



MØTEINNKALLING

Utvalg: HOVEDKOMITEEN FOR HELSE, OMSORG OG VELFERD
Møtested: Formannskapssalen
Møtedato: 21.05.2013 **Tid:** 18.00
Det er reservert rom til gruppemøte (Ap, H, V og Krf.)
fra kl. 17.00.

Gyldig forfall meldes til sekretariatet, tlf. 32117481 (Ingebjørg)
e-post sek@ringerike.kommune.no

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

SAKSLISTE NR 6

Innkalte:

Funksjon	Navn
Leder	Ståle Skjønhaug
Nestleder	Dag Haakon Henriksen
Medlem	Anne Marie Brubråten
Medlem	Anne-Marit Lillestø
Medlem	Erna Skaugrud
Medlem	Frode Østlund
Medlem	Per Askilsrud
Medlem	Ole Johan Andersen
Medlem	Brit Walbækken Bøhler

Saksnr.	Arkivsaksnr.	Side
	Tittel	
31/13	13/1693 <u>PLEIE-OG OMSORGSTJENESTEN I RINGERIKE KOMMUNE INNRETNING OG STRATEGIER</u>	2

EVENTUELT

Ringerike kommune, 13.05.2013

STÅLE SKJØNHAUG
LEDER

PLEIE-OG OMSORGSTJENESTEN I RINGERIKE KOMMUNE

INNRETNING OG STRATEGIER

Arkivsaksnr.: 13/1693

Arkiv: F00 &30

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
24/13	Eldrerådet	21.05.2013
31/13	Hovedkomiteen for helse, omsorg og velferd	21.05.2013
/	Kommunestyret	

Forslag til vedtak:

Saken sendes over til formannskapets strategikonferanse for endelig behandling og vedtak.

Innledning / bakgrunn

Saken har sin bakgrunn i en bestilling fra ordfører til rådmannen 3. mai .. Saksframlegget skal være et diskusjonsnotat som grunnlag for formannskapets strategikonferanse 2. og 3.juni. Saken skal drøftes i HOV 21. mai og kommunestyret 30.mai. Signalene fra disse drøftingene følger saken. Endelig behandling er i formannskapets strategikonferanse 3. juni.

Beskrivelse av saken

Ringerike kommune har lagt, og legger følgende styringsdokumenter til grunn for gjeldende strategivalg.

- Stortingsmelding 47 Samhandlingsreformen, som oppfordrer til satsing på hjemmebaserte tiltak og bruk av LEON / BEON – prinsippet (Lavest/Best effektive omsorgsnivå).
- Handlingsplan 2013-2016 som har som mål 1 å få Ringerike ut av ROBEK innen 2015, og hvor en av de viktige forutsetningene for dette er å ha en helse- og omsorgstjeneste som bygger på LEON/BEON-prinsippet
- Veileder for tildelingspraksis som også bygger på LEON/BEON-prinsippet.
- Stortingsmelding 29 2013 , Morgendagens omsorgstjenester.

LEON/BEON-prinsippet

BEON-prinsippet vil normalt innebære en vridning av ressurser fra langtids sykehjemsplasser til korttidsplasser, heldøgns omsorgsplasser i omsorgsboliger og hjemmebasert omsorg. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

Kommuner som reelt tilbyr tjenester etter LEON/BEON-prinsippet har vanligvis den mest kostnadseffektive driften. Det skyldes at en utbygging av tjenestetilbudet på de lavere nivåene, spesielt hjemmesykepleien, bidrar til å redusere presset på de kostbare institusjonene.

Tjenestetilbudet blir mer individuelt tilpasset i omsorgsbolig enn i sykehjem. Funksjonsnivået til brukeren ivaretas som hovedregel best når brukeren bor i eget hjem (inkl. omsorgsbolig). I tillegg vil brukers familie ofte kunne bidra mer når brukeren bor hjemme. Begge deler er bra både for bruker og for kommunen.

Forutsetninger for å kunne tildele tjenester etter LEON/BEON-prinsippet:

- Riktig dimensjonering av nivåene i tiltakstrappen
- Tydelighet i prioriteringer av søkere
- Profesjonalisert saksbehandling
- Tydelighet i saksbehandleres ansvar for å forvalte kommunens samlede ressurser
- Rutiner for vurdering / revurdering av tildelte tjenester i forhold til funksjonsnivå.

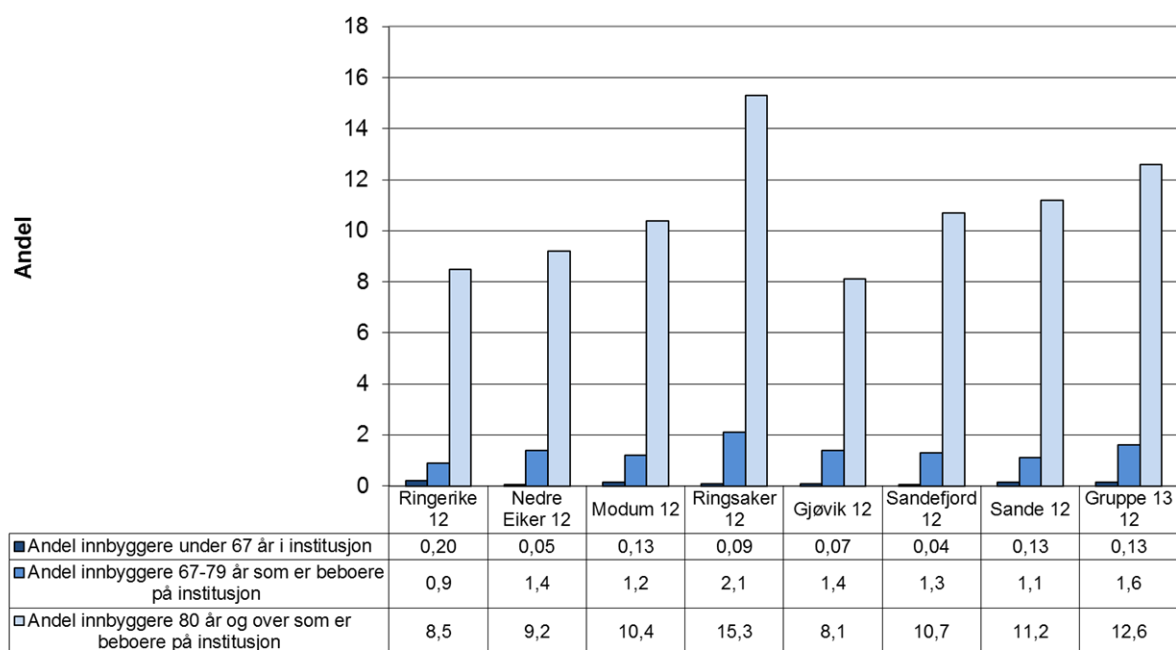
Dekningsgrad for boformer med heldøgns bemanning

Ringerike kommune har gjennomført en rekke kostnadsreducerende tiltak innen helse og omsorgsområdet. Kostnadene i denne sektoren har vært dominerende i forhold til regnskapsmessig merforbruk de siste årene, og kostnadsreduksjoner innen dette området har vært en kritisk suksessfaktor i arbeidet med å konsolidere driften og «friskmeldes» i forhold til ROBEK. Mange av disse endringene er gjennomført gjennom rasjonalisering og effektivisering som i all hovedsak ikke har påvirket kvaliteten i tjenestetilbudet. Rådmannen har imidlertid også tilkjennegitt, både i enkeltsaker og ved behandling av budsjett/handlingsplan at utfordringene er store innenfor tjenesteområdet, og at befolkningen kommer til å merke endringer både i tjenestens volum og kvalitet.

Når fastleger, pasienter og/eller pårørende opplever at de ikke får tildelt sykehjemsplass eller annet tilsvarende botilbud med permanent bemanning, vil det kunnet skapes et inntrykk av at kommunen har for få sykehjemsplasser disponibelt.

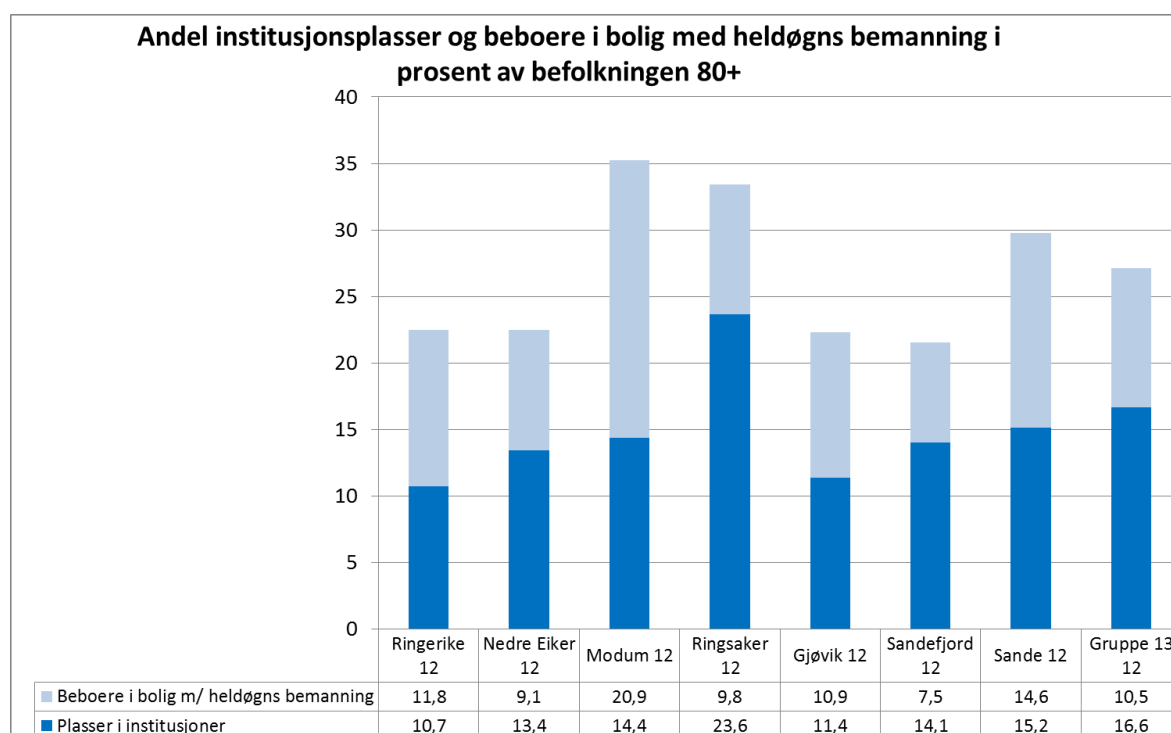
Som det framkommer av nedenforstående graf har Ringerike kommune en relativ lav dekningsgrad på institusjonsplasser, spesielt innenfor gruppen 80+.

Andel av innbyggerne som bor i institusjon



(Agenda Kaupang 2013)

Ringerike kommune har over flere år satsset på omsorgsboliger m/heldøgns bemanning som et alternativ til sykehjem. De aller fleste av beboerne som benytter dette tilbudet, avslutter livet her uten å benytte seg av sykehjemstilbudet. Dette viser at tilbudet erstatter ordinære sykehjemstilbud for en rekke pasientkategorier. Legger vi antallet slike boliger til antall institusjonsplasser, ser bilde slik ut:



(Agenda Kaupang 2013)

Ringerike kommune ligger fortsatt relativt lavt, men på et forsvarlig nivå både sett i relasjon til de faglige krav og i relasjon til det kostnadsnivå kommunen pr. i dag kan tillate seg. På sikt er det definert et klart politisk mål om å øke antall institusjonsplasser fram mot 2020, jfr. vedtak om å bygge et nytt stort sykehjem sentralt i Ringerike. Fram til dette er realisert, vil Helse og omsorgstjenesten måtte «husholdere» med vårt mest kostbare tjenestetilbud (sykehjem) i tråd med helse og omsorgslovgivningen og de politisk vedtatte retningslinjer for tildeling.

Når det opereres med marginaler, vil det av og til være nødvendig for Bestillerenheten å kjøpe plasser utenfor kommunen. Dette har vært gjort i begrenset grad i forhold til svært utagerende demente og brukere med utfordrende adferd av en slik grad at kommunen ikke selv uten videre kan håndtere problemstillingen. I slike tilfeller kan det være kostnadseffektivt å kjøpe spesialiserte plasser. Kommunen har også ved behov kjøpt ordinære sykehjemsplasser utenfor kommunen de tre første månedene i år. Erfaringsmessig er etterspørsel etter sykehjemsplasser høyere rett etter jul enn ellers i året.

Dagens kriterier for tjenestetildeling ble vedtatt i kommunestyret sak 22/13 den 21.2.2013:

1. *Revidert utgave av «Veileder for tildelingspraksis i Ringerike kommune» vedtas som Ringerike kommunes retningslinjer for tildeling av helse- og omsorgstjenester m/følgende tillegg under tildeling av langtidsopphold, Formål: «Pleie- og omsorgsbehovet er så omfattende eller av en slik karakter at hjemmetjenester ikke dekker behov».*
2. *For å skaffe seg oversikt over fremtidige behov for omsorgshjelp, bes rådmannen iverksette en kartlegging av omsorgsbehov/ønsker hos fremtidige brukere, dvs. hos alle kommunens innbyggere over 75 år. Ressursbehov til undersøkelsen medtas i den pågående budsjettprosess. Man forutsetter at rådmannen kommer tilbake til kommunestyret med et saksframlegg på dette.*
3. *Rådmannens bes snarest ta initiativ til en brukerundersøkelse for å belyse hvilke kvalitet pasientene opplever på de kommunale tjenestene etter utskrivning fra sykehuset.*

Kriteriene er veiledende, og i alle saker legges det til grunn faglige/tverrfaglige individuelle vurderinger av pasienten. Det samme gjelder vurderinger fra utøvende enhet om det beskrevne pleiebehov kan utføres i hjemmet eller ikke. Veilederen gir klare føringer for at LEON/BEON-prinsippet skal følges fullt ut, og at langtidsplass dermed bare skal tildeles hvor det ikke er forsvarlig å sette inn hjemmetjenester.

Ansvar for å tildele tjenester

Bestillerenheten har ansvar for å:

- behandle søknader om helse- og omsorgstjenester og har vedtaksmyndighet i enkeltsaker som gjelder disse tjenestene
- ha en overordnet oversikt over kommunens tjenestetilbud, premissleverandør for å sikre at kommunen har riktige tjenester med rett kvalitet

Ved å legge disse funksjonene til en egen enhet oppnår kommunen:

- Bedre kvalitet på saksbehandling (det du gjør ofte blir du god på)
- Bedre rettssikkerhet og likebehandling
- Bedre samsvar mellom bistandsbehov og vedtak
- Bedre (økonomisk) styring av helse- og omsorgstjenestene.
- Å sikre at tiltakskjeden(e) er sammenhengende
- Et betjent kontaktpunkt (telefonnummer og adresse) for alle som trenger tjenester

Den som får et vedtak med avslag på det man har søkt om, har klagerett. Den som ønsker hjelp til å utforme en klage, vil få det av Bestillerenheten. Klageadgangen blir grundig opplyst i vedtaket, og klagen går videre til fylkesmannen for eventuell overprøving dersom klager ikke får medhold. Pasient og omsorgsbudet i Buskerud står også til disposisjon for den det gjelder. Det er svært få klager på vedtak Bestillerenheten fatter. De fleste sakene får sin løsning i samhandling med pasient/pårørende.

Rådmannen kjenner i dag ikke til noen større kommune (med mer enn ett sykehjem/omsorgssenter) som ikke har lagt vedtaksfunksjonen sentralt til en egen enhet. Om disse funksjonene legges ut til forskjellige steder i kommunen, vil problemet med familiære forhold, omgangskrets, funksjon i lokalsamfunnet o.l. gjøre saksbehandlerarbeidet mer belastende, og kvaliteten på behandlingen varierende.

Fra den tiden dette ble praktisert i Ringerike, opplevde man også at befolkningen fikk et ulikt tjenestetilbud avhengig av hvor i kommunen de bodde. Med dagens ordning, sikres likebehandling av pasientene.

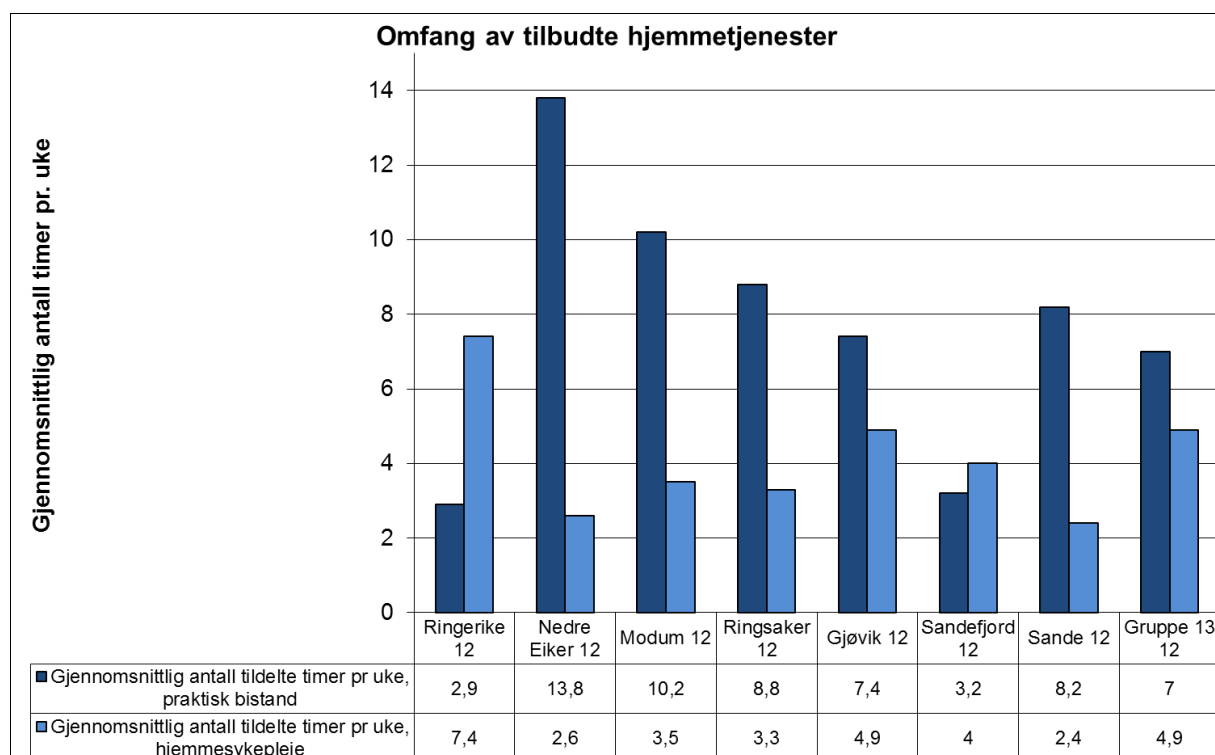
Dersom denne funksjonen skal legges ute i de utøvende enheter, betinger det også at ressursene følger med. Det må tilføres årsverk som kan utføre tjenesten. Det er lovpålagt at vedtak skal fattes før tildeling av tjeneste. Noen annet svekker brukernes rettssikkerhet. Noen må gjøre den jobben, uavhengig av organisering.

I Bestillerenheten er det per i dag ni saksbehandlere, hvorav fem er sykepleiere. Det er i tillegg to vernepleiere, en sosionom og en hjelpepleier. I tillegg består enheten av to økonomimedarbeidere, en merkantil medarbeider og leder.

Hjemmebaserte tjenester i Ringerike kommune

Den hjemmebaserte tjenesten i Ringerike kommune er godt rustet til å håndtere mange komplekse problemstillinger hjemme. Tjenesten er rustet opp med egne fagteam (Kolsteam, palliativt team, psykiatriteam) samtidig som fagfolk med spesialisert kompetanse er strategisk plassert.

Ringerike kommune tildeler mesteparten av hjemmetjenestene som hjemmesykepleie (se nedenforliggende figur).



(Agenda Kaupang 2013)

Det relativt høye forbruket av hjemmesykepleie sammenlignet med andre kommuner, tilsier at tjenesten reduserer «trykket» mot institusjon.

Rådmannens vurdering

I omsorgsplanen «Struktur 2003» hadde Ringerike kommune 288 institusjonsplasser i 1999. De siste to år har antall plasser vært økt med 18 plasser innenfor eksisterende rammer, og i dag har kommunen 134 langtidsplasser og 40 korttids-/rehabiliteringsplasser. Dette er en reduksjon på 114 plasser, som i sin helhet har vært gjennomført ved at gamle, u hensiktsmessige lokaliteter er «faset ut» Samtidig har kommunen bygd og *døgnbemannet* 140 omsorgsboliger hvor det i dag bor eldre mennesker.

Kommunen har, i samarbeid med Ringerike sykehus, Hole -, Jevnaker -, Modum -, Krødsherad - og Sigdal kommune fått statlige midler til etablering av kommunale øyeblikkelig-hjelp plasser. Etableringen vil være på plass i løpet av høsten 2013. Disse vil ytterligere styrke institusjonstilbudet i kommunen.

Per 07.05.13(dette tallet er i kontinuerlig endring) er det i Ringerike ni personer som har fått vedtak om langtidsplass, men hvor det ikke finnes ledig permanent plass. Disse personene har dermed fått tildelt korttidsplass i påvente av langtidsplass og er således forsvarlig ivaretatt. Videre har kommunen kjøpt fire langtidsplasser utenfor kommunen. Dette er plasser for demente m/utagerende adferd, som vi for tiden ikke har et forsvarlig tilbud til i kommunen

Den strategi som kommunen følger når det gjelder videre utvikling innen helse og omsorgstjenestene er:

1. Institusjonshelsetjenesten

Dagens institusjonsplasser tildeles som siste trinn i «omsorgstrappen», i henhold til gjeldende rettighetslovgivning, tverrfaglige vurderinger og kommunalt vedtatte retningslinjer for tildeling. Vedtak fattes i samråd med pasient/bruker/pårørende, og «lavere trinn på omsorgstrappen» utnyttes først. Involverte opplyses om klageadgangen, og klagebehandling har kommunens største oppmerksomhet.

I tråd med vedtak Hovedutvalget for helse, omsorg og velferd arbeides det med å etablere et nytt sentralt sykehjem i Ringerike, med ca. 140 senger for å møte den forventede veksten i pasientgrunnet fra 2020. Rådmannen har anbefalt at Hønefoss sykehjem avvikles, slik at man slipper de administrative kostnadene ved å drive på to lokasjoner. Samtidig som stordriftsfordeler kan hentes ut. Dersom dette gjennomføres, vil hele Ringerike kommunes sykehjemsportefølje framstå som svære moderne, lokalisert til Hvelven, Sokna, Nes, Tyribo, Austjord og ”Nye Hønefoss sykehjem”.

2. Hjemmebaserte tjenester

Pågangen etter institusjonstjenester reguleres med tiltak innen de hjemmebaserte tjenester. Det er her behovet for døgnbemannede botilbud (sykehjem eller omsorgsbolig) genereres.

God omsorg skapes når pasient/bruker er sammen med kompetent og dedikert omsorgspersonell. Kommunen må legge til rette for at dette «gyldne øyeblikk» kan bli lengst mulig. Strategien er å legge til rette for mest mulig effektive arbeidsoperasjoner og fokus på «hverdagsrehabilitering». Likeens å styrke de trygghetsskapende elementer av omsorgskjeden, samarbeidet med pårørende og frivillige samt fokus på tekniske løsninger (hjelpemidler og IT-løsninger). Hovedkomiteen for helse, omsorg og velferd har varslet et oppdrag om en strategisk plan for bruk av velferdsteknologi.

Denne strategien virker!

Pleie og omsorgstjenestene (Institusjonshelsetjenesten og hjemmebaserte tjenester) har redusert de årlige kostnader med 50 mill. kroner i perioden 2007 – 2012 (Agenda Kaupang 2013). Kostnadsnivået innenfor pleie og omsorgstjenestene er nå på et nivå som kan være håndterbart sett i relasjon til kommunens økonomiske handlingsrom, samtidig som volumet på tjenestene samsvarer mer med sammenlignbare kommuner.

Vurdering av kvalitet

Ringerike kommune leverer fortsatt gode omsorgstjenester til befolkningen, men nedskjæringene merkes av hovedsakelig ansatte, samarbeidspartnere, pårørende og brukere/pasienter. Rådmannen er av den oppfatning at dagens driftsnivå forsøkes konsolidert i løpet av et par års tid. Det har vært et klart politisk oppdrag å redusere kostnadene innen helse og omsorg, på grunnlag av at vi har driftet mye dyrere enn sammenlignbare kommuner.

En slik tilpasning vil ta tid å venne seg til for både ansatte og pasienter og pårørende.

I denne perioden vil det være helt avgjørende at Bestillerenheten og de operative enheter er bevisst de utfordringer en konsolideringsfasen representerer. Fokus må rettes mot publikums opplevelse av tjenestetilbudet, riktig og god informasjon, effektiv og rasjonell avviksrapportering, rask og god klagebehandling og åpen dialog.

Kriser vil alltid oppstå, men vi løser ikke disse ved å innrette organisasjonen som om det var krise til enhver tid. Vi må derimot ha sikkerhetssystemer som kan aktiviseres på kort varsel. Dette vil i hovedsak gjelde kjøp av akutt plasser ved spesielle behov og dimensjonering av bemanning.

Kostnader knyttet til eventuell endring av strategi

Dersom man velger å endre de vedtatte kriterier for tildeling av tjenester, slik at kommunen disponerer flere botilbud med heldøgns bemanning, kan dette gjøres på tre måter:

1. Etablere flere institusjonsplasser, enten i nybygg eller ved å aktivisere bygningsmasse som i dag står ubenyttet (Norderhovhjemmet)
2. Utvide antall omsorgsboliger m/døgnbemanning, enten ved nybygg eller ombygging av eksisterende «trygdeboliger»
3. Kjøpe et visst antall plasser permanent i nærområdet.

Kostnadene vil i utgangspunktet være avhengig av bemanningsbehov, ombyggingskostnader, utnyttelsesgrad og muligheter for rasjonell drift/stordrift.

- Institusjonsplasser bør dimensjoneres slik at arbeidsturnuser ikke involverer et lavere pasientantall enn 16 pasienter. Samlet kostnad (inklusive kapitalkostnader) vil ligge på ca. 14,5 mill. kroner årlig, eller kr. 2.300,- til kr. 2.800,- /døgn/pasient (netto kostnad, - pasientens egenandel fratrukket).
- Bemannede omsorgsboliger må ikke ha mer enn åtte pasienter/beboere pr. boenhet. Kostnadene er avhengig av beliggenhet, og om at kan dele personell om natten med allerede etablerte boenheter. Her er det kun personalkostnadene som dominerer, da pasientene betaler husleie og har samme rettigheter i NAV-systemet som andre. Samlet personalkostnad vil ligge på 5,5 mill. kroner, eller ca. kr. 1.900,-/døgn/pasient (netto kostnad, - pasientens egenandel fratrukket).
- Kostnadene ved kjøp av plasser vil variere noe alt etter hva som kan oppnås i anbuds konkurranser og hvilken etterspørsel det er i markedet. Erfaringsmessig vil et tilbud til en tradisjonell sykehjemspasient koste ca. kr. 2.800,-/døgn. Tillegg må påregnes dersom vedkommende har spesielle behov, kostnadskrevenende behandling og/eller rehabiliteringspotensiale.

Arbeidsformer/organisering av tjenesten

Opplevd kvalitet og trivsel dreier seg enn mer enn ressurser. Det er viktig å ha robuste enheter som er store nok til å kunne tilpasse seg naturlige svingninger i driften. I 2012 reduserte helse- og omsorg med 7 enhetsledere og slo sammen for å få større og mer hensiktsmessige enheter. Det gjøres et grundig arbeid ved rekruttering av ledere.

Helse og omsorg gjennomførte i 2012 et lite lederutviklingsprogram for alle ledere i Helse og omsorg. Fokuset var utvikling av den enkelte som leder og i team. Det teoretiske grunnlaget for programmet er basert på forskning om hva slags ledelse som virker. Gruppene ble sammensatt på tvers av virksomhetene slik at nye nettverk ble etablert. Det ble gjennomført til sammen fem samlinger for hver gruppe.

I forbindelse med den evalueringen ordfører har bestilt, skal alle MKS(Miljø- kvalitet og sikkerhet) gruppene i helse- og omsorg intervjues om sitt arbeidsmiljø og sin opplevelse av kvalitet i tjenesten av et eksternt firma, og det skal lages en rapport fra dette.

I MKS gruppene sitter leder, tillitsvalgte og verneombud. I forkant av disse intervjuene skal spørsmålene drøftes i en samlet personalgruppe slik at MKS gruppene er representative for hele personalet sitt. Det skal lages en rapport etter at intervjuene er gjennomført. Intervjuene gjennomføres i slutten av mai.

Konklusjon:

Det er rådmannens oppfatning at den strategien vi har i dag når det gjelder utviklingen av pleie og omsorgstjenestene bør ligge fast i de kommende år.

1. I tråd med vedtak Hovedutvalget for helse, omsorg og velferd arbeides det med å etablere et nytt sentralt sykehjem i Ringerike, med ca. 140 senger for å møte den forventede veksten i pasientgrunnlaget fra 2020.
2. Det legges til rette for mest mulig effektive arbeidsoperasjoner og fokus på «hverdagsrehabilitering» innen den hjemmebaserte omsorgen

Samtidig med dette fortsetter arbeidet med å utvikle gode arbeidsformer, en mulighetsorientert kultur og godt nærværarbeid i hele organisasjonen

Denne strategien bygger opp under at majoriteten av hjelpetiltak og omsorg utføres i hjemmet. Imidlertid har rådmannen allerede varslet om at det ser ut til at det blir vanskelig å håndtere alle innsparingskravene i helse- og omsorg i 2013. Siste prognose viser et merforbruk på sju millioner. Dette kan budsjettjusteres i 1. tertial, eller det kan vente til 2. tertial for å se utviklingen. Dersom dette tilbakeføres, vil rådmannen anbefale at mesteparten avsettes til styrket grunnbemanning i hjemmetjenesten, og resten til kjøp av plasser i spesielle tilfeller.

Det er helt essensielt at hjemmetjenesten er godt fungerende og i stand til å håndtere de utfordringene som kommer. Samhandlingsformen har som målsetting at behandling i all hovedsak skal foregå i primærhelsetjenesten. Det betyr at pasientene skrives fortere og

fortere ut av sykehuset. Det er et fåtall av de pasientene som skal rett til sykehjem eller bolig med heldøgns bemanning.

Dette understøttes av Stortingsmelding 29 Morgendagens omsorg, som sier i sin innledning: «Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag.»

Stortingsmeldingen presiserer videre:

«I møte med morgendagens omsorgsutfordringer, blir det nødvendig å mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser og se nærmere på oppgavefordelingen mellom omsorgsaktørene. De offentlige omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår.

Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, bør denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser alle de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet, i ideelle virksomheter og næringslivet som tar sin del av samfunnsansvaret. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten med større vekt på nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innsats og rehabilitering. Det forutsetter også at folk tar ansvar for best mulig tilrettelegging av egen bolig, og at vi i fellesskap legger til rette de fysiske omgivelser slik at de blir tilgjengelige for alle og for alle generasjoner».

Gjennom å holde fast på, og å styrke nåværende strategi, vil Ringerike kommune arbeide slik Stortingsmelding 29 legger opp til.

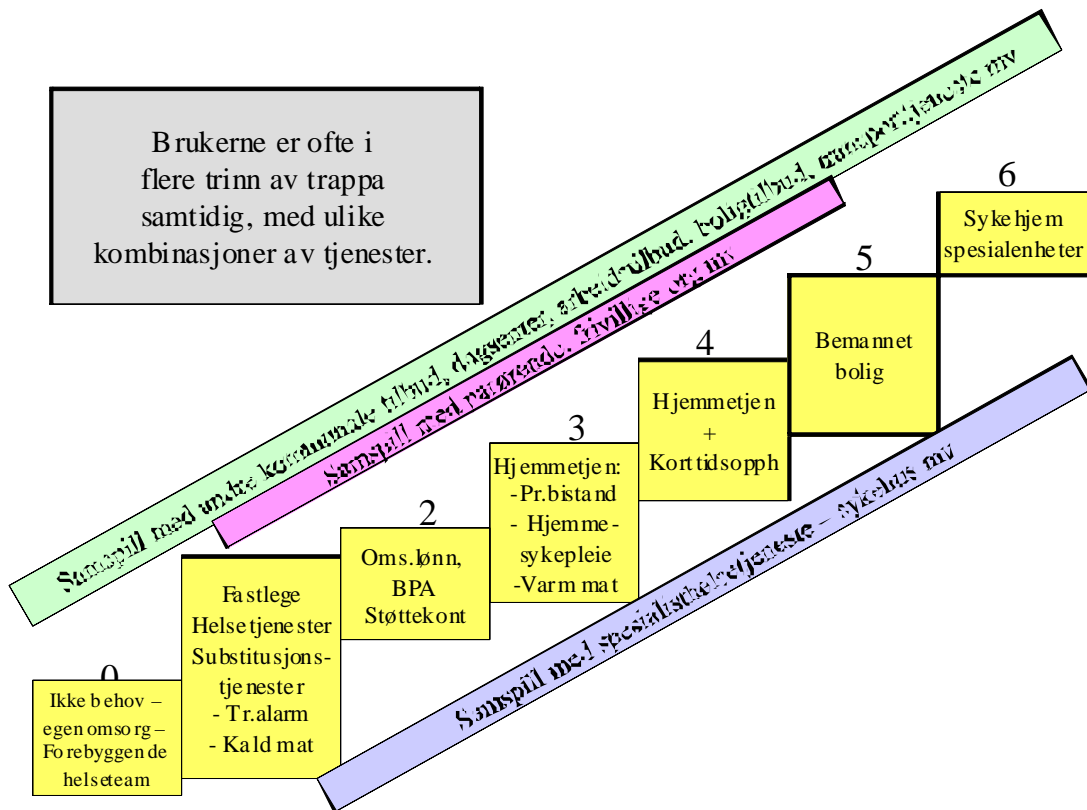
Vedlegg

- "Omsorgstrappen" fra Veileder for tildeling av tjenester
- Faktaark

Ringerike kommune, 08.05.2013

Wenche Grinderud
Rådmann

OMSORGSTRAPPEN, - EN STILISERT FREMSTILLING



HELSE OG OMSORG - noen nøkkeltall (tall i hele tusen)

	BUDSJETT 2013	BUDSJETT 2012	REGNSKAP 2012
4 – Helse og omsorg	641 154	661 298	659 485
40 – Helse felles	42 918	54 165	52 433
41 – Helse og velferd	93 621	89 408	84 051
42 - Institusjoner	185 068	172 765	188 859
43 - Hjemmetjenester	109 863	148 951	148 981
44 - TTF	147 423	132 849	132 656
45 - Bestillerenheten	-17 016	-16 936	-25 585
46 - Kommunelegen	26 051	25 417	23 669
47 - NAV	48 984	49 563	49 260
48 - Ringerikskjøkken	4 243	5 115	5 162

Videre tall er hentet fra regnskap 2012

Døgnbasert omsorg kr **298 050**

Sykehjem **115 762**

- Hønefoss omsorgssenter 55 plasser (53+2)
- Tyribo omsorgssenter 32 plasser (29+3)
- Sokna omsorgssenter 20 plasser (19+1)
- Nes omsorgssenter 17 plasser (16+1)
- Hvelven omsorgssenter 20 plasser (17+3)

Kjøp av institusjonsplasser **13 500**

Barnebolig

- Hvelven 87 1 plass **4 512**

Bofellesskap for eldre **55 494**

- Hvelven 85 12 plasser
- Krokenveien 17/19 ca 110 plasser
- Hov gård 2. og 3.etg. 24 plasser
- Hallingby 8 plasser

Bofellesskap PU **108 782**

- Sagatun 9 plasser
- Hov gård 1.etg 6 plasser
- Hov Allé 6 plasser +4 beboere spredt
- Lund- Trulserudveien 7 plasser
- Sagaveien 7 plasser
- Færdenveien
- Hvelven 89 6 plasser
- Ullerål bofellesskap Ikke bofellesskap, 17 beboere spredt.
- Fossetorget 28 plasser

Forsterket hjemmetjeneste 72 415

- Hospice/korttids 20 plasser 18 709
- Rehab.avd. 10 plasser 11 110
- Avlastning barn Austjord 10 plasser? 18 128

Dagplasser inst. 9 223

- Sokna 15 plasser
- Tyribo 10 plasser
- Nes 8 plasser
- Heradsbygda 35 plasser
- Hvelven 15 plasser

Dagplasser PU 11 457

Transportkontoret 3 788

Tjenester i hjemmet kr 129 454

Ambulerende hjemmetjenester 99 428

- Sentrum
- Haug
- Hallingby
- Heradsbygda
- Hov
- Tyribo
- Sokna
- Nes

Ressursenheten (inkl.nattjenesten) 13 850

	Antall	
Omsorgslønn	44	7 014
BPA	9	5 207
Støttekontakt	209	3 261
Privat avlastning	21	694