidsskrift om levekår og livsstil.
- Folkehelseinstituttet (2014) Sosial støtte og ensomhet – faktaark. <http://www.fhi.no/artikler/?id=69765>
- Fossestøl m.fl. (2014): NAV-reformen 2014. En oppfølgingsstudie av lokalkontorenes organisering etter innholdsreformen. AFI-rapport 2014:13.
- Frostad, Per m. fl. (2014): Losing All Interest in School: Social Participation as a Predictor of the Intention to Leave Upper Secondary School Early, *Scandinavian Journal of Educational Research*, publisert online 5. juni 2014.
- Grimsmo m.fl. (2015): Evaluering av forsøket Kjerneoppgaver i NAV. Delrapport 2. AFI/FoU-resultat 2015.
- Gustavsen, Karin og Kobro, Lars U. (2012): Sosialt entreprenørskap som ledd i innsatsen mot fattigdom. TF-rapport nr. 305.
- Helsetilsynet (2015): Kvalifisert til kvalifisering? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med kommunenes arbeid med kvalifiseringsprogrammet i Nav.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2014): Årsrapport. Oslo: IMDi.
- IMDi/Distriktssenteret (2010); «Integrering i distriktskommuner». IMDi-rapport7-2010.
- Kayed, Nanna S. m.fl.(2015). Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Rapport. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern. Trondheim: NTNU
- Kermit, P., Tharaldsteen, A. M., Haugen, G. M. D. & Wendelborg, C. (2014). En av flokken? Inkludering og ungdom med sansetap – muligheter og begrensninger. NTNU Samfunnsforskning og Statped.
- Konferanserapport. Nordisk konferanse om ungdom utenfor utdanning og arbeidsliv. NOVA 2012.
- Korosec og Berman (2006): Public Administration Review: Municipal Support for Social Entrepreneurship.
- Kvello, Ø. (2010): Sped- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 493–526). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillejord, Sølvi m.fl. (2015):Frafall i videregående opplæring: En systematisk kunnskapsoversikt. Kunnskapssenter for utdanning.
- LO (2015): Utenforskap" og inkludering -riktig omfang og riktig målgruppe. Samfunnsnotat nr 3/15. Samfunnspolitisk avdeling. Oslo Landsorganisasjonen i Norge.

Markussen, Eifred og Seland, Idunn (2012): Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010-2011. Rapport 6/2012.

Markussen, Eifred (2010): Frafall i utdanningen for 16-20-åringer i Norden. TemaNor 2010:517.

Markussen, Eifred m. fl. (2007): Inkluderende spesialundervisning? Om utfordringer innenfor spesialundervisningen Rapport nr. 1 fra prosjektet: Gjennomgang av Spesialundervisning, Evaluering av Kunnskapsløftet.

Markussen, Simen m.fl. (2014): Leaving Poverty Behind? The Effects of Generous Income Support Paired with Activation. Frisch-senteret. Notat.

Mathiesen, Ida Holth m.fl. (2012): Hvorfor øker bruken av spesialundervisning? Rapport IRIS 2012/17.

Midtbøen, A.H. og J. Rogstad (2012). Diskrimineringens omfang og årsaker. Institutt for samfunnsforskning, rapport 2012:1.

Mjaavath, Per E. og Frostad, Per (2014): Tanker om å slutte på videregående skole: Er ensomhet en viktig faktor? Spesialpedagogikk, volum 79.

Moss Mathisen, Kristian (2011): Frafall eller bortvalg i videregående skole. Høgskolen i Oslo, avdeling for samfunnsfag

Mykletun, Arnstein m.fl. (2009): Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nadim, Marjan m.fl. (2009): Barnefattigdom i Norge. Omfang, utvikling og geografisk variasjon. Fafo-rapport 2009:38.

NAV (2015). Utvikling i sykefraværet, 4 kvartal 2014.

NAV (2014). Fattigdom og levekår i Norge. Tilstand og utviklingstrekk – 2014. Rapport 3.

Nordahl, Thomas og Hausstätter, Rune S. (2009): Spesialundervisningens forutsetninger, innsatser og resultater. Høgskolen i Hedmark.

Nordahl, Thomas m. fl. (2009): Skoler med stort og lite omfang av atferdsproblemer. Høgskolen i Hedmark. Rapport 3/09.

NOU 2015:8: Fremtidens skole. Fornyelse av fag og kompetanse.

NOU 2012:6: Arbeidsrettede tiltak.

Opplæringsloven, § 3-1

Ose, Solveig O. m.fl.(2013): Evaluering av IA-avtalen (2010 – 2013). Rapport. SINTEF.

Ose, Solvei O. m.fl. (2014): Evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne. Rapport. SINTEF.



Rambøll Management Consulting (2015): Utredning av behov for kompletterende utdanning for søkerne i godkjeningsprosessen for lovregulerte yrker. Rapport.

Rambøll Management Consulting (2013) Samarbeid mellom kommunesektoren og UH-sektoren for økt kvalitet og relevans i UH-utdanning. Rapport.

Rambøll Management Consulting (2013): Kommunesektorens innsats for å bidra til å øke sysselsettingen blant personer med nedsatt funksjonsevne. Rapport.

Rambøll Management Consulting (2011): Analyse av kommunenes resultatoppnåelse i introduksjonsordningen. Rapport.

Rasmussen, Ingeborg m. fl. (2010): Samfunnsøkonomiske konsekvenser av marginalisering blant ungdom. Vista Analyse rapport nr. 2010/07.

Rogstad, Jon (2015): Utenforskap – utfordringer. Notat til KS. Fafo.

Røed, Knut m.fl. (2010): Utdannings- og arbeidskarrierer hos unge voksne: Hvor havner ungdom som slutter skolen i ung alder? Frisch-senteret. Rapport nr. 3/2010.

Skogen m.fl. (2014): Psykisk helse hos voksne - Folkehelse rapporten 2014

Skrove, Guri K. m. fl. (2015): Trygg oppvekst - helhetlig organisering av tjenester for barn og unge. Rapport nr.1502. Møreforskning.

Skutlaberg m. fl. (2014). Evaluering av introduksjonsprogrammet i storbyene. Bergen: Ideas2evidence. Rapport 09:2014.

Sletten, Mira Aa. og Hyggen, Christer (2013): Ungdom, frafall og marginalisering. Temanotat. Norges forskningsråd.

SSB (2015): Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

SSB (2015): Arbeidskraftundersøkelsen, 2. kvartal 2015.

SSB (2015): Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert, 2014, 4. kvartal.

SSB (2014): Overkvalifisering blant innvandrere 2007-2012. Rapporter 2014/28.

Søholt, Susanne, Tronstad, Kristian R. og Bjørnsen, Hilde M. (2014): Innvandrere og sysselsetting i et regionalt perspektiv. En kunnskapsoppsummering. NIBR-rapport 2014:25.

TemaNord 2015: 502. Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon. Kartlegging av innsatser for i Sosialt entreprenørskap og sosial innovasjon i Norden

Thorsen, Kristin og Sten-Erik Clausen (2008): Funksjonshemning, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemning opplever depresjon? Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 1, 2008, side 19-27.

Tronstad, Kristian Rose (2015): Introduksjonsprogram for flyktninger i norske kommuner. Hva betyr organiseringen for overgangen til arbeid og utdanning? NIBR-rapport 2015:2

Tønnesen, Marianne, Astri Syse og Kjersti Norgård Aase (2014): Befolkningsframskrivninger 2014-2100: Hovedresultater. Oslo: SSB.

Tøssebro, J. & Wendelborg, C. (2014): Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overganger. Oslo: Gyldendal Akademisk

Utdanningsdirektoratet. Indikatorrapport 2015. Oppfølging av samfunnskontrakten for flere læreplasser.

Vågeng m.fl. (2015): Et NAV med muligheter. Bedre brukermøter, større handlingsrom og tettere på arbeidsmarkedet. Sluttrapport.

Winsvold, Aina (2011): Evaluering av prosjektet Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge. NOVA-rapport 18/11.

Wollebæk m. fl. (2015): Betingelser for frivillig innsats – motivasjon og kontekst. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Rapport 2015:1.

Ødegård og Sætrang (2015): Integrasjon og nettverksbygging i flerkulturelle lokalsamfunn. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Notat til KS.

Øia, T. (2012): Ung i Oslo. Nøkkeltall 2012. NOVA-notat nr.7/12.

Aasarød, Askild Matre (2015). Ensomhetsparadokset. Morgenbladet. 21.08.2015.

#### **4.1.1 Besøkte Internettsteder**

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Over-700-ordforerkandidater-lover-a-skaffe-flere-lareplasser-8135185.html>

<http://www.akershus.no/Ansvarsomrader/Oppleving/Akershusopplevingen/Den%20gode%20akershus-skolen/IKO-modellen/>

[http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Oppvekst\\_og\\_utdanning/Skole/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Oppvekst_og_utdanning/Skole/)

[http://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Nedsatt\\_funksjonsevne/Arbeid/](http://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Nedsatt_funksjonsevne/Arbeid/)

[http://www.c-mer.no/web\\_publicasjon/Husbanken/Ikke\\_bare\\_BOLIG\\_032014/#/1/](http://www.c-mer.no/web_publicasjon/Husbanken/Ikke_bare_BOLIG_032014/#/1/)

<http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/livskvalitet-og-trivsel-hos-barn-og-unge>

<http://gemini.no/2014/01/matte-bestemmer-fracfall-i-skolen/>.

<http://www.hioa.no/Aktuelle-saker-NOVA-foer-2011/Mindre-ensomhet-i-mellomstore-byer>

<http://www.imdi.no/no/Introduksjonsordningen/Introresultater/>

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Uforetrygd>

<http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/KunnskapMotTrygghetHandle.pdf>

<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/gratis-kiernetid-i-barnehagen-gir-gode-r/id746924/>

<http://www.sivilsamfunn.no/Info/Aktuelt/Mot-en-felles-definisjon-av-tredje-sektor>

<http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgogjen>

<http://www.udir.no/globalassets/upload/statistikk/gjennomforing/gjennomforingsbarometeret-2014.pdf>

<http://www.udir.no/Tilstand/Analyser-og-statistikk/vgo/>

<http://www.udir.no/Tilstand/Evaluering-av-Kunnskapsloftet/Gjennomgang-av-spesialundervisningen/>

<http://www.ungdata.no>

<http://www.utdanningsdirektoratet.no>

[http://www.ostfold-f.kommune.no/stream\\_file.asp?iEntityId=15711](http://www.ostfold-f.kommune.no/stream_file.asp?iEntityId=15711)

## 4.2 Eksempler på kommuner med god praksis

### 4.2.1 Tidlig intervensjon og tverrfaglig arbeid

- Aurskog- Høland kommune har utviklet en interaktiv modell som skal være til hjelp i det tverrfaglige og forebyggende arbeidet i hele kommunen
- Tromsø kommune arbeider etter modellen Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Modellen omfatter alle ansatte i Tromsø kommune som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med barn og unge som har behov for ekstra støtte og oppmerksomhet
- Regional kompetanseplan i Østfold er et eksempel på godt samarbeid på tvers av nivåer og aktører<sup>118</sup>
- I Bergen og Bodø<sup>119</sup> har en etablert et tilbud, DUE (organisert under barnevernstjenesten), som er rettet mot ungdom mellom 16 og 23 år. Ideen bak DUE er at en skal være til stedet der ungdommen er, når de har behov for det. Den enkelte ungdom får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud om tett oppfølging i nærmiljøet. Individuell tilpasning, god tilgjengelighet, brukermedvirkning og godt samarbeid mellom etatene er viktige elementer for å lykkes. Blant annet har fleksibel arbeidstid for koordinatorene vært en forutsetning for å oppnå gode resultater.
- *UNGBO – Stavanger*<sup>120</sup> er et kommunalt ettervernstiltak for ungdom i alderen 16-23 år. Ungdommer som får oppfølging gjennom Ungbo får bistand til å leie leilighet og får i tillegg oppfølgingstjenester. Den enkelte ungdom får en sosialfaglig koordinator, som sammen med ungdommen bestemmer innholdet i oppfølgingen. Ungbo samarbeider med K46, som er et dag-, kveld-, og døgntilbud til unge med rusmiddelproblemer.

### 4.2.2 Tiltak for å styrke inkludering og norskerfardigheter for barn og familier

- Drammen kommune tilbyr *Gratis kjernetid i barnehage*, som er dokumentert som et godt tiltak for å få flere minoritetsspråklige barn i barnehage, siden forskning viser at barn som har gått i barnehage klarer seg bedre på skolen enn barn som ikke har gått i barnehage.<sup>121</sup> Drammen v/bydelene Fjell og deler av Strømsø har siden 2008 vært del av et forsøksprosjekt med gratis kjernetid i barnehage. Det har vært gjort et aktivt rekrutteringsarbeid blant foreldre og erfaringen er at foreldre som har barn i barnehage gjennom redusert betaling eller gratis kjernetid, etterhvert velger å sende barna på heltidstilbud. Et suksesskriterium er at prosjektleder selv har oppsøkt familier som ikke søker barnehageplass. Prosjektet har gitt mange barn muligheten til å omgås barn med andre språk og å lære norsk.<sup>122</sup>

### 4.2.3 Tiltak for å heve kvalitet og resultater i barnehage og grunnskole

- Drammen kommune har iverksatt to store satsinger rettet mot skole og barnehage, Norges Beste Skole (NBS) og Norges Beste Barnehage (NBB). NBS' hovedmålsetting har vært å løfte elevresultater og foreldretilfredshet, og heve Drammensskolens resultater til et nivå over det den sosio-demografiske sammensettingen av befolkningen i Drammen skulle tilsa. NBBs hovedmålsetting har vært å heve kvaliteten på barnehagetilbudet. Begge satsinger er evaluert av Rambøll Management Consulting (2015). Evalueringen viser positive resultater av innsatsene, selv om ikke alle målene er nådd.

---

<sup>118</sup> [http://www.ostfold-f.kommune.no/stream\\_file.asp?iEntityId=15711](http://www.ostfold-f.kommune.no/stream_file.asp?iEntityId=15711)

<sup>119</sup> [http://www.c-mer.no/web\\_publicasjon/Husbanken/Ikke\\_bare\\_BOLIG\\_032014/#/1/](http://www.c-mer.no/web_publicasjon/Husbanken/Ikke_bare_BOLIG_032014/#/1/)

<sup>120</sup> [http://www.c-mer.no/web\\_publicasjon/Husbanken/Ikke\\_bare\\_BOLIG\\_032014/#/1/](http://www.c-mer.no/web_publicasjon/Husbanken/Ikke_bare_BOLIG_032014/#/1/)

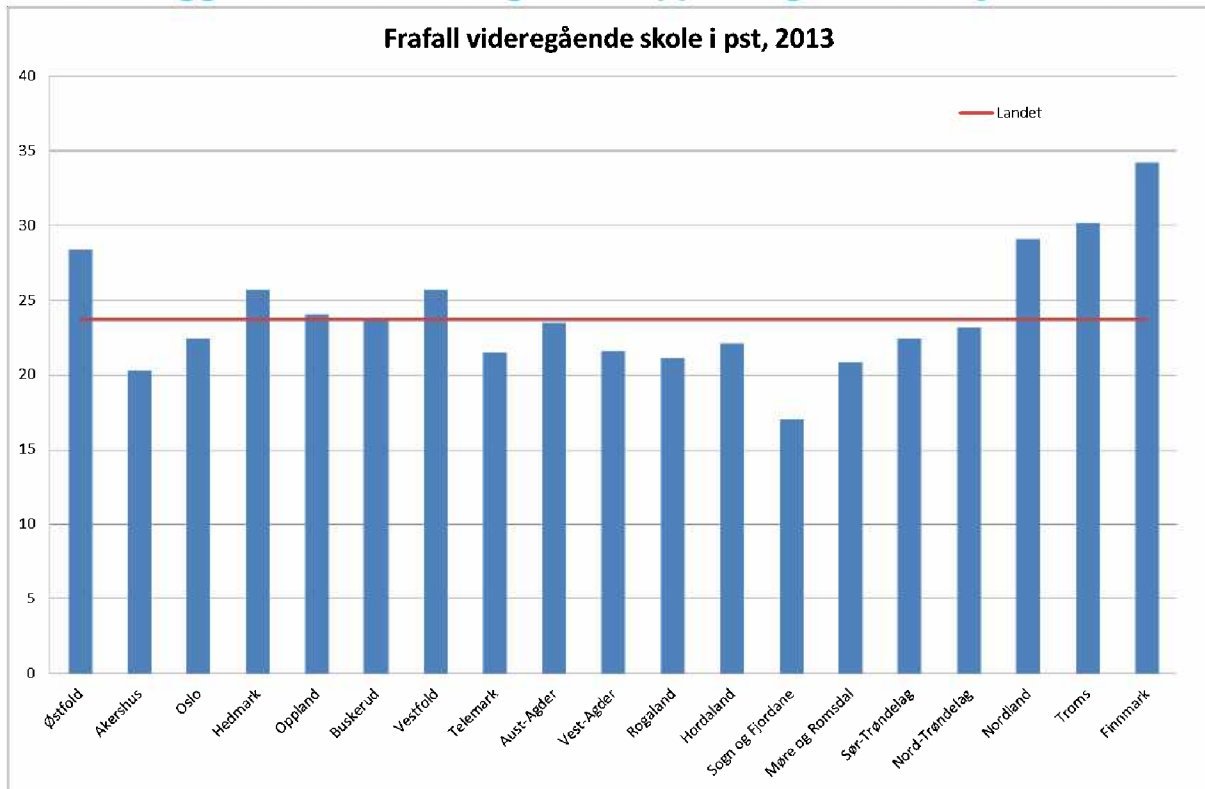
<sup>121</sup> <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/gratis-kjernetid-i-barnehagen-gir-gode-r/id746924/>

<sup>122</sup> Beskrivelse av mangfolds- og inkluderingsarbeidet i Drammen. Internt dokument, tilgjengeliggjort for Rambøll.

#### 4.2.4 Tiltak mot frafall i videregående opplæring

- IKO-modellen som benyttes i Akershus fylkeskommune som er et godt eksempel på at tidlig indentifisering og kartlegging av elever i risiko, samt god oppfølging gir bedre gjennomføring<sup>123</sup>

### 4.3 Vedlegg 2: Frafall i videregående opplæring for hvert fylke, 2013<sup>124</sup>



Se også vedlagte interaktive modell med tall for frafall i VGO (fylkesvis inndeling):<sup>125</sup>



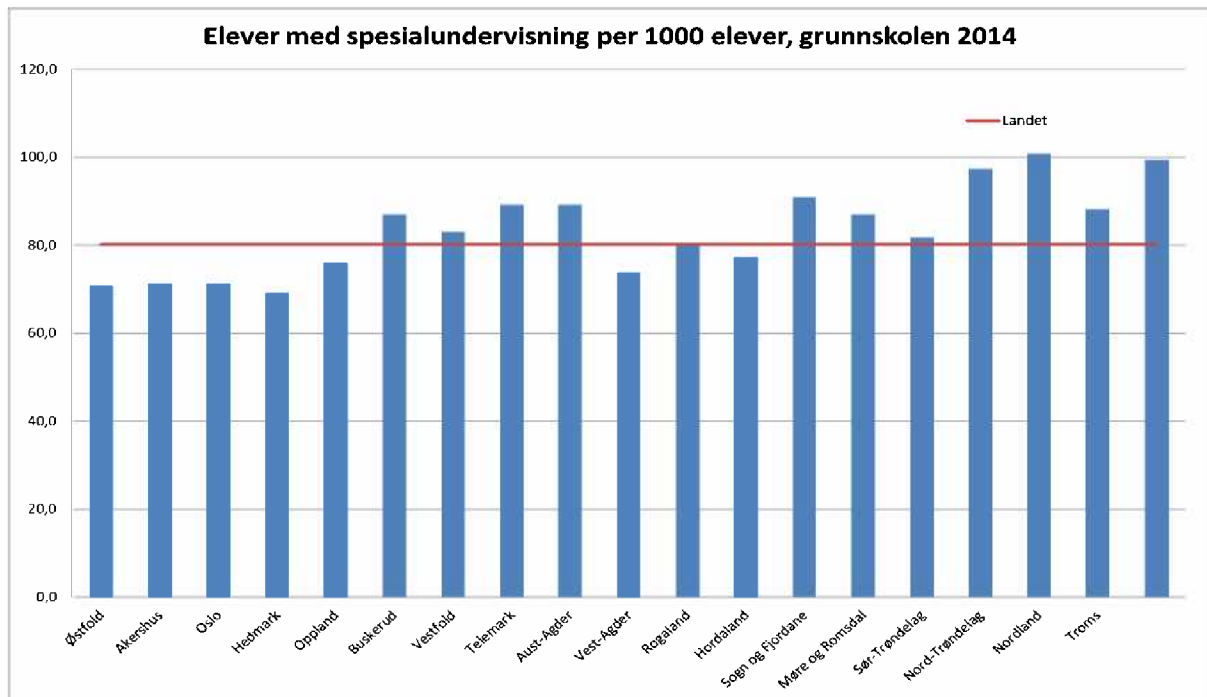
Ekstra -  
Tilleggilustrasjon på t

<sup>123</sup> <http://www.akershus.no/Ansvarsomrader/Oplering/Akershusoppleringen/Den%20gode%20akershusskolen/IKO-modellen/>

<sup>124</sup> Kilde; Utdanningsdirektoratet.

<sup>125</sup> Kilde: KS (2015)

#### 4.4 Vedlegg 3: Andel elever med spesialundervisning i grunnskolen for hvert fylke<sup>126</sup>



Se også vedlagte interaktive modell med tall på andel elever med spesialundervisning (fylkesvis inndeling):<sup>127</sup>



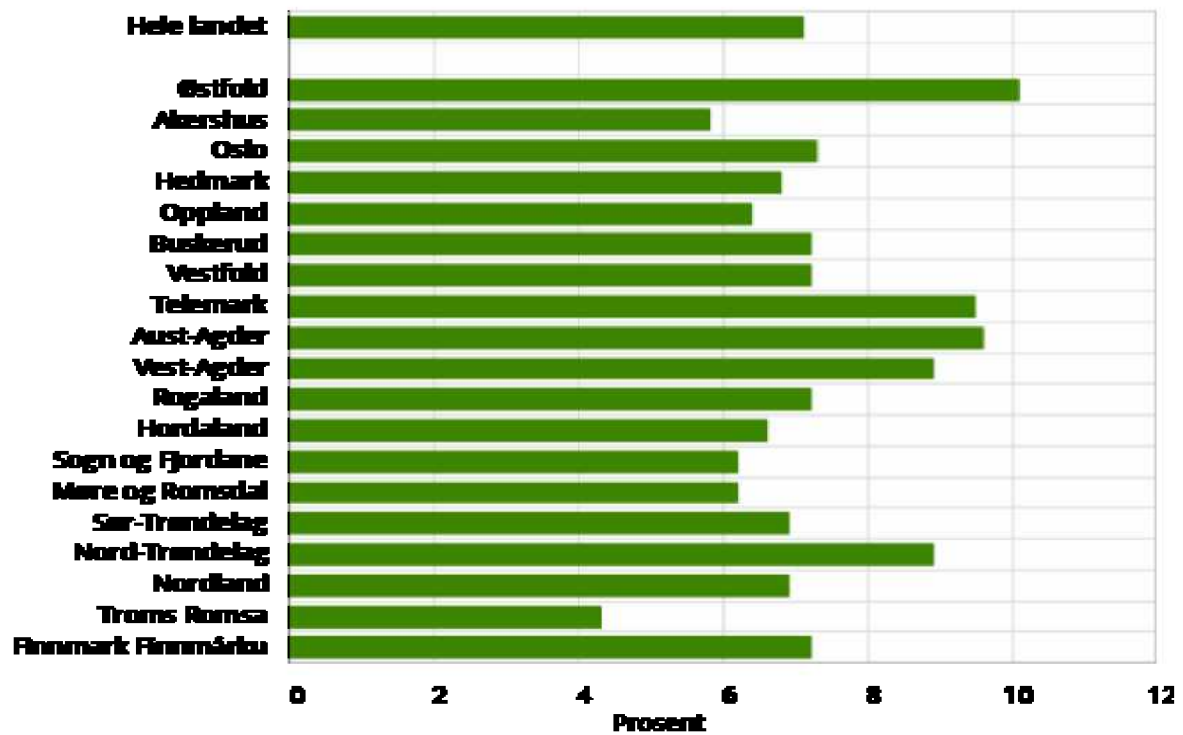
Ekstra -  
Tillegillusstrasjon på t

<sup>126</sup> Kilde: Utdanningsdirektoratet

<sup>127</sup> Kilde: KS (2015)

#### 4.5 Vedlegg 4: Innvandrere og arbeidsledighet etter bostedsfylke<sup>128</sup>

Figur 1. Innvandrere som er registrert arbeidsledige etter bostedsfylke. I prosent av arbeidsstyrken. Utgangen av mai 2015



<sup>128</sup> Kilde: SSB (2015).

## 4.6 Vedlegg 5: Forekomst av psykiske lidelser<sup>129</sup>

**Tabell 5.** Forholdstall i prevalens (kvinner / menn) i norske og internasjonale studier

	Oslo	S og FJ	NCS	ESEMeD	NEMESIS
<i>Livstidsprevalens</i>					
Depressive lidelser	2,36	2,08	1,63	1,92	1,80
Angstlidelser	2,29	2,38	1,59	1,84	1,81
Rusrelaterte lidelser	0,45	0,27	0,51	0,15	0,25
Minst én lidelse	1,11	1,91	0,97	1,30	0,94
<i>12-månedersprevalens</i>					
Depressive lidelser	2,3	2,15	1,66	2,0	1,70
Angstlidelser	2,57	2,62	1,92	2,29	2,0
Rusrelaterte lidelser	0,38	0,31	0,41	0,18	0,25
Minst én lidelse	1,25	2,0	1,26	1,69	1,00

Tolkning: 2 betyr dobbelt så hyppig for kvinner som for menn, 1 betyr lik forekomst, 0,5 betyr halvparten så hyppig for kvinner som for menn

<sup>129</sup> Kilde: Mykletun m.fl. (2009): Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.



## 4.7 Vedlegg 6: Miljømessige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser<sup>130</sup>

### 4.7.1.1 Sosioøkonomisk ulikhet i psykisk helse

- Det er påvist at sosioøkonomisk ulikhet målt gjennom utdanning, yrke, og inntekt har sammenheng med helse og deretter også gjelder for psykisk helse.
- Den sosiale ulikheten i helse i Norge er økende.
- En hypotese hevder at det er de relative forskjellene, snarere enn det absolutte økonomiske nivået som har betydning for helsa og trolig stemmer dette godt overens med data.
- Politiske løsninger for å redusere sosial ulikhet vil trolig indirekte bedre befolkningens psykiske helse.

### 4.7.1.2 Arbeidsledighet og økonomiske konjunkturer

- Det er betydelig større psykiske helseforskjeller blant personer som er i jobb sammenliknet med de som er utenfor arbeidslivet, enn det er mellom ulike yrkesgrupper
- Arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom å tilby daglige rutiner og aktiviteter, sosialt samvær, mening i tilværelsene, inntekt og tilhørighet.
- Siden arbeid i det vesentlige er positivt for den psykiske helsen blir et av de viktigste forebyggende tiltak å opprettholde høy sysselsetting.

### 4.7.1.3 Tilgjengelighet av alkohol som risikofaktor for alkoholrelaterte problemer og lidelser

- Alkoholomsetningen i Norge, og dermed totalkonsumet av alkohol i befolkningen, har ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) økt med 31 % i perioden 1996 til 2007
- Særlig blant unge kvinner har vi sett en økning i forbruk av alkohol
- Alkoholavgifter og tilgjengelighet reduserer alkoholrelaterte problemer og helseskader. Effektive tiltak inkluderer åpningstider, antall og tetthet av utsalgssteder samt type utsalgssted og aldersgrenser.
- I de senere år har alkoholavgiftene ikke økt like mye som medianinntekten (som har økt med 48 % fra 1990 til 2007). Den alkoholforebyggende effekten av avgifter blir derved tilsvarende redusert.

### 4.7.1.4 Fysisk inaktivitet

- Det er en omvendt sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Fysisk inaktivitet øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser
- Fysisk aktivitet er vist å ha en moderat til sterk effekt som behandlingsalternativ for depresjon hos voksne og kan også være nyttig ved angstlidelser, schizofreni, ruslidelser og demens.
- Fysisk aktivitet blant barn kan effektivt økes i skolesammenheng, noe som vil kunne virke forebyggende mot psykiske lidelser
- Mennesker med psykiske lidelser vil ofte trenge støtte og bistand for å gjennomføre fysisk aktivitet

### 4.7.1.5 Samlivsproblemer

- Samlivsbrudd øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser både for voksne og barn. Barn av foreldre som skiller seg har også større risiko for skilsmisse i eget forhold som voksne.
- Omtrent halvparten av alle inngåtte ekteskap i Norge ender i skilsmisse og raten av samlivsbrudd er enda større blant samboere.
- Samlivsbrudd kan i noen grad forebygges ved parterapi for par som allerede har problemer i forholdet
- Det er holdepunkter for at dette også er indirekte virksomme tiltak mot psykiske lidelser.

### 4.7.1.6 Ensomhet

- Opplevelse av lav sosial støtte og ensomhet er en betydelig risikofaktor for psykiske lidelser
- Spesielt blant eldre er det funnet at ensomhet er en svært sterk risikofaktor for depresjon
- Fravær av sosial støtte på jobb er også en risikofaktor for psykiske lidelser
- Mange innvandrere rapporterer at de opplever liten sosial støtte og man finner gjennomgående mer psykiske lidelser blant innvandrere enn blant etnisk norske

<sup>130</sup> Kilde: Mykletun m.fl. (2009): Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper forebygger depresjon og angst ved styrking av mestringskompetanse og reduksjon av belastninger

#### **4.7.1.7 Røyking**

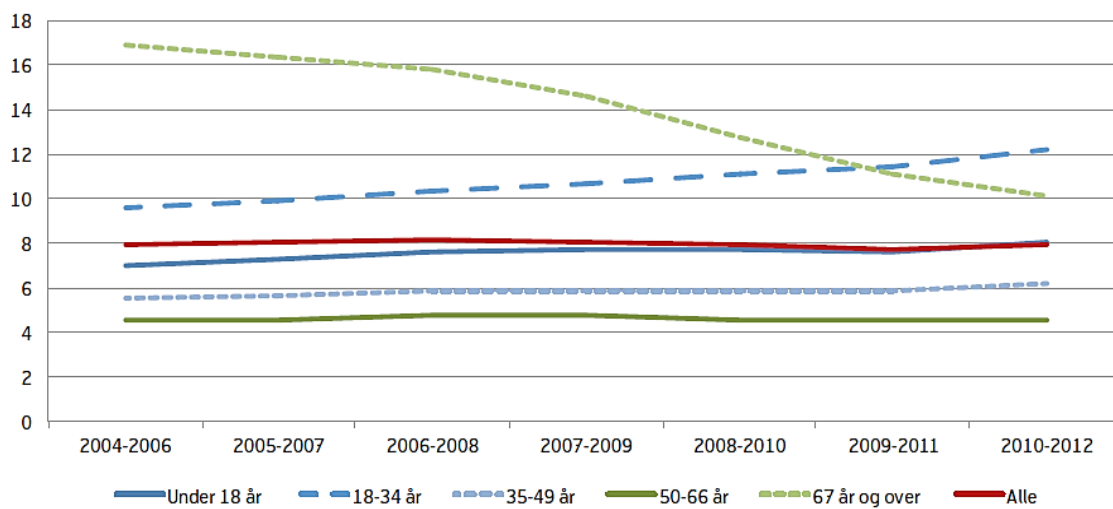
- Det er en assosiasjon mellom røyking og angst og depresjon. Årsakssetningen diskuteres stadig i forskningskretser.
- Enkelte studier konkluderer med at røyking øker depresjon. Selv om det er vanskelig å dokumentere effekt av enkeltstående tiltak, ser forebyggende tiltak mot røyking ut til samlet å ha redusert røyking

#### **4.7.1.8 Opplevelse av misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet**

- Erkjennelsen av at arbeid generelt er helsebringende forsvinner imidlertid ofte i mediereportasjer
- Belastninger i arbeidet utgjør i denne sammenheng for de fleste en svært beskjeden risikofaktor for psykiske lidelser
- Likevel understrekes det at effekten av høye krav i kombinasjon med lav kontroll ser ut til å ha sterkere effekt på grad av psykiske plager enn det summen av disse tilstandene skulle tilsi, altså en samspillseffekt

## 4.8 Vedlegg 7: Andel personer med lavinntekt etter alder<sup>131</sup>

Figur 5. Andel personer med vedvarende lavinntekt etter alder. Treårsperioder. Prosent



<sup>131</sup> Kilde: SSB.

## 4.9 Vedlegg 1:Folkehelseprofil for hver kommune

Folkehelseprofilen er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. Profilen tar for seg indikatorer som har betydning for innbyggernes helse, så som levekår, miljø, skole, levevaner helse og sykdom. Det er mulig å hente ut tall for hver enkelt kommune på: <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0219&sp=1&PDFaar=2015>

Se også vedlagte interaktive modell (ikke uttømmende)med folkehelseprofil for alle kommuner (fylkesvis inndeling):<sup>132</sup>



Modell

folkehelseprofil med u

Vedlagt er også en modell der kommuner kan sammenligne sin folkehelseprofil med andre kommuner på folkehelseområdet. I modellen er det lagt inn kommuner fra ett geografisk område for å illustrere, men kommunenummer kan endres for å oppdatere modellen til valgte kommuner:<sup>133</sup>



Modell

folkehelseprofil komm

---

<sup>132</sup> Kilde: KS (2015)

<sup>133</sup> Kilde: KS (2015)

Arkivsak-dok. 15/01130  
Arkivkode  
Saksbehandler May-Ann Bruun

Saksgang	Møtedato	Saknr
1 Fylkesstyret i Møre og Romsdal	30.09.2015	15/21

**KS MR: Medlemsdialog med temaet "Forebygge utenforskap - inkludere i fellesskapet" til KPT/ LT 2016 (FS)**

---

**Fylkesstyret i Møre og Romsdal har behandlet saken i møte 30.09.2015 sak 15/21**

**Vedtak**

Dette er et viktig samfunnsoppdrag. Styret ber administrasjonene om å sende dette over til kommunen og fylkeskommunen v/rådmennene og be dem legge det frem til orientering i kommunestyrene til drøfting og tilbakemelding. Ungdomspanelet i fylkeskommunen bør også utfordres på dette, særlig det som går på frafallet i videregående skole.

Det var god tilslutning til temaet.