

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2011-2015) d. 25-09-2012

Mødedato Tirsdag d. 25. september 2012 kl. 14:00

Mødested Rådhuset

Indholdsfortegnelse

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 20.08.12 til godkjenning.....	3
Legatstyrets protokoll fra møtet 20. august til godkjenning.....	5
2. tertialrapport - helse- og sosialsektoren.....	7
Omsorgsboliger og sykehjem som OPS-prosjekt.....	36
Tilbud på drift av statlig mottak.....	42
Bosetting av flyktninger 2013.....	48
Helse- og sosialsektorens arbeid med utviklingsarbeid, innovasjon, forskning og kompetansebygger	61
Kommunal planstrategi for Kristiansand 2013-2015 - tillegg til formannskapsak 68/12.....	63
Elektromagnetiske felt, helse og lokal forvaltningspraksis.....	67
Gjennomgang av bolig og bygningsmassen.....	74
Torridalsveien Aktivitetshus, dagsenter- og avlastningstilbud for personer med utviklingshemming.	80
Mandat for rullering av "Plan for psykisk helsearbeid" og "Rusmiddelpolitisk handlingsplan".....	83
Beredskap og drift av overgrepsmottak ved Kristiansand legevakt.....	86

Punkt 38/12: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 20.08.12 til godkjenning

Bilag

hs pro 21 august 2012



Dato: 14.09.12
Saksnr.: 201201676-24
Arkivkode E: 033
Saksbehandler: Carol Reinertsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
25.09.2012

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 21.08.12 til godkjenning

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 21. august godkjennes

Tor S.Utsogn
leder

Carol Reinertsen
hovedutvalgssekretær

Trykte vedlegg: helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 21. august

Punkt 39/12: Legatstyrets protokoll fra møtet 20. august til godkjenning.

Bilag

legatstryreprotokoll 21 august 2012



Dato: 14.09.12
Saksnr.: 201201676-25
Arkivkode E: 033
Saksbehandler: Carol Reinertsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
25.09.2012

Legatstyrets protokoll fra møtet 21. august til godkjenning.

Forslag til vedtak:

[Legatstyrets protokoll fra møte 21. august godkjennes](#)

Tor S. Utsogn
Leder

Carol Reinertsen
hovedutvalgssekretær

Trykte vedlegg: legatstyrets protokoll fra møtet 21. august

Punkt 40/12: 2. tertialrapport - helse- og sosialsektoren



Dato: 13. september 2012
Saksnr.: 201205843-2
Arkivkode E: 212
Saksbehandler: Tore Bersvendsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
25.09.2012

2. tertialrapport - helse- og sosialsektoren

Sammendrag:

Helse- og sosialdirektøren legger med dette fram 2. tertialrapport. Rapporten er inndelt i tre hovedområder – rapportering på økonomiperspektivet, medarbeiderperspektivet samt arbeidsprosesser og kvalitet. Rapporten inneholder også rapportering på vedtatte periodemål for handlingsprogrammet 2012 – 2015.

Innenfor økonomiperspektivet fokuseres det på prognoser for den økonomiske situasjonen ved utgangen av året fordelt på sektorens hovedtjenester. Relevante volum og aktivitetstall er presentert, samt forslag til budsjettreguleringer og status for investeringsprosjekter og disposisjonsfond.

Sektoren prognostiserer balanse ved årets slutt. Det er spesielt merinntekter knyttet til ressurskrevende brukere og besparelser på strøm som bringer sektoren i balanse.

	Beløp
Helsetjenesten	- 1 000 000
Barneverntjenesten	-3 000 000
Sosialtjenesten	-3 000 000
Pleie- og omsorgstjenesten (inklusive bygg)	-2 400 000
Ressurskrevende brukere (ikke fordelt)	4 500 000
Administrasjon	4 900 000
Samhandlingsreformen	0
Prognostisert resultat 2012	0

Det er fortsatt utfordringer i sektoren, og da først og fremst hos barneverntjenesten og sosialtjenesten.

Barnevern opplever økt press og behov for flere tiltak utenfor hjemmet. Dette kombinert med at utgiftene til fosterhjem øker gjør det vanskelig å drive i balanse.

Sosialtjenesten har i 2012 store sparekrav knyttet til økonomisk sosialhjelp. Det er en utfordring for tjenesten å imøtekomme disse kravene.

Pleie- og omsorgstjenestene er sammensatt. Her er det fortsatt utfordringer knyttet til enkelte sykehjem og soner som i 2011 hadde et stort underskudd. Ellers består det forventede merforbruket på denne tjenesten av tunge brukere og økte taxiutgifter. Kjøkkenservice kan melde om et forventet overskudd på 1,2 mill. kr.

Helsetjenesten opplever tunge brukere innenfor psykiatri som i all hovedsak forklarer det forventede merforbruket

Etter flere tiltak samt at rådmannen bistår med 13,1 mill. kr. er det forventet at sektoren ved utgangen av året har saldert alle de negative disposisjonsfondene. Den forventede samlede saldoen for disposisjonsfond ved årets slutt er da 8,2 mill. kr. Dette er i all sak positive bundne fond. Med dette betyr det at sektoren har klart å korrigere seg på en god måte før man går inn i 2013 og ny organisasjon.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret tar den fremlagte saken til etterretning.
2. Helse- og sosialstyret vedtar de omtalte budsjettreguleringer.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Tore Bersvendsen
Økonomirådgiver

Trykte vedlegg: Ingen

Utrykte vedlegg: Ingen

INNHALDSFORTEGNELSE

BAKGRUNN FOR SAKEN	4
1.1 Rammeendringer i sektoren fra 2011 til 2012.....	4
1.2 Prosjekt «Omstilling og utvikling 2013».....	5
2. RAPPORTERING PÅ ØKONOMIPERSPEKTIVET	6
2.1 Helsetjenester.....	6
2.2 Sosialtjenester	6
2.2.1 Antall sosialhjelpsmottaker	6
2.2.2 Kvalifiseringsprogram (KVP).....	7
2.2.3 Utfordringer/prognose.....	8
2.3 Barneverntjenesten	8
2.3.1 Aktivitetstall for barneverntjenesten.....	8
2.3.2 Økonomisk situasjon i barneverntjenesten.....	9
2.4 Pleie- og omsorgstjenester.....	9
2.4.1 Omsorgsenhetene	10
2.4.2 Bygg/strøm.....	12
2.4.3 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA).....	12
2.4.4 Omsorgslønn	12
2.4.5 Psykiatritjenester	12
2.4.6 Tjenester for utviklingshemmede.....	13
2.4.7 Kjøkkenservice.....	13
2.5 Administrasjon/Ressurskrevende brukere.....	14
2.6 Samhandlingsreformen	14
2.7 Kompensasjoner/trekk i budsjettammen for helse og sosial	14
2.8 Samlet prognose for sektoren	15
2.9 Disposisjonsfond	15
2.10 Budsjettreguleringer	16
2.11 Investeringer/etableringslån	16
2.11.1 Saldo etableringslån	18
2.11.2 Investeringer som forslås avsluttes i 2. tertial 2012.....	18
3. RAPPORTERING PÅ MEDARBEIDERPERSPEKTIVET	19
3.1 Sykefravær	19
3.2 HMS-avvik	19
3.3 Rekruttering	19
4. RAPPORTERING PÅ ARBEIDSPROSESSER OG KVALITET	20
4.1 Kvalitetsavvik.....	20
4.2 Tjenestefokus	20
4.3 Tilsyn	21
5. PERIODEMÅL VEDTATT I HP 2012 – 2015	21
5.1 Arbeidsgivervirksomhet	21
5.2 Omsorgstjenesten	22
5.3 Tjenesten for utviklingshemmede og sterkt funksjonshemmede.....	24
5.4 Helsetjenesten.....	25
5.5 Barnevernstjenesten.....	26
5.6 NAV Kristiansand	27
5.7 SOFOT	28

BAKGRUNN FOR SAKEN

Sektorens netto totale driftsbudsjett i 2012 er på 1,6 mrd. kr., og er med det Kristiansand kommunes største sektor med hensyn til både økonomiske midler men og i antall ansatte. Sektorens budsjett for 2012 har økt med 10 % sammenlignet med 2011. Det skyldes blant annet at sektoren har blitt tilført friske midler, men hovedgrunnen til økningen er knyttet til sektorens betalingsansvar knyttet til de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen og lønnsvekst.

Tabellen nedenfor forteller hvordan vedtatt budsjett for 2012 fordeles på de ulike tjenestene.

	Budsjett i tusen kr	Budsjett i prosent
Pleie- og omsorgstjenester	1 013 759	63,0 %
Sosialtjenester	231 179	14,4 %
Helsetjenester	134 301	8,3 %
Barneverntjenester	104 422	6,5 %
Samhandlingsreformen	86 670	5,4 %
Fellestjenester/administrasjon	39 400	2,4 %
Helse- og sosialsektoren	1 609 731	100 %

I kapittel 2 blir økonomien til sektoren pr. 2. tertial gjennomgått og prognose for resultatet ved årets slutt blir også presentert. Sektoren har en totalramme på over 1,6 milliarder kroner og utfører mange ulike tjenester. Dette medfører at det er krevende å prognostisere et årsresultat siden det fort kan skje uforutsette endringer. Det er også en usikkerhet knyttet til lønnsoppgjøret for 2012 om sektoren får kompensert for hele oppgjøret. Grunnen til at dette er en ekstra usikkerhet pr. 2. tertial er at selve etterbetalingen av oppgjøret for kapittel 4 lønnsinntakere skjer i september. Dette er en måned senere enn ved vanlige oppgjør, slik at sektoren ikke får noe spesiell oversikt over dette pr. 31. august. Rapporten inneholder også rapportering på sektorens periodemål i handlingsprogrammet 2012 – 2015.

1.1 Rammeendringer i sektoren fra 2011 til 2012

Rammen for 2012 er beskrevet i vedtatt handlingsprogram for 2012 - 2015. Hovedendringene innenfor de ulike hovedtjenestene er sammenfattet nedenfor.

Pleie- og omsorgstjenester:

Består av hjemmebaserte tjenester, institusjonstjenesten og tjenester for utviklingshemmede.

- Styrking av hjemmebaserte tjenester med omlag 18 mill. kr. årlig fra 2012. Av disse er 7,4 mill. kr. bystyrets bevilgning, resterende 10,6 mill. kr. er omdisponering av sektorens midler.
- Reduksjon av budsjett på 2,5 mill. kr. knyttet til omstrukturering av spesielle tilbud knyttet til boliger med særlig krevende brukere ble disponert til hjemmetjenester.
- Reduksjon av budsjett knyttet til omorganisering av tjenesten til LAR-brukere på 0,75 mill. kr.
- Reduksjon av budsjett på 0,8 mill. kr. knyttet til effektivisering av drift i bofelleskap.
- Reduksjon av budsjett på 0,6 mill. kr. som følge av lavere kostnad knyttet til tjenestebiler.
- Bevilgning av midler til drift av 12 boliger og 9 dagsenterplasser for personer med utviklingshemming fra 2012.
- Bevilgning på 0,3 mill. kr. til forprosjekt (i 2012) hvor det legges opp til en anbudskonkurranse for å bygge et nytt sykehjem som OPS-prosjekt innen utgangen av 2015 med drift fra 2016.
- Reduksjon av budsjett til tjenestene for utviklingshemmede på 3,8 mill. kr. årlig som følge av statsbudsjettet. Staten har vedtatt nedvekting av UH-kriteriet i det

kommunale inntektssystemet, og overføring av posten til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester i 2012.

- Kompensasjon for merutgift til strøm 1,5 mill. kr. årlig fra 2012.
- Reduksjon av budsjett knyttet til sparekrav som følge av ENØK-tiltak (strøm) på -1,24 mill. kr. i 2012 og -2,72 mill. kr. årlig fra 2013.
- Reduksjon av budsjett knyttet til ekstraordinære tiltak i psykiatrisolger med -0,9 mill. kr. årlig.
- Reduksjon av budsjett på 0,3 mill. kr. knyttet til omorganisering av støttekontaktordning.

Helsetjenester:

- Kompensasjon for merutgift knyttet til befolkningsvekst og fastlegeordning (procapita) på 0,4 mill. kr. årlig.

Barnevern:

- Bystyret bevilget 0,55 mill. kr. til et årsverk i Ungdomsteamet i barneverntjenesten knyttet til samarbeid med politiet. Dette videreføres fast fra 2012.
- Merinntekt på 1 mill. kr. knyttet til vertskommunekompensasjon for statlig mottak foreslås disponert til omsorg og barnevernsformål.

Felles tjenester:

- Reduksjon av budsjett med -1,0 mill. kr. knyttet til effektivering av prosjekt "tidlig innsats".
- Reduksjon av budsjett som følge av sparetiltak knyttet til tjenestebiler -0,6 mill. kr. årlig.

Sosialtjenester:

- Bystyret har bevilget tilskudd til organisasjoner utover det som ble foreslått i handlingsprogrammet.

NAV:

- Reduksjon av budsjett med -4,2 mill. kr. knyttet til finansiering av kvalifiseringsprogram (KVP), som følge av statsbudsjettet.
- Reduksjon av budsjett til økonomisk sosialhjelp/introduksjonsprogram med -5,4 mill.kr i 2012.

Samhandlingsreformen:

- Økt budsjett med 89,7 mill. kr. som følge av statstilskudd knyttet til samhandlingsreformen. 3 mill. kr. av disse samhandlingsmidlene er overført til hjemmetjenester.

Justeringer vedtatt i 1. tertial 2012:

- Styrkning av budsjettet til sosialtjenesten grunnet prognostisert økte inntekter knyttet til integreringstilskudd på 2,3 mill. kr.
- Engangsbevilgning for psykososial oppfølging for 2011 og 2012 grunnet 22. juli terroren på til sammen 2,4 mill. kr.
- Dekning av merutgifter knyttet til prosjektet «Omstilling og utvikling 2013» på 0,6 mill. kr.
- Økt investeringsbudsjett på 1 mill. kr. til dekning av ombygging av NAV-mottak i Gyldengården.

1.2 Prosjekt «Omstilling og utvikling 2013»

Helse- og sosialdirektøren har igangsatt et omstillingsprosjekt som skal ruste sektoren til å møte fremtidens utfordringer. Bakgrunn og behov står omtalt i handlingsprogrammet 2012 -

2015. Prosjektet består av fem delprosjekt og seks utviklingsgrupper som skal utarbeide statusbeskrivelser og anbefalinger på prioriterte tema. Alle disse ulike gruppene involverer ca 75 ulike personer representert fra ansatte, tillitsvalgte og verneombud i sektoren. Konsulentfirmaet Agenda-Kaupangen bistår også i prosessen, bl.a. med kartlegging av sektorens ressursbruk jf. bystyrevedtak i desember 2011, presisert av formannskapet den 7. mars 2012. Innhenting og kartlegging av grunnlagsdokumentasjon for hele omstillingsprosjektet pågikk frem til 1. juli 2012. På bakgrunn av dette er det utarbeidet to ulike forslag til organisering av sektoren. Det tas endelig beslutning om sektorens framtidige organisering og prioriteringer høsten 2012.

2. RAPPORTERING PÅ ØKONOMIPERSPEKTIVET

2.1 Helsetjenester

Kristiansand legevakt har hatt budsjettoverskridelser i 2010 til 2012. Innsparingstiltak er gjennomført med blant annet innføring av refundert telefontakst på rådgivningssamtaler. En av 12 samarbeidskommuner trakk seg fra legevaktsamarbeidet i 2010 samtidig som effektiviseringskrav på 1,5 mill. kr. ble effektuert. Det er sendt ut brev om forventet økning av kostnadene til samarbeidskommunene relatert til underskuddet de tre siste årene, innføring av minimumsbemanning/ringeliste ved voldtektsmottaket, samt investering- og driftsbehov ved innføring av nytt nødnett ved legevaktsentralen.

Det har vært en markant økning i antall konsultasjoner, antall ambulansepasienter og antall innringere til legevaktsentralen de siste tre årene. På sikt vil det være muligheter for bedre benyttelse av legevakts lokaliteter på dagtid. Dette kan utredes som følge av omstillingsprosessen i HS sektoren og vil kunne gi synergieffekter innsparing i andre deler av tjenesten. Etter iverksettelse av tiltak samt opprettholdelse av dagens standard på beredskap ved seksuelt overgrepsmottak, forventes det balanse ved legevaktstjenesten.

Drift av boliger for mennesker med psykiske lidelser har to hovedutfordringer, relativt lav bemanning og variasjoner i tjenestebehovet. I Vågsbygd og Randesund/Tveit er det merforbruk i forhold til krevende beboere samt pågående personalsak. Psykiatrisk sykepleie på utførersiden har et avvik på -0,3 mill. kr. ved 2. tertial. Grunnen til dette er i hovedsak en nedgang i aktivitet.

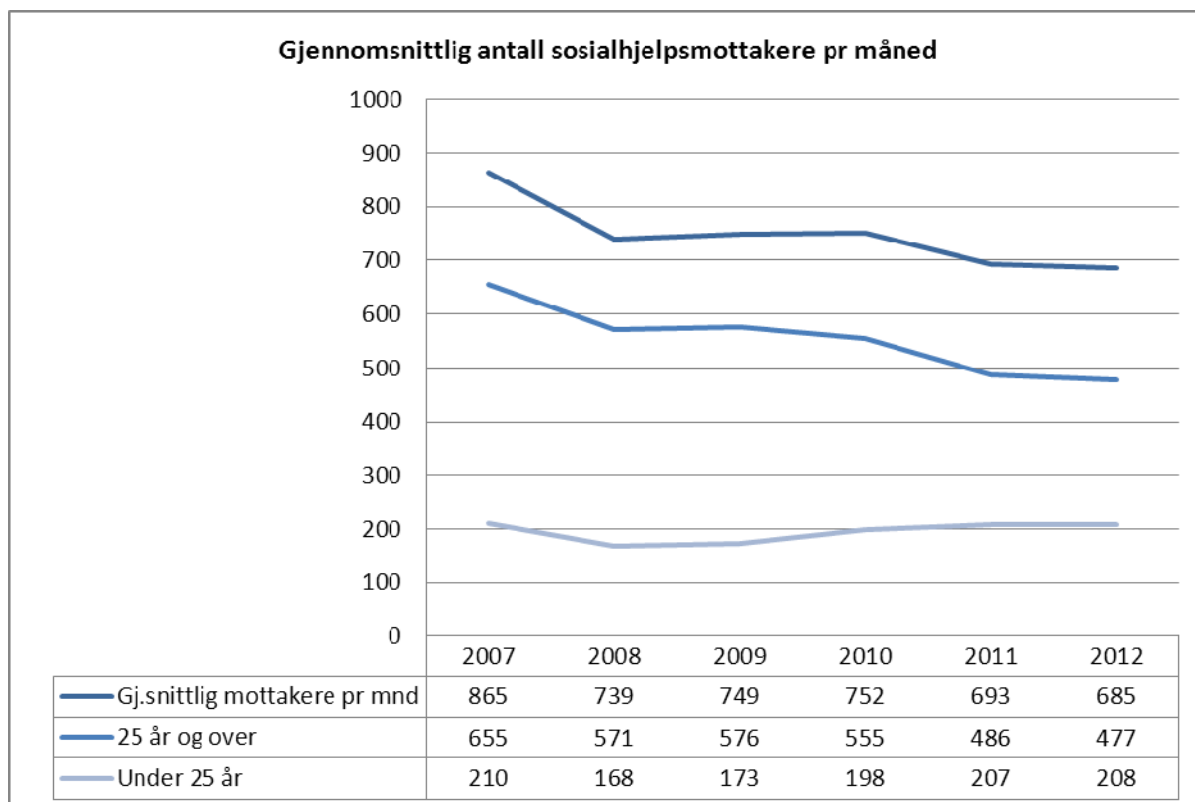
Samlet sett så forventer man at helsetjenestene går mot et prognostisert underskudd på -1 mill. kr. Det undersøkes hvor mye av dette underskuddet som kan knyttes opp mot ressurskrevende brukere, så deler av den forventede merinntekten på ressurskrevende brukere (se kap 2.5) kan brukes for å saldere noe av underskuddet.

2.2 Sosialtjenester

Sosialtjenesten består i hovedsak av enhetene NAV, Sofot og flyktningtjenesten. De økonomiske utfordringene for sosialtjenestene ligger hos NAV. I dette kapittelet vil kun NAV omtales, da de andre enhetene forventer balanse. NAV på sin side forventer et estimert underskudd i størrelsesorden -3 mill. kr.

2.2.1 Antall sosialhjelpsmottaker

Utvikling i brukerantall av sosialhjelpsmottakere presentert nedenfor. Grafen og tabellen beskriver kun antallet sosialhjelpsmottakere, og omfatter ikke brukere som kun får ytelser i form av kvalifiserings- og introduksjonsordningen.



Det er viktig å presisere at tallene for 2011 kan være noe feil, da NAV Kristiansand åpnet i mars 2011 kan det ha medført visse usikkerhetsmomenter i forhold til tallgrunnlaget. Dette gjelder i hovedsak de fire første månedene i 2011. Ser man bort fra disse månedene var gjennomsnittlig antall mottakere 677 i 2011. Gjennomsnittstallene 2012 er regnet ut fra de åtte første månedene.

I 1. tertialrapport ble også denne grafen presentert, dog da med litt andre tall. Grunnen til dette er at her presenteres antall brukere som mottar ytelser som KOSTRA definerer som sosialhjelp. Kristiansand kommune har også noen ytelser som ikke faller inn under KOSTRA.

Antall sosialhjelpsmottakere pr. 2. tertial 2012 har en nedgang sammenlignet med snittet for 2011. Hvis man ser bort fra de fire første månedene i 2011 så har faktisk antall mottakere økt i 2012.

Ser man flere år tilbake så har totalantallet mottaker hatt en nedadgående kurve. Utfordringen er den markante økning i antall mottakere under 25 år. Gjennomsnittlig antall sosialhjelpsmottakere under 25 år pr. måned har siden 2008 frem til 2. tertial 2012 økt med hele 23,8 %. Tar man dette i betraktning og at totalantallet i samme periode har sunket, har gjennomsnittsalderen på en sosialhjelpsmottaker hatt en markant nedgang. Pr. 2. tertial 2012 står nå de under 25 år for 30 % av totalt antall mottakere, sammenlignet med 23 % i 2008. Dette belyser en økende utfordring på NAV. Det å få ned antall sosialhjelpsmottakere og spesielt de unge er utfordrende. Det ble i 2011 gjort organisatoriske endringer for å imøtekomme disse utfordringene, og man håper at ved utgangen av 2012 skal man ha snudd trenden.

2.2.2 Kvalifiseringsprogram (KVP)

Formålet med KVP:

- Forsterke innsatsen overfor personer som i dag er avhengige av sosialhjelp over lengre tid eller står i fare for å bli det.

- Bidra til at flere av dem som i dag mottar økonomisk sosialhjelp kommer i arbeid gjennom tettere og mer forpliktende bistand over lengre tid og oppfølging fra arbeids- og velferdsforvaltningen.

Måltallet for kvalifiseringsprogrammet i 2011 ble ikke innfridd i 2011. Måltallet for 2012 er 190, en nedjustering fra 244 i 2011. Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall brukere av kvalifiseringsprogrammet siden oppstarten i januar 2010.

KVP	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
2010	6	22	33	52	65	79	84	99	113	126	139	149
2011	158	164	152	160	161	157	157	156	161	156	162	165
2012*	198	177	178	177	170	169	167	155				

Antall brukere stabiliserte seg på ca 160 ved slutten av 2011. Man vil nok ikke nå måltallet i 2012, men antallet er forventet å stabilisere seg på rundt 170.

* Det er litt feil registreringer i brukerprogrammet for 2012. Tallene for 2012 er hentet fra NAV sine egne opplysninger og skal være riktige.

2.2.3 utfordringer/prognose

Som nevnt ovenfor er antall sosialhjelpsmottaker en stor utfordring. Etter de åtte første månedene i 2012 er netto utbetalt sosialhjelp omtrent på samme nivå som i 2011. I 2012 er rammene knyttet til sosialhjelp redusert grunnet sparekrav. Og så lenge antall mottaker og netto utbetalinger ikke reduseres så klarer ikke NAV å imøtekomme disse sparekravene. Det er forventet at deler av kravene skal imøtekommes, slik at det forventede negative avviket for 2012 er i størrelsesorden -3 mill. kr.

2.3 Barneverntjenesten

Barneverntjenesten har de siste årene hatt en sterk økning i antall barn. Det er økning både når det gjelder meldinger, undersøkelser, hjelpetiltak og omsorgsovertagelser. Utviklingen fører til økte utgifter, både i forhold til hjelpetiltak, fosterhjem- og institusjonsplasseringer.

2.3.1 Aktivitetstall for barneverntjenesten

Meldinger og undersøkelser:

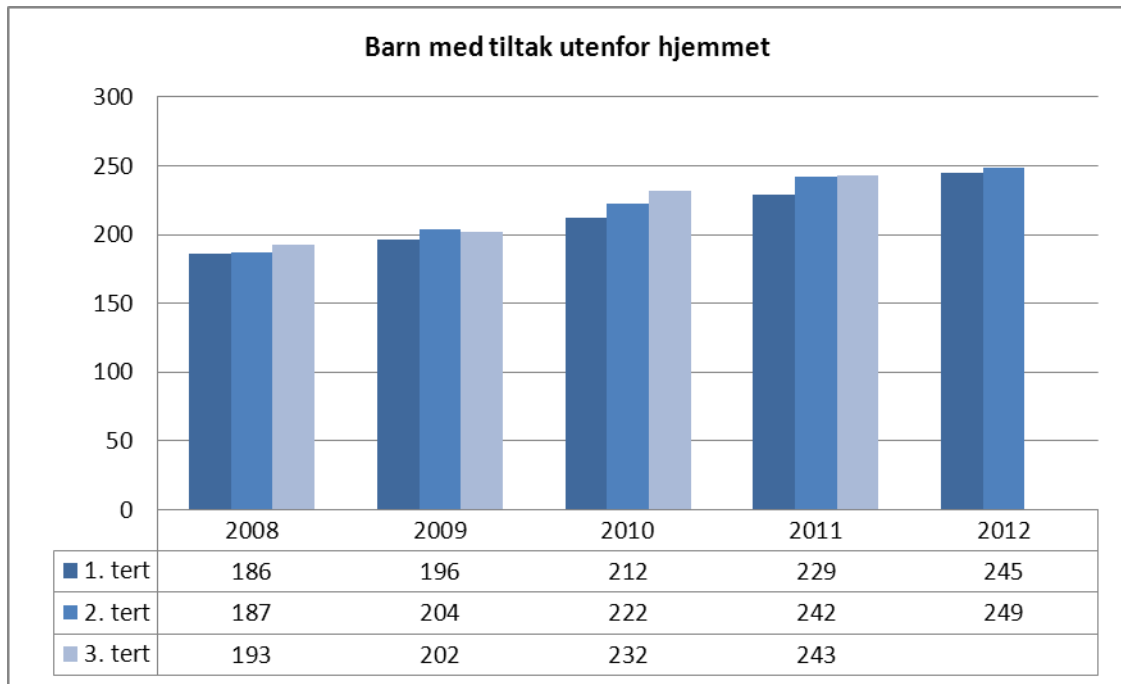
Nye meldinger	2008	2009	2010	2011	2012
1. Tertial	216	202	223	287	284
2. Tertial	162	202	198	200	294
3. Tertial	207	231	250	269	

Det har vært en stor økning i meldinger og undersøkelser til barneverntjenesten de siste årene. Tallene for 2. tertial 2012 viser en ny kraftig økning. Alle meldinger vurderes i løpet av en uke. Det gjøres en omfattende kartlegging av situasjonen i løpet av uka, og flere saker blir henvist til andre instanser. Dersom meldingen går til undersøkelse, skal denne gjennomføres innen tre måneder. Tabellen under viser hvor mange saker som går videre til undersøkelse.

Nye undersøkelser	2008	2009	2010	2011	2012
1. Tertial	116	138	139	183	178
2. Tertial	98	135	127	98	150
3. Tertial	130	149	164	194	

Tiltak:

Hjelpetiltak er også på tilsvarende nivå som i 2011. Det er et stadig større fokus på å sikre at hjelpetiltak er virkningsfulle. Barneverntjenesten skal fra 2012 rapportere på evaluering av hjelpetiltak. Dette gir en kvalitetsforbedring, men også merarbeid. Tiltak utenfor hjemmet stiger (se tabell/graf under). Barnverntjenesten avdekker fortsatt flere saker hvor hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige, og hvor omsorgsovertagelse vurderes. Det er en markant økning i omsorgsovertagelser.



2.3.2 Økonomisk situasjon i barneverntjenesten

Barneverntjenesten har de siste årene hatt et merforbruk pga økning i utgifter knyttet til barn som er plassert utenfor hjemmet. Også i 2. tertial 2012 er utgiftene til fosterhjem høyere enn beregnet. Dette skyldes både at det er flere barn som er plassert utenfor hjemmet, men også at det er svært vanskelig å rekruttere fosterhjem uten at det gis godtgjørelse utover minstesatsene til KS.

Barneverntjenesten søker nå aktivt etter alternative tiltak knyttet til ungdom for å forhindre plassering i institusjon. Bakgrunnen for dette er både økonomisk og faglig motivert.

Utgifter til hjelpetiltak er svært lave. Dette er det eneste område barneverntjenesten kan redusere utgiftsveksten. Barneverntjenesten har satt inn ulike tiltak for å redusere utgifter knyttet til barnehage og avlastning. Dette innebærer bl.a. at flere blir henvist til å søke økonomisk bistand til barnehage fra NAV. Videre er det blitt redusert i støtte til avlastning og besøkshjem. Selv med forskjellige tiltak forventer sektoren at barneverntjenesten vil ved årets slutt ha et negativt avvik på -3 mill. kr.

2.4 Pleie- og omsorgstjenester

Omsorgstjenesten består av flere tjenester; sykehjem, hjemmetjenesten, tjenesten for utviklingshemmede, psykiatri, BPA, støttekontakt og omsorgslønn. Under ulike forutsetninger og med en besparelse knyttet til strøm er det forventet at pleie- og omsorgstjenester får et samlet avvik på -2,4 mill. kr. Dette er knyttet opp mot flere forhold som vil bli beskrevet nedenfor.

2.4.1 Omsorgsenhetene

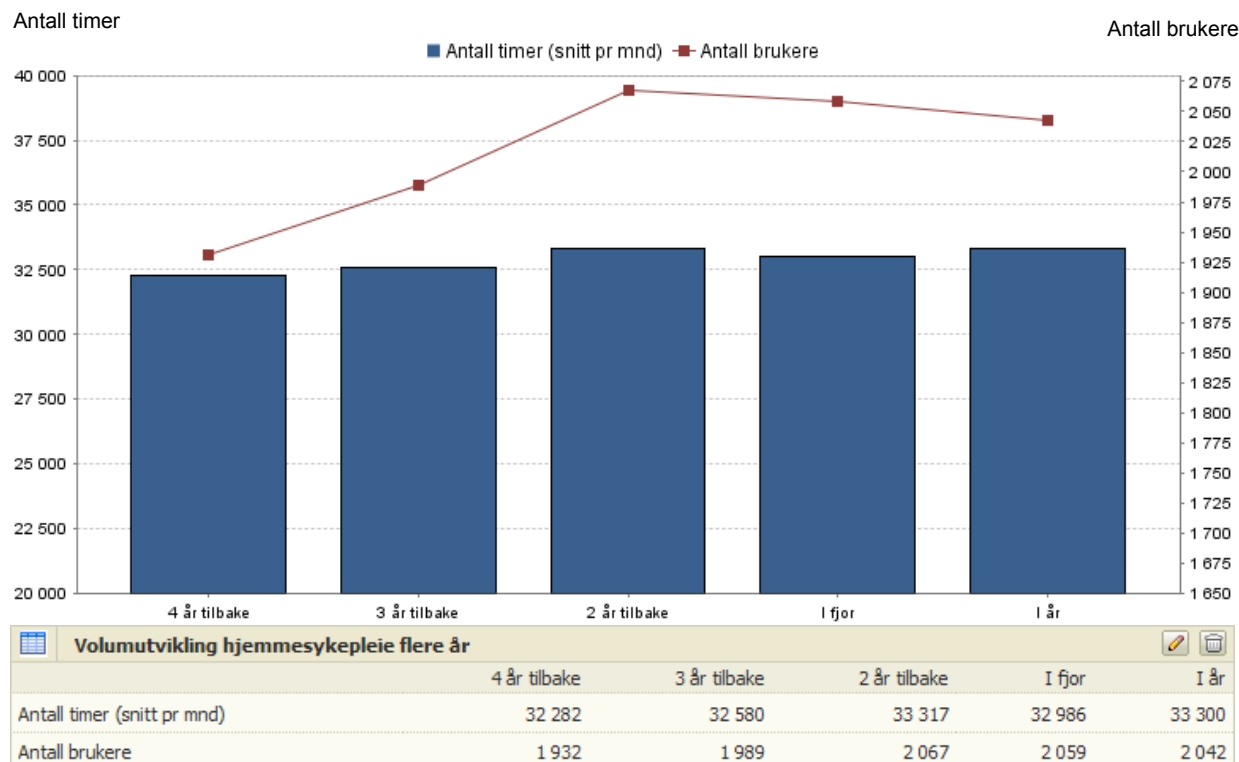
Finansiering av omsorgsenhetene (sykehjem og sonene) er i all hovedsak ISF basert. EBT forvalter budsjetttrammene knyttet til ISF og enhetene blir tildelt midler løpende etter ulike aktiviteter som ligger i ISF modellen. Dette gir sektoren muligheten til å splitte eventuelle avvik i enten «aktivitetsavvik» eller «effektivitetsavvik». Aktivitetsavvik er samlet budsjett tilknyttet ISF fratrukket tildelt ISF ut til enhetene. Dette avviket står bestillerkontoret EBT ansvarlig for. Effektivitetsavvik er utførerenehetenes tildelte ISF midler fratrukket faktiske kostnader, og da et avvik som utførerenehetene har ansvar for.

Aktivitetsavvik:

Pr. 2. tertial er det krevende å prognostisere eventuelle aktivitetsavvik knyttet til institusjonstjenesten. Grunnen til dette er at mye avhenger av fremgangen i ombyggingen på Vågsbygdtunet for å få på plass syv nye sengeplasser. Dog så vil det med høy sannsynlighet nok være noe positivt aktivitetsavvik ved slutten av året hvis man ikke inkluderer brukerbetaling. Til gjengjeld så er det prognostisert et underskudd på brukerbetaling. Ser man disse to i sammen så er det grunnlag for å opprettholde prognosen fra 1. tertialrapport med balanse. Dette er noe usikkert, og det kan fort ende med et lite positivt avvik ved utgangen av året.

Sektoren omdisponerte midler, samt ble tilført friske midler som til sammen utgjør 18 mill. kr. i 2012 som skulle disponeres til de ulike hjemmetjenestene. Av disse så ble 9,5 mill. kr. tilført ISF budsjettet for hjemmesykepleie, da aktivitetsavviket i 2011 var her var over -9,5 mill. kr. Aktivitetsnivået er i 2012 budsjettet etter 2011 nivå. Volumet for hjemmesykepleie skal i utgangspunktet ikke overstige 2011 tallene. Grafen og tabellen under forklarer utviklingen i antall timer og brukere over tid.

Gjennomsnittlig antall brukere og timer hjemmesykepleie 2008 – 2012



For 2. tertial ligger antall timer på 33 300. Dette er en økning på vel 300 timer (0,9 %) på månedsbasis siden 2011, mens antall brukere i samme tidsperiode har gått marginalt ned. Pr. 2. tertial 2012 så er gjennomsnittlig antall brukere pr. måned 2 042 sammenlignet med 2 059 i 2011.

Bakgrunnen for økt timeforbruk er sammensatt, men noe av forklaringen kan tilskrives økt fokus på ernæring ute hos enhetene, og at brukere kommer tidligere fra sykehus som følge av samhandlingsreformen.

Det har de siste årene vært en trend at timetallet på hjemmesykepleie faller litt ved slutten av året. Tatt dette i betraktning samt at man jobber med å holde timeantallet nede så er det forventet balanse på aktivitetssiden innenfor hjemmesykepleie.

Når det gjelder timeantallet knyttet til hjemmehjelp er trenden den samme. Man har et økende volum. Snittet pr. måned i 2012 er på 5 627 timer sammenlignet med 5 263 i 2011. Selv med økning i volumet så har man fortsatt et positivt aktivitetsavvik. Grunnen til dette er at timeantallet i 2011 var for lavt sammenlignet med budsjettet. Så langt i år har man også et underskudd på brukerbetaling knyttet til hjemmehjelp. Det forventes balanse på aktivitetssiden av hjemmehjelp ved utgangen av året.

Effektivitetsavvik:

Utførerenhetene hadde i 2011 store økonomiske utfordringer og hadde et negativt avvik på over -9 mill. kr. hvis man ser bort ifra utgifter til bygg; som strøm, snøbrøyting og kommunale avgifter. I all hovedsak så var det på spesielt fire sykehjem som hadde de største utfordringene samt en sone.

Pr. 2. tertial så er effektivitetsavvikene til omsorgsenhetene uten byggutgifter 1,5 mill. kr. bedre sammenlignet med 2. tertial 2011. Pr. 2. tertial 2011 var avviket -4,7 mill. kr., mens pr. 2. tertial 2012 er avviket krympet til -3,2 mill. kr. Avviket for 2012 inkluderer 2,6 mill. kr. som er bokført på «omstillingsansvaret». Dette ansvaret kommenteres i et eget avsnitt.

Det er fortsatt spesielt fire til fem enheter som har store utfordringer og som det er knyttet stor usikkerhet rundt. Alle disse fire enhetene har satt inn tiltak. I all hovedsak er dette tiltak knyttet til å redusere vikarinnleie, mindre bruk av ekstrahjelp og overtid, samt vurderinger knyttet til mer rasjonelle turnuser, utvidet samarbeid på tvers av avdelinger og arbeid for å senke fraværet ytterligere.

En stor utfordring i 2011 var at effektivitetsavviket økt med over en mill. kr. pr. måned de siste fire månedene av året, som medførte at det endelige avviket ble over -9 mill. kr. Det at avviket vokser på slutten av året har vært en trend helt tilbake fra 2009. Det kan være flere årsaker til dette. En av dem er selvsagt at det tar tid å endre turnus og nedbemanne, slik at tiltak ikke får effekt før en stund etter iverksetting. Dette er en av grunnene til at sektoren har opprettet «omstillingsansvaret». For å gjøre det lettere å belyse denne problemstillingen.

I år har man bedre kontroll på økonomien samt at omsorgsenhetene ser ut til å ha noe utestående sykelønnsrefusjon igjen etter de første åtte månedene. Tatt dette i betraktning, så må man nok forvente et negativt effektivitetsavvik ved slutten av året i størrelses orden - 4,7 mill. kr.

St. Joseph:

Nedleggelse av St. Joseph har gått etter planen. Oppstart av fire dobbeltrom på Vallhalla og to dobbeltrom på Kløvertun ble igangsatt fra 1. mai 2012. Den vanlige drift av 13 plasser på St. Joseph varte frem til 15. juli. Etter den 15. juli opprettet sektoren fem erstatningsplasser rundt i sektoren. Fra 15. august frem til 23. september etter ferieperioden benyttes erstatningsplassene kun dersom det er nødvendig. Dette medfører at en fra 1. mai til 15. august totalt sett har en større kapasitet på korttidsplasser.

Utflyttingen og overgangen til dobbelt rom på Valhalla og Kløvertun har godt svært bra og alle berørte ansatte er tatt hånd om. Pr. 2 tertial vet ikke sektoren helt framgangen i utbyggingen av syv nye plasser på Vågsbygdtnet.

Omstillingsansvar:

Helse- og sosialsektoren har for 2012 opprettet et eget ansvarsnummer på enhetene der man skal registrere ansatte som er «overtallige». Dette innebærer for det meste ansatte som er registrert i stillingsbanken samt ansatte med mye tilrettelegging. Dette er gjort for å synliggjøre utgiftene knyttet til slike forhold. Enhetene står fortsatt ansvarlig for kostnadene, men nå kan man se hvor stor den faktiske kostnaden er. Pr. 2. tertial er ført 2,6 mill. kr. på dette ansvaret for tolv omsorgsenheter (sykehjem samt sone). Det er også ført 0,6 mill. kr. på fire UH enheter.

2.4.2 Bygg/strøm

Sektoren samlet sett har en besparelse knyttet til byggutgifter og da i all hovedsak utgifter til strøm. Kristiansand Eiendom har en annen strategi nå på strømudgifter da man har større andeler på spotpris. Den samlede besparelsen knyttet til strøm vil være omlag 4 mill. kr. ved utgangen av året.

2.4.3 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Denne tjenesten har i 2012 blitt tilført 2,7 mill. kr. for å lage et realistisk budsjett. Det er forventet at denne tjenesten skal gå i balanse ved årets slutt. Det er dog en liten usikkerhet knyttet til redusert statstilskudd. Utvikling i brukerantall for denne tjenesten er illustrert nedenfor.

	Antall avsluttede tjenester	Antall nye brukere	Totalt antall brukere
2003	2	11	26
2004	2	1	25
2005	1	4	28
2006	3	6	31
2007	3	5	33
2008	1	5	37
2009	2	3	38
2010	2	6	42
2011	2	1	41
2012	1	2	36

2.4.4 Omsorgslønn

Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall mottakere av omsorgslønn. Tallene for hvert år er pr. januar. Brukerantallet er relativt stabilt. Det har dog vist seg over tid at tjenesteomfanget pr. bruker har økt for denne tjenesten, noe som gjør at utgiftene øker. Tjenesten ble derfor i 2012 tilført 0,4 mill. kr. Pr. 2. tertial 2012 har tjenesten et lite positivt avvik, og man forventer balanse ved årets slutt.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antall mottaker	69	89	100	109	111	108	119

2.4.5 Psykiatritjenester

I dette delkapitlet kommenteres kun EBT sin del av psykiatritjenester. Utførersiden er kommentert i kap. 2.1.

Tjenesten psykiatribolig, tilsyn og pleie har i år en ekstra krevende enkeltsak i samarbeid med spesialisthelsetjenesten som påfører kostnader. Det er også krevende brukere ute på

enheter som får støtte fra denne tjenesten. Prognostisert underskudd for denne tjenesten er -0,7mill. kr.

Når det gjelder støttekontakt psykiatri så kan den ses i sammenheng med støttekontakt UH (kap 2.4.6). Her er det et forventet underskudd på -0,7 mill. kr.

Psykiatrisk sykepleie har pr. 2. tertial et positivt aktivitetsavvik på 0,5 mill. kr. Det er ulike grunner til dette, men blant annet at EBT i en periode ikke har hatt ressurser til å fatte vedtak på denne tjenesten. Dette er nå rettet opp i, og man forventer ikke et større positivt avvik. Samlet sett gir dette et prognostisert underskudd for psykiatri innenfor EBT på -0,9 mill. kr. ved utgangen av året. Dog så kan mye av dette knyttes opp mot midler til ressurskrevende brukere, og mulig noe av merinntekten knyttet til denne ordningen kan dekke det forventede underskuddet.

2.4.6 Tjenester for utviklingshemmede

Tjenesten omfatter boligjeneste, dagsenter, institusjonstjeneste, avlastning og støttekontakt. Vi har i denne rapporten også valgt å ta med tjenesten rehabilitering og tilrettelegging inn under dette kapitlet. På samme måte som ved omsorgsenhetene har man en ISF finansiering knyttet til boligjenesten og dagsenter. Så når man kommenterer aktivitetsavvik og effektivitetsavvik så gjelder det disse to tjenestene. Støttekontakt og avlastning kommenteres for seg selv. Tjenesten for utviklingshemmede samlet sett er forventet å ha et underskudd på -2 mill. kr. ved årets slutt. Dette inkluderer ikke besparelse knyttet til byggutgifter.

Aktivitetsavvik

På bestillersiden forventes det et mulig mindreforbruk på boligjenesten ved utgangen av året på rundt 0,6 mill. kr. Dette skyldes i hovedsak merinntekter på plasser som selges til andre kommuner. På dagsentertjenesten er utfordringene større. Ser man kun på aktiviteten isolert så vil den gå i balanse. Det er dog store utfordringer knyttet til høye transportutgifter til dagsentrene, og da i hovedsak taxiutgifter. Selv med merinntekt på brukerbetaling forventer man et merforbruk på ca -1 mill. kr. for denne tjenesten. Det arbeides om å finne alternative løsninger for å kunne redusere utgiftene.

Effektivitetsavvik

Det forventede effektivitetsavviket for UH enhetene inklusive tjenesten for rehabilitering og tilrettelegging ved årets slutt er -1 mill. kr. Bakgrunnen for dette er flere tyngre brukere som krever mye av personalet samt høyt sykefravær enkelte plasser.

Avlastning og støttekontakt

EBT melder om et forventet mindreforbruk på tjenesten avlastning UH, men det er fortsatt store utfordringer knyttet til støttekontakt UH. Dette gir et samlet forventet negativt avvik ved årets slutt på -0,6 mill. kr.

Da støttekontakttjenesten ble omorganisert, ble det lagt inn effektiviseringskrav. Man har ikke klart å innfri dette kravet og jobber fortsatt med dette. Fra august i år er det satt i gang tiltak hos Aktiv Fritid for å redusere underskuddet. Nye søknader om støttekontakt blir nå gitt tilbud om gruppeløsning i stedet for individuell støttekontakt der det er mulig. Det er også igangsatt et arbeid med å gjennomgå alle etablerte støttekontaktordninger på nytt med tanke på å få flere av disse over i gruppeløsning. Man må da også redusere antall årsverk støttekontakter.

2.4.7 Kjøkkenservice

Kjøkkenservice kan pr. 2. tertial rapportere om et forventet mindreforbruk på 1,2 mill. kr. Kjøkkenservice har klart å redusere kraftig på kostnadene og samtidig øke sine inntekter. Dette er en svært gledelig utvikling da Kjøkkenservice har hatt underskudd de siste årene.

2.5 Administrasjon/Ressurskrevende brukere

Ved utgangen av året er det forventet at sektoren vil ha et mindreforbruk på 4,9 mill. kr. på sentrale konti. Dette mindreforbruket inneholder ulike besparelser på stab, IKT, politiske utvalg og noe ufordelte midler.

Det er også forventet merinntekter knyttet til statens tilskuddsordning for «særlige ressurskrevende brukere» på 6 mill. kr. Av disse er 1,5 mill. kr. allerede tildelt UH enheter og er bakt inn i prognosen i kap 2.4.6. Da gjenstår det 4,5 mill. kr. som kan fordeles på enheter. Det er antydning tidligere i rapporten at deler av dette bør gå til ulike psykiatritjenester.

2.6 Samhandlingsreformen

I 2012 ble sektoren overført 89,7 mill. kr. knyttet til samhandlingsreformen. Beløpet skal dekke kommunens utgifter knyttet til utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av sykehustjenester. Det ble i HP 2012 – 2015 prosessen vedtatt å bruke 3 mill. kr. av denne potten til hjemmetjenesten.

Det er knyttet stor interesse til de økonomiske elementene i samhandlingsreformen. En av årsakene til dette er at modellen for inntekter til kommunene ikke er lik modellen for utgifter. Helsedirektoratet er ansvarlig for å overvåke medfinansierings delen av samhandlingsreformen. Ved utgangen av juni publiserte de en oversikt over kommunenes forbruk av medfinansiering pr. 1. tertial. Her viser det seg at Kristiansand kommune ligger med et overforbruk sammenlignet med forventet forbruk estimert av helsedirektoratet basert på 2011 tall. Helsedirektoratet forventer pr. 1. tertial 2012 at ordningen knyttet til kommunal medfinansiering vil koste kommunen rett i underkant av 83 mill. sammenlignet med overkant av 80 mill. pr. 2011.

Denne aktivitetsveksten virker å være landsomfattende, og kostnader pr. 1 000 innbyggere hos Kristiansand er fortsatt lavere enn landsgjennomsnittet. Forklaringene bak denne trenden er at i 2011 så var det en kraftig vekst i aktiviteter på helseforetakene. Denne veksten ser ut til å ha fortsatt inn i 2012. I estimatene for forbruket i 2012 som ble gjort av nasjonalt hold la en inn en for lav forventet vekst. Det nye estimatet for forventet årsbruk, som danner grunnlaget for de nye akontobeløpene, baserer seg på at veksten nå ikke fortsetter.

Når det kommer til utskrivningsklare pasienter så har sektoren pr. 2. tertial betalt for 106 døgn. Det vil si 424 000 kr. (4 000 kr. pr. døgn). Nå har ikke fakturaen for august måned kommet, men i henholdt til sektorens egne systemer skal antall liggedøgn i august være null. Av de 106 døgnene hittil i år så kom 44 på grunn av streiken før sommeren.

Sektoren synes at forutsetningen til helsedirektoratet om at veksten skal stabiliserer seg på det nivået man la til grunn for estimering av forbruket i 2012 ikke er helt realistisk. Men med de lave utbetalingene til utskrivningsklare pasienter så forventer man balanse knyttet til de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen etter det endelige oppgjøret som faller ca april 2013. For året 2012 vil nok kommunen ha et mindreforbruk knyttet til samhandlingsreformen. Dette er fordi akontobeløpene er for små. Dette overskuddet må settes på fond for å kunne dekke den forventede justeringen for korrekt aktivitet i april 2013.

2.7 Kompensasjoner/trekk i budsjettetrammen for helse og sosial

Rådmannens kompensasjoner og trekk i sektorens rammer presenteres i dette avsnittet.

Forklaring		Beløp
Dekning av negativ disposisjonsfond	Disp. fond	13 139 128
Dekning av merutgift knyttet til husleie og drift av Vågsbygd	Drift	600 000

Samfunnshus(husleie og fellesutgifter 2011+2012)		
Dekning av ombygging av NAV mottak i Gyldengården(uteglemt og ikke behandlet i bystyret i 1.tert.)	Investering	1 000 000
Sum kompensasjoner		14 739 128

2.8 Samlet prognose for sektoren

Pr. 2. tertial forventer sektoren balanse ved årets slutt. Det er fortsatt utfordringer i sektoren og da først og fremst knyttet til barnevernstjenesten og NAV.

Til gjengjeld har sektoren forventede merinntekter og da spesielt knyttet til ordningen «særlig ressurskrevende brukere». Dette samt ulike besparelser innenfor administrasjon medfører at sektoren prognostiserer balanse ved årets slutt. Tabellen inneholder de forventede resultatene ved årets slutt.

	Beløp
Helsetjenesten	- 1 000 000
Barneverntjenesten	-3 000 000
Sosialtjenesten	-3 000 000
Pleie- og omsorgstjenesten (inklusive bygg)	-2 400 000
Ressurskrevende brukere (ikke fordelt)	4 500 000
Administrasjon	4 900 000
Samhandlingsreformen	0
Prognostisert resultat 2012	0

2.9 Disposisjonsfond

I forbindelse med årsavslutning for 2011 ble 55,4 mill. kr. av positive fond benyttet for å saldere negative fond. Etter salderingen ble sektorens negativ disposisjonsfond redusert fra 91,9 mill. kr. til på 36,4 mill. kr. (pr. 1.1.2012).

Med prognostisert balanse ved årets slutt, samt med ulike tiltak for å redusere de negative disposisjonsfondene, prognostiserer sektoren med samlet saldo for disposisjons fond på 8,2 mill. kr. Dette inkluderer 13,1 mill. kr. i tilskudd fra rådmannen. Tabellen nedenfor forklarer salderingen i mer detalj.

	Positive fond	Negative fond	Samlet saldo
Saldo 1.tertial 2012	15 213 431	-36 402 895	
Bruk av positive fond til saldering av negative fond	-5 970 000	5 970 000	
Oppsparte midler knyttet til samhandlingsreformen (bundne fond)		2 000 000	
Merinntekt ressurskrevende brukere for 2011		13 000 000	
Besparelse knyttet til streik 2011		1 000 000	
Positive fond fra enheter i 2012	-1 000 000		
Nedbetaling av negativ fond Kjøkkenservice		1 293 767	
Tilskudd fra rådmannen		13 139 128	
Prognose saldo 31.12.2012	8 243 431	0	8 243 431

Det er svært bra for sektoren å få saldert de negative fondene. Spesielt med tanke på inngangen til den nye organiseringen i 2013.

2.10 Budsjettreguleringer

Tabellen nedenfor inneholder de budsjettreguleringer som bystyret må ta stilling til:

Tiltak	Kommentarer til finansiering	Kostnad
Ny bil til transportsentralen	Disposisjonsfond v/Eldre tjeneste	800 000
Biler til Flyktingtjeneste	Dekkes gjennom bundne fond knyttet til drift	361 500
Gyldengården - ombygging av mottaksavdelingen ved NAV - kontoret for å ivareta taushetsplikt	Finansieres gjennom: 1 mill. kr. - bevilgning fra rådmannen 1 mill. kr. - finansieres av NAV-stat	2 000 000

2.11 Investeringer/etableringslån

I kolonnen for budsjett og regnskap er det oppgitt akkumulerte tall pr 2. tertial 2012. Tabellen nedenfor inneholder oversikt over hvert investeringsprosjekt til sektoren. Kolonnen «Budsjett pr. 2. tertial» inneholder også ubrukte midler fra tidligere år. For investeringer er fremdrift og eventuelle overskridelser/besparelser kommentert etter tabellen.

Prosjekter	Regnskap pr. 2.tertial	Budsjett pr. 2.tertial	Avvik pr. 2.tertial
1300562 Inventar til bofelleskap	57 743	90 000	32 257
1300567 Oppussingspenger UH enheter	161 605	550 000	388 395
1300568 Inventar til sone kont	-	150 000	150 000
1300569 Strømme felles stua in	137 714	170 000	32 286
4300002 IT- utgifter hs-sektor	4 938 423	8 907 609	3 969 186
4300005 Inventar/utstyr sykehj.	8 227 836	9 255 232	1 027 396
4300012 Trygghetsalarmer	4 373 477	5 199 999	826 522
4300020 Opprustning aktivitetssenter	66 985	200 000	133 015
4300022 Oppussing dagsenter	160 898	500 000	339 102
4300026 Inventar Kløvertun	4 354 116	4 500 000	145 884
4300028 Carport, sonekontorer	1 029 970	2 050 000	1 020 030
4300029 Flytteutgifter/ombygging	2 060 799	2 300 000	239 201
4300038 Hjelpemidler - kort ti	446 104	550 000	103 896
4300040 Inventar omsorgsboliger	-	300 000	300 000
4300042 Radiosentralen v/Legevakta	240 213	500 000	259 787
4300049 Beredskap	196 136	230 000	33 864
4300059 Omsorgsstrategiprojekter	51 006	2 535 000	2 483 994
4300063 Etablering av flere dagsenter plasser v/St. Heyerdal oms. senter	-	2 140 000	2 140 000
4300064 Etablering av 13 stk. korttids plasser	28 000	325 000	297 000
4300065 Glassvegg HMS-tiltak i	-	650 000	650 000
9311201 7 nye sykehjemsplasser	32 553	3 100 000	3 067 447
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	3 687 172	9 434 939	5 747 767
SUM	30 250 750	53 637 779	23 387 029

1300562 Inventar til bofelleskap

Midlene er bevilget en av boligene for personer med psykiske lidelser.

1300567 Oppussingspenger UH enheter

Midlene er bevilget til oppussing av felles arealer i boligene for personer med utviklingshemming. Det er samlet saldo knyttet til 5 UH- enheter.

1300568 Inventar til sonekontoret

Midlene ble bevilget ifm. oppussing av Kuholmen sone.

1300569 Strømme felles stua inventar

Midlene er bevilget til sykehjem v/Strømme.

4300002 IT- utgifter hs-sektor

Det er midler som er bevilget til IT- prosjekter for alle tjenester i sektoren. Besparelse skal benyttes til fremtidige prosjekter knyttet til IT- modernisering bl.a. innenfor pleie- og omsorg.

4300005 Inventar/utstyr sykehjem

Det er midler som er bevilget til sykehjem som er 10 år og eldre. Saldo på 232 585 kr. er samlet saldo for samtlige sykehjem.

4300012 Trygghetsalarmer

Årlig bevilgning er på 650 000 kr. Midlene disponeres av rehabiliteringsenheten som har ansvar for trygghetsalarmer.

4300020 Opprustning aktivitetssenter

Midlene er bevilget til dagsentre for personer med psykiske lidelser.

4300022 Oppussing dagsenter inventar

Midlene ble bevilget til dagsenter for personer med psykiske lidelser Industrien som ble avviklet i 2010. Midlene tiltenkt å bruke ved oppstart av ny dagsenter.

4300026 Inventar Kløvertun

Det er gjenstående inventarmidler av bevilgning som ble tildelt til Kløvertun etter ombygging.

4300028 Carport, sonekontorer

Bygging av 3 carporter som gjennomføres etter behov og lavest kostnad.

4300029 Flytteutgifter/ombygging

Midlene skal benyttes til utgifter knyttet til flytting av enheter.

4300038 Hjelpemidler

Årlig tildeling er på 150 000 kr. Midlene benyttes til innkjøp av hjelpemidler v/enhet for rehabilitering.

4300040 Inventar omsorgsboliger

Midlene ble tildelt ifm. nyetablering av omsorgsboliger v/Grim.

4300042 Radiosentralen v/Legevakta

Det er midler som benyttes til beredskap.

4300059 Omsorgsstrategi prosjekter

Vedtatt i hp12 bevilgning skal brukes til omstilling og modernisering av sektoren.

4300063 Etablering av flere dagsenter plasser v/St. Heyerdal oms. senter

Vedtatt i 1. tertial 2012.

4300064 Etablering av 13 stk. korttids plasser

Vedtatt i 1. tertial 2012.

4300065 Glassvegg HMS-tiltak i Gyldengården

Vedtatt i 1. tertial 2012.

9311201 7 nye sykehjemsplasser

Vedtatt i 1. tertial 2012.

9998000 Inst.sektor-ekstraord

Det er midler som er bevilget til ekstraordinære tiltak i sektoren. Prosjektsaldo er på 5,7 mill. kr. Midlene er avsatt til ekstraordinære tiltak.

2.11.1 Saldo etableringslån

Prosjekt	Regnskap pr. 2.tertial	Budsjett pr. 2.tertial	Avvik pr. 2.tertial	Kommentar
7397000 Etableringslån	588 226 298	625 000 000	36 773 702	Ubrukte midler for resten av året

2.11.2 Investeringer som forslås avsluttes i 2. tertial 2012

Prosjekt	Regnskap pr. 2.tertial	Budsjett pr. 2.tertial	Avvik pr. 2.tertial	Kommentar
1300555 Treningsutstyr til barn	-	50 000	50 000	Midlene overføres til 4300054
1300556 Brennovn -psykisk helse	8 530	15 000	6 470	Midlene overføres til 4300054
1300557 Utredning av datarom	1 480	59 000	57 520	Midlene overføres til 4300054
1300559 EKG-apparat til Flyktningstjenesten	-	35 000	35 000	Midlene overføres til 9998000
1300560 Samfunnsmed - Pc til Flyktninghelsetjenesten	-	45 000	45 000	Midlene overføres til 9998000
1300561 Helse S-L utebod	-	50 000	50 000	Midlene overføres til 1300562
1300563 Solavkjerming helse R/T	16 900	30 000	13 100	Midlene overføres til 4300054
1300564 Støyavskjerming på Alarmsentralen	-	36 000	36 000	Midlene overføres til 9998000
1300565 UH- Vågsbygd - oppussing	-	50 000	50 000	Midlene overføres til 9998000
4300009 *EI-biler hs,	-	-800	-800	Overskridelse dekkes over prosjekt 9998000
4300037 Venterom helsest. R/T	-	12 000	12 000	Midlene overføres til 9998000
4300041 Etablering av Valhalla kortidssykehjem	407 124	400 000	-7 124	Overskridelse dekkes over prosjekt 9998000
4300046 Inventar Ringåsen bolig	476 661	476 661	-	Avsluttes
4300054 Strømme Senter ombygging	668 736	510 000	-158 736	Overskridelse dekkes over prosjekter: 1300555, 1300556, 1300557, 1300563
4300057 Etablering av Undervisningshjemmetjeneste	338 127	300 000	-38 127	Overskridelse dekkes over prosjekt 9998000
9908201 Gyldengården	6 626 326	6 626 326	-	Etableringsperiode av bygg er avsluttet
4300037 Venterom helsestj. R/T	-	12 000	12 000	Midlene overføres til prosjekt 9998000

3. RAPPORTERING PÅ MEDARBEIDERPERSPEKTIVET

3.1 Sykefravær

Fraværsprosenten oppgis kvartalsvis og ikke tertialvis. Grunnen til dette er etterslep på registrering av sykefravær, man er derfor kun ajourført pr. juni måned. Sykefraværet i sektoren har gått ned fra 2010 til 2011. Ut fra fraværet i 2. kvartal kan de se ut som om fraværet i sektoren fortsetter å synke. Tallen nedenfor viser utviklingen av sykefravær i prosent.

i %	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Kvartal	11,5	9,8	9,9	10,3	11,2	11,8	10,5	10,5	11,0
2. Kvartal	11,8	9,7	9,5	10,1	10,5	11,8	10,3	10,1	9,2
Hele året	10,4	9,3	9,0	10,1	10,4	10,9	9,9	9,6	

For 2. kvartal i år er sykefraværet redusert sammenlignet med foregående år. Sektoren jobber med å redusere sykefraværet ytterligere. Det er opp til enhetene å sette inn tiltak de mener er hensiktsmessige for å få ned fraværet. Rutiner som er lagt i forhold til IA-avtaler og tidligere forsøk med å redusere fraværet følges. Det er likevel et høyt fravær i sektoren totalt. Enkelte enheter har satt inn tiltak som det kan se ut som om vil være med på å redusere fraværet. Det har ikke pågått over lang nok tid til at de kan sies med sikkerhet at det har effekt. Det jobbes også med implementering av forslag lagt i rapport for å redusere fraværet levert juni 2011. Det er ikke mulig å implementere nye tiltak i perioden ut året grunnet planlagt omorganisering i sektoren.

3.2 HMS-avvik

Enhetsleder har innmeldt HMS-avvik månedsvis. Avvikene er inndelt i om de er løst på enheten eller om de er nye uløste avvik.

Pr. 2. tertial 2012 er det meldt inn 1 664 løste avvik. 389 avvik er meldt inn som nye uløste i perioden. Det utgjør 23 % av avvik for 2012. Ingen avvik er sendt videre til helse- og sosialdirektøren. Dette viser at enhetene er flinke til selv å løse avvik som meldes. Generelt er løsningsgraden god på enhet. Det er usikkert hva årsaken til økning i avvik er, men det har vært fokus på å skrive og melde avvik, så noe av økningen kan nok forklares med fokus på temaet. Teamet belyses også i fagforaene til enhetene. Kommunen har kjøpt inn et elektronisk avvikssystem som implementeres gradvis. I helse- og sosialsektoren er det planlagt implementert våren 2013.

3.3 Rekruttering

Det har vært søkere til de fleste ledige stillinger i sektoren i årets første måneder. Det er kun problemer med å få rekruttert nok sykepleiere til ledige stillinger, det gjelder spesielt til vikariater. I noen grad har det også vært lite søkere til enkelte faste sykepleiestillinger på institusjon.

Sektoren har overtallighet ift hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Dette skyldes nedleggelse av St. Joseph og krav om økt stilling etter Arbeidsmiljøloven av ansatte som har gått i større stilling enn ansettelsen i over 4 år.

4. RAPPORTERING PÅ ARBEIDSPROSESSER OG KVALITET

4.1 Kvalitetsavvik

Helse- og sosialsektoren har kvalitetsrutiner som er i tråd med internkontrollforskriften. Prosedyren er kjent i sektoren og avviksskjema skal brukes i tråd med prosedyre. Melding om avvik rapporteres til enhetsleder, som igjen rapporterer til helse- og sosialdirektøren en gang pr. måned sammen med annen rapportering. I utgangspunktet er det enhetsleder som skal behandle avvik med mindre disse av ulike grunner ikke lar seg løse på enhet. Store, alvorlige avvik, skal meddeles helse- og sosialdirektøren umiddelbart.

Det må understrekes at variasjon i antall meldte avvik i seg selv ikke er noe mål på utført kvalitet. Flere avvik kan bety at enhetene er flinkere til å melde avvik, og således er heller ikke færre avvik nødvendigvis en indikasjon på økt kvalitet. Hovedsaken er at man lærer av avvikene som meldes.

Det meldes kvalitetsavvik i *tre ulike alvorlighetsgrader*:

- Hendelser som har ført til skade/reduert helse/livskvalitet
- Hendelser som kunne ført til skade/reduert helse/livskvalitet
- Mindre brudd på rutiner og prosedyrer

Deretter sorteres avvikene etter om de er løst på enheten (lukket), om det trengs behandlingstid i enheten før det lukkes eller om det må løses på direktørnivå.

Pr. 2. tertial 2012 er det totalt meldt følgende kvalitetsavvik:

- 1 156 mindre brudd på rutiner og prosedyrer. (Samme periode i 2011: 701). Av disse avvikene ble 1 115 løst umiddelbart, mens 33 har behov for behandlingstid i enheten.
- 1 067 hendelser som kunne ført til skade/reduert helse/livskvalitet. Dette er en økning fra tidligere år. (Samme periode i 2011: 819). I ti av tilfellene trengte enheten behandlingstid for å lukke avviket. I åtte av tilfellene var det behov for løsning på direktørnivå for å lukke avvikene.
- 100 hendelser som har ført til skade/reduert helse/livskvalitet. Dette er en nedgang fra 2011. Da hadde man 129 avvik i samme periode. 6 av disse har behov for behandlingstid i enheten for å bli løst. For 9 avvik har det vært behov for løsning på direktørnivå.

Ved utgangen av august gjenstår det to avvik som er løftet til direktørnivå og er under behandling og vil bli løst i løpet av kort tid.

Tabellen nedenfor forteller hvordan avvikene fordeler seg i sektoren.

	Mindre brudd – rutiner/prosedyrer	Kunne ført – redusert/ skade helse/livskvalitet	Ført - skade/reduert helse/livskvalitet
Omsorgsenheter	671	778	88
UH enheter	425	252	1
Helseenheter	60	35	8
Barnevernstjenesten		2	1
Sosialtjenester			2
Sum	1 156	1 067	100

4.2 Tjenestefokus

I tillegg til antall avvik meldes det om tjenesten er levert i hht vedtak/avtale, og om tjenesten er levert i hht kvalitetskravene.

Når det gjelder om tjenestene har vært levert i hht vedtak/avtale er det meldt 10 tilfeller hvor dette ikke er tilfredsstillt i perioden fra mai tom august. Forklaringene er i hovedsak knyttet til at det har vært utfordrende å levere hjemmetjenester i perioder med streik og ved sykefravær i sommerferieperioden. Avvik fra vedtak/avtale som følge av dette har kun vært tilfelle i avgrensede perioder. Overskridelser av saksbehandlingstider ved EBT meldes også som brudd på vedtak og avtale.

Det er meldt inn 10 tilfeller hvor det har vært brudd på kvalitetskravene i 2. tertial. Dette dreier seg om tilfeller av for liten tid til individuell aktivitet og stimulering i institusjonstjenesten og redusert kvalitet på tjenesten i forbindelse med streiken.

Saksbehandlingstiden er brutt i 104 saker i løpet av 2. tertial. Disse fordeler seg på følgende måte: EBT: 100, barneverntjenesten: 1, helseenheter: 1, sosialtjenesten 2.

Det har kommet 84 *formelle klager* i perioden. Avvikene fordeler seg som følgende måte: sosialenheter: 52, barnevernstjenesten: 4, omsorgsenheter: 9, EBT: 14 og helseenheter: 5.

4.3 Tilsyn

Sektoren har i løpet av 2. tertial lukket tilsyn knyttet til ernæring i omsorgstjenesten. Dette har medført nye og presiserte rutiner som nå er kjent og innarbeidet i hele tjenesten.

5. PERIODEMÅL VEDTATT I HP 2012 – 2015

Kristiansand kommune presenterer i 2. tertial status på de vedtatte periodemålene i handlingsprogrammet. Nedenfor følger sektorens periodemål med status pr. 2. tertial. Rapporteringen følger samme struktur som i vedtatt handlingsprogram 2012 – 2015.

5.1 Arbeidsgivervirksomhet

Arbeidsgivervirksomhet				
Nr	Periodemål for hele perioden – beskrivelse av indikator	Status 2010	Mål 2012	Status 2. tertial
1	Arbeidsmiljø Redusert sykefravær og økt trivsel <u>Indikator:</u> Sykefravær i % av årsverk Snitt totalt – medarbeidertilfredshetsundersøkelsen (MTU)*	9,9 % 4,4	9,5 % -	9,2 %

Arbeidsgivervirksomhet	
Nr	Periodemål for hele perioden (aktørrollen)
1	Økt likestilling og mangfold ved rekruttering av flere menn, flere ansatte med innvandrerbakgrunn i ulike stillingsnivå, og flere ansatte med funksjonsnedsettelse Status pr 2. tertial 2012: Kristiansand kommune ved helse- og sosialsektoren har vært med i et storbyforskningsprosjekt for å øke andelen ansatte menn i omsorgstjenesten. Trondheim har vært prosjektførende by. Rapporten foreligger fra forskerne i disse dager. Den vil bli presentert for aktuelle ledere og politikere i nær framtid. Videre vil så sektoren vurdere om det er noen av tiltakene fra Trondheim som skal jobbes med i Kristiansand kommune.

2	<p>En større andel ansatte jobber heltid</p> <p>Status pr 2. tertial 2012: Sektoren har fortsatt fokus på å øke andel ansatte med heltid, men i forbindelse med pågående organisasjonsendring har dette ikke hatt fokus ut over hver enkelt enhet. Det ble søkt om prosjektmidler for å prøve ut en ordning med 3-3 turnus i indre Vågsbygd enhet, men søknaden nådde ikke opp.</p>
3	<p>Økt rekruttering av helsefagarbeidere</p> <p>Status pr 2. tertial 2012: Pr i dag har ikke sektoren mangel på helsefagarbeidere. Det er mange søkere til de få stillingene som lyses ut. Dette året er svært få stillinger for helsefagarbeider vært ledige. Grunnen er blant annet nedleggelse av St. Joseph og flytting av personell derfra, samt at flere ansatte helsefagarbeidere har fått økt sine stillingsstørrelser.</p>

5.2 Omsorgstjenesten

Omsorgstjenesten	
Nr	Periodemål for hele perioden (aktørrollen)
1	<p>Forebygge og utsette behov for omsorgstjenester og institusjonsplassering</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igangsatt prosjekt for etablering av hukommelsesteam/demensteam i Vågsbygd • Igangsatt pårørendeskole for demente • Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om oppgaveløsning og videreutvikling • I prosjektet Lokalmedisinske tjenester gjennomføres det pilot for pasientopplæring for diagnosegruppene kols og diabetes. • Prosjekt «forebyggende hjemmebesøk» igangsatt • Treningsgrupper for eldre; «Aktiv hver dag» 18. ulike grupper er etablert og fysisk lokalisert i alle bydeler og tilknyttet dagsentre der de finnes. Trening tilbys 1-2 dager pr. uke. Tilbudet er lavterskel og rettet mot eldre 65+ med funksjonsfalling/ og eller fallrisiko. Målet med treningen er økt ansvar for egen helse og bedre aktivitetsnivå. Gruppene ledes av fysio/ergoterapeuter. Pr. i dag ca. 300 deltakere.
2	<p>Styrket og målrettet rehabiliteringsarbeid</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurderer å evaluere dagens system for hjemmehabilitering på bakgrunn av tilbakemelding og tallmateriale knyttet til dagens ordning. • Har fått midler tilknyttet utprøving av hverdagsrehabilitering. Dette vil bli igangsatt i løpet av høsten 2012. Seminar om hverdagsrehabilitering i regi av KNPS avholdes 28. september. • Lokalmedisinske tjenester har gjort en pasientforløpsanalyse tilknyttet diagnosegruppene kols, hjerneslag, diabetes, demens og kreft. Behovet for mer tverrfaglig tilnærming og rehabilitering blir påpekt gjennomgående. • Bruk av pasientforløpsanalyse og systematisk bruk av nasjonale retningslinjer forsøkes innarbeidet i den daglige driften. • Tverrfaglig kompetanseprosjekt tilknyttet Valhalla enhet er startet opp, det rapporteres allerede om gode erfaringer tilknyttet mer tverrfaglighet rundt den enkelte bruker. • Det har i 2012 vært gjennomført et hjerneslagsprosjekt hvor også sykehus og UIA har vært involvert. Det er skrevet rapport fra prosjektet.

3	<p>Kompetanseløft for å møte framtidens utfordringer</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagnettverk møtes 2 ganger i halvåret til faglig oppdatering og erfaringsutveksling, gjelder fagnettverk for: kols, demens, diabetes, lindrende, rehabilitering, smittevern, psykiatri/rus hvor alle består av representanter fra hver omsorgsenhet. • Utvikling og opplæring i E-læringspakke om kols • 120 nye ansatte startet opp med demensomsorgens abc • Gjennomført Pilot «legemiddelgjennomgang i sykehjem» på Ternevig i tråd med nasjonale sikkerhetskampanje • Kompetanseprosjekt Vågsbygdtunet avd.1e i samarbeid med Sørlandet sykehus/RVTS Sør. • Arrangert fagdager innen bla psykiatri/rus, etikk, og forebygging • Igangsatt kompetanseprosjekt for minoritetsspråklige • Gjennomført gjensidig hospitering mellom omsorgstjenesten og SSHF • Utvikling av kartleggingstjenester innenfor demens og forebyggende hjemmebesøk • Utvikling av pårørendeskole innen demens
4	<p>Økt samarbeid mellom omsorgstjenestene og frivillige, pårørende og private aktører</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Videreutviklet KulturRullatoren som en organisert kontakt med frivillige – enkeltpersoner og gruppe: unge og eldre er leseombud på institusjonen, flere kor, orkestre, korps og enkeltpersoner deltar i KulturRullatorens program på institusjonene. • Videreutviklet samarbeid med ulike grupper av enkeltpersoner som drifter tilbud i eldresentertjenesten, for eksempel trimtilbud, dans i ulike former, aktiviteter og tilstelninger, reparasjon av tekniske hjelpemidler. • Det er organisert brukerstøtte gjennom eldresentrene med høresvake, synshemmede og hjerte/lungesyke. • Videreutviklet samarbeid med Frivilligsentralene, om for eksempel følgetjeneste, hyggestunder og gå-hjelp. • Prosjektet lokalmedisinske tjenester har i samarbeid med aktuelle brukerorganisasjoner kartlagt det aktuelle tilbudet som finnes i nabo- kommuner innen området pasient- og pårørendeopplæring. Ulike modeller for gjennomføring av pasient- pårørendeopplæring prøves ut i samarbeid med brukerorganisasjonene og Frivillighetens hus. • Omsorgsenhetene har laget oversikt over oppgaver som frivillige organisasjoner kan tenkes å gå inn i. Det planlegges møte med frivillige organisasjoner med tanke på samarbeid på eldrefeltet.
5	<p>Ombygginger av eksisterende bygningsmasse (boliger og institusjoner) til mer effektiv drift</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er utarbeidet en rapport med bakgrunn i en vurdering og gjennomgang av eksisterende bygningsmasse med tanke på blant annet bedre utnyttelse. I rapporten fremkommer det et potensiale for minimum 18 nye sykehjemsrom fordelt på 9 av eksisterende sykehjem, varierende fra 7 til 1 rom på de respektive institusjonene. • Rapporten peker også på muligheter for å omgjøre serviceboliger til omsorgsboliger. Det ser ut til at 6 serviceboligkomplekser kan bli konvertert til ca. 200 nye omsorgsboligplasser. • Det er igangsatt prosjekt for utbygging av 7 nye institusjonsplasser ved Vågsbygdtunet. Antall planlagte dobbeltrom reduseres dermed med 7 plasser. • Investerings- og driftskostnader for de enkelte ombyggingsprosjektene må innarbeides i handlingsplan.

6	<p>Utpøring og økt bruk av teknologi for å kunne bo trygt og hjemme lenger</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har avsluttet samarbeid med UiA og OSS om forstudiet «Bo trygt og godt hjemme». Det er laget rapport og gjennomført en regional work-shop som gir innspill til videre satsing i Kristiansand • Prosjektgruppe etablert for å vurdere og videreutvikle trygghetsalarm til trygghetspakke, herunder avklare behov og innhold, infrastruktur og alarmhåndtering. • Har begynt å teste ut og pilotere ny teknologi i dialog med ansatte, For eksempel: robotstøvsuger, spillteknologi og sensorteknologi på sykehjem. • Planlegger demoleilighet i Kongens senter. • Har vært pådriver for at OSS har etablert Fagutvalg for eHelse og velferdsteknologi på Agder. For 2012 leder Kristiansand kommune Fagutvalget. • Har etablert tett samarbeid med UiA v/ Senter for eHelse og omsorgsteknologi. • Etablert kontakt og dialog med andre kommuner og kunnskapsmiljø. • Har løpende dialog med aktuelle leverandører. • Har bidratt til at velferdsteknologi har blitt en deloppgave i «Fremtidens bydel». • Samarbeider med UiA om mulig EU-prosjekt «Fremtidens trygghetsalarm». Søknad sendt fra UiA. Kristiansand kommune er samarbeidspartner med UiA Senter for eHelse og omsorgsteknologi. Søknadsstatus ikke avgjort. Evt 3 årig prosjekt. • Samarbeider med UiA om mulig «Etablering av test-lab ved UiA Senter for eHelse og omsorgsteknologi». Søknad sendt fra UiA til Aust-Agder Utviklings- og kompetansefond. Kristiansand kommune er med som referansegruppe. Søknadsstatus ikke avgjort. Evt 3 årig prosjekt. • Samarbeider med Trondheim om «HelsaMi», 4-årig prosjekt. Hovedmålsettingen med prosjektet er å utvikle et nytt pasientforløp som følger KOLS pasienter helt hjem, med støtte av ny teknologi. St. Olavs Hospital, NTNU og SINTEF er kjernepartnere. Samarbeider med SINTEF om «Trygge spor II»: Trygge spor prosjektet jobber med å implementere bruk av GPS (og mobil trygghetsalarm) som "verktøy" i demensomsorgen. Kristiansand kommune er følgekommune.
---	--

5.3 Tjenesten for utviklingshemmede og sterkt funksjonshemmede

Tjenesten for utviklingshemmede og sterkt funksjonshemmede				
Nr	Periodemål	Status 2010	Mål 2012	Status 2. tertial
1	Voksne mennesker med utviklingshemming får hensiktsmessig bolig og oppfølgingstilbud.			
	<u>Indikator</u>			
	Antall boliger i bofellesskap til personer over 18 år	187	204	198*
	Antall personer med dagsentertilbud	100	117	105*

* Sektoren må undersøke disse tallene nærmere.

5.4 Helsetjenesten

Helsetjenestene	
Nr	Periodemål for hele perioden (aktørrollen)
1	<p>Tidlig hjelp til rett tid av rett instans i forhold til risikoutsatte barn og unge, og redusere behov for spesialiserte tjenester.</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none">• Det er etablert samarbeid mellom skolehelsetjenesten i ungdomskolene, familiesentrene og ABUP for å videreutvikle samhandling. Fokus for samarbeidet er tidlig intervensjon.• Tverretatlige team for barn i førskolealder benyttes som samarbeidsarena mellom helsestasjon, familiesentre og barnehager.• Det er gjennomført samtalegrupper for barn og unge i utsatte familiesituasjoner. Noen av disse er gjennomført i samarbeid mellom Familiesentrene og læring og mestringssenteret på sykehuset.• Ansatte har deltatt i opplæringsprogrammet «Ta opp uroen».• Det er igangsatt et samarbeid med RBUP (Regionsenter for barn og unges psykiske helse) og helsestasjonstjenesten, hvor det er fokus på tidlig intervensjon og foreldre som aktive parter i vurdering, utforming og iverksetting av tiltak.• Det gjennomføres systematisk kartlegging av mulig depresjon hos mødre før og etter fødsel.• Utvikle rutiner for å kartlegge og følge opp barn og unge med risiko for fedme og overvekt.
2	<p>Videreføring av metodene fra prosjektet "Ta opp uroen" vurderes etter evaluering av forsøksprosjektet er gjennomført.</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kursrekken «Ta opp uroen» har 50 ansatte fra barnevern, helsetjenester, barnehager, skoler, PP-tjenesten og sykehus blitt lært opp som trenere. Disse har videre lært opp 150 ansatte fra de samme tjenestene.• Kursingen skal medføre en tydeligere prioritering av tilnærminger, metoder og tiltak som bidrar til både tidlig avdekking og hensiktsmessig hjelp.• Både helse- og sosialdirektør og oppvekstdirektør har besluttet at kursingen skal videreføres i årene som kommer.
3	<p>Utvikle modeller og rutiner for samarbeid med sykehus om etablering og drift av bolig- og institusjonstilbud for særlig krevende brukere med psykiske lidelser og dobbeltdiagnoser.</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none">• Det jobbes for å utvikle et forsvarlig bolig- og habiliteringstilbud til en gruppe på mellom 5 og 8 brukere.• Det er fortsatt behov for å avklare hvordan man kan lage en samdriftsmodell med sykehuset ("Tandem"-modell) som gir tilgang til sykehusets spesialisthelsetjenester. Foreløpig status er at kommunen planlegger å ta ansvar for hele driften, og inngår avtaler med spesialisthelsetjenesten om hvilke tjenester de skal bidra med.

4	<p>Utvikling og utprøving av kunnskapsbaserte og helsefremmende tiltak sammen med andre kommuner, frivillig sektor, fylkeskommune, sykehus og forskningsmiljø.</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er igangsatt Internt prosjekt for planlegging og etablering av frisklivsentral i Aquarama med mål om å utvikle og samordne tiltak innen levevaneområdet i kommunen. Prosjektet kartlegger mål og strategier, aktuelt/ønsket innhold i Frisklivsentralen på kort og lang sikt, samt avklare Frisklivssentralens rolle i kommunens samlede folkehelsearbeid og samarbeid med frivillige. • Det er inngått samarbeidsavtale med Vest-Agder fylkeskommune om regional nytteverdi av frisklivssentralen. • Det er igangsatt utviklings- og samarbeidstiltak i samarbeid med andre kommuner, universitet, sykehus og Agderforskning, for eksempel: «Friskus» (intervensjonsprosjekt for barn med overvekt), «Fritatt fra gym» (kartlegging av deltakelse i gym på videregående og sammenheng med drop outs- problematikk), «Evaluering av Frisklivsentral» (følgeforskning på aktivitetene på FLS).
5	<p>Utvikle tilfredsstillende og faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp tilbud</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kristiansands forpliktelse er å etablere tilbud som kan ivareta 3 899 «liggedøgn» for pasienter som i dag innlegges i sykehus, og kommunen vil få overført 16,8 mill. kr. i årlig driftstilskudd når tilbudet er etablert. • Investering i bygningsmessige tiltak finansieres delvis av Husbankens tilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger. • Leveringsfrist er 31/12-2012 for forslag til løsning og til revisjon av delavtale 4 (om øyeblikkelig hjelp). • Opprettet intern arbeidsgruppe i Kristiansand for å utrede de konkrete behov for faglige, organisatoriske og bygningsmessige tiltak for å etablere et slikt tilbud. • Arbeidsgruppe er etablert med tillitsvalgt, 4 deltakere fra sykehusledelsen og 4 deltakere fra kommunene i Knutepunkt Sørlandet. • Vennesla og Iveland kommuner har fått godkjent planer for igangsetting av tiltak fra november 2012. • Søgne og Songdalen arbeider ut fra et ønske om å etablere et felles tilbud for disse to kommunene i Søgne. • Lillesand, Birkenes og Kristiansand samarbeider om å etablere et felles tilbud i Kristiansand.

5.5 Barnevernstjenesten

Barnevernstjenesten				
Nr	Periodemål for hele perioden – beskrivelse av indikator	Status 2010	Mål 2012	Status 2. tertial
1	<p>Tidlig hjelp til rett tid av rett instans</p> <p><u>Indikator:</u> Informasjonsplan - alle skoler, barnehager, helsestasjoner, familienesentre m.fl. skal ha informasjon om barnverntjenesten i løpet av handlingsplanperioden</p> <p>Lav terskel for innsats til sped- og småbarn - øke andelen barn 0-3 år som er i kontakt med barnevernet med undersøkelse og tiltak</p>	Plan utarb.	25 %	25 %
		12 %	15 %	15,5 %

2	Helhetlig arbeid rundt barn, unge og deres familier			
	<u>Indikator:</u>			
	Utvikle nye tiltak knyttet til sped -og småbarn	0	2	2
	Andel barn (brukere) med ansvarsgrupper	60 %	70 %	60 %
	Antall nettverksmøter i undersøkelsesfasen	10	20	7
	Antall nettverksmøter i tiltaksfasen	0	10	7
	Antall familieråd	10	20	7

5.6 NAV Kristiansand

NAV Kristiansand				
Nr	Periodemål for hele perioden – beskrivelse av indikator	Status 2010	Mål 2012	Status 2. tertial
1	Flere ungdom er i arbeid eller utdanning			
	<u>Indikator:</u>			
	Andel ungdom i alderen 16-25 som ikke fullfører videregående skole som har et tilbud fra NAV.	91 %	95 %	*95 %
	Andel ungdom i alderen 18-25 år med sosialhjelp som er i aktivitet, arbeid eller rehabilitering	93 %	100 %	**95 %
2	Flere i arbeid, færre på stønad			
	<u>Indikator:</u>			
	Antall deltagere i KVP	81	190	170
	Andel ordinære arbeidssøkere med innvandrerbakgrunn med oppfølging siste 3 mnd	71 %	80 %	84 %
	Andel personer med mindre enn 26 uker igjen av dagpengeperioden som får utvidet oppfølging	53 %	80 %	40 %
	Andel sosialhjelpsmottakere som har mottatt sosialhjelp mer enn 6 mnd (266 stk av totalt 1567 brukere hittil i år)	27 %	25 %	17 %

* Prøver i størst mulig grad å gi tilbud. Ungdom har rettigheter til fullføring av videregående skole til fylte 21 år.

** Har et eget prosjekt for de som vi ikke klarer å fange opp

5.7 SOFOT

SOFOT	
Nr	Periodemål for hele perioden (aktørrollen)
1	<p>Utvikle samarbeid med andre kommuner, sykehus, ideelle organisasjoner, brukerorganisasjoner, kultur- og næringsliv om etablering av regionalt Rehabiliterings- og kompetansesenter til rusmiddelavhengige</p> <p>Status pr 2. tertial 2012:</p> <ul style="list-style-type: none">• Etablering av tilbudet på Jegersberg gård rehabilitering og kompetansesenter er i gang og i samarbeidet med interne og eksterne aktører. Det er flere samarbeidsgrupper knyttet til videre utvikling, oppstart og drift.• Etableringen av senteret er forankret i Knutepunkt Sørlandet. Flere representanter fra Knutepunkt Sørlandet kommunene er representert i arbeidsgrupper og det arbeides med formalisering av samarbeidet.• Etablering av senteret skjer i samarbeid med sykehuset. Avdeling for rus og avhengighet (ARA) bidrar med forskningsressurser, kompetanse og veiledning.• Det er etablert samarbeid med brukerorganisasjonen A-larm og Kirkens bymisjon. Andre ideelle organisasjoner inviteres til et møte i regi av nettverk rus i november. Målet er å samarbeide tettere i forhold til helhetlige rehabiliteringsløp hvor organisasjonene er viktige samarbeidspartnere.• Næringslivet er representert i arbeidsgrupper og samarbeidet trappes opp etter hvert som forretningsdelen utvikles.

Punkt 41/12: Omsorgsboliger og sykehjem som OPS-prosjekt

Bilag

Saksprotokoll



Dato: 27. juli 2012
Saksnr.: 201202953-4
Arkivkode E: H22 &42
Saksbehandler: Ole Geir Gitlestad

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

25.09.2012
26.09.2012

Omsorgsboliger og sykehjem som OPS-prosjekt

Sammendrag:

Kristiansand Eiendom (KE) og helse- og sosialsektoren (HS) har startet arbeidet med å forberede det neste byggeprosjektet i HS, etter OPS-modellen. I tråd med bystyrets vedtak om bygging av nytt sykehjem, samt helse- og sosialstyrets vedtak (den 20.03.12, sak 13/12) om bygging av omsorgsboliger i sentrum, fremmes nå sak om den videre prosessen for gjennomføring av disse OPS-prosjektene. KE har utarbeidet et notat om prosessen for gjennomføring av OPS-prosjektene. Helse- og sosialdirektøren tilrår at dette notatet legges til grunn for det videre planarbeidet og for framdrift og gjennomføring av prosjektene. Det foreslås også at omsorgsboligprosjektet får en størrelse på 40 leiligheter, forutsatt at det legges inn driftsmidler tilsvarende dette omfanget. Planleggingskostnader må innarbeides i handlingsplanen i størrelsesorden kr. 1 mill.

Forslag til vedtak:

- Formannskapet gir tilslutning til prosessen/saksutredningen om omsorgsboliger og sykehjem som OPS-prosjekter.

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Bakgrunn for saken:

Med utgangspunkt i bystyrets vedtak om bygging av nytt sykehjem som OPS-prosjekt, samt helse- og sosialstyrets vedtak (den 20.03.12, sak 13/12) om bygging av omsorgsboliger i sentrum etter samme modell, fremmes nå sak om den videre prosessen for gjennomføring av disse OPS-prosjektene. Kristiansand Eiendom (KE) vil forestå gjennomføringen av prosjektene i samarbeid med helse- og sosialsektoren (HS). KE har utarbeidet skisse til modeller og framdrift for OPS-prosjektene, som følger:

Prosess for gjennomføring av OPS- modell for anskaffelse av omsorgsboliger og sykehjem

I forbindelse med sak 13/12 om omsorgsboliger som var til behandling i HS-styret 20. mars 2012 og vedtak i HP 12-15 om sykehjem som OPS, skal Kristiansand Eiendom bistå HS i prosessene med anskaffelse av omsorgsboliger i sentrum og sykehjem øst i kommunen, fortrinnsvis som en OPS – modell. KE anbefaler å se anskaffelsen av omsorgsboliger og sykehjem i sammenheng nå i oppstart av konseptfasen for å få en oversikt over ulike interessenter i markedet, vurdere om der er synergi mellom ulike konsepter som en bør tas med i planleggingen av sykehjem, i tillegg til at det er viktig med erfaringsoverføring mellom anskaffelsesprosessene/ kontraktstrategiene i prosjektene spesielt dersom dette gjennomføres som OPS- modeller.

Offentlige anskaffelser

Rettslige føringer

Kristiansand kommune må ved alle anskaffelser overholde anskaffelsesregelverket. Regelverket omfatter alle typer anskaffelser av varer, tjenester og bygge- anleggsarbeider, uavhengig av anskaffelsens verdi og om kontrakten gjelder kjøp, leie eller leasing. I tillegg omfattes også de fleste anskaffelser av detaljerte prosedyreregler i anskaffelses forskriften. Dvs at ved gjennomføring av et OPS prosjekt må kommunen forholde seg til anskaffelsesregelverket.

Til orientering har Kristiansand kommune anledning til å gjennomføre markedssonderinger for bl.a å kunne ta stilling til en fremtidig konkurranse, se nedenfor under likebehandling. Dette arbeidet er påbegynt.

Rettslige utfordringer ved prosessen

Helse og sosial sektoren har hatt kontakt med en aktør i forbindelse med etablering av omsorgsboliger i sentrum. Private aktører har orientert ulike administrative og politiske fora om ulike konsept for etablering av omsorgsboliger og sykehjem i samarbeid med kommunen. Den videre prosess må håndtere kontakten som har vært mellom kommunen og ulike private aktører og de utfordringer dette kan gi i forhold til forskriften, samtidig som prosessen skal ivareta den interesse fra private aktører som er i markedet i dag.

Rettslige utfordringer ved videre prosess

Likebehandling av eksterne tilbydere:

Regelverket bygger på grunnleggende prinsipper om likebehandling. Kommunen plikter således å gi alle potensielle tilbydere like muligheter. Det må følgelig ikke gjennomføres dialog i forkant som gir eller kan gi en eller flere tilbydere en fordel i en senere konkurranse. Det fremgår uttrykkelig av forskriften at man ved utforming av grunnlaget ikke må motta eller søke råd hos noen som kan ha en økonomisk interesse i anskaffelsen. Dette innebærer at HS ikke bør gå i nærmere dialog med noen av de i aktørene de har vært i dialog med før det har blitt besluttet hvordan konkurransen skal gjennomføres. Når konkurransen for omsorgsboliger, eventuelt sykehjem igangsettes må kommunen sørge for å utjevne alle eventuelle fordeler aktører har fått ved at de har vært i kontakt med HS vedrørende sitt prosjekt i en tidlig fase.

Begrensninger i adgangen til å avlyse igangsatt konkurranse:

Det er et rettslig utgangspunkt at kommunen ikke kan igangsette en konkurranse uten at det er klar sannsynlighet for at prosjektet blir realisert. En avlysning av en konkurranse krever saklig grunn. Økonomiske forhold vil normalt utgjøre saklig grunn, men med klare begrensninger.

For å ivareta forskriften anbefaler KE at det i forkant av en konkurranse foretas grundige sonderinger i markedet. Utfallet av markedssonderingen vil være sentral for hvordan en konkurranse bør legges opp.

I tillegg bør kommunen beregne kostnader på etablering av omsorgsboliger/sykehjem ved ordinær gjennomføringsmodell/entrepriseform bla for å få en oversikt over det totale kostnadsbilde og kunne foreta økonomiske vurderinger ved ulike alternativer, ha et sammenligningsgrunnlag overfor tilbudene fra private aktører, stå sterkere i eventuelle forhandlinger og for å ivareta forskriften ved en eventuell avlysning av konkurransen.

Valg av konkurranseform:

Utgangspunkt etter forskriftene er at kommunen skal benytte enten åpen eller begrenset anbudskonkurranse. Det er en meget snever adgang (etter forskriftenes ordlyd) til å benytte konkurranse med forhandlinger eller konkurransepreget dialog. Valg av konkurranseform vil bli foretatt med bakgrunn i sektorens behov og den interesse som foreligger i markedet.

OPS

Med offentlig privat samarbeid (OPS) mener KE et samarbeid mellom kommunen og det privat om et prosjekt eller en tjeneste, der privat sektor tar større del av ansvaret knyttet til utvikling og/eller drift av prosjektet/tjenesten i en definert tidsperiode. Kommunen beskriver oppgaven som skal løses, den beskriver hvilken standard og kvalitet kommunen vil ha levert, og innenfor disse rammene får den private aktøren frihet til å planlegge og gjennomføre arbeidet på en mest hensiktsmessig måte.

Det finnes flere ulike typer OPS – modeller. De vanligste OPS formene er:

- Utvikling og drift av bygg (kontrakt mellom offentlige og privat som omfatter utvikling, drift og finansiering av bygg)
- Tjenesteutsetningskontrakt (kontrakt mellom offentlige og private som omfatter drift av omsorgsboliger/ sykehjem)
- OPS som joint venture selskap (offentlige og private samarbeider i et felles eiet selskap)

Private sektor har vanligvis dyrere finansieringskostnader enn offentlige, i tillegg til forventet avkastning på investering. Derfor vil et eventuelt innsparingspotensial ved en OPS – modell være avhengig av:

- Hvor effektivt kommunen i dag produserer tjenesten
- Hvor sterk konkurranse det er i markedet
- Hvor dyktig kommunen er til å forhandle

I den videre prosess tar KE med de erfaringer kommunen har fått med prosjekt Aquarama (OPS). Sektoren må være innforstått med hva en OPS - modell innebærer, de muligheter og begrensninger som ligger i modellen. En må være innstilt på at OPS- modellen er ressurskrevende i innledende fase. For å få til et godt forhandlingsgrunnlag for kommunen, er det svært viktig å gjøre et godt forarbeid med konkurransegrunnlaget. Bla. drøfte og vurdere ulike økonomiske problemstillinger i forkant av konkurransen

Før konkurransen er det viktig å få avklart om OPS for omsorgsboliger/sykehjem kun skal omfatte en OPS kontrakt for bygg (utvikle, drift og finansiering av bygg), eller også omfatte kontrakt om utsetting av tjenesten (driften av selve omsorgsboligene/ sykehjem).

Prosess

Forslag til framdrift for prosess:

Omsorgsboliger:

- Innledende fase
 - o Markedssondering som forberedelse til en eventuell konkurranse
- Første fase
 - o Forankring av OPS som gjennomføringsmodell hos sektoren.
 - o Avklaring av målsetting/ fokus ved prosjektet eks. vektlegging av velferdsteknologi
 - o Oppstart arbeidet med funksjonsbeskrivelse til konkurransegrunnlag
 - o Finansielle vurderinger for ulike type driftsmodeller bla konsekvenser for:
 - Finansiering – eks: byggerente, moms kompensasjon, offentlige lån og tilskudd
 - Eieform, vurdere kommunen som eiere, private aktører som eiere eller beboere som eier til boligen
- Andre fase
 - o Valg av anskaffelsesstrategi og utarbeidelse av konkurransegrunnlag
 - o Økonomiske vurdering av andre gjennomførings modeller/ entreprisereformer.
 - o Vurdering av ulike OPS - modeller
 - o Framdrift for prosjektet fastsettes, basert bla. på markedssoneringen
- Tredje fase
 - o Konkurranse grunnlaget legges fram for HS- styret
- Fjerde fase
 - o Konkurranse

Framdriften i prosessen avhenger av hvilken type OPS kontrakt prosjektet skal planlegges for; en OPS kontrakt som kun omfatter bygg eller om administrasjonen også skal vurdere en kontrakt som omfatter tjenesteutsetting av driften av virksomheten.

For å få forutsigbarhet for private aktører og eliminerer en usikkerhetsfaktor må sektor ha driftsmidler til omsorgsboliger før en OPS konkurranse iverksettes.

Sykehjem:

Innledende fase

Markedssondering for å få en oversikt over hvilke aktører som er i markedet.

Første fase

Gjennom hele planleggingsprosessen med omsorgsboliger vil en ha fokus på elementer som har overføringsverdi til planlegging av sykehjem. Spesielt i forhold til det finansielle og det kontraktuelle.

Kostnader knyttet til utarbeidelse av anbudsinnbydelse og inngåelse av kontrakter er vesentlig større ved OPS enn ved ordinær anbud, derfor vil erfaringsoverføring kunne bidra til å få ned transaksjonskostnadene.

Andre fase

Evaluering av anskaffelsesprosessen for omsorgsboliger. Resultatet vil sammen med erfaringer fra Aquarama legge grunnlag for en økonomisk vurdering av gjennomføringsmodell/entreprisereform og for å optimalisere anskaffelsesprosessen for et nytt sykehjem.

For å kunne følge den foreslåtte framdriften i skissen fra KE må HS klargjøre tre forhold;

- Hvor mange omsorgsboliger er det aktuelt å bygge?
- Det må avsettes midler til drift av boligene.
- Skal OPS-prosjektet knyttet til (i første omgang) omsorgsboligene kun omfatte bygg eller skal det inkludere både bygg og drift av boligene?

Med hensyn til antallet omsorgsleiligheter er det i en nylig utarbeidet rapport i HS (utarbeidet i forbindelse med prosjekt «Gjennomgang av bolig og bygningsmassen») fastslått at et omsorgsboligkompleks må ha minst 40 leiligheter for å kunne drives på en driftsøkonomisk effektiv måte. Dette bør være førende for den konkurransen det tilrettelegges for i sentrum.

Driftskostnadene pr. omsorgsboligplass varierer noe fra boligkompleks til boligkompleks, men den gjennomsnittlige kostnad pr. plass er i dag kr. 423.000,- pr. år. For 40 nye leiligheter må det således avsettes ca. kr. 17 mill. til årlig drift.

Hvorvidt en konkurranse om en OPS-omsorgsbolig skal inkludere både bygg og drift i en og samme konkurranse må drøftes særskilt og kanskje tas stilling til først etter en markedssondering blant interesserte aktører. En eventuell bredt anlagt konkurranse vil være svært krevende, både i tilretteleggingsfasen og ved gjennomføringen. Muligens får vi da også en begrenset deltakelse fordi aktørene må stille med både bygningskompetanse og kompetanse på pleie- og omsorgsfeltet. Med tanke på at vi nå skal utvikle framtidens omsorgsbolig vil innslaget av velferdsteknologi også bli vektlagt i stor grad og også på dette området synes det aktuelt med en form for dialog med leverandørfeltet for å framskaffe et formålstjenlig bolig- og driftskonsept. Konkurranses grunnlaget legges fram for helse- og sosialstyret.

Helse- og sosialdirektøren vil tilrå å legge notatet fra KE til grunn for det videre arbeidet med omsorgsboligene og også la denne prosessen bli førende for arbeidet med det neste sykehjemprosjektet. Et nytt sykehjem stiller HS overfor det samme kravet til betydelige driftsutgifter, som må være budsjettmessig avklart. Sykehjemprosjektet foreslås vurdert ved neste rullering av handlingsprogrammet.

Type konkurransen om OPS-omsorgsboligene, dvs. om vi skal separere konkurransen i én bygg-konkurranse og én drifts-konkurranse, eller inkludere bygg og drift i én konkurranse, avklares etter avholdte markedssonderinger med interesserte aktører. Sondringen pågår for tiden og det vil bli gitt en orientering om disse i møtet.

Når det gjelder planleggingskostnader foreligger en budsjettavsetning på kr. 200.000,- knyttet til sykehjemsutbyggingen på Strømme. Ved et OPS er kostander knyttet til utarbeidelse av anbudsinnbydelse og inngåelse av kontrakter mye større enn ved ordinære anbud. Det må derfor forutsettes en økt avsetning. Avhengig av bruk av interne ressurser har KE anslått at det må beregnes 1 % av den totale utbyggingssum i planleggingskostnader. Ved en antatt utbyggingssum på +/- kr. 100 mill. vil disse kostnadene nærme seg kr. 1 mill. Dette må avklares i forbindelse med handlingsplanarbeidet.

Punkt 42/12: Tilbud på drift av statlig mottak

Bilag

Saksprotokoll



Dato: 14.09.2012
Saksnr.: 201209395-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Petter Stranger

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

25.09.2012
26.09.2012

Tilbud på drift av statlig mottak

Sammendrag:

Kommuner har ikke anledning til å reservere seg mot etablering av statlig mottak.

Staten ved UDI (Utlendingsdirektoratet) har ansvaret for å stille til disposisjon tilstrekkelig antall plasser i statlig mottak for asylsøkere. En plass i statlig mottak er et tilbud til personer som har søkt asyl i Norge. UDI utlyser drift av plasser i statlig mottak for asylsøkere gjennom en tilbudskonkurranse i henhold til Lov om offentlige anskaffelser. Tilbydere, driftsoperatører, av statlig mottak kan være kommuner, organisasjoner og private. Det er ønskelig fra statens side med en blanding av forskjellige typer driftsoperatører.

Kristiansand kommune har siden 1988 drevet alle typer statlig asylmottak, og Rådmannen foreslår å legge inn tilbud på fortsatt drift av statlig mottak med Forsterket avdeling (FA)når kontrakten løper ut 15. januar 2013. Utlysningen av konkurransen er offentliggjort på den nasjonale portalen for offentlige anskaffelser i Norge (DOFFIN), 28.8.12, med frist for å legge inn tilbud 28. september 2012. Kostnadene knyttet til driften av mottaket dekkes i sin helhet gjennom de kontraktfestede overføringene fra UDI. Det tilbudet vinner som vurderes å være best i forhold til kvalitet og pris. Fordelen med at kommunen selv er driftsoperatør er at en kan påvirke og styre driften på en annen måte enn en har mulighet til dersom det er andre driftsoperatører.

Kristiansand kommune har lang og god erfaring fra mange års drift av statlig mottak i Kristiansand. Mottaksdriften involverer et bredt tilfang av kommunale tjenester som barnehager, Mottaksskolen, Kongsgård skolesenter, Barneverntjenesten, EBT, Tolketjenesten, Gyldengården helsesenter. Disse tjenestene må kommunen yte uavhengig av hvem som er driftsoperatør for et statlig mottak. Kommunens utgifter knyttet til tjenestene dekkes ved vertskommunal kompensasjon fra UDI, samt andre tilskudd.

Anbefaling:

Forslag til vedtak

Formannskapet anbefaler at Kristiansand kommune ved Flyktingetjenesten legger inn tilbud på drift av statlig mottak, og at administrasjonen gis fullmakt til å forhandle dette.

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:

Vertskommunens forpliktelser

http://www.udi.no/upload/Publikasjoner/Asylmottak/Vertskommune%20brosjyre_web%20enkelt sider.pdf

<https://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-rundskriv/rs-2011-025/>

Vertskommunal kompensasjon, satsene

<http://www.udiregelverk.no/no/rettskilder/udi-rundskriv/rs-2011-025/rs-2011-025v1/>

Bakgrunn for saken:

UDI har lyst ut konkurranse om tilbud på levering av plasser i statlig mottak. Utlysningen av tilbudskonkurransen er offentliggjort på den nasjonale portalen for offentlige anskaffelser i Norge (DOFFIN), 28.8.12, med frist for å legge inn tilbud 28. september 2012.

Hensikten med utlysning av driften på plasser i statlig mottak fra statens side er å anskaffe det beste tilbudet når økonomi og kvalitet blir vurdert. Kristiansand kommune har vunnet flere slike utlyste konkurranser på drift av statlig mottak i konkurranse med organisasjoner og private aktører.

Driften av statlig mottak i dag.

Kristiansand kommune har drevet statlig mottak siden 1988 med et lite opphold mellom 1996 – 98, der en kun drev transittmottak. Mottaket består i dag av Kristiansand statlig mottak med 200 plasser i ordinær avdeling og en Forsterket avdeling med 20 plasser. Det er denne kontrakten som utløper 15. januar 2013 etter en periode med drift i 3 år forlenget ved opsjon i 2 år.

I tillegg driver Kristiansand kommune ved Kristiansand statlig mottak en Interkommunal avdeling med 195 ordinære plasser gjennom et samarbeid i nettverket Knutepunkt Sørlandet. 75 av plassene ligger i Kristiansand kommune, de øvrige 120 i kommunene Søgne, Songdalen, Vennesla og Iveland. Utløpstiden på denne kontrakten var 31.12.2011, men UDI har benyttet retten til å forlenge avtalen ved opsjon på 3 år. Alle avtaler om drift av statlig mottak kan sies opp med 3 måneders varsel.

Omfanget av den samlede driften av statlig mottak i Kristiansand er i 2012 om lag 27 årsverk og 44 millioner kroner. Alle kostnader forbundet med driften av mottaket dekkes gjennom kontrakten med UDI, både kommunens kostnader til administrasjon, mottakets oppfølging av beboerne, husleie og ytelser til beboerne.

Kristiansand statlig mottak disponerer over hundre forskjellige boenheter til asylsøkerne på forskjellige adresser, og mottaket drives etter en såkalt desentralisert modell. Ved å bruke flere ulike boenheter av varierende størrelse oppnår en å kunne tilby alle en så normal boposisjon som mulig. I tillegg har en stor fleksibilitet til å justere antall beboere i forhold til varierende ankomsttall. Varierte boligløsninger gir også gode muligheter til å skjerme kvinner og eventuelt andre beboere som har behov for det.

Statlig mottak – innhold

Statlig mottak er bemannet med mottaksleder, informasjonsansvarlig, barn og ungeansvarlig, returansvarlig, bosettingsansvarlig, flyktningmedarbeidere, miljøarbeidere og merkantilt personale.

Statlig mottak skal være et nøkternt men forsvarlig botilbud til personer som har søkt asyl i Norge. UDI stiller en rekke krav til driften i mottaket der det legges vekt på aktivitet og mobilisering av den enkelte asylsøkers ressurser. Som et demokratibyggende tiltak er mottaket pålagt å ha et beboerråd som bindeledd mellom beboerne og de ansatte, i forhold til innholdet av aktiviteter i mottaket.

Alle mottaksbeboere er pliktig til å delta i informasjonsprogram der viktige samfunnsområder gjennomgås, de får et tilbud om å delta på 250 timer norskopplæring og barn i grunnskolealder har rett til skolegang. For barn i førskolealder har mottaket et tilbud tilpasset barn opp til tre år, mens fire og fem åringer får ordinær barnehageplass.

Videre driver mottaket en rekke forskjellige aktiviteter som barne- og ungdomsgrupper, jente-gruppe, sportslige aktiviteter, turer og andre tiltak. Alle barn og ungdom i Kristiansand statlig mottak er kartlagt i forhold til egne fritidsinteresser, og på bakgrunn av dette er de blitt med på organiserte fritidstilbud som eksempelvis fotball, dans, karate og lignende. Hensikten med

disse tiltakene er å gi barna en så normalisert og verdig livssituasjon som mulig, tross den usikkerheten asylsøkerne opplever.

Utfordringen i driften av mottaket er knyttet til at selve søkeprosessen for de av asylsøkerne som ikke får opphold, med eventuell anke og nemndbehandling i Utlendingsnemnda og påfølgende uttransportering eller frivillig hjemreise kan strekke ut i tid,

Forsterket avdeling med 20 plasser er et døgnbemannet tilbud til asylsøkere med større psykiske og fysiske utfordringer. Avdelingen har både psykiatrisk- og sykepleierkompetanse, og er bedre bemannet. Beboerne har tett oppfølging, og det samarbeides nært både med kommunal førstelinje helsetjeneste og andrelinjetjenesten i helseforetaket. Den ekstra belastningen på de kommunale helsetjenestene er begrunnelsen for at det er en svært høy sats på vertskommunal kompensasjon pr. plass, se under.

Kristiansand statlig mottak har et løpende samarbeid med Politiet på flere områder. Asylsøkere sin sak behandles av UDI, men forhold rundt asylsaken håndteres av Politiets utlendingsenhet. Videre blir fra tid til annen asylsøkere som begår hæverk eller opptrer truende anmeldt til politiet. Det er ikke toleranse for kriminelle handlinger begått i mottaket. Mottakets ansatte skal i henhold til UDI sine rutiner bistå politiet i deres arbeid, for eksempel i forbindelse med uttransportering av asylsøkere med endelig avslag og utreisefrist.

UDI fører tilsyn med at driften av mottaket foregår i henhold til kravspesifikasjonen, og gir pålegg om tiltak der mottaket ikke drives etter forutsetningene. Generelt kan det sies at statlig mottak i Kristiansand har hatt gode tilbakemeldinger på hvordan oppgaven løses, og UDI har ved flere konkurranser valgt det tilbudet kommunens har lagt inn som driftsoperatør.

Kristiansand kommune – forslag om å legge inn tilbud på drift av statlig mottak

Kommuner har ikke anledning til å reservere seg mot etablering av statlig mottak. Fordelen med at Kristiansand kommune selv er driftsoperatør er at en kan påvirke og styre driften på en annen måte enn en har mulighet til dersom driftsoperatør er en annen part. Kommunen må konkurrere med andre aktører i en åpen tilbudskonkurranse, der det tilbudet som kommer best ut i pris og kvalitet blir foretrukket. En har altså ingen fordel av å være kommunal driftsoperatør sammenlignet med andre når det kommer til å konkurrere om tilbudet.

Kommunale tjenester – vertskommunekompensasjon

Beboere i et asylmottak er berettiget til kommunale barneverntjenester, skole, helsetjenester og tolk. Asylsøkere med endelig avslag har begrensede rettigheter til helsehjelp, og skal ikke tilbys norskopplæring.

Tjeneste	Asylsøker i statlig mottak
Barneverntjenesten	Rett til ordinære tjenester
Grunnskole	Alle barn har rett til grunnskole. Denne finansieres ved eget tilskudd til kommunen
Helsetjenester, Gyldengården Helsetjenester, fastleger, helsestasjon osv.	Asylsøkere har rett til helsetjenester. Asylsøkere med endelig avslag har begrensede rettigheter
Voksenopplæring, norsk	Asylsøkere har rett til 250 t norskopplæring. Som finansieres ved eget tilskudd. De fleste gjennomfører dette i løpet av det første ½ år i mottaket

For å kompensere kommunens utgifter utbetales det vertskommunekompensasjon. Fra UDIs rundskriv RS 2011-025:

1. Tilskudd til vertskommuner for asylmottak eller omsorgssenter

Vertskommunetilskuddet skal dekke kommunens gjennomsnittlige utgifter til helse, barnevern, tolk, barnehageplass for 4-5 årskull og administrasjon i forbindelse med at det drives et statlig mottak i kommunen. Satsene fastsettes i forbindelse med statsbudsjettet.

Følgende satser gjelder fra:	1.1.2012
Grunnsats per kommune per år	447 740
Sats per ordinær/transittmottaksplass per år	4 800
Sats per forsterket plass per år	116 700
Barnehagetilskudd pr barn pr måned	10 104

For Kristiansand kommune er vertskommunekompensasjon i 2012: grunnsats, 20 plasser i forsterket avdeling og 275 plasser i ordinært mottak; årlig vertskommunekompensasjon kr. 4,1 mill. I tillegg kommer tilskudd til barnehageplass for 4 – 5 åringer, grunnskoletilskudd og tilskudd til norskopplæring for asylsøkere.

Vertskommunekompensasjon for plassene i Interkommunal avdeling som ligger i Søgne, Songdalen, Vennesla og Iveland kreves inn av Kristiansand kommune, og betales videre til de respektive kommuner. Disse er ikke tatt med her.

Vurdering

Det anbefales at Kristiansand kommune ved Flyktningetjenesten får anledning til å legge inn tilbud på drift av plasser i statlig mottak, og at administrasjonen gis fullmakt til å forhandle dette. Kommunen har lang erfaring i driften av mottaket, en erfaren og kompetent stab og gode forutsetninger for å fortsette med en oppgave av samfunnsmessig betydning. Det at det er kommunens egne folk som driver mottaket forplikter til fortsatt samarbeid med øvrige kommunale tjenester og smidige løsninger på utfordringene asylsøkerne og tjenestene står i.

Punkt 43/12: Bosetting av flyktninger 2013

Bilag

Saksprotokoll

Brev fra IMDi datert 30.05.12: Bosetting av flyktninger: Tilleggsanmodning for 2012 og anmodning om bosetting i 2013.



Dato: 14.09.2012
Saksnr.: 201200164-6
Arkivkode E: 024 F0 &73
Saksbehandler: Petter Stranger

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

25.09.2012
26.09.2012

Bosetting av flyktninger 2013

Sammendrag

Kristiansand kommune har hvert år siden 1982 mottatt flyktninger for bosetting. IMDi (Integrerings- og Mangfoldsdirektoratet) søker årlig ut et antall flyktninger for bosetting i kommunen på bakgrunn av drøftinger med KS i Nasjonalt utvalg for bosetting. Prinsippet er at kommunene i samarbeid skal fordele byrdene og at man oppnår en frivillig løsning. For 2012 og 2013 har IMDi anmodet Kristiansand kommune om å øke bosettingen inneværende år til 160, 20 flere enn vedtatt 140. For 2013 har IMDi anmodet om bosetting av 180 personer. IMDi anmoder kommunen om å bosette 10 enslige mindreårige hvert av årene. De siste ti årene har bosetting av flyktninger i Kristiansand ligget mellom 150 og 220 personer i året, mens en i 2011 og 2012 har redusert bosettingen og planlagt bosetting til 140 personer. Bosetting av 140 personer ligger til grunn for Rådmannens forslag til Handlingsprogram for 2012 og 2013.

De to siste årene er det en del rammebetingelser som har endret seg i flyktningarbeidet. Selv om antall bosatte har sunket, har andelen enslige økt, og dette har skapt et kapasitetsproblem i deler av tjenesteapparatet. Arbeidet med Introduksjonsprogrammet, lagt til NAV (fra mars 2011) var i en periode underdimensjonert som følge av dette. Introduksjonsprogrammet er obligatorisk for bosatte voksne flyktninger. Opplæringen ved Kongsgård skolesenter, voksenopplæringen, som er et sentralt element i Introduksjonsprogrammet, har vært styrket siste to år for å håndtere flere bosatte enslige mindreårige i årene 2009 og 2010.

Rådmannen anbefaler derfor ikke å bosette utover det allerede vedtatte antall på 140 personer i 2012. For 2013 anbefaler Rådmannen å bosette 140 personer

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet ønsker ikke at Kristiansand kommune bosetter flere flyktninger i 2012 utover de allerede vedtatte 140.
2. Formannskapet vedtar at Kristiansand kommune bosetter 140 flyktninger i 2013, herav 10 enslige mindreårige.

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:

Bosetting av flyktninger: Tilleggsanmodning for 2012 og anmodning om bosetting i 2013.
Brev fra IMDi datert 30.05.12.KRISS Sak 201200164 - 5

Bakgrunn for saken

Nasjonalt

Bosetting av flyktninger er en humanitær oppgave. Norge som nasjon er forpliktet gjennom internasjonale konvensjoner og avtaler å ta sin del av byrden med å avhjelpe verdens flyktninger. Både FNs flyktningkonvensjon av 1951 og den Europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter av 1950 omtaler disse oppgavene eksplisitt. I tillegg er Norge særlig forpliktet gjennom FNs Barnekonvensjon av 1989 i forhold til enslige barn og unge, mindreårige asylsøkere. Det bosettes flyktninger i over 230 av landets 440 kommuner, og i alle de største kommunene

En del av flyktningene som bosettes kommer til Norge som overføringsflyktninger eller FN – flyktninger. De har bak seg ett opphold i flyktningleirer drevet av FNs høykommissær for flyktninger eller andre internasjonale organisasjoner. En viss andel av de flyktningene som bosettes i Kristiansand er overføringsflyktninger, i 2010 gjaldt dette 14 personer og i 2011 var det 16 personer.

Asylsøkere er flyktninger som kommer til Norge på egen hånd og selv søker politisk asyl i henhold til Flyktningkonvensjonen her i landet. Disse får sin sak behandlet av norske myndigheter ved UDI, og de som får opphold, enten ved såkalt politisk asyl eller av andre beskyttelsesgrunner, søkes deretter ut for bosetting i landets kommuner.

Enslige mindreårige er enslige barn og unge som er kommet til landet uten foresatte eller foreldre, og som er under 18 år ved ankomst til landet.

Samlet utgjør disse den bosettingen som IMDi anmoder kommunen om å bosette, se vedlagte anmodningsbrev fra IMDi datert 30.05.2012.

Dagens bosettingsordning stammer fra 2002 da det ble inngått en felles avtale mellom kommunene ved KS og den gang Kommunaldepartementet om å inngå gjensidig forpliktende samarbeid i Nasjonalt utvalg for bosetting. På bakgrunn av drøftinger av bosettingsbehovet det aktuelle år, og en fylkesvis og kommunevis oversikt over aktuelle bosettingskommuner fremmer så IMDi en anmodning til kommunen om volumet på neste års bosetting. Senest vinteren 2011 ble det lagt fram forslag til ny bosettingsordning fra statlig hold, der den kommunale friheten ble forsøkt innskrenket. Forslaget innebar at dersom det ikke kom til enighet med de enkelte kommuner om fordelingen av bosettingen lokalt i kommunene, ble staten ved fylkesmannen gitt en rett til å tilvise flyktninger til kommunen. Dette ville ha gitt kommunen en plikt til å motta tilviste flyktninger, og frata kommunen muligheten til selv å styre tempo og omfang på bosetting av flyktninger gjennom utøvelse av lokaldemokratiet i kommunestyret. Nåværende ordning forutsetter en frivillighet, og baserer seg på at alle kommuner deler byrden.

Kommunene ble i juni 2011 informert om at behovet for bosetting i 2012 og 2013 når det gjelder bosetting av familier og enslige er økt i forhold til behovet i 2011. Når det gjelder behovet for å bosette enslige mindreårige er forholdet omvendt. Der er det i 2012 og 2013 behov for å bosette færre enn i 2011 og årene før. Kristiansand kommune har de siste ti årene bosatt mellom 150 – 200 flyktninger årlig, men i 2011 endte bosettingen på 158 personer med familiegjenforente, mens det er planlagt bosetting av 140 inneværende år.

Familiegjenforening

Familiegjenforente med flyktninger er personer som ankommer kommunen på bakgrunn av at den bosatte selv har søkt gjenforening med sin familie. Søknadene avgjøres også i dette tilfellet av UDI. Det er den enkelte flyktning som har forlatt familie, ektefelle, barn, foreldre i forbindelse med flukt og eksil som søker gjenforening med familie i utlandet. Verken staten eller kommunen kan på forhånd bestemme med noen sikkerhet hvor mange som vil bli

innvilget familiegjenforening det aktuelle året. Dette avhenger av forhold knyttet til den enkeltes situasjon og det er derfor ikke mulig å anslå hvor stor tilflyttingen til kommunen grunnet familiegjenforening kan bli. På bakgrunn av erfaring fra tidligere år er det grunn til å forvente at det kommer ca. 20 – 30 familiegjenforente til Kristiansand kommune årlig, noen år flere, noen år færre.

Sekundærflytting

De fleste flyktninger som bosettes i Kristiansand kommune har også opphold i kommunen etter de første årene med introduksjonsprogram og kvalifisering. Så mange som 80% har blitt boende i kommunen 5 år etter bosetting, dette tallet har holdt seg stabilt over flere år. Sekundærflytting varierer en del fra kommune til kommune, men Statistisk Sentralbyrå utgir en Monitor for sekundærflytting der disse tendensene følges. Førrige rapport, der disse tallene er hentet, ble utgitt september 2011.

http://www.ssb.no/emner/02/02/20/rapp_monitor_flytting/rapp_201130/rapp_201130.pdf

Kriminalitet og innvandrere

Politiet lokalt har ikke noen statistikk som viser kriminalitet koblet til etnisitet, innvandringsbakgrunn eller lignende for Kristiansand kommune. Videre opplyses det fra Statistisk Sentralbyrå at de ikke lager eller publiserer statistikk som viser kriminalitet koblet til etnisitet på kommunenivå. Det materialet man har lokalt, og som Formannskapet har fått presentert, er den såkalte Trendrapporten som utarbeides årlig i et samarbeid mellom Politiet og Kristiansand kommune, og der det framgår at av unge lovbrøyttere under 18 år i 2011 er det 29% som har bakgrunn som innvandrere, eller har to innvandrerforeldre. Dette var en økning fra året før da det var 21% med innvandrerbakgrunn. Siden det foreligger lite konkret informasjon om tema, kan det være relevant å ta problemstillingen opp i de faste halvårlige møtene Formannskapet har med kriminalitetsforebyggende koordinator og Politiet, neste møte er satt til november -12.

Stortingsmelding

I forhold til nasjonale føringer på arbeidet med innvandrere og de samfunnsmessige konsekvenser av migrasjon ble det i 2011 presentert to utredninger. Den første, NOU 2011:7 utarbeidet av Brochmann –utvalget og med tittelen «Velferd og migrasjon» hadde som mandat å skulle «beskrive og vurdere nærmere de elementene i den norske velferdsmodellen som påvirker og påvirkes av en økende migrasjon».

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2011/nou-2011-07.html?id=642496>

Den andre NOU 2011:14, presentert av «Kaldheim – utvalget» hadde som mandat å «løfte fram utfordringer og muligheter i et flerkulturelt Norge, og med bakgrunn i dette foreslå tiltak i inkluderings- og integreringspolitikken». Utvalget leverte sin rapport «Bedre integrering» i juni 2011.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2011/nou-2011-14.html?id=647388>

Disse to NOU ligger til grunn for en Stortingsmelding for innvandringsfeltet som Regjeringen har meldt skal komme høsten 2012, utsatt fra i vår.

Bosettingsapparatet i Kristiansand kommune

Forslaget om bosetting av flyktninger i 2012 ble behandlet i en tverrsektoriell arbeidsgruppe med representanter fra berørte avdelinger i kommunens tjenesteapparat. Arbeidsgruppens mandat var å beskrive og synliggjøre konsekvenser for tjenstedimensjonering, kompetanse og behov for tiltaksutvikling som har sammenheng med bosetting og integreringsarbeidet i de kommende år. En har videreført arbeidsgruppen som et redskap for å koordinere kommunens innsats i flyktingarbeidet, der felles tiltak og utfordringer kan belyses fra flere sider. Årets bosettingsanmodning er tatt opp med medlemmene i arbeidsgruppen og innspill fra den enkelte sektor og tjeneste er innarbeidet i saken.

Bosetting av familier og enslige voksne

Det er anmodet om bosetting av personer i familier eller som enslige voksne. Denne gruppen vil bestå av barn i førskolealder, skolebarn, unge voksne, foreldre, enslige og eldre. For denne gruppen har kommunen et etablert apparat av særlige tiltak, fra barnehage til grunnskole og voksenopplæring, helsetjenester og det særegne Introduksjonsprogrammet regulert ved egen lov.

De fleste flyktninger bosettes i private leieboliger i kommunen. Det er ønskelig å øke andelen kommunale boliger stilt til disposisjon for flyktningene, da denne har vært jevnt synkende senere år. I Boligsosial Handlingsplan fra 2011 er det lagt opp til en økning i det generelle volumet på tilgjengelige kommunale boliger, denne volumøkningen har foreløpig ikke ført til at flere boliger har blitt stilt til disposisjon for flyktninger.

Tabell: Bosatte flyktninger siste 5 år, antall kommunal boliger disponert av flyktninger.

Bosatte flyktninger \År	2008	2009	2010	2011
Bosatte totalt i 5-års perioden, personer	867	854	919	833
Antall kommunale boliger	120	112	85	73

Bolig

De kommunale boligene ligger spredt i flere bydeler, og det har vært en tilsiktet politikk å sørge for gode boliger i flere bydeler og miljøer i kommunen. Fra gjeldende Boligsosial handlingsplan, 2010(s. 10): «Bosetting av flyktninger har de senere år ligget stabilt på et tall rundt 150 til 200 personer hvert år, og det er alltid behov for ett visst antall kommunale boliger til målgruppen. Siden midten av -90 tallet har en i Boligselskapet hatt høy bevissthet på betydningen av å spre de sosiale boligene, unngå ghettodannelser og øke innslaget av sosiale boliger i alle ordinære boligområder kommunen.»

I og med at de fleste flyktninger bosettes direkte i det ordinære leiemarkedet på grunn av liten tilgang på kommunale boliger, er det beliggenheten til den tilgjengelige leieboligen som styrer hvor flyktningen bosettes. Erfaringsmessig bor det flyktninger i de fleste bydeler i kommunen, men i de sentrale områdene der leieprisene er høyest, vil det bo færre.

Den samme tendensen vil en finne når en ser hvor flyktninger og innvandrere etablerer seg selv. Det vil være pris og tilgjengelighet som styrer lokaliseringen, og tilbudet av større boliger til lavere pris finnes i enkelte bydeler men ikke i andre. Det er vanskelig å se at kommunale virkemidler kan settes inn for å styre folks ønske om å kjøpe egen bolig og hvor de ender med å bo, det er neppe heller ønskelig. Bosatte flyktninger kan velge å bosette seg der de vil, og enkelte vil også søke nærhet til andre fra samme land, språklige felleskap og kultur. Dette er et fenomen som er kjent også fra norsk migrasjon, for eksempel hadde bydelen Brooklyn i New York et stort innslag av skandinaver og nordmenn.

Kongsgård Flyktningbarnehage

Barnehagen har siden etablering i 1997 vært drevet som en særskilt flyktningbarnehage med vekt på god kompetanse på migrasjon, traumer og eksilproblematikk. Inntaket har vært tilpasset den situasjon at flyktninger med små barn bosettes gjennom hele året, og har behov for barnehageplass fortløpende. De ansatte er i gang med en satsing på et kompetansehevede utviklingsprogram i samarbeid med RVTS Sør (Regionalt senter for Vold og Traumatisk stress og Selvmordsforebygging). Barnehagen bruker ICDP aktivt i arbeidet med nye foreldre, og har selv utdannet til sammen 6 ICDP veiledere. Kristiansand kommune er i særstilling blant de kommuner i landet med høyest barnehagedekning, 79 % i målgruppen i 2011, og barnehageplass er et av de best dokumenterte tiltakene for å hindre at innvandrerbarn faller ut av ordinær grunn- og videregående skole senere i livet.

Det har vært fokus på rekruttering av minoritetsspråklige barn til barnehage gjennom mange år nedfelt som målsetting i handlingsprogrammet og det foregår et målrettet arbeid i kommunen for å oppnå målsettingen. Resultatene viser at den prosentvise andelen

minoritetsspråklig barn i barnehage har økt, det forteller at man har lyktes med satsningen. Kristiansand kommune ligger her over gjennomsnittet sammenlignet med ASSS. Kristiansand Oppvekstsektor deltar i ASSS/KS-barnehagenettverket som systematisk sammenligner seg med de andre storbyene. Det er mange faktorer som kan ha virket inn på dette resultatet. En har blant annet brukt rekrutteringsfilmer og skriftlig informasjonsmaterieil på ulike språk. Videre har en tatt imot nyankomne flyktninger i Kongsgård barnehage hvert år og sendt videre rundt 40 barn til ordinære barnehager året etter.

Det er fortsatt en utfordring med alle de minoritetsspråklige barna man ikke klarer å fange opp i et barnehagetilbud før skolestart og som dermed ikke har gode norskerferdigheter. Forskningen viser her at dette har stor betydning for hvordan disse barna vil klare seg videre i skolen og på andre oppvekst og samfunnsarenaer.

Mottaksskolen

Mottaksskolen i Kristiansand tar imot nyankomne minoritetsspråklige elever i grunnskolealder for å gi dem den første grunnleggende norskopplæring. Antallet barn vil variere gjennom skoleåret, men i september -12 har skolen 80 elever fra 25 nasjoner, med like mange språk. Elevene kommer fra familier som har fått opphold i kommunen av ulike grunner, som flyktninger, som barn av asylsøkere og andre har foreldre som er arbeidsinnvandrere.

Skolen tar imot elever gjennom hele skoleåret, og elevtallet har økt med 15 elever siden skolestart i august, fordi en er opptatt av at minoritetsspråklige barn som kommer til kommunen skal få tilbud om skolegang så raskt som mulig. Mottaksskolens organisering og drift ble gjennomgått i en større prosess for bare få år siden, og driften er i dag tilpasset behovet.

Kongsgård skolesenter

Voksenopplæringen i Kristiansand kommune, Kongsgård skolesenter, driver norskopplæring for mellom 1100 og 1200 elever årlig. Introduksjonsloven regulerer hvem kommunen er pliktig å gi et tilbud om språkopplæring, og dette tilbudet skal være tilpasset den enkeltes språklige ferdigheter og progresjon, samt være fleksibelt med hensyn til oppstart uansett når på året eleven ankommer. Flyktninger som bosettes har rett og plikt til deltakelse i et individuelt tilrettelagt helårlig fulltids introduksjonsprogram, og norskopplæringen ved Kongsgård skolesenter er et av hovedelementene i dette.

I norskopplæringen er språkpraksisplass et av flere elementer som brukes for å fremme god språkopplæring, og skolesenteret bruker dette i den utstrekning det er tilgang på praksisplasser. Det er stor konkurranse om praksisplasser i kommunale bedrifter, så det er viktig at det er forståelse for at hele kommunen har ansvar i forhold til integreringsarbeidet. Skolesenteret har behov for en økt tilgang på både språk- og arbeidspraksisplasser i kommunale og private bedrifter. Det er spesielt utfordrende å få utplassert deltakere som kommer til Norge med liten eller ingen skolebakgrunn. Mange av deltakerne i denne gruppa blir sannsynligvis aldri funksjonelle lesere og skrivere, slik at det i utgangspunktet er få bedrifter som ønsker disse som arbeidskraft. Kommunen har en utfordring med dette og det gjelder å få denne persongruppen i arbeid slik at de ikke blir permanente mottakere av økonomisk sosialhjelp og andre overføringer.

Kongsgård skolesenter tilbyr også grunnskoleopplæring for voksne med ca. 170 deltakere inneværende år. Det er viktig å påpeke at antall deltakere under 20 år i grunnskoleopplæringa har økt mye de siste årene. Avlagt grunnskoleeksamen er et premiss for å få rettigheter i videregående skole, og dermed en utdanning i Norge. Bosetting av mange enslige mindreårige i de siste tre årene har ført til en stor økning i elever som trenger grunnskoleopplæring. De aller fleste av de enslige mindreårige elevene har dårlig skolebakgrunn fra hjemlandet slik at de blir lenge i opplæring, 4-5 år. Dette fører til økt

ressursbruk utover den statlige finansiering av norskopplæringa og dermed økt press på kommunens økonomi da denne opplæringa er lovpålagt.

Introduksjonsprogram

Introduksjonsprogrammet har siden mars 2011 vært en del av NAV Kristiansand. Programmet ble opprettet ved lov i 2004. Det gir flyktingen en rett og kommunen en plikt til å tilby en obligatorisk introduksjon til norsk språk og arbeidsliv i inntil to år, med mulighet for forlengelse i inntil ett år. Programmet er helårig og innebærer kvalifiseringstiltak 7,5 timer daglig basert på en individuelt utarbeidet handlingsplan. Sentralt i ordningen er norskopplæring, samfunnskunnskap og forberedelse for deltakelse i yrkesliv eller utdanning. Den enkelte flykting skal ha en kontaktperson i kommunen som følger opp og individuelt tilrettelegger introduksjonsprogrammet, og på den måten sikrer at programmet har nytte. Flyktinger som deltar i Introduksjonsprogram er etter loven berettiget til en skattepliktig ytelse, introduksjonsstønad. Denne danner sammen med Husbankens bostøtte grunnlaget for livsopphold og økonomisk sikring de årene programmet varer. Etter endt introduksjonsprogram er målsettingen at flyktingen er klar til å delta i arbeidslivet, eller delta i kvalifiserende tiltak som forbereder for arbeidslivet eller kan søke seg til ordinær utdanning. Første halvår 2012 var det til en hver tid i overkant av 300 deltakere i introprogram. Antall deltakere er nå noe lavere, men det planlegges stor bosetting utover høsten og i tillegg vil en del enslige mindreårige flyktinger fylle 18 år og dermed kunne ha rett til å starte i introduksjonsprogram.

Resultater fra Introduksjonsprogrammet i Kristiansand kommune:

Tabell 3.2. Personer som gikk ut av introduksjonsprogrammet i 2009 etter status på arbeidsmarkedet i november 2010. Etter utvalgte programkommuner. Antall og prosent

	Alle	Sysselsatt / utdanning	Prosent	
			Registrert ledig/ på tiltak	Annen eller ingen registrering
Alle kommuner	2 678	55	13	32
Oslo	251	49	15	36
Bergen	166	46	10	43
Trondheim	95	58	13	29
Kristiansand	80	51	14	35
Bodø	63	54	14	32
Stavanger	54	61	9	30
Tromsø	54	35	24	41
Drammen	48	54	:	:
Bærum	41	88	:	:
Fredrikstad	36	42	22	36
Harstad	36	61	:	:
Lillehammer	34	59	26	15
Skien	34	59	:	:
Arendal	31	48	16	35

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Resultater av Introduksjonsprogram i Kristiansand kommune, SSB Rapporter 1/2012
Monitor for introduksjonsordningen 2011

Resultater fra introduksjonsprogrammet i Kristiansand kommune gjengitt i Monitor fra Statistisk Sentralbyrå. Året før, i 2009, var resultatet at menns overgang til arbeid eller utdanning lå på **74%** mot ett gjennomsnitt for landet på **67%**, mens kvinners resultat på **48%** var lik landsgjennomsnittet. Rapporten publiseres årlig. Lokal opptelling av resultater foretatt av NAV i 2012 tyder på at de kan ligge noe over tallene fra 2009 og 2010. Per 30. juni 2012 hadde 82 personer, 84% gått til arbeid eller utdanning eller arbeidsmarkedstiltak i regi av NAV, mens 10% var avhengig av økonomisk sosialhjelp, og 6% hadde avsluttet programmet på grunn av sykdom eller andre årsaker.

En av de gruppene som har større utfordringer på arbeidsmarkedet, også i Kristiansand kommune, er somaliere. Erfaringer fra USA har antydnet at det kan være utfordringer knyttet

til forhold ved samfunnet og arbeidslivet i Norge sammenlignet med USA som skaper disse forskjellene. Somaliere er en av de vellykkede migrantbefolkningene i USA. To viktige forhold med arbeidslivet i Norge er med på å forklare noe av forskjellene selv om det ikke beskriver alt. Mange somaliere behersker engelsk, og har derfor hatt bedre tilgang til jobbmarkedet i USA, (og Storbritannia her i Europa). Videre har det amerikanske arbeidsmarkedet et sjikt av lavtlønnsjobber der ansettelser og oppsigelser er relativt ukomplisert og lønnen ligger på ett minimum. Oppsigelsesvernet som følge av Arbeidsmiljøloven i Norge, og det faktum at norsk er språket i stort sett hele næringslivet, er to forhold ved arbeidslivet som er forskjellige selv om det ikke kan forklarer hele forskjellen i sysselsetting. Erfaringene fra Introduksjonsprogrammet de senere år har imidlertid vært positive, og det er derfor viktig å følge med på utviklingen framover. En må vurdere nødvendigheten av å sette inn målrettede tiltak i et samarbeid mellom kommune og næringsliv.

Kvinners deltakelse

Det er erfaringsmessig full deltakelse fra kvinner i introduksjonsprogrammet de to til tre årene det strekker seg. Kvinnens deltakelse i Introduksjonsprogrammet er avhengig av god tilgang på barnepass og barnehageplass. Det faktum at ytelsen introduksjonsstønad er koblet til deltakelsen i programmet gjør at inntekten er et nødvendig og viktig bidrag til familiens livsopphold og reduserer behovet for økonomisk sosialhjelp. Erfaringsmessig har mange kvinner avbrudd i sine introduksjonsprogram på grunn av barselpermisjon, en eller flere. Det er en utfordring å tilrettelegge for bedre kontinuitet i programmet, og at avbruddene får minst mulige konsekvenser. At kvinner deltar i norskopplæring har også vist seg viktig i forhold til neste generasjon, da det ofte er kvinner som følger opp barn og skolesamarbeidet. En mor som har gode ferdigheter i norsk har vesentlig betydning for dialogen skole hjem, og bidrar positivt til at barna får mulighet til å mestre sin skolesituasjon.

Tabell over bosatte flyktninger i Kristiansand kommune siste år, samt deltakere i Introduksjonsprogram.

Bosatte flyktninger \År	2008	2009	2010	2011
Nye bosatte, 1. år	215	213	158	158
Introduksjonsprogram, deltakere	241	265	341	401

Bosettingen av flyktninger er senere år noe redusert; men på grunn av en større andel enslige og lavere andel familier er antall deltakere i introduksjonsprogram gjennom hele året økt med 40%, fra om lag 250 for to år siden til 400 siste år (tabell over). Dette har skjedd gradvis over flere år i og med at flyktninger bosettes gjennom hele året. Det har ført til at dagens arbeidssituasjon for de som er flyktingenes kontaktpersoner i Introduksjonsprogrammet, programrådgiverne, har blitt krevende. Antallet programrådgivere er derfor økt til 10, slik at hver programrådgiver ikke har ansvar for mer enn 30 deltakere i introduksjonsprogram. Dette antallet kan så tilpasses ved eventuelle svingninger i bosetting i framtiden.

Barneverntjenester

Barneverntjenesten i Kristiansand kommune har opplevd en økning i alle henvendelser og meldinger siste år, også fra flyktningfamilier. Barneverntjenesten har stort fokus på situasjonen i familier langs mange dimensjoner, og opplever det som utfordrende og krevende å arbeide med tolk og med en større sensitivitet i forhold til innvandrersfamiliers situasjon. Barnevernet forutsetter at det ved bosetting av flyktninger legges opp til at situasjonen for de voksne er ivaretatt ved deres deltakelse i Introduksjonsprogrammet og ved oppfølgingen fra programrådgivere, og av de sosiale tjenester i NAV og SOFOT.

Barnevernets utgifter til målgruppen flyktninger lå på landsgjennomsnittet i Beregningsutvalgets måling for 2011.

Barneverntjenesten er styrket med stillinger knyttet til kommunens større bosetting av enslige mindreårige siste år, og vil videreføre dette arbeidet også i 2013. Ekstra tiltak for enslige mindreårige dekkes delvis ved eget tilskudd for bosetting av enslige mindreårige fram til fylte 20 år. Ved den store bosettingen av enslige mindreårige i 2009 ble arbeidet lagt om til å bli et tiltak basert på vedtak fra barnevernet, der Flykningetjenesten driver bo- og omsorgsløsningene den enkelte enslige mindreårige bebor. Det er et godt samarbeid mellom tjenestene og løsningen er framtidsrettet og i tråd med nasjonale anbefalinger. Det er nødvendig å videreføre satsingen, øke kompetansen og fortsette den faglige utviklingen som er påbegynt de kommende år. IMDi og BUFetat (barne- ungdoms- og familieetaten) har gitt signaler om at de ønsker Kristiansand kommune som en naturlig pådriver i dette arbeidet framover i kraft av at kommunen er den største i Region Sør.

Bosetting av enslige mindreårige

Det har de siste årene vært et særskilt stort behov for å bosette flykninger som er enslige barn og unge, uten foresatte i landet. Kristiansand kommune har derfor etablert en avdeling bestående av 6 døgnbemannede bo- og omsorgsløsninger. Alle bosatte enslige barn og unge har et barnevernvedtak som grunnlag for sitt opphold i boligen.

De seks døgnbemannede boligene har plass til 5 enslige barn og unge hver. En syvende bolig med plass til 5 er midlertidig etablert. Denne boligen er tenkt avviklet i løpet av 2013 på bakgrunn av tidligere prognoser og anmodningen om bosetting fra IMDi for 2013.

Innsatsen for enslige mindreårige dekkes etter barnevernvedtak ved statsrefusjon for kommunale barnevernutgifter fra BUFetat etter fradrag av kommunal egenandel.

For tiden er det i gang kompetansehevingsprogram med 3 forskjellige tiltak for de ansatte i boligene. Alle ansatte gjennomgår høsten 2012 og våren 2013 en opplæring i Traumebevisst omsorg i regi av RVTS, videre er 6 miljøterapeuter med på utdanningen SEPREP Ung i samarbeid med UiA og helseforetaket. Tre boliger har gjennomført et ICDP program tilpasset de ansattes arbeid med de enslige mindreårige, de øvrige boligene skal gjennomføre dette programmet høsten -12/våren -13.

Helsetjenester til bosatte flykninger i Kristiansand kommune,

Gyldengården helsesenter foretar første helsesjekk etter ankomst til Kristiansand kommune. Bosatte får time med tolk og sykepleier. Det kartlegges bredt, somatisk og psykisk helse, med hovedvekt på traumer. Dersom det er behov for det går pasienten videre til lege for utredning og behandling. Flykningene er tilknyttet Gyldengården helsesenter frem til de får egen fastlege. Da oversendes helsepapirene til fastlege, om den bosatte gir samtykke til det. Over halvparten av de som bosettes har over et års botid på asylmottak i Norge og de er som regel sjekket helsemessig før de kommer til Kristiansand. Rutinene i fastlegeordningen er slik at helsepapirer ikke følger pasienten uten videre. Pasienten må selv be om journal fra tidligere fastlege og betale 85 kroner for utskrift. Flykningene får hjelp til dette under første helsesjekk og helsesenteret greier som regel å få tak i tidligere helsepapirer.

Normalt sjekker Gyldengården helsesenter helsen til inntil 200 personer pr år etter bosetting i Kristiansand. Dette tallet har vært stabilt, uavhengig av antallet som kommunen velger å bosette det enkelte år, siden det alltid er etterslep på familieinnvandring.

De som bosettes kommer nå primært fra Irak, Afghanistan, Eritrea og Somalia. Landene er preget av krig og uro. Det er primært gifte menn som ankommer alene som bosettes nå, mange av dem har familie i utlandet som venter på familieinnvandring. Det er sannsynlig at det om noen år kan komme en stor gruppe flykninger fra Syria, mest sannsynlig fra den tapende part. Mange har flyktet over grensen til naboland og venter på en avklaring av situasjonen, om den ikke løser seg kan de flykte videre.

1/3 av de som bosettes, bosettes fra asylmottaket i Kristiansand, 1/3 fra andre asylmottak i landet, siste 1/3 direkte fra utlandet. Den siste delen består av familiegjenforente og

flyktninger som FNs høykommissær har gitt flyktningstatus i utlandet, også kalt kvoteflyktninger.

Sykdomsbildet på de som kommer til bosetting: I utgangspunktet er det relativt lav snittalder på denne gruppen. De fleste er mellom 18 og 30 år og det er som regel friske unge menn. De fleste har opplevd psykiske traumer. Men det er kun en liten del av gruppen som har en klar psykiatrisk lidelse. Normalt finner en psykisk lidelse hos 2-10 personer av de som bosettes pr år.

Gruppen som utmerker seg er de enslige mindreårige afghanerne. De har ofte levd flere år på flukt gjennom Asia og Europa før de bosettes i Norge. De har levd uten gode omsorgspersoner rundt seg i lengre tid. Dette setter spor i unge sinn og kan gjøre det vanskelig å leve godt i et velregulert samfunn som det norske. En kan se det i bosituasjon, skole og kontakt med 2. linje/helsetjeneste. Ordningen med bemannede bokollektiv er med på å skape trygge forutsigbare rammer som hjelper mange.

Helsesenteret har sett at kvoteflyktninger kan være vel så skadd av livet i flyktningeleirene som de som har deltatt i og flyktet fra krig. Flere har bodd lengre tid i primitive flyktningeleirer der voldtekter, drap og sykdom er en del av hverdagen. Eksempelvis har det vært noen flyktningeleirer i Vest Afrika der forholdene har vært ille. Det er kommet færre av disse flyktningene de aller siste årene, men kvoteflyktninger krever alltid en spesiell oppmerksomhet i forhold til deres helseutfordringer.

Av kroppslige sykdommer finner en alt fra smittsomme parasitter til alvorlige sykdommer som kreft, hiv og TBC. En ser også mange som har gått lenge med sykdommer og skader som enkelt kan behandles. Rundt 10 personer pr. år har alvorlig skade som ikke er behandlet før de ankommer Norge. Det kan være skuddskader, bilulykker, brannskader, splintskader og skader av stump vold eller tortur. Disse krever ofte lengre oppfølging, behandling, rehabilitering og tilrettelegging i kommunen. Som regel vet en ikke om disse skadene og sykdommene før bosetting, da kvaliteten på helseinformasjonen kommunen mottar før bosetting kan være lav.

Totalt er det 1-2 hvert år som bosettes med alvorlige sinnslidelser, og de fanges opp og henvises videre til behandling i 2. linjetjenesten. Men det kan være mange tabu og vansker knyttet til det å anerkjenne egen sykdom og være villig til å gjøre noe med den.

Bruk av ICDP

ICDP- foreldreveilednings program er et helsefremmende og primærforebyggende tilbud til alle foreldre med barn i alder 0 – 18 år eller andre som har omsorg for barn. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir) anbefaler at kommunene bruker dette programmet. Programmets målsetting er å forebygge utvikling av psykososiale vansker gjennom å styrke foreldrene i deres omsorgsrolle. Det er samfunnsbasert og bygger på moderne barnepsykologi. ICDP er et relasjonsorientert og empatibasert program og bygger på globale humanistiske verdier. Det blir godt mottatt av minoritetsspråklige.

Alle deltakere i Introduksjonsprogram i Kristiansand kommune som har barn får tilbud om å delta i ICDP som en del av sitt obligatoriske program. Det legges til rette for dette ved et samarbeid med Voksenopplæringen ved Kongsgård skolesenter, der undervisningen foregår.

Ressursbruk i forbindelse med tjenester til flyktninger i Kristiansand kommune

Bosettingen i Kristiansand har de siste 10 årene ligget på mellom 150 – 220 personer årlig, inkludert familiegjenforente, med unntak av årene 2007 og 2010. Årsaken til at familiegjenforente teller med i denne sammenheng er at de både har de samme rettigheter til Introduksjonsprogram som bosatte flyktninger, samt at de løser ut integreringstilskudd til kommunen. Familiegjenforente med opphold på humanitært grunnlag løser ut tilskudd i tre

år, de øvrige fem. Satsen for integreringstilskudd for en enslig voksen er i 2012 økt til kr. 651 500 fordelt over fem år, mens satsen for barn er kr. 576 500, også fordelt over 5 år.
<http://www.imdi.no/no/Tilskudd/Tilskudd-2012/Integreringstilskudd-for-ar-1-og-ar-2-5-2012/>

Kristiansand kommune har hvert år siden 1992, (unntatt årene 1997 – 2001) deltatt i undersøkelser av økonomi knyttet til kommunenes utgifter til integrering og bosetting av flyktninger foretatt av beregningsutvalget. Beregningsutvalget er et partsammensatt utvalg med fire representanter fra staten og fire fra kommunene, og med sekretariat fra Statistisk Sentralbyrå. I disse kartleggingene, som foretas i februar og mars i etterkant av kommunenes regnskapsavslutning, søker en å finne den samlede ressursbruken i kommunen til formålet bosetting og integrering av flyktninger foregående år. Områdene som kartlegges er den administrative ressursen til alle kommunale tjenester som sosial råd og veiledning, introduksjonsprogram, kvalifiseringstiltak, hjelpetiltak og støttetjenester, barneverntjenester, boliger, grunnskoletilbud utover det ordinære og ekstra tiltak knyttet til barnehagetilbud som gis til flyktninggruppen i femårs perioden kommunen mottar integreringstilskudd.

Kommunenes utgifter til ytelser utbetalt til flyktningene, økonomisk sosialhjelp og introduksjonsstønad, hentes fra KOSTRA – rapporteringen alle kommuner foretar til SSB ved årsskiftet.

Ved disse kartleggingene har det vist seg at Kristiansand kommune relativt sett har brukt mindre ressurser til administrasjon og tjenester enn de fleste sammenlignbare kommuner, men har hatt noe høyere utgifter til ytelser til den enkelte flyktning i form av økonomisk sosialhjelp og introduksjonsstønad. Samlet sett har imidlertid kommunen over år hatt lavere utgifter knyttet til bosetting og integrering av flyktninger enn de øvrige kartlagte kommunene. Beregningsutvalget, rapport fra juni 2011.

Tabell.1 Utgifter per person i målgruppen til sosialhjelpsutbetalinger, introduksjonsstønad, integreringstiltak og til administrasjon av disse. 2010. Indeks 100 er lik gjennomsnittet for kommunene i utvalget.

Kommune	Sosialhjelp	Administrasjon	Introduksjonsstønad	Totalt
0301 Oslo	92	117	83	106
1001 Kristiansand	142	65	116	86
1102 Sandnes	125	81	110	93
1201 Bergen	72	93	127	99
1601 Trondheim	71	132	103	118
1902 Tromsø	173	123	142	133
Utvalgskommunene	100	100	100	100
Alle kommuner	105	-	114	-

Kilde: Administrasjonsundersøkelsen, sosialhjelpsundersøkelsen og introduksjonsstønadsundersøkelsen

Kommunens inntekter fra integreringstilskudd føres rett i kommuneregnskapet. De enkelte sektorenes budsjett utarbeides gjennom den årlige handlingsplanprosessen. Det er ikke noen direkte sammenheng mellom inntekten fra integreringstilskuddet og budsjett for den enkelte enhet. Som følge av at helse- og sosialsektoren organiserer de fleste tjenestene knyttet til bosetting av flyktninger og også står for utbetalingene av økonomisk sosialhjelp og introduksjonsstønad til den enkelte flyktning får sektoren sitt budsjett justert med 80% av endringen av inntekten fra integreringstilskuddet, om det øker eller reduseres. Det ligger inne som en forutsetning i Handlingsprogrammet at det bosettes 140 flyktninger i 2012 og 2013.

Voksenopplæring finansieres ikke direkte gjennom integreringstilskuddet, men gjennom eget tilskudd til norskopplæring som utbetales per capita over tre år. Fra opprettelsen av statlig

finansiering av voksenopplæring har imidlertid aldri de fulle utgiftene til undervisningslokaler vært dekket av tilskuddet. Lærerlønn og administrasjon dekkes i stor grad, men utgifter til leie og drift av bygg må kommunen finansiere på annen måte, for eksempel ved bruk av integreringstilskuddet. Kartlegging av kommunenes utgifter til voksenopplæring er en egen kartlegging som utføres av det samme beregningsutvalget.

Inntekter og utgifter

Den totale økonomien i å bosette flyktninger har vært forsøkt kartlagt i to omganger, sist i 2006, basert på kommunens regnskap i 2005. Ved å ta utgangspunkt i kartleggingen til Beregningsutvalget, og så utvide den med de øvrige tjenestene kommunen yter til målgruppen flyktninger i femårsperioden kommunen mottar integreringstilskudd, har en fått en rimelig god oversikt over ressursinnsatsen overfor flyktninger det gjeldende året. Inntektene fra statlig tilskudd er kartlagt på tilsvarende måte, i alle sektorer. I 2005 hadde kommunen et betydelig overskudd, nær 20%, på de statlige inntektene sammenholdt med de utgiftene kommunen hadde hatt på målgruppen.

Etter 5 år er det ingen særskilt registrering av utgifter knyttet til målgruppen, og det er åpenbart at enkelte flyktninger ikke vil være økonomisk selvstendige etter 5 år. En må anta at dette, i tillegg til eventuelt behov for helsehjelp og barneverntjenester vil kunne være den største belastningen på det kommunale tjenesteapparatet. På tross av årlig bosetting av mellom 150 til 220 flyktninger gjennom hele 2000 – tallet er imidlertid antallet klienter med utbetaling av økonomisk sosialhjelp i Kristiansand kommune sunket, fram til 2010.

De siste 5 årene er det bosatt 830 flyktninger med integreringstilskudd. Bosetting av flyktninger er derved ikke synonymt med økt antall sosialhjelpsklienter.



G. Sosialtjenesten - nivå 2 (K) etter region, statistikkvariabel og tid

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1001 Kristiansand										
Andelen sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggere	3,8	4,0	3,9	3,6	3,2	2,6	2,3	2,2	2,5	2,3

Vurdering

På grunn av en samlet vurdering av utfordringene knyttet til bosetting av flyktninger i 2012 ønsker en ikke å øke bosetting av flyktninger inneværende år. Det har tatt tid å få på plass en god arbeidsfordeling internt i NAV Kristiansand, og det er nå nødvendig å la organisasjonen få tilstrekkelig tid til å komme på plass.

Kristiansand kommune bosetter 140 flyktninger i 2013, av dem er 10 enslige barn og unge. Tiltaket finansieres ved bruk av integreringstilskuddet og tilskudd til norskopplæring. Utgiftene til særskilte tiltak for enslige mindreårige dekkes ved statsrefusjon for kommunale barnevernutgifter, som tidligere år.

Dersom en øker bosettingen i 2013 til 180 personer, styrkes arbeidet med introduksjonsprogrammet i NAV, ressursene til oppfølging økes og det stilles til disposisjon flere kommunale boliger.

Punkt 44/12: Helse- og sosialsektorens arbeid med utviklingsarbeid, innovasjon, forskning og kompetansebygging

Bilag

delrapport "delprosjekt FoU"



Dato: 13.09.2012
Saksnr.: 201209143-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Anne Karen Aunevik

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
25.09.2012

Helse- og sosialsektorens arbeid med utviklingsarbeid, innovasjon, forskning og kompetansebygging

Sammendrag:

Helse og sosialdirektøren har fått utarbeidet en rapport om helse- og sosialsektorens arbeid med fagutvikling, innovasjon forskning og kompetansebygging. Rapporten inngår i beslutningsgrunnlaget for ny organisasjonsmodell for sektoren, og har vært en del av prosjekt «omstilling og utvikling 2013».

Sektoren har over flere år hatt en omfattende satsing på dette i samarbeid med andre kommuner, sykehus og kunnskapsmiljø. Samhandlingsreformen både utfordrer og åpner muligheter for kommunens framtidig satsinger. Den nylig vedtatte universitetsbymeldingen angir flere områder for å styrke samarbeidet med universitetet. Helse- og sosialdirektøren har derfor funnet det nødvendig å lage en samlet oversikt over muligheter og utfordringer framover, og har på grunnlag av dette kommet med en forslag til tiltak og videre arbeid.

Helse- og sosialdirektøren anbefaler at de foreslåtte arbeidsformene innarbeides og vurderes i forbindelse med ny organisasjonsmodell. De foreslåtte tiltakene blir innarbeidet i sektorens forslag til handlingsprogram for 2013-2016.

Forslag til vedtak:

1. Helse og sosialstyret slutter seg til anbefalingene i "Delrapport FoU"
2. Anbefalingene innarbeides i forslag til handlingsprogram og ny organisasjonsmodell for helse- og sosialsektoren

Lars Dahlen
Helse – og sosialdirektør

Trykt vedlegg: Rapport "Delprosjekt FoU"

Punkt 45/12: Kommunal planstrategi for Kristiansand 2013-2015 - tillegg til formannskapsak 68/12

Bilag

Saksprotokoll

Saksprotokoll

Saksprotokoll

Saksprotokoll

Saksprotokoll

Saksprotokoll

Saksprotokoll

1. Kommunal planstrategi - oppsummering av uttalelser

5. Tabell side 8 planstrategiforslag

4. Forslag til kommunal planstrategi for Kristiansand kommune 2013-2015, datert 31.05.2012

3. Formannskapssak 68-12

2. Formannskapets protokoll 68-12



Dato: 20.08.2012
Sakser.: 201009541-16
Arkivkode E: 140
Saksbehandler: Marit Eik og Grete Sjøholt

Saksgang	Møtedato
Havnestyret	11.09.2012
Kommunalutvalget	18.09.2012
Byutviklingsstyret	20.09.2012
Helse- og sosialstyret	25.09.2012
Oppvekststyret	25.09.2012
Kulturstyret	26.09.2012
Formannskapet	10.10.2012
Bystyret	24.10.2012

Kommunal planstrategi for Kristiansand 2013-2015 - tillegg til formannskapsak 68/12

Sammendrag:

Formannskapet behandlet - forslag til kommunal planstrategi for Kristiansand - i møte 13.juni 2012, sak 68/12. Formannskapet fattet slikt enstemmige vedtak vedrørende kommunal planstrategi:

1. Formannskapet slutter seg til forslag til kommunal planstrategi for Kristiansand 2013 - 2016. Kommuneplanen foreslås ikke revidert i denne bystyreperioden. Forslaget offentliggjøres i 30 dager før endelig behandling i Bystyret.

I medhold til plan- og bygningsloven §10-1 skal **forslag til vedtak av kommunal planstrategi** gjøres offentlig minst 30 dager før bystyrets behandling. Formannskapets forslag ble gjort offentlig i perioden 21.juni til 10.august, annonsert i Fedrelandsvennen, Kristiansand Avis og på kommunens internettside. Offentlige myndigheter og nabokommuner ble tilskrevet.

Det er innkomne uttalelse til forslaget fra Statens vegvesen, Forsvarsbygg, Vest-Agder fylkeskommune og Fylkesmannens miljøvernavdeling. Oppsummering av uttalelsene følger som trykt vedlegg. Kun fylkeskommunens uttalelse inneholder forslag om endring av planstrategien.

Vurdering av Fylkeskommunens forslag til endringer:

Fylkeskommunen anbefaler at planstrategien også omfatter store planprosesser som pågår, framtidige områdeplaner og felles kommunedelplan for Sørlandsparken, Dyreparken og Sørlandsparken øst og at kommunedelplaner for sykkelstamveg og kollektivtraseer utarbeides av kommunen som planmyndighet ikke Statens vegvesen, slik den kommunale

planstrategien legger opp til. Det gjøres videre oppmerksom på at Regional plan for Kristiansandsregionen (ATP-planen) ikke er forutsatt revidert i denne perioden. Fylkeskommunen har tatt initiativ til å utarbeide samarbeidsavtale med Kristiansand kommune, slik det er gjort for øvrige kommuner i Vest-Agder.

Rådmannen vil ikke foreslå at den kommunale planstrategien endres til også å omfatte store planprosesser som pågår, framtidige områdeplaner og felles kommunedelplan for Sørlandsparken, Dyreparken og Sørlandsparken øst, slik fylkeskommunen foreslår. Formannskapet har ved sin behandling av kommunal planstrategi innstilt at kommunal planstrategi for Kristiansand skal være på et overordnet og strategisk nivå. Kommunen har over mange år utarbeidet et mer omfattende og detaljert plan- og utredningsprogram som inngår i handlingsprogrammet. Konkretisering av planstrategien og endelig prioritering av planoppgaver og tildeling av ressurser vil fortsatt skje gjennom årlig revidering av plan- og utredningsprogrammet. Lillesand kommune er i ferd med å utarbeidereguleringsplan for Sørlandsparken øst. Også andre arealer i området er under regulering. Kristiansand kommune har valgt å gripe fatt i utfordringene knyttet til Sørlandsparken ved at det utarbeides et felles planprogram som skal legges til grunn for videre planlegging i området.

Rådmannen mener arbeidsdelingen mellom kommunen og Statens vegvesen er god og foreslår ikke endringer i den kommunale planstrategien på dette området. Kristiansand kommune har inngått avtale med Statens vegvesen om planlegging av ny veg til Kjevik og ser for seg at det inngås liknende avtaler om andre kommunedelplaner innen samferdselssektoren, herunder planlegging av kollektivtraseene langs metro akse og sykkelstamveg fra Vågsbygd til Sørlandsparken. Kommunen som planmyndighet vil ha en sentral plass i arbeidet. Formannskapet er planutvalg og planene skal vedtas av bystyret.

Rådmannen tar til etterretning at Kristiansand kommunes innspill vedrørende behovet for revisjon av Regional plan for Kristiansandsregionen (ATP-planen) ikke er tatt til følge. Av regional planstrategi framgår det at det ved behov fortas tilpasninger innenfor de rammene som planen setter (f. eks rekkefølge av utbygginger). Rådmannen forutsetter at fylkeskommunen igangsetter prosesser som bidrar til en slik prioritering for å nå målsetningen i klimaforliket og forslag til nasjonal transportplan. Dette arbeidet må koordineres inn mot arbeidet med bypakken. Høringsuttalelse til regional planstrategi fremmes i egen sak til formannskapet.

Samarbeidsavtale mellom Kristiansand kommune og fylkeskommunen håndteres i egen sak.

Temaplan for syklist i Kvadraturen:

Ved behandling av kommunedelplan for Kvadraturen og Vestre havn 20.juni 2012 vedtok bystyret at det skal utarbeides en egen temaplan for syklist i Kvadraturen. Rådmannen anbefaler at temaplanen inngår i arbeidet med oppfølging av Kvadraturplanen.

Helhetlig ROS og kommunal beredskap:

Lov om kommunalberedskapsplikt mv forutsetter at kommunene skal utarbeide en helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse som skal legges til grunn for kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Av veiledningen til forskrift om kommunal beredskapsplikt framgår det at helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse, for å ha effekt på prioritering av planoppgaver, må lages før planstrategien vedtas. Kristiansand kommune utarbeidet helhetlig ROS-analyse som en del av kommuneplanen. Kommunens beredskapsplan skal til en hver tid være oppdatert. Beredskapsplanen oppdateres fortløpende. Helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse og beredskapsplan er ikke omtalt i forslag til planstrategi som ble behandlet i formannskapet i juni. Rådmannen anbefaler at planstrategien oppdateres med dette tema både i dokumentet og ved at det legges inn et nytt tema - Helhetlig ROS og kommunal beredskap - i kap 5 "forslag til kommunal planstrategi". Punktet om ROS-analyse for ras som står under byutvikling og fremtidige transportløsninger flyttes.

Forslag til vedtak:

1. Bystyret slutter seg til formannskapetets forslag til kommunal planstrategi for Kristiansand, datert 31.05.2012 med følgende endringer i kapitel 5 - Forslag til kommunal planstrategi for Kristiansand 2013-2015:
 - a. Revisjon av Regional plan for Kristiansandsregionen under utgår.
 - b. 3.kulepunkt under byutvikling og fremtidige transportløsninger endres slik: ”Styrke landsdelssenteret gjennom tverrsektoriell oppfølging av Kvadraturplanen med fokus *byliv* samt rullering av kulturminneplanen og utarbeidelse av temaplan for sykkel.”
 - c. Planstrategien suppleres med eget tema helhetlig ROS-analyse og kommunal beredskap slik: Helhetlig ROS-analyse for kommunen og plan for kommunal beredskap oppdateres.
2. Øvrig tekster i planstrategidokumentet oppdateres i samsvar med endringene i pkt 1.

Tor Sommerseth
Rådmann

Ragnar Evensen
Teknisk direktør

Trykt vedlegg

1. Kommunal planstrategi – oppsummering av uttalelser
2. Formannskapsprotokoll 68/12
3. Formannskapssak 68/12
4. Forslag til kommunal planstrategi for Kristiansand kommune 2013 – 2015, datert 31.05.2012
5. Tabell side 8 planstrategiforslag

Punkt 46/12: Elektromagnetiske felt, helse og lokal forvaltningspraksis

Bilag

Saksprotokoll

interpellasjon til ordføreren 15. februar 2011 - Hans Petter Horve, MPG



Dato: 14.09.2012
Saksnr.: 200911269-7
Arkivkode E: J76
Saksbehandler: Vegard Vige

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Bystyret

Møtedato
25.09.2012
24.10.2012

Elektromagnetiske felt, helse og lokal forvaltningspraksis

Sammendrag:

I februar 2011 reiste Miljøpartiet De Grønne en interpellasjon til ordføreren om sin bekymring for økende fare for EL-overfølsomhet fra mobiltelefonnett og trådløse datanettverk, og etterspurte hvilke tiltak ordføreren kunne iverksette.

I Bystyret anbefalte ordføreren at man avventet rapporten fra det ekspertutvalg som var nedsatt av Folkehelseinstituttet for å vurdere helseisiko knyttet til slik eksponering, og vurdere behovet for å endre forvaltningspraksis. Denne ekspertgruppen publiserte sin rapport 13. september, og konkluderer med at det tross meget omfattende forskning ikke er påvist eller sannsynliggjort noen helseskade av eksponering for elektromagnetiske felt som er innenfor de gjeldende grenseverdiene. Det finnes derfor intet helsefaglig grunnlag for å endre forvaltningspraksis på området.

Post- og teletilsynet har kartlagt reell eksponering for høyfrekvente elektromagnetiske felt i Kristiansand, og ingen sted påvist verdier som overstiger 1/1000 av gjeldende grenseverdi. Bruk av håndholdt mobiltelefon opp mot øret er den absolutt største eksponeringen for slike felt, ca 50 ganger sterkere enn f.eks et trådløst datanettverk på ½ meters avstand.

Det eneste område der man kan hevde at muligheten for helseskade ikke kan avvises, er langtidseksponering ved stadig bruk av håndholdt mobiltelefon fra barnealder.

Det vil derfor være fornuftig å gi foreldre råd om å begrense barns anledning til å ha mobiltelefonsamtaler der telefonen holdes mot øret. Informasjon om dette kan gis på helsestasjonen, i foreldremøter i skoler og barnehager og i kultur- og idrettsaktiviteter i kommunal regi.

Forslag til vedtak:

1. Kristiansand kommune vil rette seg etter anbefalingene i rapporten fra ekspertutvalget nedsatt av Folkehelseinstituttet. Eksisterende forvaltningspraksis i kommunen ivaretar disse anbefalingene.
2. Informasjon rettet mot foreldre om barns bruk av mobiltelefon søkes innarbeidet i rutinen for skoler, barnehager, helsestasjoner, kultur- og idrettstilbud.

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg:

- Interpellasjon til ordføreren 15. febr 2011 – Hans Petter Horve, Miljøpartiet De Grønne
- Folkehelseinstituttet - Rapport 2012:3: Svake høyfrekvente elektromagnetiske felt – en vureding av helserisiko og forvaltningspraksis
<http://www.fhi.no/dokumenter/6563fe9a33.pdf>
- Post- og teletilsynet/Statens strålevern: StrålevernRapport 2011:6: Radiofrekvente felt i våre omgivelser
http://www.npt.no/ikbViewer/Content/129464/StralevernRapport_2011.pdf

Bakgrunn for saken :

15 februar 2011 reiste Miljøpartiet De Grønne ved Hans Petter Horve en interpellasjon til ordføreren om sin bekymring for økende fare for EL-overfølsomhet fra mobiltelefonnett og trådløse datanettverk, og etterspurte hvilke tiltak ordføreren kunne iverksette.

I sitt svar i Bystyret viste ordføreren til at en ekspertgruppe var nedsatt av Nasjonalt Folkehelseinstitutt etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet for å gjennomgå og sammenstille det som finnes av kunnskap nasjonalt og internasjonalt for å vurdere i hvilken grad det foreligger en helseisiko knyttet til eksponering for stråling i form av høyfrekvente elektromagnetiske felt (EMF), og på den bakgrunn gi anbefalinger til grenseverdier og forvaltningspraksis.

Denne gruppen har 13. sept 2012 avgitt sin rapport, som følger som vedlegg til saken.

Om elektromagnetiske felt og helseskade:

Rapporten går grundig igjennom de ulike kilder til EMF, hva som påvirker feltstyrken, konsekvenser av ulike bruksområder, og hvordan menneskers eksponering for slike felt kan påvirkes av utstyrvalg, plassering og håndtering av senderutstyr med mer.

Rapporten går likeledes igjennom alle kjente, mistenkte eller påståtte helseeffekter av eksponering for slike felt og det som foreligger av forskningsdata.

Ekspertgruppen konkluderer med at det tross meget omfattende forskning internasjonalt ikke er påvist eller sannsynliggjort noen helseskade av eksponering for elektromagnetiske felt som er innenfor de gjeldende grenseverdiene som er satt av ICNIRP (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection <http://www.icnirp.de/>) og som benyttes av de fleste medlemslandene i WHO.

En sammenheng mellom fysisk eksponering for EMF og helseskade lar seg ikke dokumentere. Likevel forekommer et ikke ubetydelig antall personer med helseplager som de selv tilskriver EMF – EL-overfølsomhet. Det har ikke vært mulig å fastslå en sikker sammenheng mellom slike plager og den fysiske eksponeringen for EMF, eller å fastslå at tiltak for å redusere EMF faktisk fører til forbedret helse.

Det er derfor ikke noe helsefaglig grunnlag for å endre dagens forvaltningspraksis, og ekspertgruppen tilrår ikke at det gjøres tiltak for å redusere eksponeringen i forhold til dagens nivå.

Om eksponering for EMF i Kristiansand:

EMF-nivåene i Kristiansand er i 2010 kartlagt av Post- og teletilsynet. Ikke noe sted hvor målinger ble gjennomført fant man feltverdier som overstiger 1/1000 av gjeldende grenseverdier. StrålevernRapport 2011:6 følger som vedlegg til saken, og inneholder sammenstilling av måleresultatene både for Kristiansand og de andre byer der denne kartleggingen ble gjennomført.

Plassering av mobilmaster og basestasjoner er et forhold som vil kunne påvirke feltstyrken folk eksponeres for, det er derfor viktig at disse ikke plasseres slik at gatearealer, boliger, arbeidsplasser eller andre steder folk oppholder seg utsettes for urimelig høye felt. Ekspertgruppen anbefaler at ved nyetablering av basestasjoner og annet senderutstyr bør operatøren velge en antenneplassering som sikrer at eksponeringen ikke blir høyere enn at tilsiktet nytte (dvs mobildekning) oppnås.

Dette er et forhold som Post- og teletilsynet (PT) som tilsynsmyndighet har særskilt fokus på, og ved klager vil de kunne bistå med vurderinger, eventuelt også konkrete målinger og gi pålegg om endring.

Videre er kommunikasjonsselskapene som er ansvarlige for disse (Telenor, Netcom, Network Norway og nytt nødnett (TETRA-nett)) svært bevisste på denne utfordringen og den risiko de løper for negativt omdømme ved ugunstig plassering av slike sendere. Senderne er derfor systematisk plassert slik at de skal gi god dekning uten å utsette områder der folk oppholder seg for unødvendig feltstyrke.

Et informasjonstiltak for å øke åpenheten om hva man er eksponert for har vært å etablere nettstedet www.finnsenderen.no som gir kartbasert oversikt over alle sendere i de ulike nettene, og som har en "strålekalkulator" som gjør det mulig å fremstille den faktiske eksponeringen for et hvilket som helst geografisk sted i prosent av ICNIRPs grenseverdier.

I forhold til å vurdere endringer i forvaltningspraksis må alle sider av et forhold vurderes. God mobiltelefondekning anses av de fleste som et vesentlig gode, det har vært en nasjonal satsning på bedring av dekningsgraden, nye mobiltjenester med økt mulighet for mobil datakommunikasjon krever god dekning. Tiltak for å redusere den generelle EMF-eksponering vil nødvendigvis måtte handle om primært å redusere mobiltelefondekningen, med alt det medfører av praktiske og økonomiske ulemper, også ulemper vi i dag ikke har oversikt over knyttet til at det kan vanskeliggjøre etablering av eventuelle fremtidige nye mobile tjenester.

Dette må ses opp mot at vi ikke har klart å vise at redusert eksponering for slike magnetfelt gir noen helsegevinster, verken i den generelle befolkningen eller hos personer med helseplager tilskrevet EMF.

Post- og teletilsynet deltar nå i et prosjekt som skal måle eksponering over tid, altså utvikling i stråleverdier osv. En av byene som er plukket ut er Kristiansand, og vi vil derfor få god informasjon om utviklingen av EMF-situasjonen i byen vår i årene som kommer.

Om sammenlikning av ulike kilder til EMF

Strålekilde

	Eksponering andel av grenseverdi
FM-radiosender (40 000 watt, 500m avstand)	0,60 % - 6 promille
WLAN (trådløst datanett – 0,1 watt, ½ meter fra sender)	0,33 % - 3 promille
Mobilmast (300 watt, 50 meters avstand)	0,20 % - 2 promille
Mobiltelefon mot øret (0,2 watt, 5cm avstand)	18 %

(Kilde: Post- og teletilsynet)

Denne sammenlikningen illustrerer at av de ulike kilder for EMF er en mobiltelefon opp mot øret så mye større enn alle de øvrige at om man ønsker påvirke den reelle eksponeringen for EMF så må det handle om å redusere bruken av håndholdt mobiltelefon.

Mobiltelefonen gir 50 ganger større feltstyrke enn man f.eks utsettes for en halv meter fra en sender for trådløst nettverk – eller sagt på en annen måte; en 10 min telefonsamtale gir like stor eksponering som å tilbringe 8 timer og 20 min en halv meter fra en sender til et trådløst datanettverk. På denne bakgrunn er det ingen grunn til å vurdere å fjerne eller unnlate å etablere trådløse datanettverk i skoler og andre steder der et slikt nettverk vil være hensiktsmessig, og det er heller ingen grunn til å fraråde slike nett i det offentlige rom, verken utendørs eller innendørs.

Og ved PTs målinger av feltnivå i reelle situasjoner innendørs i Kristiansand og andre norske byer (i kontorbygg, skoler, private hjem) fremkommer at sammenliknet med de øvrige kilder til slike felt (men i dette bildet er ikke den enkeltes mobiltelefon med) er det mobiltelefonnettet som dominerer:

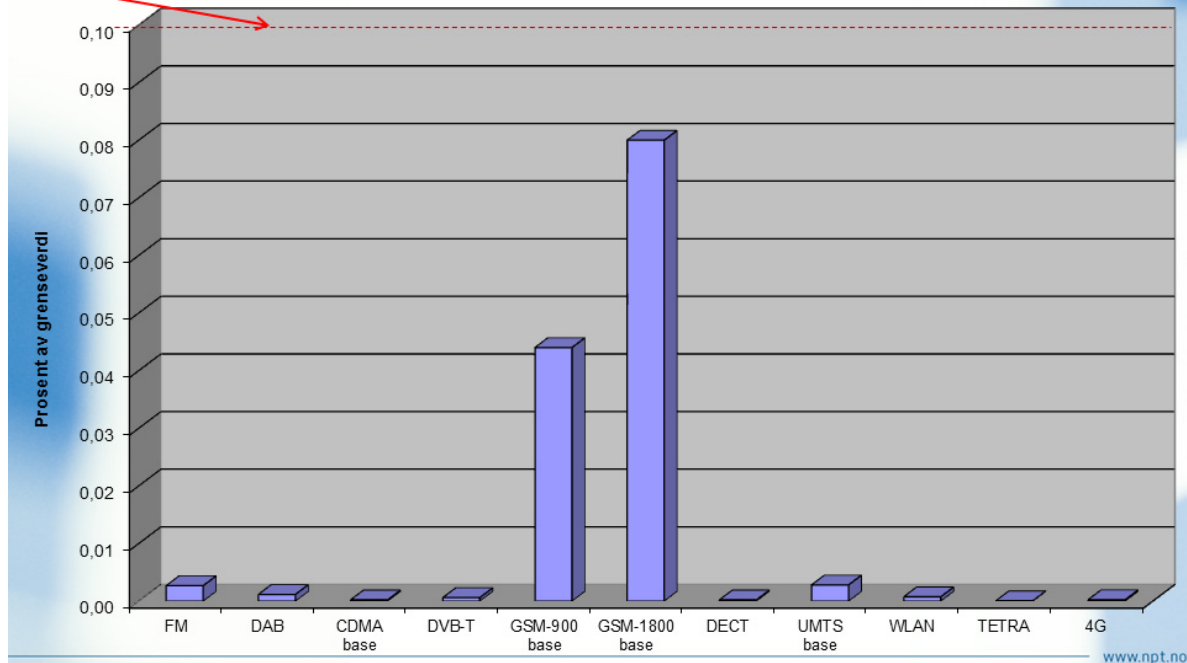


Resultater prosjekt hverdagsstråling

innendørs

Obs. 1 tusendel
av grenseverdien

Middelverdi og prosent av grenseverdi



Forklaringer;

- FM og DAB er vanlig radio
- D- ECT er vanlige, trådløse fasttelefoner
- WLAN er trådløse datanettverk
- GSM, UMTS og 4G er de ulike mobiltelefonsystemene. (Merk at den stiplede linja angir **1/1000** av grenseverdien)

- og for å komplettere denne sammenlikningen; en mobiltelefon opp mot øret kan gi et felt opp mot 18 % av grenseverdien, dvs ca 225 ganger høyere enn nivået for GSM-1800 på denne plansjen.

Til spørsmålet om hva som skjer med eksponeringen når alt dette summeres, er svaret at summen av mange svært små tall fremdeles er nesten null. Vi står derfor igjen med at den kilden som gir det vesentligste bidrag til eksponeringsnivået for den enkelte innbygger er den enkeltes egne mobiltelefon.

Om mobiltelefon og basestasjonstetthet

Moderne mobiltelefoner justerer sin sendereffekt etter hvor god dekningen er. Det betyr at jo bedre dekning jo lavere sendereffekt på telefonen. Siden telefonen er en så betydelig mye sterkere kilde til eksponering for den enkelte enn noe annet, inkludert sendernettet, er det grunn til å hevde at den beste måte å redusere eksponeringen til den enkelte innbygger på er å ha en høyest mulig tetthet av basestasjoner for å oppnå en optimal mobildekning. Det vil føre til at den enkelte mobiltelefon kan sende på lavest mulig effekt.

Om mobiltelefonbruk hos barn

Det er ikke sannsynliggjort at mobiltelefonbruk er skadelig, verken for barn eller voksne.

Men oppfølgingstiden for barn som har "vokst opp med" mobiltelefon har ikke vært lang nok til sikkert å fastslå at helseskade ikke kan forekomme når eksponeringstiden blir lang nok. Det er tenkelig at barn er med følsomme for påvirkning også av EMF, og det er vanskelig å utelukke at en oppvekst med mye bruk av mobiltelefon og fortsatt hyppig bruk i voksenalder etter hvert kan vise seg å gi risiko for helseskade, selv om man alt nå kan fastslå at risiko for helseskade ikke er stor.

Skal et føre-var-prinsipp følges vil det derfor kunne være fornuftig å begrense barns anledning til å ha mobiltelefonsamtaler der telefonen holdes mot øret. Dette er et tiltak som må gjennomføres og følges opp av barnas foreldre, men kommunen kan medvirke til å informere om dette på de arenaer hvor barns foreldre har kontakt med kommunen; på helsestasjonen, i foreldremøter på skoler og i barnehager, og i kontakt med kultur- og idrettsaktiviteter.

Konklusjon:

Det er ikke mulig å oppnå noen vesentlige positive helsemessige effekter av å innføre nye og strengere forvaltningsmessige tiltak i Kristiansand kommune forhold til høyfrekvente elektromagnetiske felt. Den altoverskyggende kilde til den enkeltes eksponering for EMF er bruk av mobiltelefon, størrelsen på de øvrige kildenes bidrag til samlet eksponering er helt neglisjerbare. Den enkeltes samlede eksponering påvirkes derfor i hovedsak kun av hvor mye man benytter sin mobiltelefon, og hvor god dekning man har.

En optimal mobildekning fører til at den enkelte mobiltelefon kan arbeide på lavest sendereffekt, og en best mulig mobiltelefondekning vil derfor kunne bidra til å redusere eksponeringen for EMF for den enkelte.

Det eneste område der man kan hevde usikkerhet, og der muligheten for helseskade av EMF ikke kan avvises, er langtidseksponering ved stadig bruk av håndholdt mobiltelefon fra barnealder.

Det vil derfor være fornuftig å gi foreldre råd om å begrense barns anledning til å ha mobiltelefonsamtaler der telefonen holdes mot øret. Informasjon om dette kan gis på helsestasjonen, i foreldremøter i skoler og barnehager og i kultur- og idrettsaktiviteter i kommunal regi.

Punkt 47/12: Gjennomgang av bolig og bygningsmassen

Bilag

prosjektrapport 6. juli 2012: Gjennomgang av bolig- og bygningsmassen



Dato: 14.09.2012
Saksnr.: 201209399-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Ole Geir Gitlestad

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
25.09.2012

Gjennomgang av bolig og bygningsmassen

Sammendrag:

Helse- og sosialdirektøren har gjennomført prosjekt «Gjennomgang av bolig- og bygningsmassen» for å kartlegge mulighetene av å øke antallet heldøgns pleie- og omsorgsplasser innenfor allerede eksisterende serviceboliger og institusjoner. Prosjektet har i tillegg sett på behovet for flere heldøgns plasser fram mot 2025, når vi får en betydelig økningen i eldrebefolkningsgruppen over 80 år.

Prosjektet viser at blant våre eksisterende serviceboliger, som kommunen har et større antall av enn det som etterspørres, ligger det et visst potensiale for ombygging til omsorgsboliger for eldre eller for bruk til andre av helse- og sosialektorens brukergrupper. Det er også mulig å bygge i alt inntil 20 nye rom på en del av våre etablerte sykehjem, og det kan i tillegg vurderes om tilgrensende tomter til Randesund omsorgssenter, Vågsbygdtunet eller Valhalla omsorgssenter kan utbygges med flere plasser.

Med utgangspunkt i at dagens dekning av heldøgns plasser er rimelig god, sammenlignet med andre kommuner og ut fra erfaringene ved EBT, og med å rette fokus på tiltak som vil sikre at folk kan bo trygt hjemme så lenge som mulig, vil behovet for nybygging først melde seg etter 2020.

Den store utfordringen ved den nære framtidens behov for heldøgns plasser ligger på å framskaffe driftsmidler og investeringsmidler til disse. På lang sikt, når eldrebefolkningen øker markant, vil økonomiutfordringene ytterligere forsterke seg.

Helse- og sosialdirektøren foreslår at rapporten etter gjennomgangen av bolig- og bygningsmassen legges til grunn for hs-sektorens framtidige handlingsplanarbeid.

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyret tar saken om rapporten etter prosjekt «Gjennomgang av bolig- og bygningsmassen» til orientering.
Rapporten legges til grunn for helse- og sosialsektorens videre arbeid med handlingsprogrammet.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykt vedlegg: Rapport fra prosjekt "Gjennomgang av bolig- og bygningsmassen"

Bakgrunn

Det vises til vedlagte rapport fra prosjekt «Gjennomgang av bolig- og bygningsmassen». Prosjektet ble initiert av helse- og sosialdirektøren på bakgrunn av utfordringene omsorgstjenesten må håndtere når veksten i antallet brukere med heldøgns pleie- og omsorgstjenester slår inn med stor tyngde i de kommende ti-årene. Med forventede stramme økonomiske rammer for omsorgstjenesten må blant annet spørsmålet om effektivisering av driften fokuseres. I en slik effektiviseringsprosess blir blant annet bedre utnyttelse av bygninger som omsorgstjenesten benytter til heldøgntjenester viktig.

I rapporten påvises potensiale for å øke opp med flere sykehjemsrom på enkelte sykehjem, noe som gir oss både litt flere sykehjems plasser og mer effektiv utnyttelse av personalressursene i disse sykehjemmene. Selv om behovet for flere sykehjems plasser ikke er påtrengende for tiden, vil noen flere plasser kunne bidra til at vi kan skyve bygging av nytt sykehjem litt ut i tid. Dette gir oss anledning til å justere driften av omsorgstjenestene i en retning hs-sektoren vurderer som hensiktsmessig, nemlig å øke innsatsen på forebyggende arbeid og på rehabiliteringsarbeid i korttidshjem og i brukernes egne hjem. Det vil føre til at flere kan bli boende hjemme lengre og på den måten dempe presset på flere heldøgns plasser. En slik utvikling anses faglig sett å være riktig og den er også økonomisk gunstig for kommunen. Satsing på hjemme-rehabilitering harmonerer også godt med samfunnsutviklingen for øvrig, spesielt med tanke på de markerte endringene vi ser på boligmarkedet der stadig flere bosetter seg i leilighetskompleks med høy standard og universell utforming. Denne tendensen vil i seg selv dempe presset på institusjons plasser eller omsorgsboliger og vil kreve at kommunen innretter sitt tjenestetilbud mot hjelp i hjemmene.

I tillegg til den omtalte muligheten for en viss oppøkning av sykehjems plasser har prosjekt «Gjennomgang av bolig- og bygningsmassen» også vurdert hvilke av dagens serviceboliger som kan omgjøres til omsorgsboliger. Kommunen har et stort antall serviceboliger og tendensen de senere årene er en sterkt dalende etterspørsele etter dette tilbudet. I og med behovet for heldøgns plasser vil bli sterkere etter hvert som den såkalte eldrebølgen gjør seg gjeldende, synes det hensiktsmessig å møte dette behovet blant annet ved å omgjøre serviceboliger til omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Dersom kommunen velger en slik strategi kan det sannsynligvis skapes tilstrekkelig med omsorgsboliger for en tiårsperiode fram til eldrebølgen framtvinger behov for nye boliger, en gang etter 2020.

Prosjektet har i tillegg til vurderingen av potensialet for flere plasser i eksisterende bygningsmasse utredet behovet for antall heldøgns plasser fram mot 2025. I behovsoversikten er det lagt til grunn at dagens dekningsgrad synes rimelig hensiktsmessig. I og med det ikke foreligger nøyaktig angitte standarder for dekningsgrad fra sentralt hold eller fra faginstanser, må det gjøres skjønnsmessige vurderinger ut fra lokale forhold. I den sammenheng bemerkes at dekningsgraden på heldøgns plasser må holdes opp mot satsingen på hjemmetjenester og på korttidsplasser. Økt innsats for at folk skal kunne bli lengre hjemme demper behovet for heldøgns plasser. Denne strategien; å holde antallet plasser i sykehjem og omsorgsboliger på et relativt lavt nivå, stemmer godt overens med samhandlingsreformens fokus på forebyggende arbeid og på rehabilitering og bør være førende for omsorgstjenestens arbeid i årene framover. Snarere enn å ha alt fokus på flere sykehjem- og omsorgsboligplasser, bør målsettingen være å utbygge en hjemmetjeneste som vil holde antallet heldøgns plasser relativt lavt. På lengre sikt vil det likevel bli nødvendig med nybygging, både sykehjem og omsorgsboliger, men dette vil først slå inn med større tyngde fra 2020-2025.

Med forannevnte som bakteppe må det gjøres konkrete valg for hs-sektorens satsinger i årene framover. Antall heldøgns plasser må beregnes og hvor plassene bør etableres i kommunen må fastsettes.

Det finnes som nevnt ikke eksakte normtall på hvor mange sykehjems- eller omsorgsboligplasser en kommune skal ha. Dekningsgraden varierer da også svært mye fra kommune til kommune og Kristiansand ligger omtrent på landsgjennomsnittet. Dersom vi skal rette stadig større fokus på hjemmetjenester og rehabilitering, kan vi kanskje klare oss med en lavere sykehjemsdekningsgrad enn i dag, men korrigert for at vi også vil få et betydelig innslag av institusjonstrengende ynge brukere synes dagens dekningsgrad på ca. 18 % av gruppa 80+ å være ganske hensiktsmessig også i årene som kommer.

Når det gjelder omsorgsboliger er dette et relativt nytt tilbud som er kommet til i tiden etter at sykehjemsutbyggingen skjøt fart og etablerte seg. Det er nok fortsatt litt ulikt hvordan begrepet omsorgsbolig defineres rundt om i kommunene, men en grunnleggende forutsetning er at boligen har bemanning hele døgnet. Brukerne av omsorgsboligtilbudet er sterkt pleie- og omsorgstrengende og disse måtte, uten dette tilbudet, i stor grad blitt tildelt sykehjems plass. I utgangspunktet er omsorgsboligbrukerne som oftest ikke-demente, i motsetning til brukere som tildeles sykehjems plass, som hovedsakelig er demente. Ved etablering av sykehjem- og omsorgsboligplasser stiller nå husbanken krav om at alle heldøgns plassene skal være tilrettelagt for demente. Med den bruk av omsorgsboliger som praktiseres i Kristiansand kommune, ser det ut til at dette tilbudet er rimelig godt dekket i dag. Hvorvidt en slik dekningsgrad kan være førende for utbyggingen i årene framover er bl.a. avhengig av om vi lykkes med satsingen på en godt utbygd hjemmetjeneste med stort fokus på forebygging og hjemme-rehabilitering, samt en hensiktsmessig bruk av dagsenterplasser og av korttids- og rehabiliteringsplasser.

Rapportens avsnitt om framtidig behov viser et moderat økt behov for flere heldøgns plasser de nærmeste årene. Med tanke på sykehjems plasser bør dette kunne dekkes gjennom å realisere ombyggingsmulighetene som er vist ved de eksisterende sykehjemmene. I tillegg til den litt begrensede økningen som disse 18 – 20 nye rommene gir, kan det også undersøkes nærmere hvilket potensiale som ligger i å bygge ut de to sykehjemmene som har tilgrensende tomter, henholdsvis Randesund omsorgssenter og Vågsbygd tunet. Ved Valhalla er det også arealer som kan utnyttes, men denne institusjonen bør gjennomgås særskilt bl.a. fordi det her kan bli aktuelt å vurdere en øyeblikkelig hjelpfunksjon.

Når det gjelder nye sykehjemsrom er allerede 7 av disse planlagt bygget på Vågsbygd tunet. Disse skal redusere antallet dobbeltrom på Valhalla og dermed får vi ikke vekst i antall plasser. I hvilken grad de øvrige, potensielle rommene vil bidra til vekst vil avhenge av om de gjenstående 6 dobbeltrommene (4 på Valhalla og 2 på Kløvertun) skal fases ut eller om det kan være formålstjenlig å opprettholde disse for å oppnå effektiv og fleksibel drift av korttids plasser. Det er ennå litt for tidlig å evaluere erfaringene fra dobbeltromsdriften. Med tanke på at vi kun får en begrenset vekst ved bygging av enkeltrom på eksisterende sykehjem, er det ikke avgjørende i hvilke geografiske områder disse kommer. Det er som nevnt allerede klargjort for oppstart av 7 rom på Vågsbygd tunet. Den øvrige utbyggingsrekkefølgen avklares i handlingsplanarbeidet, der også kostnadskalkylene må framskaffes, og driftsmidler til å håndtere økningen må være på plass. Ved å foreta ovennevnte grep og eventuelt også påbygge plasser ved Randesund omsorgssenter og Vågsbygd tunet, legges det til rette for å skyve byggingen av nytt sykehjem, på østsiden av byen, noe ut i tid - til etter 2020.

Når det gjelder å framskaffe flere omsorgsboliger synes det å være et stort potensiale i eksisterende serviceboligmasse. Det er imidlertid usikkert hvor hensiktsmessige disse boligene vil bli og det kreves en grundig utredning av kostnader knyttet til eventuelle ombygginger. Det bør også gjøres en vurdering av om enkelte serviceboliger kan tas i bruk til andre av hs-sektorens brukergrupper; sosialt vanskeligstilte, personer med rus- eller psykiske problemer, flyktninger o.a..

Når vi ser på lokalisering av nye heldøgnsboliger, både sykehjems- og omsorgsboligplasser, er det på lang sikt øst- og vestsiden av byen som synes å måtte styrkes, men dette gjelder

spesielt sykehjemsplasser. Omsorgsboliger har vi relativt færre plasser av i sentrum og sånn sett kunne dette være et spennende område å satse på, med et nytt, fremtidsrettet boligkompleks. Dersom sektorens satsing på rehabilitering skal følges opp med en økt andel korttidsplasser kan dette kanskje gjøres ved å omgjøre deler av langtidsplassene ved ett av sentrumssykehjemmene og i så fall erstatte disse med nye omsorgsboliger her. For øvrig er langtidsplassene ved St. Joseph nettopp avvirket, hvilket også taler for et omsorgsboligtilbud i sentrum/kvadraturen.

Dersom det satses på et nytt omsorgsboligtilbud bør dette utvikles i form av en pilot knyttet til dementsatsingen som kommunen nå fokuserer på, der det bygningsmessig tilrettelegges for denne brukergruppa og der innslaget av velferdsteknologi vektlegges særskilt. Størrelsen på et slikt prosjekt, som i motsetning til våre øvrige boliger ikke får tilknytting til et sykehjem, bør være på ca. 40 leiligheter, da dette gir en bemanningsstørrelse som er driftseffektiv og lite sårbar. Driftsmidler til omsorgsbolig er vanskelig å fastslå eksakt, men varierer i dag fra en års-kostnad på kr. 377.000,- til kr. 470.000,- pr. bruker. Med forbehold om at en pågående utredning av omsorgsboligfinansieringen vil føre til noe andre tall vil 40 plasser anslagsvis koste kr. 17 mill..

Med hensyn til finansiering av nye omsorgsboliger må det vurderes om salg av eksisterende serviceboliger kan bidra til dette. I og med flere av disse boligene er bygd og eid av en kommunal stiftelse må det imidlertid gjøres en juridisk vurdering av hvordan man kan bruke frigjort kapital til investering i nybygg. I den sammenheng blir det også viktig å sikre at husbankens investeringstilskudd kan nyttiggjøres. Tilskuddet gis kun til kommuner, hvilket betyr at stiftelser eller eventuelt private utbyggere ikke kan motta dette. En bygging av omsorgsboliger som OPS betyr derfor at kommunen må gå inn som eier av bygget, eventuelt leie dette, for å kunne nyttiggjøre seg tilskuddet. Et tredje alternativ, som innebærer opprettelse av et omsorgsboligborettslag, åpner muligens for å benytte private utbyggere til å realisere omsorgsboliger. Dette er imidlertid et nytt konsept og må nærmere vurderes dersom det er ønskelig å bygge nye omsorgsboliger etter OPS-modellen.

Oppsummering

Sykehjem

Det foreslås utbygging av inntil 13 nye rom på eksisterende sykehjem som del av hsektorens handlingsplan 2013-2016. Prosjektene tas opp med Kristiansand eiendom i deres behovsutredningsmøter som holdes med sektorene. Det må forutsettes at driftsmidler til nye plasser kan innarbeides i budsjettet.

Det utredes muligheter for flere sykehjems- eller omsorgsboligplasser på tomtene ved Randesund omsorgssenter og Vågsbygdtunet.

Omsorgsboliger

Ombygging av serviceboliger til omsorgsboliger kan dempe behovet for nye omsorgsboliger, men det er usikkert hvor hensiktsmessige og driftseffektive disse vil kunne bli for fremtidig bruk. Det foreslås at det i handlingsplanperioden 2013-2016 foretas nærmere utredninger av enkelte prosjekter. Som ledd i sektorens satsing på demensfeltet vil det være ønskelig å etablere en framtidsrettet omsorgsbolig tilrettelagt for demente. Vi har i dag ingen omsorgsbolig i kvadraturen og dersom det kan frigjøres kapital ved salg av andre, etablerte serviceboliger vil dette kunne bidra til finansiering av et nytt og hensiktsmessig bygg her. Boligkomplekset bør være på om lag 40 leiligheter for å oppnå driftseffektivitet.

Serviceboliger

Serviceboliger som ikke fortsatt skal fungere som dette eller som skal omgjøres til omsorgsboliger, må vurderes solgt eller benyttet til andre av helse- og sosialsektorens brukergrupper.

Punkt 48/12: Torridalsveien Aktivitetshus, dagsenter- og avlastningstilbud for personer med utviklingshemming



Dato: 14. september 2012
Saksnr.: 201207794-1
Arkivkode E: F07
Saksbehandler: Per Vassbotn

Saksgang

Helse- og sosialstyret

Møtedato

25.09.2012

Torridalsveien Aktivitetshus, dagsenter- og avlastningstilbud for personer med utviklingshemming

På bakgrunn av oversendelsesforslag fra bystyret 20.06.2012: «Bystyret ber administrasjonen vurdere å fremme en sak angående Torridalsveien Aktivitetshus`videre drift av denne flott virksomheten» fremlegges følgende saksfremstilling til orientering for helse- og sosialstyret

Kristiansand kommune har avtale med Kirkens sosialtjeneste, ved Torridalsveien Aktivitetshus, om kjøp av dagsenterplasser og avlastningsplasser til utviklingshemmede. Dette er et godt tilbud kommunen kan gi til brukere som skal ha denne typen tjenester, men som ikke har store bistandsbehov utover dette. Kommunen ønsker å videreføre det gode samarbeidet med Torridalsveien Aktivitetshus på dagens nivå og med eksisterende målgruppe.

I forbindelse med at Kirkens sosialtjeneste har bedt om økning av tilskuddet, har administrasjonen vurdert henvendelsen i forhold til: Avtalen som foreligger mellom Kristiansand kommune og Kirkens sosialtjeneste, mottatt dokumentasjon på endrede utgifter og kommunens økonomiske rammer for tjenestene.

I tråd med gjeldende avtale mottar Kirkens sosialtjeneste et årlig rammetilskudd som skal dekke alle kostnader knyttet til leveransen. Rammetilskuddet, som for inneværende år er kr. 4.555.000,- blir indeksregulert hvert år på lik linje med egne virksomheter og andre tjenesteleverandører.

Kirkens sosialtjeneste har bedt om en økning av dette tilskuddet, med kroner 500 000 for 2012. Kristiansand kommune har på bakgrunn av dialog, møter og tilsendt dokumentasjon fra Kirkens sosialtjeneste vurdert ønsket om tilskuddsøkning. Ønsket om tilskuddsøkning er knyttet til to hovedforhold: Økte husleieutgifter og økte pensjonskostnader.

Husleieutgifter

Økning i husleieutgifter er relatert til bygningsmassen som Kirkens sosialtjeneste selv er eier av. Dette er kostnader kommunen ikke kan svare for i forbindelse med tjenesteleveransen.

Pensjonsutgifter

Oversendte budsjett for 2012 og foreløpige regnskap for 2011 som er mottatt, forklarer ikke tilstrekkelig behovet for økte driftsmidler til pensjon i 2012. Kirkens sosialtjeneste fikk i 2008 et ekstratilskudd på kr 351.000,-. Tilskuddsøkningen var begrunnet i økte kostnader, blant annet til pensjon. Dette tilskuddet er videreført. Administrasjonen har dermed grunn til å anta at det allerede er kompensert for disse utgiftene. På bakgrunn av de opplysninger som foreligger i saken vil administrasjonen per i dag måtte avslå ønsket om økt tilskudd til dette formålet.

Administrasjonen henvendt seg 7.3.2012 til Kirkens sosialtjeneste for å få ytterligere dokumentasjon i forbindelse med saksbehandlingen. En har ikke mottatt etterspurt redegjørelse og dokumentasjon fra Kirkens sosialtjeneste. På bakgrunn av den tilgjengelige dokumentasjonen i saken finner en ikke å kunne etterkomme kravet om økt tilskudd.

Det er ikke budsjettmessig dekning for et økt tilskudd i inneværende år. Vedtatt handlingsprogram legger opp til en videreføring av tilskuddsnivået fra 2012, justert for lønns- og prisvekst. Det har ikke vært noen økning i antall dagsenterplasser eller avlastningsplasser i perioden 2008-2011,- driftskonseptet ved Torridalsveien aktivitetssenter er uendret.

Det er planlagt en utredning knyttet til den samlede dagsentertjenesten i kommunen. Arbeidet vil igangsettes når den nye organiseringen av helse- og sosialsektoren er på plass ved nyttår 2013. Torridalsveien aktivitetshus er en viktig del av kommunens differensierte tjenestetilbud til målgruppa og vil omfattes av dette arbeidet. Administrasjonen ønsker å bruke denne anledningen til å etablere arenaer for langsiktig og forutsigbart samarbeid med ulike aktører og tjenestetilbydere på feltet.

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyret støtter administrasjonens vurderinger og tar saken til orientering

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Punkt 49/12: Mandat for rullering av "Plan for psykisk helsearbeid" og "Rusmiddelpolitisk handlingsplan"

Bilag

Prosjektdirektiv for rullering av rusmiddelpolitisk handlingsplan 2008 - 2012

prosjektdirektiv for rullering av plan for psykisk helsearbeid 2007 - 2010

hs styresak 14.02.12: oppfølging av vedtatt hp for helse og sosialsektoren 2012 - 2015



Dato: 14. september 2012
Saksnr.: 201209387-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Hilde Engenes

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
25.09.2012

Mandat for rullering av Plan for psykisk helsearbeid, 2007-2010 og Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2008-2012

Mandat for rullering av Plan for psykisk helsearbeid, 2007-2010 og Rusmiddelpolitisk handlingsplan legges frem til politisk behandling for innspill. Rulleringen av planene sees i sammenheng med tanke på å utvikle strategier som sikrer et sammenhengende og koordinert tjenestetilbud til de ulike målgruppene som planene omfatter. Mandatene skal sikre tverrsektoriell og tverrfaglig satsing på rus- og psykisk helsefeltet. Følgende momenter er vektlagt i begge rulleringer:

- Tydeligere folkehelseperspektiv og helsefremmende arbeid
- Forebygging og tidlig intervensjon
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Boligsosialt arbeid rettet mot målgrupper for planene
- Brukerkompetanse og ivaretagelse av pårørende
- Samarbeidet med ideelle organisasjoner
- Koordinerte og helhetlige tjenester
- Kunnskapsbaserte evalueringer av eksisterende tiltak/prosjekter

Begge mandat legger til grunn gode beskrivelser av helsetilstand i befolkningen, sosiokulturelle forhold og andre faktorer som har betydning for behovsutvikling fremover.

Begge mandat foreslår en prosjektorganisering av rulleringsarbeidet. Deltakere kan ikke utpekes endelig før ansvaret for rus- og psykisk helsefeltet er plassert i ny organisasjon. Av hensynet til god implementering vil hovedarbeidet med rulleringen skje i ny organisasjonsstruktur, vår 2013. En vil imidlertid starte deler av rulleringen høst 2012, blant annet i forhold til datainnsamling, evaluering av tiltak og prosjekter som er beskrevet i planene.

Vedtatt i forbindelse med bystyrets behandling av handlingsprogrammet i desember 2011, samt oppfølging i sak til helse- og sosialstyret 14.02.2012, foreslås ivarettatt i mandatene på følgende måte:

Dimensjonering av boligbehov er omtalt i Boligsosial handlingsplan, 2011-2015 og legges inn i handlingsprogrammet. Det er i Boligsosial handlingsplan at også hovedstrategiene rettet mot bekjempelse av bostedsløshet er forankret. Siden man vet at mennesker med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser er blant de mest risikoutsatte for bostedsløshet, skal dette tema gis særskilt oppmerksomhet ved rulleringen av både Plan for psykisk helsearbeid og Rusmiddelpolitisk handlingsplan. Strategier og tiltak sees i sammenheng og vurderes for egen sak som sikres tilknytning til Boligsosial handlingsplan. Rulleringen skal i denne forbindelse også ha et særskilt fokus på å undersøke behovet for å styrke boligoppfølgingen til mennesker med psykiske lidelse. Rulleringen av Rusmiddelpolitisk handlingsplan skal sikre at det legges større vekt på misbruk av legale rusmidler som alkohol og medikamenter.

Rulleringsarbeidet vil forholde seg til grenseoppganger mot «Helsefremmingsplanen» som sendes på høring i oktober.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret slutter seg til skisserte rammebetingelser for mandat til rullering av Plan for psykisk helsearbeid og Rusmiddelpolitisk handlingsplan.
2. Helse- og sosialstyret forlenger gyldighetsperiode for Plan for psykisk helsearbeid og Rusmiddelpolitisk handlingsplan ut året 2013

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykt vedlegg:

1. Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2008-2012
2. Plan for psykisk helsearbeid, 2007-2010
3. Mandat for rullering av Rusmiddelpolitisk handlingsplan, 2008-2012 UTKAST
4. Mandat for rullering av Plan for psykisk helsearbeid, 2007-2010 UTKAST
5. Helse- og sosialstyresak, 14.02.2012: Oppfølging av vedtatte handlingsprogram for helse- og sosialsektoren 2012-2015

Punkt 50/12: Beredskap og drift av overgrepsmottak ved Kristiansand legevakt

Bilag

Legevaktens informasjonsbrosjyre for "Mottak av overgreps- og voldsofre



Dato: 03.09.2012
Saksnr.: 201208592-1
Arkivkode E: G01
Saksbehandler: Sigurd Paulsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
25.09.2012

Beredskap og drift av overgrepsmottak ved Kristiansand legevakt

Sammendrag:

Kristiansand legevakt har siden 1996 tatt i mot og tilbudt overgrepsofre helseoppfølging, psykososiale støttetjenester og sporsikring. Tilbudet gjelder kommuner i hele Vest-Agder og kommuner i Aust-Agder som er tilknyttet Kristiansand legevakt gjennom samarbeidsavtalene.

Tjenesten krever spesialisert kompetanse fra lege og sykepleier, og må kunne tilbys hele døgnet hele året. Tjenesten har til nå ikke hatt egne budsjettrammer, og det har derfor ikke vært mulig å etablere en egen beredskapsordning. En beredskapsordning er stipulert til merkostnad på kr 600.000 og bør utredes når det er avklart fra helse- og omsorgsdepartementet hvordan overgrepsmottakene i Norge skal organiseres og finansieres.

En fortsatt drift med frivillig beredskap hvor kompetansetiltak og ringeliste for lege og sykepleier innføres, vil medføre økt kostnad for Kristiansand kommune stipulert til 140.000 kr, og for samarbeidskommuner med 60.000 kr. Øvrige kommuner i fylket vil bli fakturert for enkelttilfeller. Tallene er stipulert ut fra antall tilfeller per år. Ordningen vil bidra til kortere ventetid for overgrepsrammede og en tjeneste med spisskompetanse som kreves.

Det er i 2012 vurdert ulike muligheter for å etablere et bredere interkommunalt samarbeid om tjenesten, men det er det per i dag ikke mulighet for. Lokalene som tjenesten gis fra, bør også tilpasses bedre til formålet.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret slutter seg til de forslåtte tiltakene for å styrke beredskapen på overgrepsmottaket. Faglige og finansielle grenseoppganger mot politiets oppgaver søkes avklart.
2. Endringene i drift av overgrepsmottaket kan ikke realiseres uten at det skaffes dekning i HP.
3. Alle endringer av økonomisk art må skje i samråd med samarbeidskommuner

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Sigurd Paulsen
Enhetsleder Samfunnsmedisinsk enhet

Trykte vedlegg:

1. Legevaktas informasjonsbrosjyre for "Mottak av overgreps- og voldsofre"

Bakgrunn for saken:

Bystyret ba i sitt møte 20. juni 2012 om en sak til Helse- og sosialstyret ”*der styrket vakttjeneste / beredskapsordning på voldtekstmottaket, samt kostnader forbundet med dette, vurderes. Det bes også vurdert om det kan legges til rette for etablering av et bredt interkommunalt samarbeid rundt voldtekstmottaket for å sikre fagpersonellet høy og vedvarende kompetanse innen sporsikring og behandling.*”

Bakgrunn for dagens drift av overgrepsmottak ved Kristiansand legevakt

Det første overgrepsmottaket i Norge ble opprettet på Oslo legevakt i 1986. Kristiansand legevakt har hatt et slikt tilbud siden 1996. Tilbudet i dag er beregnet på voksne over 15 år, og pasientgruppen er primært kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Barn som utsettes for overgrep ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Tilbudet kan benyttes av kommuner i hele Vest-Agder, samt kommuner i Aust-Agder som er tilknyttet Kristiansand legevakt gjennom samarbeidsavtalene.

Statlige myndigheter har tidligere lagt til grunn at det minst bør være et overgrepsmottak i hvert fylke, gjerne tilknyttet en interkommunal legevakt. Driften baserer seg i stor grad på Helsedirektoratets ”Overgrepsmottak: Veileder for helsetjenesten”, utgitt i 2007.

Organisering og oppgaver ved dagens driftsmodell

Mellom åtte og ti sykepleiere ansatt ved Kristiansand Legevakt har til nå stilt seg til rådighet på frivillig basis, og bidratt til å utvikle gode prosedyrer for den nåværende tjenesten. De har også deltatt på kurs for å øke sin kompetanse innen feltet. Sykepleierne står på en ringeliste og blir tilkalt når en sak meldes inn. De møter da på sin fritid, men det kan ta lang tid før personellet er på plass for å ta i mot pasienten. Legearbeidet har blitt utført av den legen som er på vakt, og ordinær beredskap til utrykning ved ulykke og alvorlig hendelser kan med dagens ordning da bli rammet. Dette gir utfordrende samtidighetskonflikter for bruk av de knappe legeressursene.

Oppgaver:

Når behovet for tjenesten oppstår, har helsepersonellet ved mottaket en sammensatt oppgave. De skal da yte helsetjenester til den som har vært utsatt for overgrep og fungere som sakkyndig i forbindelse med en eventuell straffesak.

Oppgavene består da i:

- Behandling av fysiske skader
- Behandling av eventuell påført sykdom og svangerskap
- Sporsikring og prøvetaking
- Kontakt med politiet
- Krisehjelp/psykososial oppfølging
- Kontakt med fastlege og andre oppfølgende instanser

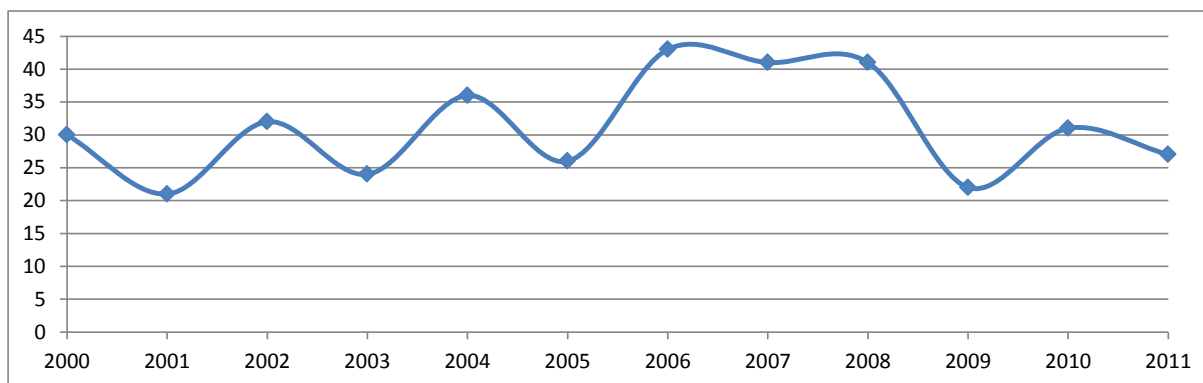
Under dette arbeidet benyttes en sporsikringsprotokoll og det skrives legeerklæring. Om det opprettes en politisak, kan denne protokollen og det biologiske materialet utleveres til politiet.

Pasienter som har vært utsatt for overgrep kan ta direkte kontakt med legevakta. Noen ganger skjer dette etter at de først har vært i kontakt med politiet, helsesøster eller fastlege.

Antall saker og tidsbruk

De siste årene har antallet saker som håndteres av overgrepsmottaket variert mellom 30 og 45 årlig. Antall overfallsvoldtekter har økt de siste årene, og dette er saker der rask og korrekt sporsikring kan være svært viktig. Ved hver sak medgår det tre til seks timers arbeid for sykepleier og noe mindre tid for lege. Vi vet at her er det store mørketall med mange pasienter som ikke tar kontakt med oss.

Antall saker årlig fra 2000 til 2011:



Økonomi:

Det er i dag ikke avsatt egne midler til drift av overgrepsmottaket. Kostnader ved dagens ordning er at sykepleiere får kr. 4000 per oppdrag på hverdager og kr. 5000 i helger. Leger får kun betalt som en vanlig konsultasjon på legevakten. Dersom politiet har opprettet en egen sak pga. anmeldelse, har legen også fått utbetalt et fast salær fra politiet på kr.2310 på hverdager og kr 3 995 i helger.

Utfordringer ved dagens driftsmodell

Det er de siste årene registrert flere avviksmeldinger i tjenesten, som i stor grad skyldes manglende ressurser, blant annet som følge av samtidighetskonflikter og utfordringer med å innkalle personell raskt nok. Det gjør at det blir lang ventetid på undersøkelse og også at kvaliteten på arbeidet som har vært utført kan variere. Utfordringene kan oppsummeres til følgende:

1. Lang ventetid

Dagens ordning har vært basert på at dedikerte sykepleiere har kommet inn på sin fritid. Det har ikke vært noen form for beredskap. Dermed er vi avhengige av å oppspore en sykepleier som har mulighet til å komme. Dette har gjort at ventetiden for den som har vært utsatt for overgrep, noen ganger har blitt urimelig lang. I ett tilfelle var ventetiden hele 6 timer. I denne ventetiden kan vedkommende ikke vaske seg, skifte tøy eller berøres fysisk av andre pga. sporsikring. I etterkant har denne ventetiden vært opplevd som noe av det aller verste for dem som har gjennomlevd slike overgrep. Siden legearbeidet har blitt utført av vakthavende lege, kan en overgrepssak heller ikke påbegynnes like i forkant av et vaktskifte.

2. Kvalitet

Vi har gode prosedyrer og har hatt få og kompetente sykepleiere med dagens ordning. Å beholde medarbeidere med lang erfaring, motivasjon og spesialkompetanse, er essensielt for å kunne drive tjenesten på en tilfredsstillende måte. En velfungerende ordning for økonomisk kompensasjon er et viktig element i dette, men finnes ikke i dag, og dette gjør hele ordningen sårbar.

Legetjenesten gis i dag av vakthavende lege. Det er til enhver tid ca. 70 leger som deltar i vaktssystemet på Kristiansand Legevakt. Kun et fåtall av disse har spesialkompetanse i dette feltet. Det er ingen tvil om at kvaliteten på arbeidet som utføres ville bli bedre ved at tjenesten kun ble utført få leger med spesialutdanning i feltet. Det er til enhver tid behov for at involverte leger og sykepleiere gis anledning til å oppdatere seg faglig med kurs.

Det er også et stort dilemma at en slik undersøkelse gjør at den ordinære beredskapen på Kristiansand legevakt blir betydelig redusert for en periode på tre til fire timer. Den legen som utfører arbeidet, har også ansvar for rådgiving til ambulansetjenesten og for å delta på utrykninger ved andre ulykker og alvorlige hendelser. Noen ganger gjør dette at undersøkelse ved overgrepsmottaket må avbrytes siden andre oppgaver er mer presserende.

3. Lokaler

For å ivareta pasienten og kvaliteten på sporsikringen er det behov for et eget avskjermet rom for samtale med og undersøkelse av overgrepsutsatte. Dette rommet skal rengjøres

etter egne rutiner. Dette har ikke Kristiansand legevakt mulighet for. Undersøkelserommet benyttes også til andre typer undersøkelser.

Erfaringer i andre kommuner

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin sin "Rapport om beredskapssituasjonen ved norske overgrepsmottak 2011", angir at flertallet av norske overgrepsmottak har ansatt egen administrativ leder for overgrepsmottaket i en deltidsstilling, i tillegg til medisinsk-faglig ledelse. Det oppgis også i rapporten at 14 av 23 overgrepsmottak har etablert ulike former for beredskaps- og vaktordninger for sykepleiere og leger. En tredjedel av mottakene har mindre en halv times ventetid. To tredjedeler oppgir at de har etablert mottakssamtale innen 1 time, men at det kan gå noe lenger tid på enkelte mottak nattetid. 21 av 23 mottak oppgir at de har egne avskjermede lokaliteter til mottak av overgrepsutsatte.

Mål for kvalitet på tjenesten

Regjeringens "Handlingsplan mot voldtekt 2012-2014" fokuserer på viktigheten av god oppfølging av overgrepsutsatte, og henviser til en pågående evaluering av overgrepsmottakene, der bl.a. en lovfesting av tjenesten vil bli vurdert i perioden 2012- 2014. Per i dag det det få nasjonale krav og føringer på detaljnivå for tjenesten. Tjenesten er slik sett hjemlet i helse og omsorgslovens § 3.5 om at kommunen har ansvar for å gi øyeblikkelig hjelp. Handlingsplanen påpeker behov for klargjøring av ansvarsforhold for sporsikring som skal utredes av helse- og omsorgsdepartementet og justis- og beredskapsdepartementet.

De sentrale føringer og faglige anbefalinger som finnes for tjenesten kan oppsummeres i en målsetting om at tjenesten bør sørge for at personer som oppsøker mottaket i Kristiansand etter seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner, får nødvendig fysisk og psykisk helsehjelp. I tillegg at kvaliteten på sporsikring og skadedokumentasjon er god nok som grunnlag for politietterforskning, rettssak og vurdering av voldsoffererstatning.

Interkommunalt samarbeid om overgrepsmottak

Kristiansand legevakt tilbyr tjenester til kommunene i legevaktsamarbeidet med oppfølging av overgrepsutsatte. Samarbeidskommunene ønsker pr i dag ikke å øke utgiftene til overgrepsmottaket. Nåværende samarbeidsavtaler omtaler overgrepsmottak, og det er varslet en mulig økning av kostnader for å sikre minimumsdrift videre. Samarbeidskommunene har tidligere uttalt at de primært ønsker å belastes pr sak og ikke med faste kostnader. Cirka 10 % av de overgrepsutsatte er fra kommuner utenfor kommunesamarbeidet om Kristiansand legevakt. Disse kommunene faktureres deler av kostnadene, men dette er langt mindre enn de reelle kostnadene i en sak.

Kristiansand legevakt har i 2012 også hatt et sonderingsmøte med Arendal kommune om mulighet for samarbeid om overgrepsmottak. Dette er det av praktiske årsaker per i dag ikke grunnlag for. Sørlandet sykehus (SSK) har heller ikke kapasitet til å utføre nødvendig undersøkelse og behandling til overgrepsutsatte. Enkelte ganger har derfor også sykepleier og lege fra Kristiansand legevakt utført slik undersøkelse på pasienter som har vært innlagt på SSK. Da har SSK fått en tilsvarende faktura.

På nåværende tidspunkt ser vi ikke grunnlag for å iverksette en utredning om interkommunalt samarbeid om overgrepsmottak. En bør avvente en eventuell utredning til det er klarlagt ansvarsforhold og finansiering sentralt.

Forslag til tiltak for å styrke beredskapen i overgrepsmottaket

Ved å iverksette tiltak med en beredskapsordning og vurdere mulighet for bedre lokaliteter, kan overgrepsmottaket få rammebetingelser som muliggjør en drift med tilfredsstillende kvalitet.

Beredskapsordning:

- Det etableres en kompetansegruppe på 10 leger og 10 sykepleiere som utfører tjenesten. Gruppen må kunne delta på utdanningskurs og på halvårlig samling for internutdanning.
- Det innføres beredskap i høytider og helger gjennom hele året for lege og sykepleier
- Ordningen ledes og administreres av en egen koordinator, tilsvarende 10 % stilling.

Økonomiske behov utover dagens finansiering for å etablere slik beredskap og vedlikeholde kompetansen, vil ha en merkostnad på i underkant av kr. 600.000 årlig. For samarbeidskommunene tilsvarer dette merkostnad på 240.000 og for Kristiansand 360.000.

En mindre kostnadskrevede ordning, kan være å ha beredskap i spesielle perioder, og gi en høyere kompensasjon til sykepleiere som stiller seg disponible. Dette må eventuelt kombineres med en egen ringeliste for leger som er villige til å bli tilkalt på frivillig basis når legevaktslege må forventes å ha oppdrag som gir samtidighetsutfordringer. Stipulert kostnad til dette er ca. kr. 200.000. For samarbeidskommunene tilsvarer dette samlet kr 60.000 og 140.000 for Kristiansand. Dette gir ikke fullgod beredskap og er i utgangspunktet ikke ønskelig, men vil bedre forholdene noe sammenliknet med i dag. Kommunen har i budsjettarbeidet for 2013 varslet samarbeidskommuner om en mulig kostnadsøkning tilsvarende denne ordningen. Vi mener at dette kan være en foreløpig løsning i påvente av tydeligere nasjonale føringer for drift av tjenesten. Løsningen vil bidra til at vi klarer å oppfylle minimumsforpliktelser iht. lovverket.

Fakturering av kommuner utenfor legevaktsamarbeidet:

10 % av sakene er fra kommuner utenfor legevaktsamarbeidet. Disse sakene faktureres for medgått tid, og her er det potensiale for merinntekter ved at den reelle kostnaden faktureres. Ved en beredskapsordning tilsier dette en inntektsøkning på ca. 60.000 kr årlig totalt. Ved etablering av ringeliste, vil merinntekten kunne bli ca. 20.000 kr årlig.

Lokaler:

- Det utredes mulighet for endret bruk av legevaktas eksisterende lokaler, for å sikre god skjerming mot omgivelsene.