



NYE
DRAMMEN
KOMMUNE

Kunnskapsgrunnlag – HELSE- OG SOSIALPOLITIKK



Innhold

| | |
|--|----|
| Innledning | 4 |
| Sammendrag | 5 |
| Forebyggende helsearbeid til voksne..... | 12 |
| Friskliv, læring og mestring..... | 13 |
| Helsestasjon for innvandrere/ flyktinghelsetjeneste/ migrasjonshelse | 15 |
| Smittevern og vaksinasjon | 16 |
| Miljørettet helsevern..... | 17 |
| Forebyggende psykisk helsearbeid..... | 18 |
| Diagnose, behandling, re-/habilitering | 22 |
| Dimensjonering og dekningsgrad | 23 |
| Legetjenester | 23 |
| Kommuneoverlege..... | 25 |
| Fysioterapi og ergoterapi | 26 |
| Hjelpemidler og velferdsteknologi | 27 |
| NAV, Sosialt forebyggende arbeid, tilbud til personer med rusproblemer | 29 |
| Om Kostra | 32 |
| Introduksjonsordningen | 33 |
| Om innholdet i tjenestene | 34 |
| Finansiering utenfor rammen..... | 36 |
| Tjenesteharmonisering med strategier | 36 |
| Vedlegg..... | 38 |
| Vedlegg 1: Kommunale føringer | 39 |
| Vedlegg 2: Relevante nøkkeltall - miljøretta helsevern..... | 39 |
| Vedlegg 3: Fysioterapi og ergoterapi - innretning..... | 40 |
| Vedlegg 4: Om forskjeller i utgiftsbehovet i de tre kommunene | 41 |
| Vedlegg 5: Fakta av betydning for utbetaling av sosialhjelp | 41 |
| Vedlegg 6: Bosetting og kvalifisering av flyktninger | 42 |

Innledning

Politikk av stor betydning for Nye Drammen

Helse og sosialpolitikken spiller en sentral rolle for flere av de overordnede målsetningene i den politiske plattformen for Nye Drammen.

Folkehelse: Den nye kommunen skal prioritere folkehelse, og arbeide aktivt for å forebygge dårlig helse og usunne livsforhold. Politikkområdet påvirker helsen til innbyggerne på mange måter bl.a. gjennom miljørettet helsevern, forebygging av smittsomme sykdommer og bidrag til forebygging av fysiske, psykiske og sosiale utfordringer. Sikring av trygg inntekt/arbeid, bolig, ulike aktiviteter og helsetjenester påvirkes av helse og sosialpolitikken.

Klima og miljø: En rasjonell og publikumsrettet tjenesteyting opprettholdes lokalt. Kort vei til nødvendige helsetjenester som fastlege og fysioterapeut, samt ulike forebyggende tjenester, frisklivstilbud og treffsteder er viktige elementer i klima- og miljøpolitikken.

Regional posisjon: Foregangskommune innen bruk av velferdsteknologi for at mennesker som har behov for tjenester skal oppleve trygghet og mestring. Satsing på hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og hjemmerehabilitering sammen med velferdsteknologiske løsninger, kan sette den nye kommunen på kartet innen helse og sosialpolitikken.

Integrering: I den nye kommunen skal inkludering, mestring og god fysisk og psykisk helse stå i sentrum. Tiltak for å bedre integreringen gjennom bl.a. språkopplæring og arbeidsrettede tiltak, samt samarbeid med frivillige organisasjoner kan påvirkes av helse- og sosialpolitikken.

Frivillighet er en grunnpilar i kommunen sammen med de offentlige tjenestene. Det er viktig at Nye Drammen legger til rette for denne viktige samfunnsressursen og utvikler gode samarbeidsformer til beste for både de frivillige, kommunen og den enkelte innbygger. Samarbeid og tilrettelegging finner allerede sted i mange av kommunenes virksomheter, ikke bare innenfor helse og sosial.

Omfang og avgrensninger:

I dette kunnskapsgrunnlaget belyses følgende områder:

- Forebyggende helsearbeid til voksne
- Frisklivssentral (Friskliv Nedre Eiker, Frisklivscentralen Drammen, Frisklivssentral S)
- Helsestasjon for innvandrere/flyktninghelsetjeneste
- Miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste
- Smittevern
- Vaksinasjonskontoret
- Psykisk helse
- Legetjenester
- Fysioterapi
- Ergoterapi
- Formidling av hjelpemidler
- Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid
- Tilbud til personer med rusproblemer
- Arbeidsrettede tiltak
- Introduksjonsordningen
- Kvalifiseringsordningen
- Ytelse til livsopphold
- Bistand til etablering og opprettelse av egen bolig

Tilgrensende områder som ikke behandles i dette kunnskapsgrunnlaget

- Forebyggende tjenester til barn og unge behandles i kunnskapsgrunnlaget til oppvekst.
- Dagtilbud og tjenester i bolig til brukere av tjenester innenfor psykisk helse og rus behandles i kunnskapsgrunnlaget til pleie og omsorg. Der vil det også være utfyllende informasjon om hverdagsmestring og velferdsteknologi.
- Tiltak mot fattigdom blant barn og unge, som reduserte betalingssetser for barnehage og SFO, behandles i kunnskapsgrunnlaget til skole.
- Aktiviteter som kan bidra til bedre integrering og bedre fysisk og psykisk helse i befolkningen, behandles også i kunnskapsgrunnlaget til kultur, idrett og fritid.
- God samfunnsplanlegging og aktivitets- og fritidstilbud er viktige for å bedre folkehelsen. Dette behandles i andre kunnskapsgrunnlag, bl.a. tekniske tjenester og kultur, idrett og fritid.

Økonomiske rammebetingelser

Totalbudsjettet for helse og sosial i de tre kommunene var i 2016 ca. kr. 574 mill., hvorav Drammen 412,5 mill. kr, Nedre Eiker 132,5 mill. kr, og Svelvik ca. 40 mill. kr. Av dette ble knapt 30 mill. benyttet til forebyggende helsearbeid, knapt 87 mill. ble benyttet til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid, ca. 139 mill. til diagnose, behandling og re-/habilitering, 123 mill. ble brukt på økonomisk bistand og knapt 78 mill. til introduksjonsordningen.

Sammendrag

Folkehelse som satsingsområde

Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand og hvordan denne fordeler seg. Folkehelse omfatter hele mennesket: Levekår, miljø, levevaner, helse og sykdom.

God helse blant befolkningen i Nye Drammen har stor betydning for attraktivitet og kommunens økonomiske handlingsrom. Innsats for å forebygge ensomhet, fysisk og psykisk sykdom og beskyttelse mot helsetrusler vil føre til bedring i folkehelsen på sikt. Tjenestene som beskrives i dette kapitlet er svært avgjørende for folkehelsen i kommunen.

Om temaene

Kunnskapsgrunnlaget for "Annet forebyggende helsearbeid til voksne" inneholder et mangfold av forskjellige tjenester omfattet av en rekke lover.

Kunnskapsgrunnlaget inneholder sentral informasjon om føringer, innretning av tjenestene, relevante nøkkeltall og statistikk, dimensjonering, dekning og kvalitet på de tre hovedområdene; "Forebyggende helsearbeid til voksne", "Diagnose, behandling og re-/habilitering" og "NAV, sosialt forebyggende arbeid og tilbud til personer med rusproblemer".

I tillegg til kunnskapsgrunnlaget er det utarbeidet et faglig forslag til strategier for harmonisering og utvikling i et eget dokument. Kunnskapsgrunnlaget består av et faktagrunnlag med følgende kapitler og hovedfunn.

Forebyggende helsearbeid til voksne

Forebygging og lav terskel for deltakelse er fellesnevner for flere av tjenestene. Flere av tilbudene er ikke-lovpålagte, noe som gjør dem sårbare i økonomisk krevende tider. Bevisst satsing på forebygging og prioritert fokus på folkehelse er nødvendig for å sikre kontinuitet i forebyggingsarbeidet.

Folkehelseloven, smittevernloven og en rekke nasjonale veiledere beskriver kommunens ansvar og god praksis på de forskjellige fagområdene. Temaer i dette kapitlet er:

Friskliv, læring og mestring

Målgruppen for frisklivssentraler er personer i alle aldre som har risiko for, eller har utviklet livsstilsrelatert sykdom, og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Formålet med tiltakene er å hindre eller minske behov for andre helsetjenester og/eller bedre effekten av disse.

Drammen er utviklingssentral for friskliv, noe som betyr prioritert satsing og utvikling, samt å være et forbilde for andre. Dagens kommuner dekker alle felt, men det anbefales at tilbudene samordnes for å utnytte kompetansen best mulig, og at Drammens status som utviklingssentral opprettholdes.

Læring og mestringstilbudene har fokus på mestring av livet til tross for sykdom eller skade. Målet er økt mestring i hverdagen og bedre livskvalitet. Tilbud ytes i form av grupper, kurs, eller som individuell veiledning. Likemannsgrupper drives i samarbeid med frivillige personer og organisasjoner.

Det er ønskelig å utvide lærings- og mestringstilbud, inkludert forebyggende helseteam for eldre, i den nye kommunen. Utvidelsen bør gjøres i samarbeid med brukere, brukerorganisasjoner, frivillig- og privat sektor.

Helsestasjon for innvandrere, flyktninghelsetjeneste og migrasjonshelse

Migrasjonshelse omfatter tjenester til bosatte flyktninger, ikke-bosatte flyktninger, asylsøkere, arbeidsinnvandrere og familiegjenforente i alle aldersgrupper.

De tre kommunene har ulike måter å løse oppgavene på i dag, og tjenestene er spredt på forskjellige fagområder, personer og steder. Å samle migrasjonshelsetjeneste vil gi familier ett oppmøtested å forholde seg til. Drammen kommunes Migrasjonshelsestasjon er et godt eksempel på dette.

Smittevern og vaksinasjon

Smittevern er mangfoldig, fra oppfølging av enkeltpersoner med mulige allmennfarlige sykdommer og rådgivning til avdelinger i forhold til smittsomme sykdommer, til koordinering mot miljørettet helsevern og helseberedskap. Smittevern er et område hvor utfordringene kan oppstå døgnet rundt. Det krever derfor kapasitet til å reagere raskt hele døgnet året gjennom.

Dagens tjenester i kommunene bør harmoniseres ved å gå sammen om en ordning slik Smittevernkontoret fungerer i Drammen.

Utfordringer

- Utfordringer knyttet til smitte og bl.a. multiresistente bakterier er økende, og vil kreve mer fokus og ressurser i fremtiden.
- Den nye kommunen bør vurdere hygienesykepleierfunksjon, og se på muligheter for å etablere et tilbud i forhold til seksuelt overførbare sykdommer, for å sikre tilstrekkelig smittevern i fremtiden.
- Miljørettet helsevern og bedriftshelsetjeneste
- Miljørettet helsevern omfatter mange områder, blant annet kontroll av skoler og barnehager, luftkvalitet, badevann, drikkevann, radon og skadedyr, samt uttalelser i dispensasjonssaker og høringsuttalelser i plansaker.

Utfordringer

- Totalt sett oppleves det manglende kapasitet på tilsynsområdet for å tilfredsstille anbefalinger i forskrifter og veiledere. Det er heller ikke nok kapasitet på forurensningsområdet for oppfølging av tiltak overfor forurenserne/ oppfølging av tiltaksplaner, og det oppleves utfordringer knyttet til involvering tidlig nok i nye byggeprosjekter og rehabilitering i barnehager og skoler. Miljørettet helsevern vil profitere på å være samlet i Nye Drammen bl.a. ved at man kan utføre flere av de pålagte oppgavene innenfor kommunenes samlede ressurser.

Bedriftshelsetjeneste kjøpes av eksterne firmaer i dag. Tjenestene bør fortsatt kjøpes.

Forebyggende psykisk helsearbeid

Tjenester som ligger under dette punktet er rask psykisk helsehjelp, psykologtjeneste knyttet til forebyggende tjenester, oppsøkende Ungdomsteam, Ungdomstorg, alternativ til vold (ATV) og psykososiale kriseteam.

I følge folkehelsebarometeret for 2017, skårer kommunene dårligere enn Norge på psykiske utfordringer i aldersgruppa 15-29 år og legemiddelbruk knyttet til psykiske lidelser. Dette er et område hvor det er særlig behov for tidlig innsats for å hindre at lidelser får utvikle seg.

Alle tilbudene bør ses nærmere på i det videre arbeidet med kommunereform, fordi de henger sammen med andre tjenester og er viktige bidragsyttere til å forebygge psykiske problemer som vil kunne belaste behandlingsapparatet. Innen 2020: Psykososial kriseteam- funksjon må være i drift i hele Nye Drammen 01.01.20. Kriseteamets funksjon i beredskapssammenheng for større hendelser må avklares, slik at psykososial støtte i større hendelser også er ivarettatt fra 01.01.20

Etter 2020: Lavterskel treffsteder

Det vil være behov for å se på de ulike typene dagsenter og lavterskel treffsteder.

Utfordringer

- I tillegg til dagens utfordringer knyttet til høy andel innbyggere med psykisk lidelse, flyttes nå oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Fra 2020 er det lovpålagt å ha psykologer til forebyggende psykisk helsearbeid, men dette er ikke dimensjonert. Det er viktig å opprettholde forebyggende arbeid, og at psykologstillinger prioriteres til dette i den nye kommunen.
- Forebyggende tjenester til ungdom er i dag ikke dimensjonert for å håndtere innbyggerne i hele den nye kommunen. Forebyggende Uteteam har en unik posisjon ovenfor risikoutsatte unge på uformelle arenaer. Uteteamet utfyller det øvrige tjenesteapparatet og har en viktig rolle. Uteteamet og Ungdomstorget bør videreutvikles i ny kommune.

Diagnose, behandling og re-/habilitering

Innholdet i dette kapitlet hjemles i Helse og omsorgstjenesteloven, Helsepersonelloven, Helsetilsynsloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, Folketrygdloven og Folkehelseloven, samt forskrifter og nasjonale føringer på de ulike fagområdene.

Felles for området er at kommunene vektlegger tilgjengelige, helsefremmende og rehabiliterende arbeid der hjelpemidler og velferdsteknologi bidrar til at enkeltpersoner blir mest mulig selvhjulpne og "sjef i eget liv".

Legetjenester

Legetjenester omfatter legevakt, fastleger, sykehjemsleger, helsestasjonsleger, turnusleger/LIS1, rusforebyggende lege, fengselslege, migrasjonslege og skolelege.

Legevaktstjenester av god kvalitet ivaretas for alle kommunene av legevakta i Drammensregionen IKS som omtales i eget prosjekt.

Fastlegeordningen skal sikre at innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer får en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegene er selvstendige næringsdrivende, med fastlegeavtale med kommunene.

Leger tilknyttet sykehjem, helsestasjon og skolehelse er ulikt dimensjonert i de tre kommunene.

Migrasjonslegjetjeneste er en spesialisert tjeneste som bør gis på ett sentralt sted.

Etter 2020: Fastlegeavtalene harmoniseres til å være like i den nye kommunen. Harmonisering av særavtaler og ordninger for utbetaling av basistilskudd. Legedekning på sykehjem og organisering av beredskap/vaktfunksjon samordnes.

Utfordringer

- Kommunene opplever behov for økt medisinsk faglig kompetanse i sykehjem etter samhandlingsreformen.
- Legedekning på de forskjellige institusjonstypene må vurderes, spesielt sett opp mot utviklingen av helseknutepunkt.
- Forestående endringer i spesialistforskriften vil innebære at kommunene får ansvaret for spesialisering innen allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin. Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, medfører at alle leger i kliniske stillinger må være spesialist eller i spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Legene i spesialisering må ha to år i fastlegepraksis innen omtrent fem års arbeid. Dette utfordrer organisering og kontinuitet i de kliniske stillingene.
- Ingen av kommunene har skolelege, skolene bør ha dette.

Kommuneoverlege

Kommuneoverlegen er en funksjon - ikke en person. Kommuneoverlegen har to ulike funksjoner: 1) lokal helsemyndighet og 2) medisinsk faglig rådgivning. Noen oppgaver følger direkte av lovverket; blant annet oppgaver innen beredskap, smittevern, miljørettet helsevern og folkehelse.

Før 2020: Faglig sett er det nødvendig med et samlet fagmiljø /en sentral organisering av kommuneoverlegefunksjonen. For å sikre beredskap og operativ kommuneoverlegefunksjon må dette være fungerende fra 1.1.2020. Det bør ses til andre kommuner av tilsvarende størrelse, for å finne innretning og dimensjonering som sikrer innbyggerne god kvalitet i kommuneoverlegefunksjonen

Fysioterapi og ergoterapi, herunder selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter

Ergo- og fysioterapitjenester driver forebyggende, helsefremmende, behandlende og rehabiliterende arbeid.

Terapeutene har et selvstendig kartleggings- og behandlingsansvar i kommunen. Fysioterapitjenesten innebærer både kommunalt ansatte terapeuter, og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen.

Før 2020: Innbyggerne må sikres lik tilgang til tjenester av god kvalitet og med kontinuitet ved ferie og fravær.

Tjenester til barn og unge må ses i sammenheng med øvrige tjenester i oppvekst.

Etter 2020: Innføre likt avtaleverk for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter (ASA4313). Felles administrasjon av turnusfysioterapiordningen. Felles satsing og fokus på hverdagsrehabilitering.

Utfordringer

- Rekruttering, spesielt ergoterapeuter.
- Ventetid for kartlegging og oppfølging hos fysioterapeuter.
- nærhet til pasienter, samarbeidende enheter og nødvendige hjelpemidler i større kommune.

Hjelpemidler og velferdsteknologi

Kommunen skal sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler. Hjelpemidler er for eksempel seng, rullestol, toalettforhøyer, syns- og hørselshjelpemidler og andre nyere velferdsteknologiske hjelpemidler. Formidling innebærer kartlegging, utprøving, søknadsprosess, tilpassing, opplæring og service/repasasjon. Funksjonen ivaretas via hjelpemiddellagre.

Før 2020: Samordne praksis for gebyrer/egenandeler på hjelpemidler. Inngå ny avtale med NAV hjelpemiddelsentral.

Etter 2020: Vurdere om syns- og hørselstjenesten bør være kommuneovergripende. Vurdere samlokalisering av hjelpemiddellagre. Innlemme velferdsteknologiske hjelpemidler i hjelpemiddellagrene.

Utfordringer:

- Uavklart nasjonal situasjon i forhold til hva som vil bli det fremtidige ansvaret for kommunene. Dette kan medføre betydelige nye kommunale oppgaver og behov for større lagerareal.
- Velferdsteknologiske løsninger og teknisk avanserte hjelpemidler utfordrer kommunene på kompetanse, robusthet, logistikk og organisering av denne tjenesten.
- Ventetid. Når hjelpemidler er på plass raskt ved utskrivelse fra sykehus, kan kostnader knyttet til gebyr for ekstra sykehusdøgn gå ned.

NAV, Sosialt forebyggende arbeid, tilbud til personer med rusproblemer

NAV består av både kommunale og statlige tjenester i et partnerskap. Gjennom partnerskapet har stat og kommune felles ansvar for drift av NAV kontoret, og skal sikre et samordnet tjenestetilbud til brukerne.

Arbeid og bolig skaper trygghet og tilhørighet, og er en viktig grunnstein for god fysisk og psykisk helse. Gode tiltak

på dette området vil redusere sosial ulikhet og bedre levekår for innbyggerne i Nye Drammen kommune. Førrende for tjenestene i dette kapitlet er Lov om sosiale tjenester i NAV, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester samt nasjonale veiledere og tilrådinger på de forskjellige fagområdene.

Sosialt forebyggende arbeid

Tjenesten omhandler alle som arbeider direkte med råd og veiledning og sosialforebyggende arbeid, i og utenfor NAV kontoret.

Tilbud til personer med rusutfordringer

Rusutfordringer må ses i sammenheng med psykiske helseplager, siden psykisk lidelse ofte ses sammen med rusproblematikk. Kommunene fokuserer på helhetlige tjenester til personer i gruppa, men organiserer tjenestene noe forskjellig fordelt mellom NAV og psykisk helse.

Utfordringer:

- Ingen av dagens kommuner har tilfredsstillende etterverntilbud til personer med rusutfordringer. Det er et potensial for å få økte synergieffekter av samarbeid om for eksempel arbeidsrettede tiltak og bedre ettervern.
- Det er behov for styrking av forebyggende arbeid, og å etablere flere lavterskeltilbud. Flere av dagens tiltak er prosjektfinansiert og det vurderes at det er behov for å opprettholde dem etter at prosjektperioden er over.

Arbeidsrettede tiltak

Kommunene har et mangfold av tiltak og samarbeider med privat og frivillig sektor. Eksempler på arbeidsrettede tiltak i kommunene er: "Jobbsjansen", "Ekte kjærlighet" med SIF, "På banen" med MIF, Kjøp av aktivitetspliktjeneste av Svelvik produkter, og kjøp av tiltak til deltagere på introduksjonsprogram, med norsk og arbeidsutprøving i bedrift.

Utfordringer:

- Å sikre at arbeidsrettede tiltak i større grad fører til ordinært arbeid. NAV må bli tettere på i oppfølging av arbeidsgivere og ha økt fokus på jobbmatch.
- Utdanningsnivå og «drop out» fra skole: Innbyggerne i Nye Drammen ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder utdanning. Til tross for at kommunene har fokus på arbeidsretting og benytter aktivitetsplikt, er det mange som står langt fra arbeidsmarkedet pga. språk, lav kompetanse, rusproblemer etc.

Introduksjonsordningen

Tjenestene dimensjoneres i forhold til antall bosatte flyktninger.

Utfordringer:

- En stor andel av flyktningene er ikke selvforsørgende mens de er på Introduksjonsstønad - en stor andel er avhengig av supplerende sosialhjelp til ekstraordinære utgifter og noen også til livsopphold. Etter avsluttet Introduksjonsprogram går flere enn halvparten over i arbeid eller utdanning, men på grunn av lav stillingsprosent er mange ikke selvforsørget.

Kvalifiseringsordningen

Formålet med ordningen er å bidra til at flere kommer i arbeid og målgruppen er personer i yrkesaktiv alder med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold etter folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven.

Staten forbereder endringer i sosialtjenesteloven om KVP som har som formål å gjøre KVP mer fleksibelt og tilgjengelig både når det gjelder tiltak knytte til arbeid og utdanning. Det er forventet at antallet på KVP vil øke, som følge av denne lovendringen.

Ytelser til livsopphold

Alle kommuner bruker veiledende satser for økonomisk sosialhjelp.

Bistand til opprettholdelse av egen bolig

Tjenesten «midlertidig bolig» forvaltes i NAV, i henhold til sosialtjenesteloven. Kommunene har egen boligjeneste, som blant annet forvalter kommunale utleieboliger og gir råd og veiledning til vanskeligstilte. Noen av kommunenes tiltak for å bistå personer med utfordringer knyttet til å bo i egen bolig er prosjektfinansiert.

Utfordringer

- Kommunene oppleves å ha tilstrekkelig antall utleieboliger, men boligsøkerne endrer seg, og det er behov for en større differensiering av botilbudet for å møte ulike brukerbehov.
- Tilbudet som gis gjennom prosjektene er av stor betydning for brukergruppa, og det vurderes at det er behov for å opprettholde dem etter at prosjektperioden er over.

Føringer i den politiske plattformen

Den politiske plattformen legger følgende generelle føringer for tjenestetilbudet og samfunnsutviklingen:

- Den nye kommunen skal drive framtidsrettet samfunnsbygging
- Det skal tilrettelegges for et miljøvennlig transportmønster
- Den nye kommunen skal bygge sterkere lokaldemokratiske løsninger gjennom å ta tettstedene og bygdene aktivt i bruk
- Den nye kommunen skal bygges som en flerkjernet kommune med utgangspunkt i hvert områdes unike kvaliteter
- En rasjonell og publikumsrettet tjenesteyting opprettholdes lokalt
- Frivillighet er en grunnpilar i den nye kommunen, og innbyggerne skal stimuleres til å delta i frivillig arbeid

Den politiske plattformen stadfester at utvikling av lokaldemokratiet skal gis høy prioritet i alle deler av kommunen.

- Nærmiljøperspektivet skal være gjennomgående i alle de syv forslagene til fagmiljøenes første forslag til strategi for videre utvikling av tjenestene
- Delprosjektene skal vurdere hvordan tjenesteutviklingen kan bidra til å styrke lokalmiljøene i samspill med andre faktorer, herunder hvordan offentlige bygg kan åpnes opp til bruk av lokalbefolkningen Helse og sosial

Den politiske plattformen legger følgende særskilte føringer for tjenesteområdet helse og sosial:

- Den nye kommunen ønsker flere oppgaver fra stat og kommune, spesielt innen rus og psykisk helse
- Systematisk stedsutviklingsarbeid i hele kommunen over tid gir resultater i form av økt tilhørighet til stedet og kommunen, bedre livskvalitet og folkehelse
- Den nye kommunen skal prioritere folkehelse og arbeide aktivt for å forebygge dårlig helse og usunne livsforhold
- I den nye kommunen skal inkludering, mestring og god fysisk og psykisk helse stå i sentrum
- Det skal tilbys helse- og omsorgstjenester nærmest mulig der folk bor
- Ressurser skal prioriteres til tidlig innsats og forebyggende arbeid
- Tjenestetilbudet skal opprettholdes lokalt, og være rasjonelt, effektivt og publikumsrettet
- Gevinster skal tas ut i form av bedre tjenester til innbyggerne. Dette innebærer også at ressurser skal prioriteres til forebyggende arbeid.
- Innbyggerne skal kjenne tilhørighet gjennom oppvekst, voksenliv og alderdom
- Lokale fagmiljø bør opprettholdes der lokal tilknytning fremmer kvalitet i tjenesteleveransen
- Det er et mål at folk kan bo trygt hjemme, lengst mulig. Ny kommune vil legge til rette for dette med hverdagsmestring, bruk av velferdsteknologi og gode dagaktivitetstilbud
- Ny kommune skal være en foregangskommune innen bruk av velferdsteknologi for at mennesker som har behov for tjenester skal oppleve trygghet og mestring

Overordnet fokus for alle områdene

Folkehelse er et felles satsingsområde både i det politiske grunnlaget for kommunesammenslåing og i den enkelte kommune. God folkehelse forebygger sykdom og skade, og behov for helsetjenester blant innbyggerne. Folkehelsa i kommunen har stor betydning for kommuneøkonomien, og bidrar til å bestemme hvor mye av kommunens budsjett som må brukes på helse- og sosialtjenester.

Tjenestene som beskrives i dette kapitlet er svært avgjørende for folkehelsa i kommunen. Samtidig er flere av tjenestene lavterskel, ikke-lovpålagte og prosjektfinansierte i dag. Forebyggende tjenester er også utfordrende å måle i korte tidsforløp fordi det er mange faktorer som spiller inn. Til sammen gjør dette prioritering av tjenestene sårbare når kommuneøkonomien er stram.

De viktigste forebyggende tiltakene er rettet mot hvordan kommunen ivaretar barn, unge og familier – folkehelsesatsing må derfor koordineres med satsing og tiltak på oppvekstfeltet. Kulturfeltet er også viktig, siden mange tiltak og tilbud her bygger opp under god fysisk og psykisk helse. En stor del av folkehelsearbeidet er knyttet opp til samfunnsplanlegging som er regulert i plan og bygningsloven.

I tillegg til å forebygge helseutfordringer og livsstilssykdommer, handler det om å forebygge utenforskap, sikre bolig og inntekt, hindre oppblomstring og utbrudd av smittsomme sykdommer, eller bidra til å mestre en hverdag med kronisk sykdom eller smerte.

Definisjoner:

- Med dimensjonering menes kapasitet/dekningsgrad/ størrelse med tanke på kapasitet.
- Med harmonisering menes utjevning av eventuelle forskjeller i f.eks. brukerbetaling og tilgang til tjenester.
- Frisklivssentral: En kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer.
- Friskliv: Fokus på å endre levevaner for å hindre utvikling av fysiske, psykiske og sosiale utfordringer.
- Læring og mestring: Fokus på å mestre allerede oppståtte helseutfordringer.
- Miljørettet helsevern: Omfatter alt i vårt miljø som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen; det innebærer fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøfaktorer.
- Migrasjonshelse: Helsetiltak knyttet til innbyggere som har innvandret. Bosatte flyktninger, ikke bosatte flyktninger, arbeidsinnvandrere, asylsøkere, familiegjennforente.
- Rehabilitering og habilitering: Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet. Ulikheter i metodisk tilnærming kan grovt inndeles i ny-læring og re-læring. (Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator IS-2651)
- Kommunalt hjelpemiddellager: Lager og formidlingssentral for hjelpemidler med forventet behov hos bruker inntil 2 år, inkludert velferdsteknologiske hjelpemidler.
- Velferdsteknologi: teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. (NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg)

Nasjonale føringer

- Folkehelseloven kapittel 3
- Lov om sosiale tjenester i NAV (sosialtjenesteloven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm
- Helsepersonelloven
- Helsetilsynsloven
- Smittevernloven med tilhørende forskrifter
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Lov om folketrygd
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Meld. St. (2017-2018) En kvalitetsreform for eldre
- Meld. St. 19 Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter
- IS – 1896 Veileder for kommunale frisklivssentraler
- FoU 2018:00201 : “en samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer” (KS, 2018)
- IS-2076 Sammen om mestring
- Morgendagens omsorg St.meld. 29 (Brukernes medborger og medvirkningsansvar)
- Meld. St. 26: Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 34: Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering
- IS – 2428: “Mestring, samhörighet og håp – veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer” (Helsedirektoratet)
- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, og veileder IS-2651
- Standard metode 2011-versjon. Arbeidsmetode. Utvikling, gjennomføring og evaluering av LMS tilbud. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (2011).
- Forskrift om miljørettet helsevern
- Forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager
- IS – 1022: Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene

- Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger
- ASA 4310 – Rammeavtalen mellom KS og den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.
- ASA 4313 - Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund om drift av selvstendig næringsdrivendes fysioterapivirksomhet
- Forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter til fysioterapitjenesten
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid og helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale
- Meld. St. 33: (2015-2016) NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet
- Tilrådning til NAV-direktøren avgitt 13.01.17: Utvikling av NAV – kontor - større handlingsrom og ansvar
- NOU 2011:7 «Velferd og migrasjon – den norske modellens fremtid» («Brochmann 1»)
- NOU 2017:2 «Integrasjon og tillitt» («Brochmann2»)
- FAFO- rapport 2017:31 «Introduksjonsprogram og norskopplæring – Hva virker for hvem?»
- «Bolig for velferd» - nasjonal strategi for boligsosialt arbeid
- «Sammen om mestring» - veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne
- Q 27/2015 – «Samarbeid mellom kommunen og arbeids- og velferdsetaten om introduksjonsordningen for nyankomne innvandrere»
- Samhandlingsreformen – betaling for utskrivningsklare brukere innen psykisk helse og rus planlagt innført fra 2019



Forebyggende helsearbeid til voksne

Innledning

Forebyggende helsearbeid handler om frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud, og omfatter både primær, -sekundær og tertiærforebyggende tiltak. "Det er viktig at kommunene tenker helhetlig når de skal forebygge helseproblemer. Det er ikke alltid det nødvendigvis er helsetjenester som trengs. Personer med lettere psykiske problemer strever kanskje også med arbeidsledighet, økonomisk usikkerhet eller trøblete sosiale relasjoner. Da vil et tilbud som tar for seg alle disse aspektene, være mer lønnsomt enn en spisset helsetjeneste som fokuserer på angst- og depresjonsbehandling." (KS FoU-rapport 2018:00201)

Sitatet over er hentet fra en fersk FoU-rapport, og selv om psykisk helse er fokus her, ser arbeidsgruppen at oppfatningen om å fokusere på livssituasjon er nyttig også for målgruppene i andre tjenester i dette kapitlet.

Friskliv, læring og mestring

Innretning

Frisklivssentral

"Frisklivssentralene skal gi kunnskapsbasert støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Alle frisklivssentraler skal ha et strukturert, individuelt tilpasset og tidsavgrenset tilbud om støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus og røykeslutt." I tillegg anbefales det at frisklivssentraler "har tilbud til personer med lettere psykiske plager, søvnvansker og/eller risikofyllt alkoholbruk". (IS – 1896 Veileder for kommunale frisklivssentraler, kap. 3)

Prosjektgruppen har valgt å behandle friskliv og læring og mestring under ett, for å få frem likheter og forskjeller. Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet, livsstilsrelatert sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudene ved frisklivssentralen er i hovedsak diagnoseuspesifikke. Formålet med tiltakene er å hindre eller minske behov for andre helsetjenester og/eller bedre effekten av disse.

Drammen har fokus på innvandrergupper blant annet med å tilby egen kvinnegruppe for dem som ikke ønsker å trene i gruppe med begge kjønn. Nedre Eiker har fokus på tidlig innsats gjennom tilbud som forebygger overvekt/inaktivitet hos barn. Her ser man at satsingen har effekt ut over å hindre overvekt og inaktivitet, blant annet ved at tilbudet hindrer utenforskap.

Læring og mestring

Læring og mestring har en utvidet målgruppe, med fokus på tilbud som bygger opp under mestring av livet til tross for sykdom eller skade. Lærings- og mestringssenteret i Drammen er et lavterskeltilbud, som tilbyr grupper eller kurs etter individuell samtale. Målet er økt mestring i hverdagen og bedre livskvalitet. Lærings- og mestringssenteret i Drammen koordinerer et forebyggende team av ti sykepleiere fra helse og omsorgsdistriktene. Teamet har målgruppen eldre >75 år. De driver oppsøkende virksomhet og bidrar til råd og veiledning, samt noe kartlegging av funksjon.

Kommunene har samme tilnærming til tjenestene: Tilbud ytes i form av grupper, kurs, eller som individuell veiledning. Likemannsgrupper drives i samarbeid med frivillige personer og organisasjoner.

Lokalisering

Frisklivssentralen og lærings- og mestringssenteret er i Drammen samorganisert, men ikke samlokalisert. Frisklivssentralen er lokalisert ved Idrettens hus på Marienlyst, og lærings- og mestringssenteret på Landfalløya. Tilbud utformes med systematisk brukermedvirkning, sammen med nasjonale/lokale føringer og folkehelseprofil. Tilbudene er funksjonsrettet. Det oppleves at behovet er større enn tilbudet som gis – det er kun de dårligst stilte i målgruppene som får plass og alle kommunene har i dag ventelister.

Drammen er utviklingssentral for friskliv, noe som betyr prioritert satsing og utvikling, samt å være et forbilde for andre. Nedre Eiker og Svelvik har ikke lærings- og mestringssenter. For Nedre Eiker fungerer frisklivstilbudet også som et lærings- og mestringstilbud. Det er lokalisert ved Bråta helse- og aktivitetssenter mens tiltakene gjennomføres ute i kommunen. I Svelvik er Frisklivssentralen lokalisert på Brenna, mens tiltakene utføres ute i kommunen. Kommunene har ulik grad av bruk av frivillige i forhold til frisklivstilbud og likemannsarbeid.

Relevante nøkkeltall

| Grunnlagsdata per 2016 | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | De tre kommunene | KOSTRA 13 | ASSS* u/ Oslo |
|--|---------|-------------|---------|------------------|-----------|---------------|
| Netto driftsutgifter til forebyggende helsearbeid, per innbygger | 438 | 286 | 335 | 393 | 171 | 181 |
| Årsverk av kommunale fysioterapeuter pr. 10 000 innbyggere. Funksjon 232, 233, 241 og 253. | 3,6 | 3,1 | 3,0 | 3,4 | 3,4 | 3,6 |

* ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner

Det er gjort et forsøk på å sette opp sammenlignbare tall for de tre kommunene. Imidlertid organiseres tiltakene forskjellig i de tre kommunene. Hvor man registrerer detaljene i hver KOSTRA kode vil også kunne variere. Sammenligningsgrunnlaget er derfor usikkert. På grunn av dette er det gjort en jobb med å beskrive tjenestetilbudene. Svelvik fikk først Frisklivssentral høsten 2017.

Netto driftsutgifter nevnt over gjelder alle innbyggere i kommunen, slik at personer under 18 år også er inkludert i tallene. Det er forskjell på tjenestetilbudet mellom kommunene. Drammen har blant annet folkehelsekoordinator, lærings- og mestringssenter, forebyggende helseteam for eldre og et bredere vaksinasjonstilbud enn Nedre Eiker og Svelvik. Forskjellene er ytterligere styrket ved at Nedre Eiker og Svelvik har ført deler av de relevante kostnadene på hjemmetjenester (KOSTRA kode 254. KOSTRA veilederen åpner for at kostnader med liten andel av stilling kan føres på en overordnet KOSTRA kode¹.)

Finansiering ut over rammefinansiering

Innen psykisk helse og rus har kommunene flere tilbud som finansieres gjennom prosjektmidler eller tilskudd. Kommunesammenslåing kan føre til at tilskudd endres. Etter endt prosjektperiode eller når tilskuddene trappes ned, må det vurderes om arbeidet skal avsluttes eller fases inn i ordinær drift i budsjettbehandlingen. Fylkeskommunen gir tilskudd til friskliv. Sammenslåing av kommunene kan medføre reduksjon i tilskuddet. Svelvik søker slike midler i Vestfold, og det er usikkert om tilskuddsmidler videreføres fra 2020. Noen av midlene omfatter også tiltak i kostragruppe 232.

| Prosjekt/funksjon | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | Kommentar |
|--------------------------------------|---------|-------------|---------|-------------------------------------|
| "Bli boende" | | X | | Prosjektfinansiert |
| Friskliv | | | X | Prosjektfinansiert |
| Statstilskudd fysioterapeuter | X | X | X | Har betydning for frisklivstilbudet |
| "Fra tjenestemottaker til frivillig" | | X | | |

Dimensjonering

Frisklivssentralene har fast personale av fysioterapeuter. Lærings- og mestringssenteret i Drammen har en kombinasjon av fast ansatte samt at virksomhetene i HSO tilfører personalressurs til å drifte de ulike tilbudene i en matriseorganisert modell.

Harmonisering

Friskliv

Den nye kommunen bør ha fokus på alle områdene som beskrives i kommunal veileder: Kosthold, fysisk aktivitet, snus og røykeslutt, i tillegg lettere psykiske helseplager, søvnmestring og lettere alkoholoverforbruk.

Til sammen dekker dagens kommuner alle felt, men det anbefales at tilbudene samordnes for å utnytte kompetansen best mulig. Drammens status som utviklingsentral bør opprettholdes med et solid basistilbud.

1) https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/_attachment/302293?_ts=15b33dabd28 Punkt 2.3.1

Læring og mestring

Det er ønskelig å utvide Drammens lærings- og mestringstilbud, inkl. forebyggende helseteam for eldre, i den nye kommunen. Det må legges til grunn et brukersamarbeid og dialog med brukerorganisasjoner, frivillig- og privat sektor med tanke på hvilke tilbud som skal igangsettes ut fra behov.

Det anbefales tett samarbeid mellom læring og mestring, friskliv og rask psykisk helsehjelp for å sikre et godt fagmiljø som drar veksler på hverandres kompetanse, et harmonisert tilbud til brukerne, kontinuitet i tilbudene og robuste tjenester.

Dagens nærmiljøprofil

Se «Lokalisering»

Kvalitet Se Folkehelseinstituttets folkehelseprofil i kapittel

Utfordringer

Satsing på forebyggende helsetjenester er et strategisk valg som krever ressurser, men som vil resultere i bedre fysisk og psykisk helse, færre sosiale utfordringer i befolkningen, og bidra til sunn utvikling av kommuneøkonomien på sikt. Utfordringen ligger i å prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid for å forhindre stor og økende belastning på behandlingstjenester i framtiden.

Strategisk satsing på forebygging vil innebære å utforme tilbudet slik at kommunen når flest mulig i målgruppene og at tilbudene opprettholdes, endres og videreutvikles også i trange økonomiske tider.

I dagens kommuner er oppfølging og rapportering på prosjektmidler fordelt på mange personer. Dette er risikabelt med tanke på å gå glipp av midler, og bør ses på for harmonisering og utvikling.

Tilbud som tilskuddsfinansieres må vurderes og tas med i budsjettbehandling i den nye kommunen.

Rask psykisk helsehjelp innarbeides i budsjett, og prioriteres som tjenesteform i Nye Drammen kommune fra 2020.

Organisering

Det er viktig å ha fokus på det friske, og arbeide for å hindre overgang til andre helsetjenester.

Hele stillinger vil bidra til å opprettholde tilbud. Der friskliv er del av en stilling, blir frisklivsarbeidet fort nedprioritert når andre oppgaver står i kø.

Samarbeid med frivillige og tilknytning til lag og foreninger er viktig både i frisklivssatsingen og i lærings- og mestringstilbudene. Fremtidig organisering bør videreutvikle det gode samarbeidet med frivillige som allerede er etablert i kommunene i dag.

Helsestasjon for innvandrere/ flyktninghelsetjeneste/ migrasjonshelse

“God migrasjonshelse er viktig for folkehelsa. Oversikt og kunnskap om migrasjonshelse er avgjørende for samfunnets evne til å ivareta god helse og pasientsikkerhet for hele befolkningen, inkludert de som har flyttet fra andre land” (Folkehelseinstituttet).

Migrasjonshelse omfatter tjenester til bosatte flyktninger, ikke-bosatte flyktninger, asylsøkere, arbeidsinnvandrere og familiegjenforente i alle aldersgrupper.

Innretning

Drammen har migrasjonshelsetjeneste som en del av smittevernkontoret. Kontoret ivaretar lovpålagte oppgaver med oppfølging av asylsøkere til fastlege er etablert, og med oppfølging av flyktninger og asylsøkere. MIGRA helsestasjon i Drammen har eget tilbud til alle flyktninger og innvandrere med barn i alderen 0-18 år.

Nedre Eiker har helsesøstertjeneste i 0,8 prosent stilling organisert i flyktingetjenesten, og psykolog i 50 prosent stilling. Tjenesten dimensjoneres i forhold til antall flyktninger som mottas etter kommunestyrevedtak, og gjelder kun flyktingene.

Svelvik har ingen øremerkede stillinger på dette området. Kommuneoverlege og helsesøster sørger for nødvendig oppfølging og sørger for fastlegeordning for flyktninger, arbeidsinnvandrere og andre i denne gruppen.

Relevante nøkkeltall

| Kommune | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|-----------------------------------|---------|-------------|---------|
| Antall Flyktninger undersøkt 2017 | 67 | 64 | 23 |
| Antall asylsøkere undersøkt 2017 | 139 | 0 | 0 |

Dimensjonering

De tre kommunene har ulike måter å løse oppgavene på, og tjenestene er spredt på forskjellige fagområder, personer og steder. Det er behov for større grad av samordning av helseundersøkelsen, og den første oppfølgingen av familiene ettersom flere aktører er inne med ulike tjenester.

Harmonisering

Arbeidsgruppen anbefaler at dagens tilbud opprettholdes, men at tilbudet samordnes og effektiviseres. Drammen kommunes Migrasjonshelsestasjon er et godt eksempel. Fagfolk med kompetanse på migrasjonshelse kartlegger og starter nødvendig forebyggende helsetjenester for å sikre overgang til det ordinære helsestasjon- og skolehelsetjenestetilbudet. Gjelder i dag for barn alder 0-18 år. Ved å samle all migrasjonshelsetjeneste vil det gi familier ett oppmøtested å forholde seg til. Lokalisering kan sees i sammenheng med introduksjonscenter for flyktinger og andre relevante tjenester for denne gruppa.

Dagens nærmiljøprofil

Tjenestene er sentralisert i hver kommune.

Smittevern og vaksinasjon

Smittevernoppgaver er økende både i omfang og faglige utfordringer. Oppgavene favner fra å organisere oppfølging av enkeltpersoner med mulige allmennfarlige sykdommer til å bidra i rådgivning inn mot andre tjenester i kommunen i forhold til smittsomme sykdommer. Det kan dreie seg om legionella forebygging, smittsom hjernehinnebetennelse, tuberkuloseforebygging, MRSA, borreliose eller hyppigere sykdommer som norovirus. Oppgavene krever god koordinering av de samfunnsmedisinske arbeidsoppgavene fra miljørettet helsevern til helseberedskap. Smittevern er et fagområde hvor utfordringene kan oppstå døgnet rundt. Det krever derfor kapasitet til å reagere raskt hele døgnet året gjennom.

Innretning

Drammen har eget smittevernkontor og 40 prosent smittevernoverlege som håndterer vaksinasjoner og smittevernarbeid. Reisevaksinasjonen ved smittevernkontoret i Drammen finansierer delvis at man kan ha nok sykepleierressurser til smittevernberedskap i kommunen.

Nedre Eiker har smittevern som del av kommuneoverlegestillingen, og kjøper vaksinasjonstjenester fra Øvre Eiker (reisevaksinasjon), fastleger vaksinerer 50 prosent.

I tillegg har kommunene fagsykepleiere som følger opp smittevernlegens råd og anbefalinger, og bla bidrar med å utarbeide lovpålagt infeksjonskontrollprogram for institusjonene.

Svelvik benytter fastleger til smittevernarbeid, og smittevernkontoret i Drammen til reisevaksinasjon.

Relevante nøkkeltall

Som en indikator på arbeidsmengde innen dette området bruker vi oppfølging i forhold til tuberkulose hvor det er lov og forskriftsfestede arbeidsoppgaver

| 2017 | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|--|---------|-------------|---------|
| Tuberkulose | | | |
| Antall personer som har møtt til kontroll | 323 | 300 | 324 |
| Antall personer satt på medikamentell behandling (DOT) | 12 | 4 | 0 |
| herav syke | 2 | 1 | 0 |
| Øvrige smittsomme sykdommer | | | |
| Antall nominative meldinger | 153 | 58 | 20 |
| Reisemedisin | | | |
| Reisemedisinske konsultasjoner | 3844 | | 0 |
| Vaksiner satt til sammen | 8176 | | 0 |
| Antall influensavaksiner sesonginfluensa | 824 | 1210* | 810 |
| Antall personer som er pneumokokkvaksinert | 260 | 37* | 0 |

| 2017 | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|---|---------|-------------|---------|
| Mottak av innvandrere/flyktninger/asylsøkere | | | |
| Ankomst mottak | 139 | | |
| 1.gangs helsesamtale | 151 | | |

*Settes av fastlegene

Smittevernkontoret i Drammen har i 2017 distribuert 6820 (tilsvarende tall for 2016 var 6000 vaksinedoser) influensa-vaksiner til byens fastleger, sykehjemmene og egen drift. Tall for reisevaksiner utført i Drammen omfatter også Svelvik.

Finansiering

Reisevaksinasjon genererer inntekter som føres tilbake i smittevernkontorets budsjett. Dette muliggjør beredskapskapasitet for smitteutbrudd.

Harmonisering

Nedre Eikers avtale om kjøp av reisevaksinasjon med Øvre Eiker sies opp per 01.01.20. Arbeidsgruppa anbefaler en harmonisering av tilbudet ved å gå sammen om en ordning slik Smittevernkontoret fungerer i Drammen.

Dagens nærmiljøprofil

Tjenestene er spesialisert, derfor er de sentralisert. Dette er også viktig i en beredskapssituasjon.

Andre forebyggende tiltak

Fagområdet er et av få områder hvor lowerket legger oppgaver direkte til smittevernlege/ kommuneoverlege. Samarbeid med Vestre Viken HF og Folkehelseinstituttet er viktige arbeidsområder.

Utfordringer

Utfordringer knyttet til smitte og bl.a. multiresistente bakterier er økende. Det er viktig at smittevernarbeidet følges nøye opp i kommunale helsetjenester, og for å sikre tilstrekkelig smittevern vil en hygiesykepleier kunne bistå tjenestene med kompetanse inn i virksomheter og avdelinger for å sikre tilstrekkelig smittevern også i fremtiden. Denne må samarbeide nært med smittevernoverlege/kommuneoverlege.

Arbeidsgruppen anbefaler også at kommunen ser nærmere på muligheten for å etablere et tilbud i forhold til seksuelt overførbare sykdommer, for eksempel koblet opp mot Ungdomstorget i Drammen, da dette er et økende problem blant ungdom.

Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern (mhv) er en lovpålagt tjeneste jf. Folkehelseloven kap.3. Tjenesten følger opp to lover og tolv forskrifter på vegne av kommunestyret. Miljørettet helsevern omfatter mange områder, blant annet kontroll av skoler og barnehager, frisørtjeneste, fotpleie, solarier, støy, lukt, luftkvalitet, badevann, drikkevann, radon, skadedyr, dispensasjonssaker og høringsuttalelser i plansaker.

Innretning

I Drammen er tjenesten kommunal forurensningsmyndighet på lokal luftkvalitet etter forurensningsforskriften Kap.7, og drifter målestasjoner, rapporterer luftkvaliteten og jobber for at grenseverdiene ikke overstiges. Det går med ca. halvt årsverk til dette arbeidet per i dag. To årsverk brukes i det øvrige miljørettede helsevernarbeidet. I tillegg er dette en del av kommuneoverlegens ansvarsområde.

Miljørettet helsevern i Nedre Eiker er en 50 prosent stilling som rådgiver i tillegg til kommuneoverlegene. Som kommuneoverlegene deles rådgiverstillingen med Øvre Eiker. Det vil si at Nedre Eiker har 50 prosent stilling innen miljørettet helsevern i tillegg til kommuneoverlegens ressursbruk som er ca. 20 prosent.

I Svelvik har kommuneoverlegen ansvar for miljørettet helsevern og i tillegg kjøpes tjenester av miljørettet helsevern i Vestfold, totalt tilsvarende ca. 35 prosent stilling. Tjenestene i Vestfold sørger også for veterinærvakt og utsteding av hygienesertifikat for skip.

I Nedre Eiker og Svelvik har kommuneoverlegen delegert myndighet til å fatte vedtak etter folkehelseloven, i Drammen ligger dette til virksomhetsleder for helsetjenester.

Finansiering

Svelvik kjøper MHV- tjenester i Vestfold. I 2017 utgjorde tjenestene 220 000,- kr.

Dimensjonering

Tjenestene i Drammen og Nedre Eiker utfører et omfattende og godt dekkende arbeid, men har manglende kapasitet på tilsynssiden for å kunne tilfredsstillende anbefalinger i forskrifter og veiledere. Det er ikke god nok kapasitet på forurensningssiden vedrørende oppfølging av tiltak overfor forurenserne/oppfølging av tiltaksplan. Miljørettet helsevern har også utfordringer knyttet til involvering tidlig nok i nye byggeprosjekter og rehabilitering i barnehager og skoler. Ordningen i Svelvik vurderes som tilstrekkelig, men det er viktig å videreføre ressursene

Harmonisering

Harmoniseres fra 2020: Svelvik har sagt opp avtalen om Miljørettet helsevern med Vestfold, med virkning fra 01.01.20. Nedre Eiker og Øvre Eiker har en felles forståelse av avslutning av nåværende avtale om kommuneoverlegefunksjonen, samt miljørettet helsevern ved overgang til ny kommune per 31.12.19. Miljørettet helsevern er en liten spesialisert tjeneste som det vurderes at vil styrkes ved å være samlet i Nye Drammen. Gevinstrealisering vil være at man kan utføre flere av de pålagte oppgavene innenfor de ressursene kommunene har til sammen.

Dagens nærmiljøprofil

Tjenestene er spesialisert, derfor er de sentralisert i dag. Det er ikke behov for at tjenestene desentraliseres.

Kvalitet

Se Kommuneoversikt miljørettet helsevern i vedlegg, relevante nøkkeltall. Oversikten viser også at tjenesten ikke er dimensjonert opp til nasjonalt nivå.

Bedriftshelsetjeneste

Tjenesten kjøpes av alle kommuner i dag. Arbeidsgruppen anbefaler at bedriftshelsetjeneste i ny kommune samordnes, men fremdeles skal kjøpes eksternt. Dette er viktig blant annet for tjenestens kontrollfunksjon, slik at kommunen ikke kontrollerer seg selv.

Forebyggende psykisk helsearbeid

Alle tre kommunene skårer dårligere enn Norge på psykiske utfordringer i aldersgruppa 15-29 år, og legemiddelbruk innenfor psykisk helse på folkehelsebarometeret. Dette er derfor et område hvor det er et særlig behov for å sette inn tiltak tidlig for å hindre at psykisk uhelse utvikler seg, og ha gode lavterskel tiltak for å behandle lettere symptomer. Dette dokumentet omhandler forebyggende tjenester. Se prosjektarbeid fra arbeidsgruppe AP 2.4, kunnskapsgrunnlag pleie og omsorg, kapittel "psykisk helse og rus" for øvrig psykisk helsearbeid.

Temaområdene som ligger under dette punktet er rask psykisk helsehjelp, psykologtjeneste knyttet til forebyggende tjenester, oppsøkende ungdomsteam, Ungdomstorg, alternativ til vold (ATV) og psykososiale kriseteam. Områdene er mange, men relativt små. Arbeidsgruppa har valgt å behandle dem under ett, og kommentere enkeltområdene der det er behov.

SLT (Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak) – koordinator er også en viktig forebyggende funksjon, men omtales i kunnskapsgrunnlaget til oppvekst.

Innretning

Rask psykisk helsehjelp

Drammen og Nedre Eiker ønsker å satse på Rask psykisk helsehjelp (RPH), og begge kommunene har prosjektmidler på dette 2017 - 2020. Målgruppen er voksne over 18 år med lette til moderate angst og depresjonsplager, eventuelt med søvnvansker i tillegg.

Rask psykisk helsehjelp baserer seg på kognitiv terapi og tilbudet rulles ut likt i hele Norge. Tilbudet følger en trappetrinns-modell:

- Gruppetilbud i form av mestringskurs
- Veiledet selvhjelp hvor det henvises til selvhjelpsmateriale
- Telefonkonsultasjon, eller mer tradisjonell samtalerterapi med relativt kort varighet. Tilbudet er lavterskel. Erfaringer og følgeforskning viser at tiltaket har effekt

Psykologer knyttet til forebyggende psykisk helsearbeid

Kommunepsykolog er lovpålagt tjeneste fra 2020 for å forebygge og fange opp psykiske plager. Drammen kommune har flere delvis prosjektfinansierte psykologer i helsetjenesten som jobber innen læring, mestring og pårørendearbeid, samt psykisk helse og rus.

Nedre Eiker har to prosjektfinansierte stillinger, en delt mellom flyktingtjenesten, psykisk helse og rus, og en knyttet til rask psykisk helsehjelp.

Svelvik har fått prosjektfinansiert stilling til å jobbe med målgruppen psykisk helse og rusomsorg. Stillingen skal lyses ut i løpet av våren 2018.

Oppsøkende Uteteam

Drammen har oppsøkende team for målgruppe 13 – 23 år som driver forebyggende sosialt arbeid på de arenaene ungdommene befinner seg på. Forebyggende Uteteam jobber etter metodikken oppsøkende sosialt arbeid. De driver langsiktig, strategisk forebyggende arbeid rettet mot risikoutsatte unge i det offentlige rom. Dette innebærer kontakt og relasjonsbygging med miljøer og individer som av ulike grunner faller utenfor det eksisterende hjelpeapparatet. Uteteamet oppsøker kommunens skoler regelmessig og bruker mye tid i Drammen sentrum og i samtlige bydeler. Uteteamet jobber også kveld og helg.

Ungdomstorget

Drammen har gratis veiledningstilbud til ungdommer mellom 13 og 25 år, samt foreldre og samarbeidspartnere. Ungdomstorget er et lavterskeltilbud til ungdom og pårørende etter prinsippet «en dør inn». Mange kommunale og fylkeskommunale tjenester bidrar med ressurser til å bemanne kontoret til faste tider. De involverte tjenestene er forebyggende Uteteam, NAV, PHR (Psykisk helse og rus), oppfølgingstjenesten, barnevernet, ungdomshelsetjenesten og Introduksjonscenteret. Ungdomstorget kan gi råd, veiledning og støttesamtaler og har ulike kurstilbud til ungdom. Her kan man komme som drop-in eller bestille time på forhånd.

Tilskudd til eksterne organisasjoner

Drammen yter tilskudd til følgende ideelle organisasjoner som bidrar til å forebygge; Fontenehuset, Organisasjonen Voksne for Barn, Mental Helse Ungdom Nedre Buskerud, Mental Helse Drammen, Mental Helse Drammen - "Bruløpet", RIO Buskerud, Bragernes Blå kors/Steg for steg, De Norske lenker, Strømsgodset Gatelaget, Evangeliesenteret Kontakten/Guts og Levende verksted. Budsjetttrammen er på ca. 3,5 millioner hvorav 2,3 millioner går til Fontenehuset.

Nedre Eiker: tilskudd til mental helse Nedre Eiker.

Psykososial vaktjeneste/ Psykososialt kriseteam (PKT)

Drammen ved avdeling sosial vaktjeneste og barnevernvakten har døgnbasert kriseteamfunksjon. Utrykning ved kriser, og psykososial oppfølging etter kriser, er ett av arbeidsfeltene i avdelingen. Sosial vaktjeneste er også lavterskeltilbud for innbyggere med åpen telefonlinje på kveld/natt. Avdelingen har ikke kapasitet til å ivareta kriseteam- og telefonfunksjon for alle innbyggerne i den nye kommunen med dagens ressurser.

Nedre Eiker har personer med helseutdanning i 24/7 vaktturnus utenfor ordinær arbeidstid, og omfatter også Øvre Eiker kommune. Tjenesten innebærer utrykning ved kriser/alvorlige ulykker mv, og oppfølgingsamtaler, men personer som har behov for psykiske helsetjenester overføres kommunale tjenester. PKT utgjør en del av kommunens beredskap, blant annet med arbeid i EPS (Evakuerte- og Pårørende)- sentre ved større hendelser.

Svelvik har kriseteam bestående av personer i og utenfor kommunen. Det er ingen formalisert vaktordning.

Lavterskel treffsteder

Drammen og Nedre Eiker har lokale treffsteder for voksne innbyggere med psykiske lidelser og rus. Tilbudene er åpne lavterskeltilbud uten vedtak. Tilbudene driftes i stor grad i samarbeid med mental helse og med brukererfaringstillinger. Svelvik er i ferd med å etablere lavterskeltilbud (2018).

Finansiering ut over rammefinansiering

| Prosjekt/funksjon | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | Kommentar |
|--------------------------------------|---------|-------------|---------|--|
| Rask psykisk helsehjelp | X | X | | Prosjektfinansiert |
| Psykologstillinger | X | X | X | Delvis finansiert av direktoratet til 2020 |
| Oppfølgingstjeneste rus og psykiatri | | | X | 2,5 av Tilskudds-finansiert 2018 – 2020. I tillegg 1,5 av til personer under 18 år |
| Kommunalt forebyggende rusarbeid | | X | | Tilskudds-finansiert, Fases ut 2020 |
| Psykososialt kriseteam | | X | | Samarbeid med Ø Eiker. Avsluttes 31.12.19: 300 000 pr kommune. |

Dimensjonering

Psykologer knyttet til forebyggende psykisk helsearbeid

Dimensjonering av psykologtjenester i kommunene er ikke avklart, må ses nærmere på. Det er også ansatt psykologer innenfor oppvekst, de omtales ikke her.

Oppsøkende Uteteam, Ungdomstorg og Alternativ Til Vold

Disse tilbudene finnes bare i Drammen. Tilbudene har ikke kapasitet til å betjene alle innbyggere i ny kommune.

Nedre Eiker er i ferd med å inngå ny avtale med Alternativ Til Vold.

Psykososial vaktjeneste/ PKT

Tilbudet oppleves tilstrekkelig i dag.

Harmonisering

Alle tilbudene i dette kapitlet bør ses nærmere på i det videre arbeidet med kommunereform, fordi de henger sammen med andre tjenester, og er viktige bidragsytere til å forebygge psykiske problemer som vil kunne belaste behandlingsapparatet.

Bør harmoniseres før 2020

Psykososial kriseteam- funksjon må være i drift i hele Nye Drammen 01.01.20. Kriseteamets funksjon i beredskapssammenheng for større hendelser må avklares, slik at psykososial støtte i større hendelser også er ivarettatt fra 01.01.20

Kan harmoniseres etter 2020

Lavterskel treffsteder

Det vil være behov for å se på de ulike typene dagsenter og lavterskel treffsteder

Dagens nærmiljøprofil

Tjenestene er sentralisert, bortsett fra Uteteamet og Lavterskel treffsteder.

Utfordringer

Psykologer knyttet til forebyggende psykisk helsearbeid

Det er lovpålagt å ha tjenesten, men den er ikke dimensjonert. Oppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten som fører til større behov for psykologtjenester i kommunen, også på det forebyggende området, spesielt tjenester som kan gis i grupper. Det er viktig å opprettholde forebyggende arbeid, og at psykologstillinger prioriteres til dette i den nye kommunen.

Oppsøkende Uteteam og Ungdomstorget

Tjenestene er underdimensjonerte. De er pr i dag ikke dimensjonert for å håndtere innbyggerne i hele den nye kommunen. Forebyggende Uteteam har en unik posisjon ovenfor risikoutsatte unge på uformelle arenaer. Uteteamet utfyller det øvrige tjenesteapparatet på en god og viktig måte. Ungdomstorget fungerer også bra. Arbeidsgruppa anbefaler å videreutvikle tilbudene fremover.

Alternativ til vold

Svelvik har ikke dette tilbudet, kapasiteten må økes for å håndtere økt innbyggertall i ny kommune.

Psykososial vakttjeneste

Se harmonisering

Lavterskel treffsteder

Tilbudet er ulikt fordelt, og ikke tilpasset ny kommune.

Kvalitet – folkehelsebarometer 2018

Kvalitetsindikatorerne gjelder alle tilbud, tjenester og funksjoner.

| Nr | Indikator | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | Norge | Enhet |
|----|--|---------|-------------|---------|-------|-------------|
| 9 | God drikkevannsforsyning | 100 | 100 | 100 | 88 | % |
| 12 | Fornøyd med lokalmiljøet, ungdatabase 2016 | 76 | 68 | 70 | 70 | % |
| 13 | Med i fritidsorganisasjon, ungdatabase 2016 | 62 | 61 | 66 | 65 | % |
| 18 | Frafall i videregående skole | 27 | 25 | 24 | 22 | % |
| 19 | Lite fysisk aktiv (ungdatabase 2016) | 16 | 13 | 14 | 14 | % |
| 20 | Overvekt, fedme 17 år | 18 | 25 | 27 | 23 | % |
| 22 | Alkoholomsetning, dagligvare og vinmonopol | 4,9 | 4,8 | 5,1 | 5 | Liter/ pers |
| 23 | Røyking, kvinner | 6,2 | 8,7 | 15 | 7,8 | % |
| 24 | Har brukt cannabis, ungdatabase 2016 | 2,4 | 2,4 | 2,8 | 2,6 | % |
| 25 | Forventet levealder, menn | 78,0 | 78,5 | 77,2 | 78,8 | år |
| 26 | Forventet levealder, kvinner | 82,9 | 82,4 | 82,3 | 83,1 | år |
| 29 | Psykiske sympt./ primærhelsetj 15 – 29 år | 164 | 175 | 172 | 152 | Pr 1000 |
| 1) | Psykiske lidelser, legemiddelbrukere (2016) | 142 | 145 | 167 | 130 | Per 1000 |
| 30 | Muskel og skjelettlidelser, primærhelsetjenesten | 321 | 344 | 325 | 319 | Per 1000 |
| 31 | Hjerte- og karsykdom | 18,7 | 18,7 | 20,8 | 17,9 | Per 1000 |
| 1) | Type 2 diabetes, legemiddelbrukere (2016) | 41 | 41 | 41 | 35 | Per 1000 |
| 32 | Lungekreft, nye tilfeller | 58 | 63 | 66 | 58 | Per 100 000 |
| 2) | KOLS og astma, legemiddelbrukere (2014) | 110 | 119 | 120 | 99 | Per 1000 |
| 33 | Antibiotikabruk, resepter | 363 | 378 | 452 | 360 | Per 1000 |
| 34 | Vaksinasjonsdekning meslinger, 9 år | 96,1 | 96,9 | 97,6 | 95,1 | % |

1) Siste tilgjengelige tall 2016. 2) Siste tilgjengelige tall 2014.



Diagnose, behandling, re-/habilitering

Under dette området omtales legetjenester, fysioterapi, ergoterapi og formidling av hjelpemidler. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette skal kommunen blant annet tilby «utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning», og «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering» (Helse- og omsorgstjenesteloven). I henhold til forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator har kommunene ansvar for formidling av nødvendige hjelpemidler.

Det følger av Helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal ha «en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks», videre at «kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen». Kommuneoverlegefunksjonen er den sentrale rollen i de samfunnsmedisinske oppgavene. I alle tre kommuner legges det vekt på tilgjengelige tjenester for befolkningen innenfor primærhelsetjenestens ansvar for diagnose, behandling og rehabilitering, og det er tilbud om tjenester innenfor alle hovedområdene i alle tre kommuner. Legevakta i Drammensregionen IKS dekker alle tre kommuner i tillegg til Sande og Lier.

Dimensjonering og dekningsgrad

| Grunnlagsdata per 2016 | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | De tre kommunene | KOSTRA 13 | ASSS* u/ Oslo |
|--|---------|-------------|---------|------------------|-----------|---------------|
| Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering, konsern | 1 423 | 1 340 | 1 348 | 1397 | 1 485 | 1 378 |
| Behovsjustert Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering, konsern | 1 559 | 1 450 | 1 306 | 1497 | 1 569 | 1 526 |
| Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten – alle funksjoner | 11,2 | 9,2 | 10,8 | 10,7 | 10,2 | 9,6 |
| Legetimer per uke per beboer i sykehjem | 0,87* | 0,98* | 0,59 | 0,88 | 0,68 | 0,62 |
| Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelsetjeneste | 10,6 | 8,4 | 7,3 | 9,8 | 9,0 | 8,6 |
| Årsverk av fysioterapeuter pr. 10 000 innbyggere | 8,8 | 7,4 | 6,1 | 8,3 | 7,3 | 7,2 |
| Årsverk av ergoterapeuter pr. 10 000 innbyggere (kommunehelse + pleie og omsorg) | 2,0** | 1,6** | 0,8 | | 4,0 | 5,2 |
| Årsverk av private fysioterapeuter per avtalehjemmel | 0,81 | 0,75 | 0,95 | | 0,81 | 0,82 |

Tabell 1. KOSTRA grunnlagsdata for 2016. *= tall inkludert KAD. **= korrigeret tall, da opprinnelig tall inkluderte terapeuter i andre typer stillinger

* ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner

Legetjenester

Gjennom kommunen er det organisert leger i to hovedkategorier:

- Leger med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven: fastleger, legevaktsleger, sykehjemsleger, helsestasjonsleger, turnusleger/LIS1 (lege i spesialisering del 1), rusforebyggende lege, fengselslege, migrasjonslege, skolelege – altså kliniske stillinger.
- Leger med samfunnsmedisinske oppgaver, kommuneoverlegefunksjonen. Se neste kapittel.

Innretning

Den største legegruppen, og fundamentet for den norske helsetjenesten, er fastlegene. Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegene i alle tre kommunene er selvstendige næringsdrivende, med fastlegeavtale med kommunene. Kommunenes administrasjon av ordningen er forskjellig innrettet, men med kommuneoverlegen i sentral rolle. Kommunen utbetaler månedlig basistilskudd til alle fastleger, basert på utregning fra Helfo i forhold til antallet pasienter på fastlegens liste.

Legevakta i Drammensregionen IKS omtales i eget prosjekt. Den yter tjenester til alle tre kommunene, samt Sande og Lier. Ordningen er velfungerende, og supplerer fastlegene som det grunnleggende helsetilbudet for kommunens innbyggere.

I sykehjem har alle kommunene leger i fulle stillinger, med ansettelse i kommuneovergripende avdeling. Svelvik kjøper sykehjemslegetjenester fra Drammen. Sande kommune kjøper også sykehjemslegetjenester fra Drammen, en avtale som avsluttes før kommunesammenslåingen.

Helsestasjonsstillinger er dels besatt av kommunalt ansatte leger, og dels fastleger med bistillinger i de tre kommunene. I tillegg jobber turnusleger/LIS1 ved helsestasjonene i Drammen.

Turnusleger/LIS1 jobber dels på fastlegekontor, og dels sammen med andre kommunale leger, og er tilknyttet kommunen i seks måneder. Det er forskjellig organisering for disse i de tre kommunene. LIS1 har vist seg å være viktig for rekruttering, særlig i Nedre Eiker.

Drammen har en 50 prosent legestilling innen rusforebygging. Denne stillingen har grenseoppganger mot både fastlegenes oppgaver og kommuneoverlegefunksjon.

Fengselshelsetjenesten i Drammen har 50 prosent legestilling. Fengselshelsetjenesten finansieres hovedsakelig av tilskuddsmidler, og er en pålagt oppgave for kommuner med fengsel. Det er også 20 prosent fysioterapeut og sykepleierstillinger i tjenesten.

Migrasjonslege (flyktinglege) er i Drammen organisert ved Smittevernkontoret og har, avhengig av behov, vært en egen stilling eller en oppgave tillagt andre kommunalt ansatte leger. I Nedre Eiker organiseres det ved flyktingehelsesøster, kommunepsykologen tar seg av det som omhandler psykisk helse, mens to tilknyttede fastleger tar det øvrige. I Svelvik deler fastlegene på oppgaven. Se for øvrig Forebyggende helsetjenester.

Ingen av kommunene har per i dag skoleleger.

Finansiering

Fengselshelsetjenesten er hovedsakelig finansiert av Helsedirektoratet.

Dimensjonering (og evt. dekningsgrad)

| Kommune | Antall hjemler | Gjennomsnittlig listetak | Gjennomsnittlig listestørrelse | Kapasitet i % | Totalt antall listepasienter |
|-------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|---------------|------------------------------|
| Drammen | 59 | 1279 | 1239 | 103,5 | 73 113 |
| Nedre Eiker | 17 | 1411 | 1338 | 105,4 | 22 741 |
| Svelvik | 5 | 1500 | 1344 | 111,6 | 6 719 |
| Totalt | 81 | 1323 | 1266 | 104,5 | 102 573 |

Tabell 2: Fastleger i Drammen, Nedre Eiker og Svelvik pr. 2018

Alle kommunene har ledig kapasitet i fastlegeordningen. Drammen har bruk av tjenesten fra nærliggende kommuner og har følgelig behov for større kapasitet, en logisk konsekvens av å være innpendlingskommune i forhold til arbeidskraft.

Fastlegene i Nedre Eiker og Drammen foretar i økende grad reduksjon i listestørrelse, selv om dette betyr redusert inntekt i deres praksis. Dette reduserer kapasiteten i ordningen, med behov for nye hjemler. En fjerdedel av Nye Drammens fastleger er 60 år eller eldre, og rekruttering av nye fastleger blir viktig. I nasjonale forslag til endring av finansiering av fastlegeordningen diskuteres blant annet å redusere normert listestørrelse til 1100 pasienter (fra dagens 1500). Skulle samtlige fastleger endre til denne størrelsen, vil det gi et behov for inntil 17 nye fastlegehjemler i Nye Drammen, gitt dagens fortsatt kapasitet på 105 prosent.

Den nært forestående endringen i spesialistforskriften vil innebære at kommunen får ansvaret for spesialisering innen allmennmedisin og samfunnsmedisin. Dette gjelder både fastleger og kommunalt ansatte leger, og medfører en ny og krevende administrativ oppgave for kommunen.

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, medfører at alle leger i kliniske stillinger må være spesialist eller i spesialisering i allmennmedisin. Legene i spesialisering må ha to år i fastlegepraksis innen omtrent fem års arbeid. Dette utfordrer organisering, og kontinuitet i de kliniske stillingene.

Sykehjemslegetjenestene er noe forskjellig dimensjonert for Nedre Eiker og Svelvik/Drammen i forhold til langtidsplasser, men mer likt dimensjonert i forhold til korttidsplasser. Drammen og Nedre Eiker har de siste årene økt antallet sykehjemsleger, i all hovedsak knyttet til samhandlingsreformens oppgaveoverføringer med påfølgende behov ved korttidsplasser.

Ved helsestasjoner er det kapasitetsutfordringer, og turnusleger/LIS1 er til dels nødvendige som klinisk utøvende leger.

Harmonisering

Kan harmoniseres etter 2020

Fastlegeavtalene harmoniseres til å være like i den nye kommunen. Harmonisering av særavtaler og ordninger for utbetaling av basistilskudd.

For å sikre lik praksis og kvalitet for innbyggere i hele den nye kommunen, bør fastlegeordningen følges opp ved en samlet kommuneovergripende enhet.

Sykehjemslegetjenester er en spesialisert oppgave og det er viktig å sikre god rekruttering og faglig fellesskap for alle sykehjemslegene for at Nye Drammen skal beholde sine dyktige leger.

Det er forskjeller i sykehjemslegetjenestens drift som må vurderes, dette gjelder legedekning og organisering av beredskap/vaktfunksjon.

Det er forskjeller i turnusleger/LIS1-stillinger som må harmoniseres.

Praktisering av legetjenester ved helsestasjon- og skolehelsetjenesten er ulik og bør harmoniseres.

Migrasjonslegetjenester er en spesialisert tjeneste med begrenset omfang som det vurderes kvalitetsmessig gunstig å sentralisere.

Skolehelsetjenesten bør ha tilknyttet lege.

Utfordringer

Fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet og god kvalitet er viktig å videreutvikle.

Alle kommunene opplever at etter samhandlingsreformen er det behov for økt medisinsk faglig kompetanse i sykehjem, blant annet som følge av at sykere pasienter må håndteres i kommunal regi - både de som er på korttid- og langtidsopphold. Legedekning på de forskjellige institusjonstypene må vurderes, spesielt sett opp mot utviklingen av helseknutepunkt – se AP2.4.

Kommuneoverlege

Kommuneoverlegefunksjonen er overordnet og sektorovergripende. Kommuneoverlegen er en funksjon og ikke en person. I en stor kommune er det behov for flere årsverk for å utføre de mange oppgavene som ligger til funksjonen. Kommuneoverlegen har to ulike funksjoner: lokal helsemyndighet (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, § 5-5) og medisinsk faglig rådgivning (folkehelseloven § 27). Noen av kommuneoverlegens oppgaver følger direkte av lover og forskrifter; blant annet oppgaver innen beredskap, smittevern, miljørettet helsevern og folkehelse.

Innretning

Kommuneoverlegefunksjonen er forskjellig plassert i organisasjonen i de tre kommunene. Alle har spesiell tilknytning til annet personell i miljørettet helsevern (se Forebyggende helsetjenester). Det er forskjell i tilknyttet saksbehandler/merkantil personell.

Dimensjonering (og evt. dekningsgrad)

I kommuneoverlegefunksjonen har Svelvik 50 prosent, Drammen 240 prosent og Nedre Eiker 100 prosent, altså samlet 3,9 årsverk. Organisering, samarbeidende personell og støttefunksjoner påvirker behovet for kommuneoverlegestillinger. Omfanget av oppgaver er betydelig.

Lovpålagte oppgaver:

- Medisinsk faglig rådgivning på et overordnet nivå, samt i spesifikke enkeltsaker
- Samfunnsikkerhet og beredskap
- Samhandling i helsetjenestene innad og mot spesialisthelsetjenestene

- Fastlegeordningen
- Psykiatri/rus/bekymringsmeldinger
- Miljørettet helsevern
- Folkehelse
- Smittevern

Områder med medisinsk faglig rådgivning i våre kommuner:

- Overordnet faglig ansvarlig for vedtak om tvungen helsehjelp til personer uten samtykke
- Allmennmedisinske kommunale legeoppdrag
- Legevakt
- Legemiddelbehandling
- Helsestasjon/skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom
- Oppvekst, skoler og barnehager
- Barnevern
- Samarbeid med SLT-koordinator og Politi
- Migrasjonshelse
- Sykehjem og hjemmetjeneste
- Kontor for tjenestetildeling og samordning
- Plan og samfunnsutvikling
- Høringer
- Utvikling/strategi
- Lokal helsemyndighet, klagesaker.

Harmonisering

Må harmoniseres før 2020

Det vurderes faglig sett nødvendig med et samlet fagmiljø/en sentral organisering av kommuneoverlegefunksjonen. For å sikre beredskap og operativ kommuneoverlegefunksjon må dette være fungerende fra 1.1.2020.

Kommuneoverlegefunksjonen har svært omfattende ansvarsområder, og er vanskelig å plassere et sted hvor den naturlig involveres i alle prosesser hvor dette er lovpålagt og hensiktsmessig. Sentral organisering utfordrer de konkrete problemstillingene, en lavere plassering i organisasjonen vanskeliggjør deltagelse i de overordnede prosessene. Det bør ses til andre kommuner av tilsvarende størrelse, for å finne innretning og dimensjonering som sikrer innbyggerne god kvalitet i kommuneroverlegefunksjonen.

Fysioterapi og ergoterapi

Innretning

Ergo- og fysioterapitjenester driver forebyggende, helsefremmende, behandlende og rehabiliterende arbeid for barn, unge og eldre. Terapeutene har oppgaver som kartlegging, funksjonsvurderinger, hjemmerehabilitering, hjemmebehandling, hjelpemiddelformidling, trening og oppfølging individuelt og i grupper. Terapeutene har et selvstendig kartleggings- og behandlingsansvar i kommunen. Terapeutene jobber tett med andre tjenester i hjemmet i hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring og andre oppgaver som krever tverrfaglighet eller flerfaglighet.

Ergo- og fysioterapiindikatorene omfatter flere KOSTRA funksjoner i kommunene. Alle tre kommuner har både ansatte fysioterapeuter i kommunale stillinger, og avtaler om driftstilskudd (driftsavtale) med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter. Drammen har høyere kapasitet på selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter på institutt enn de andre kommunene. Dette skyldes i stor grad innpendling av arbeidskraft og større press på tjenestene. Nedre Eiker og Svelvik har stort sett standard individuelle avtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter, i Drammen er det i hovedsak selskapsavtaler.

Fysio- og ergoterapitjenestene for voksne er organisert sammen i alle tre kommuner. Alle tre kommuner har tilgang på ergo- og fysioterapi på institusjon. Rehabiliterings- og korttidsavdelinger er prioritert. Langtidsavdelinger får tjenesten etter henvendelse.

I Nedre Eiker og Svelvik er hovedtyngden av terapeutene samlokalisert med hjemmesykepleien for hele kommunen, fordi de sammen yter tjenester i hjemmet. Dette gir robuste fagmiljøer med mulighet for god samhandling på tvers av hjemmesykepleiesonene og sikrer riktig prioritering av saker som haster uavhengig av sone. I Drammen er terapeutene i større grad lokalisert på ni hjemmetjenestebaser.

Kvalitet

Felles prioriteringsnøkler knyttet til behov og alvorlighet for de ulike ergo- og fysioterapitjenestene er utarbeidet i ASSS (Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner), og er implementert i arbeidet for alle kommunale tjenester. Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter er også kjent med prioriteringsnøkkelene, og jobber etter den i varierende grad – noe som påvirker venteliste-problematikk.

Harmonisering

Bør harmoniseres før 2020

Innbyggerne må sikres lik tilgang til tjenester av god kvalitet og med kontinuitet ved ferie og fravær. Tjenester til barn og unge må ses i sammenheng med øvrige tjenester i oppvekst. Oppgaver knyttet til barn og unge bør utføres ved kommunalt ansatte, da en stor del av arbeidet er forebyggende.

Kan harmoniseres etter 2020

ASA4313 er standard avtaleverk for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter, gir like rammevilkår som i landet forøvrig, og anbefales som avtaleverk for selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i Nye Drammen. Egenandeler og tilbud for deltakelse på grupper er noe ulikt i de tre kommunene og bør harmoniseres. Det er ikke egenandel for kommunal fysioterapi i noen av kommunene i dag. Det er anledning til dette i loven, og alle kommunene har til nå vurdert at dette ikke har vært hensiktsmessig å innføre. Fysioterapeutenes arbeid knyttet til forebygging og samhandling gir ikke anledning til å ta egenandel, og er en stor del av arbeidet som utføres. Felles administrasjon av turnusfysioterapeutordningen. Alle tre kommuner har fokus på hverdagsrehabilitering, men med ulik innretning. Dette bør harmoniseres.

Ufordringer

Rekruttering av terapeuter, særlig ergoterapeuter, er ufordrende. Et solid fagmiljø, stort nok til å være en faglig attraktiv arbeidsplass, er viktig.

Nærhet til brukere og samarbeidspartnere, særlig hjelpemiddelformidling, er viktig, men kan være vanskeligere i en større kommune.

Lang ventetid ved kartlegging av behov og søknad på hjelpemidler, og delvis ventetid hos selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter.

Hjelpemidler og velferdsteknologi

Kommunen har plikt til å sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler. Det omfatter alle ledd i formidlingsprosessen, herunder:

- å avdekke og utrede behovet for alle typer hjelpemidler
- utprøving av hjelpemidler
- bistand i søknadsprosess
- tilpasning og enklere montering
- opplæring i bruken av hjelpemiddelet
- service og reparasjon

Hjelpemidler det refereres til er de tradisjonelle, som for eksempel seng, rullestol, toalettforhøyer osv., men også syns- og hørselshjelpemidler og andre nyere velferdsteknologiske hjelpemidler.

For enklere hjelpemidler, ved kortvarige behov inntil to år, har kommunen finansierings- og anskaffelsesansvaret. For hjelpemidler utover dette behovet, ligger ansvaret hos NAV hjelpemiddelsentraler, som er fylkesvis organisert.

Innretning

Det er kommunale hjelpemiddellagre i alle kommunene i dag. Tjenesten er kommuneovergripende og organisert tett mot terapeutene i kommunene. Alle kommunene har egne avtaler med NAV hjelpemiddelsentral, Svelvik har avtale i Vestfold. I Nedre Eiker har denne avdelingen også ansvar for å kjøre dagsenterbrukere til og fra dagsenter. Det er noe ulik oppgavefordeling i de forskjellige kommunene i forhold til syns- og hørselshjelpemidler.

Velferdsteknologi er satset på i varierende grad, med stadig økende fokus i alle kommunene. Alle har ansatte som arbeider innen feltet, både med kompetanseheving, utvikling og det å få tatt teknologiene i bruk. Lagerføring av velferdsteknologiske hjelpemidler gjøres forskjellig i kommunene.

Dimensjonering

Det er lokale kommunale hjelpemiddellagre i de tre kommunene i dag. Det er arealkrevende å oppbevare hjelpemidler, og viktig å ha en god logistikk i forhold til omsetning og reservekapasitet.

Drammen kommune har hjelpemiddellager på ca. 480 m² inkludert kontorfasiliteter og resepsjon. Det skal nå utvides til å ta i bruk kjellerlokalene i bygget, som kan tillate en relativt sett stor utvidelse.

Nedre Eiker kommune disponerer lokaler og garasjer i et frittliggende bygg på ca. 360 m².

Svelvik kommune har ca. 45 m² lager i tillegg til vaskehall, tilknyttet Svelvik sykehjem.

Harmonisering

Bør harmoniseres før 2020

Ulik praksis for egenandel ved utkjøring av kommunale hjelpemidler må harmoniseres.

Ulik praksis for betaling av byggesaksgebyr fra kommunen som påfaller innbygger ved søknad om fastmontert hjelpemiddel (trappeheis) i fellesarealer (blokker) må harmoniseres.

Ny avtale med NAV Hjelpemiddelsentral Viken.

Kan harmoniseres etter 2020

Arealbehovet for et samlet kommunalt hjelpemiddellager vil være betydelig, men kan gi mer rasjonell drift. Dette bør utredes nærmere. Smådriftsfordeler med nærhet til terapeuter og brukere gir en lett tilgjengelig og fleksibel tjeneste.

Dette må ses opp mot behov for mer spesialisering, kapasitet og stordriftsfordeler.

Fagområdet syn-hørsel er en liten, spesialisert tjeneste, som anbefales å være kommuneovergripende.

Lagerføring av velferdsteknologiske løsninger bør legges til denne tjenesten for den nye kommunen.

Dagens nærmiljøprofil

Alle kommunene har hjelpemiddellager som er kommuneovergripende.

Utfordringer

Det vil være behov for en ny oppdatert avtale med NAV Hjelpemiddelsentral Viken.

Det er en noe uavklart nasjonal situasjon i forhold til hva som vil bli det fremtidige ansvaret for kommunene, og hva som skal være fylkesvis. Dette vil kunne medføre betydelige nye kommunale oppgaver og behov for større lagerareal.

Velferdsteknologiske løsninger og teknisk avanserte hjelpemidler utfordrer kommunene på kompetanse, robusthet, logistikk og organisering av denne tjenesten.

Når hjelpemidler er på plass raskt ved utskrivelse fra sykehus, kan kostnader knyttet til gebyr for ekstra sykehusdøgn gå ned.



NAV, Sosialt forebyggende arbeid, tilbud til personer med rusproblemer

Under dette området omtales tjenester som: Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid, tilbud til personer med rusproblemer, arbeidsrettede tiltak, introduksjonsordningen, kvalifiseringsordningen, ytelse til livsopphold og bistand til etablering og opprettelse av egen bolig.

Innretning og dimensjonering

Om NAV kontorene

NAV består av både kommunale og statlige tjenester i et partnerskap. Gjennom dette partnerskapet har stat og kommune felles ansvar for driften av NAV kontoret, og skal sikre et samordnet tjenestetilbud til brukerne. Det er en forutsetning at partnerskapet har felles mål og styring for hele NAV-kontorets virksomhet. For å få til det gode samarbeidet trenger vi et sterkt, omforent og vitalt partnerskap som er med på å sette retning.

Det er etablert NAV kontor i alle tre kommuner.

NAV Drammen er ett av Norges største NAV kontor, og har 181 ansatte. Fordelingen er ca. 65 prosent kommunalt ansatte, og 35 prosent statlige ansatte. NAV Nedre Eiker er et stort mellomstort kontor med ca. 65 ansatte, hvor 40 (ni i prosjektstillinger) er ansatt på kommunale vilkår. NAV Svelvik er ett kontor med 14 ansatte, og en fordeling med 8,5 kommunalt ansatte og 5,5 statlige ansatte.

Felles for alle tre kontorer er at medarbeidere jobber både med statlige og kommunale ytelser ut fra brukerens behov. Dette til forskjell fra å ha et delt NAV kontor, med todelt ledelse (NAV stat og NAV kommune).

Hvilke kommunale tjenester som er lagt til NAV kontoret er ulikt:

- Drammen har minimumsløsning², kun de sosiale tjenestene som er lovpålagt til NAV, samt økonomisk sosialhjelp i etableringsfasen frem til introduksjonsstønad
- Nedre-Eiker har rustjenesten og tildeling av statlig og kommunal bostøtte i NAV kontoret
- Svelvik har Husbankens virkemidler (startlån, tilskudd til etablering, tilskudd til tilpasning og statlig bostøtte), samt økonomisk sosialhjelp i etableringsfasen frem til introduksjonsstønad, i NAV kontoret

Det brukes ulike fagsystemer i kommunene. Drammen og Svelvik bruker fagsystemet «Socio», mens Nedre Eiker bruker «Velferd».

Om ulikheter i tjenestebehovet

Drammen har generelt høyere utgifter innen sosiale tjenester enn de andre kommunene. Drammen har storbyutfordringer som gjør at behovet for tjenester er større enn i de andre to kommunene. Når det korrigeres for dette, er forskjellene mye mindre. Korrigeringen viser at Drammen kommune, og til dels også Nedre Eiker kommune, bruker mindre i sosialtjenesten enn behovet i befolkningen tilsier. På dette området er forskjellene i behov så store at vi ønsker å sette et særskilt fokus på dette. Behovsforskjellene fremkommer ved:

| Behovsforskjeller | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | De tre kommunene | KOSTRA 13 | ASSS* u/Oslo |
|--|---------|-------------|---------|------------------|-----------|--------------|
| Utgiftsbehov - Sosiale tjenester (sum) | 136,9 % | 104,8 % | 90,7 % | 128,2 | 100,5 | 102,9 |

* ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner

Relevante nøkkeltall

| Relevante nøkkeltall og statistikk 2016 | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | De tre kommunene | Kostra 13 | ASSS* u/Oslo |
|---|---------|-------------|---------|------------------|-----------|--------------|
| Netto driftsutgifter til sosialtjenesten pr. innbygger 20-66 år, konsern | 4524 | 3770 | 3718 | 4284 | 3701 | 3872 |
| Behovsjustert, Netto driftsutgifter til sosialtjenesten pr. innbygger 20-66 år, konsern | 3219 | 3529 | 4155 | 3341 | 3679 | 3777 |
| Netto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp pr innbygger 20-66 år, konsern | 1965 | 2558 | 1997 | 2113 | 1914 | 1835 |

2) I henhold til Lov om sosial tjenester i NAV skal følgende sosiale tjenester, som et minimum, inngå i NAV kontoret: Opplysning, råd og veiledning, herunder økonomisk rådgivning, Økonomisk stønad, Midlertidig botilbud, Individuell plan og Kvalifiseringsprogram med tilhørende stønad

| Relevante nøkkeltall og statistikk 2016 | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | De tre kommunene | Kostra 13 | ASSS* u/ Oslo |
|--|---------|-------------|-----------------|------------------|-----------|---------------|
| Behovsjustert, Netto driftsutgifter til økonomisk sosialhjelp pr innbygger 20-66 år, konsern | 1409 | 2395 | 2232 | 1648 | 1901 | 1792 |
| Gjennomsnittlig stønadslengde (antall måneder i gjeldende år) | 5,5 | 4,9 | 5,9 | | .3 | - |
| Gjennomsnitt utbetalt til mottaker med sosialhjelp som hovedinntekt | 133546 | 105416 | 133789 | | - | - |
| Antall sosialhjelpsmottakere | 1822 | 824 | 190 | | - | - |
| Sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde (antall) | 835 | 474 | 77 | | - | - |
| Andel mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde (av alle mottakere) | 45,80 % | 57,50 % | 40,50 % | | - | 46,10 % |
| Andelen sosialhjelpsmottakere i alderen 20-66 år, av innbyggerne 20-66 år | 4,10 % | 5,10 % | 4,40 % | | | 3,80 % |
| Andel sosialhjelpsmottakere 18-24 år, av antall innbyggere 18-24 år | 6,20 % | 7,40 % | 5,40 % | | - | 5,80 % |
| Antall deltakere på KVP** | 87 | 14 | 4 | | | |
| Antall sosialhjelpsmottakere med KVP | 14 | 5 | - | | | |
| Antall deltakere i introduksjonsprogram (antall deltakere i program i løpet av 2016) | 313 | 88 | 31 ⁴ | | | |
| Antall sosialhjelpsmottakere på introduksjonsprogram | 214 | 69 | 17 | | | |
| Netto driftsutgifter til KVP (mill.kr) | 16,7 | 3,6 | 0.4 | | | |
| Netto driftsutgifter til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid | 1656 | 1027 | 1306 | 1477 | 1281 | 1267 |
| Behovsjustert netto driftsutgifter til råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid pr. innbygger, 20-66 år, konsern | 1186 | 961 | 1457 | 1152 | 1275 | 1231 |
| Netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer, konsern | 554 | 113 | 255 | 425 | 296 | 513 |
| Behovsjustert Netto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer, konsern | 397 | 106 | 285 | 331 | 295 | 499 |

* ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner

** KVP: Kvalifiseringsprogrammet

3) I henhold til Lov om sosial tjenester i NAV skal følgende sosiale tjenester, som et minimum, inngå i NAV kontoret: Opplysning, råd og veiledning, herunder økonomisk rådgivning, Økonomisk stønad, Midlertidig botilbud, Individuell plan og Kvalifiseringsprogram med tilhørende stønad

4) Noe usikkerhet med tallene innhentet fra Svelvik da de i 2016 overførte ansvaret for oppfølging av introduksjonsprogram fra NAV Sande til Svelvik Læringscenter i denne perioden.

Om Kostra

Sosialt forebyggende arbeid

Denne kostrafunksjonen brukes til å føre lønnskostnader til alle som arbeider direkte med råd og veiledning og sosialforebyggende arbeid, i og utenfor NAV kontoret. Kommunene har ulik føringspraksis på denne KOSTRA funksjonen, hvor Drammen har ført til dels betydelige kostnader som de andre kommunene ikke har, eller ikke har ført her; Drammen har ført tilskuddet til krisesentrene på denne funksjonen, samt lønnsutgifter til de som arbeider med skjenkekontroll i Byplan. Dette i henhold til kostraveilederen. Drammen har også ført kostnader til administrative stillinger i det forebyggende Uteteamet og administrative stillinger i EKA⁵ (medarbeidere som jobber med bosetting og kvalifisering av flyktninger i Introduksjonsenteret).

I alle tre kommuner er alle medarbeidere som er ansatt på kommunale vilkår ført på denne kostrafunksjonen, selv om dette ikke gir et «riktig» bilde av hvor mange som jobber med sosialt forebyggende arbeid i NAV, jfr. beskrivelse av NAV kontoret i starten på dette kapittelet (dimensjonering).

Tilbud til personer med rusutfordringer

Tjenesten er organisert på ulik måte i de tre kommunene:

I Drammen er rus- og psykiske helsetjenester organisert sammen i en virksomhet; Psykisk helse og rusarbeid.

I Svelvik er rus- og psykiske helsetjenester organisert i to avdelinger, i «Oppfølgingstjenesten» og i «Mestring og aktivitet» som begge arbeider med både rus- og psykisk helseproblematikk, men hvor skillet er i forhold til om bruker har omsorg for barn eller ikke.

I Nedre Eiker er tjenester til rusavhengige i all hovedsak organisatorisk plassert i NAV kontoret, mens psykiske helsetjenester er i virksomheten «Helse».

KOSTRA tall innen dette området er ikke sammenlignbare mellom kommunene. Hovedårsaken til dette er ulik praksis på hva som føres på denne KOSTRA funksjonen.

Alle tre kommuner kjøper private omsorgsinstitusjonsplasser for brukere som trenger det, for eksempel i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten, eller fordi andre kommunale tiltak ikke er formålstjenlig. Disse utgiftene føres på KOSTRA funksjon 243 i alle kommuner.

Kommunene har ulik praksis på hvor man fører hjemmebaserte oppfølgingstjenester, for eksempel lønnsutgifter i boliger med bemanning. I Drammen føres alle disse utgiftene på KOSTRA funksjon 243, mens det i Nedre Eiker og i Svelvik føres på KOSTRA funksjon 254 (helse- og omsorgstjenester i hjemmet). Dette er til dels betydelige utgifter.

Drammen har forebyggende Uteteam for personer opp til 23 år knyttet til «Ungdomstorget». Forebyggende Uteteam driver et generelt forebyggende arbeid hvor rusforebygging er ett av fokusområdene.

Utfordringer:

Ingen av dagens kommuner har tilfredsstillende ettervernstilbud til personer med rusutfordringer. Det er et potensial for å få økte synergieffekter av samarbeid om for eksempel arbeidsrettede tiltak og bedre ettervern.

Det er også behov for styrking av forebyggende arbeid og å etablere flere lavterskeltilbud.

Rusfeltet er styrket fra statlige side, ved at kommunenes rammetilskudd er styrket for å ivareta dette. Allikevel har alle kommuner flere prosjektfinansierte stillinger, dette gjelder særlig Nedre Eiker og Svelvik.

Arbeidsrettede tiltak

Kostratall innen dette området er ikke sammenlignbare mellom kommunene. Den største gruppen brukere er utviklingshemmede og andre som har behov for varig tilrettelagte arbeidsplasser i for eksempel Eiker Vekst, Vinn industrier, Svelvik produkter og Enter.

Eksempler på arbeidsrettede tiltak er:

Jobbsjansen arbeider for å få innvandrerkvinner i arbeid (NAV Drammen), Ekte Kjærlighet – Bli sett. Arbeidsrettet tiltak for ungdom, sammen med SIF (NAV Drammen), Kjøp av tiltak i Kirkens bymisjon for å oppfylle krav om aktivitetsplikt (NAV Drammen), "På banen" med MIF i Nedre Eiker fokuserer på å få unge personer i aktivitet (NAV Nedre Eiker), Kjøp av aktivitetspliktjeneste av Svelvik produkter (NAV Svelvik) og Kjøp av tiltak til deltagere på introduksjonsprogram, med norsk og arbeidsutprøving i bedrift (Nedre Eiker kommune)

5) EKA: Etablering, kvalifisering og Arbeid

Uffordringer:

Det er en utfordring å sikre at de arbeidsrettede tiltakene i større grad fører til ordinært arbeid. NAV må bli tettere på i oppfølging av arbeidsgivere og ha økt fokus på jobbmatch.

Innbyggerne i Nye Drammen ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder utdanning. Det er fortsatt et problem at for mange dropper ut av videregående opplæring. Til tross for at alle tre kommunene har fokus på arbeidsretting og benytter aktivitetsplikten for unge under 30 år, er det fortsatt mange som står langt fra arbeidsmarkedet pga. språk, lav kompetanse, rusproblemer etc. Dette utfordrer Nye Drammen i forhold til å bli enda bedre på dette området.

Introduksjonsordningen

Kommunene samsvarer i forhold til hva som føres på denne funksjonen (introduksjonslønn og programrådgivere). Drammen har stordriftsfordeler som gjør at de kommer bedre ut når det gjelder utgifter pr innbygger. Tjenestene dimensjoneres i forhold til antall bosatte flyktninger. Fra 01.08.18 vil Svelvik kommune kjøpe tjenester i forbindelse med introduksjonsordningen fra Drammen kommune.

Resultater etter avsluttet introduksjonsprogram

Tabellen under viser resultater etter avsluttet introduksjonsprogram i 2016 og 2017, i Drammen og Nedre Eiker (I Svelvik har flyktninger fått oppfølging i Introduksjonsprogram både ved NAV Sande, og ved Svelvik læringscenter i løpet av 2016. Seks personer gikk i siste halvdel av 2016 over i NAV tiltak etter avsluttet program).

| Avslutningsårsak | Drammen | | Nedre Eiker | |
|---|---------|--------|-------------|--------|
| | 2016 | 2017 | 2016 | 2017 |
| Arbeid, utdanning eller grunnskole (totalt) | 52,0 % | 66 % | 61,1 % | 56,7 % |
| Arbeid | 20,0 % | 35 % | 27,8 % | 23,4 % |
| Utdanning (begynt på videregående skole) | 22,7 % | 22,3 % | 27,8 % | 13,3 % |
| Grunnskole | 9,3 % | 8,7 % | 5,5 % | 20 % |
| NAV tiltak | 45 % | 23,3 % | 16,7 % | 13,3 % |
| Stans av program/ Flyttet | 5 % | 7,8 % | 11,1 % | 20 % |
| Totalt avsluttet program (antall) | 75 | 103 | 18 | 30 |

Uffordringer:

En stor andel av flyktningene er ikke selvforsørgende, sett i et fem års perspektiv. Dette er situasjonen i alle tre kommuner. Dette gjelder mens de er på introduksjonsstønad, hvor en stor andel er avhengig av supplerende sosialhjelp til ekstraordinære utgifter og noen også til livsopphold. Etter avsluttet introduksjonsprogram går flere enn halvparten over i arbeid⁶ eller utdanning, men på grunn av lav stillingsprosent er mange ikke selvforsørget.

Kvalifiseringsordningen

Kvalifiseringsprogrammet (KVP) ble fra 2010 en lovpålagt oppgave for alle kommuner, som et tiltak i NAV. Formålet med programmet er å bidra til at flere kommer i arbeid, og målgruppen er personer i yrkesaktiv alder med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne, og ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold etter folketrygdloven eller arbeidsmarkedsloven.

Kommunene samsvarer i forhold til hva som føres på denne funksjonen (utbetaling KVP-ordning). Ordningen er forventet å bidra til reduserte kostnader knyttet til økonomisk sosialhjelp ved at deltagerne blir kvalifisert til arbeid. Alle tre kommuner mener de bruker ordningen i for liten grad. Staten forbereder nå endringer i sosialtjenesteloven om KVP som har som formål å gjøre KVP mer fleksibelt og tilgjengelig både når det gjelder tiltak knytte til arbeid og utdanning. Det er forventet at antallet på KVP vil øke, som følge av denne lovendringen.

⁶ SSB: Sysselsatte er definert som personer som utførte inntektsgivende arbeid av minst én times varighet i referanseuken, samt personer som har et slikt arbeid, men som var midlertidig fraværende på grunn av sykdom, ferie, lønnet permisjon eller lignende.

Om innholdet i tjenestene

Vanskeligstilte på boligmarkedet

Drammen kommune har hatt en målrettet satsing på boligsosialt arbeid siden 2010, og deltar nå i Storbyprogrammet sammen med Bergen, Trondheim, Stavanger og Oslo. Programmet er initiert av Husbanken, og er et tiltak for gjennomføring av den nasjonale strategien «Bolig for velferd»

Nedre Eiker deltar i Kommuneprogrammet til Husbanken, som også er et tiltak for gjennomføring av «Bolig for velferd». Prosjekt "Bli boende" i Nedre Eiker jobber for at personer som av ulike årsaker - ofte rus og psykiske lidelser – skal klare å opprettholde egen bolig og hindre utkastelse.

Sosialt forebyggende arbeid

En viktig del av det forebyggende sosiale arbeidet er å begrense alkohol- og annen rusmiddelbruk. Den enkelte kommune står nærmest til å kjenne utfordringene i egen kommune, og kan sette inn nødvendige tiltak. De tre kommunene ligger omtrent på landsgjennomsnittet i alkoholbruk på folkehelsebarometeret og bruk av cannabis fra ungdomsundersøkelsen. Drammen og Nedre Eiker ligger litt under, Svelvik litt over. Forebygging av rusmiddelrelaterte skader må sees i sammenheng med andre folkehelse tiltak

Kommunene er lovpålagt å ha krisesenter både for kvinner og menn. De tre kommunene er medeiere i Drammensregionens krisesenter «Betzy», sammen med flere andre kommuner i regionen. Drammen kommune er vertskommune. Krisesenteret holder til i gamle lokaler som bl.a. ikke er tilrettelagt for funksjonshemmede. Tilbudet til menn er i eget bygg, hvor det ikke er tilrettelagt for å ha med barn. Krisesenteret er derfor på jakt etter nye lokaler. Gjeldsrådgivning er viktig for å hjelpe innbyggere som er i en vanskelig økonomisk situasjon. Gjeldsrådgiver er knyttet til NAV i alle tre kommuner, og samarbeider tett med bolig tjenesten og saksbehandlere på startlån og andre støtteordninger.

Ytelser til livsopphold – økonomisk sosialhjelp

Alle kommuner bruker veiledende satser for økonomisk sosialhjelp. Ca. 50 prosent av mottakerne i Nye Drammen har sosialhjelp som hovedinntektskilde, resten mottar supplerende sosialhjelp i tillegg til annen inntekt.

Det er ulik praksis for forvaltning av flyktningers behov for penger til livsopphold og dekning av utgifter som husleie, strøm, nødvendig klær og utstyr i etableringsfasen før oppstart i introduksjonsprogram og mottak av introduksjonsstønad. Nedre Eiker har et eget kommunalt reglement for dette, og forvaltningsansvaret ligger til Flyktningetjenesten. I Drammen og Svelvik forvaltes dette i NAV, etter søknad. (Se nærmere beskrivelse i vedlegg til kunnskapsgrunnlaget).

Bistand til opprettholdelse av egen bolig

I alle tre kommuner forvaltes «midlertidig bolig» i NAV, i henhold til sosialtjenesteloven.

Alle kommunene har egen bolig tjeneste, som blant annet forvalter kommunale utleieboliger og gir råd og veiledning til vanskeligstilte, men hvilke oppgaver som er ansvars satt i bolig tjenesten, er ulikt.

Bolig tjenesten i Drammen og Nedre Eiker har ansvar for tildeling av kommunale utleieboliger, Husbankens virkemidler (startlån, tilskudd og i Drammen også bostøtte) og råd og veiledning til vanskeligstilte på boligmarkedet.

Bolig tjenesten i Svelvik er organisert som et tverrfaglig oppgaveteam som har som mandat å sikre gjennomføring av strategier for boligsosialt arbeid. Bolig tjenesten har ansvar for tildeling av kommunale utleieboliger mens Husbankens virkemidler (startlån, tilskudd), samt råd og veiledning rundt dette, ligger i NAV.

Drammen og Nedre Eiker kommune har kostnadsdekkende husleie i alle kommunale utleieboliger. I Drammen er det innført en økonomisk tilskuddsordning til leietakere i tilpassede kommunale utleieboliger, som ikke kan betjene husleieutgiftene sine, og som ikke mottar ytelser fra NAV. Ordningen ble innført fra 2017 og har en årlig budsjetttramme på to millioner kroner.

Nedre Eiker kommune har en kommunal bostøtteordning til leietakere i omsorgsboliger. Få husstander benytter seg av ordningen, i 2016 var det to husstander, i 2017 var det fem.

Svelvik har ingen særskilte tilskuddsordninger til dekning av boutgifter, utover Husbankens virkemidler.

Tabellen under viser utvalgte KOSTRA indikatorer (2016) knyttet til bolig:

| Indikator | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | De tre kommunene | KOSTRA 13 | ASSS* u/ Oslo |
|---|---------|-------------|---------|------------------|-----------|---------------|
| Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbygger | 20,6 | 26,0 | 12,0 | 21,4 | 19,1 | 19,8 |
| Kommunalt eide boliger som andel av totalt antall kommunalt disponerte boliger | 75 | 22 | 100 | 60 | 66 | 80 |
| Antall søknader om kommunal bolig per 1000 innbygger | 10 | 5,7 | 3,9 | 8,6 | 7,5 | 6,4 |
| Antall nye søknader per 1000 innbygger | 5,7 | 4,6 | 3,9 | 5,3 | 5,2 | 3,9 |
| Andel husstander i midlertidig botilbud med varighet 0-3 måneder, av alle i midlertidig bolig | 96 | 90 | 0 | 93 | 87 | 77 |
| Andel husstander med barn i midlertidige botilbud | 9 | 6 | 0 | 8 | 5 | 3 |
| Antall husstander med statlig bostøtte per 1000 innbygger | 22,3 | 20,2 | 17,9 | 21,5 | 20,8 | 21,6 |
| Antall boliger godkjent av kommunen for finansiering med startlån, per 1000 innbygger | 2,7 | 1,2 | 1,4 | 2,2 | 1,4 | 1,0 |
| Beløp per innbygger i startlån videretildelt av kommunen | 3 803 | 1 576 | 577 | 3 036 | 1 557 | 1 472 |
| Antall boliger solgt siste år | 35 | 1 | 0 | | | |
| Av dette, antall boliger solgt til leietakere siste år | 35 | 1 | 0 | | | |
| Garantier for depositum til leie av bolig (antall) | 65 | 93 | 0 | | | |
| Lån til depositum | 36 | 29 | 0 | | | |

* ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner

Nedre Eiker har flest kommunale utleieboliger, sett i forhold til innbyggertallet, men om lag 2/3 av boligene er privateide boliger med kommunal disposisjonsrett. Deler av omsorgsboligene er andelseid i boligbyggelag. Både Drammen og Nedre Eiker har over flere år hatt fokus på å identifisere eierpotensialet hos de som leier kommunale boliger, eller søker om kommunal utleiebolig. Dette har vært et tiltak for å motvirke fattigdom og et sterkt incitament for de som er i posisjon til å komme i jobb. Gjennomføringen av strategien «leie til eie» har ulike politiske føringer i de to kommunene:

1. I Drammen kan alle typer inntekter (I tillegg til arbeidsinntekt også for eksempel arbeidsavklaring og introduksjonsstønad), med unntak av økonomisk sosialhjelp gi grunnlag for startlån. I Nedre Eiker er det krav om fast inntekt.
2. I Drammen kan de som leier kommunal borettslagsbolig og har eierpotensial, kjøpe den boligen de leier til takst. Dette har ført til at kommunen i 2016 solgte 35 av de kommunale boligene til tidligere leietakere. I Nedre Eiker forutsettes det at boligen kjøpes på det private markedet.

Det er lite mislighold av startlån i alle kommunene.

Geografisk fordeling

Tjenestene er byovergripende i alle kommunene, men noen tjenester tilbys desentralisert. Dette gjelder for eksempel NAV tjenester i videregående skoler for å hindre «dropouts», NAV tjenester ute; tjenestene som jobber med bosetting og kvalifisering av flyktninger, NAV tjenester lokalt i områdesatsning på Fjell 2020, og oppfølgingstjenester der folk bor. Kommunale utleieboliger ligger spredt i alle tre kommuner.

Ufordringer

Kommunene oppleves å ha tilstrekkelig antall utleieboliger, men boligsøkerne endrer seg og det er behov for en større differensiering av botilbudet for å møte de ulike brukerbehovene.

Finansiering utenfor rammen

Alle tre kommuner er innvilget statlige prosjektmidler fra for eksempel Helsedirektoratet, Fylkesmannen eller AV-direktoratet (Arbeids og Velferdsdirektoratet).

Drammen har prosjektfinansiering av i alt fem årsverk, Nedre Eiker har finansiering av ni årsverk, og Svelvik har finansiering av seks årsverk, totalt 20 årsverk. Alle tre kommuner er innvilget prosjektmidler fra Fylkesmannen under ordningen «kommunale rustiltak».

Drammen kommune:

- «Drammsgården», arbeidsrettet, medikamentfritt, rehabiliteringstilbud til rusavhengige, 1,5 årsverk
- Erfaringskonsulent, 1 årsverk
- Kartleggingsbolig ROP, 2 årsverk
- Koordinering av samarbeid med frivillige og humanitære organisasjoner, 0,5 årsverk

Alle tiltak er organisert i virksomheten «Rus- og psykisk helsearbeid»

- NAV veileder i videregående skoler (midler fra AV- direktoratet), 1 årsverk

Nedre Eiker kommune:

- Prosjekt bli boende, 3 årsverk
- Prosjekt "riktig ytelse", 1 årsverk
- Delvis finansiering av ruskonsulenter i NAV og Berggården, 3 årsverk (1 + 2)
- NAV veileder i videregående skoler (midler fra AV-dir), 1 årsverk
- «Ut på banen med MIF», 1 årsverk (Fattigdomsmidler fra FM)

Svelvik kommune:

- Erfaringskonsulent , 1 årsverk
- Oppfølging i bolig, 0,5 årsverk
- Aktivitetstilbud, 1,5 årsverk
- Euskonsulenter, 3 årsverk

Ufordringer:

En stor del av stillingene innenfor spesielt rustjenesten er prosjektfinansiert i alle kommunene. Tilbudet prosjektmedarbeiderne gir er av stor viktighet for brukergruppa, og det vurderes at det er behov for å opprettholde dem etter at prosjektperioden er over, det vil i stor grad si fra 2020.

Tjenesteharmonisering med strategier

Bør harmoniseres før 2020:

- Valg av fagsystem
- Like tiltak for å motvirke fattigdom (reducerer behov for økonomisk sosialhjelp, eks gratis barnehage, gratis aktivitetsskole)
- Økonomisk støtte fra kommunen til leietakere i kommunale utleieboliger (ref. vedlegg med retningslinjer for «kommunal bostøtte» i Drammen)
- Økonomisk bistand til flyktninger i etableringsfasen, før oppstart i introduksjonsprogram og mottak av introduksjonsstønad – kommunalt reglement eller som ytelse fra NAV
- Introduksjonsstønad til unge under 25 år er 2/3 av 2G i Drammen, mens det er 2G i Nedre Eiker og Svelvik
- Kvalifiseringsstønad til unge under 25 år er 2/3 av 2G i Nedre Eiker, mens det er 2G i Drammen og Svelvik
- Etablere like regler for tildeling av startlån

Kan harmoniseres på sikt:

- Oppgaveporteføljen til NAV
- Likt system for brukermedvirkning/brukerrespons, for eksempel Brukerutvalg, Brukeråd, og systemer for individuelle løpende tilbakemeldinger på tjenestene
- Etablere lik praksis i de tre kommunene i forhold til eksterne kjøp av arbeid/aktivitetsrettede tiltak for å få personer/sårbare grupper over i arbeid og utdanning

Kvalitet

I KOSTRA er følgende indikatorer statistikkvariabler som beskriver kvaliteten i NAV, arbeid og tiltak til rusavhengige:

| Grunnlag (2016) | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | De tre kommunene | KOSTRA 13 | ASSS* u/ Oslo |
|--|---------|-------------|---------|------------------|-----------|---------------|
| Andel sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggere | 2,7 | 3,3 | 2,9 | 2,8 | 2,6 | 2,5 |
| Antall sosialhjelpsmottakere | 1 822 | 824 | 190 | 2 836 | 49 581 | 27 573 |

* ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner

| Variabel som indikator på kvalitet (2016) | | | |
|--|-----|-----|-----|
| Gjennomsnittlig stønadslengde (i måneder) mottakere 18 – 24 år | 4,3 | 3,8 | 5,4 |
| Gjennomsnittlig stønadslengde (i måneder) mottakere 25-66 år | 5,8 | 5,2 | 6,1 |
| Andelen sosialhjelpsmottakere 18 – 24 år av innbyggere 18-24 år | 6,2 | 7,4 | 5,4 |
| Sosialhjelpsmottakere 6 mnd + trygd som viktigste inntekt | 172 | 57 | 38 |
| Mottakere 6 måneder eller mer + sosialhjelp som hovedinntekt | 368 | 166 | 26 |
| Mottakere 10 måneder + sosialhjelp som hovedinntekt | 238 | 104 | 15 |
| Gjennomsnittlig stønadslengde (i måneder) for mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde | 7 | 6 | 6 |
| Sosialhjelpsmottakere uten bolig | 69 | 30 | - |

I tillegg kan følgende indikatorer være relevante for vurdering av kvaliteten i tjenestene:

| Indikator | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|--|---------|-------------|---------|
| Antall utkastelser fra kommunale utleieboliger | 14 | 2 | |
| Resultat av Brukerundersøkelse i NAV (2015) | | 4,6 av 6 | |
| Antall flyktninger som gikk direkte over i arbeid eller utdanning etter avsluttet introduksjonsprogram | 52 % | 61.1 % | |



Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunale føringer

Alle kommuneplanene i alle tre kommuner gir føringer for tjenesteområdene. I tillegg har kommunene disse tema/handlingsplanene:

| Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|--|--|----------------------------------|
| Helse-, sosial og omsorgsplan Levekårsplan Boligsosial handlingsplan Levekårsplan Handlingsplan for mangfold og inkludering Innovasjonsstrategi for rus- og psykiske helsetjenester Folkehelsestrategi | Helse- og velferdsplan Ruspolitisk handlingsplan Boligsosial handlingsplan | Strategi for boligsosialt arbeid |

Vedlegg 2: Relevante nøkkeltall - miljøretta helsevern

Kommuneoversikt Miljørettet helsevern – noen utvalgte områder

| Antall innbyggere(2017) | 68 400 | 24 700 | 6 700 | Tilsynsveileder | MHV DRMK | MHV Ø/ NEK |
|---|---------|-------------|---------|-----------------|-------------|---------------|
| Objekter/virksomheter | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | Frekvens år | frekvens år | frekvens år |
| Barnehager | 61 | 21 | 4 | 1-3 | 5 | 4 |
| Friluftsbad(de vi tar prøve fra) | 14 | 2 | 5 | | 1 | 1 |
| Frisør, fotpleie o.l (usikre tall) Proff.no | 259 | 71 | 37 | 7+ | 7+ | 5 |
| Saksbehandling, journalposter totalt/utgående | 498/255 | 79/44 | | | Løpende | Løpende |
| Serveringssteder | 132 | 30 | 11 | 7+ | 7+ | |
| Skadedyr (henvendelser, omtrentlig antall) | 15 | 6 | | | Løpende | Løpende |
| Skoler, barne-/ungdomsskoler | 23 | 11 | 3 | 1-3 | 5 | 4 |
| Skoler, videregående | 5 | | | 1-3 | 5 | 4 |
| Solarier | 11 | 10 | 2 | 1-3 | 4 | 4 |
| Støy / dispensasjonssaker | 50 | 7 | | | Løpende | Løpende |
| Tatovering/hulltaking | 5 | 6 | 1 | 1-3 | 5-7+ | 4-6+ |
| Treningsstudioer, idrettshaller | 25 | 7 | 2 | 7+ | 7+ | |
| Vaskehaller(usikkert antall) | 18 | 6 | 2 | 7+ | 7+ | |
| Antall innbyggere(2017) | 68 400 | 24 700 | 6 700 | Tilsynsveileder | MHV DRMK | MHV Ø/ NEK |
| Objekter/virksomheter | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | frekvens år | frekvens år | frekvens år |
| Barnehager | 61 | 21 | 4 | 1-3 | 5 | 4 |
| Friluftsbad(de vi tar prøve fra) | 14 | 2 | 5 | | 1 | 1 |
| Frisør, fotpleie o.l (usikre tall) Proff.no | 259 | 71 | 37 | 7+ | 7+ | 5 |

| | | | | | | |
|---|---------|-------|----|-----|---------|---------|
| Saksbehandling, journalposter totalt/utgående | 498/255 | 79/44 | | | Løpende | Løpende |
| Serveringssteder | 132 | 30 | 11 | 7+ | 7+ | |
| Skadedyr (henvendelser, omtrentlig antall) | 15 | 6 | | | Løpende | Løpende |
| Skoler, barne-/ungdomsskoler | 23 | 11 | 3 | 1-3 | 5 | 4 |
| Skoler, videregående | 5 | | | 1-3 | 5 | 4 |
| Solarier | 11 | 10 | 2 | 1-3 | 4 | 4 |
| Støy / dispensasjonssaker | 50 | 7 | | | Løpende | Løpende |
| Tatovering/hulltaking | 5 | 6 | 1 | 1-3 | 5-7+ | 4-6+ |
| Treningsstudioer, idrettshaller | 25 | 7 | 2 | 7+ | 7+ | |
| Vaskehaller(usikkert antall) | 18 | 6 | 2 | 7+ | 7+ | |

Vedlegg 3: Fysioterapi og ergoterapi - innretning

| | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|---|--|---|---|
| Ergo-/fysioterapeuter på rehab-/korttidsavd. – alle har også oppgaver med brukere utenfor institusjoner | Antall ergo: 1,8 Antall fysio: 4,8 | Antall ergo: 0,8 Antall fysio: 2,0 | Antall ergo: 0,33 Antall fysio: 0,5 |
| Ergo-/fysioterapeuter til barn og unge | Antall ergo: 1 Antall fysio: 7 | Antall ergo: 0,5 Antall fysio: 3,0 | Antall ergo: 0,33 Antall fysio: 0,5 |
| Ergo-/fysioterapeuter til hjemmeboende voksne | Antall ergo: 8,6 Antall fysio: 8,8 Oppgaver: hverdagsrehabilitering og kommunale terapi oppgaver samt hjelpemiddelformidling | Antall ergo: 2,5 Antall fysio: 0,8 | Antall ergo: 0,33 Antall fysio: 0,5 |
| Hjemme-rehabiliteringsteam | Antall ergo: 1 Antall fysio: 1 Antall spl: 1 Antall helsefagarb: 1 Oppgaver: spesifikk rehabilitering i hjemmet | I Innsatsteam | Mangler |
| Innsatsteam (hjemme- og hverdagsrehabilitering) | Oppgavene dekkes i hjemmerehabiliteringsteam og i ordinær ergo/fysiotjeneste | Antall ergo: 1,0 Antall fysio: 2,0 Antall sykepleiere: 1,0 Antall helsefagarbeidere: 1,2 | Antall ergo: 0,5 Antall fysio: 0,5 Ikke et eget Innsatsteam, men 0,5 +0,5 ressurs som samarbeider med hjemmesykepleien om hverdagsrehabilitering. |

| | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|-----------------------|---|--|--|
| Hjelpemiddelteknikere | Antall: 6 teknikere, 1 i resepsjon og 2 rådgivere i velferdsteknologi Oppgaver: Hjelpemiddelutlevering, montering og reparasjon. Salg av enkle hjelpemidler over disk. Oppfølging av velferdsteknologi | Antall: 5 Oppgaver: Hjelpemiddelutlevering, montering og reparasjon, transport av dagsenterbrukere. 0,6 syn /hørsel | Antall: 1 Oppgaver: Hjelpemiddelutlevering, montering og reparasjon, Oppfølging av trygghetsalarm |
| Turnusfysioterapeut | 1-2 hvert halvår, dvs. 2-4 stk, i året. | Ingen stilling for tiden. | Ingen stilling. |

Vedlegg 4: Om forskjeller i utgiftsbehovet i de tre kommunene

Utgiftsbehovet beregnes ut fra følgende:

I tråd med det generelle prinsippet om å måle produksjon i forhold til målgruppe benyttes behovskorrigert innbyggertall som målgruppe for tjenestene i sektoren. Korrigeringen baseres på kriteriene som inngår i kostnadsnøkkelen i inntektssystemet. Kriteriene vil benyttes til å gi et estimat for behovet justert for kostnadsforskjeller i sektoren i forhold til landsgjennomsnittet. I neste omgang benyttes estimatet til å beregne et behovs- og kostnadskorrigert innbyggertall.

Tabellen under viser benyttede kriterier og vektning:

Indekser med tilhørende vekt som beskriver behovet i sosialsektoren:

| Kriterium | Nøkkel 2017 |
|--|-------------|
| Uføre 18 til 49 år | 0,1126 |
| Flyktninger uten Integreringstilskudd | 0,1459 |
| Opphopning (Opphopning vurderes i forhold til lavinntekt, arbeidsledige og skilte/separerte) | 0,1658 |
| Innbyggere 16 - 66 år | 0,1759 |
| Aleneboende 30 - 66 år | 03371 |

Vedlegg 5: Fakta av betydning for utbetaling av sosialhjelp

| Kriterium | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik | Kostra gr 13 | ASSS* / Landet (u.Oslo) |
|--|---------|-------------|---------|--------------|-------------------------|
| Andel personer i privathusholdning med årlig inntekt under 60 % av medianinntekten i landet (fattigdomsgrense) | 13,6 | 10,1 | 8,0 | - | 9,9 |
| Andel innvandrerbefolkning (prosent) | 28,5 | 21,1 | 13,8 | 16,1 | Landet: 14,3 |
| Registrerte arbeidsledige i % av befolkningen i alderen 15 - 74 år | 2,3 | 2,2 | 1,6 | 2 | Landet: 2 |
| Andel skilte/separerte 16- 66 år (prosent) | 12,9 | 12,8 | 13,9 | 11,6 | Landet: 10,8 |

* ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner

Vedlegg 6: Bosetting og kvalifisering av flyktninger

| | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|------------------|--|---|---|
| Etableringsfasen | <p>Introduksjonssenteret har ansvar for bosettingsarbeidet/ etableringsfasen</p> <p>NAV har en egen saksbehandler som vurderer og behandler økonomisk bistand. NAV tildeler økonomisk sosialhjelp i etableringsfasen, frem til flyktingen mottar introduksjonsstønad. Individuell behandling, og etter veiledende satser</p> <p>Flyktingene mottar en økonomisk «etableringspakke» som skal finansiere alt utstyr det er behov for</p> | <p>Flyktingetjenesten har ansvaret for bosettingsarbeidet/ etableringsfasen</p> <p>Flyktingetjenesten tildeler penger til livsopphold til flyktingene før de starter på program og mottar introduksjonsstønad. Dette er hjemlet i et kommunalt reglement som ikke kommer inn under Lov om sosiale tjenester i NAV. Tildeling er tilsvarende veiledende satser for økonomisk sosialhjelp</p> | <p>Svelvik læringscenter har ansvaret for bosettingsarbeidet / etableringsfasen</p> <p>NAV tildeler økonomisk sosialhjelp i etableringsfasen, frem til flyktingen mottar introduksjonsstønad. Individuell behandling, og etter veiledende satser</p> <p>Svelvik læringscenter dekker utgifter i forbindelse med etablering.</p> |
| | <p>Kommunen har rammeavtale med Kirkens bymisjon om levering av brukte møbler, og bistand til møbleringsarbeidet</p> <p>Hvitevarer kjøpes nytt</p> <p>Flyktingene tildeles kommunale utleieboliger (vedtak i bolig tjenesten), med fire-års kontrakt</p> | <p>Kommunen har inngått rammeavtale med Maritastiftelsen om levering av brukte møbler</p> <p>Hvitevarer kjøpes nytt</p> <p>Eiendomsavdelingen fremskaffer boligene – kommunale boliger eller ved fremleie. Det inngås tre-års leiekontrakter</p> | <p>Kommunen vurderer behov for brukte og nye møbler før bosetting og møblerer før ankomst. Pent brukte møbler samles inn av Svelvik læringscenter og oppbevares på lager.</p> <p>Hvitevarer kjøpes brukt fra Drammen hvitevarer</p> <p>Svelvik læringscenter leter etter boliger på det private marked og flyktingene inngår egen leiekontrakt med utleier. Ved spesielle behov eller ledige boliger kan flyktingene bosettes i kommunale leiligheter. Inngås i så fall en tre-års leiekontrakt .</p> |
| Program perioden | <p>Det lages egen beskrivelse om hvordan programmet organiseres, for eksempel hvordan man tenker/legger til rette for arbeidsretting, tilpasset opplæring og lengde på program</p> | | <p>Svelvik har inngått avtale om kjøp av plasser i Drammen</p> |

| | Drammen | Nedre Eiker | Svelvik |
|---------------------------------|---|--|--|
| Overgang- avslutning av program | <p>Det gjennomføres en trekantsamtale mellom programrådgiver, NAV og deltaker senest seks måneder før avslutning av program. Introduksjonssenteret har ansvar for å invitere til denne samtalen</p> <p>Det gjennomføres en «overføringssamtale» mellom programrådgiver og NAV tre uker før programslutt for de av deltakerne som ikke kan gå direkte over i arbeid eller utdanning</p> <p>Det er et mål at ingen skal gå over til økonomisk sosialhjelp og det er mye fokus på sømløs overgang og etablering av hospiteringsplass/ arbeidstrening før avslutning</p> <p>Resultater ved avslutning av program rapporteres med detaljerte tall – dette er et viktig arbeidsverktøy</p> <p>Svakhet: dialogen mellom programrådgiver og NAV er ikke tilfredsstillende for de som av helsemessige årsaker ikke kan gå ut i jobb eller utdanning</p> <p>Det er inngått avtale med virksomhetene i kommunen om språktreningsplasser og arbeidstreningsplasser i og under program</p> | <p>Det gjennomføres avgangssamtaler med NAV ved programslutt – dette er drøftinger på individnivå</p> <p>Samarbeider med NAV det siste året for å skaffe jobb/ arbeidspraksis</p> <p>Det er et mål at alle som skal ut i utdanning skal klare seg uten supplerende sosialhjelp, ved at de oppmuntres til å jobbe deltid ved siden av studier</p> <p>Det er dialog med NAV om de som av helsemessige årsaker ikke kan gå ut i arbeid eller utdanning</p> <p>Det er inngått en intensjonsavtale med virksomhetene i kommunen om arbeids-/praksisplasser i og under program</p> | <p>Det gjennomføres avgangssamtaler med NAV ved programslutt, ca. tre måneder før.</p> |

