

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2007-2011) d. 27-09-2011

Mødedato Tirsdag d. 27. september 2011 kl. 14:00

Mødested

Indholdsfortegnelse

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 23. august.....	3
Prosjekt "Tidlig innsats"	8
2. tertialrapport 2011 helse- og sosialsektoren.....	15
Samhandlingsreformen i forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (46
Delegasjon - opprettelse av nye fastlegehjemler.....	53
Rapport - Analyse av effektivitet i samhandling mellom Sørlandet Sykehus HF og Kristiansand kor	58
Kommunale frivillighetssentraler i Kristiansand.....	64

Punkt 46/11: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 23. august



Dato: 14. september 2011
Saksnr.: 201101092-19
Arkivkode E: 033
Saksbehandler: Carol Reinertsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
27.09.2011

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 23. august

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 23. august godkjennes.

Geir Sandvik
leder

Trykte vedlegg: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 23. august

HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

Helse- og sosialdirektøren



1. PROTOKOLL - HELSE- OG SOSIALSTYRET

Dato: 23. august 2011
Sted: Rådhuset
Behandlede saker: 41/11 – 45/11
Møtets varighet: 14.00 – 15.30
Møteleder: Geir Sandvik

Til stede:

Geir Sandvik, (KRF)
Björg Stray, (KRF)
Charlotte Antonsen, (AP)
Eirik Dåstøl Langeland, (AP)
Halvor Hulaas, (FRP)
Salve Reinhardt, (H)
Cecilie Johanne Frivold, (H)
Wencke Refsnes, (PP)
Astrid Melissa Lesamana, (SV)

Til stede fra administrasjonen:

Lars Dahlen, helse- og sosialdirektør
Janne Brunborg, rådgiver
Laila Hamar, rådgiver
Tamara Caamano, førstesekretær

Dessuten møtte:

Irene Kaspersen, Delta

Utdelt i møtet:

* Eldrerådets uttalelse til sak 44/11: Kvalitet og organisering av hjemmetjenesten.

41/11 HELSE- OG SOSIALSTYRETS PROTOKOLL FRA MØTET 21. JUNI TIL GODKJENNING.

VEDTAK:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 21. juni godkjennes.

(Enst.)

42/11 HØRINGSUTTALELSE VEDR. FORSLAG TIL REVIDERT FORSKRIFT OM BARNETS TALSPERSON I SAKER SOM SKAL BEHANDLES I FYLKESNEMNDA FOR BARNEVERN OG SOSIALE SAKER.

HELSE- OG SOSIALSTYRETS INNSTILLING:

Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende revidert forskrift om barnets talsperson i saker som skal behandles i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

(Enst.)

43/11 INNVANDRERRÅD I KRISTIANSAND

HELSE- OG SOSIALSTYRETS INNSTILLING:

1. Innvandrerrådet for Kristiansand avvikles ved utløp av inneværende valgperiode høsten 2011.
2. Bystyret ber om at alternative former for dialogarenaer mellom kommune og minoritetsbefolkningen utredes i egen sak med tidsfrist innen utgang av første halvår 2012

(Enst.)

Forslag:

Astrid Melissa Lesamana SV fremmet følgende forslag:

Forslag 1:

"Innvandrerrådet opprettholdes med samme målsetning og budsjett som i dag. Funksjonstiden følger valgperioden."

Forslag 2:

"Innvandrerrådet velges av Valg- og honorarkomiteen på politisk grunnlag."

Forslag 3:

"Innvandrerrådet rapporterer årlig til Bystyret."

Forslag 4:

"Innvandrerrådets sekretariat utpekes av Rådmannen."

Helse- og sosialstyret fremmet følgende forslag:

"Tillegg til setning i pkt. 2: *med tidsfrist innen utgang av første halvår 2012.*"

Votering:

Administrasjonens innstilling: enstemmig vedtatt.

Astrid Melissa Lesamana, SVs forslag nr. 1-4: følger saken uten votering.

Helse- og sosialstyrets fellesforslag: enstemmig vedtatt.

44/11 KVALITET OG ORGANISERING AV HJEMMETJENESTER (HJEMMEHJELP OG HJEMMESYKEPLEIE)

HELSE- OG SOSIALSTYRETS INNSTILLING:

Kristiansand Bystyre tar gjennomgangen av kvalitet og organisering av tjenestene hjemmehjelp og hjemmesykepleie til orientering.

(Enst.)

45/11 HELSE- OG SOSIALSTYRETS REGLEMENT

VEDTAK:

Helse- og sosialstyret gir sin tilslutning til de angitte endringene i reglement for helse- og sosialstyret.

(Enst.)

ÅPEN RUNDE/ORIENTERINGER:

*Siste møte for sittende helse- og sosialstyre: tirsdag 27. september kl. 16.00.
Avsluttes med middag.

Møtet hevet.

Kristiansand, 23. august 2011

Geir Sandvik
leder
(sign.)

Tamara Caamano
førstesekr.

Punkt 47/11: Prosjekt "Tidlig innsats"

Bilag

Saksprotokoll



Dato: 13.09.11
Saksnr.: 200711137-3
Arkivkode E: 024 F40 &01
Saksbehandler: Svein Ove Ueland/ Sissel Engelstad Bakke

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Oppvekststyret

Møtedato

27.09.2011
27.09.2011

PROSJEKT "TIDLIG INNSATS"

Sammendrag:

Prosjekt Tidlig innsats startet opp i august 2009 og avsluttes høsten 2012. Målsettingen for prosjektet er å styrke kommunens tverrsektorielle og forebyggende innsats overfor utsatte barn og unge. Det er etablert en styringsgruppe med helse- og sosialdirektør og oppvekstdirektør og en tverrsektoriell prosjektgruppe med representanter fra begge sektorene.

Prosjekt Tidlig innsats legger med dette fram en foreløpig rapport. Rapporten inneholder bla. oversikt over;

- Nyere offentlige utredninger veiledere og kunnskapsoversikter som er aktuelle for tidlig innsats overfor risikoutsatte barn og unge
- Faglige tiltak og metoder for tidlig innsats som allerede eksisterer i Kristiansand kommune
- Eksisterende tverrsektorielle samarbeidsarenaer mellom tjenester for barn og unge i Kristiansand kommune.

Rapporten inneholder også forslag til tiltak for å styrke kommunens arbeid med forebygging og tidlig innsats (kapittel 10). I tillegg inneholder rapporten også en egen tverretattlig handlingsplan for barn under opplæringspliktig alder med fokus på forebygging av atferds- og språkvansker (kapittel 11).

I rapporten anbefales det i første rekke at den faglige innsatsen rettes mot å opprettholde og styrke noen satsingsområder som allerede pågår (Læringsmiljø og pedagogisk analyse i skolen (LP modellen), International Child Development Program (ICDP), og Parent Management – Oregon (PMT-O)) Det foreslås også at alle barn gis tilbud om språkkartlegging ved fylte 3 år. I tillegg anbefaler prosjektgruppa at det iverksettes et forsøk – "Å ta opp uroen" – i samarbeid med Sørlandet Sykehus.

Rapporten viser i kapittel 9.1 til en rekke eksisterende arenaer for tverretattlig samarbeid. Det er gjennomført en egen gjennomgang av samarbeidsarenaen *tverretattlige team*. Det vil bli utarbeidet en egen sak som tar sikte på å avklare spørsmål om tverretattlig team som samarbeidsarena fremover. I løpet av det siste året i prosjektperioden vil det, under forutsetning av midler fra Helsedirektoratet, bli gjennomført en felles opplæring i koordinering og ledelse av tverretattlige samarbeidsgrupper for ansatte i helse- og

sosialsektoren og oppvekstsektoren. Styringsgruppa for Prosjekt tidlig innsats vil utrede fordeler og ulemper ved å inkludere helse- og sosialsektorens tjenester for barn og unge i den nye oppvekstsektoren i løpet av 2012. Dette sees i sammenheng med organisasjonsgjennomgang i hele helse- og sosialsektoren og pågående evaluering av støttetjenestene i oppvekstsektoren.

Forslag til vedtak:

Helse og sosialstyret / oppvekststyret slutter seg til anbefalingene og tiltakene som foreslås i prosjekt Tidlig innsats så langt. Helse og sosialstyret / oppvekststyret ber om at det framlegges en ny sak om hvordan implementering av tiltakene skjer. Helse og sosialstyret / oppvekststyret ber om at sluttrapporten fra prosjektet forelegges i løpet av høsten 2012.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Arild Rekve
oppvekstdirektør

Trykte vedlegg: Rapport – Prosjekt Tidlig innsats.

Bakgrunn for saken

Prosjekt Tidlig innsats startet opp i august 2009 som et treårig prosjekt med bakgrunn i vedtak fra rådmannens ledergruppe våren / sommeren 2008. Gjennom prosjekt Tidlig innsats ønsker Kristiansand kommune å oppnå følgende mål:

1. *Det tverrsektorielle forebyggende arbeidet i Kristiansand skal framstå med en klar og tydelig felles profil med gjenkjennelig satsing på tidlig innsats overfor risikoutsatte barn.*
2. *Det forebyggende arbeidet retter seg mot barn i førskolealder og tidlig skolealder med psykososiale vansker, og grupper av barn med identifiserte risikofaktorer for å redusere behovet for spesialtiltak når barna blir eldre.*
3. *Arbeidet skal baseres på metoder som gjennom forskning kan dokumentere effekt.*
4. *Tverretattlig arbeid i forhold til barn og unge skal være mest mulig effektivt og koordinert og ha høy kvalitet*

Det er etablert en styringsgruppe for prosjektet som består av helse og sosialdirektøren og oppvekstdirektøren i Kristiansand kommune. Prosjektgruppa består av representanter fra oppvekstdirektørens stab, helse- og sosialdirektørens stab, Pedagogisk psykologisk tjenesten, barneverntjenesten, helsetjenesten, Utdanningsforbundet og Fellesorganisasjonen for sosionomer, barnevernpedagoger, vernepleiere og velferdsarbeidere (FO).

I forbindelse med behandlingen av handlingsprogrammet for perioden 2010 – 2014, fattet Bystyret i Kristiansand følgende vedtak:

"Det utarbeides en tverretattlig handlingsplan for barn under opplæringspliktig alder med fokus på forebygging av atferds- og språkvansker. All forskning viser at effektive tiltak som settes inn før skolestart, gir best resultater, sammenlignet med senere innsats. Planen skal omhandle barn i risikogrupper, og planen skal gi konkrete forslag til tiltak, som iverksettes i hjem og barnehage."

Styringsgruppa for prosjekt Tidlig innsats besluttet at arbeidet med å utarbeide denne handlingsplanen skulle integreres i prosjekt Tidlig innsats. For å sikre og styrke fokuset på barnehagen, ble det opprettet en egen arbeidsgruppe sammensatt med særlig barnehagekompetanse.

Prosjekt Tidlig innsats legger med dette fram en foreløpig rapport. Rapporten kan i sin helhet lastes ned på nettsiden:

http://kristiansand.kommune.no/PageFiles/22986/Kr.sand.kom_TidligInnsats.pdf?epslanguage=no

Rapporten inneholder bla. oversikt over;

- Nyere offentlige utredninger veiledere og kunnskapsoversikter som er aktuelle for tidlig innsats overfor risikoutsatte barn og unge
- Faglige tiltak og metoder for tidlig innsats som allerede eksisterer i Kristiansand kommune
- Eksisterende tverrsektorielle samarbeidsarenaer mellom tjenester for barn og unge i Kristiansand kommune.

Rapporten inneholder forslag til tiltak for å styrke kommunens arbeid med forebygging og tidlig innsats (kapittel 10). I tillegg inneholder rapporten også en egen tverretattlig handlingsplan for barn under opplæringspliktig alder med fokus på forebygging av atferds- og språkvansker (kapittel 11). De fleste forslagene i handlingsplanen for barn under opplæringspliktig alder med fokus på forebygging av atferds- og språkvansker er de samme forslagene som er foreslått for å styrke kommunens arbeid med forebygging og tidlig innsats generelt. Dette bidrar til en helhetlig og gjennomgående satsing i kommunes arbeid med tidlig innsats.

1. Forslag til faglige tiltak (prosjektrapportens kapittel 10.1 og 11)

Prosjekt Tidlig innsats skal utrede, foreslå og gjennomføre tiltak som bidrar til at barn med særlige behov identifiseres og hjelpes så tidlig som mulig. Prosjektet er samlet av den oppfatning at det ikke er ønskelig å foreslå, eller sette i verk en rekke nye prosjekter eller tiltak på det nåværende tidspunkt. Rapporten anbefaler i første rekke at innsatsen rettes mot å opprettholde og styrke noen satsingsområder som allerede pågår. I tillegg anbefaler prosjektgruppa at det iverksettes et forsøk – ”Å ta opp uroen” – i samarbeid med Sørlandet sykehus. Forsøket prøves ut i en bydel med sikte på overføring til hele kommunen etter en evaluering av forsøksordningen.

1.1 Opprettholde og styrke allerede eksisterende faglige satsingsområder

Dette gjelder følgende:

- Læringsmiljø og pedagogisk analyse i skolen (LP modellen). Modellen har som mål å utvikle gode læringsmiljø i skolen. Modellen omfatter analyse og refleksjon i et systemperspektiv, samt tiltaksutvikling og evaluering. Hensikten er å skape læringsmiljø som gir gode betingelser for sosial og skolefaglig læring hos alle elever. Elevene på skoler som arbeider etter LP-modellen opplever mindre mobbing, økt sosial kompetanse i form av bedre selvkontroll, tilpasning og selvhverdelse, bedre relasjoner mellom elevene, mellom lærer og elev og mellom lærer og foreldre, sterkere samarbeid mellom lærerne og miljøet og kulturen i skolen har utviklet seg positivt.
- International Child Development Program (ICDP). ICDP er et foreldreveiledningsprogram som utføres av morsmålslærere, barnehageansatte, helsesøstere og i Pedagogisk støtteenhet for barnehagene. I Kristiansand brukes den delen av programmet som er spesielt tilpasset foreldre med minoritetsbakgrunn
- Parent Management – Oregon (PMT-O). PMT-O inneholder en rekke delprogrammer (bl.a. egne kurs for foreldreveiledere og ferdighetstrenerne), og retter seg mot barn i alderen 3-12 år og deres foreldre der barna allerede har utviklet eller står i fare for å utvikle atferdsvansker. Satsingen involverer barneverntjenesten, helsesøstere, familiesentre og barnehager.

Tiltakene innarbeides i oppvekstsektorens og helse- og sosialsektorens forslag til handlingsprogram for perioden 2012 – 2016.

I handlingsplan for å forebygge atferdsproblemer blant barn i førskolealder foreslås det i tillegg til punktene over (LP modellen, ICDP og PMT-O):

- I tillegg til språkkartlegging av 4 – åringene på helsestasjonen (Språk 4) gis alle barn som går i barnehage tilbud om språkkartlegging ved fylte 3 år. Helsestasjonen skal gi tilsvarende tilbud til barn på 3 år som ikke går i barnehage.
- Å øke pedagogtettheten i barnehagene. Forslaget vredes nærmere i sammenheng med behandlingen av ny veileder fra Kunnskapsdepartementet om kravene til pedagogisk bemanning etter barnehageloven.

1.2 Etablering av et eget delprosjekt i 2011 - ”Å ta opp uroen”.

Prosjektet etableres i samarbeid med National Institute for Health and Welfare (THL) i Finland, v/professor Tom Arnkil og Sørlandet sykehus. Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus har utviklet et godt samarbeid på en rekke områder, spesielt innen helse- og omsorgstjenesten. Med dette prosjektet utvides og videreutvikles samhandlingen mellom kommunale arenaer som barnehage, skole, barnevernvern og helseforetakets samlede tjenestetilbud til barn og unge.

Forskning om tidlig intervensjon har identifisert noen barrierer mot å intervensjon tidlig. I veilederen "Fra bekymring til handling", framgår det bl.a. at ansatte som ikke til daglig arbeider med rusproblemer, ikke anser det som sin oppgave å ta tak i et problem for å finne ut om det kan være rusrelatert. Vår erfaring er at slike barrierer mot å intervensjon tidlig finnes på en rekke områder. Ikke bare fordi ansatte ikke ser det som sin oppgave å ta tak i et problem, men fordi en ofte er usikre på hvordan og med hvem en skal ta opp følelsen av at noe kan være galt.

Prosjektet startet opp i mars og avsluttes i november 2011. I løpet av denne perioden læres det opp 50 trenere (35 kommunale lærere, helsesøstere, førskolelærere, ansatte i Pedagogisk støtteenhet for barnehagene, PP-tjeneste og barneverntjenesten og 15 fra Sørlandet sykehus). Disse får en omfattende opplæring som strekker seg over 6 x 2 dager. Høsten 2011 skal trenerne lære opp ca. 150 nye ansatte fra de samme tjenestene i en mindre omfattende opplæring (3 x 4 timer). Prosjektet er sentrert rundt en skolekrets i Randesund / Tveit, men involverer også barnehager og ansatte fra helsetjenesten i Vågsbygd. I tillegg vil 7 nye barneansvarlige fra NAV delta på opplæringen høsten 2011.

Prosjektet har en egen nettside: <http://www.kristiansand.kommune.no/uroen>

Prosjektet evalueres av Agderforskning. Parallelt er det igangsatt et eget forskningsprosjekt knyttet til prosjektet fra pedagogisk miljø ved UiA. Erfaringen fra forsøket og evalueringen fra Agderforskning vil danne bakgrunn for om og eventuelt hvordan å ta opp uroen skal videreføres. Dette fremmes som egen sak for oppvekststyret og helse- og sosialstyret i første halvår 2012.

2. Forslag til koordinerende tiltak (rapportens kapittel 10.2)

Prosjekt tidlig innsats skal utrede ulike former for eksisterende tverretattlig samarbeid, og foreslå tiltak som sikrer at samarbeidet er mest mulig effektivt og koordinert. Rapporten viser i kapittel 9.1 til en rekke eksisterende arenaer for tverretattlig samarbeid.

2.1 Tverretattlige team

Tverretattlige team har siden 1993 hatt en særskilt posisjon som en formell samarbeidsordning. Teamene skal bidra til at utsatte barn og unge får hjelp så tidlig som mulig. Deltakere i de tverretattlige teamene er den enkelte skole, barneverntjenesten, PP-tjenesten og helsetjenesten. I tillegg deltar andre ved behov. Det er ett tverretattlig team for hver enkelt skole, og skolene er ansvarlig for innkalling og dagsorden. Når det gjelder tverretattlige team for barn i førskolealder er disse organisert i 11 soneteam noe som medfører at hvert team består av flere barnehager. Helsestasjonen er ansvarlig for innkalling og dagsorden. Det er gjennomført en egen undersøkelse av ordningen med tverretattlige team. Denne ble gjennomført av Svein Ove Ueland som en mastergradsoppgave i velferdstudier ved Universitet i Agder. Oppgavens tittel er "Tverretattlige team – Til nytte eller besvær. Erfaringer fra tverretattlig samarbeid i Kristiansand kommune". Oppgaven er i hovedsak en kvalitativ studie hvor det er gjennomført gruppeintervjuer i 5 tverretattlige team. I tillegg gjennomgår oppgaven rapporteringer fra skoler og helsetjenesten om aktiviteten i de tverretattlige teamene i 2009 og 2010.

På bakgrunn av dette synes det ikke som tverretattlige team har en sentral rolle i å bidra til at utsatte barn og unge får hjelp så tidlig som mulig. Dette skyldes delvis at nesten halvparten av skolene ikke gjennomfører møter i tverretattlige team. Når det gjelder de tverretattlige teamene for barn i førskolealder gjennomføres det derimot faste møter. Utfordringen her er at en rekke barnehager av ulike grunner ikke møter i teamene. Der hvor det gjennomføres møter i de tverretattlige teamene synes disse bare i liten grad å drøfte enkeltbarn og familier og tiltak / ansvar for å følge opp disse videre. Det synes som om møtene i stor grad brukes til utveksle gjensidig informasjon og drøfte mer generelle problemstillinger. En indirekte positiv effekt av å møtes i de tverretattlige teamene synes å være at medlemmene blir kjent med hverandre og hverandres organisasjoner. Dette kan gjøre det lettere å ta kontakt med hverandre utenom møtene ved behov.

På bakgrunn av denne undersøkelsen vil det bli utarbeidet en egen sak som tar sikte på å avklare spørsmål om tverretattlig team som samarbeidsarena fremover. Saken ferdigstilles i løpet av våren 2012.

2.2 Andre koordinerende tiltak

- Koordinatoropplæring: Det er avdekket et behov for å styrke opplæring av ansatte når det gjelder oppgaven som koordinator i tverretattlige samarbeidsarenaer. Kristiansand kommune har tidligere kjørt slik opplæring for ansatte primært i helsetjenestene. Denne ble gjennomført som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse og utviklet i samarbeid med Universitet i Agder. Det er ønskelig å videreføre denne opplæringen for andre yrkesgrupper i helse- og sosialsektoren og oppvekstsektoren. Det er søkt Helsedirektoratet om midler til å gjennomføre slik opplæring i 2012.
- Inkludering av helse- og sosialsektorens tjenester for barn og unge i ny oppvekstsektor: Bystyret fattet 15.9 2010 (sak 112/10) om sammenslåing av skole og barnehageetat følgende vedtak: *Styringsgruppa for Prosjekt tidlig innsats bes også å utrede fordeler og ulemper ved å inkludere helse- og sosialsektorens tjenester for barn og unge i den nye oppvekstsektoren.* Saken har vært drøftet både i prosjektgruppa og styringsgruppa for prosjekt Tidlig innsats en rekke ganger. Saken vil bli ferdigstilt i løpet av 2012, og vil bli vurdert i sammenheng med en organisasjonsgjennomgang i hele helse- og sosialsektoren og pågående evaluering av støttetjenestene i oppvekstsektoren.
- Utarbeidelse av rutiner for overgang mellom barnehage og skole og mellom barne- og ungdomstrinnet. Det er utarbeidet rutiner for dette våren 2011. Rutinene er publisert i et eget hefte – "Samarbeid og sammenheng barnehage – skole i Kristiansand".

Punkt 48/11: 2. tertialrapport 2011 helse- og sosialsektoren



Dato: 12. september 2011
Saksnr.: 201108844-3
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Tore Bersvendsen

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
27.09.2011

2. Tertialrapport 2011 helse- og sosialsektoren

Sammendrag:

Helse- og sosialdirektøren legger med dette fram 2. tertialrapport. Rapporten er inndelt i fire hovedområder – rapportering på økonomiperspektivet, medarbeiderperspektivet, arbeidsprosesser og kvalitet samt periodemål vedtatt i Handlingsprogrammet.

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. Forslag til tiltak for å minimere budsjettavviket fremkommer i eget kapittel. Her beskrives tiltak som er gjennomført i 2011.

Hovedutfordringen for sektoren er som tidligere år aktivitetsavvik innenfor hjemmetjenestene. Tjenestenivået knyttet til både hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistent, psykiatri samt støttekontakttjenesten er for høyt i forhold til vedtatt budsjett. Transport og innbytteutgifter for leasingbilene bidrar også til overbruket. Samlet sett forventes det et avvik på 18,9 mill kroner knyttet til omsorgstjenestene. Innenfor hjemmesykepleie er antall timer i 2. tertial 2011 noe lavere enn 2. tertial 2010, mens antall brukere er på samme nivå. Dog så er antall timer fortsatt høyt og vesentlig høyere enn samme periode i 2008 og 2009. Det er viktig å presisere at det forventede avviket innenfor omsorgstjenestene også omfatter en underkompensasjon på høye utgifter knyttet til strøm, snøbrøyting og kommunale avgifter på til sammen 3,8 mill. Med slike underkompensasjoner på kostnader som ligger utenfor vår kontroll, så går det direkte utover tjenestene, noe som er svært uheldig.

Barneverntjenesten har hatt en kraftig økning i antall saker de siste årene. Dette gjelder både meldinger, undersøkelser, hjelpetiltak og omsorgsovertagelser. Det dog er en reduksjon fra 2. tertial 2010 til 2. tertial 2011 i antall nye undersøkelser og en moderat vekst i antall meldinger. Men barn med tiltak har økt. Det er store usikkerheter knyttet til betalingen av fosterhjems plasser, samt størrelsene på utbetalingene til Bufetat. Barneverntjenesten må derfor melde et forventet merforbruk på 1 mill kroner.

Innenfor sosialtjenestene forventes det balanse. Det er utfordringer knyttet til etableringen av NAV og innsparingskravene i tjenesten. Det forutsettes at man får kompensasjon for ikke refundert merverdiavgift fra NAV-stat.

Etter tiltak og kompensasjoner forventes det balanse for helsetjenestene.

Effektiviseringstiltakene som ble vedtatt i 1. tertial er i all hovedsak gjennomført:

- a) Omsorgsboligene i Gimleveien er avviklet og alternative bruksområder er kartlagt. I forbindelse med HP 2012 – 2015 vil det bli foretatt disponeringen av disse.
- b) Flytting av Helsestasjonen på Flekkerøya til Vågsbygd Senter der den øvrige helsestasjonstjenesten i Vågsbygd er lokalisert er gjennomført.
- c) Det legges opp til kjøp av nye tjenestebiler der man forventer å spare. Effekten av dette vil fremkomme i 2012.
- d) Administrativ stillinger i helse- og sosialdirektørens stab holdes vakant ut 2011. Med de oppgaver allerede foreligger i HS stab og med de oppgaver som kommer så er det stort arbeidspress.
- e) Enhetene iverksetter en rekke driftsmessige tiltak for å redusere kostnadsnivået. Dette innebærer i hovedsak reduksjon i vikarbruk og ekstrainnleie, mer effektive turnuser og vurderinger av grunnbemanning generelt.

Etter gjennomførte effektiviseringstiltak er sektorens samlede prognose ved årets slutt -15,3 mill kroner.

Forklaring	Beløp i 1000 kr
Samlet prognose omsorgstjenester (uten underkompensasjon)	- 15 100
Samlet prognose barnevernstjenester	- 1 000
Samlet prognose sosialtjenester	0
Samlet prognose helsetjenester	0
Administrasjon - Bygg	0
Underkompensasjon strøm, snøbrøyting og kommunale avgifter	- 3 800
Mindre utgift/merinntekt	4 600
Prognostisert overskridelse for HS- sektoren før bruk av disposisjonsfond	- 15 300

Etter salderinger og bruk av disposisjonsfond, og med forventet budsjettavvik på -15,3 mill kr, er prognostisert saldo på disposisjonsfond ved årets slutt -21,6 mill kr. Det er viktig å presisere at de positive fondene på 11,1 mil er bundet opp mot ulike prosjekter og enheter og kan derfor ikke brukes til saldering av det negative fondet. Det forventede negative fond ved årets slutt er 32,7 mill kroner.

Det er svært krevende for sektoren å håndtere de negative disposisjonsfondene med enheter med stor grad av døgnkontinuerlig drift. For å kunne dekke inn negative fond, må derfor aktivitet reduseres, tjenester avvikles eller nye, planlagte økninger utsettes. Ved 1. tertial 2011 fikk HS sektoren innvilget 13 mill til å saldere negative disposisjonsfond, samt at HS har mottatt 16 mill fra den såkalte eldremilliarden vedtatt av stortinget i 2010.

Arbeid knyttet til Samhandlingsreformen er tidkrevende. Det foreligger allerede en ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester samt en ny folkehelselov. Det foreligger også nå en høring på forskrifter til den nye helse og omsorgstjeneste loven. Arbeidet med samhandlingsreformen vil en komme mer tilbake til under utarbeidelse av det nye

Handlingsprogrammet. Denne reformen vil danne grunnlag for HS sektorens videre satsning og endre måten vi jobber på.

Forslag til vedtak:

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

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Tore Bersvendsen/Aldona Jurczak
Økonomirådgiver

Trykte vedlegg: Ingen
Utrykte vedlegg: Ingen

INNHALDSFORTEGNELSE

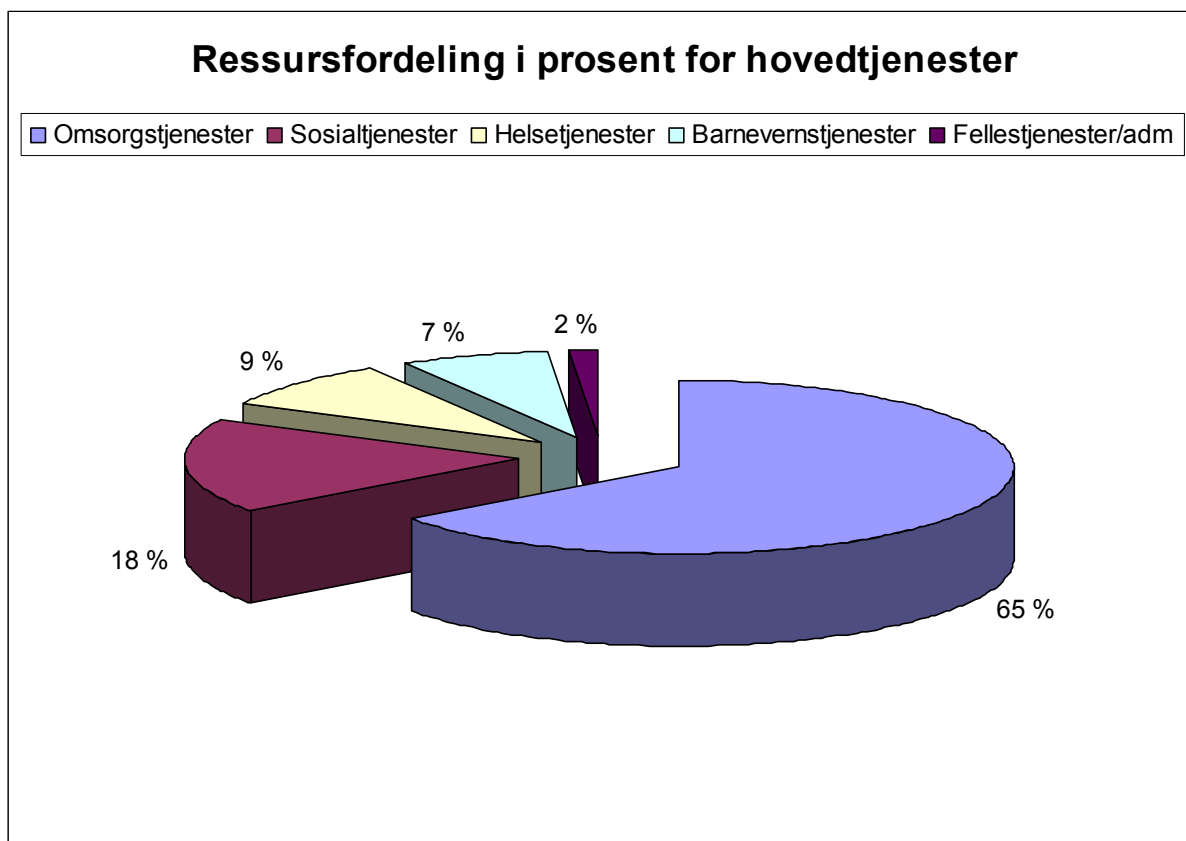
1.	BAKGRUNN FOR SAKEN	5
1.1	Rammeendringer i sektoren fra 2010 til 2011.....	5
1.2	Rammeendring etter 1. tertial	6
2.	RAPPORTERING PÅ ØKONOMIPERSPEKTIVET	6
2.1	Administrasjon/Bygg	6
2.2	Helsetjenester	7
2.3	Sosialtjenester	7
2.3.1	Akkumulert netto økonomisk sosialhjelp og introduksjonsordning	8
2.3.2	Antall sosialhjelpsmottakere	8
2.3.3	Kvalifiseringsprogram (KVP).....	9
2.3.4	Utfordringer	10
2.3.5	Samlet prognose for sosialtjenestene	10
2.4	Barneverntjenesten	11
2.4.1	Aktivitetstall for barneverntjenesten.....	11
2.4.2	Økonomisk situasjon i barneverntjenesten	13
2.5	Omsorgtjenesten	14
2.5.1	Institusjonstjenesten	14
2.5.2	Hjemmetjenestene	15
2.5.3	Brukerstyrt personlig assistent.....	17
2.5.4	Omsorgslønn	18
2.5.5	Psykiatritjenester	18
2.5.6	Tjenester for utviklingshemmede.....	18
2.6	Kompensasjoner/trekk i budsjettammen for helse og sosial	19
2.7	Gjennomførte tiltak i arbeidet mot budsjettbalanse	19
2.8	Samlet prognose for sektoren	20
2.8.1	Netto driftsresultat.....	20
2.8.2	Disposisjonsfond.....	20
2.9	Budsjettreguleringer	21
2.10	Investeringer	21
3.	RAPPORTERING PÅ MEDARBEIDERPERSPEKTIVET	24
3.1	Sykefravær	24
3.2	HMS-avvik	24
3.3	Medarbeidersamtaler.....	24
3.4	Medarbeidertilfredshetsundersøkelse	24
3.5	Heltidsprosjektet	25
3.6	Rekrutteringsprosjektet.....	25
4.	RAPPORTERING PÅ ARBEIDSPROSESSER OG KVALITET	25
4.1	Kvalitetsavvik.....	26
5.	PERIODEMÅL VEDTATT I HP 2010 - 2014	27
5.1	Arbeidsgivervirksomheten	27
5.2	Omsorgstjenesten	28
5.3	Sosialtjenesten	29
5.4	Helsetjenestene.....	29

1. BAKGRUNN FOR SAKEN

Sektorens vedtatte netto årsbudsjett i 2011 er på 1,5 mrd kroner.

Nettoressursene fordeles på de ulike tjenestene som vist nedenfor.

Omsorgstjenester:	65 %
Sosialtjenester:	18 %
Helsetjenester:	9 %
Barnevernstjenester:	7 %
Fellestjenester/administrasjon:	2 %



1.1 Rammeendringer i sektoren fra 2010 til 2011

Rammen for 2011 er beskrevet i vedtatt handlingsprogram for 2011-2014. Rammeendringene innenfor de ulike hovedtjenestene er sammenfattet nedenfor.

Sosialtjenestene:

Sosialtjenestens rammer er utvidet med 51,3 mill kr fra 2010-2011 blant annet som følge av statstilskudd til Kvalifiseringsprogrammet. Driftsmidler knyttet til krise- og støttesenter er fra 2011 overført kommunen. I tillegg gjør økte satser og økt mottak av flyktninger at integreringstilskuddet øker.

Det er lagt inn effektiviseringskrav på 3,5 mill kr for sosialtjenesten i 2011. Dette er knyttet til redusert bemanning og lavere driftsutgifter etter samlokalisering i Gyldengården, samt forventet reduksjon i sosialhjelpsutbetalinger.

Barneverntjenesten:

Rammen til barneverntjenester er økt med 5 mill kr i forhold til 2010. Av dette er 4 mill kr knyttet til prisvekst på betalingssatsene ved statlige barnevernsinstitusjoner. Det er bevilget 0,5 mill kr i 2011 til Ungdomsteam, samt 0,5 mill kr til tiltak utenfor familien, begge ved bystyrets behandlingen av handlingsprogrammet. 2,8 mill kr er tilført tjenesten i form av statlige midler, og dette har muliggjort en økning på 4,5 nye årsverk i tjenesten.

Helsetjenestene:

Helsetjenestenes rammer er utvidet med 2 mill kr fra 2010-2011. 1,3 mill kr er knyttet til rehabilitering og hjelpemidler og er bevilget av bystyret ved behandling av handlingsprogrammet. 2,2 mill kr er tilført tjenesten i form av statstilskudd til andre trinn av fysioterapireformen. Tjenesten har i tillegg innsparingskrav på 1,5 mill kroner i år.

Hjemmetjenestene:

I 2011 er det lagt inn 8 mill kr i fast styrkning til hjemmetjenestene for i hovedsak å håndtere aktivitetsnivået innenfor hjemmesykepleie. Opprinnelig budsjett i 2010 ble styrket med omprioriteringer i løpet av fjoråret med ettårig virkning. Dette utgjorde 12 mill kr. I tillegg lå det i 2010 midler i rammen knyttet til økning av 24 omsorgsboliger, som var planlagt iverksatt i 2011. Dette innebærer at til tross for en styrkning på 8 mill kr i 2011, er driftsrammen redusert sammenlignet med driftsrammen i 2010 inkludert omprioriteringer og salderinger.

Institusjonstjenester:

Rammen er redusert med 6,3 mill kr i forhold til opprinnelig vedtatt budsjett for 2011 som følge av vedtaket om at den planlagte økningen i antall sykehjemsplasser ikke skal gjennomføres.

Andre omsorgstjenester:

Tidligere omprioriterte midler som har gått til styrking av psykiatrilogier opphører delvis i 2011, og dette medfører en rammereduksjon på 1,1 mill kr.

Tjenesten for utviklingshemmede:

Rammen til tjenesten øker med 4,1 mill kr fra 2010-2011. Dette hører til etableringen av ny bolig på Justneshalvøya, samt fullårsdrift ved Storebølgen.

1.2 Rammeendring etter 1. tertial

Sosialtjenesten fikk redusert rammen som følge av lavere integreringstilskudd: -2,2 mill. Administrasjonen fikk økt rammene på 1,4 mill knyttet til styrking av FOU arbeid samt kompensasjon i etterkant av "Sandefjorddommen".

Bystyret innvilget også 13 mill til disposisjonsfond i tillegg til at sektoren har mottatt 16 mill til disposisjonsfond fra den såkalte eldremilliarden.

2. RAPPORTERING PÅ ØKONOMIPERSPEKTIVET

2.1 Administrasjon/Bygg

EBT-Boligtjenesten melder om forventet merforbruk innenfor administrasjon på 1,5 mill kroner. Dette forventes håndtert. Utgifter som HS sektoren har hatt til etablering av Gyldengården som var forventet dekket er ikke blitt kompensert. Dette blir dekket ved overføring av oppsparte midler fra investeringsbudsjettet.

2.2 Helsetjenester

Kristiansand legevakt hadde budsjettoverskridelser i 2010, og så langt i år ser det ut til at tilpasningsproblemene fortsetter i 2011. Legevakten har siden 2005 hatt en økning i pasientkonsultasjoner på 27 % uten at det er satt inn mer bemanning. 18,2 årsverk sykepleiere dekker 38 000 konsultasjoner. Situasjonen i enkelte helger tilsier at ekstravakter må settes inn. Legevakten har arbeidet aktivt i 1 tertial med effektiviseringstiltak og nye tiltak planlegges for å komme i balanse i 2012. Det vil ikke bli iverksatt noen styrking av beredskap på overgrepsmottaket og tilbudet om livskrisehjelp vil bli redusert. Telefonkonsultasjoner vil bli styrket og det er etablert en ordning med inntektsgivende takstrefusjon for denne tjenesten. Det er store utfordringer knyttet til innleie av sykevikarer, dette er noe som følges opp. Tross store utfordringer er det forventet balanse ved årets slutt.

Helsetjenesten i Vågsbygd har pr 2. tertial et overforbruk. Det er satt i gang en rekke tiltak for å komme i balanse. Helsestasjonen på Flekkerøya er flyttet slik som foreslått i første tertial, en har ikke økt bemanning som forventet og det jobbes også med å redusere eksisterende bemanning. Det forventes at helsetjenesten samlet er i balanse ved årets slutt. Dette ved hjelp av kompensasjoner fra rådmannen knyttet til husleie og renhold.

2.3 Sosialtjenester

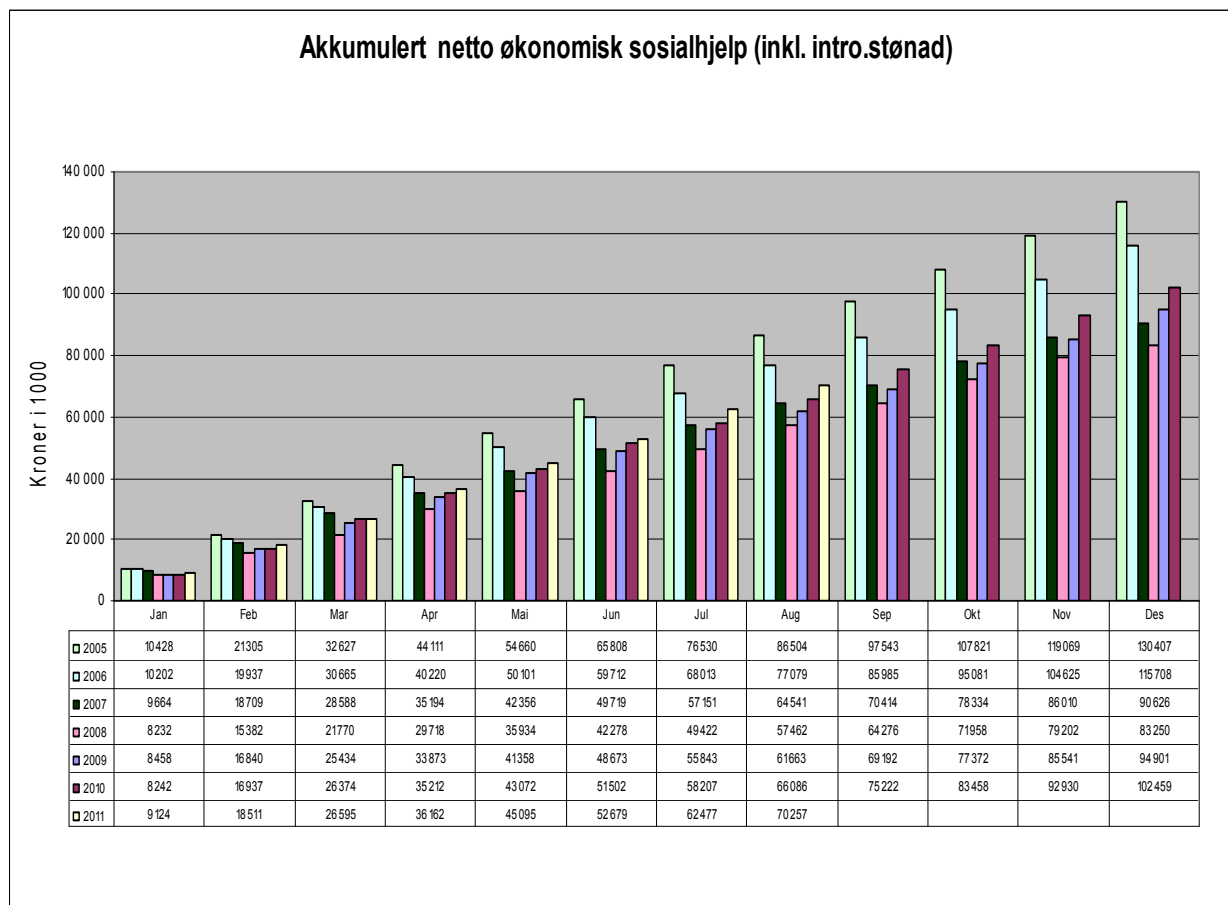
Det er en reduksjon i antall sosialhjelpsmottakere fra 2. tertial 2010 til 2. tertial 2011. Dette har sammenheng med oppstarten av Kvalifiseringsprogram (KVP). De fleste sosialhjelpbrukere har fått tilbud om KVP. Siden oppstarten av Kvalifiseringsprogrammet i januar 2010 (oppstarten hadde man 6 brukere), har det vært en jevn vekst i deltakerantallet. Ved utgangen av 2. tertial 2011 er det 155 personer knyttet til denne ordningen.

Det ble i første tertial rapportert stigende tall for gruppen ungdommer under 25 år. Det har nå i andre tertial stabilisert seg. Det skal etableres en ungdomsavdeling for de under 25 år.

Det har vært høyt fokus på prosjektet "arbeid for sosialhjelp", noe som har resultert i nedgang i sosialhjelpsutbetalingene.

Utvikling i brukerantall og utbetalt sosialhjelp er presentert nedenfor.

2.3.1 Akkumulert netto økonomisk sosialhjelp og introduksjonsordning

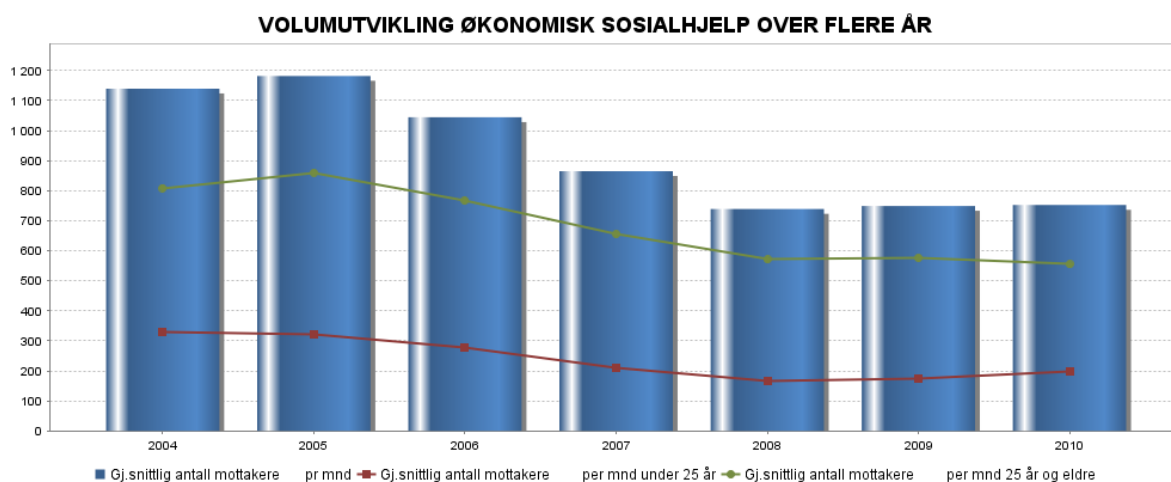


Grafen viser utviklingen av sosialhjelpsutbetalinger og introduksjonsstønad.

Netto utbetalt økonomisk sosialhjelp for de åtte første månedene i 2011 ligger 4,2 mill kroner høyre i sum sammenlignet med tilsvarende periode i 2010. Dette tilsvarer en økning på 6,3 %.

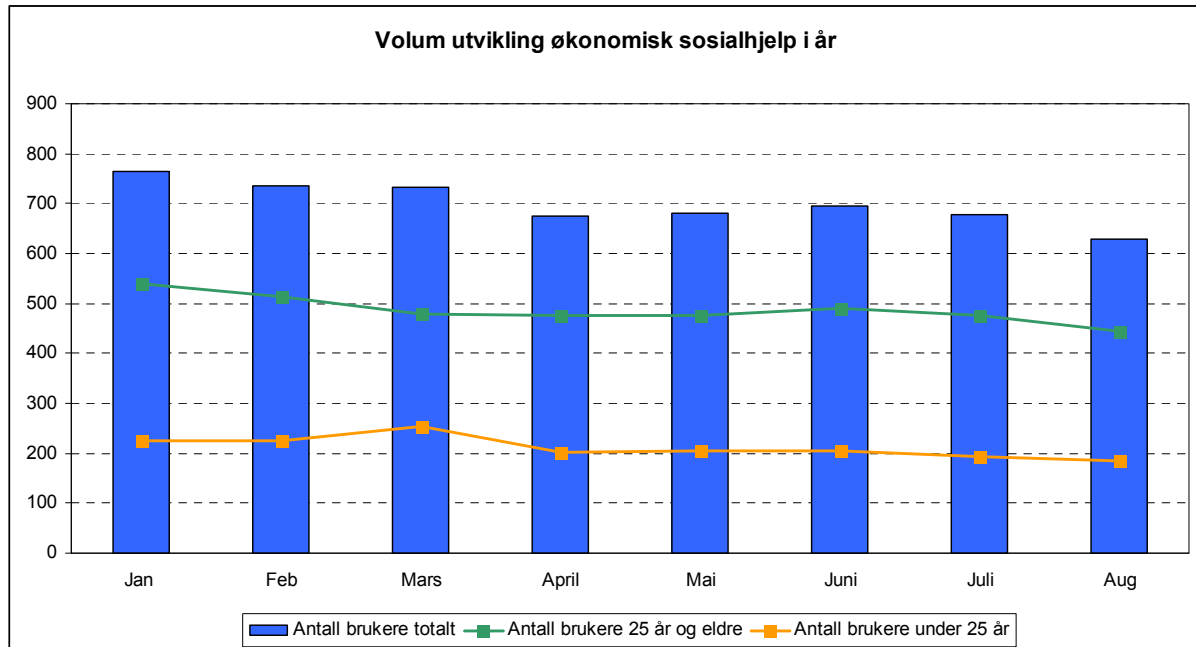
2.3.2 Antall sosialhjelpsmottakere

Grafene beskriver kun antallet sosialhjelpsmottakere, og omfatter ikke brukere som kun får ytelser i form av kvalifiserings-/introduksjonsordningen.



ANTALL BRUKERE AV ØKONOMISK SOSIALHJELP							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gj.snittlig antall mottakere pr mnd	1 140	1 182	1 045	865	739	749	752
Gj.snittlig antall mottakere per mnd under 25 år	331	322	278	210	168	173	198
Gj.snittlig antall mottakere per mnd 25 år og eldre	809	860	767	655	571	576	555

Grafen og tabellen ovenfor viser utviklingen i antallet sosialhjelpsmottakere de siste syv år. Volumet de siste årene ligger betydelig lavere enn i perioden 2004-2007. Fra 2008 har det vært et liten økning i mottakere, som i hovedsak hører til mottakergruppen under 25 år.



Antall brukere av økonomisk sosialhjelp mnd for mnd								
	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug
Antall brukere totalt	765	737	733	676	681	695	677	629
Antall brukere under 25 år	226	224	255	201	205	205	192	184
Antall brukere 25 år og eldre	539	513	478	475	476	490	475	445

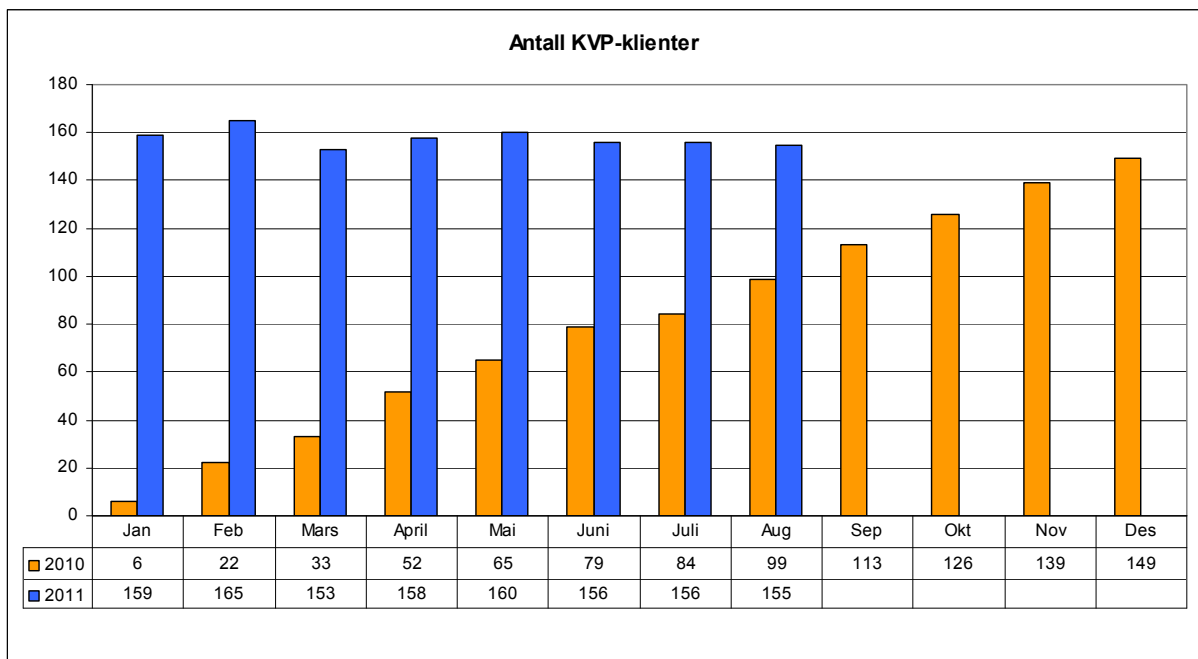
Gjennomsnittlig antall mottakere 1. tertial 2011 var 728, men ved utgangen av 2. tertial 699. Dette er et lavere antall enn gjennomsnittstallene for hele 2010. Det samme gjelder når en sammenligner antallet i 2. tertial 2011 med 2. tertial 2010.

2.3.3 Kvalifiseringsprogram (KVP)

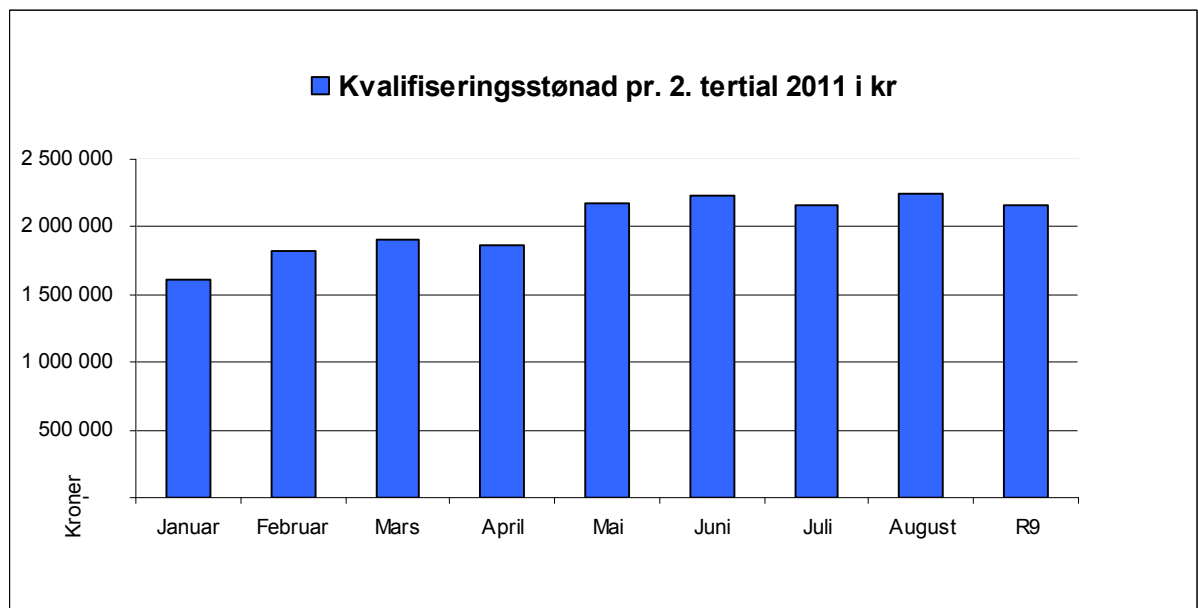
KVP startet opp i januar 2010 og har dette formålet:

- 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

Kristiansand kommune får fra 2011 ca 32 millioner i øremerkede midler til KVP, og det er strenge restriksjoner på hvordan midlene kan brukes. Midlene skal brukes til å nå måltallet på 244 brukere. Utbetalt KVP har økt fra 3,5 mill pr 2. tertial 2010 til 18 mill pr 2. tertial 2011.



Diagrammet viser antallet brukere innenfor kvalifiseringsprogrammet fra oppstart i januar 2010 og frem til i dag. Pr 31.08.2011 er 29 av brukerne under 25 år og 126 brukere er 25 år eller eldre. Tabellen nedenfor forklarer utvikling i KVP i kroner.



2.3.4 utfordringer

Kristiansand har to felt som gir store utfordringer videre framover. Det ene gjelder for ungdom under 25 år, og det andre gjelder problematikken med for mange innvandrere som ikke er i ordinær arbeidsaktivitet. Disse to områdene vil det fortsatt bli satt sterkt fokus på i det videre arbeidet. Det er etablert ny avdeling for ungdom. I tillegg har innflytting i Gyldengården bydd på oppstartsutfordringer, men disse er nå i ferd med å løses.

2.3.5 Samlet prognose for sosialtjenestene

Det er ventet en mindreinntekt på integreringstilskudd i forhold til korrigert budsjett på 0,3 mill kr. Samtidig ser det ut til at det blir merinntekter knyttet til mottak av enslig mindreårige i forhold til budsjett. Det er sparekrav knyttet til sosialtjenesten i forbindelse med etableringen av NAV som kan bli vanskelig å innfri fullstendig i år.

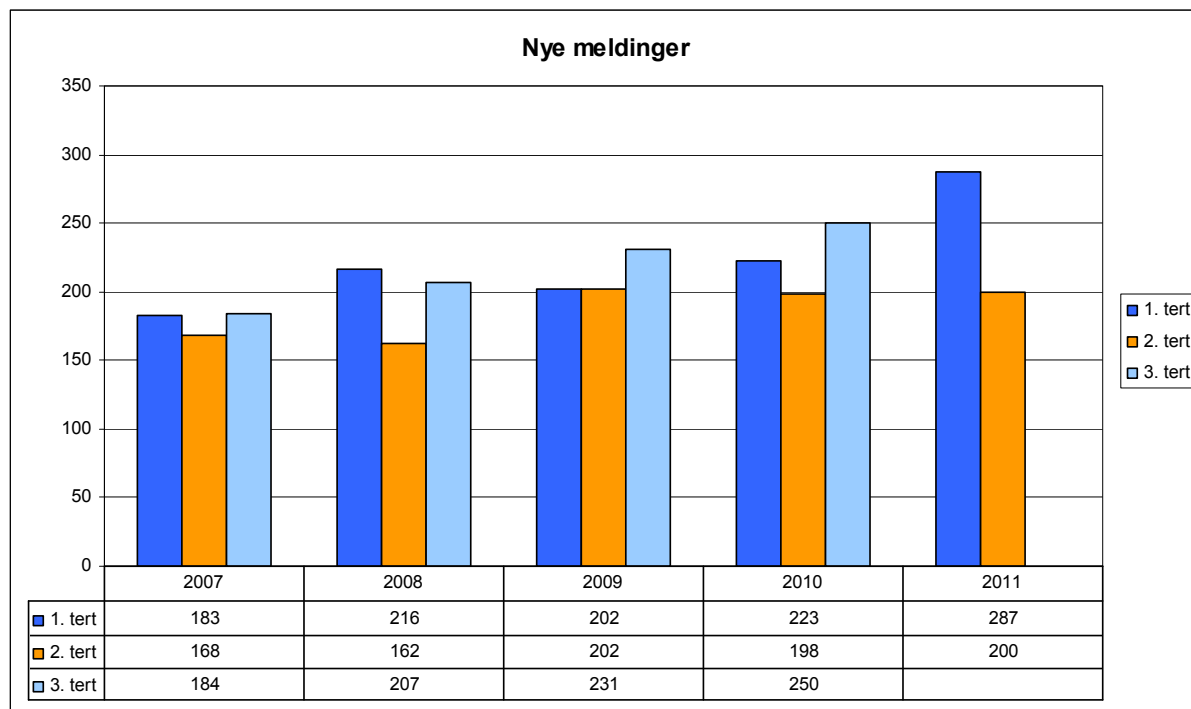
Samlet sett forventes det balanse for sosialtjenestene ved årets slutt.

2.4 Barneverntjenesten

Barneverntjenesten har hatt en kraftig økning i antall saker de siste årene. Dette gjelder både meldinger, undersøkelser, hjelpetiltak og omsorgsovertagelser. Utgifter knyttet til barn i fosterhjem har økt enormt. Dette skyldes flere plasserte barn og økte utgifter knyttet til hvert enkelt fosterhjem. Barneverntjenesten fikk i 2011 innvilget 4,5 nye årsverk av de øremerkede statlige midlene som er gitt til barnevernet

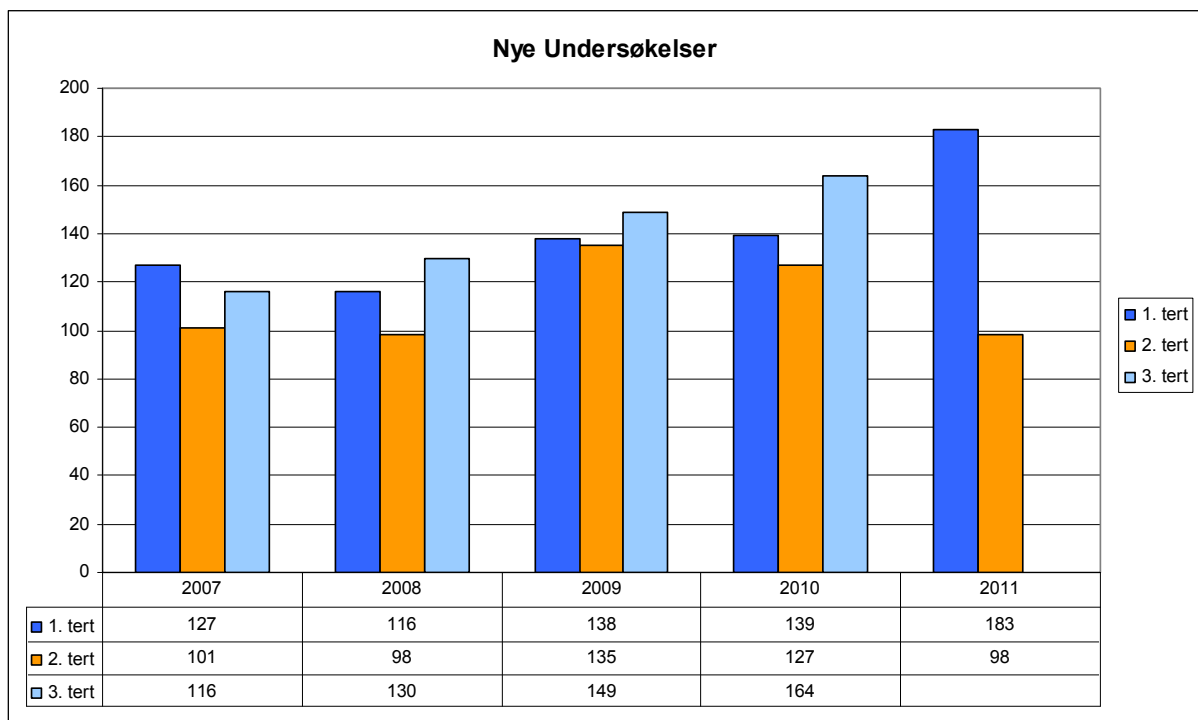
2.4.1 Aktivitetstall for barneverntjenesten

Meldinger og undersøkelser:

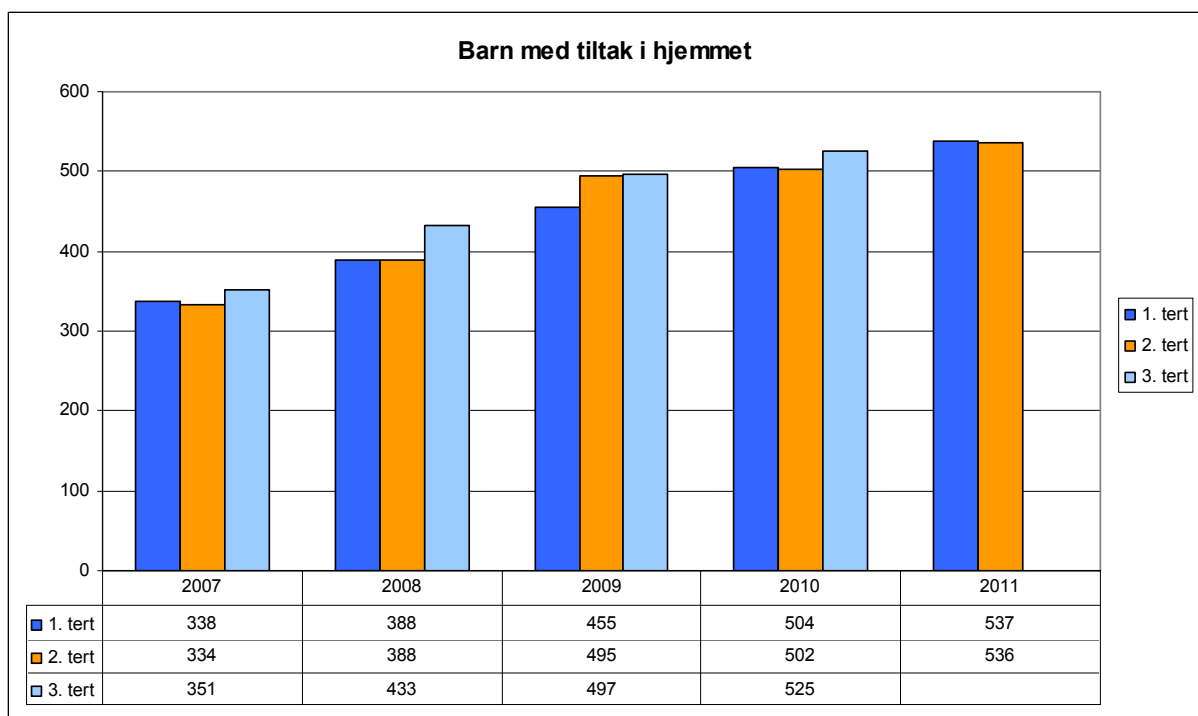


Det har vært en stor økning i meldinger til barneverntjenesten de siste årene. Økningen var spesielt stor 1.tertial 2011. 2.tertial ligger på samme nivå som de siste 2 årene. Alle meldinger vurderes i løpet av en uke. Det gjøres en omfattende kartlegging av situasjonen i løpet av uka, og flere saker blir henvist til andre instanser. 30 – 35 % av alle meldinger blir henlagt etter meldingsavklaring.

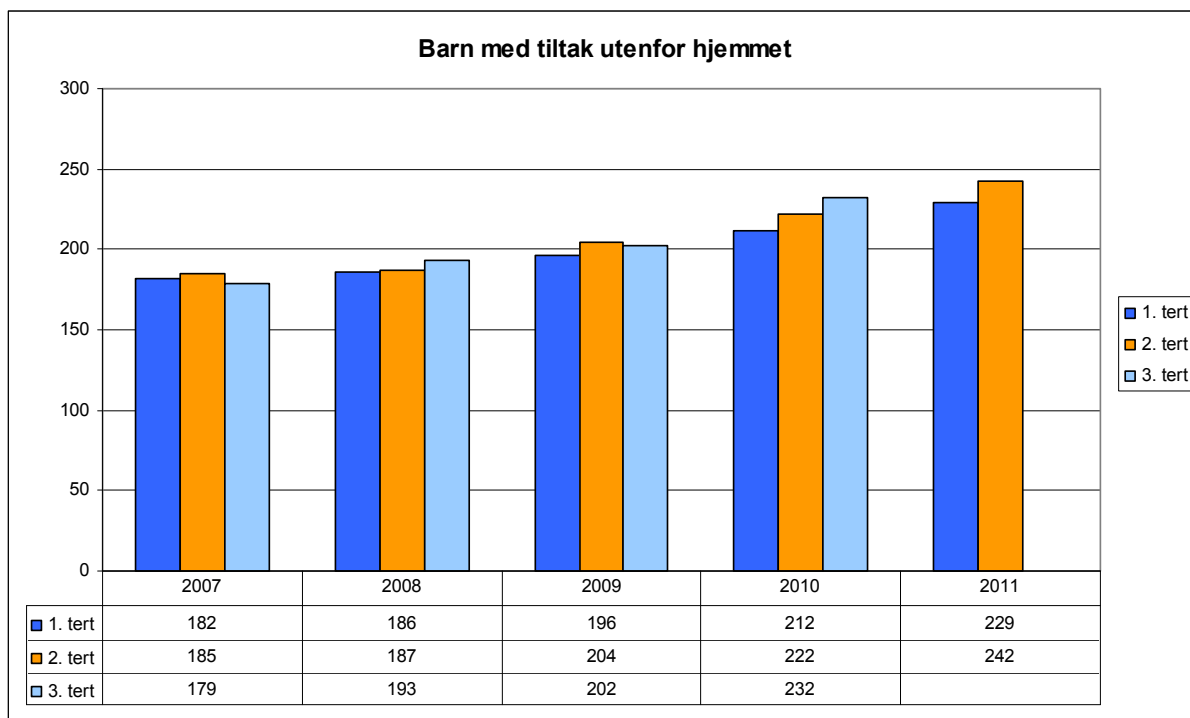
Tabellen under viser hvor mange saker som går videre til undersøkelse. Pr 2. tertial ble flere saker avklart tidlig, og gikk derfor ikke videre til undersøkelse. Det forklarer nedgangen i antall undersøkelser for denne perioden. Barneverntjenesten har fortsatt stort fokus på å sikre at undersøkelsene blir gjennomført innen fristen på 3 måneder.



Tallet for hjelpetiltak er stabil. Det er flere nye barn som får hjelpetiltak, men også flere hjelpetiltak som er avsluttet. Det er en utfordring å gjennomføre vedtatte tiltak med de ressursene barneverntjenesten har til rådighet. Videre har barneverntjenesten problemer med å opprettholde kravene som stilles til tiltaksplan og evaluering av tiltakene, jamfør lov om barneverntjenester. Årsaken til dette er en økt arbeidsbelastning og en prioritering av å gjennomføre undersøkelser innen fristen.



Barneverntjenesten avdekker fortsatt flere saker hvor hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige, og hvor fylkesnemnda vedtar omsorgsovertagelse. En intern satsning og prioritering rundt sped- og småbarn, sikrer at barneverntjenesten avklarer barnets situasjon på et tidlig stadium, setter inn sterke tiltak og vurderer omsorgen tidlig i barnets liv. Dette har medført flere omsorgsovertagelser i forhold til den yngste aldersgruppen.



2.4.2 Økonomisk situasjon i barneverntjenesten

Barneverntjenesten har de siste årene hatt et merforbruk pga økning i utgifter knyttet til fosterhjem og institusjon. Det har vært jobbet aktivt i ledergruppa i barneverntjenesten for å sikre budsjettkontroll, men økte utgifter som skyldes flere barn som er plassert utenfor hjemmet er det ikke mulig å forhindre.

Den største utfordringen knyttet til budsjettbalanse er forbundet med utgifter til fosterhjem. Selv om kommunens egenandel knyttet til fosterhjem ikke har økt så mye, har kommunens samlede utgifter til fosterhjem økt betydelig. Dette skyldes i hovedsak at det er svært vanskelig å rekruttere fosterhjem uten at det gis godtgjørelse utover KS sin minstesats på kr. 6135,- pr mnd. Det statlige barnevernet har gjennom noen år drevet statlige familiehjem, og gitt en betydelig høyere godtgjøring knyttet til dette. Dette har presset opp prisene for de kommunale fosterhjemmene.

Barneverntjenesten søker nå aktivt etter alternative tiltak til ungdom for å forhindre plassering i institusjon. Bakgrunnen for dette er både økonomisk og faglig motivert. Pr 2. tertial er det noe mindre bruk av institusjon enn tidligere år.

Utgifter til hjelpetiltak ble redusert i 2010, tross økning i antall barn med tiltak. Dette er videreført i 2011. Dette innebærer store utfordringer knyttet til å gi tilstrekkelige tiltak til barn og familier som er i behov av dette. Det er derfor satt inn ulike tiltak for å sikre kvalitet på tiltaksarbeidet i barneverntjenesten. Blant annet skal 3 kuratorer i en periode kun jobbe med tiltak rundt enkelte familier. Videre vil barneverntjenesten fortsatt søke tett samarbeid med andre aktører, både i det offentlige og private nettverket rundt familien, og gjennom andre sikre gode tiltak. Blant annet er det enighet om tettere og forpliktende samarbeid med familiesentrene rundt barn og familier som har hjelpetiltak gjennom barneverntjenesten.

Det er store ekstrautgifter knyttet til fosterhjemsplasserte, og dette har til nå blitt håndtert gjennom interne innsparinger på andre områder. Det er også ventet at flere store regninger fra Bufetat vil komme nå på slutten av året. Derfor prognostiserer man med et underskudd på 1 mill for barneverntjenesten.

2.5 Omsorgstjenesten

Hovedutfordringene innenfor omsorgstjenestene er knyttet til negative avvik hos bestiller. Dette avviket er definert som aktivitetsavvik. Det er avvik innenfor hjemmetjenestene og da særlig for hjemmesykepleie at avviket mellom tjenestevolum og vedtatte rammer er en utfordring. Antall timer brukt på hjemmesykepleie er redusert sammenlignet med samme periode i 2010, men ligger fortsatt høyt i forhold til vedtatt budsjett. Ser man tilbake til 2008 og 2009 så ligger man langt over både i antall timer og brukere. Også innenfor tjenestene brukerstyrt personlig assistent (BPA), psykiatri, dagsenter for utviklingshemmede samt støttekontakt er det merforbruk i forhold til budsjett. Det er et overforbruk i forhold til budsjettet på strømkostnader. Dette er grunnet meget høye strømpriser i vinter. Det er i all hovedsak økt nettleie som har gjort at strømprisen har steget. Det forventede avviket knyttet til strøm er på 3 mill ved årets slutt. Andre driftsutgifter som brøyting og kommunale avgifter har et overforbruk på 0,6 mill pr 2. tertial, prognostisert til 0,8 mill kr ved årets slutt under forutsetning at snømengden i desember ligger på samme nivå som 2010.

Totalt underskudd for omsorgstjenesten er beregnet til 18,9 mill kroner ved årets slutt.

Beløp	Forklaring
- 7 000 000	Samlet aktivitetsavvik for hjemmesykepleie og hjemmehjelp (EBT)
- 1 000 000	Effektivitetsavvik hjemmetjenesten, innbytte av leasingbiler (utfører)
- 3 000 000	Effektivitetsavvik institusjonstjenesten, tunge brukere
- 2 000 000	Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
- 2 000 000	Psykiatritjenester
- 600 000	Dagsenter for utviklingshemmede, transport og aktivitet
- 1 000 000	Omsorgslønn
- 1 500 000	Høyere volum på støttekontakttjenesten enn forutsatt i rammen
- 3 800 000	Underkompensasjon strøm, snøbrøyting og kommunale avgifter
3 000 000	Ressurskrevende brukere
- 18 900 000	Totalt underskudd

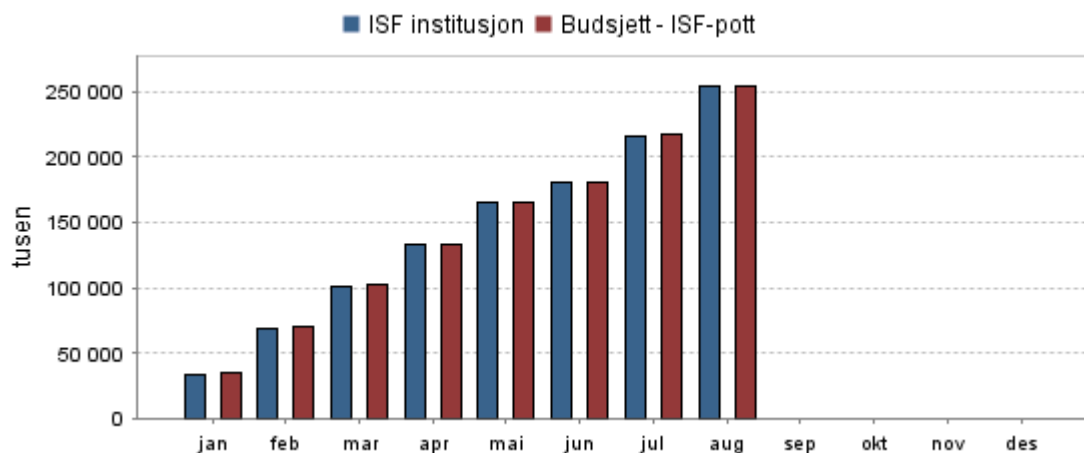
Avvikene beskrives nærmere i kapitlene som følger.

2.5.1 Institusjonstjenesten

AKTIVITETSAVVIK

EBT forventer balanse på denne tjenesten ved utgangen av året. Dette selv om det er noe inntektssvikt på brukerbetaling pr 2. tertial. Erfaringsmessig pleier over 40 % av de budsjetterte inntektene å komme i løpet av de siste fire månedene.

Aktivitetsavvik institusjonstjenesten

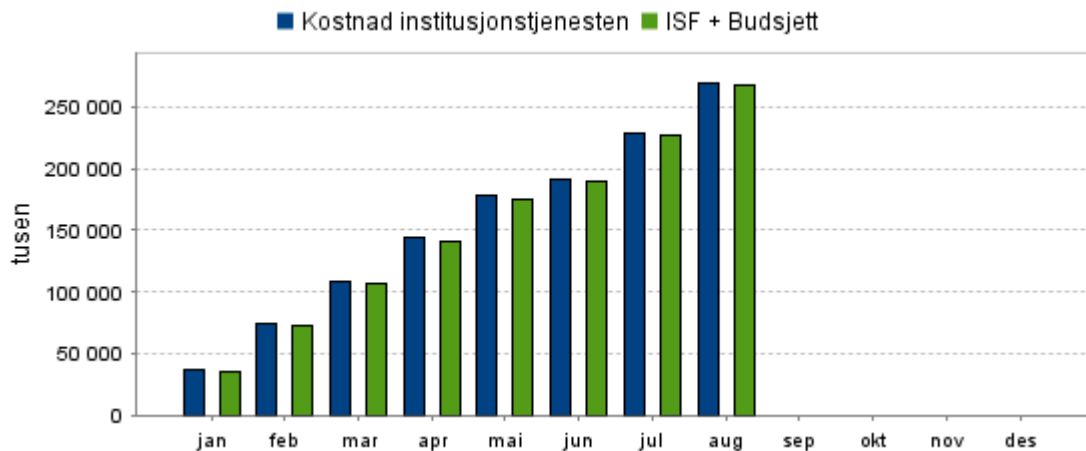


Tall i tusen kroner

Grafen over viser forholdet mellom budsjett - ISF-pott, som viser vedtatt budsjettramme som EBT disponerer, og ISF er utbetaling til enheter i henhold til vedtaksvolum.

EFFEKTIVITETSAVVIK

Effektivitetsavvik institusjonstjenesten



Tall i tusen kroner

Effektivitetsavviket gir uttrykk for avviket mellom den innsatsstyrte finansieringen (samt enkelte budsjettmidler) utførerenehetene mottar og de regnskapsmessige utgiftene. Her er det per 2. tertial 2011 et negativt avvik på 3,3 mill kroner. Det er estimert at institusjonstjenesten fortsatt har utestående sykelønnsrefusjon som vil dekke det foreløpige effektivitetsavviket. Det er noen enheter som sliter å komme i budsjettbalanse. Det blir derfor iverksatt flere tiltak. I all hovedsak er dette tiltak knyttet til å redusere vikarinneleie, 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. Spesielt to enheter har flere svært krevende brukere som krever ekstra bemanning og oppfølging som vil medføre en ekstra kostnad. Forventet negativt effektivitetsavvik ved årets slutt er prognostisert til 3 mill. Noe av den forventede merinntekten til ressurskrevende brukere forventes å bli brukt til å redusere merutgiften knyttet til de tunge brukerne.

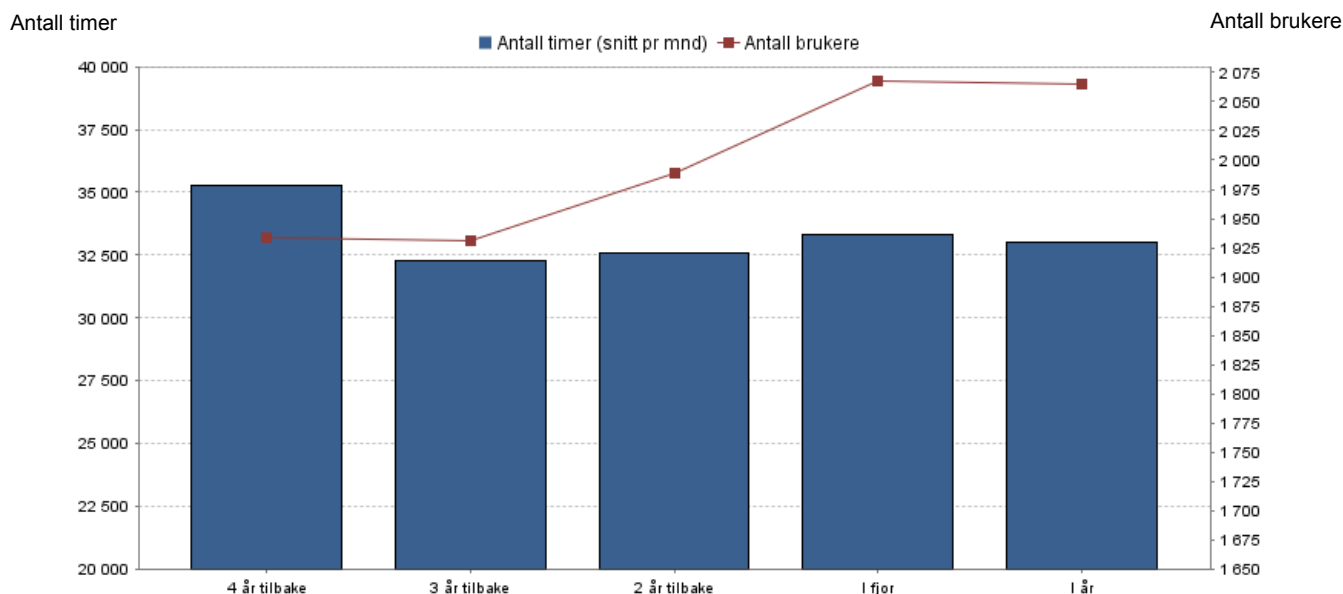
2.5.2 Hjemmetjenestene

AKTIVITETSAVVIK

Ressurssituasjonen knyttet til hjemmetjenestene, og da særlig hjemmesykepleie har vært presset i lengre tid. Aktiviteten er for høy i forhold til vedtatte budsjetter tjenestene disponerer. Volumet for bruk av hjemmesykepleie har pr 2. tertial 2011 vært lavere enn 2. tertial 2010. Antall timer hjemmesykepleie er redusert mens antall brukere er tilnærmet stabilt. Sammenligner man med 2008 og 2009 så ligger volumtallene for 2. tertial 2011 fortsatt høyt. Det er kontinuerlig fokus på å holde tjenestenivået så lavt som mulig for å nå målet om budsjettbalanse for tjenesten.

Sektoren har de siste årene omprioritert midler fra sosialtjenestene for å minimere budsjettavvikene i disse tjenestene. Dette er ikke realistisk fremover, spesielt fordi det er knyttet store sparekrav til sosialtjenesten 2011 og årene som kommer.

Gjennomsnittlig antall brukere og timer hjemmesykepleie 2007 – 2011

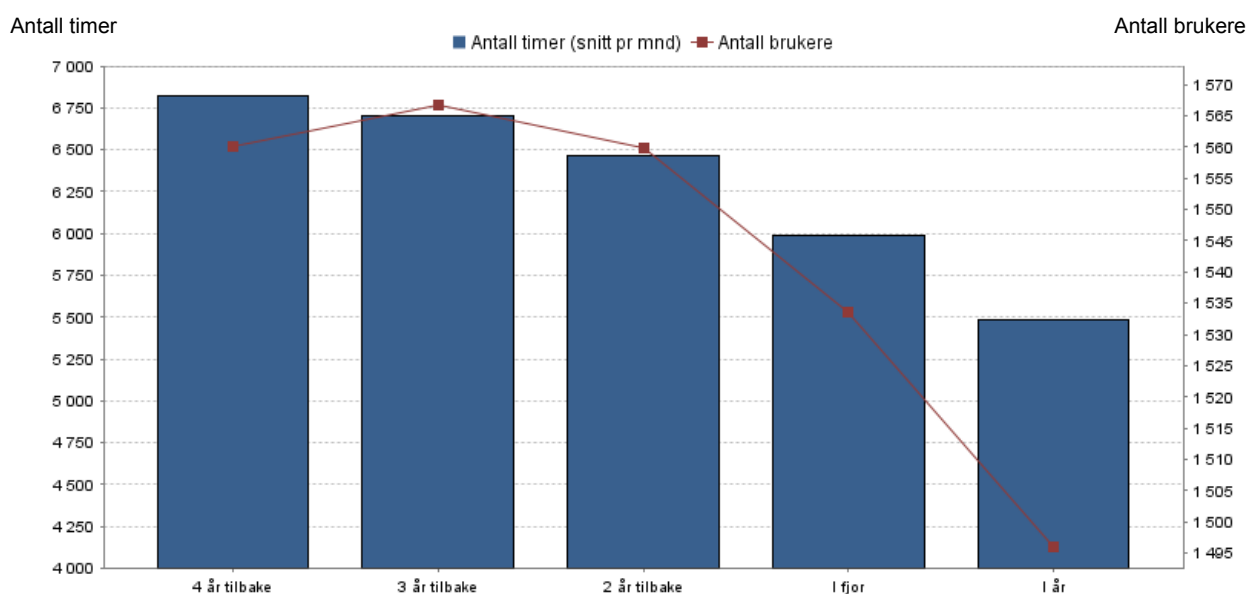


Volumutvikling hjemmesykepleie flere år					
	4 år tilbake	3 år tilbake	2 år tilbake	I fjor	I år
Antall timer (snitt pr mnd)	35 297	32 282	32 580	33 317	33 020
Antall brukere	1 934	1 932	1 989	2 067	2 065

Siden volumet fortsatt ligger for høyt i forhold til budsjettetrammen, har EBT et prognostisert negativt avvik for hjemmesykepleie på 7 mill kr.

For hjemmehjelpstjenesten er volumet redusert den siste tiden. Volumtallene inkluderer også brukere som har privat leverandør med vedtak fra kommunen.

Gjennomsnittlig antall brukere og timer hjemmehjelp 2007-2011

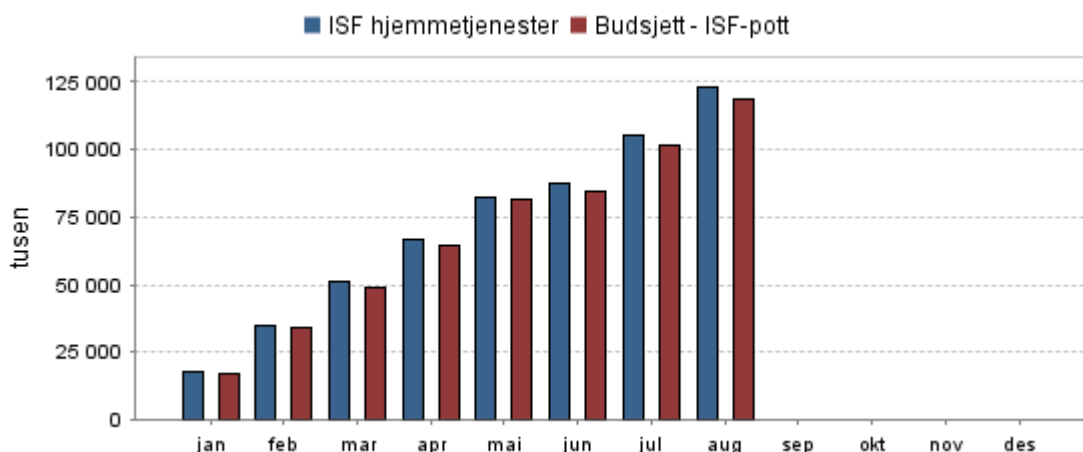


Volumutvikling hjemmehjelp flere år					
	4 år tilbake	3 år tilbake	2 år tilbake	I fjor	I år
Antall timer (snitt pr mnd)	6 825	6 705	6 469	5 984	5 484
Antall brukere	1 560	1 567	1 560	1 534	1 496

Volumtallene viser en klar nedgang i både antall brukere og antall timer. Helt tilbake til 2007 har det vært en nedgang i bruken av hjemmehjelp. Snittet for 2010 sammenlignet med snittet pr 2. tertial 2011 er noe redusert.

Hjemmehjelp drives godt og det er forventet at hjemmehjelp vil gå i balanse.

Aktivitetsavvik hjemmetjenesten



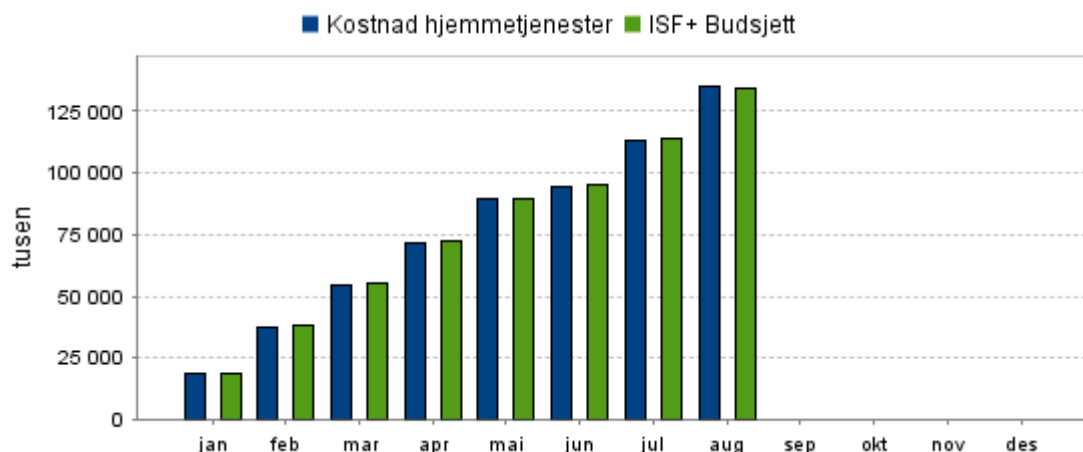
Tall i tusen kroner

For bestiller siden av hjemmesykepleie- og hjemmehjelpstjenesten forventes det et negativt aktivitetsavvik på -7,0 mill kroner ved årets slutt samlet sett. Grafen ovenfor viser den innsatsstyrte finansieringen til utførerenhetene (ISF) opp mot budsjettrammen.

EFFEKTIVITETSAVVIK

På utførersiden er det så langt i år et negativt avvik på 1,6 mill mellom de regnskapsmessige utgiftene og tilgjengelige ressurser i form av innsatsstyrt finansiering. Dette avviket forventes å bli redusert grunnet forventet merinntekt på sykefravær. Arbeidet med innbytte av halve leasingbilparken er påbegynt og vil gjennomføres i løpet av høsten 2011 og våren 2012.. Dette vil medføre ekstraavgifter på utførerleddet. Beregnet merutgift er 1 mill kroner og er i hovedsak knyttet til reparasjon. Det er dog en vanskelig å prognostisere denne forventede merutgift. På bakgrunn av dette forventes det et effektivitetsavvik på -1 mill kroner for hjemmetjenestene ved årets slutt.

Effektivitetsavvik hjemmetjenesten



Tall i tusen kroner

2.5.3 Brukerstyrt personlig assistent

Det har vist seg vanskelig å tilpasse nivået på tjenesten til rammen, og det er forventet et avvik på - 2 mill kroner for denne tjenesten i 2011. Utvikling i brukerantall for denne tjenesten er illustrert nedenfor.

År	Antall avsluttede tjenester	Antall nye brukere	Totalt antall brukere
2002	4		17
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

2.5.4 Omsorgslønn

Volumutviklingen for denne tjenesten er presentert i tabellen nedenfor. Brukerantallet er relativt stabilt. Det viser seg imidlertid at tjenesteomfanget pr bruker er økende i denne tjenesten, noe som gjør at utgiftene øker.

Antall mottakere omsorgslønn	
Jan 2006	69
Jan 2007	89
Jan 2008	100
Jan 2009	109
Jan 2010	111
Jan 2011	108

Praksisendringen knyttet til vedtak om pleiepenger fra NAV innvirker på denne kommunale tjenesten. Det er stor etterspørsel etter denne tjenesten og EBT prognostiserer et overforbruk på 1 mill. Det er kartlagt hvem disse brukerne er og hvilket tjenestenivå de ville hatt hvis disse brukerne hadde vært på ordinære tjenester. Mange ville ha utløst stort forbruk av hjemmetjenester samt at noen også hadde trengt heldøgntilbud. Hadde man redusert enda mer på omsorgslønn hadde det utløst større kostnader i andre tjenester. Det kan også nevnes at situasjonen med stor sannsynlighet vil forverres i 2012. Sektoren omprioriterte midler i 2010 og 2011 til denne tjenesten, noe som ikke videreføres.

2.5.5 Psykiatritjenester

Det gjøres tilpasninger i bemanning i enkelte psykiatriboliger for å nå balanse på utføresiden.

EBT-Boligtjenesten forventer et avvik på -2 mill kroner for disse tjenestene. Dette er som tidligere år knyttet til ekstra krevende enkelttiltak i psykiatriboliger eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Enkelttiltakene er av varig karakter, og det er ikke funnet alternative løsninger som kan redusert ressursbehovet. Noe av det forventede avviket ved årets slutt forventes dekket fra merinntekt knyttet til ressurskrevende brukere.

2.5.6 Tjenester for utviklingshemmede

Tjenesten omfatter boligjeneste, dagsenter, institusjonstjeneste, avlastning og støttekontakt.

På bestillersiden forventes et lavere forbruk tilsvarende 1 mill innenfor bolig tjenesten og administrasjon. I dagsentertjenesten er det imidlertid ventet et negativt aktivitetsavvik på 1,6 ved årets slutt som følge av at antall brukere ved dagsentrene har økt med 8 stk fra 01.08.2011, samt at det er store ekstrautgifter knyttet til transport. Da er det mest taxiutgiftene som har økt mer enn forventet i forbindelse med inngåelse av ny avtale.

Det forutsettes balanse på utfører siden. Så samlet forventet negativt avvik på UH er 0,6 mill.

Da støttekontakttjenesten ble omorganisert, ble det lagt inn effektiviseringskrav. Så langt har det ikke lyktes å innfri dette innsparingskravet, og det er forventet et avvik på -1,5 mill kroner

knyttet til denne tjenesten. Effekten rundt omorganiseringen og selve organiseringen av tjenestetilbudet følges opp for å minimere avviket samt innfri sparekravene. Dette vil ikke kunne påvirke det prognostiserte utfallet for 2011.

2.6 Kompensasjoner/trekk i budsjetttrammen for helse og sosial

Rådmannens kompensasjoner og trekk i sektorens rammer presenteres i dette avsnittet. Det er forventet en samlet kompensasjon fra rådmannen på 2 mill. Tabellen nedenfor summerer opp hva som ligger i denne forutsetningen.

Forklaring	Beløp
Korrigerings pga lavere inntekt integreringstilskudd	- 317 200
Pasientskadeerstatning	1 776 000
Husleie Amfi uten husleie for legekontorer	416 204
Renhold	95 000
Gyldengården merutgift i 2011 - drift	365 000
Gatejurist- ubrukt fra 2010	- 278 000
Samlet kompensasjoner/trekk	2 057 004

2.7 Gjennomførte tiltak i arbeidet mot budsjettbalanse

Det er gjennom flere år gjennomført en rekke innsparingstiltak som samlet beløper seg til 80-90 mill kr. Samtidig er de midler som er tilført for å løse nye og krevende oppgaver ikke tilstrekkelig. Bare knyttet til den demografiske utviklingen har det vært en betydelig underkompensasjon.

Konsekvensen av dette er at det ikke kan gjennomføres tiltak uten at dette får til dels betydelig virkninger for det tilbudet som gis. På kort sikt kan det gjennomføres tiltak som rammer det forebyggende arbeidet eller ikke lovpålagte oppgaver som eldresenterdrift dagsentra for utviklingshemmede m.v. Slike tiltak vil imidlertid på lang sikt føre til flere brukere og mer press på tjenestene.

Helse- og sosialdirektørens oppfatning er at de tjenester som ikke har en strikt lovhjemmel eller øremerkede tildelinger hele tiden blir en salderingspost i budsjettet.

Helse- og sosialdirektøren vil ikke anbefale kutt innen barneverntjenesten eller sosialtjenesten. Barneverntjenesten opplever en sterk økning i saker, mens sosialtjenesten og nå NAV over år har gjennomført tiltak som har ført til reduserte utgifter i størrelsesorden 25 - 30 mill kr. Etableringen av NAV er utfordrende, og her trenger en tid for å få harmonisert organisasjonen.

Det er derfor helsetjenestene og omsorgstjenestene som i hovedsak har gjennomført effektiviseringstiltak i år. Det er imidlertid verdt å nevne at disse tjenestene i utgangspunktet ikke har en ressursbruk som indikerer at det er områder som utmerker seg som lite effektive og dermed har potensial til innsparing.

Det ble i 1. tertial utarbeidet en rekke forslag på mulige tiltak for å komme i budsjettbalanse i sektoren. Dette gjaldt både rene driftstilpasninger, vurderingen av tjenestenivå, avvikle tjenestetilbud samt andre strukturelle endringer som innebærer utgiftsreduksjoner. Nedenfor presenteres tiltakene som ble vedtatt i 1. tertial og som i hovedsak er gjennomført:

1. Omsorgsboligene i Gimleveien er avvirket og alternative bruksområder er kartlagt. I forbindelse med HP 2012 – 2015 vil det bli foretatt disponering av disse.
2. Flytting av Helsestasjonen på Flekkerøya til Vågsbygd Senter der den øvrige helsestasjonstjenesten i Vågsbygd er lokalisert er gjennomført.

3. Administrativ stilling i helse- og sosialdirektørens stab holdes vakant ut 2011. Tiltaket kan ikke videreføres i 2012. Besparelsen i 2011 vil være 0,8 mill kr. Med de oppgaver allerede foreligger i HS stab og med de oppgaver som kommer så er det stort arbeidspress.
4. Enhetene iverksetter en rekke driftsmessige tiltak for å redusere kostnadsnivået. Dette innebærer i hovedsak reduksjon i vikarbruk og ekstrainnleie, mer effektive turnuser og vurderinger av grunnbemanning generelt.

Det kan også nevnes at de nye tjenestebilene ikke lengre blir leaset men kjøpt. Det utarbeides et system for dette sammen med sentral økonomienhet. Det er forventet en besparelse knyttet til innkjøp av tjenestebiler i 2012.

2.8 Samlet prognose for sektoren

2.8.1 Netto driftsresultat

Det er først og fremst utfordringer knyttet til aktivitetsavvik for hjemmetjenestene ved 2. tertial. Tjenestevolumet er høyere enn forutsatt i budsjetttrammene særlig for tjenestene hjemmesykepleie, brukerstyrt personlig assistent (BPA), dagsenter- og støttekontakttjenesten. Økte driftsutgifter knyttet til transport av brukere, innebytte av leasingbiler, strøm, og andre byggutgifter bidrar også til overforbruket i forhold til budsjett.

Dette gir følgende prognose forklart i tabellen under.

Forklaring	Beløp i 1000 kr
Samlet prognose omsorgstjenester (uten underkompensasjon)	- 15 100
Samlet prognose barnevernstjenester	- 1 000
Samlet prognose sosialtjenester	0
Samlet prognose helsetjenester	0
Administrasjon - Bygg	0
Underkompensasjon strøm, snøbrøyting og kommunale avgifter	- 3 800
Mindre utgift/merinntekt	4 600
Prognostisert overskridelse for HS- sektoren før bruk av disposisjonsfond	- 15 300

2.8.2 Disposisjonsfond

Saldo på disposisjonsfond ved inngangen av året 2011:

Positive fond	23 497 000
Negative fond	- 58 024 000
Saldo disp. fond pr. 01.01.2011	- 34 527 000

Etter årsavslutning er deler av de positive fond benyttet for å saldere negative fond. Med forventet budsjettoverskridelse på 15,3 mill kr ved årets slutt, blir prognostisert saldo på disposisjonsfond ved året slutt - 21,6 mill kr. Det er viktig å presisere at de positive fondene er bundet opp mot ulike prosjekter og kan ikke brukes til saldering av det negative fondet. Reelle fond blir da -32,7 mill.

Prognostisert saldo disp. fond pr 31.12.2011	Positive bundet fond	Negative fond	Samlet fond
Saldo 31.08.2011	11 145 000	-17 406 000	
Forventet årsresultat		- 15 300 000	
Saldo 31.12.2011		- 32 706 000	- 21 561 000

Det er svært krevende for sektoren å håndtere de negative disposisjonsfondene med enheter med stor grad av døgnkontinuerlig drift. For å kunne dekke inn negative fond, må derfor aktivitet reduseres, tjenester avvikles eller nye, planlagte økninger utsettes. Ved .1 tertial 2011 fikk HS sektor innvilget 13 mill til å saldere negative disposisjonsfond, samt at HS har mottatt 16 mill fra den såkalte eldremilliarden vedtatt av Stortinget i 2010.

2.9 Budsjettreguleringer

Helse- og sosialstyret

- De omtalte budsjettreguleringer knyttet til merinntekter og omprioriteringer av midler.
- Budsjettreguleringer av disposisjonsfond for den enkelte resultatenheter som følge av årskontrakt samtaler.

2.10 Investeringer

For investeringer er fremdrift og eventuelle overskridelser/besparelser kommentert. I kolonnen for budsjett og regnskap er det oppgitt akkumulerte tall pr 2. tertial 2011.

Pågående prosjekter

Prosjekt	Regnskap	Budsjett	Avvik (B-R)
300 Sektor felles			
1300530 NAV-stat/kommune	203 123	0	-203 123
4300002 IT- utgifter hs-sektor	4 856 500	9 225 756	4 369 256
4300005 Inventar/utstyr sykehj	205 812	8 290	-197 522
4300020 Opprustning aktivitets	66 985	200 000	133 015
4300028 Carport, sonekontorer	0	800 000	800 000
4300029 Flytteutgifter/ombyggi	2 060 799	2 300 000	239 201
4300033 Gyldengården HS senter	778 360	0	-778 360
9908201 Gyldengården	6 626 326	5 000 000	-1 626 326
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	2 955 520	5 220 309	2 264 789
310 Helsetjenesten Vågsbygd			
4300024 Oppussing dagsenter Hu	156 684	137 250	-19 434
311 Helsetjenesten Sentrum Lund			
1300561 Helse S-L utebod til e	0	50 000	50 000
1300562 Inventar til bofellesk	57 743	90 000	32 257
4300022 Oppussing dagsenter In	160 898	500 000	339 102
312 Helsetjenesten Randesund/Tveit			
1300555 Treningsutstyr til bar	0	50 000	50 000
1300556 Brennovn -psykisk hels	8 530	15 000	6 470
1300557 Utredning av datarom p	1 480	59 000	57 520
1300563 Solsavkjerming helse R	16 900	30 000	13 100
4300037 Venterom helsest. RT	0	12 000	12 000
4300054 Strømme Senter ombyggi	368 430	510 000	141 570
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	114 367	60 000	-54 367
313 Avdeling for samfunnsmedisin			
1300559 EKG-apparat til Flyktn	0	35 000	35 000
1300560 Samfunnsmed - Pc til f	0	45 000	45 000
1300564 Støyavskjerming på ala	0	36 000	36 000
4300042 Radiosentralen v/Legev	240 213	500 000	259 787

4300049 Beredskap	26 057	230 000	203 943
324 Indre Vågsbygd omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	778 751	772 000	-6 751
4300053 Oppussing Vågsbygdtune	62 105	120 000	57 895
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	0	60 000	60 000
325 Ytre Vågsbygd omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	978 859	1 072 580	93 721
326 Kvaderaturen øst omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	92 153	250 000	157 847
327 Kvaderaturen sør omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	1 042 212	909 000	-133 212
9345207 Kvaless Minne-omb.medis	58 608	0	-58 608
328 Kvaderaturen nord omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	695 927	735 800	39 873
4300045 Inventar Storebølgen	41 750	0	-41 750
4300055 Straks tiltak Stener H	0	200 000	200 000
9342000 STENER HEYERDAL OMSORG	-302	0	302
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	78 178	70 000	-8 178
329 Grim omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	636 417	803 578	167 161
4300040 Inventar omsorgsbolige	0	300 000	300 000
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	138 505	130 000	-8 505
330 Strai omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	786 183	950 592	164 409
331 Nedre Lund omsorgstjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	673 432	557 000	-116 432
4300039 Inventar omsorgsbolige	393 294	400 000	6 706
332 Valhalla omsorgstjeneste			
1300568 Inventar til sone kont	0	150 000	150 000
4300005 Inventar/utstyr sykehj	130 146	396 000	265 854
4300028 Carport, sonekontorer	99 790	150 000	50 210
4300041 Etablering av Valhalla	361 062	400 000	38 938
4300057 Etablering av Undervis	0	300 000	300 000
334 Kongsgård oms. tjen.			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	130 199	180 263	50 064
4300056 Straks tiltak Kongsgård	0	150 000	150 000
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	0	100 000	100 000
335 Randesund oms. tjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	379 794	408 597	28 803
336 Strømme oms. tjeneste			
1300569 Strømme felles stua in	129 711	170 000	40 289
4300005 Inventar/utstyr sykehj	221 916	245 200	23 284
4300028 Carport, sonekontorer	343 576	356 000	12 424
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	62 675	70 000	7 325

337 Tveit oms. tjeneste			
4300005 Inventar/utstyr sykehj	717 967	730 800	12 833
339 Tjeneste for reh. og tilrettelegging			
1300567 Oppussingspenger UH en	50 000	50 000	0
4300005 Inventar/utstyr sykehj	0	122 900	122 900
4300012 Trygghetsalarmer	4 001 513	4 549 999	548 486
4300026 Inventar Kløvertun	4 283 282	4 500 000	216 718
4300038 Hjelpemidler - kort ti	429 221	400 000	-29 221
4300046 Inventar Ringåsen boli	476 661	400 000	-76 661
4300052 Bil til hjelpemiddelse	338 544	375 000	36 456
340 Kjøkkenservice			
4300004 Kjøkkenservice - i	4 216 682	4 450 013	233 331
341 Tjen for utv. hemm. Vågsbygd			
1300565 UH- Vågsbygd -oppusing	0	50 000	50 000
1300567 Oppussingspenger UH en	0	150 000	150 000
342 Tjen for utv. hemm. Sentrum			
1300567 Oppussingspenger UH en	0	100 000	100 000
9998000 Inst.sektor3-ekstraord	-18 000	0	18 000
343 Tjen for utv. hemm. Lund			
1300567 Oppussingspenger UH en	54 290	100 000	45 710
344 Tjen for utv. hemm. Rand/Tveit			
1300567 Oppussingspenger UH en	57 315	100 000	42 685
346 Enhet for barn og unge med sterk funksjonshemming			
1300567 Oppussingspenger UH en	0	50 000	50 000
4300045 Inventar Storebølgen	97 738	0	-97 738
9476030 Bispegra 44, ombygging	553 153	1 000 000	446 847
SUM hele sektor	42 478 034	52 648 927	10 170 893

4300002 IT- utgifter hs-sektor

Skal brukes til Mobilprofil og satsing på å ta i bruk ny teknologi i omsorgstjenester. 2 mill kroner foreslås å benyttes til saldering av overskridelser ved etablering av Gyldengården.

4300038 Hjelpemidler - kort tid

Friske midler på kr. 150.000 tildeles årlig.

4300045 Inventar Storebølgen

Dekkes av disposisjonsfondsmidler.

9908201 Meierigården

Prosjekt er ikke avsluttet, deler av overforbruket vil bli finansiert via NAV-stat.

1300530 NAV-stat/kommune

Hører til prosjekt 9908201.

4300033 Gyldengården HS senter

Hører til prosjekt 9908201.

4300005 Inventar/utstyr sykehjem

Midlene er fordelt på flere enheter.

9345030 Kvaes Minne, nytt beboer rom

Midlene skal overføres til KE.

4300029 Flytteutgifter/ombygging

Midler knyttet til flytting ved sykhjem (Grim/St.Joesph/Prestheia). Midlene benyttes i løpet av 2011.

9998000 Inst.sektor3-ekstraord

Midler benyttes til ekstraordinære/akutte tiltak i sektoren.

3. RAPPORTERING PÅ MEDARBEIDERPERSPEKTIVET

3.1 Sykefravær

Sykefraværet i sektoren er gått ned fra 2009 til 2010. Det ser ut som om fraværet i 2011 holder seg på nivå med 2010, mulig en liten nedgang. Fraværsprosenten oppgis kvartalsvis og er derfor ajourført pr juni måned.

År	Sykefravær 1. tertial	Sykefravær 2. tertial	Sykefravær for året
2004	11,5 %	11,8 %	10,4 %
2005	9,8 %	9,7 %	9,3 %
2006	9,9 %	9,5 %	9,0 %
2007	10,3 %	10,1 %	10,1 %
2008	11,2 %	10,5 %	10,4 %
2009	11,8 %	11,8 %	10,9 %
2010	10,5%	10,3%	9,9%
2011	10,5%	10,1%	

Finanskrisen og Svineinfluensa er nevnt som årsaker til at sykefraværet gikk ned i 2010. Videre kan fokus på de ansatte i forbindelse med sykefraværprosjektets spørreundersøkelse ha hatt effekt. Selve sykefraværprosjektet er avsluttet. Nå gjenstår videre oppfølging med fokus på 3 områder prosjektet avdekket var viktig for å redusere fraværet. Spørreundersøkelsen viser at de ansatte mener fysisk aktivitet, konflikthåndtering/ -løsning, det å bli sett og hørt samt fokus på bedre ledelse er de viktigste faktorene for at fraværet skal reduseres. Sektoren vil jobbe videre ut fra fokus på disse områder.

3.2 HMS-avvik

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

Per 2. tertial 2011 er det meldt inn 759 løste avvik. 72 avvik er meldt inn som nye uløste i perioden. Generelt er løsningsgraden god på enhet.

3.3 Medarbeidersamtaler

For gjennomføring av medarbeidersamtaler starter ikke målingen før etter sommerferien. Det er derfor ikke oppgitt tall for gjennomførte medarbeidersamtaler pr 2.tertial.

3.4 Medarbeidertilfredshetsundersøkelse

Ny undersøkelse ble gjennomført februar 2011. Helse- og sosialsektoren hadde en svarprosent på 75. Det er samme prosent som for 2009. Resultatene for sektoren er ikke vesentlig endret fra 2009 til 2011. De ansattes helhetsvurdering ift trivsel er økt fra 2009, men fortsatt ligger den lavere enn i 2007.

Det er store forskjeller på svarene fra enhet til enhet. Resultatene fra årets undersøkelse er nå presentert på enhetene. Neste fase er at enhetene utarbeider tiltaksplan ut fra svarene. Denne skal så arbeides med fram mot neste undersøkelse i 2013.

3.5 Heltidsprosjektet

Prosjekt heltid startet ved årsskiftet 2006-2007. 477 av deltidsansatte ønsket i denne runden heltidsstilling. Målet er at alle fast ansatte i turnus med deltidsstilling skal få hel stilling dersom de ønsker det. Pr 2. tertial 2011 gjenstår det 200 ansatte som fortsatt ønsker full stilling.

UiA er engasjert til følgeforskning. Rapport fra følgeforskningen skulle vært levert i juni. Den er fortsatt ikke mottatt. Sektoren avventer videre planer for å arbeide med denne problematikken til rapporten foreligger.

3.6 Rekrutteringsprosjektet

Prosjektet leverte sin rapport desember 2009. I hele 2010 er det arbeidet med å implementere tiltakene i rapporten. Dette har fortsatt i 2011, men da spesielt med fokus på ansatte uten utdanning eller med videregående skole. Det jobbes for å få etablert en rekrutteringspatrulje for å rekruttere ungdom til helsefagarbeiderutdanningen.

DC Noise

I tillegg til rekrutteringsprosjektet og som et supplement til det, deltar sektoren også i EU-prosjektet DC Noise (Demographic change: New opportunities in a shrinking Europe). Helse- og Sosialsektoren deltar med et pilotprosjekt innen området arbeidsmarked. Målet med prosjektet er å rekruttere og beholde tilstrekkelig kvalifisert personell i kommunen. Det er Knutepunkt Sørlandet som er partner i prosjektet. Prosjektet har sin sluttkonferanse i september 2011.

Pilotprosjektet har fokusert på tiltak for å øke rekrutteringen av innvandrere til sektoren, i tråd med mål om mangfold, inkludering og en arbeidsstokk som speiler befolkningssammensetningen. Det er utformet en plan for kvalifisering i helsearbeiderfag for innvandrere og flyktninger sammen med NAV Intro, Vest-Agder fylkeskommune, samt flere aktører i kommunen.

4. RAPPORTERING PÅ ARBEIDSPROSESSER OG KVALITET

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 per 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.

Pilotering knyttet til elektronisk registrering av kvalitetsavvik i fagsystemet Profil er utvidet fra en til to omsorgsenheter i 2. tertial. Dette er et viktig arbeid knyttet til muligheten for å analysere og lære av avvik.

4.1 Kvalitetsavvik

Det meldes kvalitetsavvik i *tre ulike alvorlighetsgrader*:

- Hendelser som har ført til skade/reduisert helse/livskvalitet
- Hendelser som kunne ført til skade/reduisert 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.

Per 2. tertial 2011 er det totalt meldt følgende kvalitetsavvik:

- 129 hendelser som har ført til skade/reduisert helse/livskvalitet. Dette er en økning fra tidligere år. (Samme periode i 2010: 110 og 2009: 58). 22 av disse har behøvd behandlingstid i enheten for å bli løst.

Avvikene fordeler seg som følgende:

Omsorgsenheter: 122
UH enheter: 2
Helse enheter: 5

- 813 hendelser som kunne ført til skade/reduisert helse/livskvalitet. Dette er en økning fra tidligere år. (Samme periode i 2010: 703 og 2009: 642). I 26 av tilfellene trengte enheten behandlingstid for å lukke avviket, noe som er en nedgang fra tidligere år (2010: 66 og 2009: 73). Ett avvik har krevd løsning på direktørnivå.

Avvikene fordeler seg som følgende:

Omsorgsenheter: 495
UH enheter: 263
Helse enheter: 43
Sosial enheter: 10
Barneverntjenesten: 1
DuViTo: 1

- 701 mindre brudd på rutiner og prosedyrer. (Samme periode i 2010: 882 og 2009: 1034). Av disse avvikene er 686 løst, mens 15 har behøvd behandlingstid i enheten.

Avvikene fordeler seg som følgende:

Omsorgsenheter: 476
UH enheter: 114
Helse enheter: 73
Sosial enheter: 18
EBT: 10
Barneverntjenesten: 6
DuViTo: 4

Tjenestefokus:

I tillegg 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 11 enheter som har meldt negativt svar i løpet av perioden. Dette er en liten nedgang fra samme perioder i 2010 (15) og 2009 (15). Det er fortsatt noe lang saksbehandlingstid på EBT og for noen grupper lengre enn tjenestegaranti/forvaltningslov tilsier. Men, alle søkere får midlertidig svarbrev med navn/ tlf på saksbehandler, samt forventet saksbehandlingstid. Tjenester det haster med iverksettes før vedtak foreligger. Boliggruppa overholder forvaltningslovens frister, men melder om økt søknadsmengde de 2-3 siste årene i forhold til Husbankens ordninger (lån).

DuViTo melder avvik i forbindelse med gjeldsrådgivning. De andre enhetene (omsorg og UH enheter) som har meldt negativt her melder om enkeltstående tilfeller knyttet til bemanningsproblematikk og brudd på rutiner.

Det er 22 enheter som har meldt om brudd på Kvalitetskravene i løpet av perioden Dette er en nedgang fra samme perioder i 2010 (31) og 2009 (36). I tillegg til ovenstående (saksbehandling og bemanningsproblematikk) handler disse i hovedsak om feil knyttet til legemiddelhåndtering og utfordringer i omsorgsenheter (pasienter som er urolige og har større behov for oppfølging enn andre krever mer tid på bekostning av tilpasset hjelp til alle uten at man har mulighet til å øke bemanning). Også en UH enhet melder om uro som påvirker omgivelsene. Ekstra personell har vært brukt for å ivareta situasjonen, i tillegg til igangsatt risiko- og sårbarhetsanalyse og verneombud. En enheter melder om tyverisak knyttet til hjemmebaserte tjenester. En enhet melder om at brukere har måttet vente for lenge på håndtering av trygghetsalarmer på grunn av feil adresse i systemet.

Saksbehandlingstiden er brutt i 211 saker per andre tertial (68 i 2010 og 273 i 2009 – per andre tertial). Disse fordeler seg på følgende: EBT: 175, Barneverntjenesten: 33 og Helseenheter: 3.

Det har kommet 97 *formelle klager* i perioden (en nedgang fra 111 i 2010 og 136 i 2009). Disse fordeler seg, med unntak av NAV-kommunal del (43 klager) forholdsvis jevnt over alle tjenester.

5. PERIODEMÅL VEDTATT I HP 2010 - 2014

5.1 Arbeidsgivervirksomheten

En kommune i utvikling					
Nr	Periodemål for hele perioden – beskrivelse av indikator	Status 2010	Status 2. Tertial 2011	Mål 2011	Mål 2012-2014
1	Arbeidskraft Rekruttere og beholde god arbeidskraft.				
	<u>Indikatorer:</u> Andel ansatte med deltidsstillinger(%) Stolthet over egen arbeidsplass (MTU score – 1 – 6)	72 % 4,6	72 % 4,7	70 % 4,8	68 %
2	Mangfold Mangfold og likestilling blant ansatte prioriteres.				
	<u>Indikatorer:</u> Antall kvinner med deltidsstillinger Andel kvinnelige medarbeidere	1987 86,90 %	1980 86,80 %	1950 85,70 %	1920 84,70 %
4	Arbeidsmiljø Redusert sykefravær og øke trivsel.				
	<u>Indikator:</u> Sykefravær i % av årsverk	10,8 %	10,1 %	8,5 %	6,5 %
	Samarbeid med kolleger (MTU score)	5	5	5	5
	Innholdet i jobben (MTU score)	4,8	4,9	4,8	4,8
	Helhetsvurdering, hvor fornøyd ansatte er med arbeidssituasjonen (MTU score)	4,4	4,5	4,8	4,8
5	Redusere antall ansatte i deltid				

Ansatte med løfte om heltid ifm. heltidsprosjektets kartlegging i 2007 har fått 100 % stiling. <u>Indikator:</u> Kartlegging viste at 478 deltidsansatte ønsket heltidsstilling. Antall personer som fortsatt ønsker heltidsstilling;	248	201	220	200
---	-----	-----	-----	-----

*MTU gjennomføres annethvert år. 2009, 2011 osv.

Arbeidskraftbehovet

- Rekruttere tilstrekkelig antall ansatte, spesielt fokus på helsefagarbeidere og sykepleiere
- Beholde senioransatte lenger

Kompetanseutvikling

- Øke utdanning av assistenter til fagarbeidere med 20 personer årlig
- Gjennomføre opplæring i demensomsorgens ABC til 140 personer
- 32 enheter har utarbeidet kompetanseplan

Arbeidsmiljø

- Redusere sykefraværet og øke trivselsfaktorene på arbeidstedene
- Oppfølging av MTU (medarbeidertrivsels undersøkelse)
- Gjennomførte medarbeidersamtaler for alle ansatte

5.2 Omsorgstjenesten

En kommune i utvikling					
Nr	Periodemål for hele perioden – beskrivelse av indikator	Status 2010	Status 2. Tertial 2011	Mål 2011	Mål 2012 - 2014
1.	Kompetanse: Etablere/videreutvikle fagkoordinering innenfor særskilte satsingsområder ved å etablere fagkoordinatorer med særskilt spisskompetanse og ansvarsområder: - Lindrende omsorg - Rehabilitering - Forebygging - Smittevern - Kols - Demens - Diabetes <u>Indikator:</u> Antall fagkoordinatorer Kommunale nettverk etableres og formaliseres med ressurspersoner fra alle omsorgsenheter relatert til nevnte satsingsområder. <u>Indikator:</u> Antall ressurspersoner	3	7	7	7
	<u>Indikator:</u> Antall ressurspersoner	95	124	124	124

5.3 Sosialtjenesten

Levekår og livskvalitet					
Nr	Periodemål for hele perioden – beskrivelse av indikator	Status 2010	Status 2. Tertial 2011	Mål 2011	Mål 2012 - 2014
1	Gi tilbud om arbeid og aktivitet til ungdommer som dropper ut av videregående skole. <u>Indikator:</u> Andelen drop-out elever som blir henvist til Ung-etat fra videregående skole med handlingsplan, som går tilbake til skole kommer i arbeid eller aktivitet.	80 %	91 %	90 %	100 %
2	Ungdom som mottar økonomisk sosialhjelp skal være i arbeid, aktivitet eller i et rehabiliteringsløp <u>Indikator:</u> Andel sosialhjelpsmottakere 18 – 24 år i aktivitet/arbeid/ rehabilitering	80 %	93 %	100 %	100 %
3	Flere vanskeligstilte på boligmarkedet får hensiktsmessig bolig <u>Indikator:</u> Antall på venteliste for kommunal bolig	70	67	60	55
4	Barn i lavinntektsfamilier blir inkludert og får mulighet til deltakelse i aktiviteter og tilbud på linje med jevnaldrende <u>Indikator:</u> Flere familier med barn fanges opp gjennom den særskilte "fattigdomssatsingen"	154	210	200	250

5.4 Helsetjenestene

Levekår og livskvalitet					
Nr	Periodemål for hele perioden – beskrivelse av indikator	Status 2010	Status 2. Tertial 2011	Mål 2011	Mål 2012 - 2014
1	Tidlig identifisering og intervensjon for de minste barna som er i risiko for psykososiale problem ved å videreutvikle tverretatlige team for førskolealder. <u>Indikator:</u> Barnevern og helsestasjon har møtestruktur for alle helseenhetene. Møter pr. år.	Etablert struktur	4	10	10

2	<p>Effektiv hjelp på rett nivå for barn / familie. Samhandling på tvers av fag og nivå. Barnevern, Familiesenter og BUP har systematisk samhandling i alle familiesentrene.</p> <p><u>Indikator:</u> Antall møter per år i alle helseenheter</p>	60	10	60	60
3	<p>Kartlegge depresjon hos mor etter fødsel (EPDS) for igangsetting av tiltak.</p> <p><u>Indikator</u> % ANDEL AV KARTLAGTE I MÅLGRUPPEN</p>	90 %	90 %	90 %	90 %
4	<p>Tidlig og effektiv hjelp til barn/unge som har pårørende med psykiske lidelser eller rusavhengighet</p> <p><u>Indikator:</u> Antall samtalegrupper med barn i helseenheter Opprettholde én kontaktperson i hver helseenhet Antall samhandlingsmøter i enheten med tema: Barn som pårørende</p>	15 3 6	15 3 2	15 3 6	15 3 6
5	<p>Bedre utnyttelse av ressurser/kompetanse i bofellesskap ved samarbeid på tvers av bofellesskap/tjenester gjennom ambulerende ressurser</p> <p><u>Indikator:</u> Samarbeid etablert innenfor bofellesskap som er geografisk lokalisert i nærheten av hverandre. Antall faste møter mellom ledere for bofellesskapene</p>	6 4	5 4	6 6	8 6
6	<p>19 ansatte i helsestasjon / familiesenter har gjennomført opplæring i PMTO forelderådgivning. 2 ansatte i helsestasjon ICDP – foreldreveiledning for minoritetsspråklige.</p> <p><u>Indikator:</u> Hver familierådgiver har årlig minimum 3 saker PMTO Gruppeveiledning ICDP- 1 gang årlig for 20 barn – antall barn</p>	igangsatt 20	10	60 40	70 40
7	<p>Røykeavvenning i videregående skole. 50 % av yrkesfagelever daglig røykere.</p> <p><u>Indikator:</u> Prosentvis reduksjon.</p>	igangsatt	Etablert samarbeid med Vest-Agder Fylkeskommune. om handlingsplan	20	20

Punkt 49/11: Samhandlingsreformen ; forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Bilag

Saksprotokoll

Høringsnotat samhandlingsreform

Høringsbrev

Høringsinstanser

Forslag til høringsuttalelse



Dato: 15. september 2011
Saksnr.: 201009305-15
Arkivkode E: F0 & 13
Saksbehandler: Laila Hamar

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

27.09.2011
28.09.2011

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

Sammendrag:

Stortinget vedtok 17. juni 2011 ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover. Som oppfølging av dette har Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2011 sendt ut på høring forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter som må være på plass før den nye lovgivningen trer i kraft. Høringsfristen er 6. oktober 2011. Øvrige forskrifter vil ved behov bli gjennomgått senere.

Høringsnotatet inneholder flere forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter, men man har i forslag til høringsuttalelse valgt å fokusere på de som gir størst konsekvenser for den kommunale driften og der det er størst behov for endringer eller presiseringer.

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet slutter seg til fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Tor Sommerseth
rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg:

1. Forslag til høringsuttalelse
2. Høringsbrev
3. Høringsnotat samhandlingsreform

Utrykte vedlegg:

4. Høringsinstanser

Bakgrunn for saken :

Stortinget vedtok 17. juni 2011 ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover. Som oppfølging av dette har Helse- og omsorgsdepartementet 4. juli 2011 sendt ut på høring forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter som må være på plass før den nye lovgivningen trer i kraft. Høringsfristen er 6. oktober 2011. Øvrige forskrifter vil ved behov bli gjennomgått senere.

Høringsnotatet inneholder flere ulike forslag til nye forskrifter og endringer i eksisterende forskrifter, men man har i forslag til høringsuttalelse valgt å fokusere på de som gir størst konsekvenser for den kommunale driften og der det er størst behov for endringer eller presiseringer.

Forslag til *ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (kap. 3) regulerer når en pasient skal anses som utskrivningsklar, hvilket ansvar tjenestenivåene har for utskrivningsklare pasienter, varsling og tidspunkt for når betalingsplikten inntreffer. Forskriften legger viktige premisser forut for avtaleinngåelser mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Ny forskrift om kommunal medfinansiering (kap. 4) vil regulere det økonomiske medansvaret kommunene får for innbyggernes medisinske innleggelses og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg foreslås det endringer i Norsk pasientregisterforskriften (kap. 5), fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser (kap. 6), forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kap. 7), helsepersonellovens anvendelse (kap. 8), rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket (kap. 9), samt forskrifter knyttet til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet (kap. 10).

Forslag til høringsuttalelse fra Kristiansand kommune følger som vedlegg til denne saken.

I det følgende redegjøres for hovedpunktene i Kristiansand kommunes høringsuttalelse.

Sammendrag av forslag til høringsuttalelse:

Kristiansand kommune er kritisk til at man tilsynelatende har slikt hastverk ved å få lov- og forskriftsendringene vedtatt og iverksatt. Det er kritisk at forskriftene ikke er klare i god tid i forhold til krav om avtaleinngåelser innen 31.12.11. Dette vanskeliggjør mulighetene for å få til gode prosesser rundt forhandlingene lokalt.

Kristiansand kommune uttrykker skuffelse over at det foreslåtte regelverk (lov og forskrifter) oppfattes som svært avvikende i sin form i forhold til å være et redskap for stimulering av samhandling, likeverd og gode lokalt forankrede løsninger. Høringsutkastet tar for lite hensyn til kommunens drift og tjenestetilbud. Det er i liten grad tatt hensyn til at samhandling mellom to parter krever to *likeverdige* samarbeidsparter - og jevnbyrdighet i innflytelsen.

Kap 3 Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

- § 2: *Betaling*: Det bør være gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivningstidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning. Det bør også tas inn bestemmelser knyttet til det økonomiske ansvaret knyttet til reinnleggelses.
- § 3. *Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling*
 - Det påpekes at det i forskriften legges ensidig definisjonsmakt til sykehuset når det etter § 3a skal gjøres en vurdering av om "*pasienten enten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten*". Dette er i strid med kommunenes plikt til

saksbehandling for tildeling av tjenester. På denne måten flyttes vurderingen av tjenestebehov fra kommunen til spesialisthelsetjenesten. Dette må være en feil. Den riktige formuleringen burde vært "vurdere om pasient kan ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester" (dette står også i § 3 første ledd, slik at § 3 a bør strykes). Ut fra dette foreslår vi som et tillegg til §3b at det etter 24 timer sendes en kortmelding til kommunen, der en ber kommunen foreta en vurdering av pasientens situasjon, sammen med sykehusets personell, pasienten selv, pårørende og andre som kjenner pasienten.

- Forskriften bør inkludere at pasienten skal trekkes med i planlegging og behandling. Forskriften må også ta hensyn til at det er pasienten, ikke spesialisthelsetjenesten, som har retten til å søke om kommunal helse- og omsorgstjenester, og at det er opp til pasienten hvorvidt vedkommende vil ta i mot tjenester.
- **§ 4. Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar:** Definisjonen av utskrivningsklar pasient er mangelfull. Kristiansand kommune anbefaler at man benytter definisjonen i dagens forskrift, i tillegg til at det settes krav til "epikrise" ved utskrivning.
- **§ 5. Kommunens ansvar:** En forutsetning for at kommunen kan gi svar på om en kan ta imot utskrivningsklar pasient er at vedtak om tjenester er fattet i kommunen, samt en administrativ vurdering av kapasitet i tjenesten. Administrativ døgkontinuerlig drift er svært kostnadskrevende og anses som et utvidet og urimelig krav i denne sammenhengen. Det må derfor være tilstrekkelig at kommunen svarer på henvendelser om utskrivningsklar pasient så fort som mulig og senest førstkommande virkedag.
- **§ 6. Tidspunkt for betaling og krav til rapportering:**
 - Definisjon og begrensning av forståelsen av begrepet "dagen" i forskriften er avgjørende og har store konsekvenser for kommunenes forvaltningsmessige beredskap. Dette bør avgrenses til virkedager og ordinær arbeidstid (jfr. kommentarer til § 5).
 - Det må sørges for at rapporteringssystemene sikrer betalingsplikt fra den dagen pasienten faktisk er utskrivningsklar.
 - Det må innføres gjensidig betalingsplikt som sikrer kommunen ved endring av utskrivningstidspunkt mindre enn 24 timer før avtalt utskrivning (jfr. Kommentarer til §2).
- **§ 7. Krav på redegjørelse:** Forslag til §7 i forskriften er tilfredsstillende, forutsatt at avgrensningene mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for saksbehandling av kommunale tjenester tydeliggjøres (jfr. Kommentarer til §§ 3 og 5)
- **§ 8. Klage:** Det bør etableres et lokalt samarbeidsorgan med fullmektige representanter for den aktuelle kommune og spesialisthelsetjenesten, som kan tre sammen på kort varsel, og som har som mandat å finne gode løsninger i saker der en i utgangspunktet ikke er enige.
- **§ 9 Administrasjon av ordningen:** Det vises her til kommentarer til § 6 og det stilles spørsmål ved om kommunens behov for kontroll av betaling til regionale helseforetak er godt nok sikret når beregningsgrunnlaget utelukkende er data fra Norsk pasientregister som meldes fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen må løpende motta registreringer av når betalingsplikt inntreffer for den enkelte pasient og hvor lenge denne varer.

- § 10. *Ikrafttredelse*: Det er i praksis svært utfordrende å rekke å inngå endelige og forpliktende avtaler mellom sykehus og kommuner i den korte tiden som er til rådighet fra forskriften er endelig vedtatt og til årsskiftet.

Kap 4 Forskrift om kommunal medfinansiering

- Medfinansieringsansvaret må gjelde kommunens *folkeregistrerte* innbyggere.
- Kommunene må sikres tilstrekkelig innsyn i beregningsgrunnlaget og §§ 5 og 6 må derfor omformuleres.
- Det bør opprettes en nasjonal klage- og tvisteordning.
- Forhold knyttet til reinnleggelser og kostbare legemidler må konkretiseres og avklares.

Kap 5 Endringer i Norsk pasientregisterforskriften

- Norsk pasientregisterforskriften må tilpasses eventuelle presiseringer knyttet til kommunenes behov for styring og kontroll (jfr. kapittel 3).

Kap 6 Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

- Refusjonsordningen mellom kommuner bør opprettholdes. Det er positivt at det nå er presisert at det skal være oppnådd enighet, men det bør presiseres at dette handler om enighet knyttet til selve tjenestetilbudet og at forsvarlighet er et minimumskrav.
- Kristiansand kommune er enig i forslaget om å oppheve institusjonens disposisjonsrett, men bemerker at det i flere tilfeller i dag oppleves vanskelig å få opprettet hjelpeverge.

Kap 7 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

- Forarbeidene og forskriften fremstår uryddig og uoversiktlig og bør reformuleres og tydeliggjøres. Praktiske og økonomiske konsekvenser av endringene må utredes nærmere.
- Kristiansand kommune mener at dagens frihet for kommunene til å organisere sitt tjenestetilbud og velge hva som skal defineres som institusjon må opprettholdes.

Kap 8 Helsepersonellovens anvendelse

- Kristiansand kommune støtter vurderingene som gjøres i kapittel 8. Kommunen ser positivt på at det i forskrift presiseres at dokumentasjonsplikt ikke gjelder personer som mottar *omsorgslønn*.
- Det er fornuftig at *dokumentasjonsplikten for personell som utfører tjenester som ikke ansees som helsehjelp* utredes nærmere og at man avventer regelverk/høring i forhold til dette. Et grundig utredet regelverk i forhold til dette imøteses.
- Verdi av dokumentasjon må veies opp mot inngripen i brukers private sfære. Det må vurderes hva som er relevant og nødvendig informasjon i forhold til aktuelle tjenester, og dette vil være differensiert.
- Det må ses nærmere på hva som kreves i forhold til praktisk gjennomføring når det gjelder utvidelse av dokumentasjonsplikt (informasjonssikkerhet, journalsystemer, private utførere av kommunale tjenester)

Kap 9 Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m

- Høringsnotatets forslag beskriver i hovedsak en videreføring av gjeldende rettspraksis.
- Det fremmes en klargjøring, tydeliggjøring og en viss utvidelse av barns rett også til omsorgstjenester noe Kristiansand kommune støtter.
- Forskriften generelt er imidlertid utydelig på ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og innhold i tjenestetilbud.
- Fra Kristiansand kommune antas bestemmelsene å føre til økonomiske konsekvenser, og merutgiftene bør kompenseres.

Kap 10 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

- Kristiansand kommune framhever at forslaget i ny forskrift om at Habiliterings og rehabiliteringsenheten skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning vil medføre at kommunen må se organisatorisk på måten dette løses på. Det vil kunne medføre økte kostnader på administrasjonssiden. For Kristiansand kommune vil disse forslagene være ressurskrevende og begrensende for den lokale organiseringen.
- Det bør i §6 – tredje ledd presiseres at spesialisthelsetjenesten er pliktig til *aktiv deltakelse i arbeidet med individuell plan*.

Punkt 50/11: Delegasjon - opprettelse av nye fastlegehjemler



Dato: 14. september 2011
Saksnr.: 201112342-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Vegard Vige

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
27.09.2011

Delegasjon - opprettelse av nye fastlegehjemler

Sammendrag:

Kristiansand kommune har behov for å opprette flere fastlegehjemler for å ivareta en økende befolknings behov for legetjenester og for å kunne ivareta kommunens forpliktelser knyttet til samhandlingsreformen.

Legehjemler tildeles fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling etter søknad. Søknader skal fremsendes via Fylkesmannen, som foretar en vurdering og gir en anbefaling til rådet basert på sin kunnskap om kommunen.

Søknaden skal være vedlagt kopi av kommunalt vedtak om å søke opprettet nye hjemler. Av praktiske hensyn kan dette gjøres ved at Rådmannen delegeres fullmakt til å fatte vedtak om at kommunen skal søke om opprettelse av nye hjemler etter hvert som behov oppstår.

Forslag til vedtak:

1. Helse- og sosialstyret delegerer til Rådmannen fullmakt til å fatte vedtak om at kommunen skal søke Nasjonalt råd om opprettelse av nye fastlegehjemler når det foreligger behov.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Vegard Vige
kommuneoverlege

Trykte vedlegg:
Utrykte vedlegg:

Bakgrunn for saken :

Kristiansand kommune har behov for å opprette flere fastlegehjemler for å ivareta en økende befolknings behov for legetjenester og for å kunne ivareta kommunens forpliktelser knyttet til samhandlingsreformen.

Legehjemler tildeles fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling etter søknad. (se http://www.helsedirektoratet.no/nasjonalt_rad)

Hensikten med en slik sentral administrering av legehjemler er primært å kunne sikre en forsvarlig legedekning i alle deler av landet og innen alle fagområder. Rådet behandler innkomne søknader i forhold til en helhetlig vurdering av legesituasjonen i landet og i regionen, og mellom de ulike fagområdene med fokus på fordelingen mellom stillinger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Søknader skal fremsendes via Fylkesmannen, som foretar en vurdering og gir en anbefaling til rådet basert på sin kunnskap om kommunen.

Søknaden skal være vedlagt kopi av kommunalt vedtak om å søke opprettet nye hjemler. Av praktiske hensyn kan dette gjøres ved at Rådmannen delegeres fullmakt til å fatte vedtak om at kommunen skal søke om opprettelse av nye hjemler.

Kort om fastlegeordningen og behov for fastlege

Alle innbyggere har rett til å være tilmeldt en fastlege, og har rett til å bytte fastlege. Kommunen plikter å sørge for at det er tilstrekkelig legekapasitet til at dette blir mulig, og at innbyggerne har en rimelig mulighet for å kunne bytte lege. Det betyr at kommunen må ha et visst antall leger som har ledig plass på sin liste.

Adgangen til å velge fastlege er ikke begrenset av bostedskommune, og det er ikke uvanlig for bykommuner at samlet pasientlistetall overstiger antall innbyggere. Dette har imidlertid ingen økonomiske konsekvenser da utgiftene utliknes kommunene imellom så man bare har utgift til egne innbyggere.

De 71 fastlegene i Kristiansand har i dag i alt 87 841 personer tilmeldt til sine pasientlister. Det er 2.738 ledige listeplasser, hvilket utgjør 3,1%.

Kristiansand kommune vokser med nærmere 1000 innbyggere per år. Gjennomsnittlig har hver fastlege rundt 1200 personer på sin liste, og vi ser en viss tendens til at legene velger å ha noe færre personer på sine lister. Dette skulle tilsi at kommunen vil ha behov for å øke antall fastlegehjemler med 0,8 – 0,9 per år.

Kommunen har kun opprettet 5 nye legehjemler siden fastlegeordningen ble innført i 2001.

Om samhandlingsreformen

Kommunen vil bli tillagt en rekke nye oppgaver og et vesentlig økt ansvar for forebyggende arbeid, rehabilitering, tidlig intervensjon og økt behandlings- og oppfølgingsansvar for pasienter innen en rekke sykdomsgrupper.

Mye av dette arbeidet stiller krav til mer fagkompetanse generelt i kommunen, og krever også økt tilgjengelig legekompentanse, uten at vi i skrivende stund sikkert kan fastslå hva dette vil utgjøre av legeårsverk.

Ny fastlegeforskrift som vil bli sendt på høring i løpet av høsten vil tydeliggjøre hvilke nye oppgaver og ansvarsområder som blir lagt til fastlegetjenesten.

Oversikt over fastleger i Kristiansand og fordeling av innbyggere og ledige listplasser:

<u>Fastlege</u>	<u>Kjønn</u>	<u>Praksisnavn</u>	<u>Antall innbyggere på listen</u>	<u>Ledig</u>
Aamodt, Birgit	K	Søm Legesenter	1114	0
Aas, Ellen Johanne	K	Randesund Helsesenter	1413	0
Aasgaard, Alf Abusdal	M	Kvadraturen Legesenter	1488	12
Abildsnes, Eirik	M	Elvebredden Legesenter	1418	0
Alme, Christine T	K	Randesund Helsesenter	1223	0
Angen, Per Kristian	M	Kjøita Park Medisinske Senter	1641	0
Avdovic, Damir	M	Markens Legesenter	1284	16
Bekkelund, Sven Daniel	M	Dr. Sven Bekkelund	1467	83
Bergh, Øivind	M	Elvebredden Legesenter	1290	0
Bjelland, Hildegunn Hals	K	Andøya Legesenter	1114	0
Bjelland, Nils	M	Sentrum Legesenter	795	0
Bredesen, Kjetil	M	Tinnheia Legesenter	1036	0
Bø, Sebastian	M	Lund Legesenter	1243	0
Christiansen, Jørgen N H	M	Kjøita Park Legesenter	1083	417
Due-Tønnessen, Erik	M	Kvadraturen Legesenter	1209	291
Dønnestad, Åse Rømma	K	Trekanten Legesenter	1169	0
Eieland, Olav	M	Tinnheia Legesenter	906	94
Eltervaag, Arnstein	M	Sentrum Legesenter	1165	35
Espeland, Åshild	K	Kvadraturen Legesenter	1341	0
Fløystad, Signe	K	Vestre Torv Legesenter	1268	0
Furuborg, Anne	K	Hellemyr Legekontor	994	0
Gaare, Ellen Margrethe	K	Vågsbygd Legesenter	1018	0
Gabrielsen, Ole Gerhard	M	Vestre Torv Legesenter	1297	0
Gladhaug, Hilde Kristin D	K	Lund Legesenter	1203	47
Grødem, Christian	M	Markens Legesenter	1555	0
Gundersen, Ketel Johan	M	Markens Legesenter	1376	124
Haaland, Thor-Erling	M	Sørlandsparken Legesenter	1454	0
Haarr, Dagfinn	M	Sentrum Legesenter	551	49
Hadzic, Amira	K	Gyldengården Helsesenter	689	11
Hansen, Jon Solli	M	Søm Legesenter	1870	0
Haslerud, Charlotte	K	Sentrum Legesenter	1386	0
Haugland, Kari	K	Vestre Torv Legesenter	1005	0
Haugstad, Erlend Andreas	M	Markens Legesenter	1300	100
Helleren, Arnt	M	Lege Arnt Helleren	1167	33
Hilton, Priscilla	K	Sentrum Legesenter	897	0
Hodne, Erik	M	Vågsbygd Legesenter	1453	27
Hoel, Linda Stray	K	Vestre Torv Legesenter	1303	0
Holte, Tor	M	Andøya Legesenter	994	6
Holter, Anne Birgitte	K	Elvebredden Legesenter	1589	0
Houge, Unn	K	Vestre Torv Legesenter	1089	0
Hæstad, Leif	M	Lund Legesenter	1480	20
Høgfeldt, Sari Hillevi	K	Sørlandsparken Legesenter	1057	13
Jørandli, Inge	M	Kvadraturen Legesenter	1499	1
Kjetså, Arild	M	Torridal Legekontor	1196	154
Kjøstvedt, Anders Kristian	M	Tinnheia Legesenter	1193	307
Kjøstvedt, Odd Torfinn	M	Søm Legesenter	586	0
Kyllingstad, Hans	M	Lege Hans Kyllingstad	1078	22
Ladefoged, Rasmus O	M	Kvadraturen Legesenter	1101	299
Lindebø, Jan Olav	M	Dr. Lindebøs Kontor	1540	60
Lund, Rosie	K	Sørlandsparken Legesenter	1063	0
Løge-Høiberget, Siv	K	Dronningensgate Legesenter	726	74

Lønnerød, Tormod Øye	M	Sørlandsparken Legesenter	1061	139
Nygaard, Odd Geir	M	Dronningensgate Legesenter	2500	0
Nørsett, Runar	M	Randesund Helsesenter	1035	0
Pettersen, Bjørn	M	Torridal Legekantor	1373	0
Rodahl, Anton	M	Randesund Helsesenter	1281	4
Rui, Linda	K	Randesund Helsesenter	1396	0
Sandnes, Notto Aleksander	M	Sørlandsparken Legesenter	1538	0
Siddique, Mudassar	M	Randesund Helsesenter	881	119
Skadal, Bente	K	Andøya Legesenter	1485	0
Skjeie, Holgeir	M	Hellemyr Legekantor	1491	9
Sola, Kirsten	K	Trekanten Legesenter	1347	0
Steffensen, Leif	M	Kjøita Park Legesenter	1105	95
Stephansen, Gunnhild	K	Søm Legesenter	889	0
Strand, Ole Edvard	M	Sentrum Legesenter	1194	0
Sørensen, Anne Sissel	K	Vågsbygd Legesenter	1307	0
Thomassen, Svein Øivind	M	Lund Legesenter	1985	15
Ulland, Ingvild	K	Søm Legesenter	884	0
Undhjem, Kenneth	M	Trekanten Legesenter	1138	62
Vik, Styrk Fjærtøft	M	Vågsbygd Legesenter	1281	0
Wirak, Øistein Andre	M	Dronningensgate Legesenter	1294	0
		Sum:	87841	2738

Punkt 51/11: Rapport - Analyse av effektivitet i samhandling mellom Sørlandet Sykehus HF og Kristiansand kommune med fokus på korridorpasienter

Bilag

Rapport Effektivitet i samhandlingsmodell i KRS versjon 1

Vedlegg 3 - Leseveiledning til tjenesteprofilanalysene

Vedlegg 2 - Funksjonsinndeling i KOSTRA for 2010

Vedlegg 1 - Hva er en samhandlingsmodell



Dato: 14. september 2011
Saksnr.: 201112341-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Vegard Vige

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
27.09.2011

Rapport - Analyse av effektivitet i samhandling mellom Sørlandet Sykehus HF og Kristiansand kommune med fokus på korridorpasienter

Sammendrag:

Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune bestilte i fellesskap en ekstern vurdering av samhandlingssituasjonen mellom kommune og sykehus, og effektiviteten i disse organisasjonene, i forkant av samhandlingsreformen.

Kristiansand kommune har vesentlig lavere kostnader til omsorgstjenesten enn landsgjennomsnitt og sammenlignbare kommuner, og antall innleggelser og gjennomsnittlig liggetid i Sørlandet sykehus er mindre enn landsgjennomsnittet – særlig gjelder dette pasientgruppene over 80 år.

BDOs rådgivningsavdeling konkluderer i sin rapport at begge organisasjonene leverer tjenester mer effektivt enn landsgjennomsnittet, uten at det går ut over kvalitet på tjenestene, og rapporten peker på en rekke forhold som bidrar til å påvirke samhandlingen på en positiv måte.

Forslag til vedtak:

1. Helse – og sosialstyret tar rapporten fra BDO til informasjon

LarsDahlen
Helse- og sosialdirektør

Vegard Vige
Kommuneoverlege

Trykte vedlegg: Rapport: "Analyse av effektivitet i samhandling mellom Sørlande sykehus HF og Kristiansand kommune med fokus på korridorpasienter"
Utrykte vedlegg:

Bakgrunn for saken :

Samhandlingsreformen medfører store utfordringer for planlegging både av tjenesteproduksjon og økonomi. Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune hadde et felles ønske om en ekstern analyse av dagens situasjon. En utfordring i andre deler av landet er utskrivningsklare pasienter som venter på kommunale omsorgstjenester, og der det fra 1/1-2012 inntreer betalingsplikt for kommunen fra 1. dag. Videre inntreer fra samme tidspunkt medfinansieringsplikt for kommunen for innleggelse i sykehus.

Både helseforetaket og kommunen har et behov for å vite noe om dagens situasjon med tanke på videre planlegging. Vi hadde en antakelse om at vi leverer effektive tjenester, og at vi etter mange år med fokus på samhandling har et godt samarbeid i praksis.

Konsulentfirmaet BDO gjennomførte sin analyse på forsommeren og avleverte vedlagte rapport 19. august 2011. Rapporten er basert på tilgjengelige grunnlagsdata i offentlige databaser, og på informasjon fra sentrale personer i sykehus og kommune.

Rapporten sammenligner resultater fra Sørlandet sykehus med et landsgjennomsnitt for alle helseforetak, og spesielt med Østfold sykehus HF, som har et nokså likeartet befolkningsgrunnlag og organisasjon, og St. Olavs hospital, fordi de samhandlingsløsningene som der er utviklet i samarbeid med Trondheim kommune omtales ofte i ulike sammenhenger knyttet til samhandlingsreformen.

Noen hovedpunkter fra rapporten oppsummeres:

Om effektivitet i kommunen

- Kristiansand kommune har vesentlig lavere kostnader til helse- og omsorgstjenester per innbygger enn landsgjennomsnittet og enn gjennomsnittet i ASSS-kommunene (betegnelse for de 10 største kommunene i landet)
- Kristiansand kommune har en noe lavere andel av befolkningen som har plass på sykehjem, og en noe høyere andel som har hjemmebaserte tjenester, enn landsgjennomsnittet
- Kristiansand kommune vurderes å utnytte "omsorgstrappa" på en god måte med hovedvekt på tjenester utenfor institusjon fremfor sykehjemsplass.
- Selv om det mangler gode registredata for "utskrivningsklare pasienter" så tyder både fagfolkens erfaringer og de data som er tilgjengelige på at antallet liggedøgn ved sykehuset for pasienter som venter på et omsorgstilbud i kommunen er svært lavt.
- Rapporten vektet befolkningens teoretiske behov for helse- og omsorgstjenester. Kristiansand kommune har et definert "utgiftsbehov" høyere (106%) enn gjennomsnittet i ASSS-kommunene, mens det reelle utgiftsnivået ligger lavere (96%) enn gjennomsnittet
- Kristiansand kommune kommer godt ut i undersøkelser av brukertilfredshet både i institusjonene og hjemmebaserte tjenester (ref www.bedrekommune.no).
- Kristiansand kommune har også i en tidligere landsdekkende DEA-analyse i regi av KS fremkommet som meget effektiv i forhold til helse- og omsorgstjenestene
- Totalbildet er at Kristiansand kommune har et tjenestetilbud til befolkningen som er på linje med, eller bedre enn, de øvrige ASSS-kommunene, og en klart lavere kostnad. Kommunens tjenester fremstår dermed som meget effektive uten at det synes å gå ut over kvaliteten.

Om effektivitet i sykehuset:

- Sørlandet sykehus har et totalt sett lavt kostnadsnivå for sykehustjenester per innbygger

- Sørlandet sykehus har den laveste utgift per DRG-poeng – dvs den laveste kostnad per levert sykehustjeneste
- Sørlandet sykehus har den korteste gjennomsnittlige liggetid både for kirurgiske og ikke-kirurgiske innleggelser
- Sørlandet sykehus har like syke og like behandlingskrevende pasienter som landsgjennomsnittet
- Sørlandet sykehus har en aldersfordeling i befolkningen som er nokså lik gjennomsnittet
- Sørlandet sykehus har lavt antall korridorpasienter
- Sørlandet sykehus har den laveste andelen av innleggelsene som øyeblikkelig hjelp – dvs større andel planlagte innleggelser enn gjennomsnittet. Dette gjør det lettere å planlegge tjenestene, og bedrer samarbeidsmulighetene
- Sørlandet sykehus har den laveste andel av akutt pasienter som er over 80 år, den laveste andel av innleggelsene for pasienter over 80 år og den korteste liggetid for pasienter over 80 år.
- Og Sørlandet sykehus ligger under landsgjennomsnittet for ventetid på planlagt behandling
- I en vurdering av samlet effektivitet både med hensyn til økonomi, tjenesteproduksjon og tjenestekvalitet kom Sørlandet sykehus best ut
- Sørlandet sykehus kommer godt ut i de kvalitetsparametre som helseforetakene skal rapportere på. Det ser derfor ut som den økonomiske effektiviteten ikke går ut over tjenestekvaliteten.
- I en forstudie fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om 30-dagers overlevelse i 3 alvorlige diagnosegrupper kommer sykehuset ut litt under landsgjennomsnittet, og på oversikten over total dødelighet ser vi at Agderbefolkningen har noe høyere generell dødelighet (uavhengig av sykehusbehandling) enn landsgjennomsnittet

Om samhandlingen mellom kommune og sykehus

Samhandlingen lar seg vanskelig evaluere kun med utgangspunkt i registerdata. Rapporten sannsynliggjør at samhandlingen er god, og at det er mange enkeltstående elementer som samlet sett underbygger en god samhandling. Disse er fremstilt i et sk. "Ishikawa-diagram".

- Rapporten beskriver at kommunen og sykehuset i mange år har hatt gode samarbeidsrutiner og (siden 90-tallet) også skriftlige samhandlingsavtaler.
- Opprettelsen av EBT har profesjonalisert og effektivisert kommunens saksbehandling, og skapt en tydelig arena for kontakt mot sykehuset.
- At EBT regelmessig møter på sykehuset bidrar til smidige pasientforløp, og også det forhold at sykehuspasienter som venter på et kommunalt omsorgstilbud har høy prioritet hos EBT.
- Fraværet av økonomiske insentiver (som betaling for utskrivningsklare pasienter) har skapt et fokus på pasientbehandling, ikke økonomi.
- Kommunen har effektiv tildeling av tjenester, som, både kan medføre redusert behov for sykehusinnleggelser og raskere mottak av pasienter fra sykehuset.
- Både sykehuset og kommunen har god stabilitet og lav turnover blant de ansatte, dette gir grunnlag for å utvikle personlige relasjoner som gjør samhandling lettere
- Kristiansand kommune har i forhold til sammenlikningskommunene høy andel ansatte med høyskoleutdannelse
- Avtalt "lav terskel" for innleggelse av eldre pasienter i sykehus kan ha medvirket til at en lavere andel av de eldre pasientene innlagges akutt, dette gjør det lettere å planlegge gode pasientforløp.
- Den lange tradisjonen for god samhandling mellom partene skaper gode holdninger i begge organisasjoner

- ISF-finansieringen for omsorgstjenestene gir Kristiansand kommune en bedre oversikt og et mer detaljert grunnlag for de økonomiske politiske diskusjoner og prioriteringer enn sammenligningskommunene.

Konklusjon

Rapporten underbygger vår antakelse om at både sykehus og kommune leverer effektive tjenester av god kvalitet, og at vi har en god samhandling. Rapporten viser at vi har et godt grunnlag for å videreutvikle tjenestene og samhandlingen inn i fremtiden.

Utfordringsbildet er imidlertid komplisert, og samhandlingsreformen inneholder tiltak som medfører både økte muligheter, men samtidig også økte utfordringer, for et godt samhandlingsklima.

Det vil derfor være avgjørende viktig at vi bygger videre på de gode relasjoner og samhandlingsarenaer vi har etablert.

Punkt 52/11: Kommunale frivillighetsentraler i Kristiansand



Dato: 14. september 2011
Saksnr.: 201112343-1
Arkivkode E: 065
Saksbehandler: Hilde Engenes

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
27.09.2011

Kommunale frivilligsentraler i Kristiansand

Sammendrag

Frivilligsentraler er resultat av statlige føringer for å fremme frivillighet i lokalsamfunnet. Det var en ordning som ble innført på 90-tallet, og som siden har blitt videreført ved statlig delfinansiering.

I Kristiansand er det fire frivilligsentraler, tre kommunale og en som er privat eid. Sentralene har ulik historie, er lokalisert i tre ulike deler av byen med ulikt nedslagsfelt, ulik profil og ulike aktiviteter. Rådmannen har derfor ønsket at kommunen gjennomgår sitt eierskap av de kommunale frivilligsentralene, og vurderer framtidig eierskap i lys av hva som bør være kommunens kontakt- og koordineringspunkt mellom kommunen og frivillig sektor framover.

Helse- og sosialdirektøren har vurdert tre alternativ. Det første alternativet innebærer at kommunen viderefører eierskapet i alle de nåværende 3 sentralene. Det andre alternativet innebærer at kommunen på prinsipielt grunnlag avslutter sitt eierskap i alle frivilligsentraler. Det tredje alternativet innebærer at kommunen vurderer sitt eierskap for hver sentral enkeltvis, og at det igangsettes en prosess med gjennomgang av sentralene ut fra felles kriterier. Helse og sosialdirektøren anbefaler det tredje alternativet.

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyret slutter seg til at det gjennomføres en gjennomgang av kommunens eierskap i hver av de 3 frivilligsentralene ut fra et sett med felles kriterier.

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Hilde Engenes
rådgiver

Utrykte vedlegg: *ISF rapport 2008:1, Dugstad og Lorenzen: "Alle til lags", Frivilligsentralen i nærmiljøet*

Bakgrunn for saken

1. Politiske vedtak og administrative føringer

Frivillighetsmeldingen for Kristiansand ble vedtatt i bystyret 12.mai 2010. I frivillighetsmeldingen omtales blant annet frivilligsentralene som et av flere virkemidler for å fremme frivillighet. Ett av oppfølgingstiltakene i frivillighetsmeldingen var :

- *Kommunen gjennomgår sitt eierskap av de kommunale frivillighetsentralene, og vurderer framtidig eierskap i lys av hva som bør være kommunens kontakt- og koordineringspunkt mellom kommunen og frivillig sektor framover.*

Rådmannen gav ansvaret for dette oppfølgingstiltaket til helse – og sosialdirektøren.

2. Beskrivelse av prosess

I desember 2010 nedsatte helse- og sosialdirektøren en arbeidsgruppe med representasjon fra de 3 frivilligsentralene, kulturdirektørens stab, tillitsvalgte, helse og sosial direktørens stab og samfunnsmedisinsk enhet. Gruppen hadde 6 møter i løpet av våren 2011, og ble ledet av samfunnsmedisinsk enhet. Prosessen gav ikke entydige signaler på hva som bør være kommunens rolle framover.

Ledelsen for arbeidsgruppen avholdt møter med noen frivillige organisasjoner og noen menigheter for å drøfte eventuell interesse for eierskap av frivilligsentraler. Arbeidsgruppen har også innhentet erfaringer fra andre kommuner med tanke på å lære av deres erfaringer med drift av frivilligsentraler.

Ulike eierskapsmodeller ble drøftet på frivilligsentralenes årsmøter i mars 2011. Styrene i sentralene har ønsket å få administrasjonens saksfremlegg/innstilling til høring før politisk behandling. Helse- og sosialdirektøren har valgt å innarbeide innspillene fra årsmøtene i saken og foreslår alternativ som vil involvere styrene i den videre prosessen. Saken er derfor ikke sendt på høring.

3. Nasjonale føringer for frivilligsentralene

Frivilligsentraler er en ordning som ble initiert av Helse- og sosialdepartementet i 1991. De finansieres delvis ved statstilskudd som det må søkes om hvert år, og delvis av tilskudd fra eier. I 2010 utgjorde dette kr 290.000 til hver sentral. Tilskuddet for 2011 er uendret fra 2010-nivå. De statlige midlene kan kun brukes som lønn til daglig leder.

Det statlige ansvaret for frivilligsentralene ligger nå i kultur- og kirke departementet. I følge departementets retningslinjer skal alle frivilligsentralene ha følgende formål:

1. Frivilligsentraler/nærmiljøsentraler skal være en lokalt forankret møteplass, åpen for alle som har lyst til å delta innen frivillig virksomhet.
2. Sentralen skal utvikles av menneskene som er knyttet til sentralen.
3. Sentralen skal være et kraftsenter og kontaktpunkt for mennesker, foreninger/lag og det offentlige.

I St meld 39 (2006-2007) uttrykker regjeringen et tydelig ønske om at sentralene skal samarbeide tett med øvrig frivillig virke i nærmiljøet, og de vektlegger sentralenes rolle som koordinator mellom lag og organisasjoner og mellom det frivillige og det offentlige. Regjeringen mener at sentralene kan ha en sentral rolle i å motivere og engasjere innbyggere til dugnadsinnsats.

I 2009 var det registrert 340 frivilligsentraler i Norge. Av disse var ca 1/3 kommunalt eid, de resterende er enten eid av stiftelser, foreninger, andelslag eller menigheter. Per 2011 er det

371 frivilligsentraler fordelt på 308 kommuner. Flere forskere og aktører i frivillig sektor peker på de kommunalt eide sentralenes grunnleggende dilemma: Skal de defineres som en del av frivillig sektor, eller skal de defineres som offentlig samarbeidspartner for frivillig sektor?

4. Frivilligsentraler i Kristiansand

I Kristiansand er det fire frivilligsentraler, tre av disse er kommunalt eid:

1. Vågsbygd frivilligsentral, etablert i 1991. Den var først lokalisert i sentrum, men ble i 1997 flyttet til Vågsbygd. Den er kommunalt eid og organisert under helseleder i Vågsbygd.
2. Frivilligsentralen for Randesund og Tveit, etablert i 1996. Den er kommunalt eid og organisert under helseleder i Randesund og Tveit.
3. Frivilligsentralen Kristiansand Vest. Først etablert som Tinnheia Nærmiljøsentral i 1996, og i 2005 ble den flyttet og endret navn til Frivilligsentralen Kristiansand Vest. Er kommunalt eid og organisert under omsorgsleder for Grim.
4. Frivilligsentralen Kirkens Bymisjon i Kristiansand, etablert i 2006. Den er eid av Kirkens Bymisjon.

Profil, organisering og innhold i dagens sentraler er produkt av hver sentral sin historie. De ble etablert på ulike tidspunkt, og hadde ulik grad av lokal forankring fra starten. For sentralene er det viktig både med lokal tydelighet, nærhet, tilstedeværelse og forankring. Det er ikke laget noen felles strategi for sentralene i forhold til samhandling mellom kommunen og ulike aktører i frivillig sektor.

Følgende oversikt viser at sentralene er svært ulike når det gjelder antall frivillige og antall frivillige timer:

Frivilligsentral	Antall frivillige	Antall frivillige/timer	Statlig tilskudd i kr.	Kommunalt tilskudd i kr.
Kristiansand Vest frivilligsentral	90	3300	290 000	408 000
Randesund og Tveit frivilligsentral	138	7676	290 000	348 000
Vågsbygd frivilligsentral	35	1010	290 000	378 000
Bymisjonen Frivilligsentral	170	10790	290 000	0
Totalt	443	23276	1 160 000	1 134 000

*Tallene er fra 2010 rapporteringen.:

Det er Bymisjonens frivilligsentral som har flest frivillige og flest frivillige timer. Blant de kommunalt eide sentralene er det Randesund og Tveit som har flest frivillige og flest frivillige timer, og Vågsbygd som har minst.

Alle sentralene rekrutterer frivillige som ikke deltar i annet frivillig arbeid. I den grad sentralene rekrutterer frivillige som deltar i andre organisasjoner, så blir dette ikke nødvendigvis konkurrerende. I stedet sier mange av de frivillige at mer nærmiljøorientert frivillighetsarbeid gir organisasjonstilhørigheten en annen dimensjon, særlig i forhold til sosial tilhørighet.

De tre kommunale sentralene i Kristiansand har laget følgende beskrivelse av seg selv ut fra følgende kjennetegn:

Kjennetegn	Mye	Noe	Lite/intet
<i>Lokal forankring:</i> Den har lokalsamfunnet som ramme, og lokale behov i fokus	Vest Vågsbygd Randesund		
<i>Sosial integrasjon:</i> Sentralen fungerer som en møteplass, bidrar til nettverksbygging mellom mennesker, har overvekt at kollektive aktiviteter	Vest Randesund	Vågsbygd	
<i>Intern formidling:</i> Vektlegger egne aktiviteter, egne frivillige og kobler egne frivillige til egne brukere.	Vest Vågsbygd Randesund		
<i>Videreformidling:</i> Videreformidling av frivillige og brukere til andre aktører og frivillige organisasjoner	Randesund		Vest Vågsbygd
<i>Tverrsektoriell samarbeid:</i> Virke og samarbeid på tvers av ulike felt, forvaltninger, eller formidling av kontakt mellom frivillige og offentlig aktører i ulike samfunnsområder.	Randesund	Vest Vågsbygd	
<i>Sektorinternt samarbeid:</i> Samarbeid mellom aktører innen samme forvaltningssektor.	Randesund	Vest Vågsbygd	
<i>Styrking av infrastruktur:</i> Promotering av frivillighet generelt og tilrettelegger for eksempel i form av å gi råd, opplæring, utlån av fasiliteter.	Randesund		Vest Vågsbygd
<i>Koordinering:</i> Påta seg samordnende oppgaver og aktiviteter som binder sammen relevante aktører lokalt. For eksempel initiere møter mellom organisasjoner som alle har behov for frivillig arbeidskraft, eller som ønsker å samordne aktiviteten sin	Vest Randesund	Vågsbygd	

Oversikten bekrefter at sentralene har litt ulik profil. Sentralene kommer godt ut når det gjelder lokal forankring, integrerende aktiviteter, intern formidling og sektorinternt samarbeid. Men det er få som fyller de andre funksjonene: Tverrsektorielt samarbeid, videreformidling, koordinering og styrking av lokal infrastruktur. Det kan tyde på at de fleste fungerer som selvstendige organisasjoner mer enn at de bidrar til å styrke lokalt frivillig arbeid generelt.

De kommunalt eide sentralene er organisert i tre ulike enheter. Det skaper utfordringer i forhold til samordning, felles satsing, strategisk arbeid, synlighet og synergieffekter. Det oppleves også som ulempe at de enhetene som sentralene er organisert under har tjenesteproduksjonen innen enten omsorgstjenester eller helsetjenester som hovedfokus, sentralene opplever seg ofte fort perifere i forhold til dette.

5. Utfordringer og utviklingsområder i samhandling med frivillige

Individualiseringstendenser, modernisering og utvikling av nye kommunikasjonsformer og teknologi skaper nye former for frivillig engasjement. Det oppstår nye organisasjoner som ikke nødvendigvis er medlemsbaserte eller med registrerte medlemmer som tidligere. Flere engasjerer seg ved å tilby tid og penger til tidsavgrensede oppgaver.

Noen kaller disse nye deltakelsesformene for "kundemedlemmer", shoppingdeltakelse, fristilte frivillige, støttemedlemskap og global aksjonisme. Lokalt foreningsliv opplever flere aktiviteter, men færre medlemmer. De mer hierarkiske styringsformene svekkes og det utøves større grad av direkte demokrati. Dette utfordrer både de tradisjonelle organisasjonene og offentlige samarbeidsaktører i forhold til hvem de skal samhandle med i lokalsamfunn og nærmiljø.

"Sammen tar vi ansvar" er helse- og sosialsektorens visjon. En av hovedmålsetningene i kommuneplanen er "Byen det er godt å leve i". Frivillig arbeide bidrar til å høyne livskvalitet, det bidrar til at folk deltar i sitt lokalsamfunn og øker trivsel og trygghet. Samtidig står en

overfor mange utfordringer. Blant dem er det økende antallet eldre, flere grupper av sosialt vanskeligstilte og utsatte barn og unge som trenger stabile oppvekstvilkår.

Helse- og sosialdirektøren ser mange utviklingsmuligheter i samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor. Dette kan involvere flere enheter samt andre sektorer. Hensikten er å fremme frivillighet og frivillig arbeid inn mot sentrale samfunnsutfordringer og uløste oppgaver. Andre kommuner har valgt ulike modeller for organisering og samhandling, det varierer hvilken rolle frivilligsentralene har.

6. Kommunens kontaktpunkt og koordineringspunkt med frivillig sektor

Helse- og sosialsektoren har en rekke kontaktpunkt med ulike deler av frivillig sektor. I juni 2011 ble en rekke organisasjoner invitert til dialogmøte, og ca 50 ulike organisasjoner var representert.

Det framkom mange innspill knyttet til kommunikasjonsform og struktur mellom frivillige og mellom frivillige organisasjoner og kommunen. Det var forslag om faste store dialogmøter og faste mer fagspesifikke dialogmøter. Videre kom det fram ønske om felles fag og kompetanseutvikling med kommunen.

Flere ønsket mer og bedre etterspørsel etter frivillige og frivillige organisasjoner fra kommunens side. Det ble også uttrykt ønske om utvikling av samarbeidsprosjekter.

For å møte en del av disse hovedpunktene (kommunikasjon, møtestruktur, synliggjøring av frivillige organisasjoner og hvilke oppgaver og behov som finnes i kommunen) vil helse-og sosialdirektøren sette i gang følgende i løpet av 2011/2012:

- Starte arbeidet med å etablere Webportal/nettside høst 2011. Helse- og sosialdirektøren vil at ny teknologi skal tas i bruk for å rekruttere flere frivillige. Kommunen har satt i gang arbeidet med å vurdere opprettelsen av en web - basert frivilligbank eller webportal. Det har vært studietur til Arendal som var først i Norge med å opprette web- basert frivilligbank, videre er det etablert kontakt med Oslo kommune. Oslo kommune har opprettet en webportal for helse- og sosialtjenester. En webportal/frivilligbank kan synliggjøre frivillige og frivilliges oppgaver og være et fremtidsrettet verktøy i forhold til å rekruttere frivillige. Det anbefales at en oppretter nettbasert frivilligbank uansett hvilken form for eierskap en lander på i forhold til frivilligsentralene.
- Videreutvikle og avklare roller i samarbeidet med bruker – og interesseorganisasjoner, Frivillighetens Hus, Batteriet. I dette inngår frivillig arbeid blant annet knyttet til likemannsarbeid, brukermedvirkning, pårørendearbeid. Fra kommunens side inkluderer det tjenester for eldre, funksjonshemmede, og mennesker psykiske lidelser og rusproblem. Det er satt i gang et arbeid sammen med Frivillighetens hus og andre frivillige organisasjoner om hvordan strukturen for samhandlingen skal være. Det er et langsiktig arbeid, og det er for tidlig å konkludere i forhold til omfang og struktur på samarbeidet.
- Arrangere temamøte om barn og unge – høst 2011
- Arrangere temamøte om eldre – vår 2012
- Arrangere temamøte om folkehelse (Aquarama) – høst 2011

Det er ikke avklart hvilken rolle frivilligsentralene skal ha i forhold til disse tiltakene.

7. Vurderinger av kommunen som eier av sentralene

Helse- og sosialdirektøren velger å presentere 3 ulike alternativ når det gjelder kommunens rolle som eier av frivilligsentraler.

Alternativ 1: Fortsatt kommunalt eierskap av alle 3 frivilligsentraler

Det første alternativet innebærer at kommunen viderefører eierskapet i alle de nåværende 3 sentralene. Fordelen er at man kan gi frivilligsentralene en ny giv og anerkjennelse, samt gjøre de mer synlige. Samtidig beholder man den lokale forankringen, de frivillige og dagens aktiviteter.

Hvis dette alternativet velges, vil helse- og sosialdirektøren anbefale at de tre sentralene får en felles faglig ledelse og at de får en tydeligere rolle som fagmiljø og kraftsenter innen frivillighetsfeltet og i kommunens samhandling med frivillig sektor. Det kan åpne muligheter for samarbeid om felles utfordringer som for eksempel rekruttering og kursing av frivillige. Det kan også bidra til å styrke de funksjonene de i liten grad fyller i dag: Tverrsektorielt samarbeid, videreformidling, koordinering og styrking av lokal infrastruktur.

Alternativ 2: Avslutte kommunens eierskap i alle 3 frivilligsentraler

Det andre alternativet innebærer at kommunen på prinsipielt grunnlag avslutter sitt eierskap i alle frivilligsentraler. Fordelen er at kommunen da kan rendyrke sin rolle som offentlig samarbeidspartner og unngå den utydelige rollen som selvstendig aktør i frivillig sektor. Det kan bli mer tydelig hvem som er ansvarlig for den frivillige innsatsen.

Flere andre kommuner har vært gjennom en slik prosess med å avsluttet sitt eierskap i kommunale sentraler. Mange av disse har i stedet inngått partnerskapsavtaler med frivillige organisasjoner i de aktuelle lokalmiljøene om videre drift og innhold. Denne modellen kan åpne for partnerskap med nærmiljø i utvidet betydning og ikke kun sosial/velferdsfeltet. Modellen kan også åpne for utarbeidelse av felles strategier for samarbeidet med frivillig sektor og kommunen, og dermed styrke samarbeid om oppgaveløsninger i forhold til samfunnsutfordringer.

Hvis helse- og sosialstyret velger dette alternativet bør den videre prosess skje i tett dialog med styrene på de 3 sentralene, og i samråd med tillitsvalgte. Det vil kreve en vurdering av om kommunen prioriterer å jobber for å ha frivilligsentraler i lokalmiljøene, og om kommunen ønsker å støtte disse økonomisk. Dette vil dessuten kreve en prosess hvor man inviterer og mobiliserer aktuelle interessenter som kan gå inn som eiere.

I forbindelse med utarbeidelse av saken ble ulike aktuelle interessenter kontaktet. Ingen av dem gav signaler om at de var interessert i ansvar for å drive sentraler.

Hvis alternativet velges bør man være oppmerksom på at godt drevne frivilligsentraler kan miste frivillige og dermed få redusert aktivitet i forhold til oppgaver de har i dag.

Alternativ 3: Vurdere eierskap for hver sentral enkeltvis.

Helse- og sosialdirektøren mener det i prinsippet bør være aktører fra frivillig sektor som skal eie og ha ansvar for å drive frivilligsentraler. Men samtidig kan det være grunner som taler for at kommunen beholder eierskap i enkelte sentraler som drives hensiktsmessig og godt i sitt lokalsamfunn.

Alternativet innebærer at kommunen ikke gjør en beslutning på rent prinsipielt grunnlag som er felles for alle tre sentralene, men at man vurderer hver sentral enkeltvis. Fordelen vil være at hver sentral vurderes individuelt i forhold til status og sitt utviklingspotensiale.

Hvis dette alternativet velges, vil helse- og sosialdirektøren anbefale at man igangsetter en prosess i samråd med styrene for hver sentral og tillitsvalgte, og at alle sentralene vurderes ut fra de samme kriteriene. Kriteriene bør blant annet omhandle:

- Om frivilligsentralen driver aktiviteter som allerede ivaretas av andre frivillige aktører
- Om det er høy aktivitet i forhold til de prioriterte oppgavene i kommune
- Om det er lett å rekruttere frivillige og om det er utviklingspotensiale
- Om det er aktuelle interessenter i nærmiljøet som ønsker å være eier eller deleier av sentralen
- Om eierskapsmodellen er den som best vil fremme frivillighet og øke mulighetene for private og frivillige organisasjoner til å være aktører i forhold til prioriterte samfunnsoppgaver

For å ivareta disse hensyn vil helse- og sosialdirektøren derfor anbefale at kommunen jobber videre med det tredje alternativet.

Arbeidet skal være avsluttet i løpet av februar 2012 for styrebehandling på frivilligsentralenes årsmøter i mars.