

ÅS KOMMUNE

MØTEINNKALLING

Hovedutvalg for helse og sosial har møte i Forsamlingssalen - Åslund

26.09.2007 kl. 19.00

Møtet er åpent for publikum i alle saker med mindre saken i flg lov er unntatt fra offentlighet.

- Referater
- Delegerte saker

Saksliste:

Utv.sak nr. 20/07 07/2089
TERTIALRAPPORT 2. TERTIAL 2007

Utv.sak nr. 21/07 07/1738
NY LEGEHJEMMEL

Utv.sak nr. 22/07 07/1213
ELDREPOLITISK PROGRAM FOR ÅS KOMMUNE 2007-2019

Utv.sak nr. 23/07 07/2091
**OPPSUMMERING AV DET POLITISKE ARBEIDET I
HOVEDUTVALG FOR HELSE OG SOSIAL 2003 - 2007**

Saksdokumentene ligger til offentlig gjennomsyn på rådmannskontoret.

Ås, 18.09.07

Åse Tea Bachke
Leder
(sign)

Berith Trobe Dahlgren
Helse- og sosialsjef

Eventuelt forfall eller inhabilitet meldes til Vibeke Berggård,
tlf. 64 96 20 04 eller e-post: vibeke.berggard@as.kommune.no
(Det sendes personlig svar på at slik e-post er mottatt, dersom svar ikke mottas innen rimelig tid før møtet må telefonbeskjed gis.)

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Utv.sak nr 20/07
TERTIALRAPPORT 2. TERTIAL 2007

Saksbehandler: Vidar Valvik	Arkivnr: 145	Saknr.: 07/2089
Utvalg	Utv.sak nr	Møtedato
Hovedutvalg for helse og sosial	20/07	26.09.2007
Hovedutvalg for teknikk og miljø	79/07	27.09.2007
Formannskapet	/	
Hovedutvalg for oppvekst og kultur	/	
Kommunestyret	/	

Rådmannens innstilling:

1. 2.tertialrapport 2007 tas til orientering.
2. Det opptas et midlertidig lån på 10 mill kroner knyttet til ny brannstasjon.

Rådmannen i Ås, 17.9.2007

Per A. Kierulf
(sign)

Avgjørelsesmyndighet:

Kommunestyret

Behandlingsrekkefølge:

Hovedutvalgene, formannskapet
Kommunestyret

Vedlegg som følger saken trykt: (separat trykk, sendes samtidig til alle utvalg 19.09.07)

2. tertialrapport 2007

Vedlegg som ligger i saksmappen:

Ingen

Utskrift av saken sendes til:

Rapporten publiseres på intranett og internett
Plan- og utviklingsavdelingen

SAKSUTREDNING:**Fakta i saken:**

2. tertialrapport er en tilbakereportering på målsettinger i vedtatt handlingsprogram og økonomiplan. Den beskriver status etter de første 8 månedene. Tertialrapporten er bygd opp etter samme struktur som handlingsprogram 2007 - 2010. I tertialrapporten rapporteres det på følgende:

- Fokusområdene samfunn, brukere, økonomi og medarbeidere
- Oppfølging av vedtak
- Planoversikt

Nedenfor gis et kort sammendrag av de viktigste sakene pr 2.tertial.

Kommuneplanen er vedtatt

Kommuneplanen ble vedtatt av kommunestyret 20.06.2007. Planen omfatter en samfunnsdel med mål for utviklingen av kommunen, og en arealdel for forvaltning av arealer og andre naturressurser. Kommuneplanen legger klare føringer på hvilke mål kommunen skal styres etter de nærmeste årene. Målene i kommuneplanen følges opp og gjøres mer operative i handlings-programmet.

Grønn energikommune

I juli utpekte kommunal- og regionalminister Åslaug Haga Ås kommune som Grønn energikommune. Ås blir dermed en av 22 kommuner som deltar i dette prosjektet. I sin begrunnelse for å utpeke Ås som grønn energikommune framhevet statsråden samarbeidet med Universitet for miljø og biovitenskap om utvikling av bioenergi som energikilde.

Kommunene som er valgt ut, skal satse på energieffektivisering, fornybar energi og å få ned klimagassutslippene i sin kommune. Kommunene skal utvikle klimaarbeidet sitt videre og være et forbilde for andre kommuner. Det er etablert 5 klimanettverk i Norge. I Sør-Norge er nettverket Ås, Re, Lier og Ringerike. Kommunal- og regionaldepartementet har avsatt 30 millioner kroner til prosjektet.

Strategisk næringsplan for Follo

Strategisk næringsplan for Follo er vedtatt i ordførermøtet 2.mai og tatt til etterretning i Follorådet 31.mai. Næringsplanen er sendt til behandling i alle Follokommunene, og den ble vedtatt i kommunestyret i Ås 5.09.07. Med denne planen er grunnlaget for en felles innsats i næringsutviklingen i Follo lagt mellom offentlig sektor, bedrifter og FoU-miljøene. Strategisk næringsplan for Follo vil være et viktig grunnlag i arbeidet med en næringspolitisk handlingsplan for Ås. I 3.tertial er en næringspolitisk handlingsplan under oppstart. Det vil bli lagt stor vekt på medvirkning fra politikere og næringsliv.

Søråsteigen barnehage

Søråsteigen barnehage åpnet som planlagt i august med plass til ca 100 barn og med dette tilbudet har kommunen fått 50 nye barnehageplasser. Utearealene med lekeplass og parkering er under opparbeiding og vil etter planen stå ferdig i løpet av september. Den nye barnehagen er romslig og fin med store, lyse rom. Her er det tatt hensyn til god ventilering, og det er gjort tiltak i forhold til støynivået.

Fjellveien

Kommunen eier 24 småleiligheter i Fjellveien. Boligene har vært brukt til folk som har vansker med å skaffe seg bolig på det ordinære boligmarkedet, flyktninger, mennesker med liten boevne og andre. Boligene ble bygd som eldreboliger i 50-årene og oppfyller ikke dagens krav til boligstandard. Formannskapet har vedtatt at det skal innhentes tilbud på prosjektering av modernisering og rehabilitering av boligene for så å ta standpunkt til gjennomføring av tiltak.

Kvalitetskommuneprosjektet

Kvalitetskommuneprosjektet skal være et supplement til øvrig kvalitetsutviklingsarbeid. Hovedmålet med prosjektet er å redusere sykefraværet i pleie og omsorg og oppvekst og kultur. Arbeidet skal trekke på eksisterende kunnskap og forsterke og videreutvikle det gode arbeidet som gjøres i kommunen for å redusere sykefraværet. Det er nedsatt en prosjektgruppe som består av tillitsvalgte, politikere og representanter fra administrasjon.

Innsparingsprosjektet

Kommunestyret gjorde vedtak i møtet den 20.06.2007:

- Arbeidet med plan- og budsjettprosessen skal bidra til felles eierskap til kommunens hovedutfordringer og beskrive ytterligere tiltak som kan bidra til å nå målet om et netto driftsresultat på 3 % innen 2011.
- De foreslåtte innsparingstiltakene for grunnskolen skal gjelde fra 01.08.07.
- De foreslåtte innsparingstiltakene for 2008 legges til grunn for kommende Handlingsprogram med økonomiplan.
- Det påpekte inntektspotensialet søkes utnyttet. Inntektene settes inn i E-verksfondet, dersom det er mer lønnsomt enn å redusere gjeld.
- Det fremmes sak til Hovedutvalg for oppvekst og kultur med vurdering av differensierte satser for kulturskolen (for de laveste innteksgruppene)

Med dette vedtaket har administrasjonen et grunnlag for det videre arbeidet med å nå målet om et netto driftsresultat på 3% innen 2011.

Eksterne brukerundersøkelser

Forbrukerrådet har vurdert servicen i alle landets kommuner. Til grunn for vurderingen ligger kommuners hjemmeside og kommuners håndtering av e-post henvendelser og telefonhenvendelser. Ås kom godt ut av undersøkelsen og lå blant de 25 % beste kommunene. Kommunen fikk et bedre resultat enn ved forrige undersøkelse. Kommunen vil likevel jobbe kontinuerlig for å bli enda bedre på service til innbyggerne.

Utdanningsdirektoratet har gjennomført en omfattende spørreundersøkelse for grunnskolen der svarprosenten var på høye 79 % i Ås. Resultatet for Ås viser at elevene trives godt på skolen.

Nybrannstasjon

Frogn og Ås kommuner har vedtatt å bygge felles brannstasjon på Brønnerud. Det er opprettet egen plankomite med ordføreren i Frogn som leder. Det er innhentet tilbud på prosjektering av stasjonen. Prosjektering og anbudsinnhenting vil foregå høsten 2007 med bygging i 2008. Det legges foreløpig inn 10 mill kroner til prosjektet.

Utv.sak nr 21/07
NY LEGEHJEMMEL

Saksbehandler: Mikal Magnus Ursin	Arkivnr: G21	Saknr.: 07/1738
Uvalg	Utv.sak nr	Møtedato
Hovedutvalg for helse og sosial	21/07	26.09.2007
Ås Eldreråd	/	25.09.2007
Kommunalt råd for funksjonshemmede	/	25.09.2007
Kommunestyret	/	

Rådmannens innstilling:

Ny legehjemmel lyses ut innen utgangen av 2007 med sikte på tilsetting innen sommeren 2008. Legehjemmelen legges til Nordby.

Rådmannen i Ås, 17.09.07

Per A. Kierulf

Tidligere politisk behandling:

1. Ksak 39/06 Legetjenesten i Ås
2. Ksak 54/06 Legetjenesten i Ås
3. Notat av 11.4.2007 til Formannskap, Orientering om fastlegehjemmel

Avgjørelsesmyndighet: Kommunestyret

Behandlingsrekkefølge:

1. Hovedutvalg for helse- og sosial
2. Eldrerådet
3. Rådet for funksjonshemmede
4. Kommunestyret

Vedlegg som følger saken trykt: Ingen

Vedlegg som ligger i saksmappen: Helse- og sosialsjef

Utskrift av saken sendes til:

Helse- og sosialsjef
Ref.sak Hovedutvalg for helse og sosial

SAKSUTREDNING:**Fakta i saken:**

Ås kommune søkte i 2006 om å få en fastlegehjemmel til. Søknaden ble innvilget. Bakgrunnen for dette var at kommunen den gang hadde et samlet listetak på 14110. Det ble ansett for lavt da kommunen på det tidspunkt hadde 14530 innbyggere. Kommunen anså det riktig at den nye legehjemmelen ble lagt til Nordby og hadde fått signaler fra legene ved Nordby legesenter om at de var villige til å ta inn en tredje lege. Hjemmelen ble utlyst og tilbudt en av søkerne.

Forhandlingene mellom legene brøt sammen og søkeren takket nei.

30. januar 2007 mottok kommunen et brev fra legene ved legesenteret i Nordby om at de likevel ikke kunne ta inn en ny lege i deres legesenter.

Siden forutsetningene endret seg i forhold til utlysningen av hjemmelen ble saken avsluttet uten at en gikk videre på søkerlisten. Alle som var til intervju hadde klart gitt uttrykk for at de ikke ønsket solopraksis.

Flere av de eksisterende legene i Ås har det siste året øket sitt listetak. Samlet listetak i kommunen ligger nå på 15500. Behovet for en ny utlysning av hjemmelen har således ikke vært tilstede. I høst har det imidlertid begynt å tette seg til på listene igjen. Per i dag er det kun tre leger i kommunen som har åpne lister. I Nordby er det kun en lege med åpen liste og denne har under 90 ledige plasser. Ingen kvinnelige leger har åpen liste.

Situasjonen har blitt drøftet i allmennlegeutvalget som ser at behovet for en ny utlysning er i ferd med å melde seg, men som anbefaler at en venter i 9 måneder før en lyser ut en ny hjemmel av hensyn til en kollega i Ås som har et stort antall ledige plasser på listen sin. Ventetiden vil gi denne legen mulighet til å rekruttere pasienter.

Sosial og helsedirektoratet har bekreftet at hjemmelen fortsatt er godkjent.

Saken var oppe i samarbeidsutvalget (SU) mellom legene og kommunen den 13.9. Politikerrepresentanten i SU fortalte at politikerne ønsker å prioritere en god legedekning i Ås. Fra kommunens side ble det betonet at selve prosessen fra utlysning og til en legehjemmel er tildelt og i arbeid, tar tid. Med bakgrunn i dette ble SU enig om å anbefale utlysning innen utgangen av 2007.

Vurdering med konklusjon og begrunnelse:

Rådmannen ser at befolkningens reelle legevalg på nytt er i ferd med å begrenses.

Erfaringsmessig tar det lang tid fra en utlysningsprosess starter og til en ny lege er på plass og i arbeid. Rådmannen har forståelse for legenes synspunkt, men mener at prosessen bør igangsettes i løpet av 2007, slik at det er håp om å få en ny lege på plass innen sommeren 2008. Det er i Vinterbroområdet den største befolkningsveksten antas å ville komme, og det er her antallet ledige listeplasser er klart lavest. Rådmannen anser derfor at ny hjemmel må legges til dette området.

Utv.sak nr 22/07

ELDREPOLITISK PROGRAM FOR ÅS KOMMUNE 2007-2019

Saksbehandler: Annette C. Grimnes	Arkivnr: 145	Saknr.: 07/1213
Utvalg	Utv.sak nr	Møtedato
Ås Eldreråd	10/07	29.05.2007
Hovedutvalg for helse og sosial	22/07	26.09.2007

Saken legges frem for Hovedutvalg for helse og sosial i samsvar med hovedutvalgets anmodning 22.08.07:

Ola Heir (Sp) fremmet forslag om at Eldrerådets eldrepolitiske program fremmes som sak i neste møte i hovedutvalg for helse og sosial. Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Vedtak i Ås Eldreråd 29.05.2007:

Eldrepolitisk handlingsprogram for Ås kommune 2007-2019 vedtas, jf. vedlegg.

Behandling i Ås Eldreråd 29.05.2007:

Votering: Leders innstilling ble enstemmig vedtatt.

Leders innstilling 22.05.07: Tilsvarende eldrerådets vedtak.

Avgjørelsesmyndighet: Ås eldreråd

Behandlingsrekkefølge: Ås eldreråd

Vedlegg som følger saken trykt:

Eldrepolitisk handlingsprogram for Ås kommune 2007-2019

Vedlegg som ligger i saksmappen:

Ingen

Utskrift av saken sendes til:

Gruppelederne i hvert parti i Ås

Ref. kommunestyret og hovedutvalg for helse og sosial

SAKSUTREDNING: Tilsvarende Ås Eldreråds vedtak 29.05.07.

Eldrepolitisk program for Ås kommune 2007-2010

Innledning (Overordnede nasjonale føringer)

Ifølge Omsorgsmeldingen (St.meld.nr. 25 2005-2006) vil framtidens brukere av de kommunale omsorgstjenestene relativt sett bli flere. Den største økningen de siste 10 år er å finne blant personer under 67 år.

Omsorgsbegrepet omfatter både den hjelpen som blir gitt, måten den blir gitt på og relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Omsorgsarbeidet skal utføres på en kompetent og faglig kyndig måte. Den som yter omsorg, skal være ”andreorientert”; tilstede, bry seg om, forstå, vise medfølelse, ømhet og respekt – alt dette omsatt i praksis.

Framtidens brukere av omsorgstjeneste vil representere et større kulturelt mangfold. Utviklingen forutsetter individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov, men bør ikke føre til nye former for særomsorg for ulike grupper.

Det er ofte lettere for familien og det offentlige å dele omsorgsansvar når den som trenger omsorg, bor hjemme; familien med praktisk hjelp, kontakt og følelsesmessig støtte, mens de eldre i en tungt pleietrengende situasjon foretrekker den offentlige omsorgstjenesten.

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse- og sosialtjeneste først og fremst kommer til kort. Spesielt gjelder dette beboere på sykehjem, andre eldreinstitusjoner og omsorgsboliger, og også andre som har stort behov for bistand. Økningen i antall brukere med liten sosial og kulturell aktivitet illustrerer at omsorgstjenesten er mer enn pleie og eldreomsorg. Undersøkelser viser at det er svakheter i helsetjenestetilbudet og den medisinske oppfølgingen av brukere av omsorgstjenesten. Dette gjelder både pasienter i sykehjem og brukere av de hjemmebaserte tjenestene, også beboere i omsorgsboliger.

Det er også en tendens til at dagens middelaldrende og morgendagens eldre vil bli mer kravstore og mindre beskjedne enn dagens eldre er. Gjennomsnittsalderen stiger. Forekomsten av sykdom og skader øker med stigende alder, og en betydelig andel eldre får flere sykdommer samtidig og skader med varierende grad av funksjonsnedsettelse. Konsekvensene forventes å bli at et økt antall eldre vil skape større etterspørsel etter omsorgstjenester.

Omsorgsplan 2015 forutsetter både statlig og kommunal langsiktig planlegging av bygningsmessige investeringer, personellinnsats, kompetanseutvikling, utdanningskapasitet og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivelser.

Sammenlignet med andre land er Norge i en gunstig situasjon, ettersom effektene av de befolkningmessige endringene er mindre dramatiske. Tallet på eldre over 80 år fordobles de neste 35 år. Den sterkeste tilveksten skjer først fra rundt 2020. Det gir oss knapt 15 år til å bygge ut en omsorgstjeneste som er robust nok til å tåle kraftig behovsvekst. I forhold til veksten på eldre, blir det færre i yrkesaktiv alder og færre middelaldrende til å yte omsorg for et økende antall eldre. Dette gir utfordringer både i forhold til verdiskaping, rekruttering og familieomsorg.

Regjeringen forutsetter en styrking av kommuneøkonomien til for årene 2006-2009 å gi en kapasitetsvekst på 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten. Videre er det varslet et nytt innvesteringstilskudd beregnet for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

Befolkningsutvikling i Ås og behovet for omsorgstjenester

Kort oversikt over Åsbefolkningens eldre 2007-2019 (Kommuneplan 2007-2019).

Årstall	01/01	2007	2008	2009	2010	2015	2019	+ 2007/2019
67-79 år		1178	1193	1228	1268	1507	1619	441
80-100 år		492	505	524	533	603	645	153
67-100 år		1670	1698	1752	1801	2110	2264	594
00-100 år		14873	15170	15473	15782	18010	19500	4627

Behovet for institusjonsplasser (heldøgns omsorg) for personer 80 år og eldre: Med en dekningsgrad på 20/25 trengs det i 2007 ca. 100/125 plasser, i 2010 ca. 110/135 plasser, i 2015 ca. 120/150 plasser og i 2019 ca. 135/160 plasser.

I løpet av de 10 siste årene er antall brukere under 67 år i omsorgstjenesten blitt nærmest fordoblet (på landsbasis). Trenden synes å forsterke seg. Dette vil gi seg utslag i at også flere og flere under 80 år vil bli institusjonsbrukere.

I en offentlig handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 regnes det med en dekningsgrad på 25 % for heldøgns plasser for pleie og omsorg til personer 80 år og eldre.

Nyere undersøkelser viser at om lag 80 % av sykehjembeboerne lider av demens og at en stor del av hjemmeboende eldre også lider av demens. Dette vil føre til store konsekvenser for behovet for både kvalifiserte hjemmetjenester og institusjonsplasser.

Overordnede mål i eldrepolitikken

Eldrerådet legger til grunn at eldre skal få det best mulig, med menneske, miljø og muligheter i sentrum. Morgendagen skal ikke møtes med engstelse for framtida, men med stadig nytt livsmot. Eldrerådet har satt opp følgende overordnede mål for en framtidig eldrepolitikk i Ås:

- Forebyggende tiltak for å opprettholde eldres helse og trivsel må være en prioritert oppgave slik at de eldre kan holde seg funksjonsdyktige hjemme lengst mulig.
- Et miljø som gir eldre trygghet i sitt eget hjem og lokalmiljøet, og trygghet for å få de nødvendige helsemessige omsorgstjenester når behovet melder seg.
- En fleksibel, brukerorientert omsorg og pleie som på en kvalitativ måte tar vare på den enkeltes verdighet, sosiale, fysiske og psykiske behov.
- Ressursene til bruk i eldreomsorgen må brukes slik at de gir maksimal nytte til å fremme de eldres helse, velferd og trivsel.
- Mulighet for de eldre til aktivt samfunns- og kulturengasjement, og til å få nytte sine ressurser i lokalsamfunnet på frivillig basis for å hjelpe andre eldre med omsorgsbehov.

Tiltak for å nå målene

En viktig forutsetning for å nå de overordnede målene og en trygg eldreomsorg på litt lengre sikt er at det foretas en konsekvensutredning av den økende befolkningsveksten i kommunen, spesielt når det gjelder konsekvensen for eldreomsorgen.

Hjemmetjenestene og institusjonsomsorgen

* De fleste eldre ønsker å bo så lenge som mulig i sin egen bolig/leilighet. Som nevnt under innledningen, muliggjør også dette en best mulig felles omsorg fra familien og det offentlige. Sett ut fra kostnadene ved institusjonsomsorg i forhold til ulike hjemmetjenester, er det også riktig å dreie utviklingen i retning hjemmebaserte tjenester. En stadig kortere liggetid på sykehusene før hjemsending setter ikke bare stigende krav til sykehjemsplasser, men også til hjemmetjenestene, både når det gjelder kvalitet og tid.

* En trygg og kvalitativt god eldreomsorg, det være seg i institusjon eller i hjemmet, er avhengig av at det er mange nok "hender" til tjenesten. Regjeringen forutsetter en styrking av kommuneøkonomien som skal gi en kapasitetsvekst på 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten for årene 2006 til 2009, først og fremst til sykehjem og hjemmetjenester. Regjeringen har varslet et nytt investeringstilskudd. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester.

* Med flere ansatte, deriblant med flest mulige i hel stilling, vil også stadige skifter av tjenesteytere i hjemmetjenesten minskes, til fordel for både tjenesteyter og tjenestebruker.

* Flere av beboerne i omsorgsboligene – som egentlig var tiltenkt personer som i stor grad kunne klare seg med hjemmehjelpstjenester som om de var hjemmeboende – er nå så dårlige at de i stedet krever heldøgns omsorg som på et sykehjem. Dette krever store ressurser fra hjemmetjenesten. Dette bør tas i betraktning ved beregning av behovet for sykehjemsplasser. Sannsynligvis bør en del av disse personene tilbys sykehjemsplass når Moer sykehjem kommer i funksjon.

* Gjennom Kompetanseløftet 2015 er det lagt til rette for at kommunene kan rekruttere flere faggrupper til økt aktivitet i omsorgstjenesten. Det gjelder både fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosialarbeidere og aktivitører.

* Med den store betydning kulturelle opplevelser har for trivsel, og dermed helse, bør det legges til rette for kulturtiltak i omsorgsinstitusjonene. Dette vil settes pris på av både beboerne og de ansatte. Derfor bør det vurderes å knytte kulturarbeidere til pleie- og omsorgstjenestene.

* De ansatte i helse- og omsorgstjenesten må få den nødvendige etterutdanningen for å kunne gjøre en best mulig tjeneste. Og det må være betryggende legedekning på institusjonene. Det bør vurderes å ansette en felles fastlege for alle beboerne på Moer sykehjem; helst en lege med geriatrisk kompetanse.

* Det er viktig med en god samhandling mellom fastlegene, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (sykehusene). Dette er særdeles viktig i og med at hjemsendelse fra sykehuset skjer raskere enn før, og oppfølgingen i stor grad må gjøres i kommunene. Det bør informeres om muligheter for individuell plan, både når det gjelder somatikk og psykiatri.

* Selv om både institusjonsomsorg og hjemmetjenester er godt utbygd i Ås, vil det være en gruppe som av forskjellige grunner ikke omfattes av denne omsorgen. Eldrerådet har derfor foreslått at det opprettes en stilling som eldrekontakt. Denne personen skal ha som spesiell oppgave å yte omsorg til de eldste hjemmeboende som ønsker besøk, men som ellers ikke er med i den ordinære hjemmetjenesten. Eldrekontakten bør ikke være i den tidsklemma som hjemmetjenesten ellers normalt lider under. Tjenesten kan bestå i informasjon om forebyggende tiltak for å hindre ulykker i hjemmet, blant annet om mulig støtte til ombygging av boligen/leiligheten til livsløpsstandard. Det kan også informeres om forebyggende tiltak når

når det gjelder ernæring og helse, tannhelsetiltak, oppdagelse av og eventuelle tiltak mot overgrep, deriblant behovet for trygghetsalarm, mulighet for å få TT-kort m.v. Informasjon om kommunens omsorgstjenester for øvrig, om sosiale og kulturelle tiltak, bl.a. om eldresentrenes betydning for kontakt og trivsel er også viktig.

Sykehustjenestene – geriatri, alderspsykiatri og rehabilitering

De eldre utgjør en meget stor andel av sykehusbrukerne. Etter sykehusreformen av 2002 er det forutsatt bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er viktig at pasientene/brukerne skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Dette krever tilstrekkelig kompetanse også i kommunehelsetjenesten, både når det gjelder sykepleiere og leger og andre fagfolk. Geriatri, alderspsykiatri og rehabilitering er forsømte områder. Kunnskap om hvordan lidelser forløper og må behandles hos eldre, kan ofte være avgjørende for å vurdere hjelpebehov og bidra til god livskvalitet.

Kfr. punktet foran om betryggende og kvalifisert legedekning på Moer sykehjem. Når det gjelder alderspsykiatri, er det slått fast at tre av ti enslige over 70 år lider av depresjoner, og det krever faghjelp. Det må bli lagt til rette for rehabilitering som en viktig del i gjenvinningen av førlighet og livslyst.

Andre eldrepolitiske tiltak

- * Fartsbegrensninger, bedring av siktforholdene langs veier og ved veikryss, og bedre vedlikehold av veier og veilys er viktige tiltak for tryggheten.
- * Trygge nærmiljøer og friluftsområder er viktige for eldres aktivitetsmuligheter, helse- og fysiske omsorg. De eldre er flittige brukere av friluftsområdene. Ved behandling av utbyggingsplaner og reguleringsplaner må det derfor tas spesielt hensyn til eldres tilgjengelighet og trygghet i nær- og friluftsområder og settes krav til universell utforming.
- * Som ledd i en meningsfylt tilværelse hører også trygge og rimelige lokale transporttilbud
- * Spørsmålet om kommunal medfinansiering og formalisering av frivillige transporttjenester og organisering av serviceruter for eksempel til eldresentrene bør tas opp.
- * I kommunens boligsosiale handlingsplan bør eldre med funksjonshemninger prioriteres. Der hvor det er behov for det, må det legges til rette for personlig assistanse.
- * Kommunens eldresentre er viktige aktører for en best mulig eldreomsorg og bør derfor gis romslige arbeidsvilkår, både når det gjelder lokaler og praktisk støtte, se eget pkt. nedenfor.

Eldresentrene et viktig bindeledd til hjemmeboende eldre og omsorgstjenesten

Det praktiske formålet med eldresentrene er å gi de eldre ulike former for service, mulighet for sosial og kulturell kontakt og selvutfoldelse gjennom aktiviteter og/eller som frivillige hjelpere.

Sett fra kommunens ansvar for eldreomsorgen, er eldresentrene først og fremst viktige forebyggende tiltak og rettet mot alle hjemmeboende og eldre i omsorgsboliger. Kommunens oppgave blir blant annet å skaffe nok og tilfredsstillende lokaler. Med den raske veksten av eldre i Ås vil det være en viktig oppgave allerede nå å vurdere ulike alternative lokaler både i Nordby og Ås sentrumsområde. Medlemstallet i Ås eldresenter var i 2006 ca. 330. Antall eldre over 67 år som sogner til Ås eldresenter, er om lag det tredobbelte, så spesielt i Ås sentralområde haster det med å få et større lokale, eller i tillegg til det nåværende, for eksempel i tilknytning/nærhet til Moersykehjem/omsorgsboligene. Det organisatoriske og økonomiske samarbeidet må skje på de eldres premisser og formaliseres.

Eldresentrene er et aktivitets- og servicetilbud som må rette seg mot alle eldre, både hjemmeboende eldre og eldre i omsorgsboliger. Et viktig eldrepolitisk mål er å få dem som

kanskje bor enslig ute i bygda til å bli mer med i samværet i et eldrecenter. Her er det en felles oppgave for frivillige enkeltmennesker og organisasjoner til å hjelpe til med for eksempel informasjon og skyss.

Et viktig eldrepolitisk mål med eldrecentrene er å opprettholde eldres aktivitet og førighet både fysisk og psykisk, samt å forebygge psykososiale problemer som ensomhet og sosial isolasjon. Eldrecenter bør samarbeide nært med kommunens hjelpeapparat for øvrig, og kan gjennom sin brede kontakt med eldrebefolkningen, gi kommunehelsetjenesten muligheter for å gripe inn på et tidlig tidspunkt slik at sosiale og helsemessige problemer kan unngås eller avhjelpes. Eldrecentrene kan på denne måten fungere som omsorgstjenestens forlengede arm og være et bindeledd til hjemmeboende eldre.

Samarbeid med Frivillighetssentralen, pensjonistforeninger, menighetene og andre som arbeider med eldreomsorg, er også viktig i denne sammenheng.

Kommunens nåsituasjon når det gjelder pleie og omsorg
(Fra Kommuneplanen)

”De senere årene har kommunene fått et utvidet og økt ansvar for pleie- og omsorgstjenester. Brukere i institusjon og hjemmebaserte tjenester er langt dårligere og mer ressurskrevende enn tidligere. Liggetiden ved somatiske sykehus er redusert, og det innebærer at pasientene skrives ut tidligere og ofte med stort pleiebehov. I tillegg har pleie- og omsorgstjenesten fått et økt antall brukere med rus- og psykiatriproblemer. Hjemmebaserte tjenester opplever en betydelig øking av yngre brukere med sammensatte behov. Et økende antall brukere stiller krav om individuell tilrettelegging. Rekruttering av fagpersonale er vanskelig.”

Det blir store utfordringer på både kort og lang sikt. Hovedutfordringene vil være brukergrupper med større mangfold av helsemessige og sosiale behov og en økende andel av befolkningen.

Ut fra de generelle tendenser de siste 10 årene i utviklingen av behovet for omsorgstjenester, og våre mål for tjenestene, vil eldrerådet tilrå at kommunen i sine langsiktige utbyggingsplaner bruker en dekningsgrad for heldøgns institusjonsplasser på 25 % for pleie og omsorg til personer 80 år og eldre.

Eldres ansvar og muligheter

Med medansvar menes både ansvar for eget liv og helse og ansvar for medmennesker som av en eller annen grunn trenger omsorg og hjelp.

Eldrepolitikk synes å tøyes lenger og lenger ned i aldersklassene – i takt med stadig lavere pensjonsalder. Dette kan virke merkelig all den stund eldre i gjennomsnitt lever lenger, er sprekere, friskere og mer aktive enn foreldregenerasjonen.

I politiske kretser og i festtaler gjentas det at de eldre utgjør en viktig samfunnsmessig ressurs, uten at det vises i de politiske maktsentrene. I denne sammenheng har Statens seniorråd foreslått at eldrerådene bør få legge fram rådets synspunkter og få argumentere for eldrerådets forslag i kommunestyret og andre relevante organer. Eldrerådet har sluttet seg til dette som et viktig eldrepolitisk prinsipp. Statens seniorråd har også foreslått kvotering av eldre i nominasjonsprosessen, spesielt ved lokalvalg.

Utv.sak nr 23/07

**OPPSUMMERING AV DET POLITISKE ARBEIDET I
HOVEDUTVALG FOR HELSE OG SOSIAL 2003 - 2007**Saksbehandler: Vibeke Berggård på vegne av
Åse Tea Bachke

Arkivnr: 033 &14

Saknr.: 07/2091

Utvalg	Utv.sak nr	Møtedato
Hovedutvalg for helse og sosial	23/07	26.09.2007

Ad hoc gruppas innstilling til Hovedutvalg for helse og sosial:

1. Helse og sosial administrasjonen styrkes med 2 stillinger.
2. Administrasjonen legger frem følgende oppsummering som første sak i første møte for det nye Hovedutvalget for helse og sosial.

Leder av Hovedutvalg for helse og sosial, 17.09.07

Åse Tea Bachke
(sign)

RÅDMANNENS KOMMENTARER**Rådmannens kommentarer i h.h.t. Ås kommunes reglementer pkt. 6.10 som lyder:****Oppgaver og ansvar**

Ad hocutvalg kan oppnevnes for enkeltstående utredningsoppgaver. Ad hocutvalg skal gis et mandat og en tidsramme for sitt arbeid. Når oppdraget som er gitt i mandatet er fullført, oppløses ad hocutvalget. Det organ som har oppnevnt et ad hocutvalg, eller kommunestyret, kan når som helst oppløse ad hocutvalget.

Hensynet til rådmannens utredningsplikt

For at rådmannens utredningsplikt skal ivaretas, særlig for å sikre at faglige, økonomiske og forvaltningsmessige hensyn blir ivaretatt, skal innstillinger/sluttrapper fra ad hocutvalg oversendes til administrasjonen for saksutredning før saken legges fram for ordinær politisk behandling med ad hocutvalgets innstilling.

Til utvalgets saksfremlegg

- **pkt. 1.8:** Seniorkontakt er tatt inn som et mål i kommuneplanens samfunnsdel for 2007-2019, men er foreløpig ikke vedtatt opprettet i handlingsprogrammet.
- **pkt. 1.9:** Sansenhagen er etablert høsten 2007.

- **pkt. 3.6:** Retningslinje for tildeling av legehjemler er vedtatt av kommunestyret 11.04.07, k-sak10/07. Jordmødre er fast ansatte i kommunen og det er ikke opprettet egne hjemler for disse stillingene.

Til saksgangen og innstillingens pkt. 1:

Rådmannen er pålagt av formannskapet i f-sak 30/07, pkt. 3, å utrede saksbehandlerkapasiteten ved helse og sosialetaten. Dette vil bli fremlagt i egen sak.

Rådmannen tilrår derfor at ad hocutvalgets sak avsluttes i hovedutvalget, men legges frem som referatsak for formannskapet, kommunestyret og det nye hovedutvalget.

Pkt. 1 i innstillingen må knyttes opp til et konkret forslag til økonomisk inndekning.

Den grunnleggende utfordring i forhold til utvalgets pkt.1 i er å finne økonomisk inndekning i en situasjon hvor kommunestyret ser nødvendigheten av omfattende økonomiske innsparinger.

Rådmannen i Ås, 18.09.07

Per A. Kierulf

AD HOC UTVALGETS SAKSUTREDNING

Tidligere politisk behandling:

HHS møte 22.08.07 hvor ad hoc gruppa ble nedsatt.

Avgjørelsesmyndighet:

Kommunestyret

Behandlingsrekkefølge:

Hovedutvalg for Helse- og sosial

Formannskap

Kommunestyret

SAKSUTREDNING:

Bakgrunn for saken:

MANDAT, vedtatt i Hovedutvalg for helse og sosial 22.08.07:

Åse Tea Bachke (SV) fremmet følgende forslag; Hovedutvalget nedsetter med hjemmel i kommunelovens §10 nr.6 et tidsbegrenset utvalg (ad hoc utvalg). Utvalgets mandat er å gjøre en oppsummering av det politiske arbeidet i HHS de siste fire årene med fokus på hvilke områder innen HHS sitt arbeidsområde som er godt ivaretatt og hvilke områder utvalget anser det er viktig for det kommende HHS utvalget å ha fokus på. Videre vil utvalget gi en generell beskrivelse av arbeidet i HHS gjennom de siste fire årene.

Ad hoc utvalget skal bestå av alle medlemmene i HHS og ledes av leder av HHS. Ad hoc utvalget skal ha et møte onsdag den 12. september kl 19.00 i Forsamlingsalen på Åslund. Ad hoc utvalget sin uttalelse fremmes som politisk sak til HHS møte 26. september og saksutredningen fra utvalget sendes ut med den ordinære innkallingen til dette HHS møtet. Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Ad hoc gruppa hadde ett møte torsdag 13.09.07 og bestod av:

Ola Heir (Sp), Gro Haug (H), Grazyna Englund (Ap), Stein Johannesen (Frp) og Åse Tea Bachke (SV).

Innledning

Dette dokumentet gir en oversikt over det politiske arbeidet som Hovedutvalg for helse og sosial har gjennomført i perioden 2003-2007. (Punkter 1,2,3.) Målet med dokumentet er å videreføre viktig informasjon fra det sittende HHS til det kommende HHS. Dokumentet inneholder også informasjon til det nye hovedutvalget om hva det avtroppende hovedutvalget anser som gode arbeidsmåter samt tips og råd om hvor en henter verdifull informasjon på arbeidsfeltet. (Punkt 4). Videre er dette en tilbakemelding til Rådmannen om hvordan de generelle rammene for det politiske arbeidet i HHS har vært denne fireårsperioden. (Punkt 5)

1. Politikk områder vi har jobbet med, men som med fordel kan følges opp i kommende periode:

1. HHS har denne perioden greid å videreføre et lavterskel forebyggende tiltak for ungdom, Familie og nettverksteamet (tidligere ALFA-Teamet). HHS har i denne perioden vært opptatt av at dette teamet skal ha en lavterskel forebyggende profil og ikke bli slukt opp av det ordinære tjenestetilbudet, vi antar at det fortsatt vil være behov for HHS politikerne å følge med på utviklingen i arbeidsoppgaver til Familie og nettverksteamet.
2. HHS har denne perioden lagt om turnusen for sykehjemmet, med blant annet restriksjoner for innledning av vikarer ved sykdom, dette har medført delvis høyt sykefravær og det kan med fordel følges nøye opp. Vi foreslår at dere spør om kvartalsvis oppdateringer på sykefraværet, samt evaluering av den nye ordningen. Det kan også være fornuftig å følge med på utviklingen i bruk av deltidsstillinger innen HHS området. Det har vært uttalt at en ønsker å heve stillingsprosenten i deltidsstillinger, dette kan en følge med på.
3. HHS har også i perioden omorganisert hjemmetjenestene i avdelingene Nord/Sør med økning i sykefravær som konsekvens på kort sikt, dette bør det følges med på i følgende periode og det vil være fornuftig å be om en evaluering av omorganiseringen.
4. HHS har denne perioden gjennomført en omprioritering ved at dekningsgraden for sykehjemsplasser har blitt mindre samtidig som en har ønsket en dreining i retning av mer hjelp i hjemmet (sykepleie). En har imidlertid i liten grad fulgt opp dette med stillinger i hjemmesykepleien. Dette bør en følge med på.
5. Innen barnevern har det i perioden blitt en dreining i retning av mer tiltak i hjemmet i forhold til institusjonsplasseringer.
6. I det nye sykehjemmet er rammene for vaskeri og kjøkkentjeneste vedtatt, dette kan en få evaluert og følge med på etter etablering.

7. Eldresentret avsto fra å samlokalisere seg med det nye sykehjemmet. En kan med fordel se på eventuelle nye lokaler for eldresenteret.
8. HHS har i perioden hatt en del fokus på forebyggende arbeid blant eldre. HHS inviterte blant annet alle som jobber innenfor fagområdet til et felles møte og hvor det kom flere ulike innspill fra de ulike aktørene om mulige tiltak for å møte eldrebølgen. HHS har ved flere anledninger diskutert behovet for en seniorkontakt og dette er nå vedtatt av kommunestyret. Det forebyggende arbeidet blant eldre kan med fordel følges opp i fremtiden. Det er et vedtak på seniorkontakt i kommuneplanen, men denne er ikke fulgt opp i handlingsprogram. I forhold til det nye sykehjemmet kan det være fornuftig å se på bruken av korttids- og rehabiliteringsavdelingen spesielt med tanke på bruk av fysioterapeuter, ergoterapeuter og legedekning samt helhetlig tilbud inkludert kosthold, ernæring, sosial aktiviteter, trening med mer.
9. Det er vedtatt at det skal etableres en sansehage i forbindelse med det nye sykehjemmet, det kan være fornuftig å følge med på etableringen av denne.
10. Det har i perioden blitt startet et arbeid for å etablere samarbeidsavtaler mellom fastlegene og det kommunale tjenesteapparatet på ulike områder for å bedre samarbeidet. Dette arbeidet bør følges opp.

2. Politikk områder en med fordel kan jobbe mer med i kommende periode:

1. HHS har ikke gått nærmere inn på nivået på sosialhjelpssatsene i kommunen samt hvordan disse praktiseres i forhold til statens normerte satser. Det vil også være av betydning å se på hvilke utgifter som legges inn i satsene og sammenligne dette med retningslinjene for de nasjonale satsene, samt se på eventuell praktisering av ekstra tilskudd til julefeiring. Det vil også være av interesse å se på praktisering av eventuell dekning av utgifter frem til frikort, dette for å utjevne sosial ulikhet i helse i befolkningen. Det kan være fornuftig å be om en politisk sak på området.
2. HHS har ikke sett nærmere på omfang av barnefattigdom i Ås og eventuelle tiltak for å minske dette. En har i liten grad sett på hvordan arbeidet i barnevernet i forhold til hjemmebaserte tiltak vs. institusjonsbehandling. En kan med fordel be om en politisk sak på området.
3. HHS har ikke jobbet mye helhetlig med avlastning for funksjonshemmede barn, dette kan det med fordel ses nærmere på.
4. En kan følge opp vaksinasjonstilbudet til eldre i kommunen. Både med tanke på utbredelse av tjenesten samt hvordan denne er organisert i forhold til ev. bruk av fastlege/ helsestasjon for eldre.
5. Det kan være fornuftig å se på hvordan helsetjenestene til alle aldersgrupper er organisert med tanke på tilpassing til etniske minoriteter. Stikkord som kulturforståelse og språkbarrierer bør tematiseres. Dette bør også ses i sammenheng med eldrebølgen som kommer.
6. Det er økende risiko for vold mot ungdom inkludert voldtekt og det kan være fornuftig å se på forebygging av dette.
7. Vi har ikke hatt noen politisk sak på hvordan Ås kommune jobber for å forhindre kjønnslemlestelse blant barn, tvangsgifte samt æres relatert vold.
8. Vi har i perioden hatt en sak om hvorvidt barn og ungdom fra Ås skal få tilbud om å gå på Follo Barne- og ungdomsskole, samt hvordan informasjon skal bli gitt til aktuelle foreldre, dette bør det følges med på. Vi foreslår at det bes om regelmessig informasjon om hvor mange fra Ås som benytter tilbudet.

9. HHS har i perioden ikke sett helhetlig på den faglige oppfølgingen samt tjenestetilbudet til nyankomne flyktinger til kommunen. Det kan være fornuftig med en gjennomgang av dette samt se på hvordan kommunen har disponert midlene som følger.

3. Konkrete saker vi har etterspurt og som vi avventer

1. Nye retningslinjer for dekningsgrad av tilsynsleger ved sykehjemmet må innføres i Ås. Vurdering av om det er mest hensiktsmessig å bruke fastlegenes 7,5 timers off helsearbeid ev ansette egen tilsynslege. Videre bør en se på samarbeid mellom fastlege og tilsynslege når pasienten er innlagt på sykehjem, både på langtid og korttid/rehab. avdeling.
2. Det er fattet et vedtak om at Rådmannen skal komme med en utredning som ser på arbeidskapasitet og kompetanse i helse og sosialadministrasjonen.
3. Legeplanen for 2007 skal rulleres i 2008 og med en del endringer
4. Fysioterapisaken er ikke formelt avsluttet.
5. Det er et kommunestyrevedtak på at en skal få en ny legehjemmel i Nordby området, denne er ikke på plass ennå og det må følges opp da valgfriheten blant leger for befolkningen i dag er lav. Blant annet har ingen kvinnelige leger kapasitet på sine lister.
6. Det er vedtatt at det skal fremmes en sak med retningslinjer for tildeling av hjemler; lege, fysioterapi og jordmor.

4. Generell informasjon om politisk arbeid i et hovedutvalg:

1. Det er viktig å få systematisk informasjon om de ulike fagområdene, dette arbeidet er det greit å strukturere ved at utvalget sammen setter opp en halvårsplan over hvilken informasjon de ønsker. Hvilket ansvarsområde HHS har er listet opp i retningslinjer for folkevalgte.
2. Det kan være fornuftig å få oversikt over når de ulike sakene kommer til behandling, dette følger bestemte rutiner. Be om en oversikt over hvilke saker som kommer når i løpet av året. Videre har vi erfaring med at en bør unngå "hastverk saker" og behandling av saker i ferier.
3. Det kan være veldig fornuftig å starte arbeidet i HHS med en grundig opplæring i utvalget. En bør vurdere å invitere Ordføreren til et slik møte å gå gjennom alle muligheter en har for å jobbe politisk. Vi tenker her på konkrete beskrivelser av hvordan en fremmer saker, hvordan en setter ned ad hoc grupper, hvordan en anker, hvordan en sender tilbake for ny utredning osv. Det er vesentlig at alle deltagerne av HHS kjenner det politiske regelverket som er vårt arbeidsverktøy. Det kan være fornuftig med en avklaring av roller mellom politikere og administrasjon. Vider vil det være hensiktsmessig å gå gjennom habilitetsregler.
4. Det kan være behov for å jobbe "friere" med politiske saksområder enn det arbeidsformen som følger av at administrasjonen fremmer saker til politisk behandling gir. Vi vil anbefale at en setter av 15 minutter etter hvert møte til å kunne fremme hjertesaker fra de ulike medlemmene av HHS. Videre peker vi på muligheten av å sette med Ad hoc grupper til å jobbe systematisk og grundig med utvalgte temaer.
5. Videre vil aktiv bruk av avviksmeldinger innen HHS området gi dere viktig informasjon om hva som rører seg på deres arbeidesområde. Det samme gjelder kontinuerlig fremlegging av klager på HHS området til HHS.
6. Det er viktig å få informasjon fra "underliggende" organer som; samarbeidsutvalget med fastlegene, Eldrerådet, rådet for funksjonshemmede samt sosialutvalget.

7. Sosial og helsedirektoratet gir årlig ut rundskriv 1 hvor de redegjør for nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd. Her er det mye viktig informasjon å hente både om stasjonsområder samt muligheter for å søke tilskudd. Vi anbefaler at alle medlemmene i HHS får et eksemplar hver.
8. Sosial og helsedirektoratet gir også ut en rapport om utviklingstrekk i sosial og helsesektoren. Denne gir nyttig styringsinformasjon.
9. HELTEFFundersøkelsene sier noe om helsetilstanden og utviklingen innen området med tall på kommunenivå og er en viktig informasjonskilde.
10. Videre kan en vurdere om en vil åpne møtene for ”innbyggerne” slik at de for eksempel kan få 10 minutter i starten av møtene til å fremme spørsmål.

5. Generell kommentar om rammene rundt det politiske arbeidet i denne fireårsperioden:

HHS har i denne perioden opplevd at administrasjonen har hatt for lite utredningskapasitet og for lite kapasitet til å fremme saker til politisk behandling. Dette har vist seg ved at HHS ved flere anledninger har måtte vente uthensiktsmessig lenge for å få saker til politisk behandling. Videre har denne begrensede kapasiteten satt store begrensninger for HHS sin mulighet til å initiere saker, noe som er sterkt betenkelig da HHS har saksansvar for sitt fagområde og innstiller til formannskap og kommunestyre i saker innen vårt fagområde. Det er betraktelig behov for å øke den politiske styringen av HHS området og en viktig forutsetning for å få til dette er at det er administrativ kapasitet, dette er Rådmannen sitt ansvar. HHS har i sittende periode tatt for mye hensyn til manglende utrednings og behandlingsskapasitet på HHS området.

Videre ser ikke HHS bort fra at det er en potensiell økonomisk gevinst å hente på å ansette flere i helse og sosial administrasjonen, vi tenker da både i forhold til bruk av at det i denne perioden hav vært bruk av eksterne konsulenter og bruk av advokathjelp. Dette kan en få utgiftsberegnet for å synliggjøre utgiftene.

Afrikansk visdom

Den engelske forfatterinnen Dorris Lessing har beskrevet/oversatt et skilt hun en gang så på et offentlig kontor i Zimbabwe:

Sjefen pisker sitt folk.
Lederen inspirerer dem.

Sjefen leder med autoritet.
Lederen leder med velvilje.

Sjefen vekker frykten.
Lederen utstråler kjærlighet.

Sjefen sier JEG!
Lederen sier VI!

Sjefen viser hvem som har gjort feil.
Lederen viser hva som gikk feil.

Sjefen vet hva som skal gjøres.
Lederen vet hvordan man gjør det.

Sjefen krever respekt.
Lederen fortjener respekt.

Vær derfor lederen,
IKKE SJEFEN!

Lykke til med vervene!!!