



Lunner kommune

Kommunedelplan

Omsorg

2012 – 2015

Rullert av Plangruppe Omsorg den 5.9.2011 sak 1/11

Vedtatt av Kommunestyret, jfr. Handlingsprogrammet, den 15.12.2011
Sak 121/11

Arkiv: 07/226- 71

05.01.2012

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	5
1.1	Mandat	5
1.2	Avgrensinger og definisjoner	5
1.3	Politisk behandling.....	5
1.4	Arbeidsform	6
1.5	Disposisjon.....	6
2	Sammendrag	8
3	Dette har andre bestemt	9
3.1	Lovverk	9
3.2	Stortingsmeldinger	10
4	Dette har vi bestemt.....	13
4.1	Kommuneplanens samfunnsdel	13
4.2	Andre vedtak	14
5	Slik har vi det	15
5.1	Omsorg i institusjon	15
5.2	Hjemmebaserte tjenester	16
5.3	Omsorg i bolig.....	17
5.4	Psykisk helse	18
5.5	Differensierte dagtilbud.....	19
5.6	Sosialtjeneste	20
5.7	Rusarbeid.....	21
	Veien videre	22
5.8	Legetjeneste.....	22
5.9	Fysioterapitjeneste.....	22
5.10	Ergoterapitjeneste	23
5.11	Koordinator for funksjonshemmede.....	23
5.12	Koordinerende enhet	23
5.13	kompetanse	24
6	Hva forteller tall og statistikk.....	25
6.1	KOSTRA	25
6.2	Kommentarer til KOSTRA-tall	27
6.3	Befolkningsutvikling.....	27
7	Utfordringer og muligheter.....	31
7.1	Omsorg i institusjon	31
7.2	Hjemmebaserte tjenester	33
7.3	Omsorg i bolig.....	34
7.4	Psykisk helse	35
7.5	Differensierte dagtilbud.....	35
7.6	Sosialtjeneste	36
7.7	Rusarbeid.....	36
7.8	Legetjeneste.....	37
7.9	Fysioterapitjeneste.....	37
7.10	Ergoterapitjeneste	39
7.11	kompetanse	39
8	Slik kan vi gjøre det.....	40
8.1	Omsorg i institusjon	40
8.2	Hjemmebaserte tjenester	40
8.3	Omsorg i bolig.....	41
8.4	Psykisk helse	41
8.5	Differensierte dagtilbud.....	41
8.6	Sosialtjenesten	42
8.7	Rusarbeid.....	42
8.8	Legetjeneste.....	42
8.9	Fysioterapitjeneste.....	42

8.10	Ergoterapitjeneste	42
8.11	kompetanse:	42
9	Dette vil vi få til.....	43
9.1	Omsorg i institusjon	43
9.1.1	Målsettinger.....	43
9.1.2	Strategiske valg.....	44
9.2	Hjemmebaserte tjenester	45
9.2.1	Målsettinger.....	45
9.2.2	Strategiske valg.....	46
9.3	Omsorg i bolig (TT).....	47
9.3.1	Målsettinger.....	47
9.3.2	Strategiske valg.....	47
9.4	Psykisk helse.....	47
9.4.1	Målsettinger.....	47
9.4.2	Strategiske valg.....	48
9.5	Differensierte dagtilbud	48
9.5.1	Målsettinger.....	48
9.5.2	Strategiske valg.....	48
9.6	Sosialtjeneste.....	48
9.6.1	Målsettinger.....	48
9.6.2	Strategiske valg.....	49
9.7	Rusarbeid	49
9.7.1	Målsettinger.....	49
9.7.2	Strategiske valg.....	49
9.8	Legetjeneste	50
9.8.1	Strategiske valg.....	50
9.9	Fysioterapitjeneste	50
9.9.1	Strategiske valg.....	50
9.10	Ergoterapitjeneste	50
9.10.1	Strategiske valg	50
9.11	Kompetanse.....	51
9.11.1	Strategiske valg	51
10	Tiltaksplaner.....	52
10.1	Tiltaksplan investering.....	52
10.2	Tiltaksplan drift.....	52
11	Vedlegg	53
11.1	Planstruktur.....	53
11.2	Ruspolitiske retningslinjer	55

1 Innledning

Omsorgsplanen ble første gang utarbeidet for perioden 2009 – 2012, vedtatt av kommunestyret 25.9.2008 sak 61/08. Planen hadde den gang ikke formell status som kommunedelplan og den fulgte ikke den strukturen som er benyttet i de øvrige kommunedelplanene. Fordi planen endres mer enn hva som ville vært tilfelle ved en rullering, behandles dette som en vanlig revisjon.

1.1 Mandat

Planen skal utarbeides for perioden 2011 – 2014 og skal omfatte følgende tema:

- Omsorg i institusjon
- Hjemmebaserte tjenester
- Omsorg i bolig
- Demensomsorg
- Psykisk helse
- Sosialtjeneste
- Rusarbeid
- Legetjeneste
- Fysioterapi- og ergoterapitjeneste

1.2 Avgrensinger og definisjoner

I mandatet finner vi de tjenester som er definert inn i denne planen. Det er for det meste tjenester til innbyggerne fordi det foreligger særlige behov som igjen utløser rettigheter. Disse kan være livet gjennom eller de kan være i faser av livet. Et eksempel som skiller seg litt ut er legetjenesten. Det er en tjeneste vi alle har behov for gjennom hele livet. Alle tjenestene har imidlertid det til felles, at de er av stor betydning for innbyggernes velferd, både til de som direkte mottar tjenestene og for de som lever sammen med eller har kontakt med brukerne av tjenestene, det være seg familie, pårørende, venner osv.. Kvaliteten på tjenestene er derfor viktig sett både i et faglig perspektiv og i et opplevd perspektiv sett fra både bruker og pårørende/nærstående.

Omsorg er et vidt begrep. Vi finner dette aspektet i flere planer. Det er gjort et valg der for eksempel barnevern og helsestasjonstjeneste er plassert i Kommunedelplan Oppvekst. Disse tjenestene kan en se har et innslag av omsorg i sin art og i mange tilfeller kan få et nært samarbeid til tjenester som er definert inn i kommunedelplan Omsorg.

Behovet for tjenestene som er definert inn i denne planen vil i stor grad variere ut i fra konkrete behov blant innbyggerne. Alder er imidlertid et felles trekk som ofte utløser behov for tjenester. Det er derfor viktig å planlegge utvikling av tjenester sett i forhold til utvikling av kommunens demografi. Dette for å kunne møte framtidens utfordringer på en best mulig måte innenfor de ressursene som er tilgjengelig.

Planen har som tema rusarbeid. Dette er et tema som også har sine sider i både Kommunedelplan Kultur og i Kommunedelplan Oppvekst. De to nevnte planene favner forebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Kommunedelplan Omsorg tar for seg alkoholpolitiske retningslinjer og rusomsorg.

1.3 Politisk behandling

Kommunestyret opprettet 11.3.2010 sak 10/10 følgende plangrupper:

- a) Plangruppene Samfunnsutvikling, Oppvekst, Omsorg, Kultur og Teknisk, med hjemmel i kommuneloven §10a som kommunestyrekomiteer.
- b) Plangruppe Kommuneorganisasjon, med hjemmel i kommuneloven § 25 og fungerer både som plangruppe og partssammensatt utvalg.

I henhold til vedtatt struktur for utarbeidelse av sektorplaner har rådmannen oppnevnt følgende administrative arbeidsgruppe: Frode Holst, kommunalsjef, Tove Smeby Vassjø, rådgiver Helse- Pleie og omsorg og Anne Grønvold, rådgiver politikk/samfunn.

Sekretær/saksbehandler for planarbeidet: Tove Smeby Vassjø

1.4 Arbeidsform

Administrasjonen forbereder rullering av planen ved å utarbeide et forslag til plandokument. Dette er ment som utgangspunkt for plangruppas arbeid. Første møte i plangruppa blir en dag hvor plandokumentet gjennomgås slik at politisk nivå kan gjøre reelle vurderinger fram til siste møte i plangruppa.

Det vises for øvrig til kap. 1.3.

1.5 Disposisjon

Alle kommunedelplanene følger samme oppbygging:

Kapittel 2 er et sammendrag av planens konklusjoner. Dette kapittelet skrives først i forhold til at planen legges ut til offentlig ettersyn. I tillegg til sammendrag, vil det da inneholde påpekinger av ulike alternativer på spørsmål hvor det kan være dissenser i utvalget. Det er viktig i en høringsfase at slike spørsmål/ulike synspunkter synliggjøres.

I kapittel 3 beskrives sentrale føringer som lover, forskrifter og andre vedtak som kommunen må forholde seg til på området.

Kapittel 4 beskriver de vedtak vi selv har gjort som er relevante. Sentralt her står gjeldende kommuneplans samfunnsdel. Denne er imidlertid utarbeidet i en annen planstruktur og står for tur til å bli revidert.

Kapittel 5 beskriver hvordan en opplever dagens situasjon.

Kapittel 6 inneholder tall og statistikker, i hovedsak KOSTRA-tall med kommentarer og befolkningsstatistikk.

Kapittel 7 beskriver utfordringer og muligheter innenfor de ulike temaene planen omfatter. Dette skal omfatte både dagens muligheter og utfordringer, også satt inn i et framtidig perspektiv. Kapitlet skal i liten grad være begrensende i forhold til løsninger/tiltak.

Kapittel 8 presenteres ulike valgalternativer og løsningsforslag på aktuelle muligheter og utfordringer beskrevet i kapittel 7.

Kapittel 9 nedfeller målsettinger for alle områder. Det er beskrevet hensikten med de ulike tjenester og foreslått målsettinger for disse. Det er angitt hvor høy måloppnåelse en skal ha i planperioden, samt hvordan måloppnåelsen skal måles. Målsettingene gir føringer for hvilke strategiske valg en bør ta og hvilke tiltak en må gjennomføre. Det er foretatt begrunnede strategiske valg for de ulike områdene. Det skal rapporteres i forhold til kapittel 9 både ved 1. tertial og ved årsmelding.

Kapittel 10 inneholder fireårige tiltaksplaner for henholdsvis investerings- og driftstiltak.

05.01.2012

Summen av alle kommunedelplanenes kapittel 9 og 10 utgjør det fireårige handlingsprogrammet. Dette vedtas årlig samtidig med vedtak om økonomiplan, årsbudsjett og investeringsbudsjett med videre.

2 Sammendrag

Lunner kommunes visjon: ”Det gode liv lever vi bedre i Lunner kommune. Nær naturen – nær byen!” gjelder ikke bare friluftsmuligheter og gode botilbud. Det gjelder i høyeste grad trygghet for at en får de omsorgstilbud en trenger, avhengig av individuelle behov. For noen vil disse behovene vare hele livet, mens de for de fleste av oss vil tilta etter hvert som alderen øker.

Bygget på data fra SSB viser en befolkningsframskriving fram til 2025 at vi får økning i antall eldre over 80 år fra ca. 2020. Det vil bestandig være noe usikkerhet knyttet til slike framskrivninger, men det er det beste utgangspunktet vi har for vår planlegging. Dette innebærer at vi bør bruke tida fram til dette slik at vi kan møte utfordringene knyttet til disse demografiendringene på en best mulig måte.

Det er viktig å dimensjonere tilbudene slik at en kan gi gode tilbud til de som skal ha det, med en best mulig utnyttelse av både teknologi og kompetanse. Planen fastlegger at vi skal ha ett sykehjem i kommunen, beliggende slik som i dag som en del av Lunner omsorgssenter, og utvide kapasiteten innenfor de fysiske rammebetingelsene etter hvert som behovene øker. Sykehjemmet skal legge til rette for god palliativ omsorg, smittevern og evt sterk skjerming. Det er i planperioden foreslått å styrke tilsynslegefunksjonen ved sykehjemmet.

Det skal legges til rette for at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig i sitt eget hjem. Dette innebærer at hjemmebaserte tjenester skal prioriteres der dette er hensiktsmessig. Dette innebærer også bruk av avlastningstilbud, brukerstyrt personlig assistent og støttekontaktilbud.

Tilbudet innen psykisk helse er i dag spredt på fire steder med boliger på Lunner og Kalvsjø, kontor for psykisk helse på rådhuset og dagtilbud på Bergosenteret. Dette gir ingen optimal løsning i forhold til brukerne. Planen foreslår å utrede etablering av et samordnet tilbud innen psykisk helse som inneholder boliger, dagtilbud og kontor for psykisk helse.

Et viktig grep i forhold til å møte framtidens omsorgsbehov vil være forebyggende arbeid. Flere av de aktuelle tiltakene vil bli sett i sammenheng med eventuelle vedtak fattet i fbm samhandlingsreformen på Hadeland. Imidlertid kan dette også finne sine naturlige løsninger gjennom endringer i kommunestrukturen.

Et av de store tiltakene som planen foreslår er etablering av barnebolig og avlastning på Harestua. Dette er helt nødvendige tjenester til personer og deres familier som kommunen har ansvaret for. Etableringen samordner både barneboliger, avlastning og boenheter som i dag er lokalisert til Røyskattlia. Dette ivaretar også nye brukere.

Gode dagtilbud bidrar til en meningsfull hverdag. Det foreslås utvidelse av slike tilbud for flere grupper. Dette er nødvendig i forhold til blant annet å kunne ivareta nye brukere.

Dette er ingen fullstendig oversikt over de strategiske valg, målsettinger og tiltak som planen foreslår, men et lite blikk inn i noen viktige temaer hvor planen peker ut en retning og tar grep. Omsorg handler om livskvalitet og trygghet for den enkelte og deres familier, og her er ”velferdskommunens” bidrag sentrale.

3 Dette har andre bestemt

Statlige bestemmelser og fastsatte lovverk regulerer i stor grad omsorgstjenestene. Lovverket innenfor helse- og pleie og omsorgssektoren regulerer enkeltindividenes rett til hjelp på riktig nivå. En rekke stortingsmeldinger er blitt fremarbeidet de senere år, dette for å tilpasse demografisk utvikling og endring i det nasjonale sykdomsbildet. Endringer i sykdomsbildet gjelder både det aldersrelaterte og det livsstilsmessige. I så måte har dette brakt frem til samhandlingsreformen som er under behandling våren 2010. Denne reformen har som utgangspunkt å koordinere tjenestene samt styrke det forebyggende arbeidet. *(Samhandlingsreformen skal vedtas 27 april og kapitlet vedr dette vil bli nødvendig omskrevet i etterkant)*

3.1 Lovverk

All tjeneste som ytes i Lunner kommune må forholde seg til gjeldende generelle lovverk for offentlig virksomhet.

Innenfor området helse- og sosialtjenesten spesielt, må kommunen innrette sin virksomhet innenfor følgende lovverk:

- Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 (nr.64)
- Lov om pasientrettigheter av 2.juli 1999 (nr.63)
- Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23.juni 2000 (nr.56)
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger av 18.mai 2001 (nr.24)
- Lov om behandling av personopplysninger av 14.april 2000 (nr.32)
- Lov om statlig tilsyn av 30.mars 1984 (nr.15)
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5.august 1994 (nr.55)
- Lov om erstatning ved pasientskader av 15.juni 2001 (nr.53)
- Lov om barnevern av 17.juli 1992 (nr.100)
- Lov om strålevern og bruk av stråling av 13.mai 2000 (nr.36)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 02.07.1999 nr. 62
- Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven) 02.06.1989 nr. 27 og alkoholforskriften av 08.06.2005 nr. 538
- Lov om vern mot tobakksskader av 1973-03-09-14
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltning fra 01.02.2010 (NAV loven)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 1. januar 2012 nr. 30
- Folkehelseloven av 1 januar 2012 nr. 29
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 -2015)

Hovedelementer fra nye lover og ny plan vedtatt 24 juni

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- En felles lov samler kommunenes plikter. Og det blir ett sted å klage – hos Fylkesmannen.
- Plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide. Kvalitet skal måles bedre.
- Pasienter og brukere får et tilbud som er lettere å forholde seg til, og som skal gi en helhetlig tjeneste.

Folkehelseloven

- Ny folkehelselov styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer.
- Ny folkehelselov skal sikre at samfunnet fremmer helse, forebygger sykdom og utjevner sosiale helseforskjeller.
- Kommunen får en tydelig plikt til å ha oversikt over lokale folkehelseutfordringer og til å utarbeide tiltak.

05.01.2012

Nasjonal helse- og omsorgsplan

- Planen legger den politiske kursen for de neste 4 årene juridisk, økonomisk, organisatorisk og faglig.

Innen de ulike lover er det også vedtatt en rekke forskrifter som også regulerer våre tjenester.

3.2 Stortingsmeldinger

Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken

Stortingsmeldingen omtaler de mange påvirkningsfaktorene som bidrar til å skape helseproblemer og faktorer som bidrar til å beskytte mot sykdom. Det er et viktig formål å påpeke sammenhengen mellom den enkeltes og samfunnets ansvar og muligheter for å påvirke helsesituasjon.

Stortingsmeldingen har som sin løsning på følgende utfordringer:

- Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse med fokus på sammenhengen mellom livsstil og helse, vår psykiske helse og på å redusere sosialt betingede helseforskjeller.
- Bygge allianser for folkehelse
- Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre med fokus på levestil og livsstil innenfor fastlege og spesialisthelsetjenesten, samt en styrking av det forebyggende helsetjenester for barn, unge og familier.
- Utvikle ny kunnskap, mer systematisk oppbygging av kunnskap og kompetanse for at vi skal gjøre de rette tingene på rett måte.
- Kvinnehelsestrategi, da vi har store kunnskapsmangler om kvinners helse og sykdom.

Målet for denne stortingsmeldingen er: Et sunnere Norge

Stortingsmelding nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Stortingsmeldingen presenterer en bred og langsiktig strategi for å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

Sosiale, økonomiske, fysiske og atferdsmessige forhold påvirker den enkeltes helse både positivt og negativt.

Her er noen av aktuelle virkemidler er nærmere omtalt:

- Reduksjon av de økonomiske forskjeller
- Tidlig innpass ifht barn for å forbygge utvikling av sosiale helseforskjeller.
- Målrettet innsats for sosial inkludering
- Inkluderende arbeidsliv
- Inkluderende skole

Flere tiltak er mer på overordnet nasjonalt nivå, men det er også krav om at en på lokalt nivå skal arbeide for et felles mål, som er å redusere sosiale helseforskjeller

Stortingsmelding nr.25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening

Denne stortingsmelding omhandler framtidens omsorgsutfordringer og hvilke områder som spesielt må prioriteres.

Meldingen konsentrerer seg først om perioden fram til 2015, men har også i seg et tidsperspektiv fram mot 2050.

Fokus fra regjeringen er at økning av antall eldre vil gi den største behovsvekst om 15-20 år og hvor viktig det er at denne perioden utnyttes til planlegging og forberedelse for dette. Det være seg både mht investeringer i bygningsmasse og teknologi, samt rekruttering og økt kompetanse innenfor gruppen helse- og sosialpersonell. Økt kompetanse gjelder også innenfor organisasjon og ledelse. I tillegg har stortingsmeldingen fokus på mer langsiktig arbeide i forhold til forebyggende tiltak, som kan være med på å en reduksjon i behovsveksten.

Nasjonale utfordringer som er nærmere omtalt er:

- Nye brukergrupper med mer sammensatte helse og sosialproblemer, som vil kreve en annen kompetanse og et helhetlig livsløpsperspektiv på omsorgstilbudet.
- Økning av antall eldre og spesielt fokus på demens og sammensatte lidelser.
- Knapphet på omsorgspersonell og redusert antall omsorgsytere innenfor egen familie. Sistnevnte vil føre til at det må ytes mer bistand av det offentlige.
- Omsorgsmottakere innenfor den kommunale tjeneste har et større behov for medisinsk oppfølging med behov for en bedre samhandling.
- Kompetanseheving
- Omsorgsmottakerne har behov for økt aktivitet/tilbud ifht dagliglivet, samt sosiale og kulturelle tilbud. Aktiv omsorg
- Brukerinnflytelse

Dette er områder som både sentrale og lokale myndigheter aktivt må arbeide med, slik at våre omsorgsmottakere i dag og framover kan få både nødvendig og kompetent hjelp i henhold til gjeldende lovverk.

Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er blitt kalt en mulighetsreform. Bakgrunnsbildet for reformen er:

- Behovet for koordinerte tjenester er ikke godt nok ivaretatt – fragmenterte tjenester.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Den demografiske utviklingen.
- Endringer i sykdomsbildet
- Samfunnets økonomiske bæreevne

Det er trukket opp 5 hovedgrep i arbeidet med reformen:

- Klarere pasientrolle
- Ny framtidig kommunerolle
- Etablering av økonomiske intensiver
- Utvikling av spesialisthelsetjenesten
- Tydeligere prioriteringer

Reformen var under behandling våren 2010. Etter høringsrunder i blant annet kommunene ble den vedtatt 27 april 2010. Ny Folkehelselov, ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Nasjonal helse- og omsorgsplan ble deretter vedtatt 14 juni 2011. Endelig vedtak vedr finansiering og innfasing skjer i fbm vedtak av nasjonalbudsjett for 2012. 2012 er satt som startåret for reformens ikrafttreden.

05.01.2012

Reformen vil sette store krav til kommunesamarbeid. For å kunne oppnå effektive og brukertilpassede tjenester vil det bli nødvendig å samarbeide på tvers av kommunegrenser og med et større befolkningsgrunnlag. Samarbeidet med sykehusene og lokale tilpasninger i sykehusenes møte med kommunene er også et viktig moment i reformarbeidet.

4 Dette har vi bestemt

4.1 Kommuneplanens samfunnsdel

Mål

- Lunner kommune skal være en god oppvekst- og bokommune.

Strategier

Pleie og omsorg

- Tilbudet innen pleie og omsorg skal styrkes i takt med behov og befolkningsvekst.
- Ethvert tjenestetilbud skal legges til rette slik at mottakerne kan beholde flest mulig egenfunksjoner.
- Det skal etableres møteplasser i offentlig og privat regi for å styrke nettverkssamarbeid for ulike grupper av befolkningen.
- Det skal legges opp til størst mulig grad av tverrfaglig samarbeid og samordning.
- Bedre mulighetene for å dekke behovene som etterspørres i de ulike livsfasene.
- Eldreomsorgen og innsatsen for pleie- og helsetrengende må gjenspeile respekt for enkeltindividet.
- Forebygging av helsemessige og sosiale problemer samt rehabilitering/habilitering må få mer fokus.
- Faglig kompetanse skal opprettholdes og videreutvikles på alle nivåer.
- Rehabiliteringsarbeid bør være en prioritert arbeidsmåte innen pleie og omsorg.
- Egne bemannede boliger for alders demente og pleietrengende yngre personer etableres i nærheten av Lunner sykehjem.

Helsevern

- Forebyggende helsearbeid (miljørettet helsevern) skal være grunnlag for sosialt bærekraftig utvikling.
- Kommunen skal medvirke til at det opprettholdes to legesenter i kommunen.
- Helsestasjonen skal gi alle barn og ungdom riktig hjelp i riktig tid.
- Det psykiske helsearbeidet må styrkes.
- Det skal være et differensiert tilbud av boformer/institusjonsplasser for alle personer med en alvorlig sinnslidelse.
- Det skal legges vekt på å jobbe målrettet med personer som har en psykisk lidelse eller rusrelaterte problemer for å bidra til å opprettholde den enkeltes funksjons- og mestringsevne i størst mulig grad.

Økonomiske støtte- og bistandsordninger

- Lunner kommune skal utnytte ordninger for formidlingslån (Startlån) til boligformål.
- Saksbehandlingen skal fremme økonomisk og sosial trygghet, bidra til å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd, likestilling og forebygge sosiale problemer.

Skjenke- og serveringsbevillinger

- Ved behandlingen av slike saker skal helse- og sosialpolitiske så vel som næringspolitiske hensyn vektlegges.

4.2 Andre vedtak

Kommuneplanen vedtatt 24.11.2005

Andre kommunedelplaner.

- Kommunedelplan Samfunnsutvikling 2012 – 2015, (første gang vedtatt i kommunestyret 17. juni 2009 sak 32/09)
- Kommunedelplan Oppvekst 2012 – 2015, (planen første gang vedtatt i kommunestyret 14. mai 2009 sak 21/09)
- Kommunedelplan Kultur 2012 - 2015.....
- Kommunedelplan Teknisk 2012 - 2015.....
- Kommunedelplan Kommuneorganisasjon 2012 - 2015.....

5 Slik har vi det

5.1 Omsorg i institusjon

Omsorg i institusjon består av Lunner omsorgssenter (Los), sykehjemmet, og Haugentoppen avlastning for barn og unge.

Sykehjemmet ivaretar eldreomsorg, som avlastning, langtidsopphold, korttidsopphold, har mindre enheter for personer med aldersdemens samt terminal pleie (omsorg ved livets slutt). I tillegg gis det ved behov tilbud til barn, unge og yngre voksne med funksjonshemninger og sykdommer som har behov for døgnkontinuerlig helsefaglig omsorg og pleie. Kjøkkenet ved Los leverer i tillegg til mat til beboere ved sykehjemmet også mat til hjemmeboende. Sykehjemmet har eget vaskeri.

Korttidsopphold Los:

Bakgrunn for oppholdet: Enklere gjenopptrening etter sykdom.
Mål: Opprettholdelse/forbedring av funksjonsnivå og tilbakeføring til hjemmet samt forebygge langtidsplasser.
Tid: Generelt minimum 2 uker
Antall: 5 plasser

Langtidsopphold:

Bakgrunn for oppholdet: Pasienter med behov for døgnkontinuerlig omsorg i sykehjem.
Antall: 50 plasser. Herav 14 plasser for pasienter med demens. Disse plassene er tilrettelagt slik at pasientene får en best mulig hverdag. Tilbudet oppfyller ikke sentrale krav til skjermede enheter.

Avlastningsopphold Los:

Bakgrunn for oppholdet: Avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver.
Mål: Bidra til at pasienten kan bo lenger i eget hjem og ivareta gode relasjoner og familieforhold.
Tid: Generelt 14 dager
Antall: 2 plasser

Totalt 57 plasser på hele sykehjemmet.

Avlastningsopphold Haugentoppen:

Bakgrunn for oppholdet: Gi avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver knyttet til barn og unge.
Mål: Bidra til at barn og unge med særskilte behov kan bo i eget hjem fram til fylte 18 år. Ivaretagelse av gode relasjoner og familieband.
Tid: Individuelt tilpasset, begrenset til de plasser som er tilgjengelig. Avlastning fra 3 til 29 døgn pr mnd.
Antall: 4 plasser fordelt på 8 personer

Dagaktivitetstilbud til pasienter i sykehjemmet:

Bakgrunn for tilbudet: Bidra til å ivareta den sosiale og kulturelle/åndelige delen av omsorgen.
Innhold: Dagene fylles med et tilrettelagt program både i grupper og individuelt. Eksempler på aktiviteter: spaserturer inne og ute, alt etter hva været tillater, bingo, mandagskafe, avislesning, trivelig sosialt

samvær, - kjenne på fellesskapet, allsang og tilbud fra Den kulturelle spaserstokken.

Dagopphold på Los:

Målet med dagopphold: Sosial kontakt, ivareta helse og forebygge økt behov for pleie- og omsorgstjenester og avlastning for pårørende med tyngende omsorgsoppgaver i hjemmet.

Innhold: Tilbudet er 4 dager i uken og gis i gjennomsnitt til 6 pasienter pr. dag.. Dagene fylles med et tilrettelagt program både i grupper og individuelt. Frokost- og middagstilbud

5.2 Hjemmebaserte tjenester

Hjemmesykepleie Los:

- Hjemmesykepleien gir helsehjelp i forhold til personlig hygiene, ernæring og medikamenthåndtering. Det ytes tjenester til innbyggere i alle aldre med svært differensierte og tidvis kompliserte tjenestebehov både innenfor somatikk og psykisk helsevern. I dette ligger også et utstrakt samarbeid med fastleger. Hjemmesykepleien er et heldøgns tilbud. I 2007 var det registrert ca 80 pasienter som mottakere av hjemmesykepleie. I 2011 er det 150 – 165 pasienter som mottar tjenester. Dette betyr at antall pasienter er fordoblet i løpet av en tre års periode, og tiden pr besøk er tilsvarende redusert. Antall årsverk vil i hjemmetjenesten (forutsatt vedtak for 2012 med en økning på kr 4 mill) nå være oppe i 33 årsverk – noe som vil si ca 55 ansatte pluss vikarer.

Praktisk bistand og opplæring (hjemmehjelp):

Hjemmehjelpstjenesten omfatter praktisk bistand/veiledning i hjemmet. Det er i dag ca 100 mottakere av hjemmebaserte tjenester.

Omsorgslønn

Bakgrunn for tjenesten: Gi en økonomisk kompensasjon til personer som utfører pleie- og omsorgsoppgaver for ektefelle, foreldre, barn eller andre pleietrengende i private hjem.

Mål: Bidra til at privat omsorgsarbeid opprettholdes og at den pleietrengende kan bli boende lenger hjemme.

Omfang: Individuelt

Antall: 10

Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

Innhold i tjenesten: Tjeneste omfatter praktisk og personlig hjelp, men med en alternativ organisering. Mens praktisk og personlig hjelp tradisjonelt gis som hjemmetjeneste, i avlastning eller i bemannet bolig, er brukeren her selv arbeidsleder for sine assistenter. Brukeren påtar seg ansvar for organisering og innhold ut i fra egne behov, innenfor de timene kommunen vedtar.

Mål: Gjennom alternativ organisering gi brukeren et aktivt og mest mulig selvstendig liv på tross av funksjonsnedsetting.

Omfang: Individuelt fra 10 til 150 pr uke.

Antall: 4

05.01.2012

Avlastning i private hjem

Bakgrunn for oppholdet: Gi avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver knyttet fortrinnsvis til barn og unge.

Mål: Bidra til at barn og unge med særskilte behov kan bo i eget hjem fram til fylte 18 år. Ivaretagelse av gode relasjoner og familiebånd.

Omfang: Individuelt

Antall: 13

Støttekontakt

Bakgrunn for tjenesten: Gis til flere brukergrupper som for eksempel barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse, familier med sammensatte problemer rusmiddelmissbrukere eller andre med behov for sosialaktivitet

Mål: Bidra til at den som mottar tjenesten får delta på sosiale aktiviteter på egne premisser og ut i fra egne ønsker.

Omfang: Individuelt, men gjennomsnittlig 3 timer og 20 minutter pr. uke.

Antall: 82

Trygghetsalarm:

Dette er ikke et lovpålagt tilbud, men et viktig element i omsorgstilbudet slik at flere kan bli boende i eget hjem. Vi har i dag 105 egne alarmer og 2 i privat eie. Alle betjenes av hjemmetjenesten ved alarmutløsning. Utrykning utløst av trygghetsalarm var i gjennomsnitt to ganger pr. døgn i 2009, mens hittil i 2011 er det snitt 3,6 utrykninger pr døgn. Fra januar til august 2011 var antall utløste alarmer 876.

Matombringning:

Det tilbys matombringning til hjemmeboende. Maten produseres på sykehjemmets kjøkken og er et godt forebyggende tiltak mht. ernæring. Det er ca. 50 brukere av dette tilbudet, som får levert varm middagsmat i eget hjem to til tre dager pr. uke. De kan i tillegg få med kald mat, slik at alle ukas syv dager dekkes. Pris etter selvkostprinsippet. Transporten utføres av frivillige, mens kommunen dekker kjøreutgiftene. Antall porsjoner har økt fra 505 i gjennomsnitt pr måned i 2009 til gjennomsnittlig 630 porsjoner pr måned i 2011. Antall kunder har ikke økt, men de som er inne i systemet ønsker mat flere dager pr uke.

5.3 Omsorg i bolig

Omsorgsboliger uten fast bemanning:

I kommunen er det 32 slike boliger med innskudd. 22 av boligene ligger på Harestua og 10 på Lunner. Boligene kan bare kjøpes av personer over 60 år eller funksjonshemmede. Kommunen har mottatt tilskudd til bygging og derved myndighet for godkjenning av søkere til disse boligene. Salget foretas av eier, men kjøper må godkjennes av kommunen.

Trygde- og eldrebolig uten fast bemanning:

Kommunen har også, gjennom Lunner boligstiftelse som eier, boliger til leie. I alt tilhører 22 boliger i denne kategorien. Leilighetene er spredt over hele kommunen, men hovedtyngden (12) ligger på Bergosenteret. Boligene kan tildeles alle trygdede uavhengig av alder, med unntak av leilighetene ved Bergosenteret, hvor det er krav om at vedkommende må være fylt 60 år.

Omsorgsboliger med døgnkontinuerlig bemanning:

Det gis døgnkontinuerlig tilbud til 36 mennesker med nedsatt funksjonsevne (psykisk utviklingshemmede og psykisk syke). Det gis individuelt tilpasset helsehjelp i forhold til personlig hygiene, ernæring og medikamenthåndtering. I tillegg gis det praktisk bistand, opplæring og veiledning tilpasset den enkelte med fokus på mestring.

For mennesker med psykisk utviklingshemming

Røyskattlia boligfellesskap på Harestua	9 beboere
Lunner boligfellesskap på Lunner	6 beboere – 5 leiligheter i boligen pluss 1 leilighet i omsorgsboligen
Haugentoppen boligfellesskap på Grindvoll	3 beboere
Roa boligfellesskap på Roa	5 beboere
Totalt 22 boliger	23 beboere

For mennesker med psykiske lidelser

Lunner omsorgsbolig på Lunner	8 beboere
Kalvsjøstua	5 beboere
Lunner omsorgssenter	1 beboer
Totalt 13 boliger	14 beboere

5.4 Psykisk helseKontor for psykisk helse

Mennesker med psykiske påkjenninger/-problemer/-lidelser, eller deres pårørende kan få veiledning, praktisk- og personlig støtte fra kontoret for psykisk helse. Befolkningen kan henvende seg direkte til kontoret for psykisk helse uten henvisning eller vedtak. Det fattes vedtak ved behov for oppfølging i hjemmet. Vedtak fattes av Tildelingskontoret etter søknad.

Brukerne får individuell støtte og veiledning til å takle problemer og utfordringer i egen hverdag. En viktig oppgave i den sammenheng er koordinering av hjelpeapparatets tjenester rundt den enkelte.

Kontoret deltar og bidrar aktivt i individuelle ansvarsgruppemøter og i det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge. Kontoret samarbeider med fastlegene i kommunen, DPS på Gran, brukerorganisasjoner og med psykisk helsetjeneste i nabokommunene der dette er naturlig.

I 2010 var det 90 personer som fikk individuell oppfølging fra kontoret for psykisk helse.

Hjemmesykepleie LOS

Hjemmetjenesten er bemannet med sykepleiere med og uten videreutdanning, hjelpepleiere med og uten videreutdanning og helsefagarbeidere.

Helsehjelpen omfatter hjelp til personlig hygiene, kostveiledning og måltider, forflytning, sårbehandling, medikamenthåndtering, avansert sykepleie eller spesiell oppfølging/observasjon forskrevet av lege eller fra sykehus, tilrettelegging med tekniske hjelpemidler, omsorg ved livets slutt og palliativ sykepleie.

Hjelpen blir gitt ut fra individuelle behov for helsehjelp, slik at brukeren kan bo hjemme lengst mulig, og behovet for institusjonsplass reduseres.

05.01.2012

Hjemmetjenesten samarbeider med brukerne av tjenesten, pårørende, spesialisthelsetjenesten, fastlege og legevaktlege, fysioterapeut, ergoterapeut, tannlege, Lunner omsorgssenter, dagsenter og kontor for psykisk helse.

Hjemmetjenesten har oppfølging av 22 pasienter med en psykisk lidelse. Samtlige av disse pasientene har bistand i forhold til medikamenthåndtering, og noen får i tillegg bistand til dusj og praktisk bistand i hjemmet.

Ingen ansatte i hjemmetjenesten har i dag videreutdanning innenfor psykisk helse.

Tilrettelagte tjenester

Tilrettelagte tjenester har boliger med heldøgnsbemanning, som fordeler seg slik:

Lunner omsorgsbolig på Lunner har 8 beboere og Kalvsjøstua har 5 beboere, totalt 13 beboere.

Boligene er heldøgnsbemannet.

Målsettingen er å gi helsehjelp og praktisk bistand etter enkelt vedtak. Personale skal bistå til egenmestring og trygghet i hverdagen

Lunner omsorgsbolig eies av Lunner boligstiftelse og Kalvsjøstua eies av Lunner kommune. Beboerne leier leilighet av utleierne og betaler selv sine husleier og andre boutgifter.

Pr dags dato gis det tilbud til en beboer på tvers av organiseringen i Lunner kommune.

Det samarbeides med spesialisthelsetjenesten, NAV, fastleger og Kontor for Psykisk helse.

5.5 Differensierte dagtilbud

Dagtilbud for eldre hjemmeboende:

Det er et åpent tilbud på Bergosenteret 2 dager pr. uke. Eksempler på aktiviteter er bingo, handleturer, sommerturer og annet sosiale samvær, samt lunsj- og middagstilbud.

Det er pr 2009 ca. 20 brukere til dette tilbudet. Tilbudet er finansiert av kommunen og er uten egenandel for brukerne. Transportutgiftene for den enkelte bruker reduseres pr. i dag ved støtte fra kommunen. Dagtilbudet er administrativt underlagt Los.

Dagtilbud ved Los

Se pkt 5.1

Møteplassen på Bergosenteret.

Møteplassen er et tilbud til personer med ulik grad av psykiske utfordringer, her har man mulighet til å delta på ulike aktiviteter, møte andre og spise lunsj i fellesskap. Brukerne av møteplassen deltar aktivt i utformingen av tilbudet. Møteplassen er åpent 3 dager i uken, hvorav en dag er forbeholdt unge voksne under 30 år. Kontoret for psykisk helse har ansvar for tilbudet.

Det var ca 70 brukere som benyttet Møteplassen i 2010

Dagtilbud for personer med psykisk utviklingshemming

Dagtilbud er et sosialt tiltak for brukerne, dette for å gi en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse, i fellesskap med andre.

Dagtilbud gis i dag på Frøystad og på Fossli på Skjerva for å dekke differensierte behov hos brukerne. Tilbud gis 5 dager pr. uke. Eksempler på aktiviteter: vedproduksjon, fysisk aktivitetsrom, håndarbeids- og kjøkkengruppe, den lille gjenbruksbutikken samt tilbud via den kulturelle spaserstokken. Tilbudet blir individuelt tilpasset så langt det lar seg gjøre og benyttes av 22 – 25 brukere, herav også noen med andre diagnoser. Det er personalet i boligfellesskapene som følger brukerne og har ansvar for dagtilbudet.

5.6 Sosialtjeneste

Sosialtjenester omfatter tjenester som kvalifiseringsprogrammet, økonomisk stønad (sosialhjelp), økonomisk rådgiving (gjeldsrådgiving), midlertidig bolig og råd og veiledning. Formålet med sosialtjenester er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd, likestilling og forebygge sosiale problemer. Fra mai 2009 har Lunner kommunes sosialtjeneste vært organisert i et interkommunalt samarbeid med Gran kommune, som vertskommune. Sosialtjenestene inngår i NAV Hadeland.

Kvalifiseringsprogrammet (KVP)

KVP er et tilbud til personer om opplæring og arbeidstrening, og den oppfølging personen trenger for å komme i arbeid eller meningsfull aktivitet, gjennom deltakelse i et program. Programmet gir også mulighet for å avklare andre rettigheter til inntekt som deltakeren kan ha dersom han/hun ikke klarer vanlig arbeid. Programmet skal være på fulltid, deltakeren får lønn og vanlig ferie.

Økonomisk stønad (sosialhjelp)

Denne stønaden er en del av samfunnets økonomiske sikkerhetsnett og skal sikre at alle har nok midler til livsopphold. Hjelpen er ment å være midlertidig og skal bidra til å gjøre mottakeren økonomisk selvhjulp.

Økonomisk rådgiving

Personer med økonomiske vanskeligheter knyttet til gjeld og problemer med disponering av penger, tilbys økonomisk rådgiving og gjeldsrådgiving med det formål at personen blir i stand til å styre egen økonomi.

Midlertidig botilbud

Personer i en nødsituasjon uten noe sted å bo, har rett på hjelp til å finne midlertidig bosted. Det er et krav at den som søker slik hjelp har forsøkt, men ikke lyktes å finne bolig selv.

Råd og veiledning

Råd og veiledning gis til de som oppsøker NAV. Hensikten med råd og veiledning er ikke bare å løse eksisterende problemer, men også forsøke å forebygge at problemer oppstår. Det er ikke nødvendig å være i en vanskelig livssituasjon for å få råd og veiledning ved NAV-kontoret. Dersom NAV-kontoret ikke kan gi råd og veiledning, skal de, så vidt det er mulig, sørge for at andre i kommunen gjør. Å søke råd og veiledning tidlig kan være hensiktsmessig i forhold til å finne alternative muligheter til økonomisk sosialhjelp.

Ungdomskontakt

I et samarbeidsprosjekt mellom NAV, KORUS, Gran kommune, Lunner kommune og Jevnaker kommune er det ansatt en ungdomskontakter. Ungdomskontakten retter seg mot risikoutsatt ungdom mellom 15-24 år som står i fare for å velge bort videregående skole.

Målet er: Ungdom får videregående opplæring eller arbeid / annen aktivitet.

Delmål 1: Arbeidet vil ha særskilt fokus mot rusproblemtaikk, problemfylt nettspill og psykiatri.

Delmål 2: Arbeidet vil ha fokus på kjønnsperspektivet i forhold til at jenter vil ha tilgang til kvinnelige veiledere / medarbeidere ved behov / ønske.

Miljøarbeider

NAV og Hadeland vdg skole søkte om, og fikk tilsagn om midler til miljøarbeider fra fylkesmannen. Miljøarbeideren startet opp arbeidet 1 oktober 2010, er ansatt i NAV, men har sin daglige arbeidsplass på Gran vdg skole. Målet er å øke antallet som gjennomfører vdg skole, samt hindre/ redusere rusmisbruk. Miljøarbeideren jobber i tett relasjon til enkeltelever og grupper, for på den måten kunne avdekke uheldig adferd i skolemiljøet.

Krisesenter.

Lunner kommunes krisesenter tilbud ligger i Hønefoss og er et krisesentertilbud til kommunene Gran, Hole, Jevnaker, Krødsherad, Lunner, Modum, Ringerike og Sør-Aurdal.

Formål: Sikre at kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nærrelasjoner får et trygt midlertidig botilbud og hjelp til å ta egnevalg videre.

Det har kommet ny lov om kommunale krisesentertilbud med virkning fra 1.1.2010. Den viktigste endringen er at kommunene nå er pålagt å ha et krisesenter tilbud. Det legges stor vekt på et godt tilbud til barn og menn skal også sikres et likeverdig tilbud. Når det gjelder utformingen av tilbudet, bygger loven i stor grad på det tilbudet de nåværende krisesentrene gir.

5.7 Rusarbeid

Forebyggende rusarbeid spesielt rettet mot barn og unge er omtalt i kulturplan og oppvekstplanen.

De delene av rusarbeid som omtales i denne planen er, det arbeidet som er nært knyttet til innholdet i de ruspolitiske retningslinjene. Videre omtales de tjenestene som tilbys mennesker med rusproblemer.

Kommunen har vedtatt ruspolitiske retningslinjer, retningslinjene er vedlagt denne planen. Disse retningslinjene regulerer i dag:

7 salgssteder med salgsbevilling
6 skjenkesteder med skjenkebevilling
Det ble i 2010 innvilget 15 ambulerende skjenkebevillinger.

Det er polutsalg i nabokommunene Gran, Jevnaker og Nittedal.

Det ble i 2009 gjennomført salg og skjenkekontroll 3 ganger for hver bevilling. Kommunen er pålagt å gjennomføre kontroll 3 ganger det antall bevillinger som er gitt i kommunen, og minimum 1 kontroll for en enkelt bevilling.

Narkotikasaker

År	Personer	Anmeldelser
2007	3	4
2008	16	16
2009	18	27
2010	sjekkes	25

Her er det kun søkt på personer som er anmeldt for BRUK av narkotika. Det er ikke her tatt hensyn til besittelse/oppbevaring og erverv.

Tjenester til rusmisbrukere

Mennesker med rusproblemer, og deres pårørende, benytter seg av de tjenestene som kommunen har og som er beskrevet i denne planen og andre planer. For denne gruppen klienter som mottar tjenester fra NAV og/eller har behov for koordinerte tjenester er det i NAV ansatt rusmiddelkonsulenter. Rusmiddelkonsulenten kan være saksbehandler for rusmisbrukerne, koordinere ansvarsgrupper og gi råd og veiledning til klienten og pårørende.

Boveiledning

I et boligprosjekt som retter seg mot personer med lav boevne pga. for eksempel rusproblematikk er det ansatt to boveiledere. Med boveiledning menes oppfølging av den enkelte med praktiske gjøremål i boligen inkludert rengjøring, avskrivning av strøm, betaling av boutgifter og evt. veiledning mht noe daglig vedlikehold. Dette er ferdigheter som er nødvendig for å kunne holde på en bolig over tid. Ved boveiledning vil boevne øke noe som kan medvirke til varige botilbud for den enkelte.

Det er ikke etablert spesielle bo - eller etterverns tiltak rettet mot mennesker med rusproblematikk. Boveilederne bruker mye av sin tid til å skaffe bolig.

Veien videre

Veien videre er et prosjekt som retter seg mot personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Lunner kommune har i 2011 fått deltagelse i prosjektet.

5.8 Legetjeneste

Fastlegeordningen

Det er 2 legesentre i kommunen. Det ene er lokalisert på Roa, med 4 fastleger og 1 turnuskandidat. Det andre legesentret ligger på Harestua med 3 fastleger, hvorav den ene er ubesatt. På Harestua er det i tillegg en fastlege som driver praksis alene. Totalt er det 8 fastlegehjemler i kommunen.

Kommunale oppgaver

Kommunen har også legetjeneste innenfor følgende tjenester og områder

Kommuneoverlege (smittevern og administrasjon)	11 timer pr. uke
Planarbeid og oppfølging av turnuskandidat	5 timer pr. uke
Helsestasjon	6 timer pr. uke
Skolehelsetjenesten	6 timer pr. uke
Veiledning av turnuslege	5 timer pr. uke
Sykehjemslege	10 timer pr. uke

Legevakt på kveld til kl 23.00 dekkes gjennom egen kommunal legevaktordning.

Kommunen inngår i Gjøvik kommunale legevakt som dekker legevakt på natt, helg og helligdager.

5.9 Fysioterapitjeneste

Fysioterapi er rettet mot både kroppslige og psykiske plager samt tilrettelegging av menneskets livs – og arbeidsbetingelser. Fysioterapeuter har som oppgave å bevare og fremme god helse i alle aldersgrupper. Man trenger ikke å være syk for å ha behov for fysioterapi. En av fysioterapeutens viktigste oppgave er å skape forståelse for hvordan sykdom og skader oppstår slik at man selv kan forebygge.

Fysioterapeuter med kommunalt driftstilskudd

Kommunen har 7,5 privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen, alle hjemlene er besatt.

05.01.2012

Fysioterapi tilbudet gis i fire 4 institutter:

- Fysioteam på Roa, med 200 % tilskudd
- Skjemstad på Grua med 100 % tilskudd
- Michelet's Fysikalske på Harestua med 200 % tilskudd
- Harestua Medisinske Senter på Harestua 250 % tilskudd

Kommunale oppgaver

Kommunen har også fysioterapitjeneste innenfor følgende tjenester og områder:

Helsestasjonen/ Skolehelsetjenesten/barnehage	12 timer i uka
Lunner omsorgssenter	15,5 timer i uka
Tilrettelagte tjenester	3 timer i uka

5.10 Ergoterapitjeneste

Ergoterapi

Ergoterapeuten skal bistå alle aldersgrupper. Viktig arbeidsoppgave er å legge til rette og motivere for trening i daglige aktiviteter slik at hver enkelt bruker skal bli/være mest mulig selvstendig i sin hverdag. Ergoterapeuten er kommunens kontaktperson for rehabilitering og mot hjelpemiddelsentralen i Oppland. Det er 100 % ergoterapistilling i Lunner kommune.

Tekniske hjelpemidler

Kommunen har ansvar for utlån av tekniske hjelpemidler til innbyggere med kortvarig behov (max 2 år – gratis utlån). Kommunen sørger for innkjøp, reparasjoner, vedlikehold samt utkjøring og innlevering i spesielle tilfeller. Det kommunale lageret er lokalisert til Los. Varig behov for tekniske hjelpemidler søkes om via hjelpemiddelsentralen i Oppland, søknaden gjøres med bistand fra ergoterapeuten. Kommunen har ansvar for utkjøring og innhenting, montering og enkle reparasjoner av hjelpemidler. Kommunen har 50 % vaktmesterstilling med ansvar for disse oppgavene.

5.11 Koordinator for funksjonshemmede

Koordinator arbeider i hovedsak med barn og unge, og noen få voksne, alle med medfødte eller tidlig ervervede skader eller sykdommer, slik at de sikres koordinerte, helhetlige og forutsigbare tjenester. (jmfør forskrift om habilitering og rehabilitering § 8 og § 13 – 28 juni 2001). Koordinator følger pr i dag ikke opp mennesker med rehabiliteringsbehov, det vil si voksne mennesker med behov for å gjenvinne ferdigheter etter sykdom og ulykker som slagpasienter og trafikkulykker. Koordinator er i dag leder og deltaker i 23 ansvarsgrupper, og har ansvar for utarbeidelse av individuell plan i disse gruppene. Behovet for oppfølging av ulike tiltak samt møtehyppighet, er individuelt, og avhengig av den enkeltes behov. Koordinator er videre kontaktperson for ytterligere 13 personer. Disse har pr i dag ingen ansvarsgruppe. De siste årene har det vært en økning av henvendelser i forhold til deltakelse i ansvarsgrupper, og i forhold til utarbeidelse av individuell plan. Det var 8 nye brukere i 2009, 6 nye brukere i 2010, og to brukere så langt i 2011. Koordinator deltar også i andre saker knyttet til tilrettelagte tjenester der koordinators kompetanse er ønsket. I tillegg samarbeider koordinator tett med utfører, og er delaktig i utforming av faglige tiltak.

Koordinator, 100% stilling, er organisert under Tilrettelagte tjenester.

5.12 Koordinerende enhet

Pr i dag har vi ingen koordinerende enhet. Oppgaver rundt enkeltbrukere løses fra sak til sak. Fra 01.01.2012 er det en plikt for kommunene å ha en koordinerende enhet.

5.13 kompetanse

Kommunens målsetting i forhold til kompetanse er at 40% av de ansatte skal ha høyskoleutdanning, 50% skal ha fagutdanning og inntil 10% kan være ufaglærte.

Prosentvis fordeler andelen høyskoleutdannede, fagutdannende og ufaglærte seg slik:

	Høyskoleutd.	Fagutd.	Ufaglærte
Lunner omsorgssenter	33%	60%	7%
Tilrettelagte tjenester	28%	43%	29%
Kontor for psykisk helse	50%	50%	0%
Tildelingskontor	100%		

Kommunens kompetanse er delvis registrert i kommunens ansattssystem.

Mange ansatte har relevant etter- og videreutdanning. Som eksempler kan nevnes følgende fagområder: rehabilitering, psykiatri, demens, palliasjon, kreftsykdom, geriatri, spesialpedagogikk, helserett, tverrfaglig samarbeid og lederutdanning.

Det gjennomføres regelmessig internopplæring i forhold til fag og sentrale krav.

6 Hva forteller tall og statistikk

6.1 KOSTRA

Pleie og omsorg

(ureviderte tall)	2008	2009	2010	Gran	Jevn-aker	Grp. 7	Landet u/Oslo
Prioritering							
Netto dr.utg. til diagnose, behandling og rehabilitering (F-241) per innbygger	1 029	1 670	1 117	1275	1636	1 111	1 287
Dekningsgrad							
Legeårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	7,4	7,3	8,7	9,4	9,4	8,2	9,5
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	8,5	7,7	8,7	10,1	0,4	7,3	8,5
Prioritering							
Netto driftsutgifter per innbygger i kr, pleie- og omsorgstjenesten	9 490	10 142	11 064	14 515	12 128	11 014	13 612
Netto driftsutgifter pleie og omsorg, i % av kommunens totale netto driftsutgifter	33,0	32,1	32,4	38,0	34,1	32,8	35,6
Brutto investeringsutgifter pleie og omsorg pr. innbygger	324	171					
Netto driftsutgifter kjernetjenester til hjemmeboende per innbygger (just 254)	4 413	5 006					
Netto driftsutgifter institusjon pr. innbygger 80 år og over	252 028	252 846	274 347	252 579	247 196	289 970	299 180
Plasser i institusjon i % av mottakere av pleie- og omsorgstjenester	22,7	18,7	19,4	29,1	22,5	18,7	19,9
(ureviderte tall)	2008	2009	2010	Gran	Jevn-aker	Grp. 7	Landet u/Oslo
Produktivitet							
Korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av kjernetjenester til hjemmeboende i kr	179 522	177 492	214 601	191 966	188 862	169 821	188 272
Lønnsutgifter per mottaker av kjernetjenester til hjemmeboende i kr	169 838	169 308					
Korrigerte brutto dr.utg., institusjon, per i kommunal plass	660 313	768 295	829 623	749 605	867 600	813 885	852395
Lønnsutgifter per institusjonsplass i kommunale institusjoner	544 448	624 246					
Dekningsgrader							
Mottakere av kjernetjenester for hjemmeboende, per 1 000 innb. 0 – 66 år	12	13	13	17	12	19	19
Mottakere av kjernetjenester for hjemmeboende, per 1 000 innb. 67 – 79 år	84	85	60	69	67	70	79
Andel beboere på institusjon under 67 år	9,4	10,2	11,9	14,2		11,4	12,7
Andel innbyggere 67 år og over som er beboere på institusjon	4,8	5,2	4,9	7,7	4,8	5,5	5,7
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	12,7	13,6	12,0	18,3	14,1	12,9	14,0

Kommentar til Kostratallene:

- Netto driftsutgifter pr innbygger i kr ligger lavt i Lunner.
- Netto driftsutgifter institusjon pr innbygger 80 år og over ligger høyere i Lunner enn i Jevnaker og Gran, men noe under gruppe 7 og landet for øvrig.
- Tallene for korrigerte brutto driftsutgifter per mottaker av kjernetjenester til hjemmeboende viser at vi har en økning i antall brukere med stort bistasndebehov. Hjemmetjenesten gikk av denne grunne på et overforbruk i regnskap 2010, et overforbruk som ble spart inn på andre områder ved Lunner omsorgssenter.
- For øvrig er en del verdier målt tom 2009 ikke med i Kostratallene for 2010.

05.01.2012

Sosialtjenesten

(ureviderte tall)	2008	2009	2010	Gran	Jevnaker	Grp. 7	Landet u/Oslo
Prioritering							
Netto driftsutgifter til sosialtjenesten per innbygger	800	1 330	1 312	1 407	1 165	1 226	1 746
Netto dr.utg. til sosialtjenesten i % av samlede netto dr.utg.	2,8	4,2	3,8	3,7	3,3	3,7	4,5
Netto dr.utg. til sosialtjenesten per innbygger 20 – 66 år	1 287	2 130	2 105	2 338	1 932	2 003	2 825
Dekningsgrader							
Andel sosialhjelpsmottakere i fht. innbyggere i aldersgruppe 20 – 66 år	3,5	3,5	4,2	4,7	3,4	3,9	4,2
Andel sosialhjelpsmottakere i alderen 20 – 66 år i fht. innbyggere i aldersgrp. 20 – 66 år	3,3	3,3	3,8	4,2	2,8	3,6	3,0
Produktivitet							
Brutto dr.utg. pr. sosialhjelpsmottaker, i kr	52 936	79 118	67 442	84 989	66 364	59 427	80 247

Kommentarer til Kostratallene:

- Nav etableringen ga en økning i utgifter til Sosialtjenesten. Lunner var lavere bemannet enn Gran i utgangspunktet.

6.2 Kommentarer til KOSTRA-tall

- Netto driftsutgifter pr innbygger i kr ligger i Lunner på samme nivå som gruppe 7. Målt i fht Gran og landet u/Oslo ligger vi lavt. I fht Jevnaker ligger vi også en del under.
- Netto driftsutgifter i fht kommunens totale netto driftsutgifter ligger også lavt i fht Gran men på samme nivå som gruppe 7 og noe under Jevnaker.
- Tallene viser at Lunner har lave utgifter til institusjon pr innbygger over 80 år og at vi har få institusjonsplasser sett i forhold til antall mottakere av pleie og omsorgstjenester. Til gjengjeld har Lunner forholdsvis høy andel av hjemmeboende som mottar kjernetjenester i aldersgruppen 67 – 79 år.
- Andel innbyggere over 67 år og andel innbygger over 80 år som er beboere på institusjon ligger begge på nivå med gruppe 7, også her ligger vi lavt i fht Gran men på samme nivå som Jevnaker.
- Nav etableringen ga en økning i utgifter til Sosialtjenesten. Lunner var lavere bemannet enn Gran i utgangspunktet.

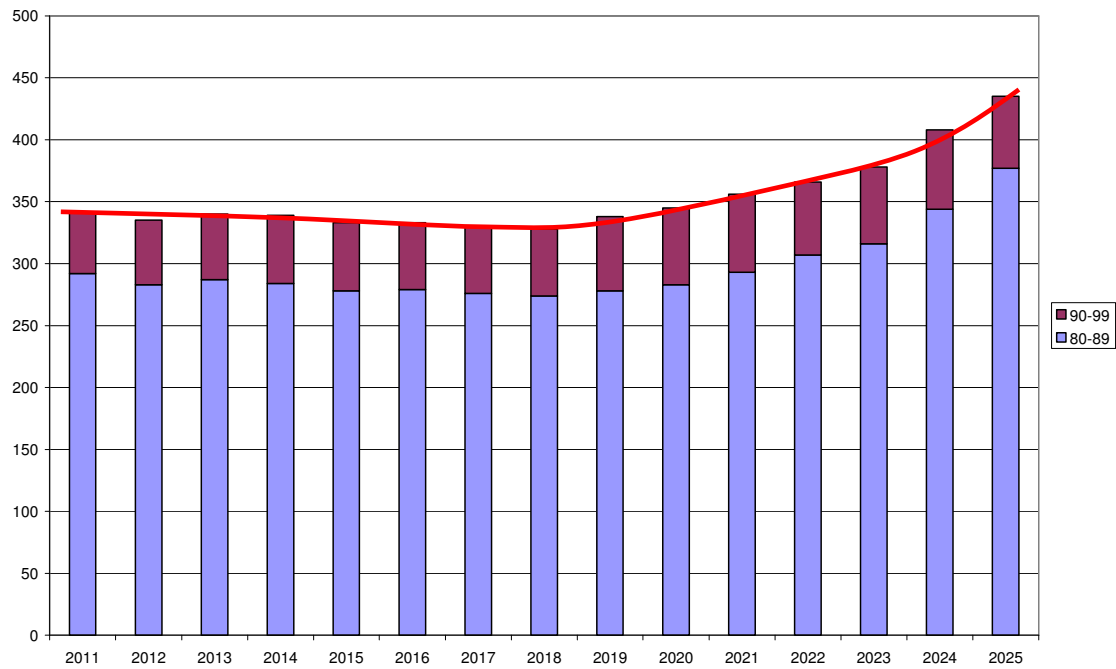
6.3 Befolkningsutvikling**Befolkningsutvikling**

	I alt	0 – 5	6 – 15	16 – 19	20 – 39	40 – 66	67 – 79	80 – 89	90->
1.1.2004	8 463	598	1 209	448	2 236	2 999	674	268	31
1.1.2005	8 505	602	1 207		5 732		650	278	36
1.1.2006	8 518	598	1 210		5 740		659	273	38
1.1.2007	8 522	610	1 183	489	2 135	3 127	666	276	36
1.1.2008	8 598	610	1 164	492	2 117	3 225	664	283	43
1.1.2009	8 552	589	1 157	490	2 014	3 299	681	277	45
1.1.2010	8 600	586	1 129	492	1 986	3 383	679	296	49
Endring	48	-3	-28	2	-28	84	-2	19	4

Endringen i 2009 viser en dreining mot eldre innbyggere og har tilsvarende konsekvens for innbyggertilskuddet og dermed statens forventede bruk av ressurser i kommunen.

05.01.2012

Sammenligner vi alderssammensetningen i Lunner med de to andre hadelandskommunene ser vi følgende: Lunner skiller seg ut fra de andre to kommunene ved at vi har forholdsvis flere barn i skolepliktig alder, flere i yrkesaktiv alder og færre eldre.

Befolkningsframskrivinger

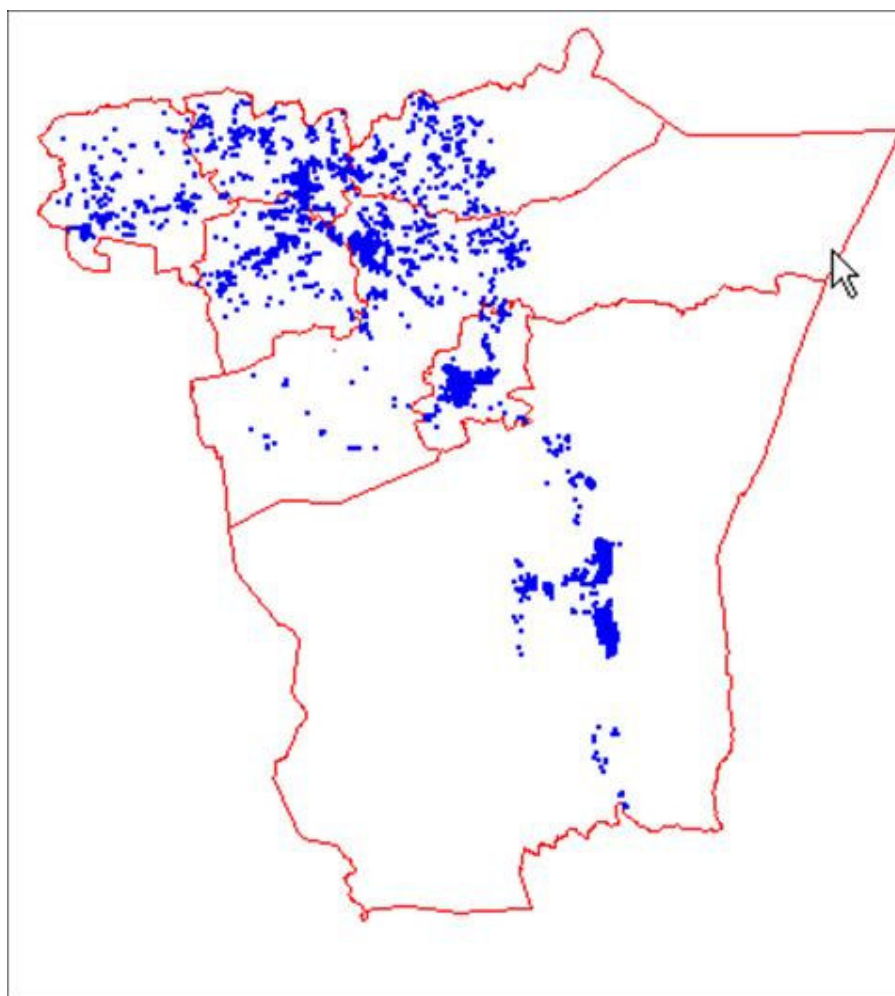
SSB's framskriving av befolkningen i Lunner viser at befolkningen fra 80 år og eldre er forholdsvis uendret, faktisk noe nedgang, fram til 2018. I 2020 vil vi være på dagens nivå for så få en økning i antall eldre. Slik framskriving tar ikke hensyn til om kommunene planlegger særlige utbygginger, noe vi heller ikke vet om vil gjøre utslag i de eldste aldersgruppene.

Befolkningssammensetning fordelt etter alder pr. skolekrets

	I alt	0 - 5	6 - 15	16 - 19	20 - 39	40 - 66	67 - 79	80 - 89	90 - >
Harestua	2413	137	317	146	536	965	232	70	10
Grua	1624	107	252	96	436	613	88	26	6
Nordbygda	4574	234	560	242	994	1861	414	217*	52*
Sum	8611	478	1129	484	1966	3439	734	313	68

Beboere på Los inngår i tallgrunlaget i Nordbygda

Befolkning i hht. bosted



7 utfordringer og muligheter

Generelt

Utfordringer:

- Dreie innsats over til forebygging
- Boliger til personer under 67 år som har særskilte behov
- Skaffe til veie nødvendig kompetanse gjennom utdanning og rekruttering.

Muligheter:

- Samlokalisering av tjenestetilbud
- Bedre samhandlingen med 2. linjetjenesten
- Kommunesammenslåing
- Interkommunale samarbeider
- Samhandlingsreformen
- Differensierte/fleksible tilbud
- Ta i bruk de muligheter som ligger i ny omsorgsteknologi

7.1 Omsorg i institusjon

Lunner omsorgsenter, sykehjemmet

Utfordringer:

- Sykehjemmet
 - Deler av bygget har behov for omfattende rehabilitering. Dette gjelder både bygningsmessig og de tekniske anlegg (ventilasjon, brannteknisk og el. anlegg).
- Antall langtidsplasser ved institusjon
 - Fra og med 2009 ble det redusert med 6 langtidsplasser (Balanse 2010). Pr i dag har 7 pasienter som har behov for somatisk langtidsplass fått plass ved en avdeling for "lette" pasienter. Denne avdelingen for 11 "lette" pasienter er ikke bemannet for somatiske langtidsplasser.
 - Etterspørselen etter langtidsplasser er økende. Gjennom sommeren 2011 har det vært overbelegg på sykehjemmet (opptil 4 pasienter) Lettplassene på Nordstua er brukt til korttidsplasser/avlastningsplasser/langtidsplasser/psykiatri. I løpet av sommeren 2011 har man benyttet stengt rom i avdeling 1 – blant annet rom uten ringesystem.
- Demensomsorg
 - Det mangler en skjermet enhet for demente med atferdsmessige problemer.
 - Lette aldersdemente får institusjonsplass i mangel av bemannet omsorgsbolig. Disse blir boende i mange år.
- Rehabilitering
 - Det er ingen rehabiliteringsavdeling i Lunner kommune, kun enkel opptrening av eldre.

- Nok kompetent tverrfaglig personell og utstyr til å gjennomføre god rehabilitering, slik sentrale føringer tilsier
- Palliativ omsorg (Omsorg ved livets slutt)
 - Økende behov fordi større andel av palliativ omsorg skjer i kommunen, tidligere behandlet i 2. linjetjenesten
 - Når behovet for palliativ omsorg øker må også god organisering og nødvendige ressurser følge med, herunder legetjeneste.
- Renhold.
 - Det er i flere runder redusert ressursene til renhold ved sykehjemmet. Det er tatt opp fra Pårørende/venneforeningen at dette renholdet ikke har en akseptabel standard. Oppgaver som renhold, rydding, matlaging og håndtering av søppel faller på pleiepersonalet. Dette går ut over tiden som burde brukes på pasienter
- Smittevern
 - Fysisk tilrettelegging av pasienter med smittsomme sykdommer.
- Psykisk helse og rus
 - Økning av pasienter med sammensatte rus- og eller psykiatrirelaterte sykdommer og problemer.
 - Det mangler trygghetsplasser.
 - Behov for skjerming og tilrettelegging for disse pasientgruppene. Dagens sykehjem har begrensninger i forhold til slik tilrettelegging.
- Sterkere pasientrettigheter (Jfr tydeligere pasientroller - samhandlingsreformen)
- Etablere gode systemer for brukermedvirkning på system- og individnivå

Muligheter:

- Ta i bruk alle 11 plassene på Nordstua til ordinære sykehjemsplasser.
- Flerbruksrom
Dagens sykehjem har mulighet til å bygge om til et flerbruksrom. Dette kan som eksempel brukes til
 - palliativ omsorg
 - smittevern/isolasjon
 - sterk skjerming (utagerende adferd)
- Demensomsorg
 - Behov for sterkskjerming ses i evt vedtak i forbindelse med samhandlingsreformen på Hadeland
- Rehabilitering
 - Interkommunalt samarbeid som følge av samhandlingsreformen på Hadeland.
- Lea`n
 - Kvalifiserte medarbeidere kan ta ansvar for opplæring og organisering i avdelingene
 - Medarbeiderskapsprosesser prioriteres

Haugentoppen avlastning

Utfordringer:

Kjennskap til 19 barn og unge (under 18 år) får tjenester/eller vil ha behov for tjenester (mange av disse har omfattende hjelpebehov og vil være svært aktuelle for boliger med døgnskuttet tilsyn).

- Behovet for avlastning øker.
- De fysiske rammebetingelsene begrenser antall som kan være i avlastning samtidig. Fire plasser fordelt på 8 personer.
- Behov for barnebolig har vært kjent i mange år.
- Barn, unge og voksne som har søkt om barnebolig/bolig opptar plass ved institusjonen.

Muligheter:

- Bygge 2 barneboliger og avlastning, samlokalisert med planlagte boliger. (se pkt boliger).
- Utvide antall avlastningsplasser fra 4 til 6. (jmfør handlingsprogrammet).
- Kjøpe avlastningsplasser av private aktører. Erfaringsvis kostnadskrevende.

7.2 Hjemmebaserte tjenester

Mange av utfordringene og mulighetene her er lik de vi finner under omsorg i institusjon og er derfor ikke gjengitt her.

Utfordringer:

- Behov for økte ressurser og økt kompetanse
 - Hjemmebaserte tjenester merker at kravet til tjenestene har forandret seg betydelig de siste årene. Liggetiden på sykehuset er redusert og brukere blir tidligere tilbakeført til eget hjem. I tillegg har pasientene selv stor påvirkning i forhold til å velge å være hjemme så lenge som mulig. Dette medfører et mye større behov for bistand og høy faglig kompetanse i hjemmet.
 - I 2007 var det registrert ca 80 pasienter som mottakere av hjemmesykepleie. I 2011 er det 150 – 165 pasienter som mottar tjenester. Dette betyr at antall pasienter er fordoblet i løpet av en tre års periode, og tiden pr besøk er tilsvarende redusert. Antall årsverk vil i hjemmetjenesten (forutsatt vedtak for 2012 med en økning på kr 4 mill) nå være oppe i 33 årsverk – noe som vil si ca 55 ansatte pluss vikarer.
- Demensomsorg. Det mangler tilbud til både pasienter og pårørende generelt. Det er særlig utfordring i forhold til demente med sammensatte lidelser som for eksempel psykisk utviklingshemmede, psykisk syke og personer med rusproblemer.
- Brukerstyrt personlig assistanse
 - Vi yter den ikke selv, kjøpes pr. i dag av Uloba. Pålegg om anbud
 - Kontroll med tjenesten
 - Foreta en riktig revurdering av behovet
- Avlastning i private hjem
 - Rekruttere privatpersoner til å påta seg avlastning i eget hjem
- Støttekontakter
 - Rekruttere privatpersoner til støttekontakt oppdrag

- Trygghetsalarm
 - I forhold økende endringer i pasientbildet fremover vil behovet for trygghetsalarmer øke. Dette bidrar til økt trygghet og mestring.
- Matombringing
 - På nåværende tidspunkt ser det ut til at det kan bli vanskelig å skaffe frivillige sjåførere. Matombringing er et av mange bidrag for at flere kan bo hjemme lenger. I tillegg viser undersøkelser at dette er viktig også ernæringsmessig.
- Biler og parkeringsplass/carporter
 - Det er pr. i dag behov for flere biler, ca. 3 stykker. Ved vekst i hjemmetjenesten vil behovet øke ytterligere.
 - Hjemmetjenestens biler står pr. i dag ute. Dette er lite rasjonell bruk av hjemmetjenestens ressurser og unødvendig slitasje på bilene.

Muligheter:

- Se på muligheter for annen organisering av hjemmetjenesten.
- Støtte i kritiske og vanskelige faser
 - Det er i mange situasjoner behov for støtte og hjelp, uavhengig av om en er bruker av kommunale tjenester. Som eksempel kan nevnes sorgarbeid, kreftsykdom og demens i nær familie. Dette krever ressurser med nødvendig spisskompetanse.
- Forebyggende team

Vi blir i samhandlingsreformen oppmuntret til å jobbe i forkant, tenke forebyggende helsearbeid også. Her ser vi en mulighet i fht økt fokus på ernæring hos hjemmeboende eldre, for å unngå for tidlig sykdom og dermed økt behov for tjenester. Dette kan et forebyggende team jobbe aktivt med, eller at hjemmetjenesten får benytte sitt personell til å ha fokus på denne del av tjenesten. (Vi har kompetent personell med videreutdanning innenfor feltet).
- Helsestasjon for eldre som forebyggende tiltak, kan utredes og må sees i sammenheng med samhandlingsreformen.
- Brukerstyrt personlig assistanse
 - Vurdere å organisere BPA selv, slutte å kjøpe tjenesten
- Avlastning
 - Gi avlastning i institusjon eller innen Grønn Omsorg
- Støttekontakter
 - Etablere flere grupper knyttet til ulike aktiviteter

7.3 Omsorg i bolig

Utfordringer:

Kjennskap til 17 unge og voksne (over 18 år) som får eller vil ha fremtidig behov for tjenester av kommunen.

- Fire av disse har i dag behov for bolig med døgnbemanning.
- Flere av disse 17 vil ha behov for bolig med bistand i mindre omfang enn døgnkontinuerlig.
- Leiligheter i et av boligfellesskapene er ikke tilrettelagt for funksjonshemmede.
- Organisere og gi tjenester til de som velger å bo utenfor boligfellesskap.
- Eldre psykisk utviklingshemmede sitt behov for endrede tjenester. Svært sammensatt og komplekst sykdomsbilde.

- Boligfelleskapene ligger geografisk spredt. Dette fører til små enheter, lite attraktive stillingsstørrelser (mange deltidsstillinger) for de ansatte og små fagmiljøer.
- Tilrettelagte tjenester, med sine små enheter, har lite ressurser til ledelse og mangler støttefunksjoner i forhold til merkantile tjenester.
- Det er i planperioden behov for å bytte bilen som brukes til transport av brukere i dagtilbud.

Muligheter:

- Samlokalisering vil gi et bedre tilbud.
- Boveiledning til brukere som ikke har behov for døgnkontinuerlig bistand.
- Interkommunalt samarbeid slik at en kan gi gode tilbud til personer som har svært sammensatte problemer.

7.4 Psykisk helse

Utfordringer:

- Det er et økende behov for tjenester, samt flere personer med sammensatte problemer. Dette fører til at de med ”mindre problemer” må vente lengre før de får hjelp. Dette bryter med idealet om tidlig intervensjon og fører til at hjelpen blir mer omfattende når den først gis.
- Mange av de som i dag skrives ut av psykiatriske sykehus avdelinger, er svært syke. Noen av disse pasientene ønsker selv ikke behandling i sykehus eller de er ferdig behandlet, og har nå behov for pleie og omsorg i kommunen.
- Det har vært og er en høy forekomst av forsøk på og gjennomførte suicider på Hadeland
- Differensiert botilbud
 - For få boliger med døgnkontinuerlig bemanning. Har søkere. Pr i dag må rom på sykehjemmet benyttes til denne gruppen.
 - Mangler institusjonsplasser/bokollektiv.
 - Mangler samlokalisert botilbud til personer som kun trenger boveiledning.
 - Boligene ligger geografisk spredt. Boliger på Lunner og midlertidige boliger på Kalvsjø fram til 2014.
 - Behov for akutt-/trygghetsplasser.
- Gi gode helsetjenester til pasienter med psykiske lidelser

Muligheter:

- Gi tilbud om bolig ved eksisterende enhet ved ledighet.
- Samordne psykiatri tilbudet. (boliger, dagtilbud og kontoret for psykisk helse)
- Gjennom suicid forebyggende samarbeid på Hadeland, utarbeide rutiner for å fange opp de personene som er i faresonen, og drive kriseintervensjon for etterlatte. Det er ressurskrevende
- Videreutvikle kriseteamet i kommunen
- Samordning av psykiatri og rus i kommunen
- Tilsette egen psykolog
- Evt tiltak som vil bli vedtatt i fbm samhandlingsreformen på Hadeland.

7.5 Differensierte dagtilbud

Utfordringer:

- Nye unge brukere inn i dagtilbudet (de som er ferdig på videregående skole og folkehøyskole). Dette skaper behov for andre aktiviteter/oppgaver.
- Behov for økte ressurser for å kunne gi dem et tilbud.
- Behov for en arbeidsleder ved dagtilbudet.

05.01.2012

- Flere grupper har behov for økt tilbud. Det er en utfordring at de benytter de samme lokalene (Bergo)
- Flere hjemmeboende eldre kunne ha profitert på et dagtilbud, men det er pr i dag begrenset antall plasser og kapasitet slik at dagtilbud ikke kan tilbys.
- Mangel på gruppe- / aktivitetstilbud direkte rettet mot rusmiddelmissbrukere
- Brukere gir til kjenne at det kan være mange ansatte å forholde seg til ved dagtilbudet

Muligheter:

- Utvide dagens tilbud med de mulighetene som blir tilgjengelige på Frøystad etter 2012.
- Interkommunalt samarbeid slik at tilbudene kan bli bredere.
- Utnytte ressurser fra frivillige, interesseorganisasjoner
- Danne grupper i forhold til behov og aktiviteter

7.6 Sosialtjeneste

Utfordringer:

- Helhetlige tjenester. NAV - etableringen skaper behov for nye samhandlingsrutiner mellom NAV og de tjenester som ligger i kommunen.
- Mangel på boliger, både tilbud ved akutte behov og mer permanente behov.

Muligheter:

- De tiltak som ligger NAV reformen

Krisesenter.

Utfordringer:

- Ingen kvinner i Lunner har søkt bistand fra krisesenteret på Hønefoss
- Det er utfordringer knyttet til lovens krav om at kvinner og menn skal ha et fysisk atskilt tilbud.
- Krisesenterets vedtekter og avtale med kommunene er ikke oppdatert i forhold til dagens kommunelov
- Endringen i finansieringsordningen.

Muligheter:

- Endringene i krisesenterloven fører til at de kommunene som i dag benytter krisesenteret i Hønefoss må ha en gjennomgang av tilknytningsformen både i forhold til hverandre og i forhold til krisesenteret
- Hønefoss krisesenter har de siste årene foretatt mange endringer som er i tråd med den nye loven og tilfredsstiller loven i stor grad

7.7 Rusarbeid

Utfordringer:

- Flere andre tjenester spesielt psykisk helsetjeneste og barneverntjenesten melder at de ser en økende grad av rusproblematikk i tilknytning til annen problematikk som psykiske lidelser og vold i nære relasjoner.
- Mangel på boliger og botilbud til rusmisbrukere og ettervern etter statlig institusjonsopphold. Dette fører til at man ender opp med å kjøpe plasser i private institusjoner – noe som er kostnadskreven
- For mange unge rusmiddelmissbrukere (16 – 21 år)

- Gi gode helsetjenester til pasienter med rusrelaterte lidelser

Muligheter:

- Videreføre boligprosjektet med boveilederne (prosjekt i NAV)
- Opprette differensierte botilbud til flere diagnosegrupper, jfr. beskrivelse under muligheter beskrevet under psykisk helse.
- Samordne og samlokalisere tjenestene innen rus og psykiatri i kommunen.

7.8 Legetjeneste

Utfordringer:

- Ubesatt stilling
- Tilsynslegefunksjonen, for få timer i forhold til antall pasienter og sykdomsbildet. De tildelte timer har til tider ikke blitt utført.
- Tilgjengeligheten ved legekantorene oppleves som utilstrekkelig for publikum.
- Høy vaktbelastning i legevakt pga få leger som deltar i vaktordning
- Høy gjennomsnittsalder på fastlegene
- Høye krav til miljørettede helseverntiltak

Muligheter:

- Interkommunalt samarbeid innen geriatri (felles stilling)
- Igangsette rekrutteringstiltak i form av gode betingelser i ledig fastlege hjemmel på Harestua
- Øke med en turnuslege/rekrutteringsstilling
- Interkommunal legevakt
- Interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern

7.9 Fysioterapitjeneste

Utfordringer:

- Omlegging av finansieringsordningen for fysioterapeuter med kommunale driftstilskudd. Kostnaden med å etablere nye hjemler med driftstilskudd kan komme til å øke. Fysioterapeutene er som faggruppe kjent for å jobbe mer enn det hjemlene tilsier. Omleggingen av finansieringen kan medføre at fysioterapeutene ikke lengre jobber ut over sin hjemmel med driftstilskudd, noe som fører til lavere fysioterapidekning i kommunen.
- Ventelister ved de fysikalske instituttene. Dette betyr i praksis at det er mange av Lunner kommunes innbyggere må vente på behandling og oppfølging som de har rett på og behov for.
- I løpet av få år vil mange av kommunens fysioterapeuter nå pensjonsalder
- Økt behov for fysioterapi på grunn av:
 - Kortere liggetid på sjukehus
 - Nedgang i antall rehabiliteringsinstitusjoner
 - IA-avtalen krever rask behandling av sykmeldte
 - Viktig faggruppe med tanke på forebygging (jmf samhandlingsreformen)

Muligheter:

- Økt fokus på forebyggende arbeid, for eksempel
 - Samarbeid med skoler og barnehager
 - Fysisk helse
 - Psykisk helse hos barn
 - Overvekt hos barn
 - Fallforebygging hos eldre
 - Funksjonsbedrende tiltak hos eldre
 - Livsstilsykdommer generelt
- Friskverntiltak
- Styrke kommunalt fysioterapitilbudet for å unngå å få for stor pågang på behandlende
 - Øke kommunale timer
 - Tilsette kommunal fysioterapeut
 - Øke antall driftstilskudd
- Bedre utnyttelse av fysioterapilokalene som finnes i kommunen
- Pålegge fysioterapeutene behandling av utsatte grupper

7.10 Ergoterapitjeneste

Utfordringer:

- Ressursen som er avsatt til ergoterapi (100% stilling) gir ikke rom for for eksempel forebyggende arbeid, tilpasninger i boliger, jevnlig trening av pasienter i dagliglivets gjøremål/aktiviteter etter funksjonstap og arbeidsplassvurderinger. Dette gjelder både internt i kommunen og ved eksterne arbeidsplasser.
- Tekniske hjelpemidler. Behov for økt ressurs til vaktmestertjeneste som betjener hjelpemidler til hjemmeboende. Ressursen har vært uforandret i flere år, men behovet for oppfølging ifht dette har økt, og vil fortsette å øke. Hvis vi skal ha som mål at folk skal bo hjemme så lenge som mulig, er hjelpemidler og oppfølging av dette et viktig område å styrke.

Muligheter:

- Opptrening og tilrettelegging i eget hjem av pasienter vil kunne ivareta pasientenes funksjonsnivå og derigjennom redusere behovet for hjelp og pleie.
- Redusert sykefravær ved tilrettelegging av arbeidsplasser.

7.11 kompetanse

Utfordringer:

- Ivareta og beholde kompetent personale
- Rekruttering av nødvendig kompetanse. Enkelte faggrupper er særlig utfordrende å rekruttere.
- Rekruttering i forhold til økt behov for kompetanse
- Kompetanse i forhold til nye oppgaver/ansvarsområder
-

Muligheter:

- Godt omdømme
- Rett person på rett plass, god utnyttelse av personalets kompetanse
- Desentraliserte utdanningstilbud
- Interkommunalt samarbeid, bedre utnyttelse av fagkompetanse og sterkere fagmiljø.
- Tilfredsstillende lønns- og arbeidsvilkår
- Lønnsmessig uttelling for økt formell kompetanse
- Lærlingplasser
- Veiledning og refleksjon over eget arbeid. Dette er viktig i forhold til læring og etikk.
- Se på de pårørende som en ressurs
- Et sentralt kommunalt "fond" for kompetanse og utvikling.

8 Slik kan vi gjøre det

8.1 Omsorg i institusjon

1. Plasser for langtidspasienter
 - a) 11 lette plasser gjøres om til 4 somatiske langtidsplasser, uendret bemanning
 - b) 11 lette plasser gjøres om til 8 somatiske langtidsplasser, økt bemanning.
 - c) Innenfor eksisterende plasser definere flere korttids-/avlastningsplasser slik at det blir større fleksibilitet i forhold til befolkningens behov. Krever økt bemanning.
 - d) Tilrettelegge for flerbruksrom på sykehjemmet. Dette for å ivareta palliativ omsorg, smittevern og sterk skjerming.
 - e) Etablere egne tilbud for pasienter med komplekse sammensatte behov
 - f) Interkommunalt samarbeid ved at kommunene spesialisere sine tjenester.
2. Avlastning/barnebolig
 - a) Øke antall plasser for avlastning
 - b) Flytte og utvide avlastning og bygge barnebolig på Harestua
 - c) Kjøp av privat avlastning
 - d) Interkommunalt samarbeid
3. Rehabilitering
 - a) Rehabilitering utredes som interkommunalt samarbeid i regi av samhandlingsreformen på Hadeland.
 - b) Styrke korttidsavdelingen slik at enkel gjenopptrening kan økes i forhold til dagens situasjon
 - c) Rehabiliteringsteam i samarbeid med 1. og 2. linjetjenesten.

8.2 Hjemmebaserte tjenester

1. Styrking av hjemmesykepleie
 - a) Øke bemanning
 - b) Vurdere annen organisering av hjemmetjenesten
 - c) Styrket kompetanse innen rus, psykiatri og palliativ omsorg
 - d) Alternativt økt satsing på institusjonsplasser
2. Avlastning i private hjem
 - a) Øke antall plasser i avlastningsbolig
 - b) Øke kompensasjonen til private avlastere for å rekruttere flere
 - c) Utvide bruken av Inn på Tunet (Grønn Omsorg).
 - d) Vurdere muligheten for å gi dagavlastning for barn og unge i institusjon
 - e) Kjøp av private plasser
3. Brukerstyrt personlig assistanse
 - a) Organisere tjenesten i egen regi
 - b) Kjøpe tjenester (dagens ordning)
4. Støttekontakter
 - a) Etablere grupper knyttet til aktiviteter
 - b) Samarbeid med Frivilligsentralen om aktiviteter

- c) Øke kompensasjonen til støttekontakter for å rekruttere flere
- 5. Matombringing
 - a) Samarbeid med frivilligsentralen for å skaffe sjåførere
- 6. Forebyggende arbeid
 - a) Etablere forebyggende team (eldre)
 - b) Helsestasjon for eldre
- 7. Biler og parkeringsplass/carport
 - a) Økt antall biler i hjemmetjenesten i takt med vekst i antall ansatte. Har økt med 2 biler i 2011, men har behov for flere.
 - b) Nødvendig fornying av bilpark
 - c) Vurdere kjøp kontra leasing
 - d) Etablere parkeringsplass og carporter ved Los

8.3 Omsorg i bolig

1. Det bygges for 13-15 beboere samlokalisert med barnebolig/avlastning. (Vil løse utfordringer med ikke tilrettelagte leiligheter og dagens kjente behov for døgnkontinuerlige boliger).
2. Haugentoppen boligfellesskap (to boliger) flyttes og samlokaliseres med boliger på Harestua.
3. Haugentoppen boligfellesskap (to boliger) flyttes og samlokaliseres med boliger på Lunner. Ambulerende boveileder team for å bistå de som ikke har behov for døgnkontinuerlige tjenester.
4. Kjøpe plasser i andre kommuner/private aktører. (Erfaringmessig kostnadskrevende).
5. Bruke dagens avlastning til å gi tilbud til eldre. (Evt. alternativ bruk av Haugentoppen)
6. Skjermet enhet ved LOS for demente/eldre psykisk utviklingshemmede.
7. Interkommunalt samarbeid; et "sykehjemstilbud" for eldre psykisk utviklingshemmede.
8. Dementboliger/omsorgsboliger
 - a) Bygge bofellesskap for demente ved sykehjemmet
 - b) Bygge omsorgsboliger som bemannes etter behov i tilknytning til sykehjemmet
 - c) Utvide sykehjemmet med dagaktivitetssenter og kantine
 - d) Interkommunalt samarbeid ved at kommunene spesialisere sine tjenester.

8.4 Psykisk helse

1. Bygge flere boliger, da vi ikke har nok kapasitet pr i dag.
2. Samordne psykiatritilbudet (boliger, dagtilbud og kontoret for psykisk helse)
3. Etablere flere selvhjelpsgrupper innenfor ulike diagnosegrupper.
4. Informere om psykisk helsetjeneste
5. Døgnåpen tjeneste knyttet til psykiatriboligene. Styrke og benytte de tjenestene vi har? (nattevakter i boligene, hjemmetjenesten el. l)
6. Interkommunalt samarbeid: Ambulerende team som driver oppsøkende virksomhet og hjelp i hjemmet
7. Kjøpe plasser i andre kommuner/private aktører. (Erfaringmessig kostnadskrevende).

8.5 Differensierte dagtilbud

1. Etablere dagtilbud tilpasset ulike brukergrupper: Mennesker med - psykiske problemer, - psykisk utviklingshemmede og andre - med sammensatte behov.
2. Alternativer til dette blir praktisk bistand, BPA, avlastning og mer kostnadskrevende tjenester.
3. Inn på tunet og Grønn omsorg.

4. Interkommunalt samarbeid.

8.6 Sosialtjenesten

1. Opprette nok og fleksible akuttboliger, med en standard som kan imøtekomme flere/ulike behov.
2. Interkommunalt samarbeid om boliger og booppfølging vil kunne gi gode alternativer, og legge til rette for fleksibel bruk.
3. Kjøp av private institusjonsplasser
4. Utvikle samarbeidsrutiner mellom NAV og de kommunale tjenestene. Dette for å skape et helhetlig tjenestetilbud.

8.7 Rusarbeid

1. Opprette nok og fleksible akuttboliger.
2. En standard som kan imøtekomme flere/ulike behov.
3. Kjøp av private institusjonsplasser
4. Videreføre boveileder i regi av NAV.
5. Interkommunalt samarbeid vil kunne gi gode alternativer, og legge til rette for fleksibel bruk.

8.8 Legetjeneste

1. Legge til rette for endringer som følge av samhandlingsreformen.
2. Interkommunalt samarbeid om
 - Legevakt, evt. i felles nødetat
 - Tilsette en 100% kommuneoverlege (Smittevernoverlege)
 - Sykehjemsleger som server alle sykehjemmene (geriater)

8.9 Fysioterapitjeneste

1. Styrke fysioterapitilbudet:
 - Øke kommunale timer
 - Ansette kommunal fysioterapeut
 - Øke driftstilskuddene
 - Bedre utnyttelse av fysioterapilokalene som finnes i kommunen
2. Tenke interkommunale løsninger

8.10 Ergoterapitjeneste

1. Styrke ergoterapitjenestene
 - Øke ergoterapitjenesten med en 100% ergoterapeutstilling.
 - Øke vaktmestertjenesten som er knyttet til hjelpemiddelformidling

8.11 kompetanse:

1. Øke andel høgskoleutdannede i tråd med vedtatt mål for kompetanse.
2. Øke antall lærlingeplasser

9 Dette vil vi få til

- Kommunene på Hadeland velger å samarbeide om oppfølgingen av Samhandlingsreformen. Dette gjøres gjennom et felles prosjekt.
Samhandlingsreformen gjelder svært mange av tjenestene innen pleie og omsorg. Det vil være naturlig at flere kommuner går sammen om løsning av oppgaver.
- Det utredes utfordringer, muligheter og aktuelle tiltak knyttet til forebyggende helse i Lunnens befolkning. Kartleggingen av utfordringer knyttet til helse i Lunnens befolkning er knyttet til delprosjektgruppe "Folkehelse – forebyggende helsearbeid" i Samhandlingsreformen, intern utredning innenfor psykisk helsearbeid og utredning av tiltak rettet mot rus og rusrelatert kriminalitet.. Utredningen legges frem etter vedtak gjort som følge av forprosjektet i samhandlingsreformen for Lunner og Gran.
- *Oppland fylke er et folkehelsefylke med satsing på fysiotek som frisklivssentraler for støtte til endring av levevaner lokalt, og med bruk av partnerskap for folkehelse og Helse i plan. For å se folkehelse i en helhetlig sammenheng, og samarbeide om felles utfordringer på tvers av forvaltningsnivåer, fag og sektorer. Alle disse virkemidlene er evaluert kvalitativt og kvantitativt, og viser seg å være gode grep for å fremme folkehelse. Lunner kommune mangler Helse i plan.*

9.1 Omsorg i institusjon

9.1.1 Målsettinger

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Tilbud for personer med behov for 24 timers bistand, som ikke kan bo i eget hjem	Tilbud om korttids- og avlastningsopphold for de som har behov	Tilbud for korttidsopphold innen 3 uker, for avlastning innen 4 uker	Avvik
	Tilbud om langtidsopphold til de som har behov	Max 3mnd ventetid (etter fattet vedtak)	Avvik
	Individuelt tilbud ihht kvalitetsforskriften	Alle har tilbud om enerom	Avvik
	Brukerinnflytelse	Påvirke tilbudet/ innhold > 3,5 Tilfredshet i forhold til aktivitetstilbud > 2,5	Brukerundersøkelse Pårørendeundersøkelse
	Brukerne skal få kvalitativt gode tjenester	Kvalifisert bemanning hele døgnet jfr. vedtatt standard. 40% av årsverkene med høgskoleutdanning og 50% av årsverkene med fagutdanning. Alle pasienter skal ha	Antall døgn uten avvik Rapport lønssystem Rapport fra elektronisk

		individuell tiltaksplan	pasientjournal
		Fravær av avvik når det gjelder medisiner	Lokal registrering
		Tilfredshet med tjenestene > 3	Brukerundersøkelse
	Tilsynslegetjeneste som sikrer forsvarlig oppfølging av den enkeltes helsetilstand	Tilgjengelig legetjeneste 20 min/uke pr. pasient, - totalt 60 t/mnd	Fravær av avvik, månedlig registrering

- Alle måltall i forhold til brukerundersøkelser er relatert til skala 1 – 4

Demensomsorg

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Gi individuelt tilpasset tilbud til pasienter med demenssykdom i og utenfor institusjon	Gi et spesialisert og kvalitativt godt omsorgstilbud	35 % av de ansatte har spesialkompetanse innenfor demens	Kompetanseoversikt
	Alle som har behov for avlastning, skal ha jevnlig tilbud	Tilbud innen 3 uker	Bruker/pårørendeundersøkelse
	Tilrettelagt dagtilbud for alle med behov inntil 5 dager per uke	Alle med behov får tilbud	Lokal statistikk
	Bruker-/påørørendeinnflytelse	Påvirke tilbudet/innhold > 3,5 Tilfredshet i forhold til tjenestetilbudet > 3,5	Lokal statistikk
			Bruker- og påørørendeundersøkelse

9.1.2 Strategiske valg

Plasser for langtidspasienter

- Lunner kommune skal ha ett sykehjem, beliggende slik som i dag som en del av Lunner omsorgssenter.
I forhold til kommunestørrelse og innbyggertall er et sykehjem i kommunen nok. Det er store krav både i forhold til kompetanse og teknologi, og et slikt tilbud bør derfor være samlet et sted.
- Endre 11 plasser for pasienter med ”lett” pleiebehov til 4 somatiske langtidsplasser i 2011.
Behovet i dag er ordinære somatiske langtidsplasser. De som var brukere av plasser med lav bemanning har i dag behov for ordinære somatiske plasser. Dette er pr. i dag 7 pasienter. Innen dagens bemanning er det rom for å drifte 4 somatiske langtidsplasser. Dette gir totalt 50 plasser på sykehjemmet.
- Det vises til ovenstående punkt. Resterende 7 plasser kan i 2012 vurderes benyttet til kortids-/avlastnings-/trygghetsplasser.

Å kunne tilby slike plasser ved behov skaper mindre trykk på langstidsopphold i institusjon. Det er viktig å kunne vurdere behovet fortløpende slik at en kan tilpasse tjenestene etter det reelle behovet.

- Det etableres et flerbruksrom for å ivareta palliativ omsorg, smittevern og sterk skjerming. Dette krever omdisponering av rom og noe ombygging. Kostnader må beregnes for budsjettering i 2012.

I henhold til Kvalitetsforskriften skal kommunen kunne ivareta pasienter innen nevnte områder. Dette er viktig både i forhold pasientene selv, pårørende og miljøet forøvrig.

Avlastning/barnebolig

- Barnebolig og avlastning skal tilveiebringes av Lunner Boligstiftelse. Dette skal gi til sammen 8 plasser, 6 plasser til avlastning og 2 plasser til barnebolig.
Dette dekker behovet vi i dag har til barnebolig og avlastning. Dette reduserer behovet for å benytte privat avlastning. Det planlegges bygget på Harestua i tilknytning til bygging av boliger som skal erstatte boenheter i Røyskattlia. Dagens Røyskattlia omdisponeres av Lunner Boligstiftelse. Dette tiltaket samlokaliserer barnebolig, avlastning og omsorgsboliger, og gir et økt tilbud ved at nye brukere kommer inn. Det budsjetteres kun driftsutgifter til 1 barnebolig fra 2011.
- Avlastning skal gis døgkontinuerlig hele året.
Dette medfører en økning av tilbudet ved at det gis avlastning både på høytidsdager og hele sommeren. Rettigheten i forhold til avlastning er prøvd gjennom klagesaker. Økte kostnader budsjettert fra 2011.

Rehabilitering

- Rehabilitering utredes som et interkommunalt samarbeid.
Lunner kommune vurderes som for liten til å ha en egne rehabiliteringsavdeling. Interkommunalt samarbeid bør utredes, om mulig som en del av samhandlingsreformen.

Arbeidet fra delprosjektgruppe rehabilitering og habilitering i Samhandlingsreformen vil bli fremlagt i rapport i september 2011, og politisk behandles i november og desember 2011.

9.2 Hjemmebaserte tjenester

9.2.1 Målsettinger

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Bistand som bidrar til at personer med behov for pleie etc blir boende i eget hjem/ utenfor institusjon	Trygghet/ forutsigbarhet	Alle opplever tilstrekkelig trygghet og forutsigbarhet ifht mottatt tjeneste > 3 Tilgjengelighet til tjenesten > 3,5 Fravær av søknader om institusjonsplass hvor søker ikke fyller vilkårene for institusjonsplass	Brukerundersøkelse Brukerundersøkelse Antall avslåtte søknader
	Kvalitativt godt tilbud	Kvalifisert bemanning hele døgnet jfr. vedtatt standard. 40% årsverk med høgskoleutdanning og	Antall døgn uten avvik Rapport lønssystemet

		50% årsverk med fagutdanning Andel pasienter hvor tiltak i individuell tiltaksplan gjennomføres > 80% Brukernes helhetlige inntrykk av tjenesten >3	Rapportering av avvik Brukerundersøkelse
	Brukerinnflytelse	I hvilken grad har du opplevd å påvirke innholdet i tjenesten du mottar > 3,5	Brukerundersøkelse
	Alle som har behov for det skal gis støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse, avlastning og omsorgslønn	Ingen klager som gis medhold av fylkesmannen	Telle antall klager som får medhold

9.2.2 Strategiske valg

- Hjemmebaserte tjenester skal prioriteres.
Det skal prioriteres å gi tjenester som hjemmebaserte tjenester der dette er hensiktsmessig. Dette er laveste effektive tjenestenivå og bidrar til at den enkelte kan bli boende lengst mulig i eget hjem. En evt. økning skal skje etter administrativt vedtatt bemanningsnorm.
- Avlastning skal primært gis i kommunal avlastning og i tilbud under Inn på Tunet (Grønn Omsorg).
Avlastning gitt i kommunal regi er en tjeneste hvor vi har god oversikt over innholdet i tjenesten. Inn på Tunet kan utvikles til et godt supplement til dette. Det kan søkes prosjektmidler til å utvikle et slikt samarbeid.
- Det skal utredes om Brukerstyrt personlig assistent (BPA) skal være en kommunalt organisert tjeneste eller om vi som i dag skal kjøpe tjenesten. Det vurderes i denne sammenheng hvor tjenesten bør være organisert.
Det bør vurderes om den organiseringen vi i dag har er kostnadseffektiv. Kjøp av tjenesten krever bruk av anbud.
- Støttekontakt-tilbudet skal i større grad organiseres for grupper knyttet til aktiviteter, og det skal utvikles et samarbeid med frivillige organisasjoner.
Dette skal bidra til at den enkelte bruker utvikler selvstendighet i forhold til sosiale arenaer/ aktiviteter.
- Det utredes etablering av et forebyggende team. Dette vil også kunne ha en funksjon som ivaretar oppgaver som kunne legges til en helsestasjon for eldre. Helsestasjon for eldre utredes i delprosjektgruppe Folkehelse – forbyggende helsearbeid innenfor Samhandlingsreformen
Forebygging vil bidra til en bedret livskvalitet og at behovet for kostnadskrevende tjenester utsettes.
- Transport. Biler må anskaffes slik at en sikrer riktig antall og fornyelse av bilparken. Det skal utredes om biler skal kjøpes eller leases. Det bygges carporter for bilene i hjemmetjenesten.
For å få en effektiv hjemmetjeneste er det viktig at en har gode biler i tilstrekkelig antall. Bilene bør kunne brukes uten stor forberedelse, noe som gir mer tid til tjenesteyting. Dette er bakgrunnen for å bygge carporter.

9.3 Omsorg i bolig (TT)

9.3.1 Målsettinger

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Mennesker med nedsatt funksjonsevne (fysisk og eller psykisk) får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Så lenge de kan nyttiggjøre seg tilbudet.	Tilbud til de som har behov	Ingen på venteliste	Avvik
	Individuelle tiltaksplaner følges opp	Ingen avvik	Lokal statistikk
	Riktig administrasjon av medikamenter	Ingen avvik	Registreringer
	Påvirkning på egen hverdag	>3,5	Bruker- og pårørendeundersøkelse
	Differensiert dagtilbud for alle	Andel brukere som benytter dagtilbudet >80%	Registrere bruk av dagtilbud
	Trivsel i dagtilbudet	>3	Bruker- og pårørendeundersøkelse
	Andel medarbeider med høyskoleutdanning	>40%	Lønnsystemet

9.3.2 Strategiske valg

- Behovet for og plassering av omsorgsboliger/trygghetsboliger, samt behovet for bofellesskap demente, inkl. dagtilbud for demente hjemmeboende, Utredningen legges frem etter vedtak gjort som følge av forprosjektet i samhandlingsreformen for Lunner og Gran.
- Utrede behovet for og drift av ulike typer boliger, for eksempel rus, psykiatri med mer. Sees i sammenheng med samhandlingsreformen.
Dagens løsning er kjøp av private plasser som koster mer enn tilbud i egen regi.

9.4 Psykisk helse

9.4.1 Målsettinger

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser, skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv	Trygghet og forutsigbarhet	Tilgjengelighet til tjenesten 24 timer	Brukerundersøkelse
		Udekket behov for omsorgsbolig < 5 personer	Venteliste
	Aktivitetstilbud som bidrar til sosial trening og styrket egenomsorg	Andel brukere som benytter dagaktivitetstilbud > 30% Tilbud 5 dager pr. uke	Lokal statistikk
	Brukermedvirkning	Påvirkning av tjenestetilbudet >3,5	Brukerundersøkelse

9.4.2 Strategiske valg

- Det utredes etablering av et samordnet tilbud innen psykisk helse som inneholder boliger, dagtilbud og kontor for psykisk helse. Arbeidet skal koordineres med Samhandling om pleie, omsorg og helse på Hadeland, Samhandlingsreformen og reguleringsplan for Harestua. Utredningen legges frem etter vedtak gjort som følge av forprosjektet i samhandlingsreformen for Lunner og Gran. *Samlokalisering har både fordeler i forhold til effektiv ressursbruk og tilgjengelighet/utvikling av tjenestetilbudet. Et samlet tilbud vil være tilgjengelig 24 timer i døgnet for våre innbyggere med behov for denne tjenesten. Det å samle tjenestetilbudet bidrar til et godt og større fagligmiljø som letter rekruttering av fagpersoner og mulighet for ønsket stillingsstørrelse.*

9.5 Differensierte dagtilbud

9.5.1 Målsettinger

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Gi brukerne en meningsfull hverdag, som bidrar til forebygging og sosialisering.	Gir dagtilbud tilpasset ulike gruppers behov.	Antall differensierte tilbud > 4	Statistikk

9.5.2 Strategiske valg

- Dagaktivitetstilbudet for eldre og uføre ved Bergo-senteret ses i sammenheng med dagaktivitetstilbud på Los, alt. Frøystad, og evt. på Harestua.
Et dagtilbud kan være et godt forebyggende tiltak som bidrar til en meningsfull hverdag og utsette behovet for mer omfattende omsorgstjenester.
- Dagtilbudet, fortrinnsvis til psykisk utviklingshemmede, på Frøystad skal utvides i takt med økt behovet i brukergruppa.
Antall brukere i denne gruppa øker med ca. 1 person i året. Dette er yngre brukere som har andre behov for aktivitet enn nåværende brukere. Frøystadanlegget vil kunne gi muligheter til å gi et godt dagtilbud.
- Det utredes dagtilbud innen Inn på tunet (grønn omsorg)
Dette skal bidra til et mer differensiert tilbud slik at tilbudet blir bedre og kan favne flere.

9.6 Sosialtjeneste

9.6.1 Målsettinger

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale	Sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer.	>95 % opplever å bli møtt med respekt.	Brukerundersøkelse
	Økonomisk rådgivning	Tid fra henvendelse til saksbehandling starter < 14 dager	Egen statistikk

problemer. Bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.	Bidra til å redusere fattigdom gjennom økonomisk sosialhjelp og Kvalifiseringsprogrammet.	Alle som henvender seg skal få sin sak ferdigbehandlet innen 4 uker	Statistikk
	Alle som er brukere av tjenesten som har rett til og ønsker individuell plan, skal få det.	100% måloppnåelse	Lokal statistikk

9.6.2 Strategiske valg

- Videreføre prosjektet med ungdomkontakt på Hadeland
Dette for å forebygge rus, spillavhengighet, psykiske problemer hos ungdom og unge voksne med påfølgende behov for sosiale tjenester.
- Videreføre prosjektet med boveiledere i sosialtjenesten
Dette for å øke boevnen til personer med lav boevne, noe som fører til færre utkastelser og varige botilbud for den enkelte.

9.7 Rusarbeid

9.7.1 Målsettinger

Hensikt	Målsetting	Ambisjon	Målemetode
Forebygge og redusere misbruk av rusmidler	Overholdelse av alkoholbestemmelsene	Ingen avvik knyttet til salg og skjenking av alkohol til mindreårige og synlig berusede personer	Kontrollrapporter

9.7.2 Strategiske valg

- Det utredes behov for tiltak rettet mot rus og rusrelatert kriminalitet. Det skal legges vekt på forebygging og utredningen skal bidra til politisk forankring av kommunes SLT-arbeid. Utredningen bygges opp etter samme struktur som kommunedelplanene. Utredningen skal være vedlegg til aktuelle kommunedelplaner hvor tiltak innarbeides ved rullering høsten 2011.
Det er behov for å gjøre en analyse av status for området slik at en kan utarbeide gode og hensiktsmessige tiltak. Det nedsettes en arbeidsgruppe som består av personer fra plangruppene Omsorg, Kultur og Oppvekst, fra administrasjonen og evt andre ressurspersoner (politi, rusomsorg og lignende)
- Spisse kontrollene og se på mulighetene for at disse kan gjennomføres sammen med andre instanser som for eksempel skatteetaten, politiet og mattilsynet.
Større muligheter for å avdekke avvik.

9.8 Legetjeneste

9.8.1 Strategiske valg

- Tilsynslegefunksjonen økes fra 10 til 15 t/uke fra 2011, til 17,5 t/uke fra 2012 og til 20 t/uke fra 2014.
Dette for å gi et kvalitativt riktig legetilsyn til sykehjemspasientene. Dette bidrar bl.a. til færre sykehusinnleggelser.

9.9 Fysioterapitjeneste

9.9.1 Strategiske valg

- Fysioterapitjenester skal være sentrale elementer i alt forebyggende arbeid i et livsløpsperspektiv.
Forebygging er et sentralt område i Samhandlingsreformen. Forebygging er også viktig i forhold til å redusere framtidens behov for pleie- og omsorgstjenester. Ifølge våre framskrivinger av befolkningen, vil antall eldre over 80 år være økende fra 2025. For å møte dette må forebygging settes inn nå.

9.10 Ergoterapitjeneste

9.10.1 Strategiske valg

- Ergoterapitjenester skal være sentrale elementer i alt forebyggende arbeid i et livsløpsperspektiv.
Forebygging er et sentralt område i Samhandlingsreformen. Forebygging er også viktig i forhold til å redusere framtidens behov for pleie- og omsorgstjenester. Ifølge våre framskrivinger av befolkningen, vil antall eldre over 80 år være økende fra 2025. For å møte dette må forebygging settes inn nå.

9.11 Kompetanse

9.11.1 Strategiske valg

- Det skal iverksettes tiltak for å rekruttere kompetanse som er vurdert som mangelpersonell: vernepleier
- Manglende kompetanse, både på høgskole- og fagskolenivå, i forhold til etter- og videreutdanning: demens, rus og psykiatri, rehabilitering søkes dekket.
Ovennevnte utdanninger er de vi i dag enten mangler eller er svært sårbare på. Det bør etterstrebes å få til interkommunalt samarbeid om desentraliserte utdanningstilbud. Dette kan muliggjøre at allerede ansatte kan skaffe seg den kompetansen kommunen har behov for.

10 Tiltaksplaner

10.1 Tiltaksplan investering

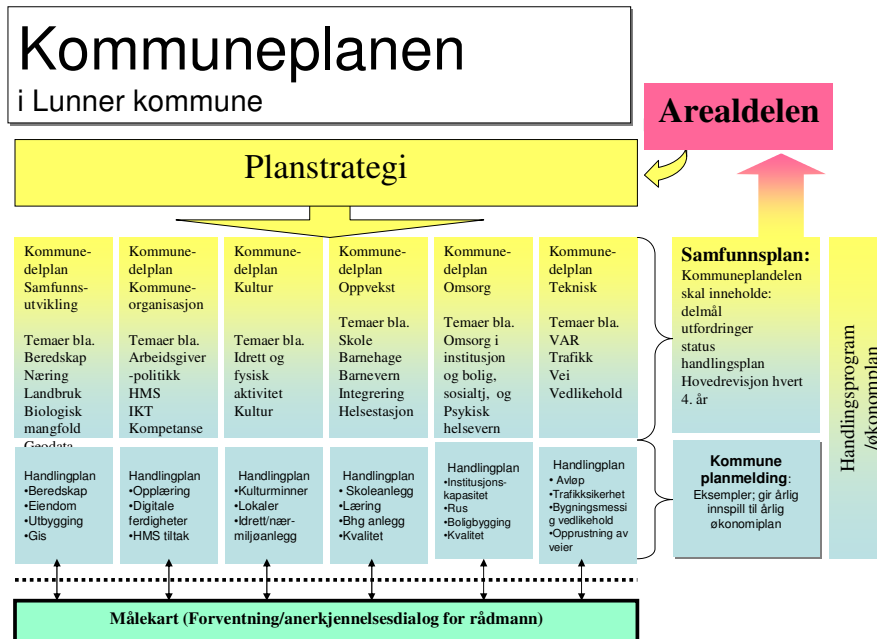
Tiltak	Kode	Prio tot	2012	2013	2014	2015	KOMMENTAR
Los - teknisk oppgradering/carport	F		1 500		8 000	8 500	ventilasjon, brannsikring, el.sikring, bygnm., leie av inst.plasser under ombygging. Ventilasjon vedtatt HPØ 2011-2014, utsatt K-sak 55/11
LOS, maskiner og utstyr	O		350	150	150		Utskifting av gamle maskiner og utstyr
Sum			1 850	150	8 150	8 500	

10.2 Tiltaksplan drift

Tiltak	Kod	2012	2013	2014	2015	KOMMENTAR
Hjemmetjenester, årsvirkning	O	2 000	2 000			4mill må finansieres, da 2011 ble finansiert gjennom årsoppgjørdisp
LOS, redusert bevilgning sykehjemmet		-364				
Midler samhandl- styrking av LOS hjemmetjenesten, innstatsteam	F	2 000				I tillegg til økt bevilgning 2012
Midler samhandl- betaling for utskrivningsklare pasienter i private institusjoner	F	700				Avtale med privat institusjon
Midl. Samh. - utskrivningsklare pasienter betaling til sykehus	F	100				Buffer for de vi ikke klarer å ta imot lokalt
Midler samh.- Medfin. Sykehusinnleggelses somatikk	F	7 000				DRG pr. 1. tertial 7,6 mill.
Økte driftskostnader TT	R		350	350	350	Økning i fht nye brukere
TT institusjonsplass, usikker	R	1 000				Grunnbemanning kr 900 + ansiatt tillegg.
Akutt bolig vanskeligstilte	R	66				Fra høst 2011, kan i år dekkes innenfor budsjett.
Dekning av transport v/avlastning	R	100				Inngått avtale fra 2011, helårseffekt fra 2012
Rusoppfølging	R	900				Nytt tiltak
Hjemmetjeneste, Familie og Oppvekst	R	-550				Avsluttet tiltak
Sosialtjeneste	V	400				oppr bud 2011 red v feil, gir utfordring videre i 2012
Driftskons. demensb. og fellesareal	D				474	
TT Økt drift avlastning/barnebolig/ omsorgsbolig Harestua	R	2 050	1 300			I forbindelse med flytting og økning av aktivitet.
Samlokalisering nødetater - leiekostn. Legevakt	V	54	162			Husleie kr 216' + 3/12 effekt i 2012, helårseffekt i 2013.
Krisesenter, red. bevilgning		-400				
Tildelingskontoret, red. bemanning		-309				
Anbud innstitusjon		-140				Reduserte kostnader
Skjønnsmidler 22. juli		-200				Søknad sendt i forhold til 2011 og 2012
Sum		14 407	3 812	350	824	

11 Vedlegg

11.1 Planstruktur



05.01.2012

11.2 Ruspolitiske retningslinjer