



Vågsøy kommune

Møteinnkalling for Formannskap

Møtedato: 17.10.2012
Møtested: Formannskapssalen, 3. etg. Rådhus
Møtetid: Kl. 15:00 - 18:00

Innkallingen sendes medlemmene og de første varamedlemmer i hver gruppe. Varamedlemmer skal ikke møte uten nærmere varsel. Forfall må meldes til **tlf. 57 84 50 00 eller e-post til post@vagsoy.kommune.no** snarest. Forfallsgrunn må oppgis.

Saksliste

Sak nr.	Sakstittel	
057/12	Godkjenning av møteprotokoll	
058/12	Referatsaker/Orienteringssak	
059/12	Økonomimelding II 2012 Vågsøy kommune	
060/12	Felles samfunnsmedisinsk teneste i Nordfjord	

Måløy 9. oktober 2012

Linda A. Myhre Larsen
tjenesteleder Service



SAKSGANG		
Styre, råd, utvalg m.m.	Møtedato	Saksnummer
Formannskap	17.10.2012	057/12

Endelig vedtak i: Formannskap	Arkivsaknr.: 12/1543	Saksansvarlig: Linda Alice Myhre Larsen
---	--------------------------------	---

Godkjenning av møteprotokoll

Rådmannens innstilling

Møteboken godkjennes som den foreligger.
Møteprotokoll fra møte 26.09.2012 er utsendt tidligere.



SAKSGANG		
Styre, råd, utvalg m.m.	Møtedato	Saksnummer
Formannskap	17.10.2012	058/12

Endelig vedtak i: Formannskap	Arkivsaknr.: 12/1542	Saksansvarlig: Linda Alice Myhre Larsen
---	--------------------------------	---

Referatsaker/Orienteringssak

Rådmannens innstilling

Meldingene tas til etterretning som de foreligger.

Liste over dokumenter til orientering:

Nr	Dok.ID		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	12/10769	I	01.10.2012	Det kongelige kommunal-og regionaldepartement	Stortings- og sametingsvalg 2013 - Tilskudd til informasjonstiltak
2	12/10712	I	01.10.2012	Kommunenes Sentralforbund	Bosetting av flyktninger - en nasjonal utfordring
3.	Salg av Kraftstasjonen				



KOMMUNAL- OG REGIONALDEPARTEMENTET



Du er her: regjeringen.no / [Kommunal- og regionaldepart...](#) / [Informasjons-kampanjer](#) / Tilskudd

Tilskudd til informasjonstiltak ved stortings- og sametingsvalget 2013

Kommunal- og regionaldepartementet vil gi tilskudd til informasjonstiltak ved stortings- og sametingsvalget 2013.

Organisasjoner og andre aktører kan søke om tilskudd til tiltak som de mener kan bidra til å øke kunnskapen om valget og/eller øke valgdeltakelsen. Deler av midlene forbeholdes tiltak knyttet til Stemmerettsjubileet 2013, som skal feire at det er 100 år siden Stortinget vedtok å innføre allmenn stemmerett og da spesielt allmenn stemmerett for kvinner.

Søknadsfristen er 22. oktober 2012.

- [Retningslinjene for tilskudd](#)
- Søknadsskjema for tilskudd [[pdf](#)] [[odf](#)] [[word](#)]

Til landets kommuner v/ordfører og rådmann

Dato: 1.10.2012

Bosetting av flyktninger – en nasjonal utfordring

Kommunesektoren og staten har gjennom mange år samarbeidet for å sikre en rask bosetting av personer som er kommet som flyktninger og asylsøkere til Norge, og som har fått innvilget opphold. Kommunene bidrar gjennom bosetting og praktisk integreringsarbeid, mens staten bidrar med bl.a. finansiell støtte, veiledning og kompetansebygging.

Både kommunesektoren og staten har ønsket å legge til rette for rask bosetting når en flyktning er innvilget opphold. Det er best for den enkelte flyktning. Unødvendig venting i mottak forsinker kommunenes innsats for å integrere den enkelte i lokalsamfunnet, og for å kvalifisere flyktingene for arbeidslivet. For mange kommuner er vellykket bosetting og integrering viktig for befolkningsutvikling og sysselsetting.

Kommunene har de siste årene gjort en stadig bedre jobb med å bosette flyktninger. Kommunene bosatte i årene 2009, 2010 og 2011 nær 6 000 flyktninger årlig. Kommunene hadde ved utgangen av august bosatt 3 400 flyktninger, nær 400 flere enn på samme tid i fjor. Antall familiegjenforente til bosatte flyktninger ble fordoblet første halvår. For 2012 samlet har kommunene, i henhold til IMDi's registrering av svar på anmodningsbrev (senest ved tilleggsanmodningen i mai i år), vedtatt å bosette 5 860 flyktninger. KS og IMDi anslår imidlertid at dette tallet fortsatt vil øke noe, slik at antall bosettingsvedtak for 2012 vil bli over 6 000. Over 80 prosent av plassene er disponert.

Imidlertid er behovet for bosetting økt ytterligere gjennom 2012, og det må antas et bosettingsbehov også for 2013 og 2014 som er klart høyere enn hva som var tilfellet i 2011. Oppdaterte prognoser fra IMDi viser at bosettingsbehovet er på nær 8 000 både i 2012 og 2013. Prognosene tyder på samme høye nivå også i 2014.

Antall bosettingsklare flyktninger i mottak har økt kraftig i 2012. Det er nå 3 400 flyktninger i mottakene med godkjent opphold som venter på å få komme til en kommune. Dette er det høyeste antallet siden 1990-årene.

Hovedårsaken til økningen er at en større andel av asylsøkerne som kommer til Norge har reelt beskyttelsesbehov og innfrir kravene til flyktingstatus. I tillegg kommer at Utlendingsdirektoratet (UDI) fatter vedtak raskere enn tidligere, og i 2012 også har bygget ned restansene. Det økte behovet for å bosette flyktninger, innebærer at også kapasiteten i kommunene må økes til et nytt og høyere nivå.

Kommunene rapporterer at mangel på egnede boliger er det viktigste hinderet for å kunne øke bosettingen opp til det nivået som nå er nødvendig i landet som helhet.

Nasjonalt Utvalg for bosetting og mottak, som er sammensatt av representanter for kommunesektoren og staten, har på denne bakgrunn rettet en henvendelse til Regjeringen og foreslått at rammen for tilskudd til utleieboliger for flyktninger styrkes i 2013 og 2014 og at utmålingen av tilskudd oftere kan være på inntil 40 %.

Husbanken presiserer også at det er midler igjen på årets ramme for tilskudd til utleieboliger. KS, IMDi og Husbanken oppfordrer til full utnyttelse av denne rammen. Selv om maksimalt tilskudd normalt ikke skal overstige 20 % av godkjente prosjektkostnader, har Husbanken anledning til å utmåle tilskudd på inntil 40 % for boligprosjekter med tilknyttede oppfølgingstjenester.

Lokale forhold er avgjørende for hva som vil være den beste løsningen ved bosetting av flyktninger. Virkemidler som er tilgjengelige for å sikre rask og god bosetting, kan være:

- Raskere og høyere utnyttelse av vedtaks plasser i kommunene.
- Langsiktig planlegging av bosettingsarbeidet, med bruk av intensjons- og samarbeidsavtaler med IMDi og Husbanken, flerårige vedtak og kvartalsvis bosetting.
- Aktivt bruk av tilgjengelige tilskudd fra staten som er ment å dekke kommunale utgifter ved bosetting og integrering av flyktninger (integreringstilskudd, norsktilskudd, enslige mindreårige tilskudd, tilskudd for funksjonshemmede, Husbankens boligfinansieringsordninger mv).
- Prioritering av tilskudd til utleieboliger til flyktninger innenfor dagens budsjett.
- Større og mer fleksibel bruk av Husbankens startlån.
- Oppfølging i bolig med fokus på boligkarriere og gjennomstrømming i den kommunale boligmassen.
- Profesjonell bruk av det private leiemarkedet, hvor dette ses som en parallell løsning til bruk av kommunale boliger ved bosetting av flyktninger.
- Enklere husvære/midlertidig innkvartering i kommunene, særlig for enslige voksne som venter på familien.

Mange kommuner benytter allerede et bredt sett av disse tilgjengelige virkemidlene for å legge til rette for en rask og god bosetting. Om ønskelig vil IMDi sitt regionale apparat svært gjerne svare på henvendelser om hvordan disse virkemidlene eventuelt kan benyttes enda bedre i den enkelte kommune.

Dersom din kommune, på bakgrunn av disse opplysningene, ser muligheter for å kunne bosette flere flyktninger enn tidligere vedtatt i løpet av 2012 og 2013, vil det være godt for den enkelte flyktning, og på sikt spare kommunesektoren samlet for økte utgifter. Vi peker i den anledning på at det antall bosettinger som ligger i de enkelte anmodningsbrev, er basert på det beste anslaget for samlet bosettingsbehov og på en fordeling mellom kommuner som er vurdert i et samarbeid mellom KS og IMDi.

Vi ber samtidig om at kommuner som ikke har fattet vedtak for 2012 og 2013, tar hensyn til dagens situasjon og fatter vedtak om å bosette flere flyktninger dersom det er mulighet for dette.

Med hilsen

Geir Barvik
direktør, IMDi

Sigrun Vågeng
adm.direktør, KS

Bård Øistensen
adm.direktør, Husbanken



SAKSGANG		
Styre, råd, utvalg m.m.	Møtedato	Saksnummer
Helse-og omsorgsutvalg	15.10.2012	
Oppvekst- og kulturutvalg	16.10.2012	056/12
Formannskap	17.10.2012	
Kommunestyre	31.10.2012	

Endelig vedtak i: Kommunestyret	Arkivsaknr.: 12/1414	Saksansvarlig: Norvall Bakke
---	--------------------------------	--

Økonomimelding II 2012 Vågsøy kommune

Rådmannens innstilling

Kommunestyret godkjenner rådmannens forslag til økonomimelding II 2012

Aktuelle lover, forskrifter og plandokument

[LOV-1992-09-25-107](#) Kommuneloven – kompl. Lov om kommuner og fylkeskommuner

- [2000.12.15 nr 1423](#): (KRD) Forskrift om årsbudsjett (for kommuner og fylkeskommuner)
- [2000.12.15 nr 1424](#): (KRD) Forskrift om årsregnskap og årsberetning (for kommuner og fylkeskommuner)
- [2000.12.15 nr 1425](#): (KRD) Forskrift om rapportering fra kommuner og fylkeskommuner

31.05.2011: Økonomireglement for Vågsøy kommune

31.05.2011: Finansreglement for Vågsøy kommune

Bakgrunn for saken

I henhold til kommunens økonomireglement rapporteres det pr 2. tertial i budsjettåret 2012.

Saksopplysninger / fakta

Det vises til vedlagt dokument Økonomimelding II 2012 med vedlegg.

Vurdering / konsekvenser

Det vises til vedlagt dokument Økonomimelding II 2012 med vedlegg.

Rådmannen tilrår at Kommunestyret godkjenner rådmannens forslag til økonomimelding II 2012

Journalposter i arkivsaken – uprenta vedlegg

Nr	T	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
26	I	01.10.2012	Vågsøy sokneråd	Vågsøy sokneråd investeringsrapport 2. tertial 2012



SAKSGANG		
Styre, råd, utval m.m.	Møtedato	Saksnummer
Helse-og omsorgsutvalg	15.10.2012	044/12
Formannskap	17.10.2012	060/12
Kommunestyre	31.10.2012	

Endeleg vedtak i: Kommunestyret	Arkivsaknr.: 12/858	Saksansvarleg: Jeanette Jensen
---	-------------------------------	--

Felles samfunnsmedisinsk teneste i Nordfjord

Rådmannen si innstilling

1. Prosjektrapporten Samfunnsmedisinske tenester i Nordfjord 2012, vert teke til vitande
2. Vågsøy kommune vil i prinsippet delta i interkommunal samfunnsmedisinsk teneste for kommunane Vågsøy, Selje, Eid, Gloppen, Hornindal og Stryn.
3. Vågsøy kommune vil vurdere å få prosjektet inn som ein del av økonomiplan for 2013 - 2016. med sikte på oppstart i løpet av 2013.

Aktuelle lover, forskrifter og plandokument

Samhandlingreforma.

Lov om folkehelse

Sjå elles tilvisning til relevant lovverk i kap 1,2 i prosjektrapport

Bakgrunn for saka

Kommunestyra i kommunane Stryn, Hornindal , Gloppen, Eid, Selje og Vågsøy, vedtok våren 2011 å søkje om prosjektmidlar til utgreiing av ei felles samfunnsmedisinsk teneste i Nordfjord. Søknad vart innvilga, kommunane fekk tildelt kr 300.000 til fase 1 i prosjektet.

I desember 2011 vart kommunelege Trond Inselseth tilsett som prosjektleiar. Det blei etablert ei styringsgruppe med Rådmenn frå aktuelle kommunar og ei prosjektgruppe med kommunalsjefar frå kommunane, samt ein fagperson innan miljøretta helsevern. Arbeidet med rapporten vart ferdig medio juni 2012 og vert no lagt fram for politisk handsaming.

Saksopplysningar / fakta

Målsetting for prosjektet:

Hovudmål med prosjektet er ei styrking av arbeidet med samfunnsmedisin i kommunane. Samhandlingsreform og ny folkehelselov set større krav til kommunane sitt arbeid innan samfunnsmedisin. Kommunane skal ha oversikt på helse og miljø i kommunen. Kommunane sitt fokus på samfunnsmedisin har vorte stadig dårlegare dei siste 10 åra. Små stillingar, ofte som bistilling til fastlegefunksjon, har ikkje vore ei god løysing for dette fagområdet. Samarbeid om større einingar kan gje betre kompetanse og meir effektiv sakshandsaming innan dette fagfeltet.

Status i kommunane:

Sjå kap 2,2 i rapporten. Kort oppsummert kan ein sei at kommunen nyttar lite resursar til dette arbeidet og at desse ressursane ikkje vert nytta på ein effektiv måte. Kommunane har dårleg oversikt på aktuelle oppgåver, kompetansenivået er dårleg og det er vanskeleg å få til fagutvikling med mange små stillingar. Den kompetanse som er, er lite integrert i arbeidet med kommunale planar og rutinar. Mykje av dei aktuelle oppgåvene vert ikkje gjort i det heile. Prosjektgruppa meiner etablering av ei eigna felles avdeling med tilsette som har samfunnsmedisin som heiltidsjobb vil gje meir effektive tenester, betre kompetanse og lette rekrutteringa til eit fagfelt, som etter føringar i samhandlingsreforma, skal styrkast dei komande åra.

Oppgåver som eignar seg for felles tenester;8sjå rapporten kap.3.1. og 4.2.

Prosjektgruppa meiner fagområda miljøretta helsevern, smittevern og samfunnsmedisinsk rådgjeving vil vere godt eigna for ei felles teneste.

Prosjektgruppa har vurdert om folkehelsekoordinatorar også burde inngå i ei felles avdeling, men har konkludert med at det bør drivast i den enkelte kommune, nær brukarane og nær samarbeidspartar i offentleg tenester og private organisasjonar. Ei felles teneste bør likevel ha ein samla oversikt på ulike tilbod, bidra med kunnskap og kompetanse, bidra med analyse av statistikk m.m

Økonomiske konsekvensar av framlegg i rapporten.

Framlegg frå prosjektgruppa inneber oppretting av 2,15 årsverk. Det vert vurdert som eit minimum dersom ein skal få etablert eit fagmiljø og klare å rekruttere til stillingane. Samla kostnad er berekna til mellom 2,0 til 2,2 mill kr.

Dersom ein legg til grunn ein samla kostnad på 2 mill kr pr år, vil ein få følgjande fordeling:

Kostnader pr kommune med ein total kostnad på 2 mill /år..						
	Eid	Hornindal	Stryn	Vågsøy	Selje	Gloppen
Fast 25 %	kr 83 333	kr 83 333	kr 83 333	kr 83 333	kr 83 333	kr 83 333
Innbygger 75 %	kr 307 597	62 993	kr 367 580	kr 317 144	kr 146 326	kr 298 360
Sum kommunar :	kr 390 929,85	kr 146 326,28	kr 450 913,24	kr 400 477,38	kr 229 659,61	kr 381 693,65

Av dette er 1,7 til 1,9 mill kr. lønnsutgifter, avhengig av kva lønnsnivå som er naudsynt for å rekruttere samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er rekna ein kostnad på 0,2 mill kr. til andre driftsutgifter. Det er lagt til grunn ein standard fordeling med 25 % fast og 75 % etter folketal. Utgift for den enkelte kommune går fram av kap. 4.5 i rapporten. Det er her lagt til grunn ein kostnad på 2,2 mill kr.

Det må likevel gjerast berekningar i kvar enkelt kommune om det er mogleg å endre avtaler med fastlegar som har samfunnsmedisin som ein del av sin arbeidsavtale.

Organisering.(sjå kap 3.2)

Prosjektgruppa har ikkje brukt mykje tid på kva type samarbeid/organisering ein skal leggje opp til. Det har tidlegare vore drøfta mange typar samarbeid, og ein har konkludert med vertskommunemodell som organisasjonsform. Denne modellen er kjent for kommunane og vil vere godt eigna også til denne type oppgåver.

Vidare arbeid med prosjektet.

I vedteken prosjektplan er det skissert 3 fasar:

Fasar	Oppgåver	Tidsplan	Årsverk	Samhandling s-midler	Midlar frå Fylkesmann og Helse Vest	Eigendel kommunar
Fase 1 Forstudie	Kartleggje, analysere og vurdere utfordringar.	Haut 2011	1,0	0,3 mill		0,1 mill.
Fase 2 Forprosjekt	Planlegge ein modell som kan løyse utfordringane i Nordfjord innafor samfunnsmedisin.	2012	1,0	0,6 mill.		0,2 mill.
Fase 3	Utpøving av aktuell modell i Nordfjord.	Haut 2012, 2013	2,0	1,5 mill.		0,5 mill.
Evaluering	Gjennom fase 3.	Haut 2013				

Det er søkt om prosjektmidler til gjennomføring av fase 2 og 3. Det har ein fått avslag på, slik at vidare arbeid med saka og evt. etablering av ei felles teneste må finansierast av kommunane sjølv. Vidare arbeid med saka bør forenklast i forhold til vedteken prosjektplan. Fase 2 (forprosjekt) bør erstattast med utarbeiding av ein detaljert samarbeidsavtale basert på tilrådingane i rapporten og evt innspel i den politiske handsaminga.

Dersom kommunane gjer vedtak i tråd med framlegg frå prosjektgruppa, bør det arbeidast vidare med ein detaljert samarbeidsavtale mellom kommune med rammer for kva ei felles teneste skal innehalde, styringsform, delegasjon, økonomiske oppgjer, rapportering, evaluering m.m. Denne bør leggest fram til politisk handsaming desember 2012 eller januar 2013.

Vurdering:

Samhandlingsreforma og den nye folkehelselova inneber forsterka forventningar og ansvar på kommunane når det gjeld planarbeid og aktivitet for å fremje folkehelse og jamne ut sosiale helseskilnader. Dette stiller store krav til systematisk og kunnskapsbasert innsats med oppdatert oversikt over helsestatus og utfordringar lokalt. Det inneber fokus på beredskap og på systematisk og samordna oppfølging innafor miljøretta helsevern når det gjeld godkjenning, tilsyn, internkontroll m.m.

Det er vanskeleg å sjå føre seg at mindre kommunar som i Nordfjord, kan klare å følgje opp forpliktinga til å ha robuste, samfunnsmedisinske tenester utan å satse i lag.

Etablering i fellesskap vil sikre rasjonelle tenester med gunstigare utgiftsnivå enn om kvar kommune skal bygge ut tenestene åleine.

Felles tenester vil kunne sikre etablering av stillingsstorleiker som er interessante og som vil gjere rekruttering enklare. Felles tenester er også føresetnad for fagleg fellesskap og aktivitetsomfang som bidrar til kompetanseutvikling og rom for fordjuping.

Det er vanskeleg å argumentere med økonomisk gevinst i høve dagens driftsnivå fordi tenestene pt. er marginale og på ingen måte støtter lova sine krav.

Prosjektgruppa tilrår til at det vert etablert felles samfunnsmedisinsk teneste med 1,15 årsverk. for samfunnsmedisinar i tillegg til 1 årsverk for sakshandsamar i miljøretta helsevern (t.d. utdanna i miljøteknisk/hygieniske fag). Det er lagt til grunn ein vertskommunemodell og lokalisert saman med andre interkommunale tenester på NSH.

Nokre kommunar vil kunne omdisponere ein viss stillingsressurs inn i fellestenesta, medan andre må rekne med netto kostnadsauke tilsvarande heile sin del av utgiftene ved tiltaket.

Vågsøy kommune har tradisjonelt nytt lite ressursar knytt til det samfunnsmedisinske arbeidet. Vi nyttar i dag 20% stilling knytt til samfunnsmedisin. Kommunelege 1 er tilsett i denne stillingsprosenten, det utgjør ca 165 000 kr pr.år. Helsestasjonen utfører i tillegg sakshandsamingsarbeid og praktisk arbeid i felt.

Endeleg budsjett for felles samfunnsmedisinsk teneste vil ikkje vere klar før det har vore forhandlingar med HF om bruk av lokale og tilgang på evt. fellesfunksjonar. Lønsumgiftene utgjør størstedelen av kostnadene og desse går fram av skissert budsjett i prosjektrapporten. Vertskommunen Eid bør utarbeide framlegg til vertskommuneavtale og eit meir detaljert budsjett for tiltaket, jfr. m.a. ny tariffavtale frå 1.05.12.

Dei skisserte kostnadsdelinga mellom kommunane bygger på Nordfjordmalen med 25 % delt likt og 75 % etter folketal.

Under føresetnad av positive vedtak i kommunane, bør kostnaden leggest inn i budsjett / økonomiplan med oppstart tidlegast 2. halvår i 2013.

Ei interkommunal samfunnsmedisinsk teneste er ikkje av så komplisert karakter at det er vurdert å vere trong for eit forprosjekt.

Det må utarbeidast ein detaljert avtale mellom vertskommune og dei andre kommunane. I tillegg må det leggest til retta for delegering av vedtaksmynde frå aktuelle kommunar til rådmann i vertskommune.

Dette arbeidet kan gjerast av styringsgruppe/prosjektgruppe og etter same møteplan som går fram av prosjektplan for fase 2 i arbeidet med ØH senger ved Nordfjord Sjukehus.

Vågsøy



Selje



Eid



Gloppen



Hornindal



Stryn



PROSJEKT SAMFUNNSMEDISINSKE TENESTER I NORDFJORD

Trond Inselseth
Prosjektleder

INNHALD

1	Innleiing	Side 1			
1.1	Bakgrunn for prosjektet	Side 1	2.4	Situasjonen på landsbasis	Side 10
1.1.2	Prosjektgruppe	Side 1			
1.2	Looverk og sentrale føringar	Side 1	3.	Drøfting	Side 11
1.3	Begrepsavklaring og –avgrensingar	Side 3	3.1	Aktuelle samarbeidsområder	Side 11
1.3.1	Samfunnsmedisinsk arbeid i Kommunehelsetenesta	Side 3	3.1.1	Miljøretta helsevern	Side 11
1.3.1.1	Statistisk og epidemiologisk arbeid	Side 3	3.1.2	Smittevern	Side 11
1.3.1.2	Førebyggande medisin, sosialmedisin	Side 3	3.1.3	Samfunnsmedisinsk rådgjeving	Side 11
1.3.1.3	Miljøretta helsevern	Side 4	3.1.4	Folkehelsearbeid	Side 12
1.3.1.4	Helseplanlegging	Side 4	3.1.5	IKT/audiovisuell kommunikasjon/handsaming	Side 13
1.3.1.5	Andre oppgåver som tilfell kommunelege	Side 4	3.2	Organisering	Side 13
1.4	Prosjektgrunnlag	Side 4	3.2.1	Samhandlingsmodell	Side 13
1.5	Begrensingar	Side 4	3.2.2	Styring og kontroll	Side 13
2	No-situasjonen i Nordfjord-kommunane	Side 5	3.3	Økonomi	Side 14
2.1	Regionen	Side 5	3.3.1	Konsekvensar i høve til Ordningar i dag	Side 14
2.1.1	Geografi	Side 5	3.3.2	Sal av tenester	Side 15
2.1.2	Folketal	Side 6	3.4	Lokalisering av tenester	Side 15
2.1.3	Historisk situasjon	Side 6	3.5	Rekruttering	Side 15
2.2	Kommunane sin samfunns- medisinske tenester i Nordfjord	Side 6	4	Tilråding	Side 16
2.2.1	Spørjeundersøkinga	Side 6	4.1	Dimensjonering	Side 16
2.2.1.1	Administrativ organisering i Kommunane	Side 6	4.2	Innhald	Side 16
2.2.1.2	Miljøretta helsevern	Side 7	4.2.1	Miljøretta helsevern	Side 17
2.2.1.3	Smittevern	Side 7	4.2.2	Smittevern	Side 17
2.2.1.4	Folkehelsearbeid	Side 7	4.2.3	Helse i «alt», Helsefagleg rådgjeving	Side 17
2.2.1.5	Medisinsk rådgjenande lege	Side 8	4.2.4	Folkehelsearbeid, rus, psykiatri, Diabetes, etc.	Side 17
2.2.1.6	Pågåande samarbeid	Side 8	4.3	Organisering og styring	Side 18
2.2.1.7	Opplevde utfordringar	Side 8	4.4	Rekruttering/kompetanse	Side 18
2.3	Etablerte samarbeidsstrukturar i Nordfjord	Side 9	4.5	Kostnad og finansiering	Side 19
2.3.1	IKT-arbeid	Side 9	4.6	Lokalisering	Side 20
2.3.2	Legevakt	Side 9	4.7	Igangsetting og utvikling	Side 20
2.3.3	Nettverk for leiing i helse- og sosialsektoren	Side 9	4.8	Evaluering	Side 21
2.3.4	Regionråd	Side 9	5	Nyttige lenker/referansar	Side 21
2.3.5	Samarbeid mot helseføretaket	Side 10	6	Tilvisingar/vedldegg	Side 21
2.3.6	Samarbeid mot fylket	Side 10			

1. INNLEIING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Etter Stortingsløyvinga til samhandlingstiltak i 2011 vart det av kommunane i Nordfjord vedteke å søkje midlar til utgreiing og utprøving av felles samfunnsmedisinske tenester for kommunane Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen og Stryn.

1.1.2 Prosjektgruppe

Prosjektgruppa vart sett saman slik:

Eli-Katrin Kirkeeide	Sakshandsamar miljøretta helsevern	Stryn Kommune
Berit Wetlesen	Helse og sosialsjef	Stryn Kommune
Mary Espe	Helsesjef	Hornindal Kommune
Åse Elin Hole	Kommunalsjef	Selje Kommune
Kari Krogh	Kommunalsjef	Eid Kommune
Rune Engeseth	Kommunalsjef	Eid Kommune
Jeanette Jensen	Konstituert kommunalsjef	Vågsøy Kommune
Ragnhild Eimhjellen	Helse og omsorgssjef	Gloppen Kommune

1.2 Lovverk og sentral føringar

Den nye folkehelselova vart vedteken 24.06.11, og gjeld frå 01.01.12.

Kapittel 2 i lova definerer kommunane sitt ansvar for folkehelsearbeid (§4), og kommunane si pålagde plikt til å ha naudsynt oversikt over helsetilstanda til innbyggjarane, samt oversikt over dei positive og negative faktorane som påverkar denne (§5). Ei slik oversikt skal inngå som grunnlag for all planstrategi (§6) og dermed gje grunnlag for å møte kommunane sine folkehelseutfordringar med naudsynte tiltak (§7).

Kapittel 3 i lova omhandlar miljøretta helsevern som omfattar alle fysiske og sosiale miljøfaktorar som påverkar helse. Kommunane vert pålagde i §9 å føre tilsyn med slike faktorar, eit ansvar som kan delegerast etter vedtak til selskap eller kommunelege.

All verksemd som kan ha innverknad på helsa er underlagd melde- og godkjeningsplikt frå kommuna (§10), eller frå fylkesmannen om verksemda vedkjem fleire kommunar. All verksemd kan krevjast helsemessig konsekvensutgreia av verksemda sjølv (§11) ut frå opplysningsplikt pålagd eigar av verksemda (§12). Verksemda kan granskast av kommune eller delegert styresmakt for verksemda si rekning (§13).

Kommuna kan pålegge retting med tidsfrist (§14), samt tvangsmulkt ved overskriding av frist i pålegg (§15), eller stansing av verksemd (§16).

Å ikkje etterkome avgjerdene kan føre til gebyr (§17) eller straff (§18) med fylkesmannen som klageinstans for vedtak truffe av kommune eller kommunelege (§19).

Kapittel 4 og 5 definerer fylkeskommuna og staten sitt ansvar, medan kapittel 6 pålegg kommunane eventuelt å samarbeide (§26), men etter §27 ha naudsynt samfunnsmedisinsk kompetanse for å ta vare på:

- *samfunnsmedisinsk rådgjeving i folkehelsearbeid*
- *hastevedtak innan miljøretta helsevern, smittevern og helsemessig beredskap*
- *andre delegererte oppgåver.*

Beredskap skal førebuast i samarbeid med fylke og stat (§28), avstemmast internasjonalt (§29) og internkontrollerast (§30) med statleg overoppsyn ved fylkesmannen (§31). Statens Helsetilsyn har overordna fagleg tilsyn og myndighet (§32).

På denne måten skal den vidare samfunnsutvikling vere påverka av ordspråket ”helse i alt”, der folkehelse vert trekt inn i alt planarbeid. Ein gjer merksam på at Helse og Omsorgsdepartementet har offentleggjort ei tipsliste for kommunane (IS 0333) i arbeidet med implementering av den nye lova (sjå vedlegg 1.)

Kommunane sitt behov for samfunnsmedisinske tenester vert elles regulert av:

- *«Lov av 24.06.11 om kommunale helse og omsorgstenester mm.»*
- *«Lov av 02.07.99 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern»*
- *«Lov av 05.08.94 om vern mot smittsomme sykdommer»*
- *«Lov av 23.06.00 om helsemessig og sosial beredskap»*
- *«Forskrift av 27.06.2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene»*
- *«Forskrift av 03.04.2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten»*
- *«Forskrift av 15.12.06 om etablering av tvungent psykisk helsevern»*
- *«Forskrift av 20.12.02 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten»*
- *«Forskrift av 17.06.05 om smittevern i helsetjenesten»*
- *«Forskrift av 21.06.02 om tuberkulosekontroll»*
- *«Forskrift av 23.07.01 om krav til beredskapsplanlegging»*
- *«Forskrift av 25.04.03 om miljørettet helsevern»*
- *«Forskrift av 01.12.95 om miljøretta helsevern i skular og barnehagar»*
- *«Forskrift av 27.07.56 om hygiene ombord i fartøyer»*

Kommunane har vidare ansvar for å føre tilsyn etter forskrift om tobakkskader, badeanlegg og basseng, strålevern, hygienekrav for frisør, tatoverings- og holtakingsverksemd, vassforsyning og drikkevatt, skadedyrtrydding, forureining og avfallshandtering, støy- og luftforureining.

1.3 Begrepsavklaring og avgrensingar

1.3.1 Samfunnsmedisinsk arbeid i Kommunehelsetenesta

Samfunnsmedisin er omtala og definert fleire stadar: omtala i Helsedirektoratet sin rettleiingsserie 4-90: «Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten», «En veileder for Kommunelege I» (IK-2329) og i boka til Øyvind Larsen og medarb. : «Samfunnsmedisin i Norge, teori og anvendelse» (ISBN 82-00-40693-8). Det har vore viktig å skilje samfunnsmedisin frå offentleg legearbeid som fastlegane er pålagde å ta etter Ot.prp nr 99 (1998-99) som omtalar offentlege almenmedisinske oppgåver som helsestasjonsarbeid, sjukeheimsarbeid, skulelegeverksemd og anna.

Den nye fastlegeforskrifta vil truleg endre dette, og den vil åpne for at også samfunnsmedisinske oppgåver kan tilpliktast fastlegane.

Samfunnsmedisin utgjør eit fagfelt der det er viktig å sjå heilhet, ha eit overordna perspektiv og ha oversikt over lover og forskrifter, samt organisering av helseadministrasjon og styring.

Samfunnsmedisin omfattar følgjande arbeidsområder - i mange tilfelle saman med andre kommunale aktørar:

1.3.1.1 Statistisk og epidemiologisk arbeid

- Ha oversikt over sjukdom og død.
- Sjå utviklingstendensar som har helsemessige konsekvensar
- Levere statistiske oppgåver til sentrale styresmakter
- Ha fokus på grupper med trong for spesielle helsetenester
- Masseundersøkingar og helsekontroll av spesielle grupper for å kartlegge sjukdom

1.3.1.2 Førebyggjande medisin, sosialmedisin

- Prinsipp for planlegging av ulike helsetenester
- Prinsipp og metodar for helseopplysning
- Sosialmedisinske problemstillingar som misbruksproblematikk, fysiske og psykiske funksjonshemmingar, uføre og rehabilitering,
- Tiltak mot utsette grupper, overvekt og ernæring, oppvekst. Auka fokus på "frisklivsentral" med lavterskeltilbod til fokuserte grupper.

1.3.1.3 Miljøretta helsevern

- Smittevern med tuberkulosearbeid og pandemi
- Forureiningar i jord, vatn, sjø, luft, stråling, støy etc.
- Kjemiske, fysiske og biologiske miljøfaktorar
- Sosiale miljøfaktorar som bumiljø, trafikk, nærmiljø m.m.
- Hygiene og helseforhold knytt til bygningar og bustadar, offentlege institusjonar
- Internkontroll

1.3.1.4 Helseplanlegging

- Planlegging, gjennomføring og evaluering av helsetenester
- Beredskapsarbeid
- Gje premissar i samfunnsplanlegging, arealplanlegging og anna planarbeid.

1.3.1.5 Andre oppgåver som tilfall kommunelegen

- Medisinsk fagleg rådgjeving
- Undervisning, rettleiing, tilsyn og opplæring av helsepersonell
- Deltaking i kommuna sitt Samarbeidsutval i fastlegeordninga
- Fatte vedtak om tvungen undersøking etter Lov om psykisk helsevern §3.1

1.4 Prosjektgjennomføring

Prosjektplanlegging starta etter at prosjektleiar vart tilsett 15.11.2011 og er meint avslutta innan utgangen av mai 2012. Det har vore planlagde månadlege møter mellom prosjektleiar og styringsgruppa.

Politisk handsaming i deltakande kommunar vil avgjere den vidare utvikling av prosjektet.

1.5 Begrensingar

Omgrepet samfunnsmedisin omfattar ikkje offentlege legeoppgåver som kan påleggast fastlegane i den einskilde kommune. Dette gjeld oppgåver som helsestasjonslege, skulelege, rettleiing turnuskandidat, tilsynslegeverksemd og liknande.

All kurativ legeverksemd ligg til fastlegane.

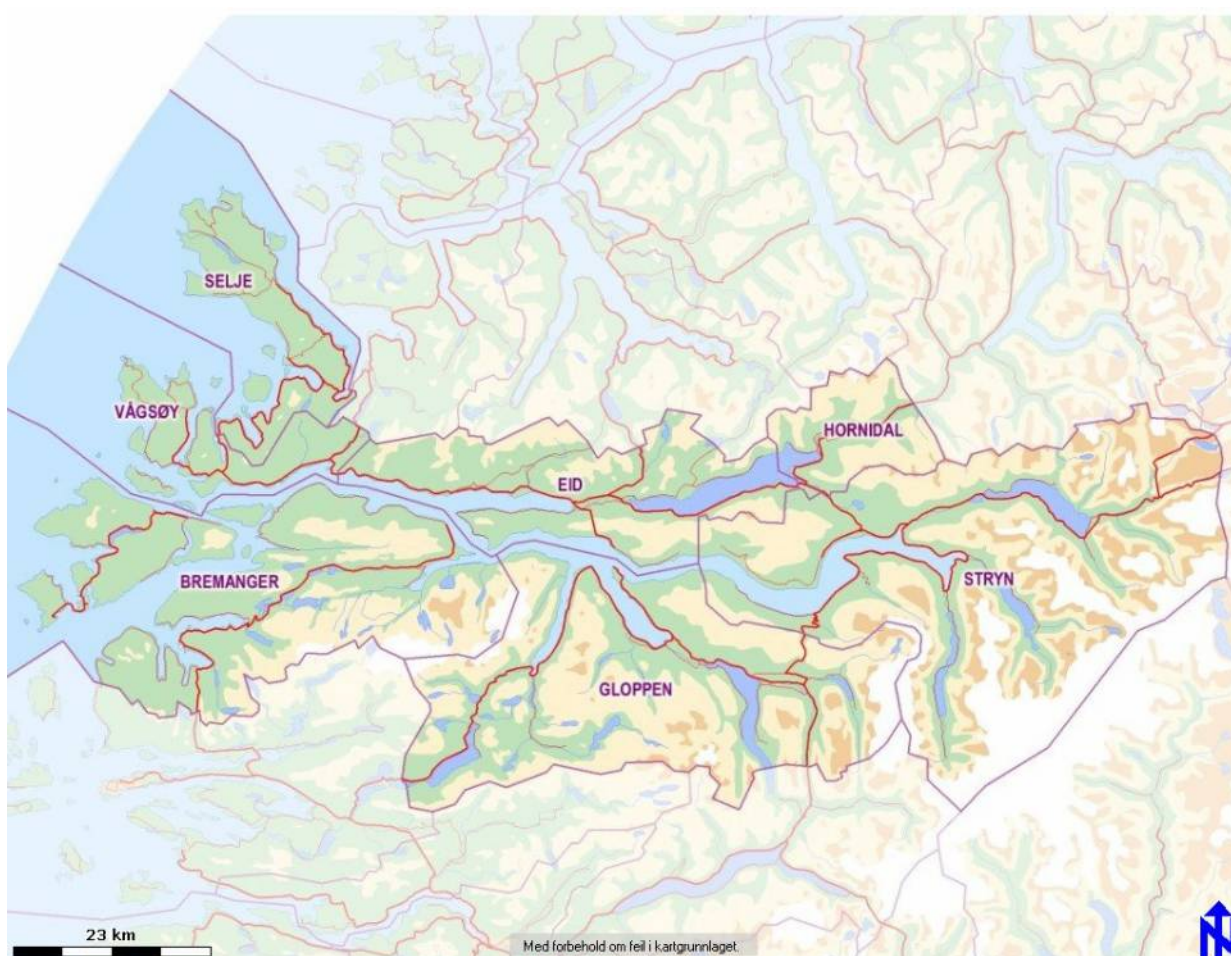
Legevakt er ein del av kurativ legeverksemd.

Organisering og dimensjonering av tenestene over må utførast ut frå medisinsk-fagleg vurdering og rådgjeving.

2. NO-SITUASJONEN I NORDFJORDKOMMUNANE

2.1 Regionen

2.1.1 Geografi



Regionen er avgrensa av fylkesgrensa mot Møre og Romsdal i nord og inneheld 7 kommunar som omkransar Nordfjord. Bremanger kommune har i denne samanheng valt å orientere sitt samarbeid sørover og er ikkje med i prosjektet.

2.1.2 Folketal

Folketeljing pr 01.01.12 henta frå Kostra.

1439 Vågsøy	6 129
1441 Selje	2 831
1443 Eid	5 950
1444 Hornindal	1 220
1445 Gloppen	5 679
1449 Stryn	7 065
Totalt	28874

2.1.3 Historisk situasjon

I etterkrigstida var det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane eit statleg ansvar, forvalta av Distriktslegen, som var statleg tilsett. Dette vart endra i 1982 ved "Lov om helsestjenesten i kommunene" då desse oppgåvene vart lagt til kommunane ved Kommunelege I. Ettersom samfunnsmedisinske oppgåver ikkje lenger kunne tilpliktast etter Fastlegeforskrifta som kom i 2000, har samfunnsmedisin lidd ei stemoderleg skjebne og i mange kommunar blitt ein salderingspost og eit forsømt aspekt i kommunehelsetenesta.

Dette arbeidet vil no måtte opprioriterast som følge av den nye "Folkehelseslova" beskreve i 1.2

Det skal også nemnast at den nye fastlegeforskrifta truleg åpnar for at fastlegar kan tilpliktast samfunnsmedisinske tenester.

2.2 Kommunane sine samfunnsmedisinske tenester i Nordfjord

2.2.1 Spørjeundersøkinga

I første del av prosjektperioden vart det – ved hjelp av eit spørjeskjema i 3 delar - henta inn data frå deltakande kommunar. Spørjeskjemaet omfatta miljøretta helsevern, smittevern og folkehelse. På grunn av tidsnaud vart det brukt mal frå ei liknande undersøking gjort i Sunnfjord.

Skjemaet viste seg å vere lite tenleg og lite egna for systematisering. Resultata er i nokon grad supplert med seinare førespurnader.

2.2.1.1 Administrativ organisering i kommunane

Når det gjeld miljøretta helsevern er dette organisert under Helse- og sosial, eventuelt med supplerande tenester frå Teknisk. Unntaket er Gloppen der ansvaret for miljøretta helsevern i skular og barnehagar vert teke vare på av utval med leiing frå Oppvekst.

Smittevern er organisert under helse, og er hos alle 6 kommunar ivareteke av smittevernansvarleg lege med noko varierende stillingsprosent og stor variasjon i kostnad.

I dei fleste kommunane er folkehelsekoordinator organisert under helse/omsorg/sosial, men i Eid fristilt i Rådmannen sin stab, og i Vågsøy organisert under Kultur.

2.2.1.2 Miljøretta helsevern

Det er gjennomgåande stor variasjon i ressursbruk og styringsverkty. Fleire av kommunane er utan tilknytta lege. Stryn har den største faste stillingsprosent i høve til miljøretta helsevern og sel tenester til Hornindal og Bremanger. Det føreligg eigen forskrift for skular og barnehagar, og alle kommunar synes å ha oversikt over tilsynsobjekta i denne kategorien, medan det er gjennomgåande manglar i oversikt over tilsynsobjekt utover skular og barnehagar. Samla ressursbruk for dei 6 kommunane vert rekna til 0,7 stillingar med varierende tillegg av legetid.

2.2.1.3 Smittevern

Samtlege kommunar har avtale med ansvarleg smittevernlege i kommunen. Planverk med smittevernplan, pandemiplanar og tuberkuloseplanverk er i sterkt varierende grad oppdatert og samordna anna planverk.

Det er ikkje mogleg å anslå kor stor del av ressursane til samfunnsmedisinske tenester kommunen i dag brukar på smittevern, ettersom dette inngår i 2.2.1.5.

Samtlege av kommunane i Sogn og Fjordane kjøper tenester frå Helse Førde for kr 7,50 pr innbyggjar i form av hygienejukepleietenester som i stor grad gjev eit tilbod til kommunale institusjonar og heimeteneste med prosedyrar, undervisning og infeksjonskontrollprogram. Helse Førde er i dag usikre på om tenesta vil bli vidareført.

For dei 6 kommunane til saman utgjer dette ca. 210.000.

2.2.1.4 Folkehelsearbeid

Det er stor variasjon i den administrative organiseringa av folkehelsearbeidet i Nordfjordkommunane. I Vågsøy ligg ansvaret under Kultur/Næring, i Selje under Familie/Velferd. I Hornindal og Eid ligg ansvaret direkte under Rådmann, medan Gloppen har organisert under Rehabilitering/Koordinering og i Stryn høyrer tenesta under Helse/Sosial.

Det er også ein del variasjon i ressursbruk fordi stillingane knytta til folkehelse oftast er stillingsbrøker med ein eller fleire personar.

Følgande stillingsstørrelsar i dei ulike kommunane:

Gloppen	0,8,
Selje	0,5,
Hornindal	0,3,
Stryn	0,4
Eid	0,4,
Vågsøy	0,5,
Til saman	2,9 stillingar.

I arbeidet med frisklivstilbod er det tilsynelatande bare Gloppen , Stryn og Hornindal som er komne i gang, og av desse er det Gloppen som har kome lengst. I desse kommunane er fysioterapeut ein vesentleg del av staben i folkehelsearbeidet.

2.2.1.5 Medisinsk rådgjevande lege

Alle kommunar utanom Eid har for tida tilsett Kommunelege I eller Kommuneoverlege. Det vil sei at ein formelt har tilknytta lege som medisinsk fagleg rådgjevar. Det er stor variasjon i størrelse på stillingane og grad av definerte oppgåver som er lagt til stillingane.

Stillingstorleiken varierer frå 20 til 50%, der ein i dei minste kommunane også har lagt til offentlege oppgåver som tilsynslegeverksemd og anna.

For dei 6 Nordfjordkommunane er samla kostnader pr. i dag for lege i rein samfunnsmedisinsk teneste nær 2 heile årsverk, til ein samla kostnad av om lag 2 mill. kroner.

I Nordfjordkommunane er desse deltidsstillingane gjennomgåande tilsett av almenlegar som i dei fleste tilfella er spesialist i almenmedisin og har minst 5 års ansiennitet i kommunen. Ingen av legane er spesialist i samfunnsmedisin.

2.2.1.6 Pågåande samarbeid

I dagens situasjon er det minimalt av samarbeid mellom Nordfjordkommunane med omsyn til samfunnsmedisinske tenester. Eit lite unntak er Hornindal som kjøper tenester innanfor miljøretta helsevern frå Stryn kommune.

2.2.1.7 Opplevde utfordringar

Mange av kommunane melder om like utfordringar i høve til fagfeltet

- manglande oversikt over oppgåver
- gjennomgåande liten formalkompetanse
- små deltidsstillingar med varierende og mangelfulle styringssignal, til dels utdatert planverk
- liten støtte og ankerfeste i administrasjon og kommuneorganisasjon
- små og manglande fagmiljø

2.3 Etablerte samarbeidsstrukturar i Nordfjord

2.3.1 IKT-samarbeid

Det har i mange år vore eit utstrakt samarbeid rundt IT-løysingar i Nordfjord, som har resultert i:

- Felles strategiplan for IKT i Nordfjord
- felles fibernett
- det vert arbeidd mot ein felles driftssentral for Nordfjord.
- det vert arbeidd mot fellesløysingar for servere, programvare og lisensar.
- I høve til audiovisuell kommunikasjon skjer det for tida ei rivande utvikling der Helse Førde har vist stor interesse og lokale bedrifter har kompetanse. Prosjekt telemedisin er i gang med fase 1.

Det er rimeleg å tru at utviklinga her også vil kunne lette interkommunal samhandling innafor samfunnsmedisin.

2.3.2 Legevakt

Interkommunalt samarbeid vedrørende legevakt vart etablert første gong i 2004. Nordfjord Legevakt verka i 1 år og omfatta kommunane Vågsøy, Eid, Hornindal og Stryn. Då gjaldt samarbeidet alle tider utanom ordinær arbeidstid.

Nordfjord Legevakt vart på ny etablert hausten 2009, etterkvart kom også Selje med i desember 2010. Ordninga gjeld no natt og helg og er lokalisert på Eid.

Gloppen deltek ikkje i ordninga.

Legevaktsamarbeidet er organisert etter vertskommunemodellen med Eid som vertskommune.

2.3.3 Nettverk for leiing i helse- og sosialsektoren

I mange år har kommunalsjefgruppa innafor helse og sosialsektoren i Nordfjordkommunane hatt faste, månadlege samarbeidsmøter for felles drøftingar av idear, organisering og strategi .

2.3.4 Regionråd

Nordfjordrådet har fungert som samrådingsorgan for Nordfjordkommunane i meir enn 25 år, og etterkvart er samarbeidet formalisert og organisert som faste drøftingsmøter der ordførar og rådmann representerer deltakande kommunar.

2.3.5 Samarbeid mot helseføretaket.

Eksisterande avtale med hygienesjukepleiar i Helse Førde er ein ressurs for samtlege kommunar som på førespurnad får hjelp til opplæring, etablering av rutinar, infeksjonsførebygging og handsaming av vanskelege infeksjonssituasjonar i sjukeheim og aldersinstitusjonar.

Helse Førde har vidare eigen tuberkulosekoordinator som hjelper kommunane med tuberkulosearbeidet, i høve til planverk, opplæring og kartlegging. Helseføretaket sin smittevernlege er lokalisert ved sentralsjukehuset i Førde. Det er etablert samarbeidsorgan og samarbeidsavtala mellom kommunane og HF.

2.3.6 Samarbeid mot fylket

Fylkesmannen og fylkeskommuna har jamlege samlingar og innspel til folkehelsekoordinator og dei som arbeider med folkehelse i kommunene.

2.4 Situasjonen på landsbasis

Blant landet sine ca. 440 kommunar er det meir og meir vanleg å samarbeide om fellesløysingar, også innanfor helsetenester.

Ved siste kjende registrering i 2006, oppga halvparten av landet sine kommunar at dei deltok i interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske tenester. $\frac{3}{4}$ samarbeida om interkommunal legevakt, halvparten samarbeida om folkehelsearbeid, medan berre 17% oppga å samarbeide om andre legetenester eller om pleie- og omsorgsoppgåver.

Det siste talet vil venteleg auke dramatisk med samhandlingsreforma.

3. DRØFTINGAR

3.1 Aktuelle samarbeidsområder

3.1.1 Miljøretta helsevern

Etter kommunelova (2) §28a til 28k kan kommunen delegere oppgåver og utøving av myndighet innanfor miljøretta helsevern til eit interkommunalt organ.

Dette har skjedd ei rekke stader, og i Sogn har det i ei årrekke vore samarbeidd om denne funksjonen slik at 8 kommunar har felles tilsyns- og sakshandsamingsorgan. Funksjonen vert fylt av heiltidstilsett og ordninga synest å fungere bra.

Kartlegginga har gjort det klart at Nordfjordkommunane i liten grad har systematisk og fullstendig oversikt over sine tilsynsobjekt. Best synes situasjonen å vere for skular og barnehagar, som har ein eigen rettleiar(3) for tilsynsarbeidet.

Ei interkommunal teneste vil truleg kunne føre til ein generell kvalitetsauke, einskapleg og betra sakshandsaming, samt auka tryggleik i høve til mulege helsefarer i kommunane.

Ei sentralisering vil truleg gje ei betre og meir robust teneste med fagleg tyngde og støtte i kontakta med samfunnsmedisinar. Det vil vere ein stor fordel å opprette felles mal for søknadar, godkjenningar, journalføring o.l. i Acos Websak.

3.1.2 Smittevern

Smittevern er eit område som bør eigne seg godt for interkommunalt samarbeid og samling på færre hender.

Planverk kan med fordel gjerast felles, der ressursoversikta sjølvstøtt skil seg for dei einiskilde kommunane, men regionale og nasjonale ressursar og retningslinjer er felles.

Praktisk smittevern går i den daglege drifta ut på å hente inn oppdatert informasjon om diagnostisering, behandling, førebygging, evt. preventive tiltak og straksvedtak i høve til aktuelle infeksjonar og potensielle epidemiske tilstandar. Det er svært viktig at ansvarleg smittevernlege har god oversikt over aktuelle kontakter i Mattilsynet, i

Folkehelseinstituttet, og i helseføretaket i sitt arbeid.

Alle legekontor skal vere utstyrt med siste utgåve av Smittevernboka og kjenne plasseringa av netttutgåva på Folkehelsa sine nettsider (vedlegg 2). Alt personale skal vere oppdatert på plasseringa av denne.

Innanfor smittevern er det naudsynt at smittevernlegen er tilgjengeleg i stor grad.

Rådgjeving og rettleiing kan i stor grad skje telefonisk og endå betre audiovisuelt etterkvart som teknologi og praksis er etablert i kommunane. Erfaring i organisering, kriseberedskap, epidemi- og pandemihandtering og ikkje minst i handtering av media, er viktige eigenskapar for ein smittevernlege. Vidare er det viktig å ha kjennskap til den politiske organiseringa og kriseberedskapen i deltakande kommunar.

3.1.3 Samfunnsmedisinsk rådgjeving

I Nordfjordkommunane har medisinsk-fagleg rådgjevar dei siste 10 åra vorte mindre synleg, og i nokre kommunar heilt fråverande og utan lege tilsett i slik funksjon.

Faget samfunnsmedisin er vanskeleg å halde oppdatert i små deltidsstillingar som vert kombinert med travel fastlegepraksis. Kurative oppgåver med meir eller mindre akutte kliniske problemstillingar har ein tendens til å gå framfor administrative oppgåver. Den nye Folkehelselova set klare krav i høve til å ha og faktisk bruke medisinsk kompetanse i samfunnsplanlegging og utbygging.

Begrepet "helse i alt vi gjer" er dekkande for den tenkemåten som ligg til grunn for ny lovgjeving og derav komande kontroll- og tildelingsverksemd frå stat og fylkeskommune. God yrkesutøving krev tid for oppdatering i høve til lovverk og forskrifter, og reflektert tenking i høve til publikasjonar og forskning som vedkjem samfunnsmedisinske problemstillingar. Dette har vore ein sentral problemstilling i høve til utviklinga i samfunnsmedisin dei seinare tiår, og er bakgrunnen for at kommunar samarbeider om denne funksjonen i stadig større grad.

Det er grunn til å tru at kommunane i prosjektet vil kunne ha både økonomisk og praktisk nytte av ei felles oppbygd rådgjevingsteneste.

3.1.4 Folkehelsearbeid

Det er eit aukande fokus på folkehelse . Dette har samanheng med betre kunnskap om livsstilsfaktorar sin innverknad på sjukdom og død hjå innbyggjarane.

Folkehelseinstituttet har nyleg oppretta folkehelseprofilar på alle landet sine kommunar. (vedlegg 3) Databasen er under oppbygging, og verktøyet har førebels ein begrensa verdi i folkehelseplanlegginga.

Vi ser ei utvikling som fylgjer utviklinga i USA og Tyskland med auka forekomst av sukkersjuka, overvekt og sjukdomar som kjem av belastning i takt med ei samfunnsutvikling med ubegrensa tilgang på næringsmidlar og reduserte krav til fysisk anstrengelse. Noreg er i dag blant dei landa i Vesten med minst fysisk aktivitet i kvardagen.

Livsstilsfaktorar vil ha stor innverknad i høve til landet sine utgifter til behandling i åra som kjem, og det er naudsynt å rette fokus mot førebygging av sjukdomar relatert til livsstil og samfunnsutvikling.

Skulen er peika ut som eit satsingsområde og det er allereie på trappene eit endra undervisningsopplegg med auka fokus på fysisk fostring.

Kosthald er også eit definert satsingsområde, men både opplysningsarbeid og avgiftspolitikkk har vist seg utilstrekkelege som verkemidlar så langt. Mykje tyder på at arbeidet med motivering og rettleiing må involvere klient og pårørande og helst strekke seg over tid for å vere verksame.

Psykisk helse har vist seg å vere ein vesentleg årsaksfaktor når det gjeld sjukefråver og legesøking. Sjølvhjelpsgrupper kan vere nyttige og gode lavterskeltilbod som let seg organisere i samarbeid med lokale psykiatriteam. Dei finst likevel sjeldan i den einskilde kommune.

I mange kommunar har ein kome i gang med folkehelsearbeid i frisklivssentralar. I Nordfjord er ein i startgropa og berre i Gloppen har ein kome i gang med konkret organisert tilbod for livsstilsending med strukturert fysisk aktivitet, kosthaldsrettleiing og hjelp til røykeslutt.

Problema dei einskilde kommunar slit med i høve til folkehelsearbeid, er små stillingar med varierende fagleg innhald og lite robuste fagmiljø. Her kan ei interkommunal

overbygging ha sitt potensiale ved å medverke til ideutveksling, fagleg miljø og erfaringsutveksling. Ved å samle dei kommunalt engasjerte under ei felles overbygging vil det vere lettare å få til eit felles fokusert og systematisk arbeid innan folkehelse. Ein vil også i større grad kunne dra nytte av dei gode ressursane som finst i Nordfjord, til dømes førelesarar innan kosthald, ernæring. Det same kan gjelde for inspiratorar i fysisk aktivitet.

Kontinuitet er ein viktig suksessfaktor i folkehelsearbeid. Innsatsen må drivast over tid og få eit solid rotfeste i kommunen. Det må utviklast robuste tilbod, og truleg gjennomgå prøving og feiling.

Med ei interkommunal overbygging vil det vere lettare å kome i gang, oppretthalde og reetablere tilbod i deltakande kommuner. Dermed er ein også mindre sårbar ved personalendringar i den einskilde kommune.

3.1.5 IKT/audovisuell kommunikasjon/sakshandsaming

Det vil vere ein stor fordel med tilgang til sakshandsaming i deltakande kommunar. Dette vil lette arbeidet i høve til distribusjon, førebuing, handsaming og vedtak i den deltakande kommune.

Vidare vil ei utbygging og uniformering av audiovisuell kommunikasjon vere eit vesentleg hjelpemiddel i kommunikasjon mellom den interkommunale instans og utøvande personell i kommunane, noko som vil kunne redusere reiser og tidsbruk i betydeleg grad. Det vil også redusere kravet til gjennomgåande samlokalisasjon for dei ulike delane av den interkommunale samfunnsmedisinske staben.

3.2 Organisering

3.2.1 Samhandlingsmodell

Det har vore utgreidd og forsøkt ulike samarbeidsformer for interkommunalt samarbeid. I samband med den seinaste utviklinga, ikkje minst den nye folkehelselova, er det klart at modellen med vertskommune er den ordninga som peikar seg ut som den mest gunstige. Det inneber at dei involverte kommunane overlet bestemte oppgåver med tilhøyrande avgjerdsmynde til ein annan kommune. Samarbeidet er avtalebasert og likelydande for dei involverte kommunane.

Rådmannen i vertskommuna vil ha arbeidsgjevaransvar og tilsettingsoppgaver i høve til tenesta.

3.2.2 Styring og kontroll

Ei undersøking frå 2006 frå 15 kommuner i 3 regionråd (Helsebiblioteket.no) gjev klare råd om å styrke lokalpolitikarane sin oppleving av kontroll og styring med samfunnsmedisinske oppgåver og løysingar:

- a) Styrke kommunepolitikarane sin kunnskap og informasjon om kommunale oppgåver og interkommunale samarbeidsprosjekt
- b) Jamleg handsame og vurdere omfanget av slikt samarbeid, til dømes ved kommuneval
- c) utvikle styringsmodellen

Ei interkommunal samfunnsmedisinsk teneste bør ha ei interkommunal styringsgruppe, truleg liknande styringsgruppa som for Nordfjord Legevakt. Denne gruppa står for kontakten mellom tenesta og kommunane knytt til den daglege drifta.

Det synest naturleg at tenesta rapporterer årleg for den interkommunale tenesta, i tillegg til direkte kommunikasjon i dagleg arbeid mellom tenesta og den enkelte kommune i sak.

Samla vil dette kunne gje tilfredsstillande styring og kontroll med tenestene.

3.3 Økonomi

3.3.1 Konsekvensar i høve til ordningar i dag

Med den nye Folkehelselova må den einskilde kommune forplikte seg til å ha robuste samfunnsmedisinske tenester. For dei fleste kommunane vil dette medføre behov for ei opprusting, noko som i utgangspunktet vil gje auka kostnader.

Det er liten tvil om at interkommunale fellesløysingar vil kunne gje ein rasjonaliseringseffekt og dermed ei innsparing for den einskilde kommune. Dette gjeld i den grad ein kan lykkast i å skape godt tilgjengelege og tenlege fellesløysingar.

For dei fleste kommunane vil den største gevinsten ligge i kommuneoverlegefunksjonen som omfattar smittevern, delar av miljøretta helsevern og store delar av medisinsk-fagleg rådgjeving. Sjølv om kommunen likevel vurderer det naudsynt med ein eigen kommunal medisinsk fagleg leiar av legetenesta, vil ein kunne forsvare å redusere denne.

Når det gjeld miljøretta helsevern vil denne truleg heilt kunne erstattast av ein interkommunal teneste.

I folkehelsearbeidet er det heilt naudsynt at arbeidet vert utøvd nær innbygarane.

Mosjonstilbod, informasjons- og læringstilbod for identifiserte risikogrupper må etablerast lokalt. Det må etablerast dei naudsynte avtaler mot lokale fysioterapeutar, pedagogar, lag og organisasjonar, og andre personellgrupper som må til for å utvikle dei konkrete tilboda. Eit interkommunalt samarbeid opnar for at ein kan bruke dei beste løysingane i fleire kommunar, ved å bruke eigna førelesarar, inspiratorar og dra vidare på gode idear og erfaringar frå ein kommune til dei andre.

Det kan nemnast at kartlegginga for Sunnfjord og Ytre Sogn nyleg leidde til ei anbefaling om tilsetjing av 1 medisinar (lege) og 3 heile stillingar med høgskuleutdanning for å ivareta sakshandsaming og utgreiing innan folkehelse og miljøretta helsevern for ei befolkning på om lag 50 000.

3.3.2 Sal av tenester

Som kjend er Bremanger den einaste av Nordfjordkommunane som for tida ikkje er med i utgreiing og samarbeid omkring samfunnsmedisinske tenester. Dei kjøper smittevernlege frå Florø, miljøretta helsevern frå Stryn, og har ikkje nokon samla samfunnsmedisinsk teneste.

Dersom Nordfjord skal lykkast i å finne ein robust og velfungerande overbygning bør det kunne vere høve til at omliggande kommunar ynskjer å slutte seg til - dette kan også gjelde mot nord, der Vanylven er mest aktuell.

3.4 Lokalisering av tenester

Avstandane innanfor Nordfjord er på det lengste 109 km frå kommunesentra i Stryn og Selje. Ein kan nå alle kommunesentra innanfor ein og ein halv til to timar med bil, uansett utgangspunkt. Det er derfor ikkje grunnlag for å setje rigide krav til lokalisering av tenestane.

Ut frå tanken om at det skal satsast på eit fagmiljø der ein gjensidig vil tilføre kompetanse og trivsel, er det eit heilt klart ynskje at ein mykje av tida har kontorfellesskap. Ansvar for eigna lokaler vert lagt til den kommune som vert vald som vertskommune.

Om Nordfjordkommunane finn fellesløysingar i lokala til Nordfjord Sjukehus, kan dette vere ein eigna lokalisasjon.

3.5 Rekruttering

Det er sannsynleg at den største utfordringa vert å rekruttere samfunnsmedisinsk kompetanse. Røynsle har vist at det i mindre kommunar har vore vanskeleg å tiltrekke seg spesialist i samfunnsmedisin. Det finst likevel håp om at ein vil kunne tiltrekke seg legar med samfunnsmedisinsk kompetanse og røynsle, og som truleg kan tenkjast å tileigne seg spesialistutdanning undervegs. Lønsverkemidlar må til for å tiltrekke seg naudsynt interesse. Når det gjeld miljøretta helsevern finst det truleg motivert og kvalifisert personell i regionen til å ta stillingar i ei interkommunal teneste.

4. TILRÅDING

4.1 Dimensjonering

Det vert vurdert at dei ønska funksjonar kan fyllast av eit team som inneheld:

1. Fagperson innan miljøretta helsevern i heil stilling. Vedkomande bør vere god på sakshandsaming og systemtenking. Ei slik stilling kan og tilleggast enkelte koordinerande oppgåver innan folkehelse.
2. Lege i heil stilling med samfunnsmedisinsk kompetanse. For å ha naudsynt og ønska kontinuitet og tilgjenge er det å anbefale tillegg av lege i minimum 15% stilling. Denne bør delta i teamet fast ein dag kvar 3. veke for å sikre god informasjonsoverføring. Ein av dagens kommuneoverlegar bør kunne ha ei slik stilling, og stillinga kan leggast til funksjonen som legevaktsjef i Nordfjord Legevakt. Her skal Gloppen ha ei relativ avkortng med omsyn til kostnad.

Prosjektgruppa finn at det i dag ikkje finst rom for å tilsette interkommunal folkehelsekoordinator, men at det på sikt kan bli aktuelt å utvide verksemda med ein folkehelsekoordinator som ein del av eit samfunnsmedisinsk team .

4.2 Innhald

4.2.1 Miljøreretta helsevern

Tenesta må ha som hovedoppgave å

- kartlegge tilsynsobjekt, og godkjenningsstatus i dei deltakande kommunar
- etablere og informere om felles rutiner for søknad og godkjenning av verksemder i høve til respektive lovverk
- vere tilgjengeleg med kontinuerleg rettleiing til søkjande verksemder og kommunale avgjerande instansar i høve til gjeldande lov og forskrift
- gjere naudsynte tilsyn, sakshandsame og fatte naudsynte vedtak
- sikre samordna rutiner for sakshandsaming som lettar oversikt og tilsyn
- halde seg oppdatert i høve til nye krav og avgjerder i høve til kommunane sine forpliktelsar innanfor fagfeltet
- klagesaker skal handsamast i den einskilde kommune før den sendast fylkesmannen

4.2.2 Smittevern

Smittevernarbeidet er rimeleg godt definert og som interkommunalt organisert teneste må det verte fokusert på

- kjennskap til ressursbasar og samarbeidspartar i stat og fylke
- drive praktisk smittevernrettleiing til kommunane
- felles smittevernplan med ressursoversikt for den einskilde kommune som jamleg vert oppdatert
- felles oppdatering av pandemiplan med løysingar tilpassa den einskilde kommune.
- koordinere og skape gode og like rutinar i kommunane sitt tuberkulosearbeid
- naudsynte delegasjonsvedtak må oppdaterast i kommunane
- ansvar for pålegg i høve til smitteverntiltak fell under den interkommunale tenesta

4.2.3 Helse i "alf", helsefagleg rådgjeving

I den nye Folkehelselova vert eit overordna samfunnsmedisinsk perspektiv pålagt kommunane.

I eit interkommunalt samarbeid må hovedoppgavene vere å:

- ha oversikt over folkehelsa i kommunane og faktorar som påverkar denne
- ha oversikt over aktuelle lover og føreskrifter
- ha kunnskap om epidemiologi og statistikk og bruke metodane i samfunnsplanlegging og rådgjeving
- medverke til at naudsynte delegasjonsvedtak vert fatta
- fungere som rådgjevar i høve til utgreiing og handsaming av saker med innverknad på levetilhøve og helse
- praktisk utøve miljøretta helsevern og smittevern etter delegasjon og fatte naudsynte hastevedtak
- fungere som premissleverandør mot folkehelsearbeidet i kommunane og bistå i evaluering
- oppdatere og samordne smittevernplanar i kommunane, gjere dei tilgjengelege for faggrupper og politikarar
- gje innspel til planverk, arealplanlegging, beredskap, katastrofeplan o.s.b.

4.2.4 Folkehelsearbeid, rus, psykiatri, overvekt, diabetes, etc

Folkehelsearbeid må drivast i den enkelte kommune, nær einskildmennesket, og vil berre unntaksvis kunne gje eit tilbod som omfattar meir enn ein kommune. Ei interkommunal teneste må ha som hovedoppgåve å:

- skaffe seg oversikt over dei ulike tilbod som finst
- i samarbeid med den einskilde kommune identifisere målgrupper og hjelpe til å etablere gode og føremålstenlege tilbod
- bruke statistikk, nasjonale føringar, samt vurdering av lokale manglar og behov i sin prioritering
- vere inspirator, pådrivar og formidlar i høve til publikum og det politiske miljø i den einskilde kommune.

- aktivt medverke i erfaringsoverføring mellom deltakande kommunar og medverke til felles utnytting av verdifulle ressursar og idear
- være med i evaluering og kost/nyttevurderingar av ulike tiltak

4.3 Organisering og Styring

Vertskommunemodellen peikar seg ut som organiseringsform.

Den største gevinsten ved interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske tenester vil vere å samle små og fragmenterte stillingar og funksjonar til eit meir robust team og eit fagmiljø som elles ikkje eksisterer i Nordfjord. Fokus for verksemda ligg i deltakande kommunar.

Deltakande kommuner fattar likelydande delegasjonsvedtak som omfattar medisinsk fagleg rådgjeving, smittevern og miljøretta helsevern.

Kommunane si løpande styring skjer gjennom styringsgruppe samansett av fagsjef i deltakande kommune.

Prosjektgruppa finn at det i dag ikkje finst rom for å tilsette interkommunal folkehelsekoordinator. Ein vil tilrå å opprette fysisk base, gjerne sentralt i Nordfjord, med kontorfasilitetar tilpassa det verksemda treng. Sjølv om ein må pårekne stor reiseverksemd, bør det prioriterast å organisere med faste felles kontordagar for heile tenesta.

Kontora vert tilknytta vertskommuna sitt nettverk og har dermed tilgang til interkommunale IT-løysingar

4.4 Rekruttering/kompetanse

Til stillinga innan miljøretta helsevern kan ein tenkje seg høgskuleutdanning innanfor tekniskhygieniske fag, evt. verneingeniør, men like viktig er dokumentert erfaring og kunnskap innanfor feltet. Systematikk og kunnskap omkring kommunal sakshandsaming bør tilleggast vekt.

Lege med samfunnsmedisinsk kompetanse og røynsle er viktig for heilskapen i den interkommunale løysinga. Vedkomande bør ha ein genuin interesse for samfunnsmedisinsk arbeid og ha, vere i ferd med å få, eller vere villig til å utvikle spesialistkompetanse i samfunnsmedisin. Det er også viktig med gode personlege eigenskaper i høve til kommunikasjon og interpersonelle relasjonar.

4.5 Kostnad og finansiering

I utrekinga er det berekna ei løn for lege i heil stilling på kr 1000.000.-. Dette er truleg naudsynt for å rekruttere. Det er teke med kostnad for 1.15 lege og 1 sakshandsamar i miljøretta helsevern. . Sosiale kostnader er tekne med.

Løn	1 550 000
Sosiale utgifter	390 000
Køyregodtgjersle, reise	80 000
Kurs, utstyr	40 000
Husleige	100 000
Totalt	2 160 000

Ved deling av kostnader mellom kommunane, må det takast omsyn til kommunestorleik., men også at alle kommunar vert pålagt ei robust samfunnsmedisinsk teneste. Ein tilrår ei deling der 25% vert delt flatt mellom kommunane, medan resten vert delt etter folketal.

Med ein slik nøkkel vil kostnaden fordele seg slik.

Vågsøy	433.000.-
Selje	248.800.-
Eid	423.900.-
Hornindal	158.500.-
Gloppen	408.600.-
Stryn	486.400.-

Ei oversikt over dagens kostnader i heile tusen innan samfunnsmedisin kan lette oversikta. Dei registrerte kostnadane er ikkje fullstendige, ettersom fleire gjerne har deloppgåver innan samfunnsmedisin i andre stillingar, eksempelvis i helsestasjon og liknande. Desse er ikkje tekne med.

KOMMUNE	MILJØRETTA HELSEVERN	SMITTEVERN MED.FAGLEG RÅDGJEVAR
SELJE	+	140
VÅGSØY	23	140
EID	+	45
HORNINDAL	23	150
STRYN	195	185
GLOPPEN	+	287
TOTALT	241+	947

4.6 Lokalisering

Praktiske tilhøve bør vere avgjerande, ettersom praktisk arbeid vil skje ute i kommunane. Ein sentral geografisk plassering vil ideelt sett vere det beste, og kanskje kan tenesta verte samlokalisert med anna interkommunal verksemd i ledige lokaler ved Nordfjord Sjukehus. Ein førespurnad til Helse Førde kan avklare om areal kan vere disponible for utleige.

Det er naudsynt at alle kommunane som er med, planlegg og legg til rette for kontorplass som tenesta kan bruke på tilfeldig eller regelmessig basis i den einskilde kommune.

4.7 Igangsetting og utvikling

Dersom prosjektet vert vedteke av kommunane, er det heilt naudsynt at arbeidet i hovudsak vert drive fram av ei styringsgruppe der alle kommunane er representerte. Gruppa kan vere lik styringsgruppa for Nordfjord legevakt, men med tillegg av representant frå Gloppen.

Det må avgjerast kven som skal vere vertskommune, stillingar må utlysast, og kontorlokaler fastleggast. Styringsgruppa fastset arbeidsavtaler, og tilsetjingar vert gjort av vertskommuna.

Ordninga bør kunne vere verksam frå 2013.

Det bør påleggast verksemda ei årleg rapportering med verksemdoversikt i høve til styringsgruppa, samstundes som det vert delegert i høve til styringsgruppa å fatte administrative avgjerder for verksemda i kontinuerleg drift.

Samarbeidet bør binde deltakande kommunar i evalueringsperioden, og seinare for kommunevalgperioden.

4.8 Evaluering

Verksemda bør verte evaluert og handsama politisk med faste mellomrom, fyrste gong etter 3 år og deretter ein gong kvar kommunevalperiode.

5. Nyttige lenker / referanser

5.1. [LOV-2011-06-24-29](#) Folkehelseloven. Folkehelsearbeid (folkehelseloven) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (2011-06-24)

5.2 [FOR-1995-12-01-928](#) Forskr om miljørettet helsevern i skoler mv. Miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. (1995-12-01)

5.3 [FOR-2003-04-25-486](#) Forskrift om miljørettet helsevern. Miljørettet helsevern Forskrift om miljørettet helsevern (2003-04-25)

5.4 Folkehelsa. <http://www.fhi.no/>

5.6 Helsebiblioteket avd. samfunnsmedisin
<http://www.helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse>

5.7 Anders Smith: Interkommunalt samarbeid om Helsetjenester Feb. 07

5.8 Samfunnsmedisin v Larsen/Alvik/ Hagestad/Nylenna Gyldendal 2008 ISBN 978-82-05-34459-4

6 Tilvisingar / vedlegg

1. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/folkehelse-og-kommuneplanlegging-moment-og-tipsliste/Sider/default.aspx>

2.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=6034:0:15,5076:1:0:0:::0:0

3.

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=6034:0:15,5076:1:0:0:::0:0