



NYE
DRAMMEN
KOMMUNE

Kunnskapsgrunnlag

– PLEIE- OG OMSORGSPOLITIKK



Innhold

Sammendrag	4
Innledning	7
Somatikk	12
Psykisk helse og rus	16
Utviklingshemmede	20
Kvalitet	23
Dilemmaer	24
Harmonisering	24
Vedlegg 1 – Kommunale føringer	26
Vedlegg 2 – Institusjonsplasser i kommunene	28
Vedlegg 3 – Oversikt over betalingssatser i kommunene	29

Sammendrag

Delprosjekt pleie- og omsorg omfatter hovedområdene somatikk, psykisk helse og rus og utviklingshemmede. Kunnskapsgrunnlaget inneholder sentral informasjon om føringer, innretning av tjenestene, relevante nøkkeltall og statistikk, dekning og kvalitet. Enkelte tjenester har felles innretning på tvers av disse hovedområdene.

Kunnskapsgrunnlaget er delt inn i følgende områder:

- Somatikk
- Psykisk helse og rus
- Utviklingshemmede

En utfordring ifht KOSTRA-sammenligninger er at dette er til dels ulike målgrupper, men som mottar tjenester som regnskapsførers på like KOSTRA-koder. Dette gjør sammenligningen noe mer komplisert. Det er derfor valgt, så langt mulig, å trekke ut aktuelle KOSTRA-tall for de ulike målgruppene. Nasjonalt diskuteres det at ca 2/3 av tjenestemottakere av tjenester som regnskapsførers på «hjemmetjenester» er under 67 år. Disse tilhører i all hovedsak målgruppene psykisk helse, rus og utviklingshemmede.

I 2018 har KOSTRA-funksjonene som tidligere sorterte under begrepet «pleie og omsorg» blitt endret til «helse og omsorg». Dette som en følge av tjenesteendringer de siste 10 årene, hvor pleie og omsorgsbegrepet i liten grad kommuniserer internasjonale, nasjonale og lokale ambisjoner om et mestringsperspektiv, selv hos svært syke personer. Fagområdet har gått fra å ha fokus på den enkeltes «hjelpebehov» til å fokusere på den enkeltes «helseferdigheter». Kunnskapsgrunnlaget benytter 2016-tall, og dermed følgelig også «pleie og omsorg» som begrep.

I tillegg til kunnskapsgrunnlaget er det utarbeidet et faglig forslag til strategier for videre utvikling.

Demografien i de tre kommunene er i endring, og dette vil i fremtiden medføre diskusjon om mulige omprioriteringer innad i den kommunale tjenesteproduksjonen. Som «mot-strategi» til å automatisk multiplisere dagens tjenesteprofil diskuteres innretningen på paradigmeskifter i tjenestene. Et av paradigmeskiftene innebærer et styrket fokus på mestring av eget liv. Hovedmålsetting med kommunenes helse- og omsorgstjenester er at innbyggere skal bo lengst mulig i eget hjem, og delta lengst mulig i eget liv. Alle kommunene jobber aktivt med implementering av hverdagsmestring som tankesett. Hverdagsrehabilitering, reell tverrfaglig innsats og bruk av velferdsteknologi er sentrale virkemidler for å nå dette målet.

Kommunene baserer seg i hovedsak på en bestiller-utfører modell.

Kommunene har noe ulik innretning på tjenestetilbudene blant annet som følge av ulike kommunestørrelser. Drammen kommune har de fleste somatiske tjenestene desentralisert tilknyttet distrikter, mens Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har sentralisert sine tjenester. Tjenester til mennesker med utviklingshemming, psykiske lidelser og rusproblemer er sentralisert i alle kommunene.

Tilbudet om kommunale akutte døgnplasser (KAD) skal ivareta pasienter som opplever akutt sykdom eller forverring av tilstand, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus. Kommunene bruker plasser ved legevakta i Drammensregionen. Drammen kommune og Nedre Eiker kommune har i tillegg plasser i kommunen. Drammen kommunes og Nedre Eiker kommunes KAD-plasser på Legevakta prioriteres til rus/psykiatripasienter. Kommunene opplever at totalt antall plasser er i tråd med behovet.

Brukerbetalingene følger lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og reguleres årlig i statsbudsjettet. På de tjenester kommunene har anledning til å ta betalt for, og har anledning til å bestemme prisen selv, varierer denne noe mellom kommunene. Egenbetalingssatser på de tjenester kommunene har anledning til å ta betalt for, og har anledning til å bestemme prisen selv, bør harmoniseres slik at det faktureres en lik pris til innbyggerne uavhengig av hvor man bor.

Somatikk

Føringer i den politiske plattformen legger vekt på stedsutvikling og utvikling av lokalsentra i den nye kommunen. Nye Drammen kommune bør legge opp til distriktsnære tjenester der dette er mest hensiktsmessig for innbyggeren og sentralisere noen av de spesialiserte tjenestene for å sikre brukere høy faglig kvalitet og tilgang på spisskompetanse. En satsning på helhetlige tjenester i helse- og omsorgsdistriktene framfor sentraliserte og funksjonsinndelte tjenester vil innebære noen investeringer, men ut fra et langsiktig perspektiv vil tjenestene bli langt rimeligere å drifte, gi kvalitativt helhetlige tjenester og være bedre tilpasset den enkelte innbygger. Satsing på forebyggende arbeid og utnyttelse av frivillig innsats vil også være enklere i det enkelte lokalmiljøet. For stedsutvikling gjennom videre tjenesteutvikling av de ulike helseknutepunktene i ny kommune, er det nødvendig med noe harmonisering av både tjenestetilbud og organisering.

Digitalisering og bruk av velferdsteknologi er et viktig virkemiddel i utviklingen av tjenestene. Formålet med velferdsteknologiske løsninger er å bidra til økt egenmestring, utsette behov for mer omfattende og kompenserende tjenester, effektivisere driften og bidra til at personer kan bo lengst mulig i eget hjem. Velferdsteknologiske hjelpemidler er et satsingsområde i alle kommunene. Kommunene er kommet ulikt i satsingen, men alle har en grunnleggende tanke om at velferdsteknologi skal være første trinn i omsorgstrappa og en integrert del av alle tjenester.

Alle kommunene har brukervalg i BPA-ordningen. I Drammen kommune og Nedre Eiker kommune kan brukere velge mellom kommunen som leverandør, eller flere ulike private leverandører. I Svelvik kommune benyttes private leverandører i de fleste BPA-ordningene.

Drammen kommune har brukervalg på tjenesteleverandør av praktisk bistand/hjemmehjelp. Drammen kommune har også brukervalg for hjemmesykepleie. Ordningen har vært lite etterspurt, og det pågår en evaluering av ordningen. Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har ikke brukervalg for verken praktisk bistand eller hjemmesykepleie.

Psykisk helse og rus

Under dette området omtales de relevante områdene for brukere hvor psykisk helse og/eller rusutfordringer er hoveddiagnosen. For dette tjenesteområdet vil det si hjemmetjenester, dag og aktivitetstilbud, i noen grad institusjonstjenester og KAD-plasser. I kunnskapsgrunnlaget for AP2.5 er det en mer omfattende vurdering av tjenester til psykisk helse og rus.

Alle tre kommuner har dagsentertilbud for brukere med psykisk lidelse. I Drammen kommune og Svelvik kommune forutsetter bruk av tilbudet at det er fattet vedtak om dette, men Nedre Eiker kommune tilbyr dette som et lavterskeltilbud uten vedtak. Kun Nedre Eiker kommune har transporttjenester for brukergruppen, hvor det tilbys kjøring til dagsentrene mot en egenbetaling.

I alle tre kommuner finnes det også aktiviseringstilbud/møtested for rusavhengige. Dette er lavterskeltilbud, uten vedtak.

Ingen av kommunene har institusjoner til målgruppen. Brukerne bor i egne eide eller leide boliger, og får tjenester og praktisk bistand i sine egne hjem. Alle tre kommuner tilbyr slike «ambulerende» oppfølgingstjenester. Alle tre kommunene kjøper heldøgns omsorgstjenester utover kommunens eget tilbud til brukere med alvorlig rus- og eller psykisk helse, ofte med sikkerhetsproblematikk. Dette er tilbud som kan være relativt dyre.

Drammen kommune og Nedre Eiker kommune har boliger med heldøgnbemanning, mens Svelvik kommune ikke har bemannede boliger for denne brukergruppen. I Drammen kommune og Nedre Eiker kommune dekkes behovet for øvrig av ambulanseteam og egen natt-tjeneste for psykisk helse og rus. Per i dag har ikke Svelvik kommune oppfølging på natt eller i helger.

I Drammen kommune tilbys det matsservering mot betaling i de bemannede boligene, mens i Nedre Eiker kommune er det brukerne selv som sørger for dette.

Utviklingshemmede

Under dette området omtales tjenester som hjemmetjenester, avlastningstjenester, aktivitetstjenester for brukere hvor psykisk utviklingshemming er hoveddiagnosen. Mennesker med utviklingshemming er en stor og uensartet gruppe, med store individuelle forskjeller i forhold til fungering i hverdagen. I dette kapitlet omfattes derfor også brukere med et sammensatt og langvarig behov for tilrettelagte tjenester basert på kognitive, språklige og sosiale vansker uten en definert diagnose. Innenfor dagens organisering av tjenestene i kommunene har om lag 2 av 3 brukere en diagnose på psykisk utviklingshemming.

Kommunene yter tjenester til mennesker med utviklingshemming i ulike faser i et livsløp. Tjenestene ytes av flere virksomheter innenfor ulike fagområder. Dette fordrer evne til samhandling for en helhetlig tjeneste til den enkelte. Tjenestene er organisert ulikt i de tre kommunene.

Alle tre kommunene har et lite differensiert tilbud når det kommer til ulike boligkonsepter for personer med nedsatt funksjonsevne

Transport til og fra arbeids-/aktivitetssentra er ikke en lovpålagt tjeneste, men vurdert nødvendig for at tilbudet benyttes. I Drammen kommune har det vært en ordning med at kommunen bestiller og betaler for drosjetransport for målgruppen. Nedre Eiker kommune benytter i mindre grad drosje, og sørger i større grad for egentransport, mens Svelvik kommune ikke har egen transportordning. Det er store forskjeller mellom kommunene i organisering, tjenesteinnhold og betalingen av disse tjenestene. Harmonisering av tjenestene vil måtte vurderes.

Støttekontakttjenesten skal gi rom for å realisere idealene om en aktiv og meningsfylt tilværelse sammen med andre. Kommunene tilbyr tjenesten som individuell støttekontakt, gruppetilbud og et individuelt tilbud i samarbeid med frivillig organisasjon. Tilbudet er forskjellig organisert i kommunene. Det vurderes å være lite behov for harmonisering av tjenesten.

Om lag 2 av 3 tjenestemottakerne har i dag et kjent arbeids-/aktivitetstilbud. Arbeids- og aktivitetstilbud gis ved Unik bedrift, Eiker aktivitetssenter og Svelvik kommune opplærings- og aktivitetssenter, samt ved Aktiviteten i Nedre Eiker som er under opptrapping og utbygging. Eiker aktivitetssenter er et aktivitetstilbud hvor Øvre Eiker er vertskommune og Nedre Eiker kjøper plasser. Avtalen er sagt opp og vil gradvis bli avvirket når Nye Aktiviteten står ferdig tidlig 2019. I tillegg kommer andre former for arbeids- og aktivitetstilbud, herunder varig tilrettelagt arbeid (VTA). Det finnes i alle kommunene en utfordring i variasjonsmulighetene i tilbudet.

Avlastning er en tjeneste som gis når foresatte/pårørende står i særlig tyngende omsorgsoppgaver. Formålet med tjenesten er å bidra til at omsorgsyter kan delta i normale samfunnsaktiviteter, ha regelmessig ferie og fritid, og stå i omsorgsoppgavene. Alle kommunene opplever en god kapasitet på avlastning til yngre personer med utviklingshemming, men en utfordring til eldre tjenestemottakere.

Omsorgsstønad skal gi en viss økonomisk kompensasjon til private som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid som ellers ville være kommunens ansvar. Bruken av omsorgsstønad som virkemiddel er forskjellig mellom kommunene. Det er et behov for harmonisering av satser og omfang av tjenesten.

Kommunene har, for å kunne yte gode tjenester, lagt vekt på å ha kompetente medarbeidere med riktig kompetanse til forventede oppgaver. I Drammen kommune organiseres dette arbeidet igjennom utviklingsenheten «Skap gode dager», som tilbyr kompetansehevede tiltak for medarbeidere i Drammen kommune. «Skap Gode Dager» ivaretar også oppgaven som utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Buskerud.

Innledning

Pleie- og omsorgspolitikken skal bidra til å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle innbyggerne i Nye Drammen kommune uansett alder.

Kunnskapsgrunnlaget har som mål å tydeliggjøre hvordan tjenestene er rigget og dimensjonert i de tre kommunene Drammen, Nedre Eiker og Svelvik. Videre ønsker delprosjektgruppen å tydeliggjøre ønsker og muligheter til tjenesteharmonisering, samt komme med forslag for felles strategier.

Dette kunnskapsgrunnlaget omhandler følgende tjenester:

- Helse- og omsorgstjenester i institusjon, herunder avlastning for funksjonshemmede
- Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- Praktisk bistand og opplæring
- Institusjonslokaler
- Kommunalt disponerte boliger
- Brukerbetaling for kommunale tjenester (hjemmetjenester, institusjon, dagopphold med mer)

Kunnskapsgrunnlaget er delt inn i følgende områder:

- Somatikk
- Psykisk helse og rus
- Utviklingshemmede

Tilgrensende områder som ikke behandles i dette kunnskapsgrunnlaget, men som en del av AP 2.5:

- Forebyggende helsearbeid til voksne
- Frisklivssentrealer
- Helsestasjon for innvandrere/flyktningshelsetjeneste
- Miljørettet helsevern, og bedriftshelsetjeneste
- Smittevern
- Vaksinasjon
- Legetjenester
- Fysioterapi
- Ergoterapi
- Formidling av hjelpemidler
- Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid
- Arbeidsrettede tiltak
- Bistand til etablering og opprettholdelse av egen bolig

Følgende område behandles i andre kunnskapsgrunnlag (tekniske tjenester og kultur, idrett og fritid):

- God samfunnsplanlegging og aktivitets- og fritidstilbud er viktig for å bedre folkehelsen

Overordnede føringer

Globale føringer

Flere internasjonale organer, blant annet WHO, Unesco og FNs økonomiske kommisjon for Europa betoner viktigheten av et bærekraftig samfunn for alle aldre gjennom å realisere potensialet i at befolkningen lever lengre. Empowerment-tenkning på individ og lokalsamfunnsnivå er viktig for at innbyggerne kan realisere sitt potensial for fysisk, mentalt og sosialt velvære gjennom hele livet, og til å delta og bidra til samfunnet så langt de kan og i tråd med deres ønsker og behov.

Norge har ratifisert FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne som har som formål å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet.

Nasjonale føringer

Nasjonale styringsdokumenter bygger på internasjonal tenkning, og tenkningen rundt de fire velferdspilarene (kunnskap – helse – arbeid – bolig) preger de siste 10 års utredninger innen utdanning-, helse-, sosial- og omsorgsfeltet.

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med tilhørende forskrifter
- Pasient- og brukerrettighetsloven med tilhørende forskrifter
- Helsepersonelloven med tilhørende forskrifter
- Folkehelseloven med tilhørende forskrifter
- Smittevernloven med tilhørende forskrifter
- Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
- HelseOmsorg21 – handlingsplan for forskning og utvikling
- Meld St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg
- Meld. St 26: Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- NOU 2016: 17 På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming
- IS-2076 «Sammen om mestring» – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne

Føringer i den politiske plattformen

- Den politiske plattformen vektlegger at en rasjonell, effektiv og publikumsrettet tjenesteyting skal opprettholdes lokalt.
- Det skal tilbys sykehjemsplasser, helse- og omsorgstjenester, omsorgsboliger og bo- og servicesenter nærmest mulig der folk bor, for å bevare nærhet til tjenestene og lokal identitet.
- Hjemmetjenester i Nye Drammen kommune skal tilbys med et naturlig geografisk utgangspunkt for å sikre en best mulig tjeneste. Ved utbygging/fornyelse av tjenestetilbud vil den nye kommunen ivareta helhetlig løsninger som også inkluderer tilrettelegging for personer med demens.
- Det er et mål at folk kan bo trygt hjemme, lengst mulig. Den politiske plattformen nevner hverdagsmestring, bruk av velferdsteknologi og gode dagaktivitetstilbud som tiltak for å oppnå dette. Nye Drammen kommune skal være en foregangskommune innen bruk av velferdsteknologi for at mennesker som har behov for tjenester skal oppleve trygghet og mestring.
- Eksisterende tilrettelagte arbeidsplasser som vekst- og utføringsbedrifter, opprettholdes lokalt.

Se vedlegg 1 for kommunale føringer.

Definisjoner

- **Brukerstyrt personlig assistent (BPA)** er en tjeneste for personer med nedsatt funksjonsevne og behov for bistand i dagliglivet. Brukeren har selv rollen som arbeidsleder (eventuelt foresatte eller verge) og påtar seg ansvar for organisering og innhold ut fra egne behov. Innenfor de rammer som kommunens vedtak angir, kan brukeren styre hva assistentene skal gjøre og til hvilke tider assistansen skal gis. BPA og arbeidslederrollen skal gi brukeren innflytelse over egen livssituasjon.
- **Fritt brukervalg** betyr at det er brukeren selv som velger tjenesteyter blant de leverandørene kommunen har godkjent eller har avtale med. Kommunen har fortsatt ansvar for tjenesten, og i de fleste tilfeller vil kommunen også være en av de leverandørene brukerne kan velge. Fritt brukervalg innebærer konkurranse ved at tjenesteyterne må konkurrere for at brukerne skal velge nettopp dem, men i motsetning til konkurranseutsetting er det altså brukerne selv, og ikke kommunen som velger tjenesteyter.
- **Hjemmesykepleie** er en tjeneste som gir hjelp og veiledning til den som trenger pleie og omsorg i hjemmet. Hjemmesykepleie kan for eksempel omfatte sårbehandling, personlig stell, medikamenthåndtering eller oppfølging av sykdom i samarbeid med fastlegen.
- **Kommunal akutt døgnplass (KAD)** er døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunene er forpliktet til å tilby dette. Denne plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 ble dette innført også for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Plikten følger av Helse- og omsorgstjenesteloven.
- **Korttidsopphold** er et tilbud til brukere som har behov for helsehjelp hele døgnet i en kortere og tidsavgrenset periode. Det er det helsemessige behov som avgjør lengden på oppholdet. Målet med oppholdet er at bruker skal opprettholde, eller bedre sitt funksjonsnivå og helsetilstand før de reiser hjem. Det skilles mellom tre typer av korttidsopphold: ordinært korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og avlastningsopphold.
- **Langtids botilbud** er botilbud i sykehjem eller bolig med heldøgns tjenester på ubestemt tid:
 - Sykehjem er botilbud i helseinstitusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester.
 - Bolig med heldøgns tjenester er et hjemmebasert botilbud:
 - a) der beboerne har individuelle vedtak om helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet
 - b) der beboernes tjenestebehov vanligvis er så stort at det kan være sammenlignbart med tjenestebehovet som beboere i sykehjem har
 - c) der det er tilrettelagt for å gi døgnkontinuerlige tjenester
 - d) der tilsyn med brukerne tilsvarer det som ville blitt gitt i sykehjem
 - e) der det er mulig å motta tjenester fra helse- og omsorgspersonell med kompetanse tilsvarende som personellet vanligvis har i sykehjem
 - f) der det er mulig å tilkalle hjelp fra egnet personell med tilsvarende responstid som i sykehjem, og
 - g) som kommunen tildeler og har disposisjonsrett til
- **Livsgledehjem** er et konsept som går ut på at virksomheten har et system for å oppfylle ni livsgledekriterier som ivaretar beboernes sosiale, kulturelle og åndelige behov. De ansatte jobber systematisk med å skape et meningsfullt innhold i beboernes hverdag uavhengig av hvem som er på jobb. Alle sykehjem i Drammen kommune er livsgledeertifisert.
- **Praktisk bistand/hjemmehjelp** er en felles betegnelse for hjemmehjelptjenester til alle de som på grunn av alder, sykdom, nedsatt funksjonsevne eller som av andre grunner trenger hjelp til nødvendige daglige gjøremål. Praktisk bistand kan for eksempel være hjelp til renhold av boligen din, skift av sengetøy, klesvask eller å bestille matvarer. Hjemmehjelpen gir også råd, veiledning og opplæring for at den som mottar hjelp, skal klare seg best mulig hjemme.
- **Støttekontakt** er et tjenestetilbud innenfor kategorien personlig assistanse som også omfatter praktisk bistand og opplæring. Støttekontakt er én måte å gi personlig assistanse på, bl.a. til deltagelse i fritidsaktiviteter. Tjenestetilbudet er beregnet for personer med betydelige funksjonsnedsettelse, hvor det er nødvendig med slik hjelp for å kunne leve et vanlig liv.
- **Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)** er senterfunksjon tildelt av Helsedirektoratet som skal bidra til å spre ny kunnskap og nye løsninger i helse- og omsorgssektoren i sitt fylke. Drammen kommune er vertskommune for utviklingscenteret i Buskerud.
- **Utskrivningsklare pasienter (USK)** er pasienter innlagt på sykehus der lege ved institusjonen har vurdert at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold. Kommunen skal betale for utskrivningsklare somatiske pasienter som er innlagt på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.
- **Varig tilrettelagt arbeid (VTA)** er et statlig arbeidsmarkedstiltak som gir et arbeidstilbud til personer som har problemer med å få arbeid innenfor det ordinære arbeidslivet. Tiltaket er rettet mot personer med uførepensjon, og med arbeidsoppgaver som er tilpasset den enkeltes yteevne.

Nærmiljøprofil og geografisk spredning

Kommunene har noe ulik innretning på tjenestetilbudene. Drammen kommune har de fleste somatiske tjenestene desentralisert tilknyttet distrikter, mens Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har sentralisert sine tjenester. Denne forskjellen i organisering må sees i sammenheng med kommunens størrelser, som har påvirket organiseringsmodell. Tjenester til mennesker med utviklingshemming, psykiske lidelser/rusproblemer er sentralisert i alle kommunene. Føringer i den politiske plattformen legger vekt på steds- og distriktsutvikling i den nye kommunen.

Bystyret i Drammen kommune har vedtatt at helse- og omsorgsdistriktene i kommunen skal utvikles til «helseknutepunkt». Et helseknutepunkt skal bestå av arenaer for forebyggende sosiale aktiviteter, base for hjemmetjenester, forebyggende helseteam for eldre, tilrettelagte boliger, og livsgledehjem med mer. Helseknutepunktene skal ha et langt bredere tilbud enn dagens helse- og omsorgsdistrikter, og det skal tilrettelegges som en arena for samarbeid med frivillige, NAV, skoler, barnehager og andre. Dette vil bidra til økt helse og mestringsevne hos innbyggere uavhengig av alder og diagnose.

I Nedre Eiker kommune er det vedtatt at nye plasser for personer med behov for heldøgns omsorg skal bygges i tråd med planer for helseknutepunkt. I den sammenheng er Solberglia tenkt utviklet som sykehjem siden bygget ikke lar seg oppgradere til den standard sykehjemsbygg skal ha i dag. Svelvik kommune har også en modell som ligner helseknutepunkt, det som mangler er et moderne sykehjem med tilpassede uteområder med aktivitetsmuligheter og forsterkede boliger for demens.

Generelt om pleie- og omsorgstjenester

Tjenestetrappen

Alle kommunene jobber etter BEON prinsippet. Dette tilsier at tjenestene tilbys på laveste og beste effektive omsorgsnivå i omsorgstrappen.

Lengst mulig i eget liv

I tillegg til BEON-prinsippet er kommunenes hovedmålsetting at innbyggere skal bo lengst mulig i eget hjem, og delta lengst mulig i eget liv. Alle kommunene jobber aktivt med implementering av hverdagsmestring som tankesett. Hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi er sentrale virkemidler for å nå dette målet. Kommunene baserer seg i hovedsak på en bestiller-utfører modell.

Grunnlagsdata

Grunnlagsdata per 2016	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik	KOSTRA 13	ASSS u/ Oslo
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter	29,8%	28%	29,2%	30,8%	29,9%
Netto driftsutgifter per innbygger pleie og omsorgstjenesten (KOSTRA 234, 253, 254, 261 og 262)	14.710	13.393	14.204	15.799	15.417
Behovsjustert netto driftsutgifter per innbygger pleie og omsorgstjenesten	14.942	14.244	13.969	16.525	17.170
Vurdert utgiftsbehov	98,4%	94,0%	101,7%	95,6%	89,9%

Tabell 1 KOSTRA 2016 Felles grunnlagsdata

Av tabellen over ser vi at netto driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av kommunenes totale netto driftsutgifter er lavere enn landsgjennomsnittet for alle tre kommunene, og lavest for Nedre Eiker. Når det gjelder netto driftsutgifter per innbygger er tallene presentert både med og uten behovsjustering. Med behovsjustering er tallene korrigeret for forskjellene i vurderte behovsforskjeller i kommunenes inntektssystem (størrelse, alderssammensetning, sosiale forhold med mer). Justert for utgiftsbehov leverer Drammen kommune og Nedre Eiker kommune tjenester for en lavere kostnad enn det behovet skulle tilsi.

Grunnlagsdata per 2016	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik	KOSTRA 13	ASSS u/ Oslo
Aktivering, støttetjenester (f234) - andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg konsern	5,5%	4%	6,5%	5,6%	6,3%
Tjenester til hjemmeboende (f254) - andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg, konsern	47,2%	64,7%	57,5%	50,8%	48,4%
Institusjoner (f253+261) - andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg, konsern	47,3%	31,3%	36,1%	43,5%	45,3%
Aktivering, støttetjenester (f234) - netto driftsutgifter til pleie og omsorg konsern i mill. kr	59,0	15,3	5,9		
Tjenester til hjemmeboende (f254) - netto driftsutgifter til pleie og omsorg, konsern i mill. kr	494,6	214,1	54,0		
Institusjoner (f253+261) - netto driftsutgifter til pleie og omsorg, konsern i mill. kr	499,5	103,3	34,1		

Tabell 2 KOSTRA 2016 Felles grunnlagsdata

Drammen kommune bruker større andel av budsjettet på institusjonstjenester enn Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune, som bruker mer på hjemmetjenester. Dette har sin begrunnelse i at begge kommunene har et lavt antall institusjonsplasser (sykehjemsplasser) og et lavt antall omsorgsboliger for beboere over 80 år. Nærmere redegjørelse følger i kapittelet «Somatikk».

Kommunalt disponerte boliger

Kommunalt disponerte boliger er felles for alle tre tjenesteområdene somatikk, psykisk helse og rus og utviklingshemmede. Derfor omtales denne tjenesten her, og utenfor tjenesteområdekapsitlene.

I Drammen kommune tildeles kommunalt disponerte boliger via Boligtjenesten. Drammen kommune har tildelingsrett på 1408 boliger (2016), hvor kommunen selv eier 1055. 499 av de kommunalt disponerte boligene er øremerket til brukergrupper innenfor psykisk utviklingshemmede, rus, psykisk helse, flykninger, personer med demens mfl. Drammen kommune har ikke noen boliger hvor det er døgnbetaling eller hospits, og ingen av utleieboligene er personalboliger. NAV Drammen og virksomheten Psykisk helse og rusarbeid har noen få boliger for de som er i akutt behov for bolig kommende natt. Disse boligene blir gitt etter vedtak fra § 27 i sosialtjenesteloven.

Nedre Eiker kommune har tildelingsrett på 509 boliger, hvorav kommunen selv eier 141. Det er 133 boliger hvor man kjøper seg inn i borettslag som andelseier, og dette er kun omsorgsboliger. De resterende er en blanding av omsorgsboliger som eies av private utbyggere, trygdeboliger i en stiftelse, boliger innleid for fremleie til nyankomne flykninger og boliger for økonomisk vanskeligstilte familier hvor kommunen har tildelingsrett.

Svelvik kommune har tildelingsrett på 160 boliger. I tillegg kommer 12 nye enheter som er under oppføring (ferdigstilles i 2019). Tildelingen skjer diagnoseuavhengig av et tverretattlig team som vurderer og prioriterer aktuelle søkere/kandidater. Brukergruppen er flykninger, økonomisk vanskeligstilte, personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse.

Kommunalt disponerte boliger	Eies av kommune	Eies av bruker (omsorgsboliger)	Andre utleiere	Totalt
Drammen kommune	1055	276	77	1408
Nedre Eiker kommune	141	133	235	509
Svelvik kommune	80	80	0	160

Tabell 3 Boliger som kommunen disponerer KOSTRA 2016

Grunnlagsdata per 2016	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik	KOSTRA 13	ASSS u/ Oslo
Kommunalt disponerte boliger per 1000 innbygger	21	26	12	19	20

Tabell 4 Boliger som kommunen disponerer i andel av befolkning, KOSTRA 2016

For øvrig vises det til delprosjekt AP 2.5 som også omtaler kommunale utleieboliger og bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet nærmere.

Somatikk

Innledning

I dette kapitlet er følgende tjenester beskrevet:

- Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- Aktiviserings- og servicetjenester
- Digitalisering og velferdsteknologi
- Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
- Kommunale akutte døgnplasser (KAD)

Det er valgt å beskrive flere av tjenestene samlet da de i praksis samhandler svært tett i alle kommunene, og brukerne har ofte flere tjenester samtidig, eller beveger seg mellom tjenestetilbudene avhengig av funksjonsendringer.

Videre er det også beskrevet:

- Institusjonslokaler
- Brukerbetaling
- Fritt brukervalg

Innretning og dimensjonering

Helse- og omsorgstjenester i institusjon, helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, og aktiviserings- og servicetjenester

Helse- og omsorgstjenestene i Drammen kommune er i hovedsak desentralisert og organisert i åtte helse- og omsorgsdistrikter, med 6000 – 11 000 innbyggere i hvert distrikt. Hvert helse- og omsorgsdistrikt innehar følgende tjenester: langtids botilbud, korttidsopphold, hjemmesykepleie, praktisk bistand/hjemmehjelp, kafétilbud, aktivitetstilbud og forebyggende helsetjenester for eldre. Seks distrikter har dagsenter for hjemmeboende eldre, og 2 distrikter har omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Som tidligere nevnt skal alle helse- og omsorgsdistriktene utvikles til å bli «helseknutepunkt». De fleste av kommunens korttidsopphold (rehabilitering, lindrende, USK og KAD) er sentralisert ved Drammen Helsehus. Avlastningsopphold, som i dag tilbys ved Drammen Helsehus, overflyttes til distriktene i løpet av 2018. Natttjenesten for hjemmeboende er også sentralisert under Drammen Helsehus, mens hvert distrikt har natttjeneste på institusjon, samt egen natttjeneste ved Filten omsorgsboliger.

I Nedre Eiker kommune er institusjonstilbudet sentralisert, men differensiert mellom korttidsopphold og langtids botilbud. Solberglia har langtids botilbud for skjermede- og somatiske brukere, og en mindre avdeling ved Spinnerisletta for somatiske brukere. Kommunens korttidsopphold (avlastning, rehabilitering, lindrende, USK og KAD) er plassert ved Bråta helse- og aktivitetssenter. Bråta er et flerbrukshus som inneholder blant annet dagtilbud til personer med demens og eldre. Videre er omsorgsboliger med heldøgns bemanning lokalisert i umiddelbar nærhet. Hjemmetjenesten er samlokalisert og inndelt i 3 soner med dag/kveldsbemanning og 1 sone med natttjenester.

I Svelvik kommune er helse- og omsorgstjenestene samlokalisert ved ett sykehjem. Bygget disponeres til langtids botilbud og korttidsopphold etter behov, og tilbyr tjenester til alle brukergrupper. Videre har institusjonstjenesten driftsansvar for dagsenter for personer med demens og natttjenesten. Natttjenesten følger opp både sykehjemsbeboere og hjemmeboende. Hjemmetjenesten er organisert som egen avdeling bestående av hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Drammen kommune har sentralkjøkken og egne oppvarmingsovner lokalt, mens Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har lokale kjøkken.

Digitalisering og velferdsteknologi

Digitalisering og bruk av velferdsteknologi er et viktig virkemiddel i utviklingen av tjenestene. Formålet med velferdsteknologiske løsninger er å bidra til økt egenmestring, utsette behov for mer omfattende og kompenserende tjenester, effektivisere driften og bidra til at personer kan bo lengst mulig i eget hjem. Velferdsteknologiske hjelpemidler er et satsingsområde i alle kommunene. Kommunene er kommet ulikt i satsingen, men alle har en grunnleggende tanke om at velferdsteknologi skal være første trinn i omsorgstrappen, og en integrert del av alle tjenester. Drammen kommune og Nedre Eiker kommune har spesielt jobbet med trygghetsskapende teknologi som GPS, medisindispensere, digitalt tilsyn og sensorer til hjemmeboende og elektroniske medisinskap. I Svelvik kommune benyttes døralarm til hjemmeboende, GPS til institusjonsboende og mobilt brannsløkkeanlegg til hjemmeboende (pilot med DRBV). Det arbeides med et felles prosjekt om digitale tavler.

Brukerstyrt personlig assistanse, omsorgstønad og støttekontakt

I Drammen og Nedre Eiker kommune kan bruker velge mellom kommunen som leverandør eller flere ulike private leverandører. I Svelvik kommune benyttes private leverandører i de fleste BPA-ordningene.

Alle tre kommunene bruker omtrent samme andel av totale netto driftsutgifter på de ulike tjenestene:

Andel av netto driftsutgifter tjenester til hjemmeboende (F254)	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik
Omsorgstønad	3 %	4 %	2 %
Støttekontakt	1 %	2 %	1 %
BPA	9 %	8 %	6 %

Tabell 5

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)

KAD er et kommunalt ansvar fra 2012 (somatikk) og 2017 (psykisk helse og rus). Tilbudet skal ivareta pasienter som opplever akutt sykdom eller forverring av tilstand, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus. Kommunene har til sammen 13 KAD-plasser. Alle kommunene bruker plasser ved legevakta i Drammensregionen. Drammen kommune og Nedre Eiker kommune har i tillegg plasser i kommunen. Drammen kommunes og Nedre Eiker kommunes KAD-plasser på Legevakta prioriteres til rus/psykiatrispasienter. Kommunene opplever at totalt antall plasser er i tråd med behovet.

KAD-plasser	Lokalt	Legevakta i Drammen	Totalt
Drammen kommune	8	1	9
Nedre Eiker kommune	2	1	3
Svelvik kommune	0	0,9	0,9
Totalt			12,9

Tabell 6, tall per 1.1.2018

Institusjonslokaler

Drammen kommune har totalt 10 institusjonslokaler, hvorav 7 er kommunalt eide. Nedre Eiker kommune har 3 kommunalt eide institusjoner, mens Svelvik kommune har 1 kommunalt eid. Kostnad til institusjonslokaler inkluderer drift og vedlikehold av bygninger, samt avskrivning. Drammen kommunes private leieavtaler for Losjeplassen løper frem til 2020 (mulighet for 10 års forlengelse), Hamborgstrøm 2021 (mulighet for 10 års forlengelse) og Saniteten 2031. Det er politisk vedtatt at disse skal erstattes med bygg i kommunalt eie.

Institusjonslokaler – antall plasser, og netto driftsutgifter per plass	Langtid	Korttid	Totalt antall plasser	Netto driftsutg. per plass
Drammen kommune	408	120	528*	113 000 kr
Nedre Eiker kommune	72	34	106	97 170 kr
Svelvik kommune	30	10	40	48 300 kr

*Inkludert sykehjem, barnebolig og avlastningsbolig

Tabell 7, tall per 1.1.2018

Netto driftsutgifter per institusjonsplass viser at Drammen kommune har høyere utgifter enn de to andre kommunene. Dette kan forklares ved at Drammen kommune har en høy andel plasser for utskrivningsklare pasienter med behov for høy klinisk kompetanse, og spesialiserte plasser for psykiatri.

En mer detaljert oversikt over antall institusjonsplasser og de ulike tilbudene i kommunene finnes i vedlegg 2.

Brukerbetaling

Brukerbetalingene følger lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og reguleres årlig i statsbudsjettet. På de tjenester kommunene har anledning til å ta betalt for, og har anledning til å bestemme prisen selv, settes denne vanligvis til selvkost eller lavere. For betaling av praktisk bistand som f. eks hjemmehjelp, så er satsene noe forskjellig mellom kommunene. For å skjerme storbrukere er det et tak på hvor mange timer som faktureres, gradert etter brukers inntekt. For de med inntekt under 2G fastsettes satsen av staten. Over 2G benytter Drammen kommune og Nedre Eiker kommune timepris, mens Svelvik kommune opererer med månedspris. Drammen kommune har en lavere timesats

mellom 2-3G, mens ellers er timesatsen rimelig like for Drammen kommune og Nedre Eiker kommune. Svelvik kommunes månedspris faller noe rimeligere hvis maks antall timer innenfor hvert G-gruppe utnyttes. Videre varierer maksgrensen for antall timer som kan faktureres innenfor hver G-gruppe. Pris for trygghetsalarm er regulert etter månedlig betalingsats i Nedre Eiker kommune, mens Drammen kommune og Svelvik kommune har gradert betalingen eller netto inntekt.

For nøkkelboks krever Nedre Eiker kommune månedsleie, dette forklares i at man i 2017 installerte elektroniske nøkkelbokser. I Drammen kommune betales kun for opp- og nedmontering og for Svelvik kommune er det ingen tilbud. En oversikt over betalingssetser og gebyrer 2018 for alle tjenestene finnes i vedlegg 3.

Brukervalg

Drammen kommune har brukervalg på tjenesteleverandør av praktisk bistand/hjemmehjelp. Dersom bruker har fått innvilget søknad om praktisk bistand kan de velge blant leverandører som kan utføre tjenesten, private eller kommunen. Drammen kommune innførte også brukervalg for hjemmesykepleie høsten 2016, hvor bruker kunne velge mellom private leverandører og kommunen. Ordningen har vært lite etterspurt og er inntil videre avviklet. Det pågår en evaluering av ordningen.

Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har ikke brukervalg for verken praktisk bistand eller hjemmesykepleie. Alle kommunene har brukervalg i BPA-ordningen.

Relevante nøkkeltall

Grunnlagsdata per 2016	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik	KOSTRA 13	ASSS u/ Oslo
Institusjonstjenesten					
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon per kommunal plass	1.075.451	1.142.760	928.350	1.139.909	1.084.052
Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon, Konsern (kommunale plasser + kjøpte)	2.773	3.959	3.690	3.328	3.149
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere over 80 år	16,5%	12,1%	14,9%	16,5%	19,8%
Hjemmetjenesten					
Tjenester til hjemmeboende (f254) - andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg, konsern	47,2%	64,7%	57,5%	50,8%	48,4%
Andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov 67 år og over	10,0 %	12,4 %	8,1 %	14 %	
Dagaktiviteter					
Aktivering, støttetjenester (f234) - andel av netto driftsutgifter til pleie og omsorg	5,5%	4%	6,5%	5,6%	6,3%
Botilbud med heldøgns omsorg					
Andel innbyggere over 80 år som bor i sykehjem	13,7%	7,7%	10,1%	11,6%	
Andel plasser i heldøgnsomsorg (sykehjem og bolig med heldøgns tjenester totalt) i prosent av innbyggere over 80 år	21%	25%	22%	27%	

Tabell 8 KOSTRA 2016 Grunnlagsdata

Analyse

I denne analysen er fokuset å se på forskjeller mellom kommunene og avdekke harmoniseringsbehov.

Nedre Eiker kommune har høy kostnad per oppholdsdøgn i institusjon. Dette kan delvis forklares i at kommunen kjøper 7 eksterne demensplasser, samt at kommunen har 4 eksterne plasser for yngre brukere med omfattende omsorgsbehov. I døgnprisen per oppholdsdøgn er eksterne kjøpte plasser inkludert. Dette kan forklare at årskostnaden for plasser i Nedre Eiker kommune ligger under Drammen kommunes, mens døgnprisen ligger vesentlig over. Det samme forholdet gjelder for Svelvik kommune som også kjøper eksterne plasser for personer med ruslidelser og psykiske utfordringer. Drammen kommune har prioritert og ha egne tilbud til brukere med særskilte behov og kjøper unntaksvis institusjonstilbud eksternt til voksne.

Botilbud med heldøgns omsorg omfatter både sykehjem og hjemmebaserte botilbud, som kan tilsvare omsorgsnivået i sykehjem ved behov. Nedre Eiker har høyest dekningsgrad for heldøgns omsorg i prosent av innbyggere over 80 år på 25%. Svelvik har tilsvarende dekningsgrad på 22% og Drammen ligger lavest med 21%. Alle de tre kommunene har høyere press på botilbud med heldøgns omsorg enn Kostragruppe 13, som har en dekningsgrad på 27%. Det er størst forskjell mellom Nedre Eiker og Drammen. Nedre Eiker har lav dekningsgrad for sykehjem på 12,1%, men den høyeste dekningsgraden for hjemmebasert heldøgnsomsorg, noe som gjenspeiles i høyest andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov (12,4%). Drammen har høyest sykehjemsdekning på 16,5%, men lavest dekningsgrad for hjemmebaserte botilbud med heldøgns omsorg. Dette er hovedårsaken til den lavere andelen hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov i Drammen (10%). Mange brukere med omfattende bistandsbehov i Drammen tilbys plass i sykehjem, men kunne vært godt ivaretatt i hjemmebasert heldøgnsomsorg dersom dekningsgraden for slike botilbud var høyere. Dette ville også ha redusert behovet for sykehjem i Drammen, og skape rom for harmonisering av sykehjemsdekningen i kommunene.

Forskjellig prioritering i de tre kommunene når det gjelder utbygging av institusjonsbasert og hjemmebasert heldøgnsomsorg gjenspeiles også i indikatoren som viser andel av nettokostnadene i pleie og omsorg som prioriteres til hjemmebaserte tjenester; Nedre Eiker 64,7%, Svelvik 57,5% og Drammen 47,2% i KOSTRA-funksjonen for hjemmebasert omsorg ligger også tjenester til utviklingshemmede. Nedre Eiker har halvparten så mange utviklingshemmede som Drammen, men kun en tredjedel av antall innbyggere. Nedre Eiker ser dermed ut til å bruke en større andel av ressursene innen hjemmebaserte tjenester til denne målgruppen.

Et annet utfordringsbilde er eierskapet av boliger med heldøgns omsorg. Nedre Eiker kommune eier kun 30% av omsorgsboligene med bemanning ved Bråta. Boligene har vist seg å være vanskelig å selge, omløpshastigheten er lang og boliger kan stå tomme i lang tid samtidig som kommunen har søkere på venteliste som ikke har mulighet til/ønsker å kjøpe. Privat eierskap gir lite fleksibel bruk av boligene, og gir store utfordringer i driften. Svelvik og Drammen har kun etablert heldøgnsomsorg i boliger som eies av kommunen.

Finansiering ut over rammefinansiering

Tjenestene er i hovedsak rammefinansiert med unntak av tilskudd til brukere med behov for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Alle kommunene får også tilskudd fra Helsedirektoratet for å drifte dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens. Dette er prosjektfinansiert frem til 2020, hvor det da vil inngå i rammetilskuddet. I tillegg får tjenestene, etter årlige søknader, tilført prosjektmidler til ulike formål.

Psykisk helse og rus

Innledning

Under dette området omtales de relevante KOSTRA-kodene for brukere hvor psykisk helse og/eller rusufordringer er hoveddiagnosen. For dette tjenesteområdet vil det si hjemmetjenester, dag og aktivitetstilbud, i noen grad institusjonstjenester og KAD plasser.

Det vises for øvrig til AP2.5, hvor det er en mer omfattende vurdering av tjenester til psykisk helse og rus.

Innretning og dimensjonering

Tjenestene er organisert på ulik måte i de tre kommunene. I Drammen kommune er tjenester til personer som er rusavhengige eller psykisk syke samlet i en egen virksomhet (Virksomhet for psykisk helse- og rusarbeid). I Svelvik kommune er tjenestene til rusavhengige organisert i to avdelinger, en for rusavhengige som har omsorg for barn (for å ivareta familieperspektivet), og en avdeling for rusavhengige uten omsorgsansvar. I Nedre Eiker kommune er rustjenesten lagt til NAV kontoret, med unntak av «Berggården» som yter tjenester som feltsykepleie og café. Praktisk bistand og opplæring til brukere med psykiske lidelser er organisert gjennom boliger med fast bemanning, i tillegg til ambulante tjenester til hjemmeboende.

Kommunene fører ambulante tjenester til rusavhengige på en annen KOSTRA-funksjon (243) enn de som omtales i dette området, og ble derfor omtalt i AP2.5 prosjektet (under kapittelet NAV, Sosialforebyggende arbeid og tjenester til rusavhengige). Drammen kommune fører også botilbudet for de i aktiv rus på denne funksjonen (243).

Aktiviserings- og servicetjenester

Drammen kommune har to dagsentra for psykisk syke; Erik Olsens gate og Energihuset. Drammen kommune har også avtale med Fontenehuset om arbeid og aktivitetstilbud for personer med lettere psykiske lidelser.

I Nedre Eiker kommune er det tilbud ved Veksthuset i Mjøndalen. I tillegg har Nedre Eiker kommune cafe ved Berggården.

Svelvik kommune har et dagsenter hvor tilbudet deles mellom demente (3 dager i uken), og psykisk/rus (2 dager i uken). Svelvik kommune har etablert Oppfølgingstjenesten for psykisk/rus fra 01.08.2018, noe som vil øke lavterskeltilbud til psykisk/rus betydelig.

Tjenestene i Nedre Eiker kommune disponerer to minibusser som brukes fleksibelt i tjenesten og i noen tilfeller til å hente brukere mot betaling.

I Drammen kommune og Svelvik kommune fattes det vedtak på tilbudet for dagsenter, mens det i Nedre Eiker kommune tilbys som lavterskel tilbud uten vedtak.

Institusjonstjenester, i denne sammenheng heldøgns omsorgstjenester

Alle tre kommunene kjøper heldøgns omsorgstjenester utover kommunens eget tilbud til brukere med alvorlig rus- og/eller psykiske lidelser, ofte med sikkerhetsproblematikk. Dette er tilbud som kan være relativt dyre. (Kjøpte plasser rus føres på F243, og Svelvik kommune har ført kjøp feilaktig på F261. Dette vil rettes fra og med 01.01.2018.)

I tillegg kjøper Nedre Eiker kommune og Drammen kommune skreddersydde omsorg/rehabiliteringstilbud til enkeltpersoner med rusproblemer. Eksempelvis tilbud ved Dokka Gård eller «Veien ut».

Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

Kostnader som er ført på denne funksjonen for denne brukergruppen er i all hovedsak kostnader til praktisk bistand og opplæring organisert i bemannede boliger eller i ambulante team.

Drammen kommune har to boliger med heldøgnbemanning, og to boliger med bemanning på dag/kveld, og ambulant på natt. Øvrige boliger dekkes av ambulant team og egen natt tjeneste for psykisk helse og rus.

I Nedre Eiker kommune er to boliger for målgruppen heldøgns bemannet, og en bolig kun dag/kveld. Øvrige brukere får behovet tjenester på natt/helg dekket av ordinær hjemmesykepleie.

Svelvik kommune har ikke bemannede boliger for denne brukergruppen. I Svelvik kommune ivaretar Oppfølgingstjenesten for psykisk helse og rus tjenester som praktisk bistand, samtaler, koordinering, dagsenter med mer. Per i dag har ikke Svelvik kommune oppfølging på natt eller i helger. Svelvik kommune skal starte opp et samarbeid med Drammen kommune for å se på muligheter for samarbeid for å ivareta tjenester på natt/helg.

I Drammen kommune tilbys det matservering mot betaling i de bemannede boligene, mens i Nedre Eiker kommune er det brukerne selv som sørger for dette.

Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

Fra og med 1.1.2017 er alle kommuner pålagt å tilby ø-hjelp (øyeblikkelig hjelp) tilbud for psykisk helse og rus. I alle tre kommunene er dette innrettet gjennom omdisponering av eksisterende plasser. Hver av kommunene har også 1 kommunal akutt døgnplass (KAD) for rus og psykisk helse tilgjengelig, på Legevakta. I KOSTRA sammenheng er tallene ikke sammenliknbare da Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune fører kostnadene på en annen funksjon: Legetjenester (241).

Relevante nøkkeltall

Av tjenester som omfattes av dette prosjektet er det helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende som utgjør mest i tjenesteomfang og kroner til psykisk helse og rus. Føringsene på denne funksjonen omfatter hjemmebaserte tjenester til et stort spenn av brukergrupper (eldre, psykisk utviklingshemmede, psykisk syke, rus mfl), og gir begrenset nytteverdi som styringsdata da fordelingen på de ulike brukergruppene ikke fremkommer. Området er per i dag så stort og fragmentert at styringsinformasjonen på strategisk nivå må suppleres av andre kilder. For dette området er det derfor brukt nøkkeltall fra andre kilder enn KOSTRA, da det ikke finnes spesifikke KOSTRA tall for målgruppen psykisk helse og/eller rus. Kilder som er brukt er rapport IS-24/8¹, Brukerplan² (kun Drammen) og fagsystemer.

Nøkkeltall 2016	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik
Totalt antall tjenestemottakere rus- og/eller psykiske lidelser (Drammen kommune har tall fra Brukerplan, Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har hentet tall fra fagsystemene)	842	415	110
Antall brukere per 1000 innbygger	12	16	16
Gjennomsnittlig antall besøkende per uke ved dagsenter psykisk helse (Drammen kommune har i tillegg lavterskeltilbud i regi av Kirkens bymisjon som benyttes)	250-260 (98)	120	60
Gjennomsnittlig antall besøkende per uke ved møteplass / lavterskeltilbud for rusavhengige (Drammen kommune bruker Kirkens bymisjon, Nedre Eiker kommune har dette i egen regi)	175	93	Har ikke lavterskeltilbud
Antall øremerkede boenheter med bemanning (stedlig eller ambulant) psykisk helse	81	23	0
Antall øremerkede boenheter med bemanning (stedlig eller ambulant) rus	49	9	0
Totalt antall årsverk rus- og psykisk helsetjeneste (voksne) (Kilde: IS-24/8)	162	43,2	7
Herav antall årsverk som arbeider med mennesker med milde og kortvarige problemer	20	2,6	1
Herav antall årsverk som arbeider med mennesker med kortvarig alvorlige eller langvarige mildere utfordringer/lidelse	78	12,3	3
Herav antall årsverk med alvorlige langvarige problemer/lidelser	64	28,3	3
Antall årsverk rus- og psykisk helsetjeneste per 1000 innbygger (Landet: 2,7) (Kilde: IS-24/8)	3,2	2,6	1,4
Kjøp av heldøgns omsorgstjenester rus (tall 2016) og psykisk helse (tall 2017)	17,7 mnok	13,2 mnok	4,9 mnok
Kjøpte heldøgnstjenester per innbygger	259 kr	534 kr	736 kr

Tabell 9

1) IS 24/ 8 er kommunenes årlige rapportering til helsedirektoratet. Rapporteringen viser samlet ressursinnsats (blant annet årsverk) fordelt på tjenester til henholdsvis voksne, barn og unge, tiltakstype og medarbeidernes utdanningsnivå

2) Brukerplan er et kartleggingsverktøy hvor medarbeidere kartlegger alle brukere som mottar tjenester på grunn av sin rus og/eller psykiske helseutfordring. Verktøyet brukes i dag av rundt 260 kommuner i Norge.

Analyse

Tallene viser et vesentlig høyere antall brukere i Nedre Eiker kommune og i Svelvik kommune enn i Drammen kommune, sett i forhold til innbyggertallet. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til tallene fra Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune fordi det brukes flere fagsystemer og flere av brukerne er med stor sannsynlighet talt flere ganger i disse to kommunene. Drammen kommune har hentet tall fra registreringen i Brukerplan, hvor dobbeltregistreringer identifiseres og fjernes. Sett i forhold til de 260 kommunene i landet som har registret med Brukerplan, er antallet brukere i Drammen kommune på landsgjennomsnittet for sammenlignbare kommuner. Den videre analyse er gjort med utgangspunkt i kartleggingen i Drammen kommune.

I Brukerplan kartlegges brukere i forhold til om de har en ruslidelse, en psykisk lidelse eller om de har samtidig rus- og psykisk lidelse. De færreste har en ruslidelse alene, det har kun 150 av de 842 (17 %) kartlagte. Om lag 37 % har samtidig rus og psykisk lidelse, og cirka 46 % har en psykisk lidelse alene.

En stor del av ressursinnsatsen er rettet mot brukere med alvorlige og langvarige lidelser. Dette er mennesker som i stor grad har behov for spesialisthelsetjenester samtidig som de har behov for kommunale tjenester. De tre kommunene har, sammen med Drammen distriktpsikiatriske senter (Drammen DPS), etablert et FACT³ team. Teamet tok imot sine første brukere/pasienter fra 2.5.2018. Teamet har 12 medarbeidere, 6 fra de tre kommunene og 6 fra spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har invitert kommuner til å delta i en prøveordning med kommunal overtakelse av DPS. Fellesnemnda har besluttet å gjennomføre en utredning for å vurdere om Nye Drammen kommune skal søke om å delta i denne prøveordningen. Arbeid etter FACT modellen, og også kommunal overtakelse av DPS, har som mål å få til bedre brukerstyring og mer sammenheng og koordinering av tjenestene til psykisk syke og rusavhengige som har behov for spesialist- og kommunale helsetjenester.

Dagsenter/møtesteder

Dagsenter og møteplasser er i all hovedsak åpne tilbud for denne målgruppen, og omtales derfor som «lavterskeltilbud». Det er «værsteder» hvor mennesker møtes og hvor det er ulike aktivitetstilbud. Det er medarbeidere til stede.

Tellemåten er lik i de tre kommunene, og viser det gjennomsnittlige antallet besøkende i snitt per uke. Det betyr at en person blir telt fem ganger hvis vedkommende har besøkt dagsenteret fem dager i uken. Tilbudet for mennesker med psykisk lidelser er i volum nokså likt i de tre kommunene. Tilbudet for rusavhengige er mindre i omfang, og også nokså likt i alle tre kommuner.

Dagsenter er ulikt innrettet og organisert. Tilbudet i Nedre Eiker kommune er i stor grad brukerdrevet og det legges opp til at «bruker følger bruker».

Tjenester til hjemmeboende

I tråd med nasjonale føringer skal kommunene ikke yte institusjonstilbud, utover institusjonsavlastning til familier med funksjonshemmede barn, til brukere under 67 år. Ingen av kommunene har institusjoner til personer med rus og/eller psykiske lidelser. Brukerne bor i egne eide eller leide boliger, og får tjenester og praktisk bistand i sine egne hjem. Alle tre kommuner tilbyr slike «ambulerende» oppfølgingstjenester. Drammen kommune og Nedre Eiker kommune har i tillegg øremerkede boliger, spesielt tilrettelagt for disse målgruppene, og hvor en bolig i hver kommune har heldøgns bemanning. Svelvik kommune har ikke egne boliger med bemanning på natt.

I tillegg kjøper Drammen kommune og Nedre Eiker kommune eksterne heldøgnsstilbud i relativt stort omfang, hvor Nedre Eiker kommune kjøper flere slike tilbud enn Drammen kommune. Eksempler på dette er kjøp av tilbud ved Dokka Gård eller «Veien ut». I Nye Drammen kommune vil det være aktuelt å vurdere egenproduksjon av deler av disse tjenestene, da den større kommunen vil gi nye muligheter.

Brukere med flere samtidige utfordringer knyttet til psykisk utviklingshemming/psykisk helse/rus-problematikk er en spesielt sårbar gruppe. I alle de tre kommunene er det vanskelig å gi et tilstrekkelig tilpasset tilbud til brukerne. Brukergruppen utgjør en stor andel av kjøpte tjenester.

Nye Drammen kommune vil ha et potensial til å kunne dreie tilbudet, slik at brukere i større grad kan få sine behov dekket av tilbud i kommunen. Dette både fordi kommunen geografisk sett blir større, og fordi ressurstilgangen blir mer robust.

3) *Fleksibel Assertive Community Treatment (FACT) er et ambulant behandlingstilbud rettet mot personer med psykoselidelser*

Kvalitetssikring av grunnlagsdata er utfordrende fordi det opereres med flere fagsystemer i hver av kommunene, f.eks. vet en ikke om en bruker telles dobbelt. Færre journalssystemer ville redusere dette problemet, og vil øke pasientsikkerheten. Det er i dag vanskelig å få til en helhetlig pasientjournal med flere fagprogrammer som ikke automatisk kommuniserer. Dette kompenseres gjennom samhandling mellom fagpersoner. Eksempelvis bruker Nedre Eiker kommune Profil og Velferd og Drammen kommune og Svelvik kommune bruker Geric og Socio. I Nye Drammen kommune er det viktig å velge ett fagprogram uavhengig av psykisk helse eller rus.

Finansiering ut over rammefinansiering

Alle tre kommuner mottar statlig tilskudd fra Fylkesmannen og/eller Helsedirektoratet til kommunale rustiltak og til psykisk helsearbeid:

Drammen kommune mottar tilskudd til bemanning i tiltakene:

- Rask psykisk helsehjelp
- Drammensgården, som er et medikamentfritt, arbeidsrettet rehabiliteringstilbud til rusavhengige (tiltaket er under planlegging/etablering)
- Erfaringsmedarbeider
- Koordinering av samarbeid med frivillige organisasjoner

Nedre Eiker kommune mottar tilskudd til bemanning i tiltakene:

- Rask psykisk helsehjelp
- Bli boende
- Erfaringsmedarbeider

Svelvik kommune mottar tilskudd til økt bemanning innen rusfeltet.

I tillegg søker kommunene øremerket tilskudd fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet til flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker, etter behov (Tilskudd 1 og Tilskudd 2). Særlig ressurskrevende brukere blir delvis finansiert av Helsedirektoratets tilskuddsordning.

Utviklingshemmede

Innledning

Under dette området omtales tjenester som hjemmetjenester, avlastningstjenester, aktivitetstjenester for brukere hvor psykisk utviklingshemming er hoveddiagnosen. Utviklingshemming er ofte en samlebetegnelse for en rekke ulike diagnoser og tilstander med funksjonsnedsettelse grunnet kognitive, språklige og sosiale vansker. Mennesker med utviklingshemming er en stor og uensartet gruppe, med store individuelle forskjeller i forhold til fungering i hverdagen. I dette kapitlet omfattes derfor også brukere med et sammensatt og langvarig behov for tilrettelagte tjenester basert på kognitive, språklige og sosiale vansker uten en definert diagnose. Innenfor dagens organisering av tjenestene i kommunene har om lag 2 av 3 brukere en diagnose på psykisk utviklingshemming.

Innretning og dimensjonering

Kommunene yter tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne i ulike faser i et livsløp. Tjenestene ytes av flere programområder og virksomheter. Dette fordrer evne til samhandling for en helhetlig tjeneste til den enkelte. Tjenestene er organisert ulikt i de tre kommunene.

Drammen kommune vedtok i desember 2017 en egen handlingsplan for utviklingshemmede, «Hele meg!». Planen har som mål å bidra til inkluderte og likeverdige muligheter, og er bygget opp rundt strategiene "Livsmestring og Inkludert og likeverdig" og "Fra opplæring til arbeid". Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har ikke egen handlingsplan for området, men jobber parallelt med arbeidet i Drammen kommune.

For kommunene har det de senere årene vært et økende antall personer med diagnostisert psykisk utviklingshemming:

Antall personer ved utgangen av	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik	Samlet
2013	180	94	23	297
2014	192	101	23	316
2015	201	105	25	331
2016	217	102	23	342
2017	215	109	23	347

Tabell 10 Antall personer over 16 år med diagnostisert psykisk utviklingshemming 2013-2017 - Egenrapportert

Det er ikke offentlig rapportering av brukere under 16 år til nasjonale registre. Dette er derfor ikke tatt med her. Virksomheter innen oppvekst og utdanning og helse, sosial og omsorg melder behov for, og er i dialog med kompetanseenhetene om utvikling av, kompetansehevende tiltak. I tillegg ytes det opplæring av den enkelte ansatte på den faktiske arbeidsplass av kolleger og egne fagrådgivere. I Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune har de innenfor virksomheten for tilrettelagte tjenester egen kompetanseplan og yter lokalt tilrettelagte kompetansetiltak. Alle de tre kommunene har botilbud for målgruppen gjennom bofellesskap av ulik størrelse.

Boligstørrelser per 1.1.18 med stedlig bemanning	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik
4 eller færre beboere	17	3	1
5 til 8 beboere	5	2+1 under oppføring	1
Mer enn 8 beboere	3	3	1

Tabell 11 Boenheter med stedlig bemanning sortert på antall beboere per boenhet – Egenrapportert.

I Drammen kommune tilbys det ambulante tjenester (praktisk bistand, opplæring, støttesamtaler og helse) til rundt 100 hjemmeboende, mens tilsvarende tall for Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune er henholdsvis 20 og 10. Tjenestetilbudet ved ambulante tjenester varierer noe mellom kommunene. Svelvik kommune har ikke eget ambulant team, men disse oppgavene dekkes av ansatte i bofellesskapene og i hjemmetjenesten.

Bygningsmessige kapasiteter

I dag har kommunene et lite differensiert tilbud når det kommer til ulike boligkonsepter. Omsorgsboliger er et vidt begrep og omfatter mange typer boliger. Begrepet er en fellesbetegnelse for boliger oppført helt eller delvis med offentlige midler, og som er tilrettelagt for mennesker med særskilt hjelpe- og/eller tjenestebehov. Boligene eies eller tildeles i hovedsak av kommunene, og leies ut til beboere med behov for tjenester.

Transporttjeneste

I Drammen kommune har det vært en ordning med at kommunen bestiller og betaler for drosjetransport til og fra arbeids-/aktivitetssentra for målgruppen. Denne tjenesten er ikke lovpålagt, men vurdert nødvendig for at aktivitetstilbudet benyttes. Kommunene erfarer utfordringer med å dekke brukernes behov innenfor drosjenæringens kapasitet. Det kreves ingen egenandel fra brukerne. Det er beregnet at Drammen kommune vil kunne redusere denne kostnaden ved å tilrettelegge for en felles transporttjeneste i kommunal regi. Nedre Eiker kommune benytter i mindre grad drosje, og sørger i større grad for egentransport. Svelvik kommune har ikke egen transportordning. Det er større forskjeller mellom kommunene i organisering, tjenesteinnhold og betalingen av disse tjenestene. Harmonisering av tjenestene vil måtte vurderes.

Støttekontakt

Støttekontakttjenesten skal gi rom for å realisere idealene om en aktiv og meningsfylt tilværelse sammen med andre. For mange personer er dette et tjenestetilbud som er avgjørende for å kunne delta i selvalgte kultur- og fritidsaktiviteter. Kommunene tilbyr tjenesten gjennom tre hovedløsninger; individuell støttekontakt, gruppetilbud og et individuelt tilbud i samarbeid med frivillig organisasjon. Tilbudet er forskjellig organisert i kommunene. Det vurderes å være lite behov for harmonisering av tjenesten, imidlertid ønskes en diskusjon om organisatorisk forankring av tjenesteområdet.

Aktivitetstilbud

Om lag 2 av 3 tjenestemottakerne har i dag et kjent arbeids-/aktivitetstilbud. Arbeids- og aktivitetstilbud gis ved Unik bedrift, Eiker aktivitetssenter og Svelvik kommune opplærings- og aktivitetssenter, samt ved Aktiviteten i Nedre Eiker kommune som er under opptrapping og utbygging. Eiker aktivitetssenter er et aktivitetstilbud hvor Øvre Eiker er vertskommune og Nedre Eiker kjøper plasser. Avtalen er sagt opp og vil gradvis bli avviklet når Nye Aktiviteten står ferdig tidlig 2019.

I tillegg til arbeids- og aktivitetssentrene kommer andre former for arbeids- og aktivitetstilbud, herunder varig tilrettelagt arbeid (VTA). Nedre Eiker kommune eier, sammen med Øvre Eiker kommune, bedriften Eiker Vekst. I tillegg benytter innbyggere i Nedre Eiker kommune og Drammen kommune VTA-plasser ved Sørvangen næringspark og Vinn industrier. I Svelvik kommune tilbys dette ved Svelvik produkter AS.

Det finnes i alle kommunene en utfordring i variasjonsmulighetene i tilbudene.

Avlastningstilbud

Avlastning er en tjeneste som gis når foresatte/pårørende står i særlig tyngende omsorgsoppgaver. Formålet med tjenesten er å bidra til at omsorgsyter kan delta i normale samfunnsaktiviteter, ha regelmessig ferie og fritid, og stå i omsorgsoppgavene. Tjenesten ivaretar også familien som helhet og forebygger utmatting av omsorgsyter.

Drammen kommune har avlastningstilbud i Bekkevollen barne- og avlastningsbolig som i dag drifter 14 døgnplasser. Selve bygget har imidlertid kapasitet til 28 døgnplasser, og kan «deles» i 4 ulike driftsenheter/avdelinger. I tillegg er det 4 leiligheter med 4 plasser til de over 18 år, som i perioder brukes med 2 ekstra plasser. Nedre Eiker kommune har tilbud til yngre personer, men opplever ikke etterspørsel fra eldre tjenestemottakere. Evjeløkka i Nedre Eiker kommune har 3 permanente barneboliger og 5 avlastningsplasser. Svelvik kommune er i etablering av et avlastningstilbud for yngre, og som vil stå ferdig høsten 2019. Brukerne oppleves å få likeverdige tjenester på tvers av kommunene.

Kommunene gir også tilbud om avlastning gjennom bruk av private avlastere. Dette benyttes i hovedsak til barn og ungdom.

Omsorgsstønad

Omsorgsstønad skal gi en viss økonomisk kompensasjon til private som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid som ellers ville være kommunens ansvar. Kommunen kan velge å tilby andre tjenester dersom dette vurderes som det beste for den omsorgstrengende, eller den som utøver omsorgen. Bruken av omsorgsstønad som virkemiddel er forskjellig mellom kommunene. Det er et behov for harmonisering av satser og omfang av tjenesten.

Relevante nøkkeltall

Relevante nøkkeltall og statistikk 2016	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik
Psykisk utviklingshemmede 16 år og eldre (diagnostisert)	217	102	23
Antall boliger med stedlig bemanning for personer med nedsatt funksjonsevne	25	8*	3

Tabell 12 Relevante nøkkeltall og statistikk mennesker med nedsatt funksjonsevne 2016. *Inkl. BPA

Analyse

Grunnet begrenset tilgang på sammenlignbare data for personer med utviklingshemming for de tre kommunene er tallgrunnlaget beheftet med usikkerhet. Andelen som er registrert med psykisk utviklingshemming er høyere i Nedre Eiker kommune enn i de øvrige to kommunene.

Alle tre kommunene har boliger med heldøgns bemanning. Det vurderes at det er lite variasjon i boligkonseptene i alle tre kommuner. Dette er ikke særskilt for Nye Drammen kommune.

Som beskrevet under kapittel om psykisk helse og rus utgjør brukere med kombinasjon psykisk utviklingshemming/ psykisk helse/rus-problematikk en gruppe der det er utfordringer med å gi et tilstrekkelig tilpasset tilbud til brukerne. Brukergruppen utgjør en stor andel av kjøpte tjenester.

Brukerne av arbeids- og aktivitetstilbud har ingen opplysningsplikt om egen aktivitet. Antallet personer med arbeids- og aktivitetstilbud kan derfor være litt høyere enn det kommunene kjenner til.

Finansiering ut over rammefinansiering

Tjenestene er i hovedsak rammefinansiert, med unntak av:

- Målrettet miljøarbeid, kompetansehevingsprosjekt i Nedre Eiker og Drammen (700')
- Deler av tilbudet på «Aktiviteten» finansieres med eksterne prosjektmidler. Dette forventes å utgå i 2020, og da bli en del av rammefinansieringen. (1.000')
- I tillegg søker kommunene øremerket tilskudd fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet til flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller adferdsvansker, etter behov (Tilskudd 1 og Tilskudd 2)
- Tilskudd til brukere med behov for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester

Kvalitet

Brukerundersøkelser

Drammen kommune gjennomførte i 2017 en egenutviklet brukerundersøkelse. Nedre Eiker kommune gjennomførte brukerundersøkelser for institusjons- og hjemmeboende med bakgrunn i Bedrekommune.no. I Svelvik kommune er det ikke gjennomført undersøkelser i perioden.

Drammen kommune gjennomfører en egen brukerundersøkelse og har derfor ikke noe nasjonalt eller regionalt nivå å måle seg mot. Sammenligning mot egen kommune over tid har vært prioritert. 79 prosent av brukerne svarer at de er tilfredse med hjelpen de får fra kommunen. Enkeltspørsmålene med høyest score i undersøkelsen omhandler bosted, nærmere bestemt trivsel og trygghet og bosituasjonens mulighet for å ha et privatliv. Enkeltspørsmålene med lavest score omhandler brukers opplevelse av å kunne delta i fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter, og hvorvidt bruker synes det er lett å ta helsevennlige valg.

Resultatene for hjemmetjenesten i Nedre Eiker kommune viser gjennomgående 0,5 prosentpoeng lavere score enn landsgjennomsnittet (35 kommuner). De undersøkte områdene er brukermedvirkning, respektfull behandling, tilgjengelighet, informasjon og en totalvurdering av tjenesten. Brukerne opplever respektfull og omsorgsfull hjelp og er alt i alt fornøyde med tjenesten de mottar. Det er lavest score på; kommer til rett tid og gir beskjed ved forsinkelser, viser legitimasjon, er med når det skal utarbeides planer som angår meg og hjelp til matlaging. For institusjonstjenesten er totalscoren 0,3 prosentpoeng lavere enn landsgjennomsnittet (28 kommuner). Beboerne gir uttrykk for trivsel, trygghet og respektfull behandling. Det er lavest score på: tilgang på fysioterapi, er med når det utarbeides planer som angår meg og hvem som er kontaktperson. Det er satt inn tiltak for forbedring på disse områdene på bakgrunn av undersøkelsene.

Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning

Grunnlagsdata per 2016	Drammen	Nedre Eiker	Svelvik	KOSTRA 13	ASSS u/ Oslo
Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning	75,8%	73,4%	67,8%	74,4%	74,4%

Tabell 13, andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning er alle kommune tilnærmet lik landsgjennomsnittet.

Dilemmaer

- Videre utvikling – sykehjems plasser eller boliger med heldøgns omsorg og hjemmetjenester
- Fritt brukervalg, eller kun kommunal tjenesteleverandør
- Lokasjon av tjenestetilbudene – sentralisering eller desentralisering
- Kommunale tilbud for personer med atferdsutfordringer, eller eksternt kjøp av heldøgns omsorgsplasser
- Brukers medvirkningsrett og rett til å nekte å ta imot bistand eller kommunens ansvar for forsvarlige tjenester/nødvendig helsehjelp

Harmonisering

Kortsiktig før 2020/Bør harmoniseres før 2020

- Kriterier for tildeling av tjenester, herunder lik Forskrift om rett til langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester og lokale garantier/rettigheter
- Egenbetalingssatser på de tjenester kommunene har anledning til å ta betalt for og har anledning til å bestemme prisen selv
- Transportordninger
- Valg av fagsystem

Andre områder som må vurderes i det videre arbeidet

- Frivillighetsmodell
- Servicefunksjoner som kjøkkendrift og vaskeri
- Velferdsteknologiske løsninger
- Modeller/organisering som styrker samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Behov for større grad av differensierte boliger
- Bruk av ambulante tjenester kontra stasjonære

Somatikk:

- Utvikling av, og tjenesteinnhold i helse- og omsorgsdistriktene (helseknutepunkt)
- Organisering og lokalisering av spesialiserte tjenester/kommuneovergripende funksjoner
- Utvikling av nytt Helsehus med legevakt, herunder type tjenestetilbud på Helsehus og legevakt

Psykisk helse og rus:

- Ambulante tjenester til brukergruppen på natt – kun Drammen kommune som har dette tilbudet
- Legevakt og egen legevaksbil for psykisk helse og rus (PHR)
- Grad av egenproduksjon i forhold til kjøpte plasser

Funksjonshemmede:

- Alle kommunene opplever en god kapasitet på avlastning til yngre personer med utviklingshemming, men en utfordring til eldre tjenestemottakere
- Støttekontakttjenesten er organisert under helse i Nedre Eiker kommune og Svelvik kommune, mens dette ligger under kultur i Drammen kommune
- Økt fokus på arbeid fremfor aktivitet til målgruppen



Vedlegg

Vedlegg 1 – Kommunale føringer

Kommunene har følgende, gjeldende planer for tjenesteutvikling innen fagfeltet:

Drammen kommune:

- Bystrategien «Byvekst med kvalitet – Drammen 2036 – større, smartere og sunnere»
- Temaplan for helse, sosial og omsorg
- Innovasjonsstrategi for HSO
- Kompetansestrategi for HSO
- Behovsanalyse for helse- og omsorgsdistriktene
- Levekårsplan
- Digitaliseringsstrategi for HSO
- Mangfold og inkludering, handlingsplan
- Innovasjonsstrategi psykisk helse og rus
- Rekrutteringsstrategi for HSO
- «Hele meg» Handlingsplan for mennesker med utviklingshemming
- Folkehelsestrategi
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner

Nedre Eiker kommune:

- Kommuneplanens samfunnsdel
- Temaplan Helse og velferd, Tidlig innsats hele livet
- Strategi for implementering av velferdsteknologi

Svelvik kommune:

- Kommuneplanens samfunnsdel

Vedlegg 2 – Institusjonsplasser i kommunene

	Totalt plasser			Langtidsplass					Korttidsplass					
	Langtid	Korttid	Totalt antall plasser	Somatikk	Psyko- geriatri	Demens	Totalt langtid	Somatikk	Demens	Forsterket (USK)	Rehabilite- r.	Ø-hjelp	Lindrende	Totalt korttid
Gulskogen Helse og Omsorgsdistrikt	23	1	24	-	-	23	23	1	-	-	-	-	-	1
Åssiden Helse og Omsorgsdistrikt	62	3	65	10	-	52	62	3	-	-	-	-	-	3
Hamborgstrøm Helse og Omsorgsdistrikt	46	6	52	39	-	7	46	6	-	-	-	-	-	6
Losjeplassen Helse og Omsorgsdistrikt	47	3	50	47	-	-	47	3	-	-	-	-	-	3
Marienlyst Helse og Omsorgsdistrikt	38	5	43	18	-	20	38	5	-	-	-	-	-	5
Åskollen Helse og Omsorgsdistrikt	67	1	68	51	16	-	67	1	-	-	-	-	-	1
Fjell Helse og Omsorgsdistrikt	50	1	51	50	-	-	50	1	-	-	-	-	-	1
Konnerud Helse og Omsorgsdistrikt	49	19	68	35	-	14	49	4	15	-	-	-	-	19
Drammen helsehus	-	72	72	-	-	-	-	25	-	24	8	8	7	72
Avlastningsplass for barn under 18 år	-	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Bekevollen barne- og avlastningsbolig (SFO)	14	-	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-	14
Drammen Totalt	396	118	514	250	16	116	396	49	15	24	8	8	7	118
Solberglia	57	-	57	31	-	26	57	-	-	-	-	-	-	-
Spinnerisletta	8	-	8	8	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-
Bråta Helse- og akt.senter	-	34	34	-	-	-	-	-	-	24	4	2	4	34
Ekstern kjøpte plasser	7	-	7	-	-	7	7	-	-	-	-	-	-	-
Nedre Eiker Totalt	72	34	106	39	-	33	72	-	-	24	4	2	4	34
Svelvik Totalt	40*	-	40	-	-	-	40*	-	-	-	-	-	-	-

*Svelvik har en institusjon med totalt 40 plasser. Av disse 40 er 8 skjermet enhet og 1 plass fast palliasjon.

Vedlegg 3 – Oversikt over betalingssetser i kommunene

Tjeneste	Drammen	Svelvik	Nedre Eiker
Middag liten/stor	Kr 83,- frossen middag	Kr 70/81,-	Kr 76/92,-
Nøkkelboks	Kr 210,- montering/demontering per gang	Kr 199,- per opp- eller nedkobling	Kr 119,- per mnd
Trygghetsalarm	Gradert egenandel: <ul style="list-style-type: none"> Inntekt inntil 2G: Kr 1103,- pr. år 2-3G: Kr 2207,- pr. år Over 3G: Kr 3526,- pr. år 	Kr 297,-per mnd Erstatningssmykke kr 790,-	Kr 169,- per mnd Erstatningssmykke kr 790,-
Trygghetsalarm, montering	Montering og demontering Kr 416,- per gang.		Opp og nedmontering Kr 199,-
Direkte brannvarsling			Kr 26,- per mnd
Hjelpemidler	Kr 126,- per gang Utkjøring/henting		
Dagsenter	Kr 80,- per dag		Kr 80,- per dag
Korttidsopphold	Kr 160,- per døgn		Kr 160,- per døgn
Dag/nattopphold			Kr 80,- per dag/natt
Praktisk bistand, unntatt personlig stell og egenomsorg.	Gradert egenandel: <ul style="list-style-type: none"> Inntekt inntil 2G (inntil kr. 187.268): 102,5 pr. time, maks 2 timer pr. mnd. 2-3G (kr. 187.269 - 280.902): 243,- pr time, maks 4 timer 3-4G (kr. 280.903 - 374.536): 427,- pr. time, maks 6 timer Over 4G (over kr. 374.537): 427,- pr. time, maks 8 timer 	Kr 206,- sats for 0-2 G	Kr 205,- sats for 0-2 G

