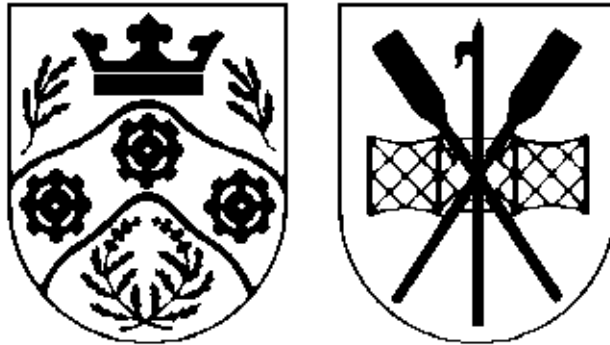


## LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 12. juni 2013 kl. 14:30  
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Udvalgsværelse 1/Rådhus.

Medlemmerne var til stede

Endvidere deltog:

Direktør Søren Hansen

Direktør Ulla Agerskov under pkt. 1

Centerchef Lone Nygaard Jensen under pkt. 1

Centerchef Dorte Vangsø Rasmussen under pkt 2-11

Udvalgssekretær Louise Angelo

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>Sag nr:</b>		<b>Side:</b>
01	<b>Udviklingsstrategi 2014 Det Specialiserede Socialområde KKR</b>	<b>3</b>
	.	
02	<b>Omsorgsboliger på Buddingevej 50, den videre proces</b>	<b>6</b>
	.	
03	<b>Perspektivnotat 2014-17 - Social- og Sundhedsudvalget</b>	<b>9</b>
	.	
04	<b>Handleplan for udmøntning af ældrestrategi</b>	<b>11</b>
	.	
05	<b>Aldersfordeling SOSU-elevuddannelsen</b>	<b>12</b>
	.	
06	<b>Udbud af Indkøbsordning på Ældreområdet - godkendelse af kravsspecifikation</b>	<b>14</b>
	.	
07	<b>Moderniseringsaftalen - udbudsmodel på Frit valg området</b>	<b>16</b>
	.	
08	<b>Genberegning af timepriser på Frit valg området</b>	<b>19</b>
	.	
09	<b>Voucher-ordning på madområdet</b>	<b>21</b>
	.	
10	<b>Afløsning/aflastning af pårørende til borgere med demens.</b>	<b>24</b>
	.	
11	<b>Mulighed for støtte til økonomisk overblik til pårørende til ældre, der har behov for en plejehjemsbolig.</b>	<b>27</b>
	.	
12	<b>Meddelelser til udvalgets medlemmer juni 2013</b>	<b>29</b>
	.	

1.

## **Udviklingsstrategi 2014 Det Specialiserede Socialområde KKR**

### **Sagsfremstilling**

Kommunerne overtog fra marts 2011 og april 2012 henholdsvis ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde specialundervisningsområdet. Dermed fik kommunerne også ansvaret for at udarbejde en årlig rammeaftale for det specialiserede social- og specialundervisningsområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale.

Udviklingsstrategien for 2014 omfatter både det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, og er gældende for perioden 1. januar 2014 til 31. december 2014 (bilag i kort form vedlagt. Bilaget kan i sin fulde længde, inklusive bilag, findes på <http://www.rammeaftale-h.dk/da/rammeaftale/rammeaftale-2014/> )

Tilbud omfattet af Udviklingsstrategi i Rammeaftale 2014 er:

De højt specialiserede og de mest specialiserede tilbud i hovedstadsregionen

- Tilbud til borgere med de mest komplekse og specielle behov
- Tilbud til borgere, som kræver et stort befolkningsgrundlag for, at tilbuddet kan drives rentabelt og med høj faglighed.
- Alle regionsdrevne tilbud i hovedstadsregionen.

Der er i hovedstadsregionen en særlig opmærksomhed på de mest specialiserede tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategien. Disse tilbud bliver fulgt løbende af en særligt nedsat task force. Derudover opstilles der blandt andet fælleskommunale procedurer i Styringsaftale 2014, som kan hjælpe med, at de mest specialiserede kompetencer bevares og udvikles i regionen

Et formål med Udviklingsstrategien er at undersøge, om der er områder, hvor der er behov for en særlig koordination eller samarbejde på tværs af kommunerne og/eller mellem kommunerne og Region Hovedstaden. Det kan være regulering af antal pladser blandt de tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategien, eller andre indsatser eller tiltag i tværkommunalt regi. Der kan konstateres nogle bevægelser og tendenser inden for målgrupperne og tilbudstyperne på det specialiserede socialområde, som har direkte relevans for den tværkommunale koordination i KKR-regi.

Kommunerne i hovedstadsregionen forventer generelt en stigning i antallet af borgere inden for målgrupperne børn, unge og voksne med udviklingsforstyrrelser (såsom ADHD og autisme) samt voksne med stofmisbrug og voksne med sindslidelse.

Det specialiserede socialområde i hovedstadsregionen er præget af strategier om

inklusion og hjemtagning af borgere fra døgntilbud til typisk mindre indgribende tilbud i nærmiljøet.

De børn, unge og voksne, som kommunerne vurderer, har behov for de højt specialiserede tilbud (omfattet af Udviklingsstrategien), er i de fleste tilfælde borgere med de sværeste vanskeligheder og med de mest specialiserede behandlings- og plejebehov.

Der er behov for løbende tilpasning og nytænkning af tilbudsviften inden for de højt specialiserede tilbud, der imødekommer udviklingen inden for målgrupperne og inden for den kommunale organisering og tilrettelæggelse af indsatserne på området.

Med baggrund i ovenstående konklusioner er der for 2014 udvalgt følgende to fokusområder for den tværkommunale koordination i KKR-regi:

1. Der sættes særligt fokus på den stigende tilgang inden for målgrupperne børn, unge og voksne med udviklingsforstyrrelser, stofmisbrug samt sindslidelse. Dette fokus bliver udmøntet i behandlingen af det særlige tema for 2014 om ungeområdet (se nedenfor).
2. Der vil være en særlig tværkommunal opmærksomhed på, hvordan de højt specialiserede tilbud i Udviklingsstrategien udvikler sig. Herunder vil der være fokus på tilbuddenes fleksibilitet og løbende tilpasning til udviklingen i målgruppernes behov og kommunernes efterspørgsel.

Denne særlige opmærksomhed udmøntes via et særligt fokus i de analyser, der gennemføres i rammeaftaleregi og i den løbende opfølgning på de mest specialiserede tilbud i Udviklingsstrategien.

Et formål med Udviklingsstrategien er også, at KKR Hovedstaden skal udvælge hvilke særlige temaer, der skal være i fokus i det pågældende år. Derudover har Social- og Integrationsministeren mulighed for at udmelde særlige temaer, som skal indgå i strategien.

For Udviklingsstrategi i Rammeaftale 2014 er de særlige temaer følgende:

- Ungeområdet (temaet er valgt af KKR Hovedstaden, og udledt af fokusområde).
- Godkendelse og tilsyn (temaet er udmeldt af Social- og Integrationsministeren).

Det særlige tema om ungeområdet vil blive behandlet i 2014, mens Social- og Integrationsministerens tema om godkendelse og tilsyn vil blive behandlet allerede i 2013, hvor det nye Socialtilsyn etableres.

Derudover er der i KKR Hovedstaden igangsat følgende særlige projekter, der forløber over perioden 2012-2014:

- Afholdelse af 2 temamøder vedrørende nyspecialisering.
- Kortlægning af området sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrien.
- Kortlægning af udviklingen i brugen af de forskellige former for familieplejebringerer.
- Udviklingsprojekt vedrørende definition af de mest specialiserede tilbud.

- Udviklingsprojekt vedrørende justering af principper i styringsaftalen.
- Udviklingsprojekt vedrørende definitioner og fælles standarder på hjerneskadeområdet

#### **Økonomiske konsekvenser**

Opgaven løses indenfor rammen.

#### **Beslutningskompetence**

Kommunalbestyrelsen.

#### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at Udviklingsstrategien for 2014 i KKR-regi godkendes.

#### **Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

Anbefalet, idet det udarbejdes et brev til KKR der påpeger, at sagsfremstillingen findes uhensigtsmæssig og ustruktureret, samt at udvalget hverken finder ambitionsniveauet tilstrækkeligt eller tydeligt formuleret. Fremadrettet ønsker udvalget, at KKR-sager og lignende inden for udvalgets rammer drøftes forud for den administrative udarbejdelse.

2.

## **Omsorgsboliger på Buddingevej 50, den videre proces**

### **Sagsfremstilling**

I forbindelse med vedtagelsen af Budget 2013-16 er der indgået aftale om at opføre 40 nye omsorgsboliger - bygget som ældreboliger i forhold til almenboliglovgivningen.

Byplanudvalget har den 6. februar 2013 i forbindelse med behandling af sagen om placeringen af omsorgsboligerne ønsket et notat omkring anvendelsesmulighederne for ejendommene Chr. X's Allé nr. 109-113. Kommunalbestyrelsen har den 28. februar 2013 besluttet, at der arbejdes videre med arealet på Buddingevej 50 - den tidligere statsskole i forhold til etablering af omsorgsboliger.

Forvaltningen har i notat af 15. maj 2013 om beskrivelse af ejendommene Chr. X's Allé nr. 109-113 redegjort for anvendelsesmuligheden i forbindelse med omsorgsboliger (bilag).

Forvaltningen har udarbejdet et udkast til mappe for omsorgsboligerne på Buddingevej 50, som er et samlet dokument, med blandt andet beskrivelser af bygning og grund, planforhold og de ældrefaglige visioner for omsorgsboligerne, herunder målgruppe og indhold af aktiviteter, oplevelser og tryghed for beboerne samt tidsplan og økonomi (bilag).

I denne mappe ligger desuden tre forslag til placering af 16 boliger på grunden, idet der forventes etableret 24 boliger i hovedhuset. På denne baggrund peger forvaltningen på at der udarbejdes en lokalplan med mulighed for opførelse af ny bebyggelse i op til 3 etager og med et etageareal på ca. 1.000 m<sup>2</sup>, jf. kortbilag med nuværende lokalplan (bilag).

Herudover peger forvaltningen på at der udarbejdes et kommuneplantillæg med mulighed for den påtænkte anvendelse, bebyggelsesprocent på 70 mv., hvor ejendommen Buddingevej 54 også inddrages, idet bebyggelsesprocenten i dag er på 45. Til finansiering af projektet peger forvaltningen på, at der gives anlægsbevilling på 2 mio. kr. i 2013 finansieret af det i budget 2013 afsatte rådighedsbeløb på 2 mio. kr. til helhedsplan mv.

Social- og Sundhedsudvalget har i maj 2013 behandlet oplæg til visionerne for boligerne, målgruppen og "omsorgspakken", som indeholder aktiviteter, oplevelser, samvær og fællesskab, og som skal drives af et fast tilknyttet personale for 1 mio. kr. årligt i drift, jf. ovennævnte "mappe". Udvalget besluttede at lægge oplægget til

grund for det videre arbejde med boligerne. Arbejdet med indholdet af omsorgsboligerne er siden kvalificeret gennem dialog med potentielle brugere af de kommende omsorgsboliger, herunder repræsentanter fra Seniorrådet og Ældre Sagen samt andre plejehjem, som har arbejdet succesfuldt med at inddrage beboere i udvikling og drift. Sideløbende har forvaltningen foranstaltet en række møder med de omkringliggende institutioner for at afklare og tage initiativ til samarbejde omkring aktiviteter og oplevelser. Senere forventes samarbejdet også at omfatte "spacemanagement" - deling og brug af hinandens arealer.

Forvaltningen peger på, at målgruppe, indhold af omsorgspakken samt samarbejdet med omkringliggende institutioner fastlægges som koncept for omsorgsboligerne og indgår i det endelige byggeprogram, jf. ovennævnte dokument.

### **Økonomiske konsekvenser**

Der er afsat 2 mio. kr. i 2013 til helhedsplan mv., samt 8,6 mio. kr. til grundkapital (10 % af det samlede anlægsbudget for omsorgsboligerne).

Derudover indregnes indtægt ved grundsalg -7,68 mio. kr. (jf. lov om støttet byggeri) i 2014 samt 1,5 mio. kr. til montering (inventar mv.) i 2015.

For at kunne igangsætte det videre arbejde, herunder byggetekniske analyser af bygningen og grunden samt udarbejdelse af materiale til lokalplan mv., peger forvaltningen på, at der gives anlægsbevilling på de i budgettet afsatte 2 mio. kr. til helhedsplan mv.

Byggeprojektet forventes afholdt inden for disse allerede afsatte rammer. Driftsudgifter på 1 mio. kr. indgår i budget 2013-16.

### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget for så vidt angår målgruppe og indhold af omsorgsboligerne

Byplanudvalget for så vidt angår lokalplan

Økonomiudvalget for så vidt angår beslutning om udarbejdelse af kommuneplantillæg

Kommunalbestyrelsen for så vidt angår anlægsbevilling.

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at

1. der på baggrund af det foreslåede udarbejdes ny lokalplan med mulighed for opførelse af ny bebyggelse i op til 3 etager og med et etageareal på ca. 1.000 m<sup>2</sup>
2. der udarbejdes et kommuneplantillæg vedrørende anvendelse, bebyggelsesprocent på 70 mv.
3. målgruppen, indholdet af omsorgspakken samt samarbejdet med omkringliggende institutioner godkendes endeligt
4. der gives anlægsbevilling på 2 mio. kr. i 2013 finansieret af det i budget 2013 afsatte rådighedsbeløb på 2 mio. kr. til helhedsplan mv.

**Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

3. Godkendt



3.

## **Perspektivnotat 2014-17 - Social- og Sundhedsudvalget**

### **Sagsfremstilling**

Økonomiudvalget vedtog den 24. januar 2013 Budgetproces 2014-17. Af procesbeskrivelsen fremgår det bl.a., at der skal udarbejdes perspektivnotater, som skal indeholde "en præsentation af de væsentligste udfordringer, samt de budgetforudsætninger, som budgettet er dannet på baggrund af".

Perspektivnotaterne (bilag) skal drøftes i fagudvalgene og herefter indgå i det administrative budgetforslag.

Forvaltningen har udarbejdet udkast til perspektivnotater for alle aktivitetsområder. Tallene i driftsrammerne vil blive tilpasset i det administrative budgetforslag i det omfang, der sker justeringer som følge af blandt andet aftalen om kommunernes økonomi for 2014 og den reviderede befolkningsprognose, som behandles af Økonomiudvalget i juni. Som følge heraf er der også nøgletal, som endnu ikke kan beregnes. Det er i notaterne markeret, hvor der er tale om foreløbige data eller nøgletal, der først senere kan beregnes. Driftsrammerne og nøgletallene færdiggøres frem mod præsentationen af budgetforslaget i august.

Perspektivnotaterne sætter fokus på de økonomiske og styringsmæssige perspektiver og udfordringer. På social- og sundhedsområdet er der tale om følgende perspektiver og udfordringer, som uddybes i perspektivnotatet:

- Træning og omsorg:
  - Træning og aktivitet i hverdagen
  - Det nære sundhedsvæsen - fokus på tidlig opsporing og kvalitet i indsatsen
  - Skærmteknologi
  - Forskningsplejehjem
  
- Handicappede:
  - Styrket sagsbehandling
  - Styrket informationsflow
  - Styrkelse af budgetgrundlaget for § 85-støtteordningen
  - Skærpet leverandørstyring
  - Effektivisering af udførerøkonomien
  - Implementering af helhedsplanen for socialpsykiatrien
  - Socialt tilsyn
  - Tilbagetrækningsreformen
  - Førtidspensionsreformen

- Sundhed:
  - Aktivitetsbestemt medfinansiering
  - Flere krav og bindinger til sundhedsindsatsen
  - Vederlagsfri fysioterapi og ophold på hospice
  - Efterspørgsel på genoptræning og vedligeholdelsestræning
  - Sammenlægning af tandplejeklinikker

På baggrund af fagudvalgenes drøftelse af udkast til perspektivnotater, vil forvaltningen færdiggøre notaterne med henblik på, at perspektivnotaterne kan indgå i det administrative budgetforslag, som præsenteres for Økonomiudvalget den 19. august 2013.

#### **Økonomiske konsekvenser**

Opgaven løses inden for rammen.

#### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

#### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at udkast til perspektivnotat drøftes med henblik på at lade perspektivnotaterne indgå i det administrative budgetforslag.

#### **Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

Drøftet.

4.

## **Handleplan for udmøntning af ældrestrategi**

### **Sagsfremstilling**

Den endelige ældrestrategi blev godkendt af Social- og Sundhedsudvalget den 16. januar 2013 og af Kommunalbestyrelsen den 31. januar 2013. Social- og Sundhedsudvalget blev den 6. marts 2013 præsenteret for det første udkast til en handleplan, der beskrev konkrete initiativer, der skal realisere visionerne og tankerne i ældrestrategien. Handleplanen blev herefter sendt i høring hos Seniorrådet. Seniorrådets høringsvar er: "Seniorrådet kan tilslutte sig de beskrevne initiativer og lægger stor vægt på, at borgerne inddrages i processen".

Forvaltningen har prioriteret initiativerne i handleplanen, og konkretiseret hvornår de enkelte initiativer iværksættes. For hvert år er der lavet en handleplan med initiativer indenfor temaerne forebyggelse, velfærdsteknologi, frivillighed og kommunikation. Formålet med det enkelte initiativ fremgår af handleplanen, ligesom målgruppen for og indholdet i initiativet er beskrevet. Der er enkelte initiativer, som forvaltningen ikke foreslår iværksat, begrundelserne fremgår af planen (bilag).

### **Økonomiske konsekvenser**

Udgifter til ældrestrategiprojektet afholdes inden for ældreområdet rammer. Finansiering af relevante initiativer vil samtænkes med udmøntningen af de 1,9 mio. kr. til kvalitetsløft og aktiviteter på kommunens plejehjem.

### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at handleplanen iværksættes.

**Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

Godkendt

5.

## Aldersfordeling SOSU-elevuddannelsen

### Sagsfremstilling

Med budgetaftalen 2013-2016 er det besluttet at følge udviklingen i den aldersmæssige fordeling af elever på SOSU-elevuddannelsen i kommunen. Nedenfor gives der en status for aldersfordelingen af elever på social- og sundhedshjælperuddannelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Der ansættes årligt 101 social- og sundhedshjælperelever i Lyngby-Taarbæk Kommune fordelt på tre hold, der begynder i henholdsvis januar, maj og september. Det svarer til 33-34 elever pr. hold.

Uddannelsens længde er 14 måneder. Derfor er der samlet set seks hold social- og sundhedshjælperelever i 2013, hvoraf tre hold startede op i 2012. På nuværende tidspunkt kendes elevantallet samt den aldersmæssige fordeling af elever ikke for det hold, der begynder september måned 2013.

Som det fremgår af tabel 1 er en stor andel af eleverne 25 år eller derover. I Lyngby-Taarbæk Kommune tilbydes alle elever på 25 år og derover på social- og sundhedshjælperuddannelsen voksenelevløn.

Den høje andel af elever på 25 år og derover forventes at fortsætte, idet der på nuværende tidspunkt kun er Furesø Kommune i nærheden der ligesom Lyngby-Taarbæk Kommune giver voksenelevløn til alle elever på 25 år og derover. Det indebærer, at relativt mange ældre elever søger om ansættelse i Lyngby-Taarbæk og Furesø kommuner.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at der på de to hold fra henholdsvis januar og maj 2013 er seks elever i alt, som opfylder de kriterier for tildeling af voksenelevløn på social- og sundhedshjælperuddannelserne, der er aftalt mellem KL og FOA i 2007, og som andre kommuner lægger til grund for tildeling af voksenelevløn. På holdene med opstart i 2012 var der ved holdstart i gennemsnit fem elever pr. hold, der opfylder disse kriterier.

*Tabel 1: Social- og sundhedshjælperelever i Lyngby-Taarbæk Kommune i 2013 (pr. 17. maj 2013)*

<b>Hold</b>	<b>Antal elever i alt</b>	<b>Heraf elever på 25 år og derover</b>	<b>Dato for uddannelsesstart</b>	<b>Dato for uddannelsesafslutning</b>
Januar 2012	22	21	16-01-2012	15-03-2013

Maj 2012	29	27	02-05-2012	30-06-2013
September 2012	28	24	17-09-2012	16-11-2013
Januar 2013	34	30	15-01-2013	14-03-2014
Maj 2013	34	28	02-05-2013	30-06-2014

I budget 2013 er der forudsat 28 voksnelever pr. hold. Den nuværende aldersmæssige fordeling af elever er således samlet set for alle hold i overensstemmelse med budgetforudsætningerne.

#### **Økonomiske konsekvenser**

Opgaven løses inden for rammen.

#### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

#### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at den aldersmæssige fordeling af elever på SOSU-elevuddannelsen tages til efterretning.

#### **Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

Taget til efterretning.

6.

## **Udbud af Indkøbsordning på Ældreområdet - godkendelse af kravsspecifikation**

### **Sagsfremstilling**

I Budgetaftalen 2013 - 2016 indgår en hensigtserklæring om at arbejde videre med forslag om nyt udbud af indkøb og udbringning af dagligvarer på ældreområdet. Udbuddet forventes at give en årlig budgetreduktion på ca. 0,4 mio. kr. fra og med 2013 og frem.

Social- og Sundhedsudvalget godkendte den 7. marts 2013 at gennemføre udbuddet af indkøb og udbringning af dagligvarer efter udbudsmodellen med udbud til private leverandører. Forvaltningen har på denne baggrund udarbejdet udbudsmateriale og kravspecifikation (bilag).

Kravspecifikationen har været i høring i Seniorrådet den 11. juni 2013. Udvalget vil den 12. juni 2013 blive mundtligt orienteret om Seniorrådets kommentarer. Kravspecifikationen beskriver mindstekrav til leverandørens bestillerfunktion, egenkontrol, vareudbud, prisniveau, tilbudskrav, levering, akutindkøb. Det skal eksempelvis være muligt at bestille hos leverandøren både elektronisk via hjemmesiden (fx med de håndholdt computere kaldet pda) og telefonisk.

Leverandørerne forpligter sig til at have konkurrencedygtige priser, sammenlignet med øvrige indkøbsmuligheder i Lyngby-Taarbæk Kommune. De visiterede borgere skal have et indkøbskatalog med vejledende priser og farvebilleder. Ved akutindlæggelse skal borgeren kun betale for letfordærlige fødevarer etc. Herudover er der bl.a også krav til leverandørens medarbejdere om håndtering af fødevarer og sprogkunderskaber.

Udbuddet annonceres i samarbejde med Gladsaxe Kommune, som nu har tilkendegivet, at de gerne vil indgå i udbuddet. Herved udbydes der et større marked, hvilket forventes at sikre lave priser fra leverandørerne. Offentliggørelsen af udbuddet planlægges til juni-juli med forventet kontraktstart 1. oktober 2013.

### **Økonomiske konsekvenser**

Udbuddet indgår i hensigtserklæringerne for Budgetaftalen 2013 og forventes at give en budgetreduktion på 0,4 mio. kr. årligt fra og med 2013 og frem.

### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

**Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at

1. kravspecifikationen tages i anvendelse
2. udbuddet offentliggøres i samarbejde med Gladsaxe Kommune.

**Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

1. Godkendt
2. Godkendt

7.

## **Moderniseringsaftalen - udbudsmodel på Frit valg området**

### **Sagsfremstilling**

Social- og Sundhedsudvalget godkendte den 6. februar 2013, at forvaltningen udarbejdede en ny model for udbud af frit valg-ydelser jf. § 83 i Serviceloven om "praktisk hjælp og pleje i eget hjem" på ældreområdet. Modellen skulle tage udgangspunkt i *udbudsmodellen* som blev relevant med moderniseringsaftalens lovudmøntning pr. 1. april 2013.

Det konkrete indhold af lovændringen pr. 1. april er nu endeligt kendt, hvilket giver anledning til at revurdere den oprindelige beslutning fra 6. februar vedrørende valg af model for udbuddet, idet rammerne for udbudsmodeller er ændret på væsentlige områder.

Udbudsmodellen er blevet mindre anvendelig på grund af risiko for prisdifference mellem leverandørerne, samtidigt med at en anden model for udbud, *udbud inden for godkendelsesmodellen*, nu er blevet relevant som følge af ændrede vilkår for hovedleverandøren.

Udbudsmodellen giver følgende proces: På baggrund af et udbud (indeholdende kommunens kvalitetsstandarder) indgås der kontrakt med leverandørerne med udgangspunkt i de timepriser, de har angivet i tilbuddet. Leverandørerne skal derfor ikke længere afregnes med de beregnede kommunale timepriser. Borgerne kan herefter vælge mellem de leverandører, der indgås kontrakt med, efter udbuddet. Herved opnås der i princippet konkurrence på både kvalitet og pris. I udbudsmodellen indgås der kontrakt med 2-5 leverandører. Antallet af leverandører har kommunalbestyrelsen besluttet inden udbuddet.

Ved lovændringen 1. april 2013 er der ikke længere loft på prisdifferencen mellem leverandørerne - tidligere var der et max på 10 % i prisafvigelse mellem den dyreste og den billigste leverandør. Der er derfor risiko for, at der kan være betydelige prisforskelle mellem leverandørerne, som der ikke umiddelbart kan tages højde for i udbuddet. Udbudsmodellen er derfor mest attraktiv, hvis man ønsker få leverandører i udbuddet. Ved få leverandører forventes det samtidigt, at der vil kunne opnås de laveste priser, som følge af større markedsandele for den enkelte leverandør.

Udbud inden for godkendelsesmodellen giver følgende proces: På baggrund af et udbud (indeholdende kommunens kvalitetsstandarder) indgås der kontrakt med en hovedleverandør, med udgangspunkt i de timepriser, leverandøren har angivet i



tilbuddet. Leverandører, der ønsker at levere på samme vilkår som hovedleverandøren, herunder timepriser, godkendes. Hovedleverandøren, der vinder udbuddet, har ved lovændringen 1. april 2013 fået den fordel, at borgerne aktivt skal vælge en anden leverandør, hvis de ikke ønsker hovedleverandøren. Det betyder, at det nu - alt andet lige - er en fordel at byde ind med konkurrencedygtige priser og vinde udbuddet og blive hovedleverandør. Herved opnås der konkurrence på både kvalitet og pris - uden loft over antallet af leverandører.

Udbud under godkendelsesmodellen vurderes som den bedste model, hvis man ønsker mange leverandører at vælge imellem for borgerne. Modellen vurderes dog at medføre højere priser end udbudsmodellen, som følge af forventeligt mindre markedsandele for den enkelte leverandør.

Uanset hvilken model der vælges, kan den ny model formes på flere måder:

For det første er det muligt at opdele ydelserne i udbuddet i f.eks. praktisk hjælp og personlig pleje. Ved at opdele ydelserne kan den enkelte leverandør byde særskilt på en af ydelserne - herved vil f.eks. mange af de nuværende frit valg-leverandører, der kun tilbyder praktisk hjælp, kunne fortsætte som leverandører. De borgere, der i forvejen har valgt en af disse leverandører, vil derfor ikke skulle skifte til en ny leverandør. Ved at opdele ydelserne i udbuddet mellem praktisk hjælp og personlig pleje opnås der flere potentielle leverandører, hvorved priserne formentlig kan forventes at blive højere som følge af de færre markedsandele pr. leverandør. Den samme leverandør kan selvfølgelig byde på begge typer af ydelser.

For det andet er det muligt at opdele Kommunens hjemmeplejedistrikter i udbuddet og derved udbyde forskellige distrikter, herunder gennem forskellige udbudsmodeller, samt antal af leverandører og typer af ydelser. Forvaltningen anbefaler dog at udbyde hele hjemmeplejedistriktet i Kommunen, med udgangspunkt i samme model og ydelser, for at sikre nem administration, størst mulig valgfrihed for borgerne og størst muligt marked for leverandørerne.

Samlet peger forvaltningen på, at anvende *udbud inden for godkendelsesmodellen*. Modellen sikrer konkurrence om pris samtidigt med et potentielt højt antal af leverandører, som borgerne kan vælge imellem. I forlængelse heraf forventes det, at færrest mulige borgere vil skulle skifte leverandør. Desuden peger forvaltningen på, at hele Kommunens hjemmeplejedistrikt omfattes af udbuddet, samt at ydelserne i udbuddet opdeles mellem praktisk hjælp og personlig pleje. Herved tilgodeses flest mulige leverandører.

Det skal pointeres, at Den Kommunale Leverandør ikke deltager i udbuddet, men fortsætter som leverandør i Kommunen på lige vilkår med andre leverandører - dog som udgangspunkt med egne kommunale timepriser, jf. lovændringen bag den ny udbudsmodel, som betyder at Kommunen ikke behøver at afgive bud, for fortsat at

kunne være leverandør. Efter udbuddet, og de private leverandørs timepriser er kendte, skal det på baggrund heraf beslattes om de økonomiske rammer, for Den Kommunale Leverandør på frit valg området, skal ændres.

Forvaltningen udarbejder kravspecifikation for udbuddet, som sendes i høring i Seniorrådet. Kravspecifikationen forelægges udvalget i efteråret 2013.

### **Økonomiske konsekvenser**

I budgetaftalen 2013-16 indgår der en besparelse på 1 mio. kr., fra og med 2014, som forventet besparelse ved at ændre model for udbud på frit valg-området.

### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår at,

1. udbuddet udarbejdes udfra udbud inden for godkendelsesmodellen
2. praktisk hjælp og personlig pleje udbydes særskilt i udbuddet
3. udbuddet af frit valg-ydelser omfatter hele kommunens hjemmeplejedistrikt.

### **Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

1. Godkendt
2. Godkendt
3. Godkendt

8.

## **Genberegning af timepriser på Frit valg området**

### **Sagsfremstilling**

Timepriserne på frit valg-området 2012-2013 blev godkendt af Social- og Sundhedsudvalget i april 2013. Timepriserne bruges i afregningen af private leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje.

Imidlertid er der behov for korrektion i beregningen af timepriserne, da der dels har vist sig fejl i opgørelsen af visiterede timer i pleje- og omsorgssystemet, dels fordi pris- og lønfremskrivningsprocenten for 2012 - 2013 er ændret.

#### *Timepris 2012*

Fejlen i antallet af visiterede timer er opstået som led i opgørelsen timerne. Tidligere beregnede forvaltningen timepriserne på baggrund af leverede timer, men fordi der er taget et nyt vagtplansmodul i brug, har det ikke været muligt at opgøre antallet af leverede timer i perioden april - december 2012. Derfor er det antallet af visiterede timer, der ligger til grund for beregning af timepriserne i 2012. Da der erfaringsmæssigt leveres flere timer end der visiteres, som følge af akuthjælp til borgerne, er de visiterede timer i 2012 justeret op, svarende til forholdet mellem visiterede og leverede timer i 2011.

I opgørelsen af de visiterede timer er der imidlertid opstået en fejl, fordi der i nogle tilfælde ikke er taget højde for forsinkelse i ændring af visitationen af hjemmepleje-timer, når borgeren er flyttet på plejehjem. Det har betydet, at der indgik ca. 2000 timer for meget i beregningen, som i øvrigt ligger i størrelsesordenen af ca. 300.000 visiterede timer.

Det for høje antal visiterede timer korrigeres der nu for i beregningen af timepriserne for regnskab 2012. Korrektionen betyder, at timeprisen på praktisk hjælp er steget fra 333 kr. til 338 kr. I den tidligere beregning var stigningen i timeprisen beregnet til 335 kr. Genberegningen medfører en tilbagebetaling til de private leverandører vedrørende 2012 på ca. 0,15 mio. kr., fremfor som tidligere beskrevet, ca. 0,07 mio. kr. Det samlede budget til frit valg-området var i 2012 på ca. 117 mio. kr.

#### *Timepris 2013*

Timeprisen i 2013 beregnes på baggrund af regnskab 2012 priserne, fremskevet med pris- og lønfremskrivningsprocenten. Ændringen i pris- og lønfremskrivningsprocenten 2012 - 2013 på -0,9 % point (fra 1,44 % til 0,54 %) medfører derfor, at timeprisen i 2013 skal justeres med den lavere

fremskrivningsfaktor.

I notatet "Frit valg timepriser 2012 og 2013" (bilag) fremgår de genberegnete timepriser for 2012 og de beregnede timepriser for 2013, som følge af den ændrede fremskrivningsprocent..

#### **Økonomiske konsekvenser**

Der efterbetales ca. 0,15 mio. kr. til de private leverandører, hvilket er 0,08 mio. kr. mere, end beskrevet for udvalget i april. Udgiften afholdes inden for rammen.

#### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

#### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at

1. de genberegnete frit valg-timepriser for regnskab 2012 og de beregnede frit valg-timepriser for 2013 lægges til grund for afregningen med leverandører
2. der sker en efterbetaling af de private leverandører på ca. 0,15 mio. kr. vedrørende praktisk hjælp.

#### **Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

1. Godkendt
2. Godkendt.

9.

## **Voucher-ordning på madområdet**

### **Sagsfremstilling**

Social- og Sundhedsforvaltningen har på baggrund af beslutning i Social- og Sundhedsudvalget den 10. april 2013 bedt forvaltningen redegøre for den "voucher"-ordning på madområdet, der er etableret i Københavns Kommune, herunder de økonomiske og servicemæssige konsekvenser.

Københavns Kommune har i 2012 afprøvet et pilotprojekt med en voucher-lignende madordning kaldet "Madklippekortet" på Amager. Madklippekortet er et nyt madtilbud, der henvender sig til de mere raske og rørige ældre, som har behov for hjælp til maden. Madklippekortets målgruppe er derved en anden end de, der i Lyngby-Taarbæk Kommune visiteres til madservice, såsom f.eks. "Kram-madservice" og "Din private kok".

I pilotprojektet er der indgået aftaler med fem spisesteder, som dækker hele Amagers geografiske område, og hvor der er tilgængelig offentlig transport. Herudover repræsenterer de fem spisesteder en vis variation i udbuddet af færdigmad. Kommunen kan herudover ikke stille krav til madens ernæringsmæssige indhold. Borgere, der ikke er i stand til at tilberede et vamt måltid mad men kan transportere sig hen til spisestedet, kan visiteres til Madklippekortet. De spisesteder, der har været mest interesserede, er de, der i forvejen har en ret, de kan lave inden for de økonomiske rammer, og de, der i forvejen har mange ældre kunder. Borgernes pris for en hovedret er 39 kr., og Københavns Kommune giver et tilskud på 10 kr. ekskl. moms. De visiterede borgere bliver udstyret med et unikt ID-kort, som spisestedet skal bruge i forbindelse med fakturering af det resterende beløb på 10 kr. ekskl. moms hos København Kommune.

En evaluering af pilotprojektet viser, at 40 borgere har benyttet ordningen. 80 pct. af de 40 borgere har tilkendegivet, at de enten er tilfredse eller meget tilfredse med tilbuddet. De borgere, der har været utilfredse med ordningen, oplyser at de er dårligt gående, og at de ikke har benyttet tilbuddet, fordi der har været for lang afstand til leverandøren. "Madklippekortet" forventes i København at få 250 brugere og 20 leverandører tilknyttet, når ordningen er rullet ud i hele kommunen.

En lignende ordning vil i Lyngby-Taarbæk Kommune have en volumen på max. 20 borgere og to spisesteder. Ved beslutning om afprøvning af en sådan ordning bør følgende principielle forhold tages i betragtning:

- En voucher-ordning vil være et nyt madtilbud med en ny målgruppe og forudsætter, at der fastlægges et nyt politisk serviceniveau på madområdet, dvs. en udvidelse af serviceniveauet
- Der kan ikke stilles krav til spisestedernes ernæringsmæssige kvalitet og variation, modsat den mad, der tilbydes i kommunens madservice
- De få spisesteder gør det vanskeligt at dække hele kommunen geografisk. Dette vil gøre ordningen irrelevant i nogle geografiske områder af kommunen, da der mange steder vil være for langt at gå til et spisested.

### **Økonomiske konsekvenser**

En voucher-ordning forudsætter en udvidelse af serviceniveauet og vil af den grund medføre udgifter i form af tilskud til maden samt personaleressourcer til administration og opfølgning af ordningen.

### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at det drøftes, om der skal etableres en voucher-ordning på madområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune.

### **Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013**

Udsat.

### **Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

(F) og (V) foreslår, at forvaltningen udarbejder forslag til en simpel voucherordning for hjemmeboende borgere, som allerede har en madordning med kommunen, herunder belysning af de økonomiske konsekvenser.

For stemmer: 3 (Hans Henrik (F), Jørn Moos (V) og Gitte Kjær-Westerman (V))

Imod stemmer: 2 (Bodil Kornbek (A) og Sofia Osmani (C))

Undlader at stemme: 2 (Anne Körner (V) og Curt Købsted (O))

(A) og (C) finder, at forvaltningen allerede har belyst sagen tilstrækkeligt, og at de af forvaltningen anslåede omkostninger til administration ikke står mål med et tilskud på 15 kr. pr. måltid.

10.

### **Afløsning/aflastning af pårørende til borgere med demens.**

#### **Sagsfremstilling**

Social- og Sundhedsudvalget anmodede den 5. december 2012 forvaltningen om at forelægge en sag, hvor grundlaget for afløsning/aflastning for ægtefæller til demente borgere belyses, jf. notat af 16. januar 2013 (bilag), fremlagt for Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013. Social- og Sundhedsudvalget bad på denne baggrund forvaltningen om et konkret forslag til, hvordan pårørendes behov for afløsning/aflastning kan imødekommes indenfor den eksisterende økonomiske ramme.

Forvaltningen har udarbejdet et oplæg til en udvidelse af serviceniveauet på området (bilag) og foreslår, at finansieringen findes ved at udvide antallet af selvkørende støvsugere som erstatning for støvsugning.

Formålet med aflastningstilbuddet er at forebygge isolation samt mindske belastningen af pårørende til demente borgere og derved udsætte indflytning på plejehjem.

Målgruppen for tilbuddet om aflastning af pårørende er samboende pårørende til borgere med hukommelsessvækkelse, som ikke kan være alene i hjemmet. I april 2013 har demensteamet vurderet, at det p.t. vil dreje sig om 19 pårørende, der har ønske om afløsning i hjemmet, og som vil kunne modtage tilbud som beskrevet. Der kan visiteres til aflastning af pårørende ved f.eks. sundhedsmæssig behandling – tandlæge, læge, speciallæge, genoptræning o.l., samt til deltagelse i fritidsaktiviteter og sociale aktiviteter m.m.

Forvaltningen peger på, at det er kommunens eller frit-valg leverandørernes egne hjemmehjælpere med en sundhedsfaglig uddannelse, som kender hjemmet, der afløser i hjemmene, når den pårørende skal aflastes.

Forvaltningen peger endvidere på, at der udarbejdes en kvalitetsstandard for tilbuddet og dets målgruppe indeholdende et max. antal timer til ydelsen svarende til gennemsnitligt 4 - 6 timer månedligt. Dette vil medføre en omprioritering af ressourcer svarende til mellem 450.000 – 700.000 kr. årligt.

#### **Økonomiske konsekvenser**

Der lægges op til, at udgiften til aflastning af pårørende til borgere med demens finansieres via selvkørende støvsugere.

Finansieringsforslaget omfatter indkøb af selvkørende støvsugere til 490 borgere.

Besparelsen består i, at borgerne fremover får støvsuget ved hjælp af en selvkørende støvsuger, hvorved antallet af hjemmehjælpstimer reduceres. Kommunen betaler for støvsugerne, der indkøbes over to år. Dermed vil besparelsen først være fuldt indfaset i 2015. Den samlede udgift til 490 støvsugere udgør godt 0,9 mio. kr. Fra 2017 udskiftes der hvert år 1/3 af de selvkørende støvsugere. Hertil kommer en merudgift til ergoterapeuter i 2014 og 2015, når borgerne får en selvkørende støvsuger.

Investeringen i selvkørende støvsugere indebærer, at initiativet ikke indbringer en besparelse på 0,5 mio. kr. til finansiering af aflastning af pårørende til borgere med demens i 2014. Merforbruget i 2014 vil således skulle overføres til det efterfølgende år.

Tabell: Forslag til finansiering via selvkørende støvsugere	2014	2015	2016	2017
1.000 kr., 2013-priser				
Besparelse på praktisk hjælp	-495	-991	-991	-991
Udgift til selvkørende støvsugere samt ergoterapeuter	487	487	0	307
<b>Samlet forbedring</b>	<b>-9</b>	<b>-504</b>	<b>-991</b>	<b>-684</b>
Anm.: - = mindtredgift, + = merudgift				

## Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

## Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. der tages stilling til, om aflastningstilbuddet skal iværksættes
2. forslaget finansieres som beskrevet ovenfor.

## Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Udsat.

## Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013

1. Social- og Sundhedsudvalget er positive overfor forslaget, idet finansieringen foreslås tilvejebragt via ændring af voksenelevløn på social- og sundhedshjælperområdet, jf. sag nr. 3.
2. Spørgsmålet om finansiering oversendes til økonomiudvalget, idet der forudsættes en drøftelse i budgetforligskredsen. En evt. merbesparelse forventes forbeholdt de svageste på ældreområdet.

Hans Henrik Madsen (F) tager forbehold.



11.

**Mulighed for støtte til økonomisk overblik til pårørende til ældre, der har behov for en plejehjemsbolig.**

**Sagsfremstilling**

Social- og Sundhedsudvalget drøftede den 10. april 2013 muligheder for støtte til økonomisk overblik til pårørende til ældre, som har behov for en plejehjemsbolig.

Forvaltningen har på baggrund af udvalgets beslutning undersøgt, hvilke muligheder der eksisterer for at støtte pårørende med hjælp til økonomisk overblik, jf. notat om, hvor pårørende til plejehjemsindstillede borgere kan få den fornødne økonomisk rådgivning i forbindelse med indflytningen på plejehjem (bilag).

Mulighederne er bl.a:

- Med etableringen af hjemmesiden Borger.dk er langt den største rådgivning lagt her med henvisning til, at man kan få personlig betjening telefonisk hos Udbetaling Danmark.
- I spørgsmål om personlige tillæg fremgår det af hjemmesiden, at det er i kommunens Pensionsteam, rådgivningen finder sted. I spørgsmål om husleje og boligudgifter sker rådgivningen ved Boligselskaberne.
- Omkring information vedrørende selve plejehjemstilbuddet og de udgifter, der er forbundet med opholdet på plejehjemmet (kaldet Servicepakken), sker rådgivningen via ældrerådgiverne i Center for Træning og Omsorg.
- Hvis den pårørende ikke kan finde rundt i ovenstående og ikke selv har pårørende til at hjælpe sig med elektronisk betjening, kan denne altid henvende sig i Borgerservice og blive vejledt om ovenstående forhold.

Er man medlem af Ældresagen i Lyngby-Taarbæk Kommune kan man også her henvende sig til Bisidderordningen, som stiller frivillige til rådighed til ledsagelse til besøg i offentlige instanser vedrørende ovenstående. Ældresagen har desuden mulighed for at stille juridisk og økonomisk bistand til rådighed to gange om måneden.

Forvaltningen peger på, at der udarbejdes en informativ folder, der giver det fornødne overblik til pårørende til plejehjemsbeboere vedrørende økonomi. Folderen distribueres til borgerne i alle de kommunale instanser, der har med rådgivning af ægtepar at gøre ved indflytning på plejehjem. Forinden forelægges folderen for Seniorrådet.

**Økonomiske konsekvenser**

Opgaven løses inden for rammen.

**Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget.

**Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at der udarbejdes en folder med opdaterede oplysninger vedrørende økonomisk rådgivning til pårørende til plejehjemsbeboere.

**Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

Godkendt

12.

## **Meddelelser til udvalgets medlemmer juni 2013**

.

### **1. Generationernes dag 2013**

Den 1. oktober 2012 afholdt Frivillighedscentret i samarbejde med områdecentre, skoler og dagtilbud "Generationernes dag". Det blev en dag med masser af aktiviteter på tværs af kommunens sektorer: fx fælles idrættdag mellem en daginstitution og områdecentre, fælles sang og besøg af skoleelever på et områdecenter, bedsteforældre med i skole, fælles mobiltelefonarrangement og foredrag.

I forlængelse af succesen fra 2012 er det aftalt med Frivillighedscentret i forbindelse med den vedtagne årsplan, at opgaven med at planlægge "Generationernes dag" i 2013 er forankret hos dem. På grund af lederskifte i Frivillighedscentret er tidsplanen for planlægningen dog rykket til efter 1. juni 2013, hvor den nye leder tiltræder. Repræsentanter fra forvaltningen vil indgå i planlægning af dagen.

Social- og Sundhedsudvalget vil få et oplæg vedrørende dagen i august måned.

### **2. Regeringens nye sundhedsudspil "Mere borger – mindre patient"**

Regeringen har lanceret et nyt sundhedsudspil, "Mere borger – mindre patient". Oplægget har fokus på fem områder:

1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen
2. Øget lighed i sundhed
3. Styrket akutberedskab og kræftindsats
4. Bedre kvalitet og fokus på resultater
5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen

Regeringen foreslår, at der afsættes 150 mio. kr. årligt i perioden 2014-17 til nye initiativer. Dele af disse midler vil være målrettet kommunerne, men det konkrete omfang fremgår ikke. Desuden foreslår Regeringen, at der omprioriteres 250 mio. kr. i 2014 til at styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner om integrerede og fælles sundhedsløsninger. Hvordan disse midler foreslås udmøntet er endnu ikke udmeldt.

### **3. Antal brugere på sygeplejeklinikken Møllebo**

På Social- og Sundhedsudvalgsmødet den 10. april 2013 blev en udvalgssag vedrørende status på sygeplejeklinikken fremlagt. Sagen efterlod et enkelt spørgsmål vedrørende antal borgerbesøg i klinikken pr. dag.

Der har siden sagen blev fremlagt, været en tilgang på 14 borgere således, at der nu

er tilknyttet 75 borgere og der kommer ca. 15 borgere pr. dag.

**4. Ny subakut funktion på Lyngby Møllebo – omdannelse af 4 eksisterende akutpladser til 4 nye sub-akutte pladser.**

Orientering om udmøntning af 400.000 kr. fra puljen til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere til omdannelse af pladser, jf. beslutning i Social- og Sundhedsudvalget i marts 2013. (Bilag)

**Social- og Sundhedsudvalget den 12. juni 2013**

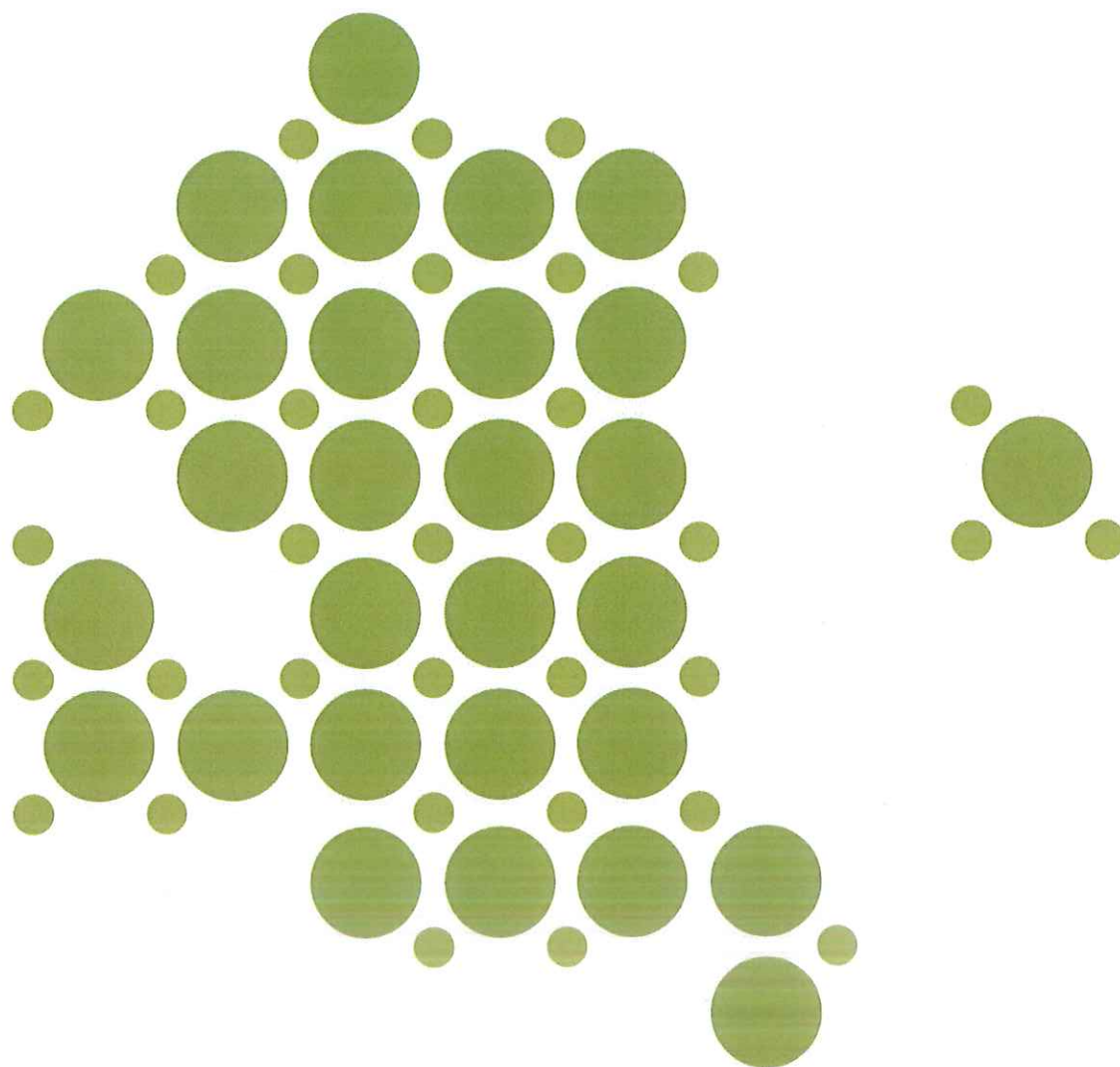
Taget til efterretning.

**Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 1 bilag 1**

# Rammeaftale 2014

## Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning



**Kommuner i hovedstadsregionen og  
Region Hovedstaden**

2014



## INDHOLDSFORTEGNELSE

Læsevejledning .....	3
Indledning .....	4
Tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2014 .....	4
De mest specialiserede tilbud .....	5
Del 1: Bevægelser på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet .....	6
Tendenser vedrørende målgrupperne .....	8
Tendenser vedrørende udbud af og efterspørgsel efter tilbud .....	8
Tendenser vedrørende organisering og tilrettelæggelse af indsatserne .....	9
Fokusområder for den tværkommunale koordination i 2014 .....	11
Del 2: Tværkommunale udviklingsprojekter i hovedstadsregionen .....	12
Særlige temaer i 2014 .....	12
Særligt tema om ungeområdet .....	12
Særligt tema om godkendelse og tilsyn .....	13
Særlige temaer i 2013 .....	13
Særligt tema om social- og behandlingspsykiatrien .....	14
Særligt tema om ny specialisering .....	14
Særligt tema om familieplejelignede anbringelsestyper .....	15
Andre særlige udviklingsprojekter i 2012-2014 .....	15
Udviklingsprojekt vedrørende definition af de mest specialiserede tilbud .....	15
Udviklingsprojekt vedrørende justering af styringsaftalen .....	16
Udviklingsprojekter vedrørende hjerneskadeområdet .....	16
Del 3: Øvrig tværkommunal koordination .....	17
Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger .....	17
Lands- og landsdelsdækkende tilbud .....	17
Sikrede afdelinger .....	17
Kommunikationscentre .....	18
Botilbud med over 100 pladser .....	18
Bilagsliste .....	19



## LÆSEVEJLEDNING

Udviklingsstrategi 2014 er udarbejdet med afsæt i indberetninger fra kommunerne i hovedstadsregionen om behov og udviklingstendenser inden for både målgrupper og tilbudstyper samt indberetninger fra kommunale driftsherrer og Region Hovedstaden om belægning og kapacitet. På baggrund af analysen af disse indberetninger er det muligt at udlede nogle retninger samt udviklingstendenser og –perspektiver for det specialiserede socialområde og specialundervisning for børn, unge og voksne i 2014 og årene frem.

Den dybdegående analyse findes i bilag 1, og kan, som de øvrige bilag til Udviklingsstrategi 2014 (bilag 2-7), findes som særskilt dokument på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

Udviklingsstrategi 2014 indleder med at opstille rammerne for Udviklingsstrategien, herunder for de tilbud, der er omfattet af strategien.

Dernæst er Udviklingsstrategien inddelt i tre overordnede dele:

I del 1 gennemgås udviklingsperspektiverne for det specialiserede socialområde og specialundervisning i hovedstadsregionen. Udviklingsperspektiverne er udledt på baggrund af kommunernes og Region Hovedstadens indberetninger om behov og udviklingstendenser samt belægning og kapacitet. Afsnittet opridser de helt overordnede hovedtendenser over forventningerne til udviklingen inden for det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, og er således en opsummering af den dybdegående analyse, der ligger til grund for Udviklingsstrategi 2014. Indledningsvis beskrives de overordnede bevægelser og tendenser på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet i hovedstadsregionen i forhold til udviklingen inden for målgrupper, tilbudstyper samt organisering og tilrettelæggelse af indsatserne. Dette efterfølges af en beskrivelse af, hvilke elementer inden for bevægelserne og tendenserne, der vurderes at have direkte relevans for den tværkommunale koordination i KKR-regi, herunder hvilke fokusområder der er for den tværkommunale koordination i 2014.

Under del 2 af Udviklingsstrategien beskrives konkrete samarbejdsprojekter i regi af Rammeaftalen, herunder de særlige temaer for 2014, de særlige temaer igangsat i 2013 og øvrige igangværende udviklingsprojekter i 2012-2014.

Endelig omfatter del 3 af Udviklingsstrategien beskrivelser af øvrige tendenser og bevægelser med relevans for den tværkommunale koordination, herunder de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger, kommunikationscentrene i regionen samt botilbud med over 100 pladser.

Bagerst i Udviklingsstrategien findes en liste over de tilhørende bilag.





## INDLEDNING

Kommunerne overtog med bekendtgørelsen om rammeaftaler på det specialiserede socialområde fra marts 2011 ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde. Koordineringen af området omfatter ansvaret for udarbejdelse af en årlig rammeaftale for det specialiserede socialområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Med bekendtgørelsen om rammeaftaler på området for specialundervisning fra april 2012 overtog kommunerne desuden ansvaret for koordinering af specialundervisningsområdet. Denne bekendtgørelse omfatter ligeledes udarbejdelse af en årlig rammeaftale bestående af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Region hovedstaden bidrager til Udviklingsstrategien for så vidt angår de tilbud, som regionen er driftsherre for.

Udviklingsstrategi 2014 omfatter både det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

Formålet med Udviklingsstrategien er:

- ▶ At sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene i hovedstadsregionen, så alle driftsherrer til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer.
- ▶ At skabe synlighed og gennemsækelighed om kapacitet og behov for pladser.
- ▶ At sikre koordination og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt.

Udviklingsstrategien skal, ifølge bekendtgørelserne, indeholde følgende:

- ▶ Et samlet skøn over behovet for regulering i antallet af tilbud og pladser.
- ▶ Den faglige udvikling og muligheder for fleksibel anvendelse af undervisningstilbuddene.
- ▶ Koordinering af lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger/botilbud samt særlige forpligtigelser vedrørende tilbud til Grønland og Færøerne.
- ▶ Udviklingsplaner for botilbud med over 100 pladser.
- ▶ Bilagsoversigt over alle tilbud beliggende i regionen (jf. bilag 2).

Nærværende omfatter alene Udviklingsstrategi i Rammeaftale for 2014, mens styringsaftalen for 2014 først foreligger ultimo 2013<sup>1</sup>. Nærmere beskrivelser af processen for Rammeaftalen kan findes i bilag 1.

Udviklingsstrategi 2014 er gældende for perioden 1. januar 2014 til 31. december 2014.

## TILBUD OMFATTET AF UDVIKLINGSSTRATEGI 2014

Udviklingsstrategi 2014 er baseret på den afgrænsning af tilbud, som hovedstadsregionens kommuner besluttede sammen med Region Hovedstaden i forbindelse med Rammeaftalen for 2011. Afgrænsningen betyder, at strategien som det primære fokuserer på tilbud til borgere med de mest komplekse og specielle behov, og som kræver et stort befolkningsgrundlag, for at tilbud kan drives rentabelt og med høj faglighed.

Udviklingsstrategien rummer således de højt specialiserede tilbud samt tilbud, der kræver et stort befolkningsgrundlag og anvendes af mange kommuner. Strategien rummer også højt specialiserede enheder, som organisatorisk drives sammen med mindre specialiserede tilbud. Desuden er alle regionsdrevne tilbud inkluderet i Udviklingsstrategien, jf. bekendtgørelsen. Det er således som udgangspunkt koordinationsbehovet, der er afgørende for, om et tilbud er omfattet af Udviklingsstrategien.

Desuden indgår alle tilbud drevet af Region Hovedstaden i Udviklingsstrategien. Nærmere beskrivelser af kriterier for afgrænsningen af tilbud omfattet af Udviklingsstrategien kan findes i bilag 1.

<sup>1</sup> Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde samt bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på specialundervisningsområdet.



Udviklingsstrategi 2014 omfatter 144 døgn- og dagtilbud på voksenområdet efter paragrafferne i Serviceloven og Sundhedsloven. Tilbuddene er målrettet otte overordnede målgrupper inden for voksenområdet (*voksne med autisme, sindslidelse, nedsat psykisk og fysisk funktionsevne, alkohol- og stofmisbrug samt voldsramte kvinder og hjemløse*). Tilbuddene omfatter i 2014 sammenlagt 3.547 døgn- og dagpladser samt 2.228 ambulante forløb til misbrugere. Desuden omfatter Udviklingsstrategien på voksenområdet tre kommunikationscentre, to specialtandplejer og Falck Hjælpemiddelcenter.

På børne- og ungeområdet omfatter Udviklingsstrategien 15 døgn- og dagtilbud efter paragrafferne i Serviceloven. Tilbuddene er målrettet målgrupperne *børn og unge med sindslidelse, autisme* samt *nedsat psykisk og fysisk funktionsevne*. Sammenlagt omfatter de 15 tilbud 264 døgn- og dagpladser i 2014. Desuden omfatter børne- og ungeområdet to ambulante tilbud for børn og unge med nedsat fysisk funktionsevne samt to kommunikationscentre.

De konkrete tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2014 kan ses i bilag 3, som kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

Koordineringen af specialundervisningstilbud målrettet børn og unge er i hovedstadsregionen forankret i en særligt funktion, Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS). Tidligere har enkelte specialundervisningstilbud samtidig været omfattet af Udviklingsstrategien, fordi de har været dele af helhedstilbud, der også indeholder tilbud efter paragraffer i Serviceloven. I 2014 foretages en klar adskillelse af, hvor specialundervisningstilbuddene i hovedstadsregionen er forankret. Således er alle specialundervisningstilbud, som ikke er omfattet af bekendtgørelsen om rammeaftaler på specialundervisningsområdet<sup>2</sup>, alene forankret i regi af KFS og den dertilhørende styregruppe, og er således ikke omfattet af Udviklingsstrategi 2014. KFS's årlige redegørelser kan findes på [www.kfs-hovedstadsregionen.dk](http://www.kfs-hovedstadsregionen.dk). Desuden kan der findes et overblik over specialundervisningstilbud i hovedstadsregionens kommuner på [www.spuvo.dk](http://www.spuvo.dk).

## DE MEST SPECIALISEREDE TILBUD

Som en delmængde af de højt specialiserede tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategi 2014, har et særligt udviklingsprojekt igangsat i KKR Hovedstaden defineret, hvilke af de højt specialiserede tilbud, der kan karakteriseres som de mest specialiserede tilbud inden for det specialiserede socialområde. I udviklingsprojektet har deltaget repræsentanter fra kommunerne og Region Hovedstaden.



Formålet hermed er at opstille fælleskommunale procedurer og tiltag i Styringsaftale 2014<sup>3</sup>, som kan bidrage til at understøtte, at disse tilbud får en særlig tværkommunal opmærksomhed, og hermed sikre, at de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles.

Der er opstillet seks kriterier, der beskriver de særlige karakteristika og behov hos målgrupperne, som de mest specialiserede tilbud skal kunne imødekomme. Et tilbud skal kunne opfylde mindste fem ud af samtlige seks kriterier, førend tilbuddet kan defineres som mest specialiseret. De seks kriterier er følgende:

- 1.a (*Børne- og ungeområdet*): Målgrupperne skal være af en så lille volumen, at hyppigheden af tilfælde i den enkelte kommune er meget lille. Defineret som i gennemsnit maksimalt 0,5 tilfælde om året per 1.000 indbyggere i alderen 0-17 år.

<sup>2</sup> Ifølge bekendtgørelsen omfatter Rammeaftalen på specialundervisningsområdet de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud inklusiv rådgivning og vejledning drevet af Region Hovedstaden og Københavns Kommune samt de regionalt drevne kommunikationscentre.

<sup>3</sup> I det Styringsaftale i Rammeaftale 2014, jf. bekendtgørelsen, først foreligger endelig godkendt af alle kommuner 15. oktober 2013, kan de fælleskommunale procedurer og tiltag findes i bilag 5 til Udviklingsstrategien 2014.



- 1.b (*Voksenområdet*): Målgrupperne skal være af en så lille volumen, at hyppigheden af tilfælde i den enkelte kommune er meget lille. Defineret som i gennemsnit maksimalt 0,5 tilfælde om året per 10.000 indbyggere i alderen 18-64 år.
2. Målgrupperne skal have en høj kompleksitetsgrad, defineret som minimum fire svære kompleksiteter af længevarende karakter.
3. Det vurderes nødvendigt at have et tilbud for pågældende målgrupper i hovedstadsregionen for at sikre selvforsyningen i regionen.
4. Målgruppernes høje kompleksitet og behov for helt særlig støtte og behandling betyder, at målgruppens behov ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.
5. For at kunne opretholde og udvikle tilbuddet samt sikre rentabel drift skal tilbuddet have hele hovedstadsregionen som optageområde.
6. Tilbuddene skal kunne dække målgruppernes særlige behov for specialiseret støtte og behandling gennem særlige fysiske rammer, særligt specialiserede kompetencer og/eller anvendelse af avanceret velfærdsteknologi.

Samlet set er ni selvstændige tilbud målrettet målgrupper med helt særlige karakteristika og behov for specialiseret støtte og behandling udvalgt som de mest specialiserede tilbud i 2014. Det drejer sig om tre på børne- og ungeområdet og seks på voksenområdet. De konkrete tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2014, som på nuværende tidspunkt, defineres som de mest specialiserede tilbud, kan ses i bilag 5. Bilaget kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

Der formuleres faste procedurer i Styringsaftale 2014 omkring løbende revurderinger af de mest specialiserede tilbud, der blandt andet imødekommer en række opmærksomhedspunkter og hensyn, herunder:

- ▶ At et tilbuds opfyldelse af kriterierne i ét år ikke er lig med en varig opfyldelse.
- ▶ At de mest specialiserede tilbud løbende og systematisk skal revurderes.
- ▶ At nyetablerede tilbud og øvrige tilbud omfattet af Udviklingsstrategien løbende og systematisk skal vurderes i forhold til kriterierne.

Procedurerne giver mulighed for at igangsætte særlige fælleskommunale tiltag, såfremt et af de mest specialiserede tilbud bliver truet af lukning. Ingen af de ni mest specialiserede tilbud vurderes på nuværende tidspunkt at være i fare for at lukke i 2014 eller det efterfølgende år. Aktuelt vurderes det således, at der ikke vil være behov for at igangsætte særlige fælleskommunale procedurer over for disse tilbud i 2014. Tilbuddenes status bliver fulgt løbende af en særligt nedsat task force.

## DEL 1: BEVÆGELSER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE OG SPECIALUNDERVISNINGSSOMRÅDET

Et formål med Udviklingsstrategien er at undersøge, om der er områder, hvor der er behov for en særlig koordination eller samarbejde på tværs af kommunerne og/eller mellem kommunerne og Region Hovedstaden. Det kan være i form af regulering af tilbud og pladser blandt de højt specialiserede tilbud omfattet af Udviklingsstrategien eller andre særlige indsatser eller tiltag i tværkommunalt regi. Region Hovedstaden vil indgå i koordinationen, såfremt reguleringen af pladser eller indsatser omfatter regionalt drevne tilbud.

På baggrund af analysen af bevægelserne på området vurderes der ikke aktuelt at være behov for i 2014 at indgå tværkommunale aftaler og/eller aftaler mellem kommunerne og Region Hovedstaden om konkrete reguleringer af tilbud eller pladser omfattet af Udviklingsstrategi 2014.

Behovet for koordination af tilbud omfattet af Udviklingsstrategien bestemmes af tre faktorer. Første afgørende faktor er udviklingen inden for målgrupperne, herunder denne udviklings betydning for, hvilke



tilbud og ydelser, der er behov for, at de enkelte kommuner stiller til rådighed for deres borgere. Stigninger eller fald i antallet inden for målgrupperne kan således have stor indflydelse på behovet for antallet af tilbud og pladser i tværkommunalt regi.

Behovet for koordination styres dog ikke alene af udviklingen inden for målgrupperne, men også af en anden faktor, som er kommunernes organisering og tilrettelæggelse af indsatserne. Nogle målgrupper kan kommunerne mest hensigtsmæssigt håndtere inden for eget regi, mens andre målgrupper kræver indsatser, hvor den enkelte kommune ud fra faglige og/eller økonomiske hensyn ikke finder det hensigtsmæssigt at løfte opgaven selv. Kommunernes tilrettelæggelse af indsatserne på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet vil i 2014, som i 2013, fortsat være præget af de bevægelser og omlægninger, der er et udløb af intentionerne med Kommunalreformen, Barnets Reform, kommunernes overtagelse af ansvaret for det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, samt den stramme økonomi på området. Bevægelserne går i retning af et paradigmeskift på området, hvor der gøres op med tidligere tiders kulturer, traditioner og måder at tilrettelægge indsatserne på. Det nye paradigme omtales blandt andet som en *ny specialisering*, der omfatter grundlæggende nye måder at gøre tingene på, omlægninger der blandt andet skal kunne modsvare og tilgodese efterspørgslen efter tilbud, der kan matche et gennemgående øget fokus på omstillingsparathed, fleksibilitet og individuelle løsninger, indsatser i nærmiljøet, inklusion i normalområdet, forebyggelse, recovery-tankegang, involvering af borgerne samt resultat- og effektbaseret styring.

En tredje faktor, der har indflydelse på behovet for koordination af de højt specialiserede tilbud, er den finansieringsform der anvendes over for tilbuddene. Finansieringen af tilbud på det specialiserede social- og undervisningsområde er i hovedstadsregionen langt overvejende baseret på et omkostningsbaseret takstsystem. I hovedstadsregionen opleves takstfinansieringen grundlæggende som et godt fundament for at sikre fortsat dynamik og omstilling på området og samtidig etablere en incitamentsstruktur, der sikrer omkostningseffektiv drift. Takstfinansiering er derfor et princip, som fortsat i størst muligt omfang, ønskes fastholdt i hovedstadsregionen. Takstfinansiering er et markedslignende finansieringssystem, som i udgangspunktet er selvregulerende, hvor behovet for konkret koordination i form af for eksempel regulering af pladser primært vil være til stede i de situationer, hvor markedsmekanismen ikke er tilstrækkelig. Det kan for eksempel være tilbud til meget små målgrupper eller tilbud med en meget høj specialiseringsgrad.

I hovedstadsregionen er der et stort fokus på, at en række funktioner og tilbud forudsætter en så specialiseret viden, og er målrettet så små målgrupper, at de ikke kan være til stede i alle kommuner. Udgangspunktet er derfor, hvilke tilbud den enkelte kommune skal stille til rådighed for borgerne, hvad enten det er i eget regi, tværkommunalt regi, regionalt regi, landsdækkende regi eller via eksterne tilbud mere end, at den enkelte kommune skal besidde alle kompetencer og tilbud i eget regi.

Som grundlag for Udviklingsstrategi 2014 er der foretaget en dybdegående analyse af kommunernes forventninger til den fremtidige udvikling inden for målgrupperne og til efterspørgslen efter tilbud inden og uden for kommunernes eget regi. Desuden kortlægger analysen udviklingen i belægning og fremtidig kapacitet på de højt specialiserede tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2014.<sup>4</sup> Formålet med analysen er at beskrive udviklingen inde for målgrupperne, og hvordan denne udvikling via kommunernes tilrettelæggelse af indsatserne, har indflydelse på efterspørgslen efter de højt specialiserede, tilbud. Sammenholdt med udviklingen inden for belægning og kapacitet i tilbuddene, er det således muligt at afdække behovet for koordination af de højt specialiserede tilbud i Udviklingsstrategi 2014.

På baggrund af analysen kan der konstateres en række bevægelser og tendenser vedrørende målgrupperne og tilbudstyperne på det specialiserede socialområde samt omkring kommunernes organisering og tilrettelæggelse af indsatserne på området. Bevægelser og tendenser, som direkte eller indirekte har

<sup>4</sup> Analysen af udvikling og efterspørgsel samt belægning og kapacitet fremgår af bilag 1, som kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).



betydning for overvejelser i hovedstadsregionen som led i den tværkommunale koordination på området. Disse bevægelser og tendenser beskrives nedenfor.

## TENDENSER VEDRØRENDE MÅLGRUPPERNE

Generelt forventer kommunerne i hovedstadsregionen i de kommende år en uændret udvikling inden for målgrupperne på det specialiserede socialområde og specialundervisning.

Dog er der visse markante afvigelser fra den generelle udviklingstendens inden for visse målgrupper. Målgrupperne *voksne samt børn og unge med udviklingsforstyrrelse*, såsom ADHD og autisme, er et eksempel herpå, hvor flertallet af kommunerne forventer en forøgelse i antallet i 2014. Imidlertid forventes en større stigning i antallet af børn og unge med ADHD frem for autisme.

Målgruppen *voksne med stofmisbrug* skiller sig ligeledes ud fra den generelle forventning ved, at flertallet af kommunerne forventer, at antallet heraf vil være stigende. Den forventede stigning er især i forhold til misbrug af hash, kokain og amfetamin, og opleves at kunne tilskrives en stigning i især antallet af unge, der søger behandling mere end en reel stigning i antallet af misbrugere i kommunerne.

Desuden forventer en betydelig andel kommuner en stigning i antallet inden for målgrupperne *voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose* samt *voksne med anden sindslidelse*. I forhold til målgruppen *voksne med anden sindslidelse*, kan der således konstateres en bemærkelsesværdig ændring sammenlignet med kommunernes udmeldinger for 2013, hvor langt størstedelen af kommunerne vurderede, at antallet ville være uændret.

Derudover forventer en betydelig andel kommuner et stigende antal inden for målgrupperne *voksne udviklingshæmmede med psykisk sygdom eller demens*, *voksne med kognitive vanskeligheder som følge af en skade i hjernen*, *voksne med nedsat fysisk funktionsevne som følge af erhvervet skade i hjernen*, *hjemløse voksne*, *voksne med alkoholmisbrug* og *voksne med psykosociale problemer*. Tilsvarende tendenser i retning af et forøget antal kan konstateres omkring målgrupperne *børn og unge med sindslidelse*, *børn og unge udviklingshæmmede med psykisk sygdom*, *børn og unge med kognitive vanskeligheder som følge af en skade i hjernen* samt *børn og unge med misbrug*.

Således kan det konstateres, at en række målgrupper inden for det specialiserede social- og undervisningsområde enten i hele eller dele af regionen forventes at blive forøget antalsmæssigt i de kommende år.

## TENDENSER VEDRØRENDE UDBUD AF OG EFTERSPØRGSEL EFTER TILBUD

Forventningerne til en forøgelse af antallet inden for en række af målgrupperne kan dog ikke genfindes i den konkrete udvikling inden for kapaciteten og belægningen på de relevante tilbudstyper omfattet af Udviklingsstrategi 2014, ligesom de ikke kan genfindes i kommunernes forventninger til efterspørgsel efter tilbud i Udviklingsstrategien målrettet disse målgrupper.

Antallet af tilbud og pladser omfattet af Udviklingsstrategien har både på voksenområdet og børne- og ungeområdet ligget nogenlunde stabilt fra 2011, hvor der blev foretaget en yderligere afgræsning af tilbuddene i Udviklingsstrategien, og til 2014. Dog er antallet af døgn- og dagpladser i tilbuddene på børne- og ungeområdet i samme periode faldet med 14 procent, hvilket svarer til 44 pladser. Nedgangen i antal pladser på børne- og ungeområdet ses primært inden for målgruppen *autisme* samt målgruppen *nedsat psykisk funktionsevne*. Denne udvikling er interessant sammenholdt med forventningerne om en stigning i antallet inden for målgruppen *børn og unge med autisme*.

På nuværende tidspunkt forventer driftsherrerne ingen yderligere justeringer i kapaciteten på tilbuddene omfattet af Udviklingsstrategien fra 2014 til 2016.



Den samlede belægning for døgn- og dagpladser på voksenområdet omfattet af Udviklingsstrategien var i 2012 på 99 procent, mens den samlede belægning for døgn- og dagpladser på børne- og ungeområdet var på 96 procent. Den samlede belægning for både voksenområdet samt børne- og ungeområdet dækker dog over variationer inden for de enkelte tilbud og målgrupper. Det er især tilbuddene målrettet målgruppen *børn og unge med sindslidelse*, der udviser lave belægningsprocenter.

Tilsvarende er det generelle billede omkring kommunernes forventninger til efterspørgslen efter tilbudstyper omfattet af Udviklingsstrategien på både voksenområdet og børne- og ungeområdet i de kommende år stabilt, hvor forventningen gennemgående på tværs af tilbudstyper og områder er et uændret behov. Dog er der visse bemærkelsesværdige afvigelser fra denne generelle tendens inden for visse tilbudstyper.

*Ambulante tilbud til voksne med alkohol- og stofmisbrug* afviger fra den generelle tendens ved, at en betydelig andel af de små kommuner i regionen har forventninger om stigning i efterspørgslen efter denne tilbudstype uden for kommunernes eget regi. Derimod forventes der blandt store kommuner et fald i efterspørgslen efter denne tilbudstype uden for eget regi. Dette skyldes blandt andet, at de store kommuner i højere grad end de mindre kommuner etablerer *ambulante tilbud (§ 101)* og *dagtilbud (§ 101)* i eget regi. Denne tendens er interessant sammenholdt med, at der har været en væsentlig aktivitets- og kapacitetsnedgang på de ambulante tilbud til misbrugere siden 2011.

Gennemgående for alle tilbud inden for både voksen-psykiatriområdet og voksen-handicap-området kan der, som i 2013, konstateres en tendens til, at kommunerne etablerer tilbud i eget regi. På voksen-psykiatriområdet er denne hjemtagningstendens særlig tydelig i forhold til tilbudstyperne *botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)*, *botilbud til aflastningsophold (§ 107)* og *botilbud til længerevarende ophold (§ 108/§ 85)*. Tendens til hjemtagning og omlægning af *botilbud til længerevarende ophold (§ 108)* pladser målrettet *voksen-psykiatri-området* kan tilsvarende tydeligt genfindes i forbindelse med udviklingen inden for belægning og kapacitet, hvor der har været et fald i antallet af denne type pladser siden 2011. På voksen-handicap-området ses hjemtagningstendensen i højere grad for tilbudstyperne *værksteder tilknyttet botilbud (§ 103)*, *aktivitets- og samværstilbud (§ 104)* og *botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)* end for de øvrige tilbudstyper.

De gennemgående strategier blandt kommunerne om hjemtagning og inklusion præger desuden billedet af kommunernes samlede forventninger til behovet for *specialbørnehaver (§ 32)*, hvor en betydelig andel af kommunerne vurderer, at der i 2014 vil være en faldende efterspørgsel. Tydeligst er denne tendens hos de store kommuner i regionen.

Desuden forventer en betydelig andel af de store kommuner i regionen en stigning i behovet for *aflastningstilbud (§ 66 nr. 6) målrettet børn og unge uden for* kommunens eget regi. Derimod forventer en betydelig andel kommuner et fald i efterspørgslen efter *døgntilbud (§ 66 nr. 6) målrettet børn og unge*. Især tendensen omkring døgntilbud er interessant sammenholdt med driftsherrernes meldinger om uændret kapacitet i disse tilbud.

Det kan således konstateres, at kommunernes forventninger til udviklingen inden for antallet af ovennævnte målgrupper ikke afspejles i en øgning af kapaciteten eller i en forventning om øget efterspørgsel efter de højt specialiserede tilbud i Udviklingsstrategien målrettet disse målgrupper. Derimod kan der for nogle af disse stigende målgrupper konstateres en forventning om fald i efterspørgslen efter tilbud uden for kommunens eget regi.

## TENDENSER VEDRØRENDE ORGANISERING OG TILRETTELÆGGELSE AF INDSATSERNE



Årsagen til, at stigningerne inden for de pågældende målgrupper, ikke kommer til udtryk i en større efterspørgsel efter de højt specialiserede tilbud, skal findes i det tydelige udviklingstræk, at 2014 fortsat er præget af kommunernes gennemgående strategier om inklusion og hjemtagning af borgere fra døgntilbud til typisk mindre indgribende tilbud i nærmiljøet, eksempelvis bofællesskaber. Således er behovet for de højt specialiserede tilbud også ændret. Flere kommuner begynder i det små at kunne se positive resultater af omlægningerne, og i den forbindelse af den øgede kommunale selvforsyning. Resultaterne er blandt andet større nærhed i tilbuddene, øget mulighed for inklusion i tilbud på normalområdet, øget synergi-effekt i kommunerne på fagligheden i forhold til normal- og specialområdet, øget gennemsigthed samt mere målrettede og skræddersyede løsninger.

Disse bevægelser betyder imidlertid også, at de børn, unge og voksne, som kommunerne vurderer har behov for de højt specialiserede tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategien, i de fleste tilfælde er de borgere inden for målgrupperne med de sværeste vanskeligheder og med de mest specialiserede behandlings- og plejebestanden. I 2014 vil der derfor fortsat være behov for et stort fokus på behovet for styring og fælles koordination af området blandt andet for at sikre, at der i hovedstadsregionen fremadrettet er en hensigtsmæssig indretning og organisering af tilbudsviften vedrørende de specialiserede social- og undervisningstilbud. Herunder hvordan kommunerne i hovedstadsregionen sammen med Region Hovedstaden nu og fremadrettet sikrer, at der fortsat er tilstrækkelig høj specialiseret viden på området, og hvordan kommunerne understøtter bevarelsen af eksisterende samt opbygningen af nye nødvendige særlige viden- og ekspertisemiljøer.

I forlængelse heraf er der også i hovedstadsregionen fokus på, hvordan det sikres, at det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet udvikler sig dynamisk, så der løbende lukkes og oprettes nye tilbud, der afspejler efterspørgslen. Nogle tilbud vil være så specialiserede, at det kan være risikabelt for en kommune at påtage sig driftsherreansvaret. Et væsentligt fokus i den forbindelse er i hovedstaden at balancere mellem at understøtte den nødvendige omstilling og udvikling af området, men samtidig at skabe de rette incitamenter til omkostningseffektiv drift og styring. Som led heri har KKR Hovedstaden eksempelvis igangsat et udviklingsprojekt vedrørende de mest specialiserede tilbud samt et udviklingsprojekt vedrørende justering af styringsaftalen med henblik på i højere grad at understøtte tilstedeværelsen af de rette tilbud med det rette indhold til borgerne i hovedstadsregionen. Begge udviklingsprojekter er beskrevet i afsnittet "Andre særlige udviklingsprojekter 2012-2014".

I 2014 kan der desuden konstateres nogle gennemgående udfordringer på området, som kommunerne i hovedstadsregionen på forskellig vis har fokus på i forhold til organiseringen og tilrettelæggelsen af indsatserne på området.

Alderdom og generelt aldersvækkelse blandt målgrupperne på voksenområdet, eksempelvis udviklingshæmmede voksne, er en problematik, som hovedstadsregionens kommuner møder i disse år. I den forbindelse oplever nogle kommuner aktuelt, at flere af de *voksne med udviklingshæmning og demens* får et større behov for i perioder at blive skærmet, samt har et øget plejebehov. En tendens som ofte belaster kommunens budget i form af tillægsydelse til den i forvejen aftalte takst. Årsagen hertil er blandt andet, at de boformer, hvor pågældende borgere bor, dels ikke er fysisk indrettet hertil, og dels at de rette personalekompetencer og ressourcer ikke forefindes. Dette stiller krav til, at kommunerne nytænker tilbudsviften for fortsat at kunne tilbyde tilbud, der dels er fysisk indrettet til disse målgruppers større plejebehov, og som besidder de rette kompetencer og ressourcer, og dels er økonomisk rentable.

Desuden opleves der også i hovedstadsregionen udfordringer med at tilvejebringe intentionerne med Kommunalreformen samt de gennemgående strategier om hjemtagning, recovery og inklusion, idet der generelt er for få mindre boliger, som de borgere, der kan hjemtages til støtte i egen lejlighed, har råd til at betale. Dette kan give udfordringer i forhold til at udmåle § 85 støtte i forhold til boliger efter Almenboliglovens § 105. I udgangspunktet er denne problemstilling ikke af tværkommunal karakter, idet denne indsats udmåles i kommunernes eget regi. Dog er det en tendens, der er gennemgående på tværs af



hovedstadsregionen, og som udfordrer de enkelte kommuners mulighed for at udmønte indsatsen på området.

## FOKUSOMRÅDER FOR DEN TVÆRKOMMUNALE KOORDINATION I 2014

Det er ikke alle de kortlagte bevægelser og tendenser på det specialiserede social- og undervisningsområde i hovedstadsregionen, der vurderes at have direkte relevans for den tværkommunale koordination i KKR-regi. Grundet paradigmeskiftet på området, som blandt andet omfatter kommunernes strategier om hjemtagning, recovery og inklusion, betyder forventninger om en stigende udvikling inden for nogle målgrupper ikke nødvendigvis et behov for at iværksætte tværkommunale aftaler. En systematisk opfølgning på udviklingen inden for de relevante målgrupper giver dog et grundlag for at vurdere, hvorvidt der er nogle af udviklingstendenserne, der helt eller delvist bør løftes eller holdes in mente i forhold til den tværkommunale koordination.

Som tidligere beskrevet vurderes der ikke aktuelt at være behov for i 2014 at indgå aftaler mellem kommunerne i hovedstadsregionen og/ eller mellem kommunerne og Region Hovedstaden om konkrete reguleringer af tilbud eller pladser omfattet af Udviklingsstrategi 2014.

I forhold til tendenserne omkring forøgelse af antallet inden for en række målgrupper er der dog andre aspekter af tværkommunal relevans, som det kan være meningsfuldt at følge de kommende år i KKR-regi samt i samarbejde med regionen, for så vidt det berører regionalt drevne tilbud.

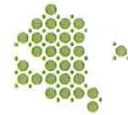
Med afsæt i de beskrevne bevægelser vil KKR Hovedstaden i 2014 sætte særligt fokus på den stigende tilgang inden for målgrupperne børn, unge og voksne med *udviklingsforstyrrelser, stofmisbrug samt sindslidelse*. Væsentlige aspekter i den forbindelse er blandt andet at sikre forebyggelse, tidlig opsporing, overgange mellem barn og voksen m.v. Kommunerne oplever i disse år en stigning i tilgangen af især unge, der har en af ovenstående vanskeligheder eller en kombination af flere af disse vanskeligheder, ligesom at kommunerne i flere tilfælde først får kendskab til disse unge sent. Dette udfordrer kommunernes mulighed for at styre området hensigtsmæssigt, ligesom effekten af indsatsforløbet ofte kan forøges, når indsatsen igangsættes rettidigt.

Samtidig kan der opstå andre følger for disse unge, der kræver yderligere indsatser i kommunalt regi. Eksempelvis er psykisk sygdom og tidligt misbrug af hash eller hårde stoffer væsentlige årsager til, at unge bliver hjemløse. Antallet af hjemløse unge har de senest år være stigende, og knap hver tredje hjemløs var i 2011 mellem 18 og 29 år. Disse bevægelser og tendenser, som opleves på tværs af hovedstadsregionen, vurderes således relevante at arbejde med tværkommunalt i forhold til at understøtte kommunernes indsatser på området. KKR Hovedstadens særlige fokus på disse udviklingstendenser vil blive udmøntet i behandlingen af det særlige tema i 2014 om ungeområdet. Det særlige tema er nærmere beskrevet under afsnittet "Tværkommunale udviklingsprojekter i hovedstadsregionen".

Derudover vurderes behovet for tilpasning og nytænkning af tilbudsviften inden for de højt specialiserede tilbud i forhold til udviklingen inden for målgrupper samt bevægelserne omkring den kommunale organisering og tilrettelæggelse af indsatserne på området, relevant i en tværkommunal kontekst. I den forbindelse vurderes det relevant med en opmærksomhed på, hvordan de højt specialiserede tilbud i Udviklingsstrategien udvikler sig.

I takt med at disse tilbud, grundet omlægninger og bevægelser på området, i langt højere grad bliver anvendt til de borgere inden for målgrupperne med de sværeste vanskeligheder, skaber det naturligt et behov for højere specialiseringsgrad i tilbuddene. Den tværkommunale opmærksomhed på udviklingen af tilbudsviften har også herunder fokus på, at tilbuddene fortsat er fleksible, og således løbende kan tilpasse sig udviklingen i målgruppernes behov samt kommunernes efterspørgsel. Udviklingen af de højt specialiserede tilbud i Udviklingsstrategien vil fremadrettet have et særligt fokus i analyserne i rammeaftale-regi samt i den løbende opfølgning på de mest specialiserede tilbud i Udviklingsstrategien.





## DEL 2: TVÆRKOMMUNALE UDVIKLINGSPROJEKTER I HOVEDSTADSREGIONEN

Et formål med Udviklingsstrategien er desuden, at KKR Hovedstaden skal udvælge hvilke særlige temaer, der skal være i fokus i det år, som Rammeaftalen er gældende i. Udvalget af de særlige temaer tager udgangspunkt i analysen af udviklingstendenser og behov, og de heraf udledte fokusområder, som er opstillet i Udviklingsstrategien. Derudover har Social- og Integrationsministeren mulighed for at udmelde særlige temaer, som skal indgå i strategien.

Nedenfor gennemgås de særlige temaer for 2014 og 2013, som er afledt af fokusområderne for de pågældende år, samt andre særlige udviklingsprojekter igangsat i hovedstadsregionen i 2012-2014.

### SÆRLIGE TEMAER I 2014

For Rammeaftale 2014 har KKR Hovedstaden valgt ét særligt tema, som er "Ungeområdet", mens Social- og Integrationsministeren har udmeldt det særlige tema "Godkendelse og tilsyn".

Teamet om ungeområdet vil blive behandlet i 2014, mens Social- og Integrationsministerens tema om godkendelse og tilsyn vil blive behandlet allerede i 2013, hvor det nye Socialtilsyn etableres. De to temaer er nærmere beskrevet nedenfor.

### SÆRLIGT TEMA OM UNGEOMRÅDET

Ungeområde er det særlige udviklingstema, som KKR Hovedstaden har valgt for Rammeaftale 2014. Temaet er udvalgt med udgangspunkt i KKR Hovedstadens særlige fokus for 2014 på den stigende tilgang inden for målgrupperne børn, unge og voksne med *udviklingsforstyrrelser, stofmisbrug samt sindslidelse*.

Formålet med dette tema er at sætte fokus på kommunernes indsatser overfor unge i alderen 15-25 (30) år med vanskeligheder. Denne gruppe af unge er meget forskellig og har forskelligartede udfordringer, hvilket kræver forskellig opmærksomhed såvel i det forebyggende arbejde som i forbindelse med udredninger og de indsatsforløb, der iværksættes overfor disse unge. Der opleves gennem de senere år en stigning i tilgangen af unge, der har vanskeligheder. Eksempelvis er gruppen af unge hjemløse i Danmark vokset siden 2009. Der er i 2011 optalt 1002 hjemløse mellem 18 og 24 år mod 633 i 2009, og knap hver tredje hjemløs er mellem 18 og 29 år. Psykisk sygdom og tidligt misbrug af hash eller hårde stoffer er væsentlige årsager til, at unge bliver hjemløse.

Samtidig er ungeområdet præget af udfordringer i forhold til at sikre den nødvendige koordination og samarbejde mellem børne- og voksenområdet. Langt de fleste kommuner organiserer udsatte- og handicapområdet således, at børn hører til i én forvaltning og voksne til en anden. Derfor sker der næsten altid et skifte, når borgeren fylder 18 år, og en ny forvaltning og nye medarbejdere skal sætte sig ind i borgerens situation og iværksætte en målrettet indsats. Desuden kommer borgeren, der fylder 18 år, ind under en anden lovgivning, som giver borgeren andre rettigheder og muligheder, og dermed ofte medfører en ændring i tilbud og indsats. For borgerens synsvinkel kan manglende koordination mellem forvaltningerne ved overgangen opleves problematisk og uhensigtsmæssig, men også kommunens muligheder for at planlægge de forventede fremtidige udgifter kan blive udfordret.

Særlige fokusområder i forbindelse med behandlingen af det særlige tema kan eksempelvis være forebyggelse og tidlig opsporing, tidlig tværfaglig indsats i lokalområdet, tværsektorielt samarbejde, inklusion, udgående indsatser, tættere sagsopfølgning, inddragelse af frivillige, gode overgange mellem børne- og voksenområdet, dokumentation af resultater og effekter, dokumenterede metoder og indsatser m.v.

Den konkrete tilgang i KKR Hovedstadens behandling af temaet vil blive besluttet i 4. kvartal 2013, og behandlingen af temaet vil således blive påbegyndt umiddelbart i forlængelse heraf med forventet afrapportering ultimo 2014.



## SÆRLIGT TEMA OM GODKENDELSE OG TILSYN

Temaet godkendelse og tilsyn er udmeldt af Social- og Integrationsministeren som et særligt tema, der skal sættes fokus på i Rammeaftale 2014.

Ministeren har i et brev til kommunerne den 21. december 2012 uddybet, at det som led i udarbejdelse af Udviklingsstrategierne for 2014 drøftes mellem kommuner og regioner, hvordan det fremtidige samarbejde om tilsynsopgaven mest hensigtsmæssigt kan tilrettelægges. Der skal tages hensyn til både kommuner, regioner og private som driftsherre, til kommunerne som købere af pladser i tilbuddene og til, at socialtilsynet kan udfylde den rolle, som det får efter loven. Desuden ønskes drøftet, hvilke temaer der eventuelt fra starten er behov for at sætte fokus på, og at der i forbindelse med indgåelse af Styringsaftalen for 2014 tages en drøftelse af de takster, som socialtilsynet skal fastsætte for tilsynsopgaverne.

Da etableringen af socialtilsynet skal være tilendebragt inden den 1. november 2013, kan temaet ikke indgå i den vanlige proces for Udviklingsstrategi 2014. I stedet igangsættes et afgrænset forløb for det udmeldte ministertema, hvor specifikke ønsker til samarbejdet mellem Frederiksberg Kommune som tilsynskommune og de øvrige kommuner i hovedstadsregionen samt region Hovedstaden fremsættes, og hovedstadsregionens specifikke målsætninger og værdier for tilsynsområdet i regionen, bliver kortlagt.

Forløbet organiseres som en møderække, som Frederiksberg Kommune afholder med kommunerne i hovedstadsregionen samt Region Hovedstaden om det kommende Socialtilsyn. Møderækken påbegyndes den 22. februar 2013, og vil fortsætte hen over 2. og 3. kvartal 2013.

Under denne møderække vil, der blive taget en række temaer op blandt andet med udgangspunkt i de forventninger, som kommunerne over for KKR Hovedstaden har fremhævet som væsentlige i forbindelse med valget af tilsynskommunen. Det forventes at blive temaer som:

- ▶ Kompetencer hos Socialtilsynet (med udgangspunkt i forventningen om *"Tilsynet skal foretages ud fra hensyn omkring sundhedsfaglige, socialfaglige, pædagogiske, økonomiske og juridiske forhold, herunder skal kommunen have kompetencer, der understøtter hver af disse forhold"*).
- ▶ Helhedsorientering i indsatsen (drift og tilsyn) (med udgangspunkt i forventningen om *"Opgaveløsningen kræver et stort fokus på en helhedsorientering i indsatsen, således at myndighedsdelen ikke afkobles fra udførerdelen"*).

Derudover vil møderækken være udgangspunkt for information og videndeling på området.

Frederiksberg Kommune vil opsummere drøftelserne fra møderækken i et notat til KKR Hovedstaden i 3. kvartal 2013.

## SÆRLIGE TEMAER I 2013

I Rammeaftale 2013 udvalgte KKR Hovedstaden to særlige temaer samtidig med, at ministeren udvalgte et særligt tema. Udvælgelsen af de særlige temaer tog blandt andet udgangspunkt i de fokuspunkter, som indgik i Udviklingsstrategi 2013. Fokuspunkterne skulle fungere som opmærksomhedspunkter for de enkelte kommuners tilrettelæggelse af indsatserne på det specialiserede socialområde, såvel som for det fælleskommunale arbejde. Udviklingsstrategi 2013, herunder fokuspunkterne for 2013, kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

For Rammeaftale 2013 udvalgte KKR Hovedstaden to særlige temaer, som er "Sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrien" og "Ny specialisering", mens Social- og Integrationsministeren udmeldte det særlige tema "Udviklingen i brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser".

Temaerne behandles i 2013, og kan få indflydelse på det tværkommunale samarbejde i 2014, enten i form af konkrete tiltag eller yderligere afdækninger, som igangsættes på baggrund af afrapporteringerne af temaerne.



De tre temaer er nærmere beskrevet nedenfor.

### SÆRLIGT TEMA OM SOCIAL- OG BEHANDLINGSPSYKIATRIEN

KKR Hovedstaden igangsatte i 2013 en kortlægning af området *sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrien*, der er et af to særlige temaer, som KKR Hovedstaden valgte for Rameaftale 2013.

Baggrunden for valget af dette tema var fokuspunktet i Udviklingsstrategi 2013 om at sikre bedre kommunikation, sammenhæng og helhed mellem kommunale og regionale indsatser på psykiatriområdet. Temaet berører desuden en række af de øvrige fokuspunkter i Udviklingsstrategi 2013, for eksempel videreudviklingen af recovery-perspektivet samt koordinering og sammenhæng i den kommunale forvaltning mellem børne- og voksenområdet.

Den overordnede målsætning for kortlægningen af den kommunale socialpsykiatri, herunder sammenhængen mellem social- og behandlingspsykiatrien, er at afdække udfordringer og muligheder for, at unge i hovedstadsregionen med psykiske lidelser i højere grad kan få en tidlig, koordineret og sammenhængende indsats med udgangspunkt i en recovery-tilgang. Recovery er baseret på en tilgang, hvor borgere ved hjælp af rehabiliteringsstøtte får mulighed for at øge sin mestringskompetence og klare sig så meget som muligt selv. Recovery-tilgangen skal således betragtes som det grundprincip, som målsætningen skal anskues med afsæt i.

For at sikre klare resultater, budskaber og anbefalinger på området, er kortlægningen afgrænset til unge i alderen 15-25 (30) år med psykiske lidelser, herunder de særlige problemstillinger, der er forbundet med overgangene mellem barn og voksen.

Kortlægningen tilrettelægges med udgangspunkt i fire overordnede delelementer, henholdsvis afdækning af status quo, udfordringer og muligheder, indsamling og spredning af gode erfaringer om metoder og tiltag med dokumenteret effekt samt konkrete anbefalinger til handling i hovedstadsregionen.

Kommissoriet for kortlægningen kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rameaftale-h.dk](http://www.rameaftale-h.dk).

### SÆRLIGT TEMA OM NY SPECIALISERING

I 2013 igangsatte KKR Hovedstaden et udviklingsprojekt vedrørende *ny specialisering*, der er det andet af to særlige temaer, som KKR Hovedstaden valgte for Rameaftale 2013.

Temaet behandles som temamøder, der afholdes i løbet af 2013. Den overordnede målsætning for afholdelsen af temamøderne om ny specialisering er at give kommunerne i hovedstadsregionen aktuel viden og konkrete redskaber med dokumenteret effekt, som kommunerne umiddelbart vil kunne bringe ind i deres egen organisation og anvende til at styrke og udvikle indsatserne på det specialiserede socialområde.

Temamøderne er som udgangspunkt målrettet ledere og medarbejdere fra relevante fagområder i hovedstadsregionens kommuner. Der afholdes to temamøder dækkende tværgående emner inden for såvel børne- og ungeområdet som voksenområdet. Møderne fordeles, så der holdes et møde i 2. og 3. kvartal 2013 med følgende temaer:

- ▶ 1. temamøde (28. maj 2013): *Udvikling af forebyggelses- og inklusionsperspektivet samt inddragelse af frivillige og civilsamfund*
- ▶ 2. temamøde (4. september 2013): *Recovery og rehabilitering – effektfokus og evidensbegrebet.*

Ovenstående temaer tager udgangspunkt i fokuspunkterne i Udviklingsstrategi 2013 vedrørende videreudvikling og styrkelse af inklusionsperspektivet og recovery-perspektivet samt fokus på effekter og systematisk dokumentation.

Kommissoriet for behandlingen af temaet ny specialisering kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rameaftale-h.dk](http://www.rameaftale-h.dk).



## SÆRLIGT TEMA OM FAMILIEPLEJELIGNEDE ANBRINGELSESTYPER

KKR Hovedstaden igangsatte i 2013 en kortlægning af *udviklingen i brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser*, som Social- og Integrationsministeren udmeldte som et særligt tema for Rammeaftalerne 2013.

Den overordnede målsætning for kortlægningen af området er at afdække udfordringer og muligheder for, at kommunerne i hovedstadsregionen kan styrke og udvikle brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser.

Kortlægningen tilrettelægges med udgangspunkt i tre overordnede fokuspunkter, henholdsvis afdækning af udfordringer og muligheder for at kunne styrke anvendelsen af plejefamilier, indsamling og spredning af gode erfaringer om metoder og tiltag med dokumenteret effekt, samt konkrete anbefalinger til handling i hovedstadsregionen.

Kommissoriet for kortlægningen kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

## ANDRE SÆRLIGE UDVIKLINGSPROJEKTER I 2012-2014

I hovedstadsregionen er der med afsæt i fokuspunkterne i Udviklingsstrategi 2013 desuden igangsat en række særlige udviklingsprojekter, der forløber over perioden 2012-2014. Det drejer sig om udviklingsprojekter vedrørende definition af de mest specialiserede tilbud, justering af principper i styringsaftalen samt vedrørende hjerneskadeområdet. Projekterne beskrives kort nedenfor.

### UDVIKLINGSPROJEKT VEDRØRENDE DEFINITION AF DE MEST SPECIALISEREDE TILBUD

Et fokuspunkt i Udviklingsstrategi 2013 var at sikre koordination i forhold til vedligeholdelse og tilvejebringelse af tilbud til små målgrupper og fastholdelse af specialiseret viden, herunder at sikre tilbuddenes bæredygtighed. Med afsæt i dette fokuspunkt gennemførte KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Social og Uddannelse i 2012 og 2013 en proces omkring kortlægning af de mest specialiserede tilbud på det specialiserede socialområde i hovedstadsregionen. Formålet var at definere, hvilke tilbud i hovedstadsregionen som grundet deres specialiseringsgrad kan vurderes som værende svært erstattelige, samt opstille fælleskommunale procedurer og tiltag, som kan bidrage til at sikre, at de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles.

For at sikre en grundig og tilbunds gående kortlægning var processen inddelt i tre faser, hvor henholdsvis kommunerne som myndighed, tilbuddenes driftsherrer samt to særligt nedsatte faglige paneler på henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet, med kommunal og regional deltagelse, var grundlag for at vurdere og udvælge, hvilke tilbud i Udviklingsstrategien, der kan betragtes som de mest specialiserede i hovedstadsregionen. Resultaterne er efterfølgende blevet behandlet i Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse, Kommunaldirektørudvalget og K29.

Sideløbende med de tre første faser er der i regi af Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse opstillet forslag til fælleskommunale procedurer og tiltag til sikring af de mest specialiserede kompetencer i tilbuddene. Procedurerne omfatter blandt andet etableringen af en fast task force, der skal foretage løbende vurderinger og sikre opmærksomheden på de mest specialiserede tilbud.

Kriterierne og de udvalgte tilbud indgår i Udviklingsstrategi 2014, mens procedurerne vil blive indarbejdet i Styringsaftale 2014. For at imødekomme udviklingsdynamikken på området, vil de udvalgte tilbuds status blive revurderet løbende, ligesom at nye tilbud kan komme til.

Kriterierne og de ni udvalgte selvstændige tilbud i 2014 samt de fælleskommunale procedurer og tiltag fremgår af bilag 5, der kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).



## UDVIKLINGSPROJEKT VEDRØRENDE JUSTERING AF STYRINGSAFTALEN

KKR Hovedstaden igangsatte i 2012 et udviklingsprojekt med det formål at analysere og udvikle mulige løsningsveje for en styringsaftale, der i højere grad kan sikre den nødvendige koordination og udvikling af de højt specialiserede tilbud, og som således kan understøtte tilstedeværelsen af de rette tilbud med det rette indhold til borgerne i hovedstadsregionen.

Et af elementerne i dette projekt er at gøre det mere attraktivt at etablere nye tilbud, som vil være afhængige af salg af pladser til andre kommuner end driftsherren. Dette kan medvirke til at sikre, at der bliver oprettet nye specialiserede tilbud, der imødekommer nye behov inden for eksempelvis små målgrupper, som den enkelte kommune ikke selv kan løfte. Eksempelvis vil driftsherrer ved etablering af et nyt tilbud, som vil være afhængig af salg af pladser til andre kommuner, kunne vælge at anvende en lavere belægningsprocent i en opstartsperiode. På denne måde mindskes de økonomiske konsekvenser forbundet med risikoen for, at tilbuddet i begyndelsen ikke bliver fuldt belagt.

Et andet element i udviklingsprojektet er at indføre principper i styringsaftalen, der gør det muligt for driftsherrerne at anvende fleksible takster inden for det enkelte tilbud. I dag anvender de fleste tilbud den samme takst for alle brugere uanset, at der kan være forskelle i brugernes funktionsniveauer, og dermed forskelle i behov for behandling og støtte. Ved at formulere fælles principper for anvendelse af fleksible takster, skabes der mulighed for en højere grad af sammenhæng mellem pris og ydelser samt gennemsigtighed og sammenlignelighed i ydelserne. Dermed understøttes fokus på den enkelte borger samt på omkostningseffektiv drift og styring. Endelig kan fleksible takster give mulighed for en øget fleksibilitet og omstillingsparathed i det enkelte tilbud i forhold til ændringer i kommunernes efterspørgsel efter indsatser.

En tværkommunal arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra et bredt udsnit af kommunerne i hovedstadsregionen har i løbet af 2012 og 2013 udarbejdet forslag til justeringer af Styringsaftale 2014 inden for de ovenstående områder. Præciseringerne til Styringsaftalen er godkendt af KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Social og Uddannelse, Kommunaldirektørudvalget og K29.

Præciseringerne til Styringsaftalen vil blive afrapporteret for KKR Hovedstaden i forbindelse med behandlingen af Styringsaftale 2014.

## UDVIKLINGSPROJEKTER VEDRØRENDE HJERNESKADEOMRÅDET

I 2012 gennemførte KKR Hovedstaden en kortlægning af barrierer og muligheder for at sikre koordinerede og målrettede indsatser for voksne med erhvervet hjerneskade. Kortlægningen blev gennemført med inddragelse af repræsentanter fra kommunerne, Region Hovedstaden og eksterne tilbud på området. På baggrund af kortlægningen vedtog KKR Hovedstaden en række anbefalinger til hjerneskadeområdet i hovedstadsregionen, herunder en anbefaling om at igangsætte to parallelle udviklingsforløb i faglige arbejdsgrupper vedrørende henholdsvis definitioner og fælles standarder på området samt klarhed omkring snitflader mellem eksterne tilbud.

Formålet med de to forløb er at udarbejde en fælles definition af specialiseringsgrader og klarhed omkring snitflader og kerneydelser hos eksterne tilbud, som vil kunne bidrage til, at faglighed, indhold og specialiseringsgrad bliver afgørende for, hvilke tilbud eller ydelser en borger henvises til. Samtidig vurderes det at skabe bedre grundlag for, at tilbuddene i højere grad kan imødekomme kommunernes efterspørgsel.

Desuden er et væsentligt formål at skabe grundlag for et bedre overblik i de enkelte kommuner og muliggøre sammenligninger på tværs af kommunerne. Derudover vurderes det at kunne bidrage til en fælles forståelsesramme på området, som samtidig kan understøtte kommunerne i at opspore og udrede borgere med erhvervet hjerneskade. Endelig vurderes disse tiltag at være en forudsætning for kvalitetssikring, benchmarking og forskning på senhjerneskadeområdet i hovedstadsregionen. I den forbindelse er det selvfølgelig relevant at tage højde for eventuelle tiltag m.v. på landsplan.

Udviklingsprojekterne forløber i 2013-2014, og forventes afrapporteret primo-medio 2014.



Endelig har KKR Hovedstaden ønsket, at der inden for et par år følges op på kommunernes implementering af anbefalingerne på hjerneskadeområdet, samt på de anbefalinger, der er opstillet i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram.

Kommissorier for processerne i de faglige arbejdsgrupper kan findes på den fælleskommunale hjemmeside [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).

### DEL 3: ØVRIG TVÆRKOMMUNAL KOORDINATION

Nedenfor beskrives øvrige tendenser, bevægelser og tiltag med relevans for den tværkommunale koordination, herunder vedrørende de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger, kommunikationscentrene i regionen samt botilbud med over 100 pladser.

#### LANDS- OG LANDSDELSDÆKKENDE TILBUD OG SIKREDE AFDELINGER

Som led i udarbejdelsen af Udviklingsstrategi 2014 har kommunerne ansvaret for at sikre en indbyrdes koordinering mellem regionerne af de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger.

Der er i 2014 syv landsdækkende tilbud, fem landsdelsdækkende tilbud og otte tilbud med sikrede afdelinger.

Nedenfor er kort opsummeret de helt overordnede hovedtendenser omkring kapacitet og belægning samt kommunernes efterspørgsel og behov efter disse typer af tilbud. Tilbuddenes udvikling i forhold til kapacitet, belægning og tendenser i forhold til kommunernes efterspørgsel er beskrevet særskilt for hvert af de tilbud, der i bekendtgørelsen er defineret som henholdsvis lands- og landsdelsdækkende og sikrede afdelinger i bilag 7.

#### LANDS- OG LANDSDELSDÆKKENDE TILBUD

Samlet set var belægningen på de lands- og landsdelsdækkende tilbud på 94 procent i 2012. Belægningen på tilbuddene svinger dog fra 30 til 141 procent. Samlet forventer driftsherrerne ikke de store forandringer i tilbuddenes kapacitet frem mod 2016. Dog vil to tilbud (Center for Døvblindhed og Høretab og CFD (Center for Døve)) øge antallet af pladser fra 2012 til 2014, mens to tilbud (Center for Høretab og Kofoedsminde) har nedjusteret antallet af pladser i 2013.

Det landsdækkende tilbud Nyborgskolen har haft faldende belægning i en årrække, og Region Syddanmark er i dialog med Ministeriet for Børn og Undervisning om tilbuddets fremtid. De øvrige tilbud forventer på nuværende tidspunkt en uændret kapacitet frem til 2016.

De lands- og landsdelsdækkende tilbud bliver overvejende belagt med borgere fra kommunerne i beliggenhedsregionen eller de omkringliggende regioner.

Gennemgående oplyser kommunerne, at efterspørgslen efter de lands- og landsdelsdækkende tilbud i 2014 vil være uændret.

#### SIKREDE AFDELINGER

Belægningen på de sikrede afdelinger var i 2012 samlet set på 70 procent, der spændte fra 56 til 89 procent på de enkelte tilbud. Den sikrede afdeling Kompasset, der blev oprettet den 1. september 2012, og havde lav belægning de første måneder. Driftsherrerne for de sikrede afdelinger forudsætter en belægningsprocent på 85 for de sikrede afdelinger.

I 2012 blev der nedlagt 19 sikrede pladser fordelt på fem tilbud drevet af henholdsvis Region Syddanmark, Midtjylland, Sjælland og Hovedstaden. Med den samtidige etablering af Kompasset på otte pladser blev der samlet set foretaget en nedjustering på 11 pladser.



Pladserne på de sikrede afdelinger bliver primært belagt med borgere fra kommuner i den region, hvor tilbuddet ligger, eller fra omkringliggende regioner. Borgere fra hovedstadsregionen er dog forholdsvis højt repræsenteret i alle beliggenhedsregioner.

Tilsvarende de lands- og landsdelsdækkende tilbud oplyser landets kommuner, at efterspørgslen efter de sikrede afdelinger i 2014 gennemgående vil være uændret. Flere kommuner på tværs af landet fremhæver i den forbindelse, at det alene er med afsæt i lægehenviisning eller efter domsafsigelse, at der bliver trukket på tilbuddene. Kommunerne oplever det derfor svært at prognosticere på, hvordan henvisnings- og domsmønstre vil være i 2014.

## KOMMUNIKATIONSCENTRE

Efter drøftelser på tværs af de tre kommunikationscentre i hovedstadsregionen, kommunerne i regionen og Region Hovedstaden i regi af arbejdet med Rammeaftalen samt i forbindelse med udviklingsprojektet på senhjerneskadeområdet, besluttedes det i 2012 at igangsætte en proces med henblik på revision af den eksisterende Visitationsaftale vedrørende kommunikationscentre.

Processen forløber i 2013-2014 og foregår med inddragelse af de tre kommunikationscentre i hovedstadsregionen, repræsentanter fra kommunerne i regionen og Region Hovedstaden. I processen indgår desuden resultaterne af evalueringen af kommunalreformen vedrørende kommunikationscentrene.

## BOTILBUD MED OVER 100 PLADSER

I hovedstadsregionen er der ingen botilbud over 100 pladser, der er omfattet af Udviklingsstrategi 2014. Der er fem tilbud i hovedstadsregionen, der opfylder kriterierne, og Københavns Kommune er driftsherre for alle fem. Samtlige af disse botilbud er dog karakteriseret som lokale tilbud, som det primært er driftsherren selv, der benytter, hvorfor de fem tilbud ikke er omfattet af Udviklingsstrategien i Rammeaftale 2014.



## BILAGSLISTE

Nedenfor fremgår en oversigt over bilag til Udviklingsstrategi 2014:

- ▶ **Bilag 1:** Dybdegående analyse af behov og udviklingstendenser for 2014
- ▶ **Bilag 2:** Oversigt over alle tilbud beliggende i hovedstadsregionen
- ▶ **Bilag 3:** Oversigt over tilbud omfattet af Rammeaftale 2014 inklusiv kapacitetstal 2014-2016
- ▶ **Bilag 4:** Oversigt over kapacitet og belægning på tilbudstyper fordelt efter målgruppe og geografisk placering
- ▶ **Bilag 5:** De mest specialiserede tilbud i Udviklingsstrategi 2014
- ▶ **Bilag 6:** Årsberetning 2013 - Samrådet for domfældte udviklingshæmmede i kommunerne i Region Hovedstaden
- ▶ **Bilag 7:** Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger – opgørelse af kapacitet og belægning samt behov og efterspørgsel.

Alle bilagene kan findes i særskilte dokumenter på [www.rammeaftale-h.dk](http://www.rammeaftale-h.dk).



Omsorgsboliger på Buddingevej 50, den videre proces  
Sagsnummer: 20130210261  
Oprettet: 26-02-2013  
Dokumentejer: Lisbet van de Louw

#### Dagsorden

##### Generel

Emne: Omsorgsboliger på Buddingevej 50, den videre proces  
Dokumenttype: Sagsfremstilling til Dagsordensystem  
Dato: 26-02-2013  
Organisation: Social- og Sundhedsudvalget  
Navn:  
ID-Nummer:

Journalnøgle(r): 27.45.00 - P20 Boligtilbud for ældre og personer med handicap i almindelighed, Projekter

Besked:

**Udvalg:** SSU Social- og Sundhedsudvalget

#### Resume:

#### Sagsfremstilling:

##### Sagsfremstilling

I forbindelse med vedtagelsen af Budget 2013-16 er der indgået aftale om at opføre 40 nye omsorgsboliger - bygget som ældreboliger i forhold til almenboliglovgivningen.

Byplanudvalget har den 6. februar 2013 i forbindelse med behandling af sagen om placeringen af omsorgsboligerne ønsket et notat omkring anvendelsesmulighederne for ejendommene Chr. X's Allé nr. 109-113. Kommunalbestyrelsen har den 28. februar 2013 besluttet, at der arbejdes videre med arealet på Buddingevej 50 - den tidligere statsskole i forhold til etablering af omsorgsboliger.

Forvaltningen har i notat af 15. maj 2013 om beskrivelse af ejendommene Chr. X's Allé nr. 109-113 redegjort for anvendelsesmuligheden i forbindelse med

Allé nr. 109-113 redegjort for anvendelsesmuligheden i forbindelse med omsorgsboliger (bilag).

Forvaltningen har udarbejdet et udkast til mappe for omsorgsboligerne på Buddingevej 50, som er et samlet dokument, med blandt andet beskrivelser af bygning og grund, planforhold og de ældrefaglige visioner for omsorgsboligerne, herunder målgruppe og indhold af aktiviteter, oplevelser og tryghed for beboerne samt tidsplan og økonomi (bilag).

I denne mappe ligger desuden tre forslag til placering af 16 boliger på grunden, idet der forventes etableret 24 boliger i hovedhuset. På denne baggrund peger forvaltningen på at der udarbejdes en lokalplan med mulighed for opførelse af ny bebyggelse i op til 3 etager og med et etageareal på ca. 1.000 m<sup>2</sup>, jf. kortbilag med nuværende lokalplan (bilag).

Herudover peger forvaltningen på at der udarbejdes et kommuneplantillæg med mulighed for den påtænkte anvendelse, bebyggelsesprocent på 70 mv., hvor ejendommen Buddingevej 54 også inddrages, idet bebyggelsesprocenten i dag er på 45. Til finansiering af projektet peger forvaltningen på, at der gives anlægsbevilling på 2 mio. kr. i 2013 finansieret af det i budget 2013 afsatte rådighedsbeløb på 2 mio. kr. til helhedsplan mv.

Social- og Sundhedsudvalget har i maj 2013 behandlet oplæg til visionerne for boligerne, målgruppen og "omsorgspakken", som indeholder aktiviteter, oplevelser, samvær og fællesskab, og som skal drives af et fast tilknyttet personale for 1 mio. kr. årligt i drift, jf. ovennævnte "mappe". Udvalget besluttede at lægge oplægget til grund for det videre arbejde med boligerne. Arbejdet med indholdet af omsorgsboligerne er siden kvalificeret gennem dialog med potentielle brugere af de kommende omsorgsboliger, herunder repræsentanter fra Seniorrådet og Ældre Sagen samt andre plejehjem, som har arbejdet succesfuldt med at inddrage beboere i udvikling og drift. Sideløbende har forvaltningen foranstaltet en række møder med de omkringliggende institutioner for at afklare og tage initiativ til samarbejde omkring aktiviteter og oplevelser. Senere forventes samarbejdet også at omfatte "spacemanagement" - deling og brug af hinandens arealer.

Forvaltningen peger på, at målgruppe, indhold af omsorgspakken samt samarbejdet med omkringliggende institutioner fastlægges som koncept for omsorgsboligerne og indgår i det endelige byggeprogram, jf. ovennævnte dokument.

#### **Økonomiske konsekvenser**

Der er afsat 2 mio. kr. i 2013 til helhedsplan mv., samt 8,6 mio. kr. til grundkapital (10 % af det samlede anlægsbudget for omsorgsboligerne).

Derudover indregnes indtægt ved grundsalg -7,68 mio. kr. (jf. lov om støttet byggeri) i 2014 samt 1,5 mio. kr. til montering (inventar mv.) i 2015.

For at kunne igangsætte det videre arbejde, herunder byggetekniske analyser af

bygningen og grunden samt udarbejdelse af materiale til lokalplan mv., peger forvaltningen på, at der gives anlægsbevilling på de i budgettet afsatte 2 mio. kr. til helhedsplan mv.

Byggeprojektet forventes afholdt inden for disse allerede afsatte rammer. Driftsudgifter på 1 mio. kr. indgår i budget 2013-16.

### **Beslutningskompetence**

Social- og Sundhedsudvalget for så vidt angår målgruppe og indhold af omsorgsboligerne

Byplanudvalget for så vidt angår lokalplan

Økonomiudvalget for så vidt angår beslutning om udarbejdelse af kommuneplantillæg

Kommunalbestyrelsen for så vidt angår anlægsbevilling.

### **Indstilling**

Forvaltningen foreslår, at

1. at der på baggrund af det foreslåede udarbejdes ny lokalplan med mulighed for opførelse af ny bebyggelse i op til 3 etager og med et etageareal på ca. 1.000 m<sup>2</sup>
2. der udarbejdes et kommuneplantillæg vedrørende anvendelse, bebyggelsesprocent på 70 mv.
3. målgruppen, indholdet af omsorgspakken samt samarbejdet med omkringliggende institutioner godkendes endeligt
4. der gives anlægsbevilling på 2 mio. kr. i 2013 finansieret af det i budget 2013 afsatte rådighedsbeløb på 2 mio. kr. til helhedsplan mv.

**Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 2 udsendes i alt 3 bilag**

**NOTAT**  
om

beskrivelse af ejendommene Chr. X's Allé nr. 109, 111 og 113

---

**Beskrivelse af ejendommene Christian X's Allé nr. 109, 111 og 113**

Ejendommene Christian X's Allé nr.109, 111 og 113 er alle i dag ejet af Lyngby - Taarbæk Kommune. Chr. X's Allé nr. 109 anvendes som bolig for flygtninge, nr. 111 indeholder 2 lejemål og nr. 113 anvendes af fritidsklubben "Baune". Ejendommene er på henholdsvis 828, 788 og 697 m<sup>2</sup>. Det samlede areal er på 2.313 m<sup>2</sup>.

Alle tre ejendomme er indeholdt i Lokalplan 230 for et område til offentlige formål ved Chr. X's Allé og Engelsborgvej, vedtaget af Kommunalbestyrelsen 29. august 2011.

Arealernes beliggenhed kan ses på fremsendte oversigtskort. Arealernes inddeling i delområder i henhold til Lokalplan 230 kan ses på fremsendte bilag 4.

Chr. X's Allé nr. 109 er indeholdt i lokalplanens delområde E. Størstedelen af ejendommen skal anvendes til parkering, mens resten skal indgå som friareal til ny bebyggelse. Denne bebyggelse er netop under opførelse og er tiltænkt borgere med autisme.

Chr. X's Allé nr. 111 og 113 er i lokalplan 230 indeholdt i delområde C, der har et samlet grundareal på ca. 1.550 m<sup>2</sup>. I delområdets byggefelt er der mulighed for at opføre max 1.400 etagemeter (eks. kælder) bebyggelse til skole, uddannelse, institutioner for børn og unge, idræt samt botilbud for borgere med autisme og ældre med tilhørende friarealer. Der må bygges i op til 3 etager.

**Mulighed for opførelse af omsorgsboliger ved Chr. X's Allé**

Lokalplan 230, delområde C vil umiddelbart kunne benyttes som plangrundlag for opførelse af omsorgsboliger. Lokalplanens øvrige udlæg til parkerings og friarealer vil derved kunne fastholdes.

Der vil fysisk kunne etableres et antal omsorgsboliger ved en placering langs Chr. X's Allé på ejendommene i nr. 109, 111 og 113. Det betyder imidlertid, at der ikke er restrummelighed til områdets parkeringsbehov.

Beslutningen om etablering af 40 omsorgsboliger i forbindelse med vedtagelsen af budgettet for 2013 og frem erstattede en tidligere politisk beslutning om at etablere et nyt områdecenter.

De 40 pladser indgår således i den plejeboligkapacitet, forvaltningen har estimeret, at der er behov for fremadrettet med udgangspunkt i den nuværende beboersammensætning på kommunens plejehjem, befolkningsprognosen mv. (jf tidligere udvalgssager i Social- og Sundhedsudvalget).

Omsorgsboligerne tænkes som en mellemting mellem en ældrebolig og en plejebolig, men der er ubetinget hensigten, at en omsorgsbolig skal være et fulgyldigt alternativ til en plejebolig,

hvilket betyder, at boligen skal være indrettet efter de samme krav som stilles til en plejebolig. Tanken er ikke, at borgeren skal flytte fra omsorgsboligen til et plejehjem, hvis deres fysiske funktionsniveau svækkes kraftigt, eller de bliver terminale. Omsorgsboligerne skal være egnede også til pasning af døende med omfattende funktionsnedsættelse.

Derudover er det en del af den politiske beslutning, der er truffet, at omsorgsboligerne skal kunne omdannes til et egentligt plejehjem, hvis behovet for et sådant opstår. Det betyder dels, at boligerne også af den grund fysisk skal leve op til de samme krav fra starten og det betyder, at der arealmæssigt på grunden fra starten skal være indtænkt en løsning for, hvor der senere kan etableres servicearealer, så bygningerne samlet set kan udgøre et hensigtsmæssigt indrettet plejehjem.

Ovenstående hensyn kan under ingen omstændigheder imødekommes ved at bygge halvdelen af boligerne på de tre omtalte grunde: nr. 109-111-113. Der er simpelthen for langt hen til "hovedhuset" som bliver basen i form af fællesrum mv., hvor personalet vil være til stede, og hvor de tryghedsskabende aktiviteter og samværet foregår. På Virumgaard er erfaringerne fra dagligdagen, at der er for lang afstand fra C-huset til fællesarealerne og caféen i hovedhuset, og at belægningen gør det svært at "forcere" på egen hånd med en rollator eller i kørestol.

Her er afstanden imidlertid betydeligt mindre end fra det foreslåede areal til hovedhuset på Buddingevej 50.

Det er således forvaltningens konklusion, at de tre grunde ikke er egnede til opførelse af en del af omsorgsboligerne på grund af den fysiske afstand til hovedhuset på Buddingevej 50.



LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



# Omsorgsboliger

## Buddingevej 50

Juni 2013





# Indhold

---

Denne mappe er udarbejdet i samarbejde mellem Center for Træning og Omsorg og Center for Arealer og Ejendomme. Formålet er at samle og give en orientering om visioner for boligerne, orientering om de fysiske rammer og forhold, samt tanker for etablering af omsorgsboliger i den tidligere Stats-skole og belyse forskellige byggemuligheder på den eksisterende grund.

## Deltagere fra Center for Træning og Omsorg

Centerchef, Dorte Vangsø Rasmussen  
Afsnitsleder, Lone Wettergren  
Udviklings Konsulent, Sigga Birkvad  
Centrale og decentrale ansatte

## Deltagere fra Center for Arealer og Ejendomme

Konstitueret Centerchef, Torben Hjelm  
Souschef, Lisbet van de Louw  
Arkitekt maa, Dorte Overgaard

## Indholdsfortegnelse

Emne	side
1. Indhold	3
2. Politiske beslutninger	4
3. Omsorgsboliger	5
4. Stamdata	12
5. Beskrivelse af beliggenhed	17
6. Beskrivelse af eksisterende bygninger	19
7. Eksisterende tegninger	20
8. Forslag, eksisterende bygning	22
9. Konstruktive ombygninger	27
10. Forslag til bebyggelse	28
11. Tids- og aktivitetsplan	34
12. Økonomi	35

# Politiske beslutninger

---

I forbindelse med vedtagelsen af Budget 2013-16 er der indgået aftale om at opføre 40 nye omsorgsboliger - bygget som ældreboliger i forhold til almenboliglovgivningen. Byggeriet erstatter etableringen af 40 nye plejeboliger ved Trongårdsskolen. Omsorgsboligerne skal placeres i bynært område. Begrebet ”bynært område” er her defineret som et område med indkøbsmuligheder samt nærhed til kollektiv transport.

Såfremt der på sigt bliver behov for flere plejeboliger, kan omsorgsboligerne evt. omdannes til plejeboliger, ved senere at opføre servicearealer til boligerne. For at opnå større fleksibilitet i forhold til plejeboligkapaciteten, skal boligerne derfor udformes, så de også vil kunne anvendes som plejeboliger.

Boligerne er forudsat etableret som almene ældreboliger, hvilket medfører at kommunen har 100 % anvisningsret til boligerne og at beboerne kan søge boligydelse jf. de gunstige regler for netop denne type ældreboliger modsat privat finansierede boliger.

I Social- og Sundhedsudvalgets møde 5.12.2012 blev der forelagt en bruttoliste med 22 forskellige arealer, samt en vurdering af disse, for mulig placering af Omsorgsboliger. Det blev besluttet at arbejde videre med 5 placeringer:

På Social- og Sundhedsudvalget 6.2.2013 blev det vedtaget at arealet på Buddingevej 50 ville være det bedst egnede til opførelse af omsorgsboliger.

Sagen blev samme dag 6.2.2013 fremlagt i Byplanudvalget.

På mødet blev forslaget anbefalet, men udvalget ønsker et notat omkring anvendelsesmulighederne for ejendommene Chr. X's Allé 109-113. Dette fremgår af bilag til sagsfremstillingen juni 2013.

Placeringen blev sendt i høring hos Seniorrådet januar 2013. Seniorrådet har 25.02.2013 fremsendt høringssvar, med bemærkning om beliggenhedens støjforhold, samt ønske om deltagelse i styregruppe. Det er planlagt at Seniorrådet inviteres til at deltage i kommende Styregruppemøder.

# Omsorgsboliger

---

## Vision

En omsorgsbolig skal understøtte ældre borgere, som bl.a. på grund af ensomhed og utryghed mistrives i egen bolig, selvom de fysisk og kognitivt er i stand til at leve et aktivt og/eller socialt liv.

Borgerne visiteres til en omsorgsbolig før bliver så fysisk og kognitivt dårlige, at de vil have behov for en plejebolig.

Omsorgsboligerne er et trygt miljø præget af samvær, hjælp til fælleshjælp og fælles oplevelser med udgangspunkt i beboernes behov. Graden og karakteren af aktiviteter og oplevelser, kontra behovet for privatliv tilpasses således den konkrete beboergruppe i omsorgsboligerne.

Omsorgsboligerne drives af beboerne og personalet, omtalt som ”omsorgspakken. I samarbejde skal de arrangere og afholde fælles oplevelser samt understøtte fællesskabet blandt beboerne og kontakten til omverdenen via åbne arrangementer for pårørende, nærmiljøet og venner.

Ved at tilbyde de ældre beboere et trygt og aktivt miljø, bestående af fælles oplevelser og fysiske aktiviteter, forventes det, at beboernes livskvalitet og helbredtstilstand øges. De ældre forventes at være i stand til at klare sig selv i egen bolig længst muligt, og udvikle eget personlige potentiale den sidste periode af livet.

Omsorgsboligerne bygger på fem nedenstående værdier, de-

fineret af Ældrekommissionen i 2011, som udgangspunkt for det gode ældreliv i forbindelse med rapporten ”Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem”:

- Indflydelse på eget liv
- Respekt for forskellighed
- Medmenneskelighed
- Gode oplevelser hver dag
- En værdig afslutning på livet

## Definition af en omsorgsbolig

En omsorgsbolig er karakteriseret ved et fælles hverdagsliv mellem beboerne og mellem beboerne, personalet og nærmiljøet, understøttet af et fast tilknyttet personale omtalt som ”omsorgspakken”. Det fælles hverdagsliv er kendetegnet ved følgende begreber:

- Fællesskab og venskaber
- Nærvær
- Rummelighed og medmenneskelighed
- Mangfoldighed
- Indflydelse

Boligen er en selvstændig lejebolig opført som en ældrebolig. Lejeren betaler indskud og husleje og boligen er handicapindrettet med egen entre, køkken, bad, stue og soveværelse samt enten altan eller have. Så vidt muligt, etableres uderum/pulterkammer til boligen.

---

Boligen er mulig at indrette hjemligt og personligt, så beboeren får lyst til at have besøg. Boligen understøtter beboeren i at opretholde det liv, han/hun levede før indflytning og inspirerer til samvær med de øvrige beboere. Samværet initieres bl.a. af, at f.eks. postkasser, tørre- og skraldestativer er placeret i fællesarealerne, og skaber rum for naturlige møder mellem beboerne.

Boligen er placeret tæt på de øvrige boliger for at skabe tryghed og understøtte samvær mellem beboerne. Desuden er boligen opført med en række sikkerhedsforanstaltninger, som giver beboeren tryghed. F.eks.:

- Lys ved alle hoveddøre, som tænder automatisk ved bevægelse
- Dørtelefon med kamera
- Kighul i hoveddøren
- Kamera overvågning
- Fælle forparti i tilfælde af etageboliger

Det er muligt at holde mindre kæledyr i boligen, så længe beboeren selv kan passe kæledyret.

Boligen understøtter svagthørende- og seende og opføres men henblik på at minimere evt. støjgener.

Nedenfor er listet en række ønsker til boligen fra potentielle beboere, som der skeles til i byggeprocessen:

- Miljø- og energirigtige boliger
- Solenergi eller solceller
- Opmærksomhed på lysindfald
- Lyd isoleret
- God ventilation
- Ingen lange gange
- Meget skabsplads, gerne indbygget med skydedøre
- Skydedøre
- Gulvvarme
- Ingen dørtrin
- Opvaskemaskine i bordhøjde, så man ikke skal bukke sig
- Hæve-sænke borde
- Vaske og tørremaskine i egen bolig
- Badefaciliteter som badebænk og plads
- Japansk toilet (Robot toilet)
- Vindueskarmer til blomster
- Mulighed for at lufte tøj, dyner etc.
- Indbygget støvsuger

#### **Intentioner for fællesarealer**

I forbindelse med boligen er indendørs og udendørs fællesarealer, som danner ramme for og inspirerer til aktiviteter og samvær blandt beboerne, pårørende og venner.

Fællesarealerne tiltrækker ”liv” til boenheden og gør det attraktivt og tillokkende for pårørende og venner at komme på besøg. F.eks. i form af åbne legepladser for nabolagets beboere og

institutioner samt pårørende.

Fællesarealerne er åbne for nærmiljøet for at sikre, at boenheden ikke bliver en isoleret "ø" i området, men tværtimod integreres i dette. Samtidig etableres diverse sikkerhedsforanstaltninger for at skabe trykthed for beboerne. F.eks.:

- Trykke parkeringsforhold
- Lys, der tænder automatisk på stier og fællesarealer

Fællesarealerne er tilgængelig for alle og understøtter svagtseende og svagthørende.

Nedenfor er listet forskellige forslag til fællesarealer, som understøtter visionen for omsorgsboligerne. Forslagene er bl.a. stillet af potentielle beboere, og skal prioriteres og afklares yderligere i byggeprocessen:

Forslag til fællesarealer, indendørs:

- Gæstebolig til pårørende
- Fælleskøkken med tilstødende spisestue
- Multirum til brug for gymnastik, musik og dans, evt. med



varmtvands bassin. Rummet skal indeholde mindre hobbykroge, f.eks. sy-krog og kunne omdannes til "biograf" og foredragssal. Ved at samle alle funktioner i et rum optimeres mulighederne for, at rummet summer af liv og aktivitet og beboerne kan være sammen uden at gøre det samme.

- Krambod – indeholder overskydende møbler, inventar mv., som gives gratis til interesserede i boenheden og nærmiljøet
- Mande-rum, f.eks. billiard og værksted

Forslag til fællesarealer, udendørs:

- Fælles have med frugttræer, evt. med højbede eller køkkenhave. Fælleshaven skal være opdelt i mindre enheder, så det er muligt at være privat/trække sig tilbage i det fælles rum
- Rindende vand i fælleshaven
- Legeplads
- Motionssti/motionsredskaber
- Dyre fold med høns, kaniner eller geder, evt. drevet i samarbejde med nærliggende institution eller frivillige
- Fælles nyttehave, evt. til dels udformet som skolehave i samarbejde med nærliggende skole
- Åbent grill-areal
- Vandløb, sø eller lignende
- Pavilloner
- Mindre køkkenhaver
- Mindre læ-kroge
- Orangeri
- Pentanguebane

## Omsorgspakke

Omsorgsboligerne adskiller sig fra kommunens øvrige bo-tilbud ved den tilknyttede ”omsorgspakke”. Omsorgspakken er karakteriseret ved det sociale liv mellem beboerne og mellem beboerne og lokalmiljøet. Det sociale liv understøttes af fælles oplevelser og aktiviteter samt en generel oplevelse af tryghed blandt beboerne. Tryghed i form af sikkerhed, kendskab og netværk til nærmiljøet samt glæde og ejerskab ved det fælles liv mellem beboerne.



Sidstnævnte understøttes ved, at beboerne delagtiggøres i udviklingen og driften af omsorgspakken og boenheden. F.eks. ved at varetage praktiske opgaver som at luge have og tage initiativ til og afvikle diverse arrangementer, f.eks.

bridge-aften, fælles spising mv.

Omsorgspakken indeholder ”hverdagsbøvl” forstået som dagligdags gøremål. Foruden at være en række private hjem er omsorgsboligerne også et fællesskab, som næres ved fælles oplevelser og ”pligter”. Fællesarealerne synliggør og emme derfor af igangværende projekter, aktiviteter og oplevelser i

form af f.eks. opslåede bøger, en opvask fra dagens eftermiddagskaffe mv.

Omsorgspakkens indhold og form tilpasses den aktuelle beboersammensætning og vil derfor variere afhængigt af beboernes behov for fællesskab kontra privatliv og interesser. Uanset indhold og form er det dog væsentligt, at nærmiljøet inkluderes i nogle af de planlagte oplevelser og aktiviteter, samtidig med, at de planlagte aktiviteter ikke ”udkonkurrerer” lignende tilbud i lokalområdet. Tværtimod kunne en aktivitet være, at følges til gudstjeneste, aktivitet på biblioteket mv. Ved at integrere omsorgsboligerne med nærmiljøet skabes netværk og bekendtskaber udenfor boenheden og på tværs af generationer, hvilket stimulerer og øger de ældres oplevelse af tryghed.

Omsorgspakken rummer både systematiserede forløb, f.eks. ugentlig gymnastik og enkeltstående oplevelser, f.eks. royalt bryllup på storskærm samt dagligdags gøremål og uformelt samvær.

I planlægning og afvikling heraf tages udgangspunkt i paradigmeskiftet og ældrestrategien med henblik på at understøtte beboerne i et aktivt liv – mentalt og fysisk:

Forslag til aktiviteter og oplevelser i regi af omsorgspakken:

- Faste aktiviteter, f.eks. kor, gymnastik, dans
- Passe husdyr sammen, evt. sammen med omkringliggende institutioner

- Musik
- Fælleslæsning
- Fælles male-aktiviteter
- Teater
- Foredrag
- Fælles sang
- Fælles gåture
- Ture ud af huset

#### Personale

Der er i Budget 2013-16 afsat 1. mio. kr. årligt til at finansiere omsorgspakken. Beløbet dækker personale og evt. udgifter til aktiviteter. Såfremt der er behov for det, vil personalet søge relevante puljer og midler til udvalgte aktiviteter.



Personalet forventes tilstede om eftermiddagen, aftenen og i weekenden, hvor behovet for samvær og aktiviteter typisk er størst.

Personalets opgaver:

- Varetage dagligdags-gøremål sammen med beboerne
- Understøtte relationer mellem beboerne
- Understøtte netværk til nærmiljøet, pårørende og venner
- Samarbejde med frivillige, lokale institutioner mv. omkring

aktiviteter og oplevelser

- Samarbejde og koordinere med hjemmehjælp og pleje
- Tage initiativ til og afholde aktiviteter og oplevelser, spontane og systematiserede
- Guide beboerne i ”hjælp til fælleshjælp”
- Udvide interesse og nærvær overfor beboerne

#### **Målgruppen**

Omsorgsboligerne er målrettet gruppen af ældre, som mistrives i eget hjem, fordi de er ensomme, utrygge og lever isoleret. Ofte spiser og drikker de ikke tilstrækkeligt og kan deraf være underernærede og dehydrerede. De er ved at miste livsglæden, fordi de er alene og ikke har overskud og mod til at dyrke interesser og venskaber. Hvis målgruppens livsvilkår ikke ændres, vil de inden for en kortere årrække få behov for en plejebolig, da den aktuelle livsførelse svækker deres fysiske og kognitive tilstand.

Målgruppen modtager hjemmehjælp og/eller personlig pleje af varierende grad, og kan have et højt eller lavt funktionsniveau. Fælles for målgruppen er, at de ønsker at leve et mere aktivt og socialt liv, og ”liver op” i selskab med andre – f.eks. hjemmeplejen. Målgruppen har potentiale og lyst til at tage ansvar og ejerskab for eget liv, men magter det aktuelt ikke i eget hjem. Under trykke og sociale rammer forventes målgruppen at ”blomstre op” og igen få overskud til at ”dyrke sig selv”, hvorved målgruppens livskvalitet og helbredstilstand øges.

---

Målgruppen inkluderer:

- Ældre som modtager hjemmehjælp eller hjemmepleje i begrænset omfang
- Ældre som er hæmmet af ensomhed, utryghed og/isolation
- Ældre som besidder et uforløst potentiale, som forventes frigivet under trygge og sociale rammer
- Ældre som næres af at være sammen med andre og kan bidrage til fællesskabet
- Enlige og samlevende ældre

Målgruppen inkluderer ikke:

- Ældre med betydelige psykiske og psykiatriske udfordringer, som kan skabe utryghed i bo-enheden eller hæmme det sociale liv
- Yngre ældre, evt. med børn, da fællesskabet og aktiviteterne er henvendt til ældre personer, som yngre personer ikke vil stimuleres i tilstrækkelig grad ved
- Demente, da boligen ikke er indrettet til eller bemandet med personale målrettet demente. I det tilfælde at beboere i en omsorgsbolig udvikler demens, vil beboeren flytte til en plejebolig for at få den rette pleje og hjælp. På samme vis, som hvis den pågældende beboer boede i en ældrebolig eller beskyttet bolig.

### Visitering og drift

Der skal udarbejdes regler for visitation til omsorgsboligerne

med udgangspunkt i følgende forhold:

- Den visiterede modtager hjemmehjælp og/eller personlig pleje
- Den visiterede skal ønske og næres af sociale fællesskaber
- Den visiterede forventes at blomstre op, under trygge og sociale rammer
- Den visiterede forventes at kunne leve i omsorgsboligen til livets afslutning. Eksempelvis skal den visiterede ikke udvise tegn på demens eller have et massivt plejebestov

Boligerne bevilliges af kommunens visitationsudvalg på baggrund af ansøgning.

Kommunens visitatorer visiterer personer i en omsorgsbolig til praktisk hjælp og personlig pleje, hvorefter der er frit valg af leverandør jf. §83.

Der skal tages stilling til drift af omsorgsboligerne, herunder snitflader mellem diverse relevante personaler og serviceenheder.

### Samarbejde med omkringliggende institutioner

Aktuelt afholdes møder med følgende omkringliggende institutioner:

- Christianskirken
- Engelsborgskolen
- SFO ved Engelsborgskolen



- 
- Børnehuset Svanen
  - Bostedet Strandberg
  - Engelsborghallen
  - Frivilligcentret i Lyngby
  - Den Kommunale Dagpleje

På møderne informeres om de kommende omsorgsboliger i forhold til vision, omsorgspakke og målgruppe med henblik på at etablerer samarbejde omkring aktiviteter og oplevelser samt brug af hinandens arealer ud fra spacemanagement-tankegangen.

### Velfærdsteknologi

Forvaltningen arbejder med at afklare, hvilke velfærdsteknologiske hjælpemidler boligerne og fællesarealerne skal være "født med". Arbejdet er inspireret af den seneste CareWare konference i foråret 2013, som netop sætter fokus på sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger, der kan bidrage til at øge selvhjulpethed, sikkerhed og tryghed, fysisk og kognitiv rehabilitering, social interaktion mv. for personer med forskellige typer af nedsat funktionsevne.

### Workshop DCC

Forvaltningen har deltaget i et forløb ved Dansk Design Center sammen med en række andre kommuner, en design virksomhed og udvalgte private virksomheder, som leverer services og produkter til ældresektoren.

Forløbet havde fokus på "hjemlighed" i plejeboliger, med udgangspunkt i en analyse af barrierer for hjemlighed i plejeboli-

ger.

Forløbet mandede ud i en række færdigudviklede "plug and play" koncepter, som forvaltningen arbejder videre med.

Forløbet skærpede forvaltningens fokus på, hvad "hjemlighed" er for ældre borgere. I forhold til æstetik og funktionalitet samt overgangen fra et hjem til et andet og samværet mellem personale og beboere.

# Stamdata

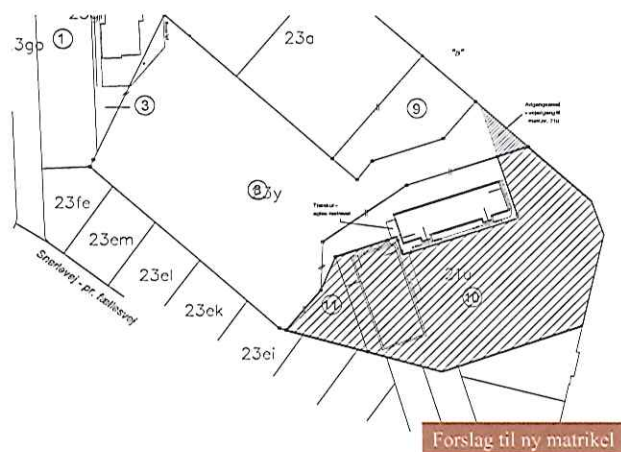
## Adresse

Buddingevej 50  
2800 Lyngby

## Matrikel

23u, Kgs. Lyngby By, Christians

Matriklen er under ommatrikulering, det kommende areal forventes at udgøre 4.856 m<sup>2</sup>.



## Ejerforhold

Lyngby-Taarbæk Kommune

## Historie

Buddingevej 50 er tegnet af Arkitekt Magdahl Nielsen, og blev indviet den 29. november 1923, som nye lokaler til Lyngby

Statsskole, tidligere Thyssens Skole.

Den 1. januar 1986 blev skolen overtaget Københavns Amt under navnet Lyngby Gymnasium, og i 1991 blev skolen nedlagt. Københavns Amt frasolgte i 2003 skolen til Mogens de Linde, efter at have opført boliger til mennesker med autisme på skolens tidligere sportsarealer, der ved denne lejlighed blev fraskilt. Mogens de Linde solgte 2006 ejendommen til Fischer4Benz Holding ApS, men firmaet gik imidlertid konkurs i 2009, hvorefter Lyngby-Taarbæk Kommune erhvervede sig ejendommen med henblik på etablering af et sundhedshus som OPP-projekt. Projektet blev ikke gennemført, men gymnastiksalen blev delvist anvendt til aflastningsboliger til bo institutionen Chr X allé. Selve hovedbygningen og pedelboligen er nuværende tidspunkt uudnyttede.

## Tinglysing og servitutter

Da Københavns Amt i 2003 frasolgte skolen, blev der ved denne lejlighed tinglyst færdselsret til boligerne for mennesker med autisme. På grund af den verserende sag med ommatrikulering vil denne klausul blive ændret.

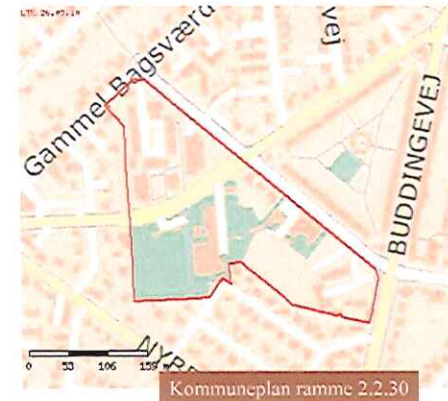
## Arealer

Eksisterende bygningsareal i henhold til BBR er:

### Skolebygning:

Kælder	538 m <sup>2</sup>
Stue og 1. sal	1062 m <sup>2</sup>
<u>Tagetage udnyttelig</u>	<u>430 m<sup>2</sup></u>
Ialt	2030 m <sup>2</sup>

<u>Pedelbolig:</u>	
Kælder	48 m <sup>2</sup>
Stueplan	82 m <sup>2</sup>
<u>Tagetage udnyttelig</u>	<u>19 m<sup>2</sup></u>
Ialt	150 m <sup>2</sup>
<u>Toiletbygning:</u>	
Stueplan	117 m <sup>2</sup>
<u>Cykelskur:</u>	
Stueplan	122 m <sup>2</sup>
<b>Samlet areal i alt:</b>	<b>2419 m<sup>2</sup></b>
<b>Fremtidige arealer, skønnet</b>	
Arealer i eksisterende bygning	2025 m <sup>2</sup>
Skøn af arealer på nybygning	1000 m <sup>2</sup>
I alt fremtidige arealer ca.	3025 m <sup>2</sup>
Fremtidig bebyggelsesprocent	ca. 62 %
<b>Plangrundlag</b>	
<u>Kommuneplan</u>	
Området er indeholdt i Kommuneplan fra 2009, Plandistrikt Ulrikkenborg Bydel, kommuneplan ramme 2.2.30 Engelsborgskolen / VUC Øresund.	
Området er udlagt til Offentlig service: kommunal og statslig-	



service, skoler, uddannelse og forskning samt institutioner for børn, unge og ældre. Bebyggelsen må udføres i max 3 etager og med en bebyggelsesprocent på 45%.

#### Lokalplan

Matriklen er ikke omfattet af nogen lokalplan, dette skal udarbejdes i forbindelse med anvendelse til Omsorgsboliger.

#### **Parkering**

Servituttern og p-normerne i Kommuneplan 2009

1/3 p-plads pr. plejebolig /børneinstitutioner mv. er udregnet ud fra p-pladser til personale samt gæster/forældre og ikke er en del af p-normen - og skal vurderes i hvert enkelt tilfælde. Ældreboliger er lig p-norm for boliger.

Parkeringsnormer

Ved nybyggeri, tilbygning eller ændret anvendelse stilles følgende krav til udlæg af parkeringspladser.

#### Bilparkering:

Åben-lav:	2 p-pladser/bolig
Tæt-lav:	2 p-pladser/bolig
Etageboliger:	1,5 p-pladser/bolig,

	dog 1 p-plads/1 og 2-rumsbolig
Kontor:	1 p-plads/50m2 etageareal
Udvalgsvarerbutikker:	1 p-plads/50 m2 etageareal
Dagligvarebutikker:	1 p-plads/35 m2 etageareal
Ungdoms- ældreboliger ol:	Parkeringskravet vurderes

#### Cykelparkering:

Etageboliger:	2,5 cykel-p-plads/bolig
Ungdomsboliger:	1 cykel-p-plads/bolig
Dagligvarebutikker:	1 cykel-p-plads/30 m <sup>2</sup>
Udvalgsvarerbutikker*:	1 cykel-p-plads/40 m <sup>2</sup>
Kontorerhverv:	1 cykel-p-plads/40 m <sup>2</sup>
Liberal erhverv:	1 cykel-p-plads/40 m <sup>2</sup>

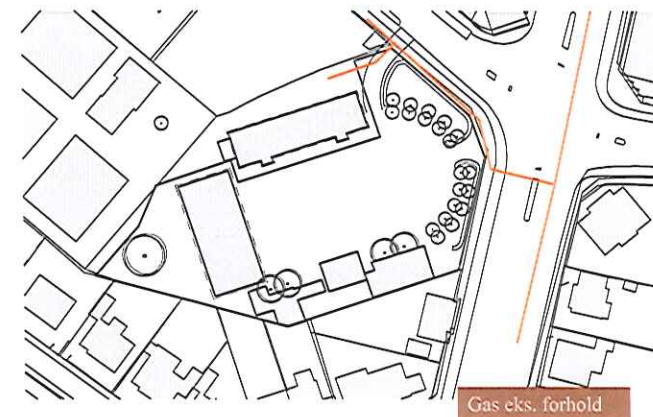
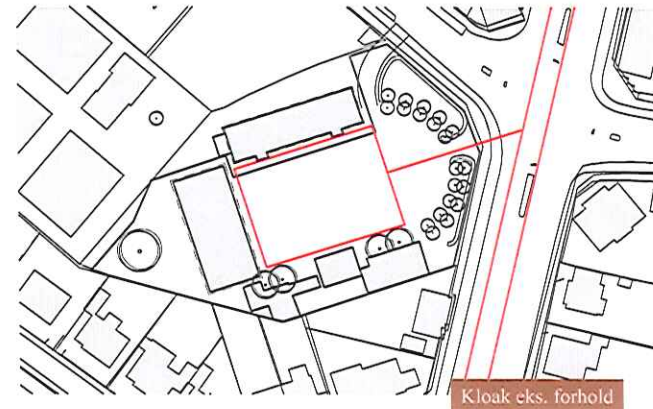
\* Gælder ikke særligt pladskrævende detailhandel, som ifølge Lov om Planlægning omfatter handel med biler, lystbåde, campingvogne, planter, havebrugsvarer, tømmer, byggematerialer, grus, sten- og betonvarer samt møbler.  
Parkeringspladser skal mindst have en størrelse på 2,4 x 5,0 m.  
Pladser til handicappede dog mindst 3,4 x 5,0 m

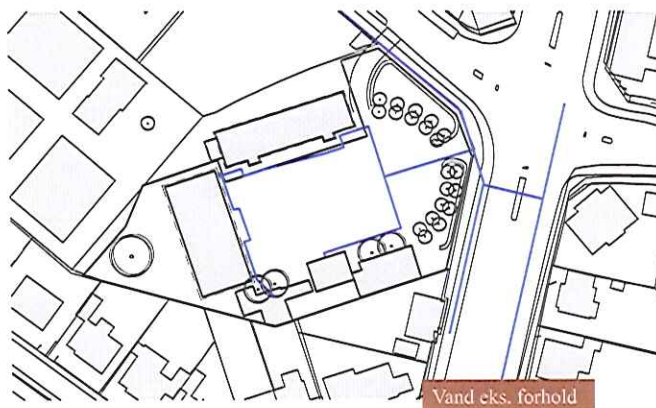
#### **Forsyningsmæssige forhold**

Offentlige vand- og kloak-forsyning samt affaldshåndtering  
Lyngby-Taarbæk Forsyning A/S

#### Varme

Bygningen opvarmes med naturgas.





Lyngby-Taarbæk Kommune har september 2012 besluttet at udbygge fjernvarmeforsyningen i kommunen. Vestforbrænding bliver forsyningspligtig i alle kommunens fjernvarmeområder. Fjernvarmeudbygningen foregår i perioden 2013-2016. Matriklen tilsluttes denne forsyning primo 2015.

Elforsyning  
DONG Energy

### **Geotekniske forhold**

Der er ikke på nuværende tidspunkt udført geotekniske undersøgelser på grunden. Dette vil blive udført i henhold til kommende bebyggelsesplan.

### **Forurening**

Buddingevej 50 er områdeklassificeret efter jordforureningsloven. Det betyder at jorden forventes at være lettere forurenet. Hele byzonen i Lyngby-Taarbæk kommune er områdeklassificeret som lettere forurenet. Jordflytning i områdeklassificerede arealer skal anmeldes til kommunen, og der skal tages prøver til analyse for jordens forureningsgrad.

Lettere forurening er overfladenær forurening. Forureningen er opbygget gennem mange år. Den stammer bl.a. fra bilers udstødning og industriens udledninger af røg og støv samt anvendelse af forskellige brændselstyper. Forureningen er kraftigst i ældre byområder.

Lettere forurenet jord i områdeklassificerede områder er som regel kategori 2-jord efter jordflytningsbekendtgørelsen og klasse 2-3-jord efter jordplan Sjælland.

Områdeklassificerede arealer er ikke kortlagt som forurenede grunde efter jordforureningsloven, det der også kaldes hhv. V1 og V2-kortlagt. Denne kortlægning sker ved konstatering af eller mistanke om højere forureningsniveauer.

Lettere forurenet jord er jord, der overskrider jordkvalitetskriteriet, men ligger under afskæringskriteriet. Lettere forurenet jord skal hverken kortlægges eller fjernes. Kvalitetskriteriet er den grænseværdi, som angiver den højeste koncentration af kemiske stoffer, hvor vi ikke forventer negative effekter på miljøet eller på menneskers sundhed. Afskæringskriteriet er den grænseværdi, som angiver den koncentration af kemiske stof-

fer, hvor der er sket så kraftig en forurening af jorden, at der skal gøres noget.

Der skal regnes med at være forurening, når asfalt belægningen fjernes.

I BBR er der registreret en nedgravet olietank fra 1973 den er afblændet og størrelsesklassen er 6.000 - 100.000 liter. Der er rettet henvendelse til Center for Miljø og Plan, for verificering og oplysning om placering. Svar vedrørende dette afventes.

*Lydkrav BR 2010:  
Funktionskrav for boliger anses for opfyldt, når de udføres som klasse C i DS 490 Lydklassifikation af boliger.  
For ovennævnte standards grænseværdier for trafikstøj indendørs gælder følgende ved opfyldelse af funktionskravet:  
Standard grænseværdierne for trafikstøj ved bebyggelse ved veje og jernbaner med en trafikintensitet, der ved den enkelte bygning medfører et støjniveau på mere en 58 dB for veje og 64 dB for jernbaner.*

### Støjforhold

Da grunden ligger ud mod trafikerede veje, er det meget vigtigt, at bygningerne placeres således, at Bygningsreglementets krav til støjgrænser overholdes.

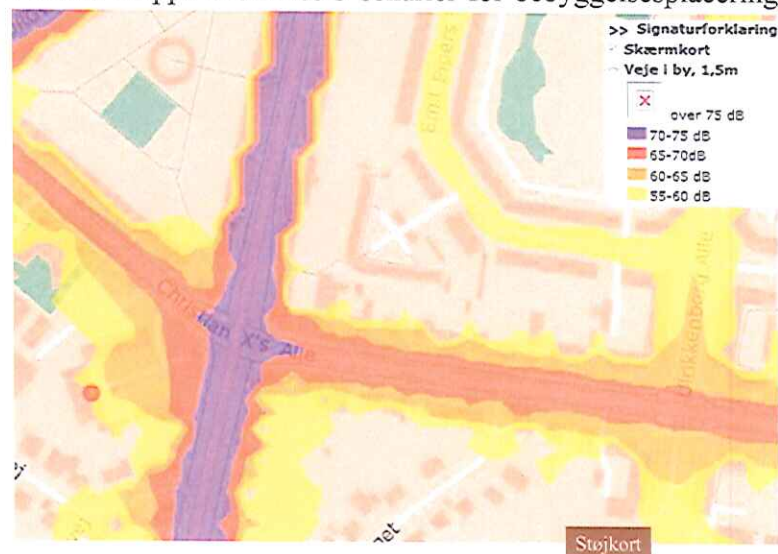
Som det fremgår af Støjkortet kan bygningsreglementets krav om støj på opholdsarealer ikke overholdes.

Signaturen viser at det kun er en del af grunden, der lever op til Bygningsreglementets krav om støjniveauet.

For at kunne udnytte hele grunden vil det være hensigtsmæssig at få støjpåvirkningen fra Buddingevej stoppet så langt mod

vejen som muligt. Rækkehusbebyggelsen på modstående side af Chr. X Allé viser at gårdrummet ikke er påvirket af støj fra vejen.

I denne mappe beskrives 3 scenarier for bebyggelsesplacering,



hvor der også vil være lydberegninger medtaget.

# Beskrivelse af beliggenhed

## Den omkring liggende bebyggelse

Kvarteret består af mindre parcelhuse med udnyttelig tagetage, der er beliggende mod syd og øst for matriklen. Mod vest ligger der institutioner som børnehave, botilbud til mennesker med autisme og mod nord afgrænses matriklen af en rækkehus bebyggelse.

På modstående hjørne ligger Christianskirken fra 1941 med sit efter datidens meget moderne udtryk.



Den tidligere skolebygning fremtræder meget markant og sammen med gymnastiksals bygningen dannes en høj ryg, der fremstår som naturlig adskillelse mellem de forskellige bygningstyper i området.

I sit klassicistiske formsprog giver bygningen en autoritet, der sammen med sit stilrene udtryk, er med til at give området karakter.

## Adkomst og parkering

Grunden er beliggende på det sydvestlige hjørne i krydset Buddingevej og Chr X Allé. Indkørsel sker fra Chr X Allé ved siden af indkørslen til botilbuddet Chr X Allé / Strandberg. Der har tidligere været indkørsel fra Buddingevej i bygningsaksen

Parkering har indtil dato foregået i den asfaltbelagte tidligere skolegård.



## Grundens nuværende disponering

Grundarealer er beliggende ud til krydset Buddingevej -Chr. X Allé. Mod krydset er der beplantning, der delvis dækker indkig mod bygningerne, når træerne har løv. I det bebyggelsen tidligere har været anvendt til skole, er meget af grundarealet asfalt belagt. Vest for skolebygningen er der et trekantet haveareal. På grundens sydlige areal op mod boligbebyggelsen ligger den tidligere pedelbolig samt 2 sekundære bygninger med toiletter og cykelparkering.

Grunden skræner mod Buddingevej med en højde forskel i alt på ca. 2.200 mm, fordelt med terrænfald over skolegårdens

længde på ca. 1.200 mm og et fald på ca. 1.000 mm i beplantningsbæltet mod krydset.

### Beplantning

På grunden er der en bevaringsværdig stammehæk af lind. Hækken har

ikke være beskåret i flere år, men det vurderes, at det vil være muligt at genskabe hækken. Hækken vil danne en smuk afgrænsning af bebyggelsen mod Buddingevej sammen med den eksisterende bøgehæk, der afgrænser matriklen mod fortovet.



Kirsebærtræ i have mod vest



Foto fra Buddingevej

Mod syd-øst er der et par store rododendron buske, der hvis det er muligt kunne bevares.

På hver side af pedelboligen

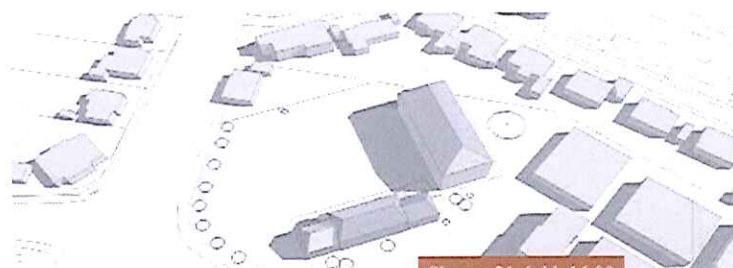
er der 2 kastanietræer. Træerne er flerstammede, og vurderes ikke specielt bevaringsværdige.

På det trekantede haveareal vest for skolebygningen er det et stort japansk kirsebærtræ, der skal bevares.

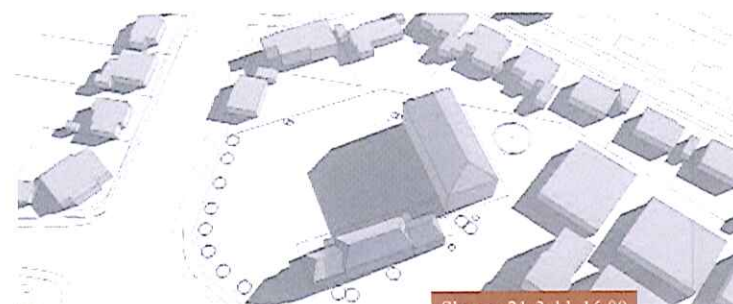
### Solindfald

I det skolebygningen ligger højest og på grundens vestlige del, vil der være skygge på en del af grundarealet i eftermiddags og

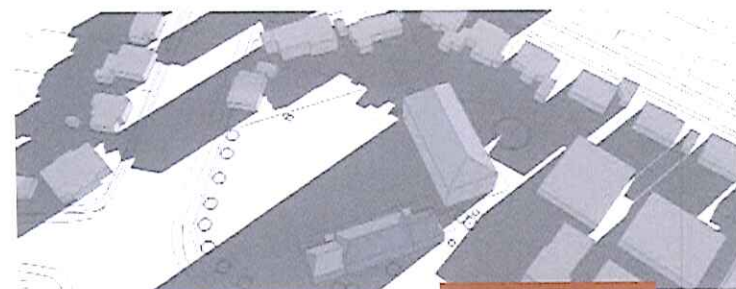
aften timerne være i skygge.



Skygge 21-6, kl. 16.00



Skygge 21-3, kl. 16.00



Skygge 21-12, kl. 16.00



# Beskrivelse af eksisterende bygninger

## Bygninger

De eksisterende bygninger består primært af Skolebygningen, der ud over er der en pedelbolig samt et par mindre sekundære bygninger til cykelskur og toiletter.



Foto af pedelbolig

Skolebygningen og pedelbygningen er opført i røde teglsten med pudsede pilastrer. Taget er røde teglsten.

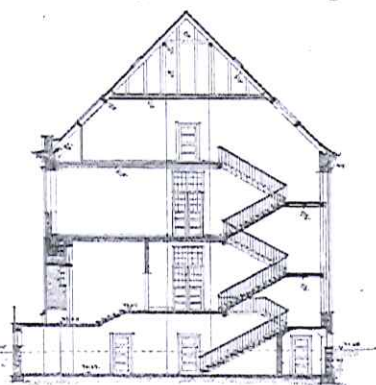
Trappe til hovedbygningen

er både indvendig og udvendig opført i granit. Soklen er med granit indlæg.

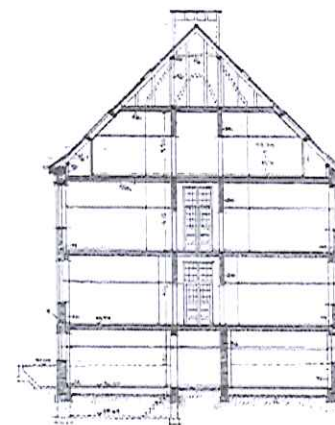
Vinduerne er opdelt i fag med tæt opsprosnings.

Huset fremstår i sin originale stil udadtil og er i en bevaringskategori 3.

Indvendigt er bygningen opdelt i klasseværelser langs en midtergang. Der er trægulve, der tidligere har været belagt med linoleum, træpaneler på væggene og pudsede lofter.



I Skolebygningens 1. og 2. etage er der en meget høj brystning på ca. 1200 mm ved vinduerne, der indebærer, at der ikke er udsyn til terræn siddende på en stol.



Kælderetagen er med vinduer fra ca. 1200 mm over terrændæk og stor lofthøjde.

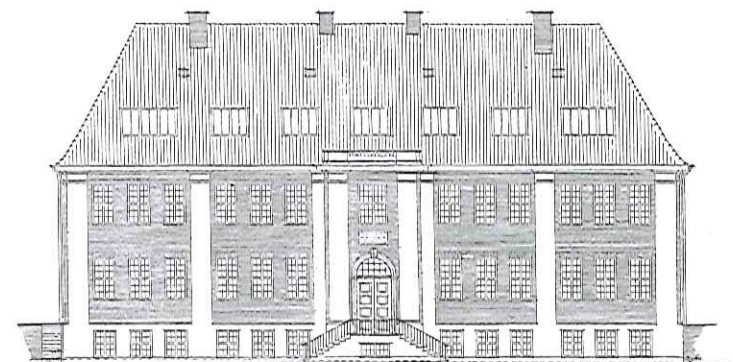
Tagetagen har stor lofthøjde og ståhøjde ved skunke.

Midt i bygningen er der en stor gennemgående trappe.

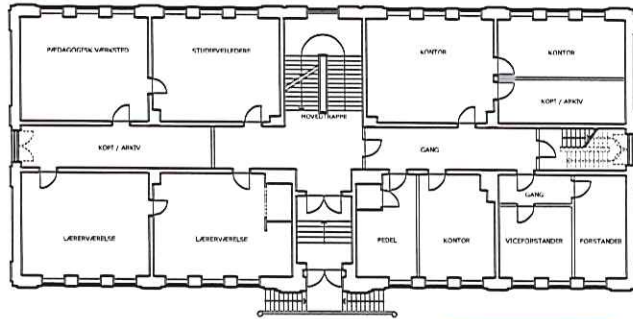
Indgangspartiet er der bygningens smukkeste rum med gipsfrise og mindeplade, og et loft med reliefmønster. Væggene er med marmor beklædning i en højde af ca. 600 mm.

Pedelboligen er i meget ringe tilstand. Til trods for at bygningen er i en bevaringskategori 3, påtænkes det nedrevet.

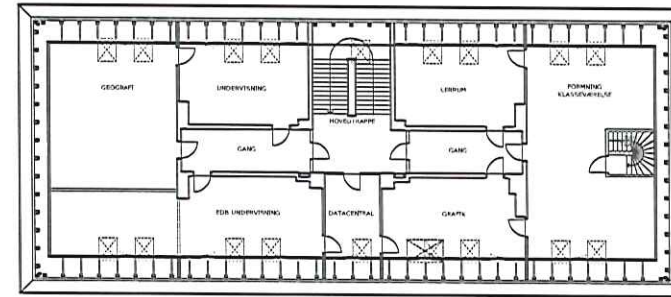
Cykelskuret er opført i træ og ikke bevaringsværdigt. Toiletbygning er opført i tegl, men har ikke nogen nævneværdig værdi og på tænkes nedrevet.



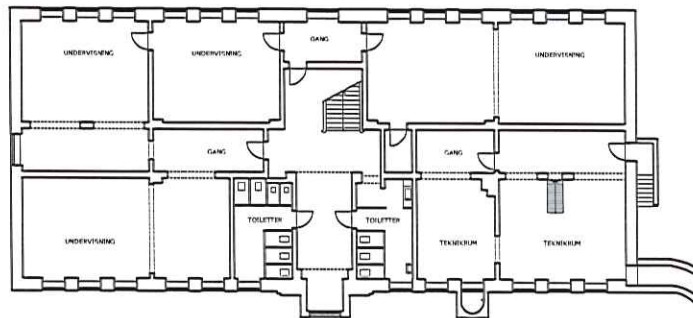
# Eksisterende tegninger



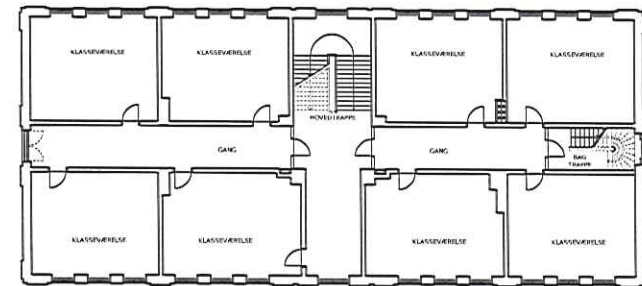
Stueplan 1:400



Tagetage 1:400



Kælderplan 1:400



1. salsplan 1:400

### Konstruktive forhold

Ejendommen er udført solidt og fremstår stadig som en fin bygning med gode muligheder for om- og udbygning. Dæk over kælder og stue er udført i 17 cm in situ støbte betondæk og bjælker. Kælderydervægge er udført som 72 cm murværk, stueydervægge som 60 cm og på 1.sal som 48 cm massivt murværk. For en bygning med 3 etager over kælder er det rimeligt solidt bygget.

### Førsynsrapport

I forbindelse med ideen om anvendelse af skolebygningen til Sundhedshus, blev der i januar 2012 udført en Førsynsrapport af skolebygningen samt pedelboligen. Alle bygningsdele er karakteriseret som undermiddel, hvilket svarer til, at større vedligeholdelses og reparationsarbejder må påregnes.



Cykelskur

Konklusion af Førsynsrapport:

*Hovedbygningen er i begyndende forfald, dels på grund af manglende vedligehold men især på grund af skader der er forårsaget af indvendige vandskader. På bygningens klimaskærm er det kun tagbelægningen der fremstår nyere. Indvendigt er det især overflader og tekniske installationer der fremstår forfald-*



Toiletbygning

*Pedelbygningen er i kraftigere forfald end hovedbygningen. Nedrivning af bygningen kan overvejes men istandsættelse er ikke umuligt.*



Stammehæk

# Forslag, eksisterende bygning

## Indretning af eksisterende bygning

For at kunne anvende den eksisterende bygning til boligformål er der udarbejdet nogle principskitser, der viser indretning med 24 boliger samt fællesarealer.

Skolebygningen vil med sit herskabelige udtryk være med til at give boligerne en karakterfuld udformning med store åbne fløjdøre til franske altaner, samtidig med, at boligerne indrettes til pleje.

Det er ønskeligt at udnytte kælderetagen ved terrænbearbejdning således, at kælderen bliver til stueplan.



Indgangsparti

Der etableres nyt indgangsparti som tilbygning, hvor der bliver udgang balkon fra etagen over.

For at imødegå den høje brystningshøjde hæves gulvniveauet, som vist på snit tegningen.

Tagetagen vil kunne udnyttes ved at etablere kviste, med fuld ståhøjde og store fløjdøre til franske altaner.

Der etableres nye flugtvejs trapper

samt elevator.

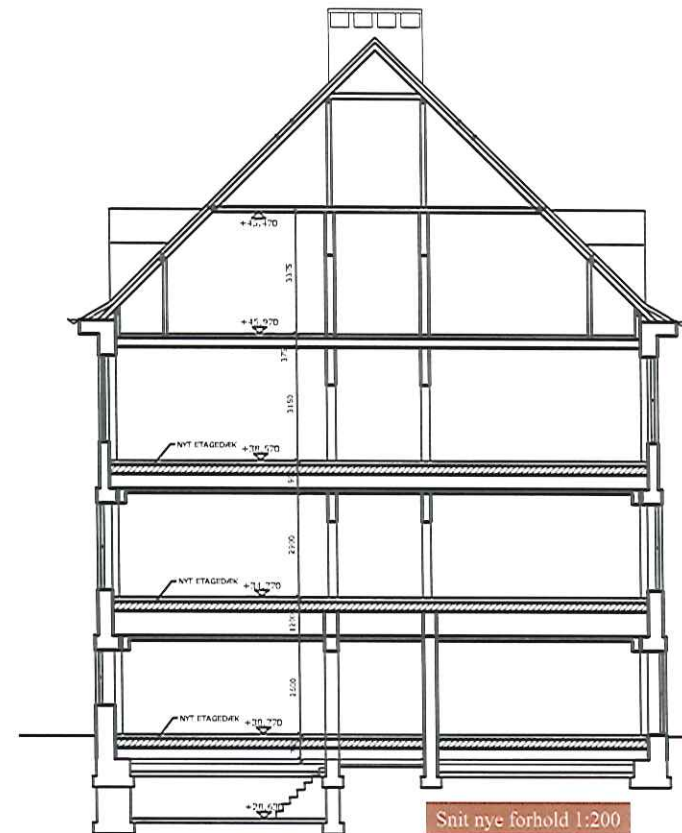
Der vil i alt kunne etableres 4 lejligheder i den nye stueetage på hver ca. 48 m<sup>2</sup> lejlighedsareal. I stueetagen vil der være fællesarealer samt teknikrum.

På ny 1. sal vil der være 8 lejligheder på hver ca. 48 m<sup>2</sup> lejlighedsareal samt et par mindre fællesrum, hvor det ene har

adgang til lille balkon.

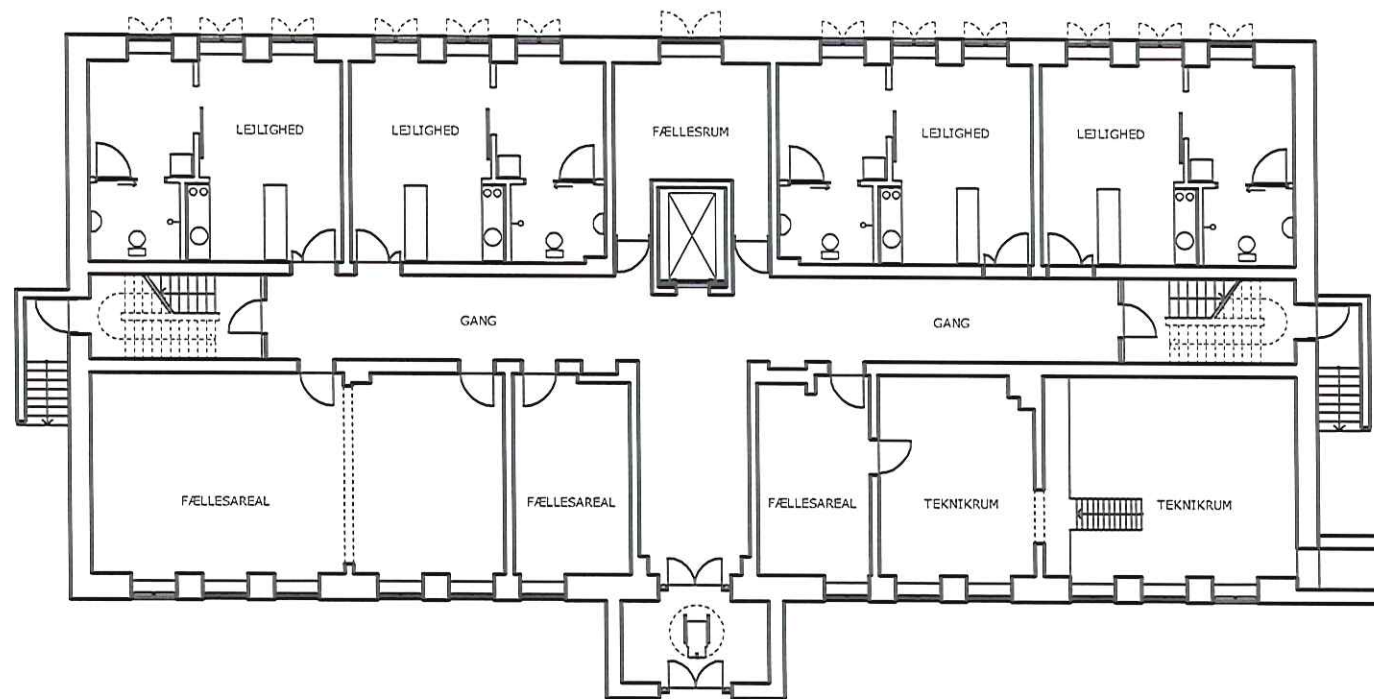
Ny 2. sal indrettes som ny 1. sal med 8 lejligheder på hver 48 m<sup>2</sup> lejlighedsareal samt et par mindre fællesarealer.

Tagetagen udnyttes til 4 lejligheder på hver ca. 79 m<sup>2</sup> lejlighedsareal, samt to små fællesrum.



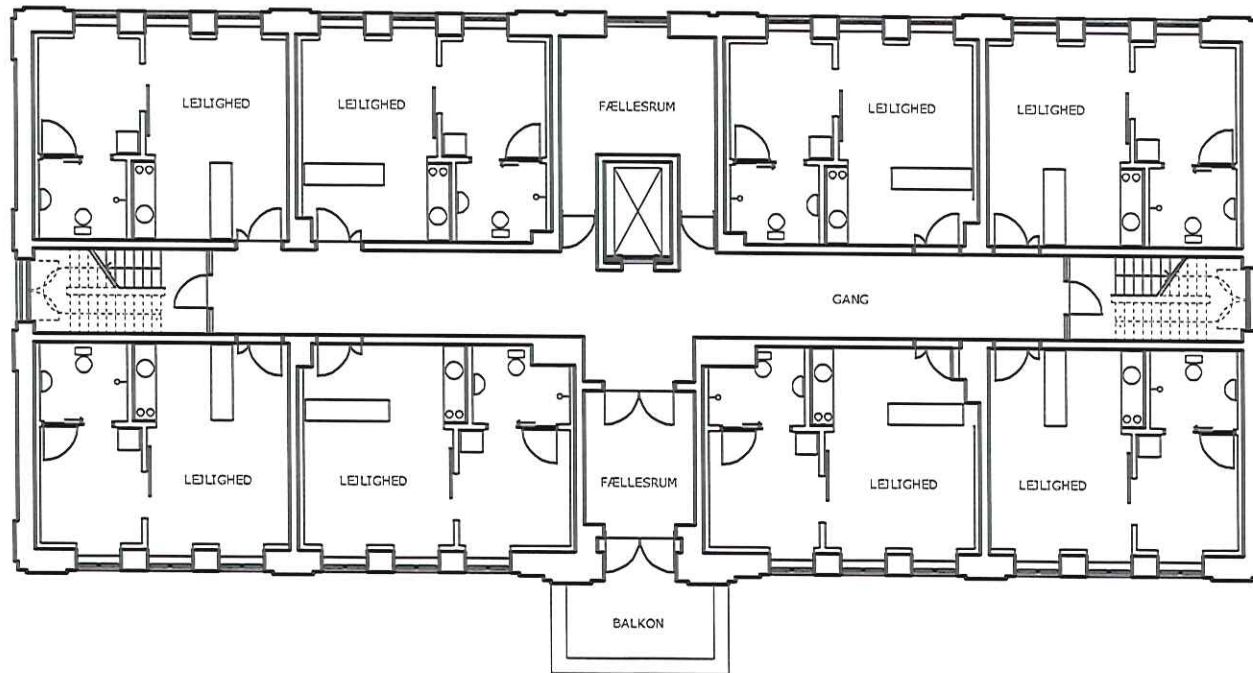
Snit nye forhold 1:200

# Skitse stueplan, eksisterende bygning



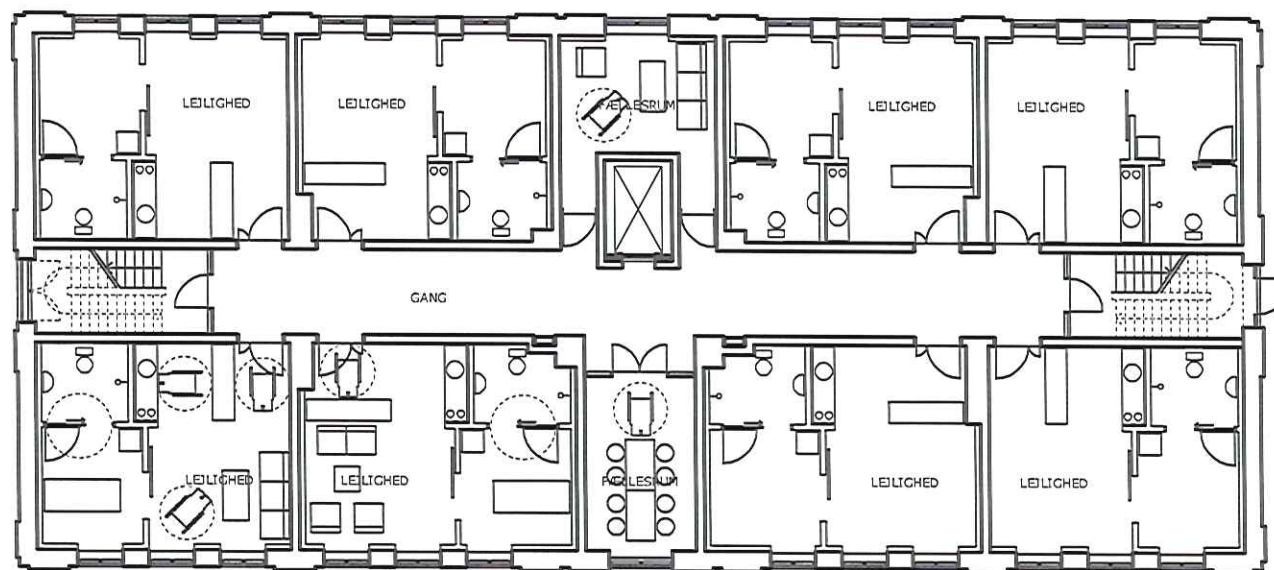
Stueplan nye forhold 1:200

# Skitse 1. sal, eksisterende bygning



1. sal nye forhold 1:200

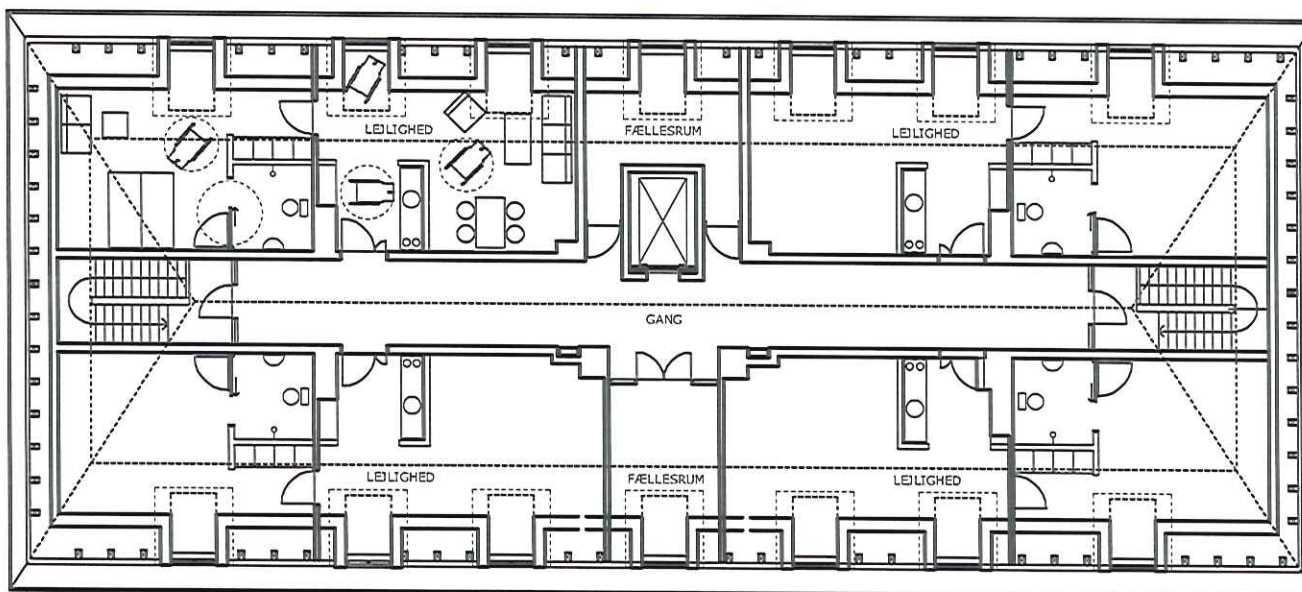
# Skitse 2. sal, eksisterende bygning



2. sal nye forhold 1:200

# Skitse Tagetage, eksisterende bygning

---



Tagetage nye forhold 1:200



# Konstruktive ombygninger, eksisterende bygning

Beskrivelse er udformet af anerkendt statiker hans Strøyberg fra Ingholt Consult på baggrund af besigtigelse og eksisterende tegninger.

## Beskrivelse af eksisterende forhold

Ejendommen er udført solidt og fremstår stadig som en fin bygning med gode muligheder for om- og udbygning. Dæk over kælder og stue er udført i 17 cm in situ støbte betondæk og bjælker. Kælderydervægge er udført som 72 cm murværk, stueydervægge som 60 cm og på 1.sal som 48 cm massivt murværk. For en bygning med 3 etager over kælder er det rimeligt solidt bygget.

## Beskrivelse af ombygnings omfang

Det er påtænkt at ejendommen skal forvandles til omsorgsboliger. Da alle rum er meget store, hovedtrappe rigeligt disponeret rum herfor, vil det være muligt at placere en rummelig elevator til formålet. Det bør undersøges om der kan udføres elevatorgrube ved valgte placering af hensyn til eksisterende fundamenter el. lign.

Da bygningen i forvejen ligger højt hævet i forhold til omkringliggende terræn, har man overvejet at frigrave bygningen så kælderen kan benyttes som fremtidig stueetage. Dette vil være muligt, med øje for, at man kan blive nød til at understøbe fundamentet rundt om bygningen for at sikre sig at UK fundament er 90 cm under fremtidigt terræn.

Ved frigravning af ejendommen vil de eksisterende kloakbrønde blive berørt og skal også sænkes. Dog skønnes det, at kloak-

ker i øvrigt ligger dybt nok til, at man ikke skal omlægge dem som følge af frigravningen.

Da der er meget højt til loftet overvejes der at hæve gulvet i kælder, stue og 1.sal.

I kælder vil det være nødvendigt at hæve gulvet ca. 700 mm, stueetagen vil der være behov for at hæve gulvet 1200 mm og på 1.sal ca. 900 mm.

Da dæk over kælder og dæk over stue er massive in situ beton dæk, 170 mm, vil der ikke være vanskeligheder i at finde en brugbar løsning hvor man hæver gulvkonstruktionen. Dette kunne evt. være nogle færdige trægitterspær fra fabrik der bliver lagt ud med passende afstand direkte oven på betondækket. Her vil man have rigelig plads til at lægge eventuelle føringskanaler ind til fremtidig brug og til de kommende installationer. Det øvrige hulrum kan udfyldes med indblæsningsisolering både af hensyn til isolering for lyd og varme. På de eksisterende dæk er der udlagt 100 mm slagge og tykke trægulve som skal fjernes. Dog kan det overvejes at genbruge de meget tykke, ca. 35 mm og rustikke gulvplanker ved at renslibe dem og genmontere dem i de nye boliger.

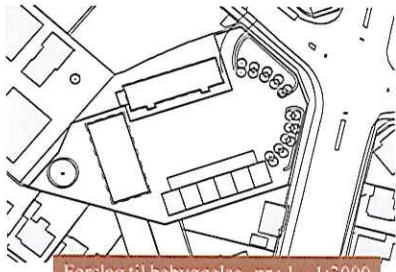
På dæk over 1. sal er der et almindeligt træbjælkelag sandsynligvis med indskudsler.

Af hensyn til de eksisterende vinduers ringe tilstand bør de udskiftes da de ikke ville kunne overholde gældende krav til tæthed og isoleringsevne. Mange vinduer er smadret. Med hensyn til isoleringsevnen af hele ejendommen bør det undersøges hvordan man indefra kan isolere ydervæggene, da man i modsat fald ikke vil kunne opnå nuværende isoleringskrav til boliger.

# Forslag 1

## Boligblok

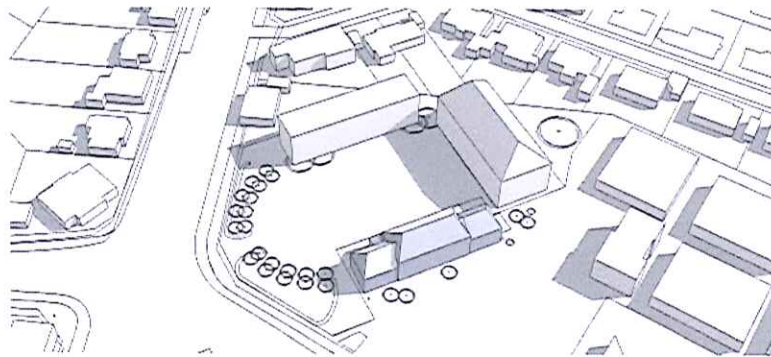
Der opføres en boligblok i 3 etager, der lukker gården mod syd. Der vil kunne opføres med ca. 15-18 lejligheder. Der vil være indkig til de omkringliggende bebyggelser mod syd, samtidig med at der vil være skygge i gården på nordsiden af blokken. Der opnås en vis symmetri omkring skolebygningen, men den nye bygning vil altid adskille sig fra gymnastikbygningens klassicistiske arkitektur. Det skal bemærkes at adkomsten ikke vil være i akse i det indkørsel foregår fra Chr. X vej.



Forslag til bebyggelse, nr.: 1 - 1:3000

## Skyggediagrammer

Skyggediagrammet for 21.6, kl. 16.00 sommersolhverv viser, at der vil være mulighed for at opnå gården med god solindfald



det meste af dagen. I det viste tilfælde er det kun den eksisterende skolebygning, der vil skygge. Dog kan det ikke udelukkes at der senere på aftenen vil komme skygge fra boligblokken til nabomatriklerne

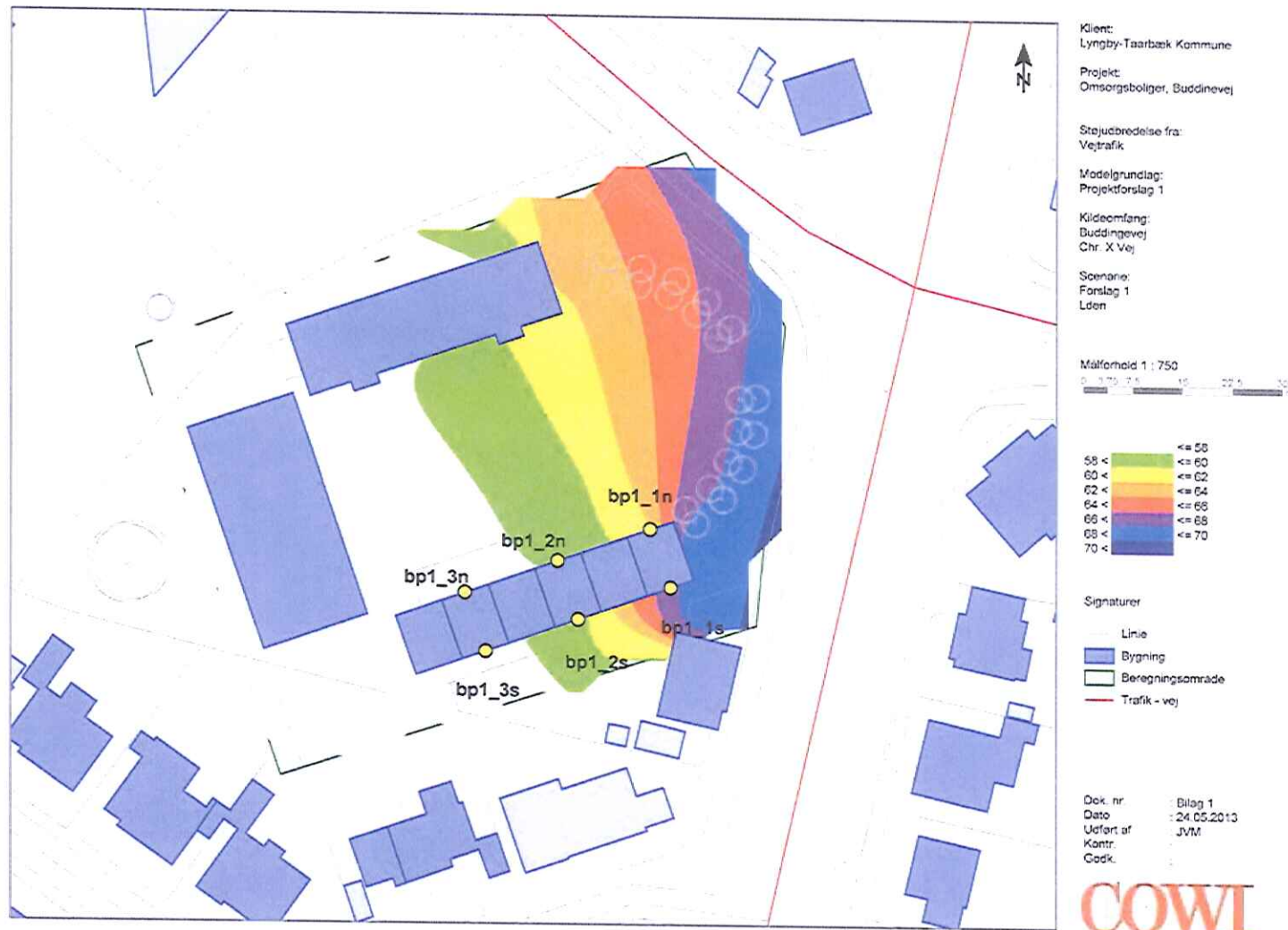
## Støjforhold

Omstående støjkort viser en simulering af støj i den foreslåede bygningsplacering.

De farvede områder viser en støjgrænse, der ligger over de tilladte. Dette betyder, at der skal udføres ekstra støjskærmende tiltag, hvis disse arealer skal kunne udnyttes til opholdsareal. Kortet viser støjmålingerne er beregnet i 1500 mm højde.

Name	Floor	Lden	Ld	Le	Ln		
		dB(A)	dB(A)	dB(A)	dB(A)		
bp1_1n	GF	59,6	58,7	55,5	50,29		
	1.FL	60,8	60,1	56,7	51,32		
	2.FL	60,7	60,0	56,6	51,27		
bp1_1s	GF	65,2	64,6	61,2	55,61		
	1.FL	64,3	63,6	60,3	54,75		
	2.FL	63,1	62,4	59,1	53,60		
bp1_2n	GF	57,0	55,9	52,8	47,78		
	1.FL	59,0	58,3	54,9	49,56		
	2.FL	58,1	58,4	55,0	49,68		
bp1_2s	GF	58,4	57,6	54,3	48,93		
	1.FL	59,0	58,2	55,0	49,56		
	2.FL	59,6	58,8	55,6	50,12		
bp1_3n	GF	55,6	54,6	51,5	46,44		
	1.FL	57,5	56,7	53,4	48,15		
	2.FL	58,0	57,3	53,9	48,55		
bp1_3s	GF	55,5	54,7	51,5	46,10		
	1.FL	58,0	55,2	52,0	46,55		
	2.FL	56,8	55,9	52,8	47,38		

Støjtabel Forslag 1



# Forslag 2

## Tilpasset bygningsvolumer

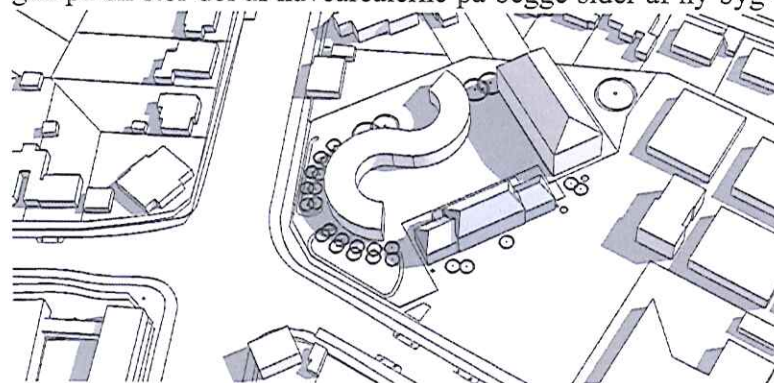
Den foreslåede bygningsudformning skal symbolisere at der etableres en bygning, der med en skulpturel udformning, der tilpasser sig de eksisterende forhold, opdeler havearealerne og åbner op for en varieret anvendelse. Hvis bygningen som vist flyttes væk fra matrikelskellet til naboerne vil indkig mindskes og kunne lukkes med beplantning. Bygningen tænkes opført i 2 etager og vil kunne rumme



ca. 14-16 lejligheder.

## Skyggediagram

Skyggediagrammet for 21.6, kl. 16.00 sommersolhverv viser, at der vil være mulighed for at opnå både sol det meste af dagen på en stor del af havearealerne på begge sider af ny byg-



ningen.

## Støjforhold

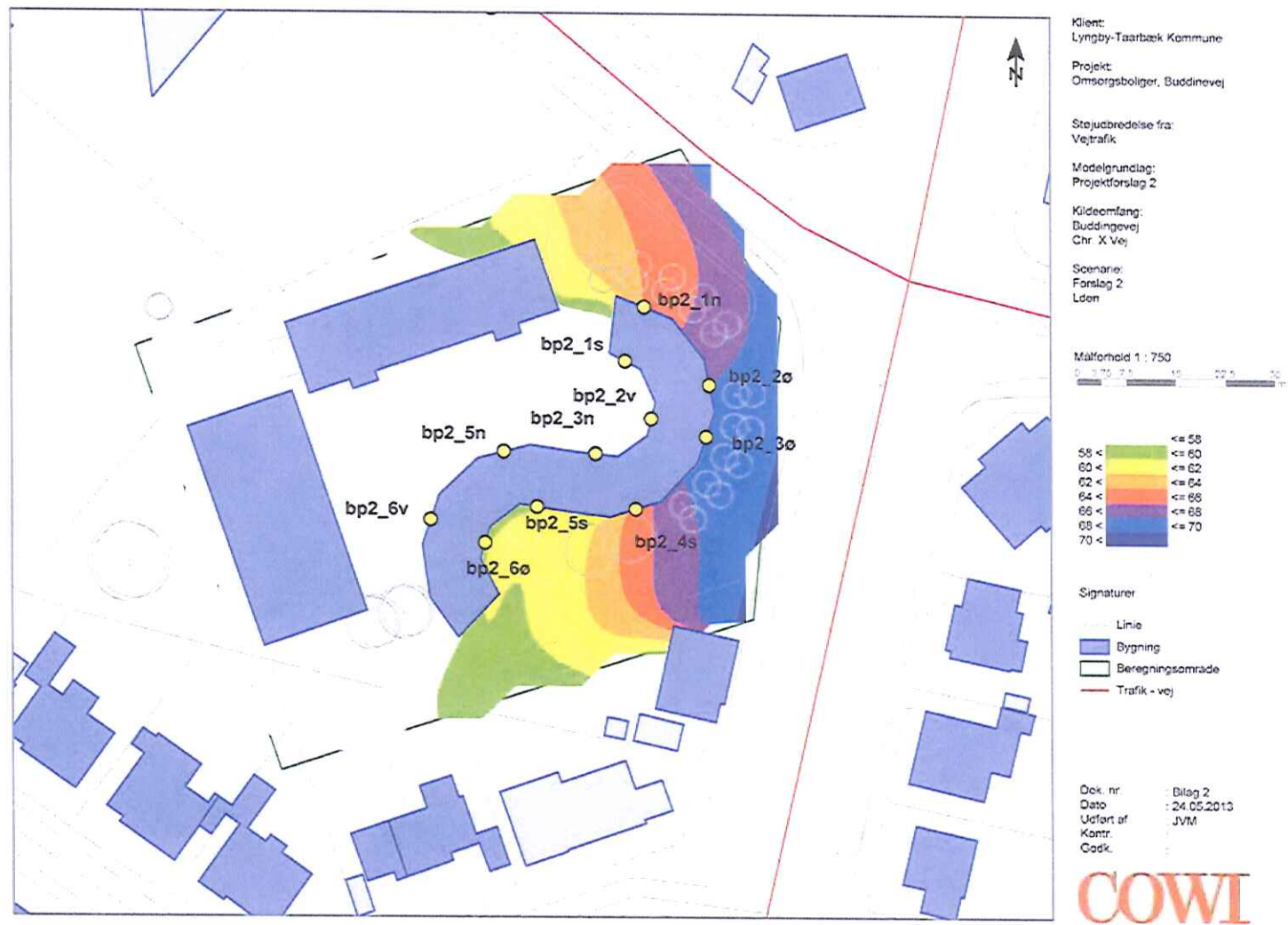
Støjkortet viser, at der kan opnås betydelig støjreduktion på en stor del af havearealet, hvis den nye bebyggelse placeres, så den skærmer mod Buddingevej og Chr. X. Alle.

Med en bearbejdning af bygningskroppene eller opførelse af støjafskærmning, vil der kunne opnås gode udendørs opholdsarealer, der støjpåvirkningsmæssigt ligger inden for Bygnings Reglementets tilladte værdi.

Kortet viser støjmålingerne er beregnet i 1500 mm højde.

Name	Usage	Floor	Dir	Lden dB(A)	Ld dB(A)	Le dB(A)
bp2_1n	GR	GF	N	62,2	61,4	58,0
		1.FL		62,2	61,4	58,1
bp2_1s	GR	GF	SW	44,5	43,2	40,3
		1.FL		48,9	47,6	44,8
bp2_2o	GR	GF	E	66,2	65,5	62,1
		1.FL		65,8	65,2	61,7
bp2_3o	GR	GF	E	66,6	65,9	62,6
		1.FL		66,3	65,6	62,2
bp2_3v	GR	GF	W	43,7	42,5	39,6
		1.FL		45,8	44,6	41,6
bp2_4n	GR	GF	N	48,5	47,4	44,4
		1.FL		50,6	49,6	46,5
bp2_4s	GR	GF	S	62,8	62,1	58,7
		1.FL		62,8	62,1	58,8
bp2_5n	GR	GF	N	46,6	45,2	42,4
		1.FL		49,2	48,0	45,1
bp2_5s	GR	GF	S	58,0	57,2	53,9
		1.FL		58,9	58,2	54,8
bp2_6o	GR	GF	E	57,1	56,2	53,0
		1.FL		58,2	57,5	54,2
bp2_6v	GR	GF	W	45,3	44,0	41,2
		1.FL		47,3	46,1	43,1

Støjtabel Forslag 2

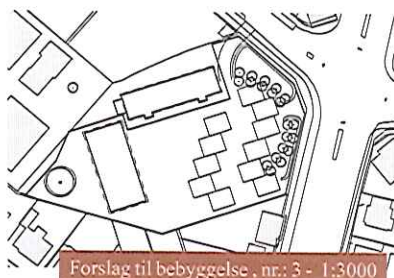


# Forslag 3

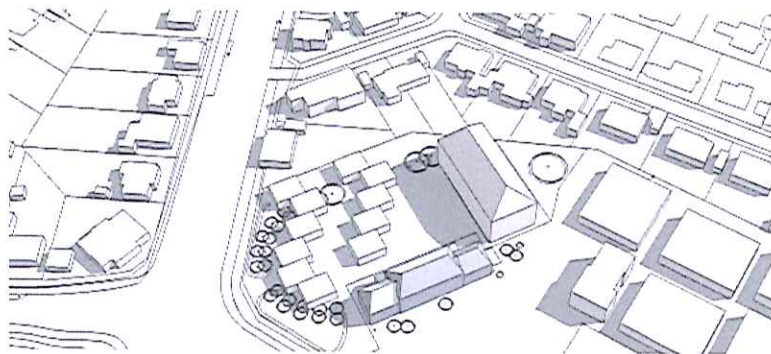
## Kædehuse

Den foreslåede bebyggelse viser mindre kædehuse i en etage, der tilpasser sig de eksisterende forhold. Kædehusene tænkes udført med egen indgang og lille privat terrasse. Kædehusene er opført i et plan i stil med den omkring liggende villabebyggelse.

På det viste er der tegnet 11 boliger, men dette kan udvides til 13, afhængig af hvor meget fælleshaveareal, der ønskes. Parkering kan ske ved den enkelte bolig, hvorved et stort tomt parkeringsareal ikke vil forekomme, hvis beboerne ikke har bil. Der vil ikke være indkigsgener til de omkringliggende matrikler, da boligerne er orienteret øst / vest.



## Skyggediagram



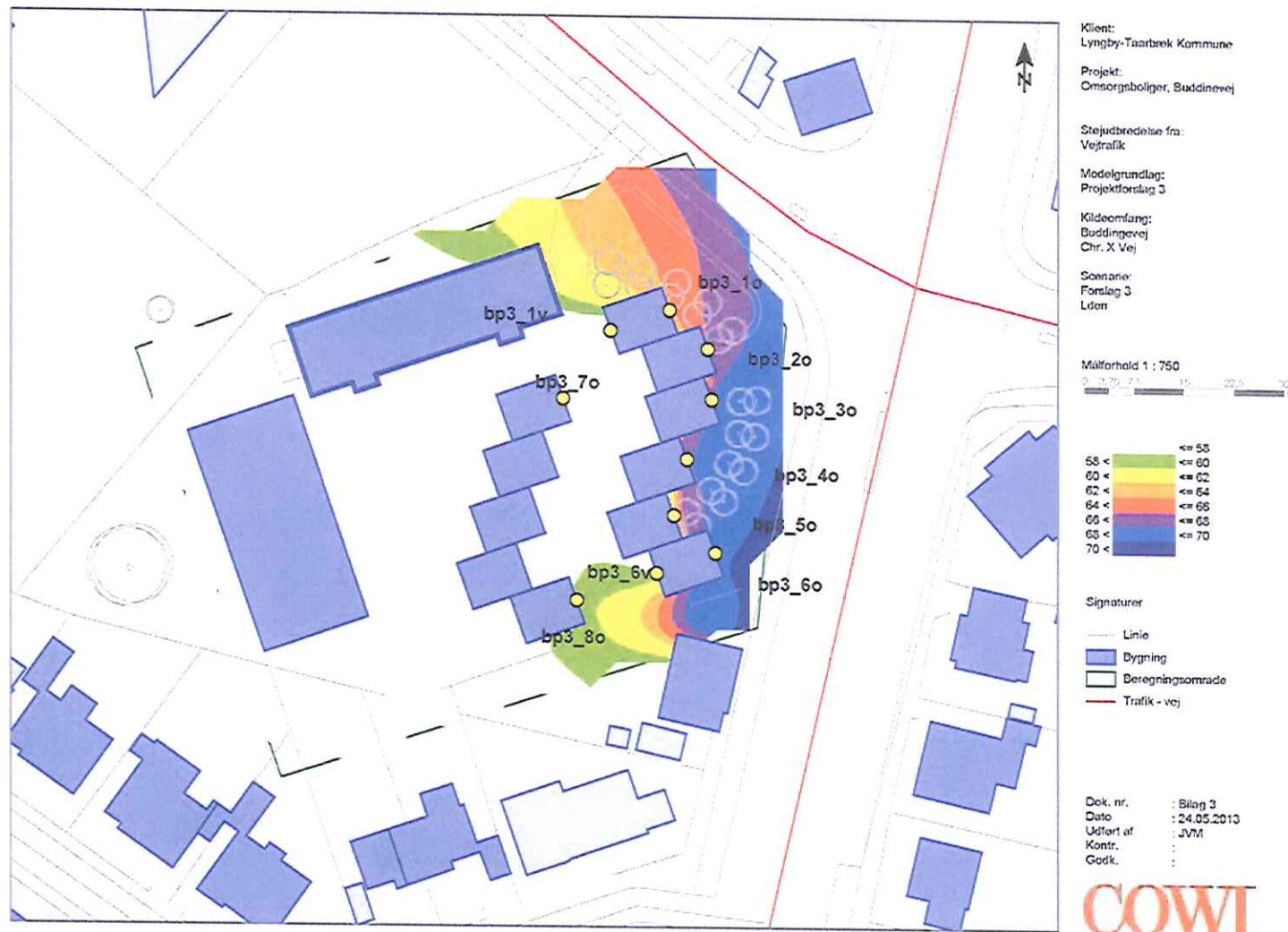
Skyggediagrammet for 21.6, kl. 16.00 sommer solhverv viser, at der vil være mulighed for at opnå både sol og skygge på en stor del af de fælles havearealer og ved kædehusene egne terrasser det meste af dagen.

## Støjforhold

Støjkortet viser at der vil være rigtig gode muligheder for at etablere opholdskroge mellem kædehusene i umiddelbar tilknytning til den enkelte bolig. Hvis der etableres en støjmur mellem de to kædebygninger på grundens sydlige del, opnås at en meget stor del af havearealet kan benyttes til opholdsarealer, inden for den i Bygningsreglementets fastsatte støjgrænse. Det skal bemærkes at der i boligerne, der ligger ud mod Buddingevej skal være støjskærmende bygningsdele f. eks vinduer.

Kortet viser støjmålingerne er beregnet i 1500 mm højde.

Name	Usage	Floor	Dir	Lden dB(A)	Ld dB(A)	Le dB(A)
bp3_1o	GR	GF	E	62,8	61,9	58,6
bp3_1v	GR	GF	W	52,6	51,5	48,5
bp3_2o	GR	GF	E	65,2	64,4	61,1
bp3_3o	GR	GF	E	66,1	65,3	62,0
bp3_4o	GR	GF	E	65,9	65,2	61,9
bp3_5o	GR	GF	E	64,5	63,8	60,5
bp3_6o	GR	GF	E	67,4	66,8	63,3
bp3_6v	GR	GF	W	52,6	51,4	48,6
bp3_7o	GR	GF	E	54,7	53,3	50,6
bp3_8o	GR	GF	E	57,9	56,9	53,8



# Tid- og aktivitetsplan

---

## Maj 2013

- Afslutning af Workshop Dansk Design Center
- Forundersøgelser af eksisterende grundforhold, bygninger mm
- Udarbejdelse af nærværende informationsmappe

## Juni 2013

- Politisk godkendelse for opstart af lokalplan
- Politisk godkendelse af omsorgsboliger
- Fastlæggelse af udbudsform
- Opstart af Byggeprogram
- Opstart af Lokalplan

## Juli - august 2013

- Udsendelse af prækvalifikation
- Udarbejdelse af Byggeprogram pågår
- Udarbejdelse af lokalplan pågår

## September - oktober 2013

- Lokalplan udsendes i høring
- Udvælgelse af bydende projektteams
- Byggeprogram afsluttes og sendes til de udvalgte bydende
- Opstart af projektkonkurrence

## November 2013

- Høringsperiode lokalplan afsluttes
- Udvælgelse af vinderteam af projektkonkurrencen

## December 2013

- Politisk godkendelse af lokalplan
- Politisk godkendelse af skema A
- Underskrivning af kontrakt med projektteam

## Januar 2014

- Opstart af projektering
- Indsendelse af byggeandragende

## Februar 2014

- Politisk godkendelse af skema B

## Marts - April 2014

- Projektering afsluttes

## April 2014 - September 2015

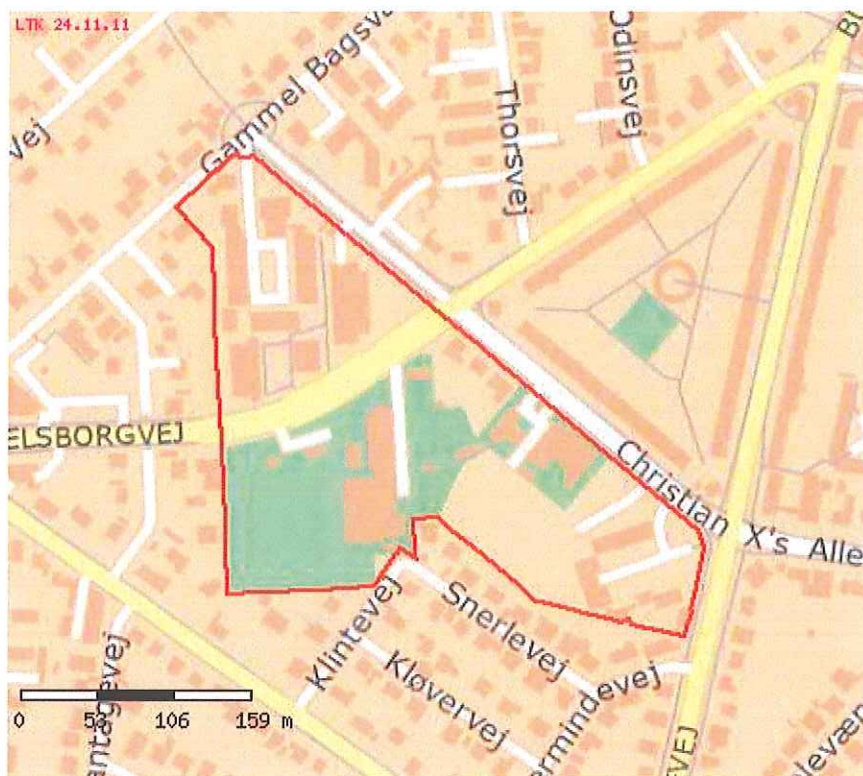
Udførelse af byggeriet

## Oktober 2015

- Indflytning
- Politisk godkendelse af skema C



## 2.2.30 Engelsborgskolen/ VUC Øresund



<b>Plannummer</b>	2.2.30
<b>Plannavn</b>	Engelsborgskolen/ VUC Øresund
<b>Anvendelse generelt</b>	Område til offentlige formål
<b>Anvendelse specifik</b>	Område til offentlige formål
<b>Fremtidig zonestatus</b>	Byzone
<b>Zonestatus</b>	Byzone
<b>Plandistrikt</b>	Ulrikkenborg bydel
<b>Bebyggelsesprocent</b>	45%
<b>Bebyggelsesprocent af</b>	rammeområde under ét
<b>Max. antal etager</b>	3 etager
<b>Anvendelse</b>	Offentlig service: kommunal og statslig service, skoler, uddannelse og forskning samt institutioner for børn, unge og ældre.

# **Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 3**

**3 bilag**

## Træning og Omsorg

### Sammenfatning:

- I 2014 åbnes et større antal pladser ifm. afslutningen af sidste etape af ombygning af Bredebo, mens et tilsvarende antal pladser på de to mindre plejehjem Lykkens Gave og Borrebakken lukkes.
- Budgetkrav om at der på frit valg-området opnås yderligere rationaler ifm. paradigmeskiftet mht. hjælp til selvhjælp.
- Styrkelse af det nære sundhedsvæsen i form af bl.a. øget forebyggelse, tidligere opsporing af sygdomme og varetagelse af mere komplekse sygeplejeopgaver (som tidligere lå i regionsregi).
- Etablering af 40 omsorgsboliger, idet planlagte nye plejehjemspladser i 2015 erstattes af omsorgsboliger.

### 1. Beskrivelse af området

Området omfatter hovedsageligt:

- Hjemmehjælp i form af praktisk hjælp og personlig pleje, hjemmesygepleje, madservice og linnedservice.
- Ældreboliger, omsorgsboliger, plejeboliger og midlertidige pladser.
- Aktivitetscentre for ældre og ældreklubber.
- Hjælpebidler, befordring og plejevederlag.
- Ambulant genoptræning, hjemtagelse af færdigbehandlede patienter og rehabiliterende døgnpladser.
- Personlige tillæg og helbredstillæg.
- Boligyldelse.

### 2. Økonomisk driftsramme

Beskrivelse / mio. kr.	B13	BF14	BO15	BO16	BO17
CTO lønsum	18,1	15,4	15,4	15,4	15,4
CTO fælleskonti	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
Køb og salg	34,3	29,4	28,3	28,3	28,3
Frit valg-pulje	110,0	110,7	114,6	114,1	114,1
Hjælpebidler	28,2	28,1	28,3	28,4	28,4
Busdrift	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Plejevederlag	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Rådgivning	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Ældreboliger	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Forebyggende	2,3	4,8	4,8	4,8	4,8
DKL	304,2	305,0	293,3	293,2	293,2
DKM	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
Personlige tillæg og helbredstillæg	6,4	4,6	4,6	4,6	4,6
Boligyldelse	27,4	26,4	26,4	26,4	26,4
Frivillighed	1,5				
<b>Træning og omsorg</b>	<b>542,4</b>	<b>534,4</b>	<b>525,8</b>	<b>525,3</b>	<b>525,3</b>

Anm.: Afrunding kan indebære at summen af de enkelte poster afviger fra totalen. Alle tal er i 2014 pris- og lønniveau.

[Budgetrammerne er opdateret ultimo maj. Rammerne tilpasses i august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.]

#### Bemærkninger til Økonomisk driftsramme:

Nedenfor er aktiviteter med en væsentlig budgetudvikling beskrevet:

**Forebyggende**

- Budgettet stiger fra 2013 til 2014 som følge af, at budgettet til gennemførelse af Paradigmeskiftet er flyttet fra Frit valg-pulje til Forebyggende (2,6 mio. kr.).

**Frivillighed**

- Budgettet til frivillighed flyttes til aktivitetssområdet Sundhed, som følge af organisationsændringen (-1,5 mio. kr.).

*[Udvikling i budgetrammen for så vidt angår Køb og salg, Frit valg-pulje og DKL beskrives endeligt i forbindelse med færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.]*

### 3. Budgetforudsætninger

**Generelle budgetforudsætninger**

Budgetteringen af den enkelte institution er baseret på objektive tildelingskriterier, der sikrer en sammenhæng mellem aktivitet og ressourcetildeling. Kommunens institutioner under DKL styres endvidere efter en model, som sikrer en høj grad af autonomi i økonomistyringen og et styrket incitament for budgetoverholdelse gennem overførsel mellem budgetårene.

Nedenfor fremgår de overordnede principper for budgetteringsgrundlaget på hele ældreområdet:

- På frit valg-området anvendes en kapacitetstilpasningsmodel, der beregnes på grundlag af befolkningssammensætningen, DKLs faktiske omkostninger og antallet af udførte timer.
- Hjemmesygeplejeområdet benytter en intern aktivitetsafregningsmodel på baggrund af leverede timer, og der er således ingen "automatisk" regulering af den budgetsum, der er afsat til området.
- For madservice er der lovmæssigt fastsat et prisloft for borgeren. Budgettet for DKM skal balancere inden for disse rammer og indenfor det tilbud, som DKM afgav tilbage i 2010 og er baseret på en udgiftsneutralitet ved af- eller tilgang af borgere.
- For pleje- og omsorgsboliger anvendes en budgetteringsmodel, som senest er blevet revideret i 2011. I forbindelse hermed blev behovet for pleje- og omsorgsboliger kortlagt frem til 2015 og budgetteringen af pleje- og omsorgsboligerne tilrettet herefter.
- Til budgettering af den enkelte pleje- og omsorgsbolig anvendes en budgetteringsmodel, der tager højde for alle udgifter forbundet med at drive en pleje- og omsorgsbolig – såvel pleje som øvrig drift. Dog indgår ejendomsudgifter ikke i budgetteringsmodellen. Budgetteringsmodellen anvendes ved budgettering af de enkelte institutioner, herunder også ved oprettelse af nye boliger.

På de resterende områder er ressourcetildelingen baseret på foregående års budgettering og kan efter politisk stillingtagen korrigeres i tilfælde af ændret efterspørgsel. En del af disse områder er lov- og konsekvensbundne, hvor kommunen ikke har indflydelse på serviceniveauet, da dette er fastsat i lovgivningen. Der er tale om store dele af hjælpemiddelområdet, plejevederlag og helbredstillæg.

**Plejihjem**

Nedenfor fremgår oversigt over antal plejihjemspladser – både midlertidige og permanente – for perioden 2013-2017, herunder hvilken enhedspris som er gældende i det pågældende år. Antallet af plejeboliger stiger fra 2013 til 2017 med 19 pladser, fra 531 til 550. I samme periode falder den gens. pris for en plads med 14.000 kr., svarende til en reduktion på 3 %. Faldet i prisen kan dels forklares med, at der i 2014 nedlægges to mindre – og dyre – lokalcentre, som erstattes af ét større, dels at de øvrige tre områdecentre, som grundet renoveringerne på området er blevet så store, at de kan drives mere rationelt. Endelig er der tale om, at man har gennemført generelle rationaliseringer af driften på kommunens områdecentre.

Plejehjem	B13	B14	BO15	BO16	BO17
Antal boliger	531	550	550	550	550
Enhedspris (1.000 kr.)	454	451	450	450	450
Samlet omkostning (1000 kr.)	241.336	247.896	247.452	247.452	247.452

Tilvæksten af boliger i perioden skyldes følgende:

- Åbning af 30 pladser på Solgården pr. 1. juni 2013
- Åbning af 50 pladser på Bredebo pr. 1. april 2014
- Lukning af 20 pladser på Borrebakken pr. 1. april 2014
- Lukning af 23 pladser på Lykkens Gave pr. 1. april 2014.

Det skal bemærkes, at det opgjorte antal boliger i oversigten tager højde for, at åbning/lukning af plejeboliger sker i løbet af året og dermed ikke får helårvirkning. Dette betyder tillige, at man ikke umiddelbart kan sammenligne summen af åbning/lukning i 2013+14 med antallet af boliger i oversigten.

#### Frit valg

- *[Budgetforudsætningerne beskrives endeligt i forbindelse med færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.]*

#### Omsorgboliger

Primo 2015 etableres 40 nye omsorgsboliger, som organiseres under frit valg-ordningen, for så vidt angår den personlige og praktiske bistand. Det betyder, at borgerne skal visiteres individuelt, og at borgerne kan vælge mellem den kommunale leverandør og de private leverandører. For så vidt angår selve omsorgsfunktionen vil der blive tale om, at denne forankres og udgår fra et af de nærliggende aktivitetscentre, og således ikke er omfattet af frit valg-ordningen. Budgetteringen af omsorgsboligerne har taget udgangspunkt i den årlige omkostning, som var forbundet med en borger i eget hjem inden vedkommende fik tilbudt en plejehjemsplads.

## 4. Perspektiver og udfordringer

#### Træning og aktivitet i hverdagen

Formålet med træning og aktivitet i hverdagen er først og fremmest at styrke den ældre borger til i højere grad at mestre egen tilværelse. Dernæst er det et formål generelt at udskyde det tidspunkt, hvor den ældre får behov for offentlig hjælp og derved også reducere antallet af visiterede timer.

Paradigmeskiftet er igangsat på hele Ældreområdet – i hjemmepleje, på plejecentre, på de midlertidige pladser og genoptræningspladser. Der er tale om en kulturændring som grundlæggende handler om at ændre medarbejdernes tilgang til borgerne fra at tænke kompenserende til at tænke rehabiliterende og tage afsæt i borgerens egne ressourcer. Der er grundlæggende også tale om, at medarbejdernes indsats i højere grad skal være at forebygge frem for pleje.

I 2014 vil paradigmeskiftet fortsat konsolideres. Der skal ske en understøttelse af og fastholdelse i den kulturændring, som allerede er igangsat. Herudover skal der fortsat udvikles nye initiativer og idéer på området, så den planlagte besparelse opnås.

#### Det nære sundhedsvæsen – tidlig opsporing og kvalitet i indsatsen

I de seneste år er sygehusene blevet stadig mere specialiserede og behandlingsforløbene er accelereret. Samtidig er der kommet flere ældre og flere med kroniske sygdomme. KL peger på, at borgerne i videst muligt omfang skal behandles i deres nærområde af kommunerne og almen praksis – i det nære sundhedsvæsen. Forebyggelse og tidlig opsporing skal derfor styrkes i kommunerne ligesom der skal etableres kommunale subakutte tilbud. Dette fremgår også af regeringens sundhedsoplæg, som desuden peger på et behov for at styrke kvaliteten og sikre større ensartethed i kommunernes indsatser.

De tidlige tegn på sygdom kommer til udtryk i små ændringer i hverdagen, ligesom et fald i funktionsniveau eller underernæring vil påvirke den ældres daglige aktiviteter og trivsel. Det øger behovet for hjælp til almindelige dagligdags færdigheder. For at "fange" de første tegn på ændringer er der brug for at understøtte, at medarbejderne systematisk observerer relevante hverdagssituationer hos de ældre borgere, tidligt identificerer fald i borgernes funktionsevne og ændringer i deres ernæringstilstand. I 2013 iværksættes implementering af den tidlige opsporing af sygdomstegn. Dette arbejde fortsættes i 2014 ligesom tidlig opsporing af fald i funktionsniveau og screening af ernæringstilstanden igangsættes i 2014.

For at udvikle kvaliteten i de kommunale sygeplejeindsatser iværksættes i 2013 et systematisk arbejde med standarder og instrukser, der tager afsæt i KLS 13 sygeplejefaglige indsatsområder. Det skal sikre større ensartethed i de sygeplejefaglige procedurer og større klarhed over hvordan en given opgave og situation skal håndteres. Herudover udvikles en model for journalaudit og implementering af denne. Dette arbejde vil fortsætte i 2014 hvor fokus også er opfølgning og forankring af kvalitetsarbejdet.

I 2013 etableres nye subakutte pladser på Møllebo. I 2014 vil der være fokus på at sikre at disse pladser kendes i organisationen og blandt de praktiserende læger så det potentiale der ligger i de subakutte pladser udnyttes.

### **Skærmteknologi**

Skærmteknologien rummer potentialer for at fremme borgernes involvering i egen pleje og omsorg. Skærmteknologiske løsninger kan betyde, at mange besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i hjemmet.

Hensigten med at indføre skærmteknologiske løsninger på ældreområdet, er at øge den enkelte borgers grad af selvhjulpethed, værdighed og livskvalitet. Et andet sigte er at frigive ressourcer til de nye opgaver i det nære sundhedsvæsen. Skærmteknologien skal på denne måde bidrage til at nytænke service og arbejds gange på ældreområdet.

Med Epitalet har Lyngby-Taarbæk Kommune igangsat et større telemedicinsk projekt rettet mod kronikere. Epitalet omfatter i første omgang borgere med KOL, men vi skal arbejde med en udbredelse til andre målgrupper af kronikere. Herudover skal den infrastruktur der ligger i Epitalet afprøves på udvalgte målgrupper og serviceopgaver på ældreområdet i 2013. Hjemmeplejen i Baunehøj og Vagtcentralen vil indgå i pilotafprøvninger.

I 2014 vil der fortsat være fokus på udviklingen og anvendelse af skærmteknologi til nye målgrupper og ydelser med henblik på at nå besparelsen som blev besluttet i forbindelse med budget 2013.

Det skal bemærkes at indsatsen således er forankret under Træning og omsorg, men at selve besparelsen er placeret på sundhedsområdet.

### **Forskningsplejehjem**

DTU og Lyngby-Taarbæk Kommune har fælles ambitioner på velfærdsteknologiområdet og ønsker at styrke samarbejdet ved at etablere "forsker-venlige" institutioner, hvor nye produkter og velfærdsydelser kan testes og videreudvikles af både forskere, studerende og virksomheder i tæt samspil med offentlige institutioner. Etableringen af et forskningsplejehjem er centralt i dette samarbejde.

Det er besluttet, at det kommende forskningsplejehjem etableres på Områdecenter Bredebo, som lever op til visionens mål om testning af nye grønne bæredygtige teknologier. Det forventes at Bredebo står helt færdigt med 96 boliger i foråret 2014.

Forskningsplejehjemmet skal udgøre et kraftcenter for udvikling og innovation. Der skal skabes en kultur, hvor både medarbejdere, beboere, pårørende, borgere og forskere inddrages i en løbende dialog om nytænkningen af serviceydelser og arbejdsgange så nye interessante løsninger opstår. Forskningsplejehjemmet skal være base for afprøvning af ny teknologi samt forskning i og afprøvning af nye sygeplejefaglige metoder og telemedicinske løsninger.

Ultimo 2013 drøfter Social- og sundhedsudvalget indholdet i forskningsplejehjemmet, som vedtages primo 2014. Herefter implementeres den politiske beslutning. Samarbejdet med DTU omkring idéudvikling og implementering af forskningsplejehjemmet vil fortsætte i 2014.

## 5. Nøgletalsudvikling

Nøgletal som viser befolkningsprognosens estimat for udviklingen i antallet af 65+ årige og 85+ årige i perioden 2013 – 2022 indsættes til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.

## 6. Sammenligning af nøgletal

Figuren som viser udviklingen i ældreudgifterne pr. 65+-årig i LTK sammenlignet med andre kommuner indsættes til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.

## Aktivitetssområde: Handicap

### Sammenfatning:

- Området præges af opdrift samt faglige og styringsmæssige udfordringer
- Der er fortsat brug for effektiv styring i krydsfeltet mellem faglighed og økonomi
- Det skal ske inden for rammerne af nationale reformer, og kommunens helhedsplan for socialpsykiatrien
- Der er behov for styrket sagsbehandling og leverandørstyring samt videreudvikling af en højfrekvent og rettidig ledelsesinformation.

## 1. Beskrivelse af området

Området handicappede er opdelt i følgende ydelsesområder

- A. Myndighedsøkonomien, der omfatter:
- Indtægter fra den centrale refusionsordning vedr. særligt dyre enkeltsager
  - Køb af Kompenserende specialundervisning til voksne samt særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse til unge med særlige behov
  - Køb af pleje og omsorg samt forebyggende indsats for handicappede under 67 år
  - Kontakt- og ledsagerordningen
  - Køb af pladser i døgn- og dagtilbud til handicappede under 67 år, herunder i plejehjem og beskyttede boliger, midlertidige og længerevarende botilbud samt beskyttet beskæftigelse og aktivitets og samværstilbud
  - Køb af pladser i midlertidige botilbud til personer med sociale problemer, herunder forsorghjem og kvindekrisecentre samt alkohol- og stofmisbrugsbehandling
  - Merudgifter samt kontanthjælp vedr. visse grupper af flygtninge
- B. Udførerøkonomien omfatter driften af Lyngby-Taarbæk Kommunes sociale tilbud Kvindekrisecenteret, Slotsvænget, Chr. X. Alle, Magneten, Paradiset samt de selv-ejende institutioner Nettet og Kirsten Marie.
- C. Udgifter til sociale formål, førtidspension og boligsikring

## 2. Økonomisk driftsramme

Beskrivelse / mio. kr.	B13	BF14	BO15	BO16	BO17
A: Den centrale refusionsordning	-11,1	-11,1	-11,1	-11,1	-11,1
A: Voksenspecialundervisning	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5
A: Særlig tilrettelagt ungdomsudd.	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1
A: Pleje og omsorg	19,9	19,8	19,8	19,8	19,8
A: Forebyggende indsats	37,0	36,2	37,1	37,1	37,1
A: Botilbud til pers. M. soc. Probl.	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
A: Alkoholbehandling	1,8	1,3	1,3	1,3	1,3
A: Stofmisbrugsbehandling	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2
A: Længerevarende botilbud	73,9	74,6	73,9	73,4	73,4
A: Midlertidige botilbud	19,5	17,1	17,1	17,1	17,1
A: Kontakt- og ledsagerordning	4,2	3,9	3,9	3,9	3,9
A: Beskyttet beskæftigelse	8,8	9,1	9,3	9,3	9,3
A: Aktivitets- og samværstilbud	20,2	19,4	19,5	19,5	19,5
A: Sociale sociale formål mv. (§ 100)	0,7	1,5	1,5	1,5	1,5
B: Udførerøkonomien - de sociale institutioner	21,6	22,9	22,9	22,8	22,8
C: Førtidspension	119,7	112,0	112,6	107,6	106,4
C: Sociale formål	2,0	1,1	1,1	1,1	1,1
C: Boligsikring	14,1	14,4	14,9	15,5	16,0
<b>Handicappede i alt</b>	<b>359,1</b>	<b>349,1</b>	<b>350,7</b>	<b>345,7</b>	<b>345,0</b>



Anm.: Afrunding kan indebære at summen af de enkelte poster afviger fra totalen.  
2014 pris- og lønniveau

*[Budgetrammerne er opdateret ultimo maj. Rammerne tilpasses i august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.]*

Udviklingerne i førtidspension skal ses i lyset af førtidspensionsreformen, som medfører en besparelse på budgettet til førtidspension. I modsatte retning trækker forventningen om stigende udgifter, da der sker en afgang af førtidspensionister fra den gamle ordning, hvor kommunen modtager 50 pct. eller 100 pct. statsrefusion og en tilgang til den nye ordning, hvor kommunen kun modtager 35 pct. i statsrefusion. Endvidere indføres fra 2014 en seniorførtidspension som medfører højere udgifter på førtidspension. Udgifterne skønnes til 0,8 mio. kr. i 2014 og 2,2 mio. kr. i 2015-17.

### 3. Budgetforudsætninger

Lyngby-Taarbæk Kommune har det fulde myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvar på det specialiserede voksenområde (udsatte og handicappede voksne). I forbindelse med den organisatoriske omstrukturering pr. 1. september 2012, blev økonomien på området opdelt i følgende områder

- A. Myndighedsøkonomien som omfatter den centrale myndighedsudøvelse på det specialiserede voksensocialområde. Dvs. forsyning og finansiering af foranstaltninger til udsatte og handicappede borgere mellem 18 og 67 år
- B. Udførerøkonomi som omfatter driften af institutionerne Kvindekrisecenteret, Slotsvænget, Chr. X. Alle, Magneten samt de to selvejende institutioner Nettet og Kirsten Marie.
- C. Førtidspension, Sociale formål og boligsikring

#### **Ad A) Budgetforudsætning for Myndighedsøkonomien:**

Budgettet på de centrale myndighedskonti er som udgangspunkt baseret på et skøn for aktiviteten på de enkelte ordninger samt en forudsat gennemsnitpris pr. modtager. Skønnet bygger på den eksisterende viden om igangværende og kommende sager pr. medio 2013 samt godkendte effektiviserings-, spare- og tilpasningsmålsætninger, herunder Handle og Strategiplan for det specialiserede voksenområde fra maj 2013.

*[Her indsættes en tabel med budgetforudsætningerne til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag]*

#### **Ad B) Budgetforudsætninger for udførerøkonomien:**

Driftsbudgettet for den decentrale udførerøkonomi er fastlagt, så produktionsomkostninger og indtægter fra salg af pladser på langt sigt balancerer. Institutionerne Slotsvænget, Chr. X. Alle og Kvindekrisecenteret er underlagt principperne i de sociale rammeaftaler for Region Hovedstaden. For disse institutioner har Lyngby-Taarbæk Kommune tilsluttet sig et krav om takstreduktion på 2 pct. i den sociale rammeaftale for 2014 (KKR-aftalen).

Hertil kommer de to selvejende institutioner Nettet og Kirsten Marie. Disse er sammen med de kommunale institutioner Paradiset og Magneten ikke underlagt den sociale rammeaftale for Region Hovedstaden. I tabel 2.1 til 2.X, er budgetgrundlaget for de enkelte institutioner opstillet.

*[Her indsættes en tabel med budgetforudsætningerne til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag]*

**Ad C) Budgetforudsætninger for førtidspension, sociale formål og boligsikring**

*[Her indsættes en tabel med budgetforudsætningerne til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag]*

**4. Perspektiver og udfordringer**

Handicapområdet har i de senere år været præget af opdrift samt faglige og styringsmæssige udfordringer. Overordnet fødes flere borgere med komplekse behov, handicappede borgere lever ofte længere end tidligere, og på det psykiatriske område rykker udviklingen af nye diagnoser desuden ved behovet for støtte efter servicelovens bestemmelser.

Sideløbende med de faglige landvindinger, har områdets udgifter været i vækst, og det har sat skub på nødvendigheden af, at der forsat udvikles en effektiv styring i krydsfeltet mellem faglighed og økonomisk styring. Dette skal ske inden for de nye rammer, der fra nationalt plan tegnes af Tilslingsreformen, Tilbageføringsreformen samt Førtidspensionsreformen, og på lokalt plan af kommunens helhedsplan for socialpsykiatrien.

Med henblik på at håndtere udfordringerne, er der udarbejdet en strategi- og handleplan, hvori der opstilles en række fokusområder. Disse vil sammen med implementeringen af de nationale reformer samt udrulningen af helhedsplanen for socialpsykiatrien udgøre de kommende års væsentligste perspektiver og udfordringer på handicapområdet.

**Styrket sagsbehandling**

Som udgangspunkt forudsætter både den faglige og den økonomiske styring af handicapområdet, at borgere med ens behov tildeles samme ydelse til samme pris. For at sikre dette, er det nødvendigt med en styrkelse af sagsbehandlingen. I forlængelse af forvaltningens Strategi og Handleplan for det specialiserede voksenområde skal der derfor arbejdes målrettet for en styrkelse af sagsbehandlingen i forhold til kommunens kvalitetsstandarder på området, anvendelsen af VUM (voksenudredningsmetoden i sagsbehandlingen), løbende ajourføring af sagerne og digital understøttelse af sagsbehandlingen.

**Styrket informationsflow**

Skal styringsudfordringerne imødegås er det tillige nødvendigt, at forvaltningen har et detaljeret overblik over det budget og de aktiviteter, der administreres. I 2012 har Lyngby-Taarbæk Kommune investeret i IT-systemet Calibra, der giver gode muligheder i denne henseende. Systemet højner grundlaget for aktivitetsbaseret økonomistyring, og danner desuden rammen for en systematisk opgørelse af aktivitet og priser fordelt på ordninger såvel som tilbudstyper og sagsbehandlere. Dette gør systemet til et væsentligt redskab i forhold til at sikre den faglige og økonomiske styring der er nødvendig, når der skal prioriteres inden for de vedtagne rammer for de enkelte budgetår. Endvidere skaber det bedre muligheder for at vurdere betydningen af faglige og økonomiske initiativer på længere sigt. Forudsætningen er imidlertid, at der etableres et rettidigt og retvisende informationflow mellem områdets aktører.

**Styrkelse af budgetgrundlaget for § 85-støtteordningen**

I de seneste år har socialpædagogisk støtte leveret efter Servicelovens § 85 i borgerens eget hjem været i opdrift. For det første medfører den faglige udvikling, at flere borgere diagnosticeres med psykiske lidelser med efterfølgende behov for socialpædagogisk støtte. For det andet er tendensen, at flere borgere hjælpes i nærmiljøet frem for i langvarende institutionsanbringelser. For det tredje har behovet ændret sig i mange af de sager, der overgår fra det specialiserede børneområde til det specialiserede voksenområde i forhold til tidligere. Hvor behovet før primært var boligplacering på en institution, kan flere qua en ændret faglig tilgang i dag klare sig i eget hjem med socialpædagogisk støtte. Som konsekvens heraf, er presset på ordningen steget markant gennem flere år, og det kan forventes at øges yderligere som konsekvens af bl.a. Førtidspensionsreformen og andre reformer på arbejdsmarkedsområdet. I for-

længelse heraf skal der i henhold til Strategi- og Handleplanen foretages en revision af ordningens styringsmodel.

### **Skærpet leverandørstyring**

Handicapområdet er kendetegnet af et væsentligt brug af eksterne leverandører – offentlige såvel som private. Dette betyder, at udgiftsudviklingen i mange tilfælde defineres af aktører uden for kommunen. I henhold til den Sociale Rammeaftale for Region Hovedstaden (KKR-aftalen), skal områdets kommunale og regionale driftsherrer rette opmærksomhed mod prisudviklingen hos leverandørledet. Men lavere priser hos leverandørerne er ikke nødvendigvis tilstrækkeligt, når de styringsmæssige udfordringer skal overvindes – udgangspunktet for prisniveauet er også afhængig af kommunens egne bestillinger til leverandørerne. En kommune kan derfor selv påvirke sit udgiftsniveau på handicapområdet ved at være præcis i bestillingen af de ydelser der skal leveres. Dette gælder ikke mindst i forhold til områdets private leverandører, der ikke er underlagt KRR-aftalen.

### **Effektivisering af udførerøkonomien**

Som led i forvaltningens Strategi- og Handleplan, skal der derfor gennemføres en analyse af, hvordan hvert af kommunens tilbud kan effektiviseres i løbet af 2013 og 2014. Der skal være fokus på, hvordan tilbuddene matcher kommunens behov, om kapaciteten er for høj eller for lav, om der er et effektiviseringspotentiale, og om der kan være en højere grad af selvforsyning samt om der sker en suboptimering i de respektive institutioner. I forlængelse heraf skal der udformes en ny styringsmodel for områdets institutioner.

### **Implementering af helhedsplanen for Socialpsykiatrien**

Helhedsplanen for Socialpsykiatrien blev vedtaget i 2013 og implementeringen fortsætter i 2014, hvor der bl.a. er fokus på tilpasning af tilbud og organisering, konkret tilpasning i forhold til den valgte organisationsmodel, implementering af dokumentationsværktøj, herunder kvalitetssikring af handleplaner, inddragelse af brugere, netværk og frivillige, udvikling af samarbejdsformer som understøtter respekt for de forskellige roller og faglige vinkler. Filosofien i helhedsplanen er et paradigmeskift.

### **Socialt tilsyn**

Tilsynet med de specialiserede sociale institutionerne er overdraget til den fælleskommunale tilsynsenhed på Frederiksberg med et nyt tilsynskoncept. Dette betyder, at samtlige tilbud skal godkendes på ny med udgangspunkt i en fælles skabelon udarbejdet af Socialstyrelsen. Dette vil bl.a. få DUT-konsekvenser.

### **Tilbagetrækningsreformen**

I 2014 starter indfasningen af tilbagetrækningsreformen, som blandt andet indebærer, at efterlønsalderen gradvist sættes op med et halvt år om året fra 2014-2017. I den forbindelse indføres der en seniorførtidspension. Denne målgruppe af borgere, der er nedslidte efter et langt arbejdsliv, er sikret en hurtig afgang til førtidspension, når de har mindre end 5 år tilbage til folkepensionsalderen.

### **Førtidspensionsreformen**

Førtidspensionsreformen trådte i kraft 1. januar 2013. Fokus i 2014 vil derfor være på den fortsatte implementering af reformen.

Med den ændrede lovgivning på førtidspensionsområdet vil personer under 40 år som udgangspunkt ikke kunne tilkendes førtidspension. I stedet er der indført en ny tværfaglig indsats, som er organiseret i et rehabiliteringsteam. For personer under 40 år kan der som udgangspunkt først tilkendes førtidspension efter et ressourceforløb af minimum et års varighed. Endvidere betyder reformen, at fleksjobordningen er mere fleksibel og tilgodeser borgere med større nedsætte af arbejdsevnen fremgår bl.a. højtloønnede med større arbejdsevne og ordningen bliver tidsbegrænset.

Reformen vil først være fuldt indfaset i 2032. Det forventes, at Lyngby-Taarbæk fra 2020 - hvor reformen skal begynde at genere en besparelse - vil tabe på reformen. Det skyldes, at Lyngby-Taarbæk er højere kompenseret på førtidspensionsområdet end de faktiske udgifter. Dette medfører, at førtidspensionsreformen, som lægger op til en besparelse alt andet lige ikke kan genere den af staten skønnede besparelse i Lyngby-Taarbæk.

## 5. Nøgletalsudvikling

Nøgletal med udviklingen i forventet modtagerantal og enhedspriser i perioden 2013-2017 for myndighedsøkonomien indsættes til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.

## 6. Sammenligning af nøgletal

Sammenligning af ECO-nøgletal mellem kommuner indsættes til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.

## Aktivitetssområde: Sundhed

### Sammenfatning:

- Budgetmæssige ændringer på Genoptræning og vedligeholdelsestræning.
- Flere krav og bindinger til sundhedsindsatsen.
- I 2014 forventes fortsat en stigende efterspørgsel på genoptræning og vedligeholdelsestræning.
- Udgifter til vederlagsfri fysioterapi og ophold på hospice er stigende.
- Ændringen i medfinansieringsordningen har aktualiseret behovet for at arbejde målrettet med forebyggelse på sundhedsområdet.
- Høj effektivitet og god styring hos Tandplejen. Undersøgelse af effektiviseringspotentialer ved sammenlægning af kommunens tandklinikker.

### 1. Beskrivelse af området

Aktivitetssområdet omfatter:

- Aktivitetsbestemt medfinansiering
- Specialiseret genoptræning
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning
- Vederlagsfri fysioterapi
- Sundhedsfremme og forebyggelse
  - Sundhedsprojekter
  - Løn
- Kommunal tandpleje
- Andre sundhedsudgifter
  - Hospice
  - Begravelseshjælp
  - Færdigbehandlede patienter
  - Øvrige sundhedsudgifter
- Frivillighed

Medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen vedrører enhver behandling inden for det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen samt besøg og ydelser under sygesikringen (almen lægehjælp, speciallægehjælp, besøg hos psykolog, kiropraktisk behandling mv.).

Medfinansiering er aktivitetsbestemt og udregnes dermed på baggrund af faktisk forbrug og efter fastsatte procentsatser af taksterne. Der er desuden fastsat lofter for afregningen af hvert besøg og hver indlæggelse inden for det meste hospitalsbehandling.

I 2014 er lofterne fastsat til følgende takster:

Somatisk behandling: 14.221 kr. pr. indlæggelse og 1.403 kr. pr. ambulant besøg

Psykiatrisk behandling: 8.227 kr. pr. indlæggelse og 514 kr. pr. ambulant besøg

Behandling af privatpraktiserende speciallæge: 1.403 kr. pr. konsultation

Øvrige sygesikringsydelser: 10 pct. af honorar.

*[Tallene opdateres til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.]*

## 2. Økonomisk driftsramme

Beskrivelse / mio. kr.	B13	BF14	BO15	BO16	BO17
Aktivitetsbestemt medfinansiering	191,4	189,2	187,3	187,3	187,3
Specialiseret genoptræning	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4
Genoptræning og vedligeholdelsestræning	79,0	69,6	69,6	69,6	69,6
Vederlagsfri fysioterapi	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2
Sundhedsfremme og forebyggelse	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
Kommunal tandpleje	18,2	18,2	18,3	18,3	18,3
Andre sundhedsudgifter	6,00	6,0	6,0	6,0	6,0
Frivillighed	0,0	1,5	1,5	1,5	1,5
<b>Aktivitetssområde Sundhed i alt</b>	<b>309,4</b>	<b>299,4</b>	<b>297,4</b>	<b>297,5</b>	<b>297,5</b>

Anm.: Afrunding kan indebære at summen af de enkelte poster afviger fra totalen.

2014 pris- og lønniveau

Afvigelse mellem Budget 2013 og Budget 2014 er beskrevet nedenfor.

*[Budgetrammerne er opdateret ultimo maj. Rammerne tilpasses i august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.]*

### Aktivitetsbestemt medfinansiering:

Afvigelsen fra budget 2013 til budget 2014 på Aktivitetsbestemt medfinansiering skyldes Handlekatalogforslag SU 5 fra 2013 og de forudsætninger, som er beskrevet under "Budgetforudsætninger".

Beskrivelse / mio. kr. 2013 niveau	B13	B14	BO15	BO16	BO17
Anvendelse af skærmteknologi (SU5)	-1,0	-2,0	-2,5	-2,5	-2,5

### Genoptræning og vedligeholdelsestræning:

Afvigelsen på Genoptræning og vedligeholdelsestræning skyldes hovedsageligt:

Træning fælles:

Kørsel – delvis flyttet til Ældreområdet 2.4 mio.kr

Træningsenheden:

Drifts- og lønbudget flyttet til Center for Areal og Ejendomme 3.2 mio.kr.

Berigtigelse af budget i forbindelse med organisationsændring 3.2 mio.kr.

Udbud 0.3 mio.kr.

Besparelse 0.2 mio.kr.

I alt 9.2 mio.kr.

### Frivillighed:

Frivillighed er fra 2014 flyttet til Sundhedsområdet fra Træning og Omsorg.

## 3. Budgetforudsætninger

På sundhedsområdet budgetteres økonomien forskelligt på de enkelte delområder:

- Budget til medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen bygger på en budgetanalyse fra 2011. Analysen vurderede udgiftsniveauet i 2012 ved at tage højde for kommunens demografiske udvikling, en ny medfinansieringsmodel med forhøjede lofter samt skøn for aktivitetsudviklingen i det regionale sundhedsvæsen. Budgettet i 2014 bygger

på en fremskrivning efter denne analyse. Der er p.t. ikke data, som bør ændre denne forudsætning

- Budgettet for tandplejen er baseret på en kapacitetstilpasningsmodel, som tager højde for udviklingen i antallet af børn i kommunen og for omsorgstandplejen antallet af plejeboliger.

Genoptræningens budget er placeret på fire delområder:

- Budgettering på Møllebo følger samme budgetteringsprincipper, som gælder på kommunens øvrige faste og midlertidige plejeboliger.
- Budgettering af de rehabiliterende pladser for Fortunen er selvstændigt budgetteret, og er ikke omfattet af f.eks. kapacitetstilpasningsmodel baseret på demografisk udvikling.
- Træningsindsatserne på Møllebo er selvstændigt budgetteret, og er ikke omfattet af f.eks. kapacitetstilpasningsmodel baseret på demografisk udvikling.
- Træningsindsatserne på Fortunen er selvstændigt budgetteret, og er ikke omfattet af f.eks. kapacitetstilpasningsmodel baseret på demografisk udvikling.

#### 4. Perspektiver og udfordringer

##### **Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet**

I 2012 blev der indført forhøjede lofter for den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Hensigten var at styrke kommunernes incitament til at forebygge bl.a. u hensigtsmæssige indlæggelser. Udfordringen for Lyngby-Taarbæk Kommune såvel som landets øvrige kommuner har siden været, at de enkelte kommunale regninger varierer mere end hidtil. Dette gør det vanskeligere for kommunen at forudsige årsforbruget.<sup>1</sup>

Det skal understreges, at forøgelsen af medfinansieringsandelen er generel. Det betyder, at den øges lige meget for alle behandlinger – også dem som kommunen ikke kan forebygge. Det spinkle erfaringsgrundlag med de ændrede lofter gør, at der i 2014 fortsat vil være en usikkerhed om skønnet for kommunens årsforbrug (aktiviteten) samt budgetgrundlaget (den forventede kommunale pris pr. enhed). Usikkerheden imødegås ved, at udviklingen følges tæt med månedlig økonomisk opfølgning.

Ændringen i medfinansieringsordningen har aktualiseret behovet for at arbejde målrettet med forebyggelse på sundhedsområdet. Det er især sundhedsforbruget blandt de ældre borgere, som øger antallet af indlæggelser og dermed størrelsen på medfinansieringen. Antallet af såkaldt forebyggelige indlæggelser er ligeledes størst i denne befolkningsgruppe. Lyngby-Taarbæk Kommune har gennem de seneste år haft et fald i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere. Med budgettet for 2013 blev der iværksat en række indsatser over for de forebyggelige indlæggelser på ældreområdet f.eks. sygeplejefaglig opgradering og skærmp projekter. Indsatser som fortsætter i 2014.

Derudover er der betydelige kommunale merudgifter forbundet med borgere med kroniske sygdomme, og udgifterne til medfinansieringen af sundhedsvæsenet udgør kun en mindre del af disse. De etablerede forløbsprogrammer afventer endnu en egentlig evaluering, men man ved i dag, at eksempelvis senfølger af diabetes kan forebygges med rehabilitering. Et fortsat og udvidet engagement i de regionale forløbsprogrammer for kronisk syge borgere forventes derfor på sigt at reducere udgifterne i plejesektoren, hvor de kommunale udgifter til kronisk syge borgere er størst.

<sup>1</sup> Ser man konkret på det største udgiftsområde, som er somatiske indlæggelser, var loftet for kommunal betaling i 2011 ca. 5.000 kr., mens det i 2013 er ca. 14.200 kr. Dette har medført en øget variation i priserne for de behandlinger, kommunen medfinansierer. Før indførelsen af de nye lofter ramte ca. 70 pct. af borgerne loftet på 5.000 kr. pr indlæggelse. Efter ændringen rammer kun 20 pct. af patienterne loftet på 14.200 kr.

### Flere krav og bindinger til sundhedsindsatsen

Det forventes, at der fremadrettet kommer flere forventninger og forpligtigelser til den kommunale sundhedsindsats. Ikke mindst som konsekvens af, at hospitalerne specialiseres mere og mere, mens kommunerne skal løse de mindre specialiserede indsatser.

Opgaveglidningen er sket løbende, men hidtil er den mest sket ukoordineret og ufinansieret. Med tanker om Det nære sundhedsvæsen søger kommunerne proaktivt at tage en rolle i sundhedsvæsenet, med ansvar for de borgernære indsatser. Målsætningen i Det nære sundhedsvæsen er, at kommunerne skal fremstå som en sammenhængende sundhedsaktør. Konkret er det udmøntet i det regionale rammepapir, som Kommunen har tilsluttet sig.

Udviklingen om flere krav og bindinger til kommunerne understøttes af fortsat flere faglige anbefalinger og retningslinjer fra KL og Sundhedsstyrelsen. Eksempelvis via

- Forebyggelsespakkerne – Sundhedsstyrelsens evidensbaserede anbefalinger for kommunernes forebyggelsesindsats.
- KL og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for sygeplejefaglige fokusområder og tidlig opsporing.
- Forløbsprogrammerne, der er institutionaliseret som indsats overfor kronisk syge – og der udvikles fortsat flere.

Samlet set vil udviklingen lede til en faglig opkvalificering af sundhedsindsatsen med en klar arbejdsdeling mellem specialiserede og ikke-specialiserede ansvarsområder. Men udfordringen økonomisk er, at finansieringen af de nye krav og bindinger ofte vil baseres på forventning om lokale rationaler i plejeindsats eller medfinansiering, som kan være svære at udmønte konkret.

I forbindelse med Budget 2013-16 blev der igangsat initiativer om øget anvendelse af skærmteknologi på sundheds- og ældreområdet samt udvikling af redskaber til tidlig opsporing af sygdom i ældreplejen. Tiltagene har blandt andet som mål at reducere antallet af forebyggelige (gen)indlæggelser og dermed udgifterne til bl.a. medfinansiering af sygehusophold.

Regeringens sundhedsudspil "Mere borger – mindre patient." fra maj 2013 sætter også fokus på ét sundhedsvæsen der hænger sammen, derudover fokuseres bl.a. øget lighed i sundhed og styrket akutberedskab og kræftindsats. Overordnet nævnes kommunernes rolle kun få gange eksplicit i oplægget. Samlet set omprioriteres 150 mio. kr. årligt. Nogle af midlerne vil nå ud i kommunerne – men det er endnu uklart, om det er som projekter eller som generelt løft.

### Vederlagsfri fysioterapi og ophold på hospice

Mens kommunen medfinansierer hovedparten af den aktivitet, som foregår i det regionale sundhedsvæsen, er særlige områder udtaget til fuld kommunal finansiering. Dette gælder fx den vederlagsfri fysioterapi og ophold på hospice.

Aktiviteten her har de seneste år været stigende i Lyngby-Taarbæk. Udgifterne til vederlagsfri fysioterapi steg fra 2010 til 2012 med 32 pct., og i samme periode steg udgifterne til hospice med 63 pct. Specielt den vederlagsfri fysioterapi er i stigning i hele landet og den almindelige opfattelse er, at kommunerne ikke har reel mulighed for indflydelse eller styring på dette område. Stigningen på hospice kan primært forklares med, at antallet af hospice-sengepladser de seneste år er udvidet i Region Hovedstaden. Kapacitetsudvidelsen har været pålagt fra statslig side. Kapaciteten i Region Hovedstaden udvides yderligere fra 56 til 68 pladser i 2013 og 2014.



Ifølge Sundhedsloven skal kommunerne tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenviisning. Ydelsen tilbydes borgere, som har funktionsnedsættelse på grund af et svært fysisk handicap eller en progressiv (fremskridende) sygdom. I forhold til hospice gælder det tilsvarende, at regionens læger henviser, mens kommunen alene finansierer borgerens ophold. Henviisning til hospice forudsætter uhelbredelig fremskreden sygdom, hvor behandling skal være afsluttet.

I 2014 bliver udfordringen bl.a. at udvikle en metode for aktivitetsopfølgning på områderne på linje med den, der findes på medfinansieringsdelen.

### **Efterspørgsel på genoptræning og vedligeholdelsestræning**

I 2014 forventes fortsat en stigende efterspørgsel på genoptræning og vedligeholdelsestræning. Årsagen til den øgede efterspørgsel er primært, "Aktivitet og træning i hverdagen" som udgør et paradigmeskift på hele ældreområdet, hvis hensigt er at få så mange borgere som muligt til at forblive aktive og selvhjulpne så langt op i livet som muligt.

Herudover bidrager såvel tidens øgede fokus på træning og hjælp til selvhjælp samt patientforløbsprogrammer til et stigende behov, idet programmerne i forskellig grad indeholder krav om øget genoptræning og vedligeholdelsestræning.

I forlængelse af det øgede behov for genoptræning og vedligeholdelsestræning forventes der en øget efterspørgsel på kørsel til de forskellige træningstilbud.

### **Sammenlægning af tandplejeklinikker**

I forbindelse med budgetaftalen for 2013-16 blev det besluttet at iværksætte en undersøgelse af udviklingen i serviceniveauet i Tandplejen og effektiviseringspotentialet – både kvalitativt og økonomisk – ved at sammenlægge kommunens tandklinikker. Analysen af serviceniveauet i Tandplejen fra januar 2013 viser, at tandsundheden i Lyngby-Taarbæk Kommune er øget i de seneste fire år på trods af Tandplejens reducerede budgetter og længere intervaller mellem undersøgelser. Desuden har denne forbedring af børnenes tandsundhed været relativt større i Lyngby-Taarbæk end i Region Hovedstaden og i landet som helhed. Tandplejens driftsbudget er siden 2009 blevet reduceret med 10 procent og udgiften pr. barn er lavere end både sammenlignelige kommuner, Region Hovedstaden og landet som helhed. Set i lyset heraf er det lavere udgiftsniveau et udtryk for en høj effektivitet og god styring af ressourceforbruget.

En undersøgelse af effektiviseringspotentialet ved at sammenlægge kommunens tandklinikker i to til tre klinikker afventer den igangværende analyse af de bygningsmæssige muligheder og forventes færdiggjort i efteråret 2013.

## **5. Nøgletalsudvikling**

Nøgletal som viser enhedspriser og aktivitet på de enkelte dele af medfinansieringen indsættes til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.

## **6. Sammenligning af nøgletal**

Graf som viser udviklingen på medfinansiering sammenlignet med andre kommuner indsættes til august ved færdiggørelsen af det administrative budgetforslag.

**Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 4 bilag 1**



En strategi  
for fremtidens  
ældreservice i  
Lyngby-Taarbæk  
Kommune  
2013-2016

# Et godt og aktivt liv

**Handleplan 2013-2016**

# Handlekatalog til ældrestrategien 2013

Tema	Initiativet	
Forebyggelse	<b>Temaeftermiddage (1)</b>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er at gøre viden, råd og inspiration om forebyggelse let tilgængelig for borgerne. Initiativet imødekommer behovet for formidling af viden til de selvhjulpne og aktive borgere for at fremme deres muligheder for at fastholde et aktivt og selvstændigt liv.</p> <p><b>Indhold</b> Temaeftermiddagene vil bestå af foredrag, fælles drøftelser, praktiske øvelser og andre aktiviteter, der giver borgerne viden og inspiration til et godt og aktivt seniorliv. Temaerne kan være velfærdsteknologi, en god bolig, hold hjernen i gang, et godt måltid, aktiv hele livet, digitalisering og meget andet.</p> <p><b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> <p><b>Handling</b> Der arrangeres 2 temaeftermiddage årligt – et om foråret og et om efteråret. Arrangørerne vil så vidt muligt være frivillige organisationer. I 2013 arrangerer seniorrådet 2 temadage henholdsvis 17. juni med temaet motion og 21. oktober med temaet sundhed.</p>
	<b>Udvikling af kommunens hjemmeside (6)</b>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativer er, at understøtte borgerne i at leve et aktivt og selvstændigt liv ved at gøre relevant viden, råd og vejledning let tilgængelig.</p> <p><b>Indhold</b> Lyngby-Taarbæk Kommunes hjemmeside skal være bindeled til andre hjemmesider med relevant information og viden. Det skal overvejes om det er muligt at gøre dele af hjemmesiden interaktiv, hvor for eksempel frivilliges kompetencer, ressourcer og ønsker samt kommunens konkrete behov for frivillige annonceres.</p> <p><b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> <p><b>Handling</b> Lyngby-Taarbæk Kommune har netop lanceret en ny hjemmeside. Forvaltningen vil kontinuerligt have fokus på at videreudvikle indholdet, så det understøtter borgerne i at leve et aktivt og selvstændigt liv. Mulighederne for at matche den enkelte frivilliges ønsker og kommunens behov tages op i vidensteam for frivillighed.</p>

## Styrkelse af IT kompetencer hos ældre (4)

### Formål

Formålet med initiativet er, at forebygge at de ældre borgere "hægtes af" den digitale udvikling.

### Indhold

I takt med den øgede digitalisering af Lyngby-Taarbæk Kommunes service er det en stadig større udfordring, at nogle ældre borgere ikke er vant til at bruge IT og har få eller ingen IT-kompetencer. For at supplere de IT-kurser, der tilbydes på biblioteket, igangsættes forskellige initiativer, der giver mulighed for at borgere og deres pårørende får adgang til de digitale selvbetjeningsmuligheder.

### Målgrupper

De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.

### Handling

Følgende igangsættes:

- 1) drøftelse med frivillige organisationer om mulighederne for at tilbyde undervisning i borgerens eget hjem, således at de nye færdigheder afprøves i vanlige omgivelser ved egen PC.
- 2) opstilling af PC'ere på steder hvor borgerne kommer i forvejen og evt. også tilbyde undervisning her.
- 3) IT integreres i det kvalitetsløft der igangsættes på aktivitetsområdet på plejecentrene
- 4) der etableres trådløs internet adgang på alle plejecentre og indkøbes PC ere så familie og beboerne kan støtte beboerne i at lære brug af IT og i at kunne kommunikere med familie og venner.

## Har du talt med dit netværk i dag? (9)

### Formål

Formålet med initiativet er, at støtte borgerne i at holde kontakten til pårørende.

### Indhold

Afprøve "Omsorgs-Skype", hvor borgere har kontakt med pårørende eller andre borgere via Skype. Det kan også afprøves hos borgere på plejecentre, hvor de pårørende bor langt væk.

### Målgrupper

De selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp samt borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen

### Handling

Følgende igangsættes:

- 1) Skype indgår som en integreret del af det kvalitetsløft der igangsættes på aktivitetsområdet på plejecentrene.
- 2) trådløst internet og Skype indgår i de kommende omsorgsboliger.

## Håndbog for frivillighed (13)

### Formål

Formålet med initiativet er at sikre, at rammerne for den frivillige indsats er kendte og beskrevet.

### Indhold

Forskellig lovgivning sætter nogle klare rammer for den frivillige indsats generelt og dermed også på ældreområdet. Disse rammer er på nuværende tidspunkt ikke beskrevet i Lyngby-Taarbæk Kommune. Det er nødvendigt at de juridiske, økonomiske og forsikringsmæssige rammer for den frivillige indsats afklares og beskrives.

### Målgrupper

De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.

### Handling

Initiativet vil indgå i det strategiske i indsatsområdet om frivillighed. Beskrivelse af rammerne for den frivillige indsats vil ske i regi af det nyetablerede vidensteam og frivillighed, som led i udmøntningen af frivillighedsstrategien.

## Frivilligcentrets rolle afklares (14)

### Formål

Formålet med initiativet er at gøre Frivilligcentrets rolle i samarbejdet med ældreområdet tydelig og kendt.

### Indhold

Initiativet indebærer, at frivilligcentrets rolle i samarbejdet mellem ældreområdet og frivillige afklares, beskrives og formidles til frivillige og ansatte.

### Målgrupper

De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.

### Handling

En afklaring af frivilligcentrets rolle på Ældreområdet vil ske i regi af det nyetablerede vidensteam og frivillighed, som led i udmøntningen af frivillighedsstrategien.

## Øget fokus på inddragelse af borgere (10)

### Formål

Formålet med initiativet er at udvikle dialogen med borgerne og lære af borgernes erfaringer.

### Indhold

Initiativet har to spor:

- 1) En styrkelse og udvikling af samarbejdet med Seniorrådet. Processen i efteråret 2012 omkring arbejdet med ældrestrategien opleves som meget frugtbar. På den baggrund ønskes et tættere samarbejde med Seniorrådet i de kommende år.
- 2) Et øget fokus på at invitere relevante borgere til aktivt deltage når konkrete indsatser og ydelser på ældreområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune skal nytænkes.

Inddragelsen kan ske tidligt i processen når nye indsatser skal udvikles, afprøves eller implementeres.

### Målgrupper

De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.

### Handling

Initiativet iværksættes i forbindelse med at indholdet i omsorgsboligerne beskrives.

## Klar skriftlig kommunikation (11)

### Formål

Formålet med initiativet er at sikre at de breve og pjecer der sendes ud til borgerne og som har borgerne som målgruppe også kan forstås af målgruppen.

### Indhold

I Initiativet redigeres standardbreve og pjecer, så sproget bliver klart og forståeligt for borgeren.

### Målgrupper

De selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp og borgere, der er afhængige af hjælp i dagligdagen.

### Handling

Iværksættes som indsatsområde i Center for Træning og Omsorg medio 2013

# Handlekatalog til ældrestrategien 2014

Tema	Initiativet	
Forebyggelse	<p>Nå bredere ud med de forebyggende hjemmebesøg (2)</p>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er, at nå en bredere del af de ældre med den rådgivning og vejledning, der blandt andet ligger i de forebyggende hjemmebesøg.</p> <p><b>Indhold</b> Initiativet skal udvikle og afprøve nye koncepter for de forebyggende hjemmebesøg, så forebyggelsen når bredere ud.</p> <p>Borgere der modtager forebyggende hjemmebesøg involveres i udviklingsprocessen. Repræsentant for seniorrådet involveres ligeledes.</p> <p><b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> <p><b>Handling</b> Initiativet iværksættes i 2014.</p>
	Frivillighed	<p>Retningslinjer som tydeliggør opgavefordeling og ansvar udarbejdes (15)</p>
<p>Information om frivillige til nye pensionister (16)</p>		<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er at informere om mulighederne for frivilligt arbejde til de borgere, der stopper på arbejdsmarkedet.</p> <p><b>Indhold</b> Nye efterlønnere og pensionister modtager et informationsbrev fra Lyngby-Taarbæk Kommune. I dette informationsbrev kan informeres om mulighederne for at lave frivilligt arbejde. Det er væsentligt, at alle typer af frivillige aktiviteter fremgår som inspiration.</p> <p><b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere og indirekte borgere med behov for hjælp samt borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> <p><b>Handling</b> Initiativet håndteres under Center for træning og Omsorgs strategiske indsatsområde om frivillighed, der er et led i den generelle styrkelse af samarbejdet med frivillige på ældreområdet.</p>



# Handlekatalog til ældrestrategien 2014

Tema	Initiativet	
	<b>Fokus på at øge forventningsafstemning (12)</b>	<b>Formål</b> Formålet med initiativet er at tydeliggøre de gensidige forventninger til samarbejdet – pårørende og medarbejdere imellem.  <b>Indhold</b> Der sættes fokus på at øge forventningsafstemningen med borger og pårørende. Det skal blandt andet fremhæves hvordan de pårørende og deres ressourcer kan bidrage. Forskellige initiativer igangsættes, f.eks. kan der udarbejdes en tjekliste for hvad samtaler med pårørende skal indeholde. I skriftligt materiale kan der indarbejdes information om forventninger til borger og pårørende om forventningerne til dem.  Det vil herudover være relevant at vide hvad borgere og pårørende har brug for at vide, for at kunne vælge hvilket plejehjem de ønsker.  Skriftligt materiale der beskriver forventninger til de pårørende kan f.eks. udarbejdes i fællesskab på tværs af plejehjemmene.  <b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp og borgere, der er afhængige af hjælp i dagligdagen.  <b>Handling</b> Iværksættes som led i kvalitetsløftet på plejehjemmene.

# Handlekatalog til ældrestrategien 2015 og senere

Tema	Initiativet	
Frivillighed	<p><b>Naboskab på tværs af generationer (17)</b></p>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er, generationer er at modvirke social isolation, gøre nye sociale relationer mulige og fremme nærvær og tryghed i et byområde ved at etablere relationer på tværs af generationer.</p> <p><b>Indhold</b> Mange af Lyngby-Taarbæk kommunes byområder har i dag primært funktion som beboelsesområder. Den stigende mobilitet i befolkningen, tydeligere funktionsopdeling og effektivisering af de offentlige serviceydelser har betydet, at arbejde, indkøb og fritidsaktiviteter ikke behøver at finde sted hvor man bor. Kravene til byrummet ændrer sig imidlertid, når beboerne er mindre mobile og ikke længere er aktive på arbejdsmarkedet eller i fritiden, da det lokale byrum udgør rammen om beboernes hele liv. Der er risiko for at mange ældre beboere oplever sig socialt isolerede i disse byområder.</p> <p>Det kan f.eks. ske ved at skabe mødesteder for alle generationer og ved at involvere lokale ressourcer, faciliteter, daginstitutioner og skoler.</p> <p>Initiativet skal involvere beboerne lokalt og kan inddrage lokale vidt forskellige foreninger som har kontakt til beboere i det lokale område. Det kan være grundejerforeninger, boligforeninger, sportsklubber og menighedsråd.</p> <p><b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> <p><b>Handling</b> Initiativet er ressourcekrævende, og en gennemførelse af initiativet forudsætter ansættelse af en projektleder. Der holdes løbende øje med muligheder for finansiering via projektmidler.</p>
	<p><b>Lokale sociale fællesskaber (18)</b></p>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er, at understøtte sociale fællesskaber lokalt.</p> <p><b>Indhold</b> Boligselskaberne og deres afdelinger kan være et afsæt for at igangsætte nye sociale initiativer for de ældre beboere. I Sorgenfri er et boligsocialt projekt i gang, hvilket giver et grundlag for at afprøve indsatser rettet mod de ældre beboere, der ønsker flere sociale aktiviteter og vil have glæde af et stærkere lokalt fællesskab. Hvilke konkrete sociale aktiviteter der igangsættes afhænger af hvad beboerne selv oplever de har brug for.</p> <p>Initiativet skal involvere borgere lokalt og vil forudsætte et vist et samarbejde med Center for Sundhed og Kultur. Herudover vil især et samarbejde med frivillige foreninger være centralt.</p> <p><b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.</p> <p><b>Handling</b> Initiativet iværksættes ikke på nuværende tidspunkt.</p>

## Initiativer der ikke igangsættes

Tema	Initiativ	
Forebyggelse	<b>Lyngby-Taarbæk Kommunes forebyggelsespris (5)</b>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er at skabe opmærksomhed omkring forebyggelse.</p> <p><b>Indhold</b> Der etableres en forebyggelsespris som gives til en person, der har gjort noget ekstraordinært indenfor forebyggelse</p> <p><b>Målgrupper</b> Indirekte de selvhjulpne borgere, borgere med behov for hjælp og borgere, der er afhængige af hjælp i dagligdagen.</p> <p><b>Handling</b> Initiativet har primært en opmærksomhedsskabende effekt. Erfaringer fra lignende tiltag som sundhedskampagner er imidlertid, at det kræver en massiv indsats hvis borgerne også skal ændre adfærd og handle mere forebyggende.</p> <p>På denne baggrund vurderes initiativet ikke at have tilstrækkelig effekt, hvorfor det ikke iværksættes.</p>
	<b>Teknologitræf (3)</b>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er at give borgerne mod på at benytte velfærdsteknologier og udbrede kendskabet til teknologierne.</p> <p><b>Indhold</b> En mulighed for dette er at organisere en række tematiserede Teknologitræf, hvor borgerne har mulighed for at få demonstreret og afprøvet forskellige teknologier og hjælpemidler samt få svar på spørgsmål om teknologierne. Teknologierne kan demonstreres af både medarbejdere og borgere, der kender teknologien. Det kan overvejes om forhandler af en given teknologi også kan deltage i en demonstration. En mulighed er at organisere teknologi træffene i et samarbejde med aktivitetscentrene. En anden mulighed er at arrangere teknologitræffene i et samarbejde med plejecentrene. Borgere der har kendskab til relevante teknologier involveres aktivt i initiativet.</p> <p><b>Målgrupper</b> De selvhjulpne borgere samt indirekte borgere med behov for hjælp og borgere der er afhængige af hjælp i dagligdagen</p> <p><b>Handling</b> Frem for at iværksætte egentlige teknologitræf indtænkes mulighederne for at se og afprøve velfærdsteknologiske løsninger i forbindelse med relevante arrangementer som f.eks. temaeftermiddagene.</p>
<b>Showroom med velfærdsteknologi (7)</b>	<p><b>Formål</b> Formålet med initiativet er, at give borgerne mulighed for at se de forskellige velfærdsteknologiske løsninger der kan lette borgerne hverdag og understøtte dem i at klare de daglige opgaver selv.</p> <p><b>Indhold</b> Der oprettes et showroom, hvor hjælpemidler og velfærdsteknologi som kan gøre borgerne mere selvhjulpne kan ses. Placering af showroomet bør være et sted med stor borgeraktivitet. Showroomet kan for eksempel</p>	

## Initiativer der ikke igangsættes

vise følgende:

- Mindre personlige hjælpemidler som støttestrømper, strømpepåtager
- Diverse rengøringsartikler som gør rengøringen let – klude, gulvmopper og selvkørende støvsugere
- Mindre tekniske hjælpemidler som pillepåmindere, mobiltelefon egnet til ældre
- Ergonomiske redskaber m.m.

### **Målgrupper**

De selvhjulpne borgere og borgere med behov for hjælp.

### **Handling**

Rudersdal Kommune har etableret en inspirationsbolig hvor forskellige velfærdsteknologiske løsninger der er installeret kan ses og afprøves. Der søges indgået en aftale om at medarbejdere og borgere i Lyngby-

Taarbæk kommune kan besøge inspirationsboligen. Herudover informeres seniorrådet og frivillige organisationer om muligheden for at booke virksomheder som Zeeland Care eller seniorland til at præsentere relevante deres velfærdsteknologiske produkter på relevante arrangementer.

**Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 6 bilag 1**

---

Indkøbsordning for borgere i eget hjem

Bilag 3 - kravspecifikation

---

---

## Indledning

Lyngby-Taarbæk Kommune har mulighed for at visitere til hjælp til indkøb til visiterede borgere.

Nærværende kravspecifikation beskriver kravene til leverandører af indkøbsordning. Derudover henvises til kvalitetsstandarden for Lyngby-Taarbæk Kommune (bilag 2).

*Målgruppen* for indkøbsordningen, er de borgere, der helt eller delvis ikke er i stand til at foretage indkøb af fødevarer.

*Varig hjælp* bevilges til borgere, hvor visitator vurderer, at tabet af færdigheder skønnes at være permanent og ikke kan genvindes inden for en overskuelig tid.

*Midlertidig hjælp* bevilges til borgere, hvor visitator vurderer, at tabet af færdigheder er begrundet i pludselig opstået tab af færdigheder og eller dele heraf kan genvindes indenfor en overskuelig tid.

Indkøbsordningen består af tre dele:

- bestilling af varer
- levering af varer
- afregning

For de krav, som ikke er mindstekrav, skal tilbudsgiver beskrive, hvordan de stillede krav opfyldes. Priser angives i bilag 4.

## Selve kravspecifikationen

I dette afsnit specificeres kravene til indkøbsordningen under følgende overskrifter:

- 1 Krav til produktet
- 2 Personaleforhold
- 3 Information om produkt og priser
- 4 Tilmelding/afmelding/ændringer
- 5 Bestilling
- 6 Transport af varer til borgerens bopæl
- 7 Levering
- 8 Pris og Betaling
- 9 Kvalitetssikring

## 1 Krav til produktet

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at borgerne i indkøbsordningen har et bredt varesortiment at vælge fra der tilgodeser alle borgere i ordningen, således at borgeren ikke oplever at det bliver dyrere.

KRAVSPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
1.1	Tilbudsgiver skal i sit varesortiment tilbyde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• almindelige dagligvarer til almindelige supermarkedspriser</li> <li>• bredt udvalg i færdigvarer</li> <li>• sæsonvarer</li> <li>• Økologiske varer</li> <li>• Fedtfattige varer</li> <li>• Sukkerfri varer</li> <li>• Miljømærkede varer (f.eks. det europæiske miljømærke "Blomsten" og det nordiske miljømærke "Svanen")</li> <li>• Det skal være muligt, at vælge modenhedsgrad for frugt &amp; grøntsager</li> </ul>		Leverandøren bedes redegøre for varesortiment.
1.2	Leverandøren skal tilbyde tilbudsvarer		Leverandøren bedes redegøre for tilbudsmuligheder.
1.3	Fødevarer med kort holdbarhed skal leveres så tæt på produktionsdatoen som muligt.		Leverandøren bedes for følgende fire varegrupper redegøre for, hvorledes det vil blive sikret, at varerne har den længst mulige holdbarhed ved leveringstidspunktet: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brød</li> <li>2. Kødvarer</li> <li>3. Mejeriprodukter</li> <li>4. Frugt og grønt</li> </ol>
1.4	Tilbudsgiver skal garantere at borgerne som minimum kan få leveret 20 kilo per gang.		Tilbudsgiver bedes angive muligheden for at få udbragt mere end 20 kilo.
1.5	Varesortimentet skal være lige så bredt og prismæssigt konkurrencedygtigt som supermarkederne i kommunen		



<b>1.6</b>	Der skal udarbejdes en uvildig prisanalyse fra et eksternt analysebureau, hvor varepriserne på 200 varer bliver sammenlignet med lokale supermarkeder.		
------------	--	--	--

## 2 Personaleforhold

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at aflevering af varer på borgerens bopæl, foregår på en måde der sikrer borgeren størst mulig tryghed, med respekt for den enkelte borger og under hensyntagen til at aflevering af varer foregår i borgerens eget hjem.

Leverandørens medarbejdere skal være velsoignerede samt bekendt med og overholde hygiejniske principper i forhold til opgaveløsningen. Der påhviler leverandørens medarbejdere tavshedspligt, jf. retssikkerhedslovens § 43, stk. 2 og 3, omkring forhold, som de i forbindelse med deres arbejde måtte få kendskab til. Denne tavshedspligt ophører ikke ved fratræden eller ved kontraktforholdets ophør.

Leverandøren skal sikre, at leverandørens medarbejdere er vidende om, at de ikke må modtage eller give gaver – herunder arv – eller låne penge til eller af borgeren. Endvidere må leverandørens medarbejdere ikke opholde sig i borgerens hjem uden borgerens tilstedeværelse eller borgerens samtykke.

KRAVSPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	
2.1	Medarbejderne skal beherske dansk i skrift og tale. Konkret skal medarbejdere kunne: <ul style="list-style-type: none"><li>• tale dansk så borgerne kan forstå det</li><li>• læse dansk så opgaven løftes fagligt forsvarligt</li><li>• fremvise ren straffeattest</li></ul> Chaufførerne skal dokumentere, at de har været på hygiejne kursus.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
2.2	Chaufførerne skal være forsynet med billedlegitimation, der skal forevises på forlangende. Billede og tekst skal udformes således at svagtseende kan læse det.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
2.3	Af hensyn til borgerens tryghed stilles krav om, at leverandøren i videst muligt omfang tilstræber, at aflevering af varer udføres af den samme medarbejder, og at det ligeledes tilstræbes, at eventuelle afløsere er de samme.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
2.4	Leverandøren skal overholde gældende miljøregler i forhold til medarbejdernes arbejde i borgernes hjem.		Mindstekrav – Ingen besvarelse

### 3 Information om produkt og priser

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at borgere som er tilknyttet indkøbsordningen, informeres om både priser og vareudbud på en måde, der gør dem i stand til at vælge mellem varerne på et velinformeret grundlag.

Lyngby-Taarbæk Kommune udarbejder information om indkøbsordningen til borgerne i samarbejde med leverandøren.

Brochuremateriale om leverandøren og leverandørens ydelser skal leveres i hard-copy til Lyngby-Taarbæk Kommune og de visiterede borgere. Der skal til en hver tid kunne rekvirere flere eksemplarer.

KRAVSPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
3.1	Leverandøren skal præsentere sit komplette varesortiment i et varekatalog indeholdende billeder af samtlige varer. Varekataloget skal som minimum opdateres 1 gang årligt.		Leverandøren bedes redegøre for, hvordan borgeren præsenteres for varer og priser, samt vedlægge dokumentation herfor.
3.2	Et udvalg af varesortimentet på skal præsenteres i en ugentlig tilbudsavis med billeder samt information om discount varer til fast lav pris.		Tilbudsgiver skal sammen med tilbuddet vedlægge forslag til tilbudsavis samt et gennemsnit antal varer der er på tilbud i hver avis.
3.3	Leverandøren skal præsentere udvalget af varer på en hjemmeside, der viser pris og billeder.		Leverandøren bedes beskrive, hvordan udvalget præsenteres.
3.4	Borgerne skal have mulighed for at bestille varer fra hjemmesiden.		Leverandøren bedes beskrive, hvordan borgerne kan bestille varer fra hjemmesiden.
3.5	Leverandøren er forpligtet til at informere borgeren om væsentlige ændringer i tilknytning til indkøbsordningen.		Leverandøren bedes redegøre for, hvordan borgerne informeres.

#### 4 Tilmelding/afmelding/ændringer

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker en enkel og brugervenlig proces med indbygget fleksibilitet, som tilgodeser borgernes behov. Lyngby-Taarbæk Kommune varetager kontakten mellem borgeren og leverandøren, både hvad angår tilmeldinger og afmeldinger (ophør). Aflysninger eller andre ændringer, f.eks. flytning af en aftale, aftales mellem borger og leverandør. I tilfælde af varige ændringer eller ændringer i en længere periode, f.eks. ved sommerferie, skal Lyngby-Taarbæk Kommune orienteres. Den enkelte borger vælger leverandør på baggrund af det i afsnit 3 omtalte informationsmateriale. Borgeren tilmeldes og afmeldes leverandøren ved, at Lyngby-Taarbæk Kommune kontakter leverandøren.

KRAV SPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	
4.1	Leverandøren registrerer tilmeldinger, afmeldinger og ændringer elektronisk til styrings-, rapporterings- og opfølgningsspørgsmål.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
4.2	Fristen for flytning og aflysning af levering er senest kl. 13 hverdagen før den planlagte levering.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
4.3	Afbestilles en levering ikke senest kl. 13 dagen før den planlagte levering, debiteres kommunen for leveringen.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
4.4	Ved forgæves gang ved f.eks. akut hospitalsindlæggelse tager leverandøren alle varer retur. I disse tilfælde betaler borgeren for let fordærlige varer, mens leverandøren tager øvrige varer retur.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
4.5	I tilfælde af manglende kontakt til borgeren eller manglende indkøbsseddel modtaget fra hjemmeplejen skal leverandøren kontakte kommunen. Opfølgning fra leverandøren og tilbagemelding fra kommunen skal ske elektronisk samme dag. Leverandøren skal gemme alle tilbagemeldinger til brug for en eventuel dokumentation.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
4.6	Leverandøren skal kunne tilbyde opstart af levering inden for 4 hverdage fra tilmelding.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
4.7	Borgeren har mulighed for at skifte leverandør med en måneds varsel. Borgeren skal henvende sig til Lyngby-Taarbæk Kommune ved ønske om leverandørskift. I særlige tilfælde kan varslet om leverandørskift gøres kortere.		Mindstekrav – Ingen besvarelse

<b>4.8</b>	I tilfælde af, at varen er udsolgt, skal der leveres en erstatningsvare. Erstatningsvaren skal være så identisk med den bestilte vare som muligt. Borgeren har i den forbindelse ret til at fravælge erstatningsvaren.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
------------	--	--	--------------------------------

## 5 Bestilling

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at borgere som er tilknyttet indkøbsordningen, opnår en hurtig og nem bestillingsproces.

KRAVSPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
5.1	Leverandøren skal have en call-funktion, der håndterer borgernes bestillinger.		Leverandøren bedes redegøre for, hvordan denne proces vil blive tilrettelagt.
5.2	Leverandøren skal kunne håndtere, at hvis borgeren eller hjælper foretager en bestilling en hverdag inden kl. 14.30, skal leverandøren kunne foretage levering inden for de to efterfølgende hverdage. I tilfælde af akut behov for hjælp til indkøb til borgere, der allerede er visiteret til indkøbsordning, er leverandøren forpligtiget til at levere førstkommande hverdag, hvis bestilling er afgivet på en hverdag før kl. 12.00		Leverandøren bedes redegøre for, hvor lang tid i forvejen bestilling skal afgives.
5.3	Der skal ved den enkelte bestilling være mulighed for blot at bekræfte forrige bestilling, således at der leveres præcis de samme varer, som ved sidste bestilling og levering.		Leverandøren bedes redegøre for, hvordan denne løsning vil være udformet.
5.4	Leverandøren er forpligtet til at tilpasse tidspunktet for bestilling med dagtilbud, sundheds- og træningscentre jf. krav 2.11.2 Tidspunktet for bestilling af varer må ikke afskære borgeren fra disse tilbud.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
5.5	Leverandøren skal kunne modtage bestillinger på en måde, der er tilpasset borgernes behov og medføre mindst mulige omkostninger for kommunen. Ved telefonisk bestilling skal leverandøren tilbyde, at borgeren bliver kontaktet regelmæssigt på et fast tidspunkt og en fast ugedag kendt af borgeren. Leverandøren skal kontakte borgeren inden for et interval af et timer.  Internetløsningen der stilles til rådighed skal være bru-		Leverandøren bedes redegøre for, hvordan denne løsning vil være udformet.

	<p>gervenlig og sikre borgerne en enkel og effektiv bestilling af varer. Leverandørerne skal udfærdige vejledninger og yde support til borgerne, som anvender leverandørens onlineløsning.</p> <p>Såfremt en borger ikke afgiver bestilling forud for en planlagt levering, er leverandøren forpligtiget til at kontakte visitationen i overensstemmelse med enhver tid gældende regler for forgæves gang og kontakt.</p>		
<b>5.6</b>	<p>Hjemmehjælpere, der bestiller på vegne af borgere, skal som minimum have mulighed for at foretage bestillingen via fax og online med anvendelse af PDA, Smartphone og PC.</p> <p>Hjælperen skal i forbindelse med bestilling tilbydes adgang til et sortimentskatalog eller vareliste med angivelse af priser, der kan anvendes til bestillingen.</p> <p>Hvis bestilling fra hjælper udebliver, med den normale frist for afgivelse af bestilling, der er angivet i krav. 5.2, er leverandøren forpligtiget til at orientere visitationen om udeblevne bestillinger umiddelbart efter fristen udløb. Hjælper skal efterfølgende tilbydes at foretage akut bestilling, jf. de i krav 5.2 angivne frister for akutbestilling.</p>		Leverandøren bedes redegøre for, hvordan denne løsning vil være udformet.
<b>5.7</b>	<p>Online mobilløsningerne, der stilles til rådighed for hjælperne, skal være brugervenlige og tilpasset de af kommunens anvendte platforme.</p> <p>Onlinemobilløsningen skal indeholde følgende funktionalitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkel og hurtig fremsøgning af borgere, der skal have bestilt varer. For borgere hvor bestilling allerede er gennemført skal dette være angivet ved fremsøgningen af borger.</li> <li>• Enkel og hurtig fremsøgning af varer, der skal bestilles. Der skal være adgang til oversigtsliste over borgers sidste indkøb/hyppigst indkøbte varer, der skal kunne danne grundlag for bestil-</li> </ul>		Leverandøren bedes redegøre for, hvordan denne løsning vil være udformet.

	<p>ling af varer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hurtigt og enkel afsendelse af bestilling.</li> <li>• Det skal være muligt at afmelde indkøb.</li> </ul> <p>Leverandøren skal i øvrigt følge kommunens enhver tid gældende anvisninger for online mobilløsninger.</p>		
<b>5.8</b>	<p>Leverandøren betaler alle omkostninger til udvikling, implementering og drift af onlinemobilløsninger til kommunens enhver tid anvendte PDA og Smartphone løsninger. Leverandøren forestår den nødvendige undervisning og support af brugerne af leverandørens onlinemobilløsning uden at der ydes særskilt betaling herfor.</p>		Mindstekrav – Ingen besvarelse



## 6 Transport af varer til borgerens bopæl

De borgere, som tilknyttes indkøbsordningen har krav på, at varer transporteres forsvarligt. For køle- og frostvarers vedkommende indebærer det transport under de rette temperaturmæssige forhold for at undgå fordærvet mad, optøning af frostvarer etc. For øvrige varer indebærer forsvarlig transport, at varerne transporteres uden risiko for at gå i stykker eller at blive udsat for ekstreme temperaturer.

KRAV SPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	
6.1	Leverandøren skal til enhver tid overholde gældende lovgivning vedrørende transport af fødevarer. Der henvises bl.a. til Bekendtgørelse 788 af 24. juli 2008 om fødevarerhygiejne.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
6.2	Dokumentation af pkt. 6.1 skal fremsendes til Visitation & Bestiller pr. kvartal. Dokumentationen skal fremsendes i form af temperaturmålinger foretaget under transporten.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
6.3	Leverandøren skal vedlægge egenkontrolprogrammer både for eget lager og for transporten af fødevarerne.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
6.4	Leverandøren skal vedlægge procedure for håndtering af borgere inficeret med multiresistente bakterier.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
6.5	Der skal i alle bilerne forefindes engangshandsker, -maske og sprit til desinficering.		Mindstekrav – Ingen besvarelse

## 7 Levering

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at levering af varer på borgernes bopæl foregår på en måde, som sikrer borgerne størst mulig tryghed. Derfor er legitimation og overholdelse af aftalte leveringstidspunkter afgørende elementer i indkøbsordningen. Leverandøren bør desuden tilstræbe, at det så vidt muligt er det samme bud, der leverer til den samme borger, således, at borgeren kan føle sig tryk ved leverandørens bud. (Se krav under 2 personaleforhold)

KRAV SPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
7.1	<p>Borgeren får leveret i overensstemmelse med visitationen, hyppigst 1 gang ugentligt.</p> <p>Leveringen skal foregå på en aftalt ugedag inden for et tidsinterval på max. 2 timer på den faste leveringsdag. Hvis tidspunktet afviges med mere end 1 time skal samtlige borgere på ruten kontaktes og orienteres om forsinkelsen.</p> <p>Det skal være muligt at få leveret varer alle hverdage 09-16.</p> <p>Hvis ordningen er afhængig af hjemmehjælper skal tidsintervallet være max 30 min.</p> <p>Ydelsen kan fra leverandørens side ikke aflyses, så der skal altid findes en erstatningsdag.</p>		<p>Leverandøren bedes redegøre for leveringsmulighederne, herunder borgerens mulighed for at ønske, hvilken ugedag der skal være fast leveringsdag.</p> <p>Leverandøren bedes beskrive, hvorledes denne information vil finde sted.</p>
7.2	Leverandøren er forpligtet til at koordinere tidspunktet for levering med dagtilbud og træningscentre. Tidspunktet for levering af varer må ikke afskære borgeren fra disse tilbud.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
7.3	I de tilfælde hvor leveringsdag falder på en helligdag skal leverandøren tilbyde en erstatningsdag, der ligger før den faste leveringsdag.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
7.4	Leverandøren skal tilbyde "akutlevering" på hjem-		Mindstekrav – Ingen besvarelse

KRAV SPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
	<p>komstdagen til borgere, der kommer hjem fra hospital eller lignende såfremt bestillingen er afgivet senest kl. 12.00. Afgives bestillingen efter kl. 12.00 skal leveringen foregå på den efterfølgende hverdag.</p> <p>Akutlevering gælder også borgere der tilknyttes indkøbsordningen midlertidigt, og som ikke er visiteret til indkøbsordningen i forvejen</p>		
7.5	Leverandøren skal udarbejde et velkomstbrev som bekræfter overfor borgeren hvilken dag og i hvilket timeinterval bestilling er aftalt, samt hvilken dag varerne leveres. Velkomstbrevet skal endvidere indeholde et telefonnummer til eventuelle afbud.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
<b>Leveringens gennemførelse hos borgeren</b>			
7.6	<p>Leverandøren skal ved levering ringe på, præsentere sig tydeligt i eventuel dørtelefon, vente på at døren bliver åbnet og bære varerne til borgerens køkkenbord.</p> <p>Er borgeren selv forhindret i at åbne, eller har en cylinderadgang, kan der udleveres nøgle efter aftale med visitationen og/eller borgerens skriftlige tilladelse.</p>		Mindstekrav – Ingen besvarelse
7.7	Køle- og frostvarer skal anbringes i køleskab/fryser hos borgeren, såfremt det er aftalt med enten kommunen eller borgeren.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
7.8	Hvis borgeren ikke lukker op, skal leverandøren med det samme kontakte hjemmeplejen/ pårørende eller anden leverandør af praktisk bistand.		Mindstekrav – Ingen besvarelse

KRAV SPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
		<b>Leverancens indhold</b>	
7.9	Alle leveringer skal ledsages af en kvittering til borgeren med tydelig angivelse af de enkelte varer og priser, ikke leverede varer, varer som er erstattet med alternative varer samt samlet pris.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
7.10	Ved levering af forkerte eller beskadigede varer, skal der tilbydes erstatningsvarer som skal leveres senest dagen efter. Hvis borgeren ikke ønsker varen krediteres borgeren.  Kommunen skal orienteres om alle skriftlige klager over leverandørens udførelse af opgaven.  Leverandøren skal desuden medvirke ved en eventuel klagebehandling, ved at stille information og ressourcer til rådighed.		Leverandøren bedes beskrive proceduren for håndtering af klager, samt erstatningspolitik.
7.11	Ved levering af varer, som er beskadigede, optøede eller på anden måde kvalitetsmæssigt væsentligt forringet, skal der tilbydes erstatningsvarer, som leveres senest dagen efter. Hvis borgeren ikke ønsker varen, krediteres borgeren.		Mindstekrav – Ingen besvarelse

## 8 Pris og betaling

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at borgerne betaler via PBS (eller dankort)

Borgeren skal alene betale for varerne, mens Lyngby-Taarbæk Kommune betaler for pakning, udbringning m.v.

Med hensyn til opgaven er udgangspunktet, at Lyngby-Taarbæk Kommune som alt overvejende hovedregel kun er økonomisk ansvarlig for ydelser, som borgeren er visiteret til.

Leverandørens medarbejdere forventes at yde "almindelig hjælpsomhed" i tilknytning til leverancen mens leverandørens medarbejdere er i borgerens hjem.

KRAVSPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
8.1	Leverandøren skal angive følgende priser: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pris pr. levering (indkøb, pakning og udbringning af varer)</li><li>• Pris pr. bestilling<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ved opringning til borger (prisen gælder også borgere, der ringer til leverandøren)</li><li>○ Ved modtagelse af fax/mail</li><li>○ Ved modtagelse via PDA/Smartphone</li><li>○ Akutlevering</li></ul></li><li>• Sætte alle varer på plads</li></ul> Priserne er ekskl. moms og angives i danske kroner.		Leverandøren bedes i bilag 4 angive priser: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pris pr. levering (indkøb, pakning og udbringning af varer)</li><li>• Pris pr. bestilling<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ved opringning til borger (prisen gælder borgere, der ringer til leverandøren)</li><li>○ Ved modtagelse af Fax/mail</li><li>○ Ved modtagelse via PDA/Smartphone</li><li>○ Akutlevering</li></ul></li><li>• Sætte alle varer på plads</li></ul>
8.2	Betalingsbetingelsen overfor kommunen er 30 dage netto.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
8.3	Leverandøren skal fakturere månedlige elektroniske fakturaer, der skal sendes til EAN. nr.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
8.4	Varerne omfatter flasker og dåser med pant. Returnert skal modtages og modregnes kontant ved leve-		Mindstekrav – Ingen besvarelse

KRAVSPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
	ring. Leverandøren er kun forpligtiget til at modtage den type returpant, som oprindeligt er leveret af leverandøren.		
<b>8.5</b>	Ved manglende betaling skal leverandøren kontakte borgeren for at afklare årsagen hertil. Hvis leveringen ophører grundet manglende betaling skal både borgeren og Visitation & Bestiller orienteres.		Mindstekrav – Ingen besvarelse
<b>8.6</b>	Leverandøren skal angive overfor borgeren, hvilke rykkergebyrer og renter, der vil påløbe ved eventuel manglende betaling.		Leverandøren bedes redegøre for rykkerproceduren.
<b>8.7</b>	Leverandøren skal sikre dokumentation for leverede ydelser enten i elektronisk eller manuel form. Vedlægges den fremsendte faktura som bilag månedsvis bagud. Lyngby-Taarbæk Kommune laver stikprøver af den fremsendte dokumentation.		Mindstekrav – Ingen besvarelse

## 9 Kvalitetssikring

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker med indkøbsordningen først og fremmest at yde en service til borgerne. Leverandøren skal derfor have et klart formuleret servicekoncept, som er i overensstemmelse med Lyngby-Taarbæk Kommunes intention med indkøbsordningen. Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at leverandøren arbejder ud fra en kvalitetsmålsætning baseret på målbare parametre.

Lyngby-Taarbæk Kommune forbeholder sig ret til at gennemføre stikprøvekontrol med leverandørens leveringer og tilfredshedsundersøgelser blandt borgere tilknyttet indkøbsordningen.

Kommunen kan til enhver tid kontakte leverandøren for at afholde samarbejds møde, hvor den forløbne periode drøftes – herunder resultater fra eventuelle stikprøver og tilfredshedsundersøgelser samt klager. I opstartsperioden afholdes samarbejds møder efter behov uden beregning, herefter 2 gange årligt.

Resultater fra Fødevarerinspektoratets kontrol af detailvirksomheder, der vedrører leverandørens engagement i ordningen, vil blive offentliggjort for de borgere, der indgår i ordningen som almindelig information til borgerne.

KRAV SPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
9.1	Leverandøren bedes angive, hvordan den interne kvalitet hos leverandøren sikres. Leverandøren skal som minimum føre kontrol med:  1) Antal leverancer opdelt på almindelige leverancer og fejlliverancer.  2) Klager fra borgere.  3) Flytninger af aftaler forårsaget af leverandøren  4) Forsinkelser i leveringer forårsaget af leverandøren  5) Antal flytninger/afmeldinger efter tidsfristen forårsaget af leverandøren.  6) Hvor mange og hvilke borgere, der ikke har taget		Leverandøren bedes angive, hvordan den interne kvalitet hos leverandøren sikres.

KRAV SPECIFIKATION		LEVERANDØRENS SVAR	
Nr.	Krav	Erklæres opfyldt ved kryds	Leverandørens redegørelse
	<p>imod deres varer.</p> <p>7) Erstatningsvarers værdi i kr. som andel af samlede vareomsætning.</p>		
9.2	<p>Som en integreret del af leverancen til Lyngby-Taarbæk Kommune vil der foregå en løbende tilbagemelding fra brugerne. Det er derfor vigtigt, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leverandøren er indforstået med, at kommunen gennemfører brugertilfredshedsundersøgelser til måling af tilfredsheden med hjælpen.</li> <li>• Leverandøren er indforstået med, at kommunen udfører stikprøveundersøgelse to gang årligt i form af visitators opfølgning af leverandørkrav i forbindelse med revurdering.</li> <li>• Leverandøren skal udføre egenkontrol.</li> <li>• Leverandøren skal på forlangende levere rapportering til kommunen vedrørende: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antal leverancer opdelt på almindelige leverancer og ekstra leverancer.</li> <li>2. Skriftlige klager fra borgere.</li> </ol> </li> </ul> <p>Leverandøren skal i øvrigt være i stand til at tilbyde en uddybende statistik og rapportering, som aftales ved opstart i kommunen.</p>		Leverandøren bedes beskrive, hvordan man vil føre egenkontrol.

\*\*\*



**Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 8 bilag 1**

NOTAT  
om  
Fritvalgpriser i 2012 og 2013

**Frit valg timepriser 2012**

Timepriser	Timepriser 2012 Beregnet (budget)	Timepriser 2012 Regnskab	Difference
Praktisk hjælp	kr 333	kr 338	1,60 %
Personlig pleje – hverdage – dagtimer	kr 376	kr 373	-0,71 %
Personlig pleje - øvrig tid	kr 480	kr 475	-1,12 %
Natpleje	kr 535	kr 512	-4,38 %

Timepriserne for 2013 beregnes ved at fremskrive timepriserne for 2012 med KL's skøn for løn- og prisudviklingen i 2013. Den vægtede fremskrivning fra 2012 til 2013 er beregnet til 0,54 %, hvilket betyder at timepriserne i 2013 er 0,54 % højere end timepriserne var i 2012, jf. sammenligning af priserne på de enkelte ydelser i 2012 og 2013

**Frit valg timepriser 2013**

Timepriser	Timepriser 2012 Regnskab	Timepriser 2013 Beregnet (budget)	Difference
Praktisk hjælp	kr 338	kr 340	0,54 %
Personlig pleje – hverdage – dagtimer	kr 373	kr 375	0,54 %
Personlig pleje - øvrig tid	kr 475	kr 477	0,54 %
Natpleje	kr 512	kr 514	0,54 %

Søren Baarsøe Pedersen

# **Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 10**

**2 bilag**

N O T A T  
om  
afløsning/aflastning af pårørende til borgere med demens.

---

**Hvor mange får i dag afløsning/aflastning?**

Kommunens demensteam har kontakt til 550 borgere med en demenssygdom eller hukommelsessvækkelse. 110 af borgerne bor sammen med en ægtefælle/samlever. 90 gør brug af afløsning og/eller aflastning.

**Hvordan er den fordelt i forhold til hjemmet, aktivitetscentre, midlertidigt ophold?**

Den afløsning, der i dag ydes i hjemmet, er hjælp til praktiske opgaver (rengøring, indkøb, tøjvask, medicindosering/-givning samt hjælp til personlig pleje til den demente borger). Dette er opgaver, som den raske ægtefælle i nogle tilfælde selv ønsker at udføre for at opretholde et "normalt" liv. De anser det desuden for at være en belastning, hvis disse daglige opgaver skulle overgå til hjemmeplejen.

Nogle borgere med demens i let fase kommer i de almindelige aktivitetscentre. Der er her ikke tale om aflastning men om et tilbud til gavn for borgeren selv.

I samværsgrupperne for demente borgere kommer i dag 52 borgere fra 1-5 dage om ugen. Heraf kommer de 19 primært som aflastning for en samboende ægtefælle/pårørende. 15 demente borgere med en ægtefælle vil eller kan ikke komme i samværsgrupperne, selvom der er behov for aflastning af en pårørende. Borgerne kan ikke overskue eller er ikke i stand til at forlade deres hjem i selv kortere tid, da de psykisk ikke magter nye omgivelser og nye mennesker og således vil opleve angst og forvirring.

I "Hovedsagen" (kommunens tilbud til hjerneskadede og demente borgere under 67 år) kommer 3 demente borgere som aflastning for en pårørende.

Kommunen har 2 rotationspladser (borgeren bor én uge på et plejecenter, tre uger i eget hjem, én uge på plejecenter etc.). Hertil visiteres også demente borgere. P.t. gør 3 demente borgere brug af denne ordning. Det er et meget lille antal demente borgere, der gør brug af tilbuddet. Dette skyldes, at den demente efter en uges ophold ofte er så forvirret, at det tager de næste 3 uger at bringe ro i hjemmet igen. Nogle pårørende vælger dog denne løsning alligevel, da de er så nedkørte, at de ikke kan klare hverdagen uden.

Midlertidigt ophold på et plejecenter er også en mulighed. Denne løsning vælges, når den pårørende skal på ferie af kortere eller længere varighed, skal indlægges på hospital eller har weekend arbejde, og den demente borger er ude af stand til at være alene i eget hjem i selv kort tid ad gangen (har brug for døgnhjælp og døgnovervågning). I sidste halvår af 2012 gjorde 10 borgere brug af denne mulighed én eller flere gange.

Kommunens midlertidige pladser bruges også af demente borgere. Dette sker blandt andet, efter at den pårørende har passet og overvåget sin ægtefælle i en længere periode og dermed føler sig magtesløs og ikke længere i stand til at klare opgaven. Den demente kan foretage sig uhensigtsmæssige og farlige ting, når vedkommende lades alene i selv få minutter ad gangen. Dette gælder både dag, aften og nat. I øjeblikket opholder 3 demente borgere sig på en akutplads.

### **Hvilken indsats finder ægtefæller/pårørende er nødvendige for at skabe de bedste livsbetingelser i hjemmet?**

En del demente borgere i moderat til svær fase af sygdommen er ude af stand til at være alene i hjemmet. Dette betyder, at den pårørende må tage borgeren med til læge, tandlæge, friser o.l. samt må opgive at gå til diverse fritidsaktiviteter, hvilket er en stor belastning for den pårørende. En del demente borgere er ikke længere i stand til at deltage i arrangementer udenfor hjemmet. Samlet set betyder det, at de pårørende bliver socialt isoleret.

Derudover er en gruppe af arbejdende ægtefæller. Pga. borgernes tiltagende forvirring og hukommelsestab, er det kun muligt for de raske ægtefæller at være hjemmefra, når de skal på arbejde. Ægtefællerne må endvidere tage direkte hjem fra arbejde.

Dette betyder, at ægtefællerne er mere eller mindre "på" døgnet rundt og ikke har tid til sig selv til f.eks. deltagelse i sociale arrangementer.

De pårørende i alle aldersgrupper efterspørger afløsning i eget hjem af nogle timers varighed, når de skal til frisør, læge, kontrol på hospitaler, tandlæge m.m. samt ved deltagelse i fritidsaktiviteter.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt, at få frivillige til at påtage sig denne opgave, da det at påtage sig et ansvar for en dement borger er en vanskelig og ofte uforudsigelig opgave, som selv for faglærte medarbejdere kræver løbende supervision. Flere af de frivillige foreninger har selv problemer med at skaffe besøgsvenner og disse besøgsvenner prioriterer de mentalt raske borgere.

De pårørende efterspørger ligeledes udvidet åbningstid i samværsgrupperne (eftermiddag, aften), således at de selv har en mulighed for at besøge venner, gå i teatret og deltage i fritidsaktiviteter.

### **Forslag til forbedret støtte i hjemmet**

Demenskoordinator kan støtte de pårørendes forslag om afløsning af nogle timers varighed i eget hjem, således at de pårørende kan opretholde lidt af deres normale sociale liv samt tage alene til tandlæge, læge etc. Dette vil mindske deres belastningsgrad væsentligt. Det vurderes, at det årligt vil handle om ca. 20-25 borgere, der vil have brug for en sådan ydelse.

Udvidet åbningstid i samværsgrupperne eftermiddag og aften kunne ligeledes være en mulighed. Der skal man dog være opmærksom på, at demente borgere ofte bliver tiltagende forvirret om aftenen. Det vil betyde, at uroen kan blive større, når den demente så kommer hjem igen = belastning af den pårørende.

**Økonomi:**

Forslaget om aflastning i hjemmet, vil ved 4-6 timers aflastning om ugen til 25 borgere beløbe sig til 1,9 – 3,0 mio. kr. årligt.

**Andet**

I 2012 har Socialstyrelsen gennemført en større undersøgelse i forhold til behov for aflastning og afløsning af pårørende på baggrund af den nationale handlingsplan for demensindsatsen. Man er i øjeblikket i gang med at bearbejde resultaterne. Den endelige rapport forventes klar i løbet af marts 2013.

Elisabeth Millang

NOTAT  
om  
forslag til tilbud om aflastning af pårørende til borgere med demens

---

På Social- og sundhedsudvalgets møde den februar 2013 blev det besluttet, at forvaltningen udarbejder et konkret forslag til, hvordan demente borgers pårørendes behov for afløsning/aflastning kan imødekommes.

Forslaget skal indeholde forslag til en omprioritering af visiterede ydelser inden for den eksisterende økonomiske ramme.

**Forslag til afløsning/aflastning af pårørende til demente hjemmeboende borgere:**

Formål:

At forebygge isolation af de pårørende samt at mindske belastningsgraden af de pårørende i hjemmet og derved udsætte tidspunktet for den demente borgers indflytning i en plejebolig.

Målgruppe:

Samboende pårørende hvor borgeren er hukommelsessvækket eller har en demensdiagnose i moderat til svær grad, der gør, at borgeren ikke kan lades alene hjemme i kortere tid eller er ude af stand til at deltage i et arrangement.

Etablering af tilbuddet er helt i tråd med den forebyggende indsats vedr. "Aktivitet og Træning i hverdagen".

Visitationsprocedure:

Demensteamet fastslår, at visitationen bør foregå centralt, da det er at betragte som en myndighedsopgave. Det vil desuden sikre ensartet i tilbuddet på tværs af kommunen samt skabe mulighed for, at vurdere opgavens omfang centralt fra.

Kommunens visitatorer visiterer til aflastning i hjemmet svarende til 4 – 6 timer månedligt. Der visiteres fra gang til gang og/eller fast ugentligt i en periode, hvis den pårørende er tilmeldt en ugentlig fritidsaktivitet eller et behandlingsforløb. Visitationen foregår på baggrund af indstilling fra kommunens demensteam. Demensteamet undersøger forud, om aflastningsbehovet kan dækkes af allerede eksisterende tilbud (midlertidig aflastning på plejehjem, samværsgruppe, Hovedsagen, hjemmehjælp, besøgsven).

Der kan visiteres til afløsning dag og aften i hjemmet i forbindelse med:

- Pårørendes sundhedsmæssige behandling – tandlæge, læge, speciallæge, genoptræning o.l.

- Pårørendes deltagelse i fritidsaktiviteter – sport, hobby, teater, biograf o.l.
- Pårørendes deltagelse i sociale arrangementer – frokost/middage med familie og venner o.l.

#### Leverandør til ydelsen:

Demensteamet foreslår, at det er kommunens eller evt. den private leverandørs hjemmehjælpere med en sundhedsfaglig uddannelse, der afløser i hjemmene. En fordel ved at det er borgerens faste leverandør af hjemmehjælper, der leverer ydelsen vil være, at afløsningen eventuelt kan kombineres med andre hjemmehjælpsopgaver i hjemmet. Mest hensigtsmæssigt er det, at det er den/de hjemmehjælpere, der eventuelt kommer i hjemmet i forvejen. Dette vil gøre den demente tryggest. Hjælperne skal klædes godt på for at kunne udføre opgaven. Dette bør foregå i samarbejde med den pårørende og kommunens demensteam. Teamet har som oftest et godt kendskab til borgeren og familien.

#### Status:

Den 2. april 2013 har demensteamet vurderet, at det p.t. vil dreje sig om 19 pårørende, der har ønske om afløsning i hjemmet. Én enkelt pårørende er i gang med et struktureret behandlingsforløb hos en fysioterapeut. De øvrige har kun brug for afløsning ad hoc. Det er derfor p.t. ikke nødvendigt, at visitere fast til eksempelvis 2 x 2 timer ugentligt eller 2 x 3 timer ugentligt, som nævnt i tidligere sagsfremstilling.

Det skønnes således, at størstedelen af afløsningsopgaverne vil ligge om eftermiddagen eller om aftenen i forbindelse med besøg i teater, biograf, middagsaftaler o.l. og der er derfor ikke behov for fast ugentligt aflastning.

Hvis der er behov for mere grundet en pårørendes genoptræningsforløb eller lignende må det vurderes individuelt.

Af hensyn til arbejdstidsplanlægning foreslås det, at visiteringen foregår i så god tid som muligt – senest 2 uger før afløsningen skal finde sted.

#### Økonomi:

Forvaltningen foreslår, at defineres en kvalitetsstandard indeholdende et max. antal timer til ydelsen svarende til gs. 4 - 6 timer månedligt.

Dette vil medføre en omprioritering af ressourcer svarende til mellem 450.000 – 700.000 kr. årligt.

Der lægges op til, at udgiften til aflastning af pårørende til borgere med demens finansieres via selvkørende støvsugere.

Finansieringsforslaget omfatter indkøb af selvkørende støvsugere til 490 borgere. Besparelsen består i, at borgerne fremover får støvsuget ved hjælp af en selvkørende støvsuger, hvorved antallet af hjemmehjælpstimer reduceres.

Kommunen betaler for støvsugerne, der indkøbes over to år. Dermed vil besparelsen først være fuldt indfaset i 2015. Den samlede udgift til 490 støvsugere udgør godt 0,9 mio. kr. Fra 2017 udskiftes der hvert år 1/3 af de selvkørende støvsugere. Hertil kom-



mer en merudgift til ergoterapeuter i 2014 og 2015, når borgerne får en selvkørende støvsuger.

Investeringen i selvkørende støvsugere indebærer, at initiativet ikke indbringer en besparelse på 0,5 mio. kr. til finansiering af aflastning af pårørende til borgere med demens i 2014. Merforbruget i 2014 vil således skulle overføres til det efterfølgende år.

Der opnås en gennemsnitlig besparelse på 0,5 mio. kr. i perioden 2014 til 2016. Fra og med 2017 udgør besparelsen knap 0,7 mio. kr.

<b>Tabel: Forslag til finansiering via selvkørende støvsugere</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>1.000 kr., 2013-priser</b>				
Besparelse på praktisk hjælp	-495	-991	-991	-991
Udgift til selvkørende støvsugere samt ergoterapeuter	487	487	0	307
<b>Samlet forbedring</b>	<b>-9</b>	<b>-504</b>	<b>-991</b>	<b>-684</b>

Anm.: - = mindredgift, + = merudgift

Der er i beregningerne forudsat, at den gennemsnitlige besparelse på støvsugning for 440 borgere udgør 7,5 min. om ugen pr. borger. For 50 borgere er der forudsat en besparelse på 5 min. om ugen, idet denne gruppe borgere skal have hjælp til vedligeholdelse af støvsugeren.

Der er herudover lagt til grund, at 2/3 af rengøringstimerne leveres af DKL og 1/3 leveres af de private leverandører.

Der er i beregningerne ikke indlagt øgede udgifter til visitationen, som skal behandle et øget antal visitationer, idet alle borgere skal visiteres individuelt.

#### Evaluering og opfølgning:

Kvalitetsopfølgning vil ske ved udarbejdelse af en status på den aktuelle efterspørgsel til ydelsen, samt ved gennemførelse af en tilfredshedsundersøgelse primo 2014, hos de borgere, der har gjort brug af tilbuddet.

Undersøgelsen foretages af demensteamet ved telefoniske kvalitative interview af de borgere, som har benyttet tilbuddet.

Elisabeth Millang

**Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 11 bilag 1**

**Overblik over mulighed for vejledning om ændringer i økonomien, når den ene ægtefælle flytter på plejehjem**

**Før flytning**

**Hvor finder jeg informationen**

**Løbende indtægter**

Private pensioner [www.skat.dk](http://www.skat.dk)  
Folkepension [www.skat.dk](http://www.skat.dk)  
Renter [www.skat.dk](http://www.skat.dk)

**Formue**

Likvide formue [www.skat.dk](http://www.skat.dk)  
Ejendom 50/50 [www.skat.dk](http://www.skat.dk)

**Folkepension efter flytning**

Grundbeløb [www.borger.dk](http://www.borger.dk)  
Folkepension tillæg [www.borger.dk](http://www.borger.dk)

**Personlige tillæg**

[www.borger.dk](http://www.borger.dk)

Boligstøtte	<a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>	Udbetaling Danmark
Helbredstillæg*)	<a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>	Kommunen - Pensionsteamet
Varmetillæg *)	<a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>	Udbetaling Danmark
Personligt tillæg *)	<a href="http://www.borger.dk">www.borger.dk</a>	Kommunen - Pensionsteamet

**Nye udgifter**

Husleje plejebolig	Boligselskabet
Varme plejebolig	Boligselskabet
Plejebolig servicepakke	Kommunen - Ældrerådgiverne

# **Social- og Sundhedsudvalgets møde den 12-05-2013**

**Sag nr. 12**

**2 bilag**



# Mere borger, mindre patient

Et stærkt fælles  
sundhedsvæsen



# Mere borger, mindre patient

## Et stærkt fælles sundhedsvæsen

# Indhold

Forord .....	7
Sammenfatning: "Mere borger, mindre patient" .....	9
1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen .....	12
2. Øget lighed i sundhed .....	20
3. En stærk ryggrad i sundhedsvæsenet – styrket akutberedskab og kræftindsats .....	27
4. Bedre kvalitet og fokus på resultater .....	31
5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen .....	36
Bilag 1. Økonomi .....	45

# Forord

Det moderne behandlingsforløb tager udgangspunkt i borgerens behov, evner og ønsker. Den enkelte borger skal have hovedrollen i eget sygdomsforløb og inddrages fra start til slut. Borgeren skal behandles og plejes så tæt på eget hjem som muligt og helst helt undgå at skulle på sygehuset. Regeringen ønsker, at den enkelte forbliver mest muligt borger og bliver mindst muligt patient.

Regeringen vil et moderne og endnu bedre sundhedsvæsen end i dag.

Regeringens vision er klar. Et sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgeren, hvor borgerens behov og egne forudsætninger er udgangspunktet for den måde, sundhedsvæsenet arbejder på, og hvor patienter og pårørende aktivt inddrages gennem hele forløbet. Fra udredning til behandling – og tilbage til hverdagen.

For at realisere den vision kræver det et opgør med traditionelle myndigheds- og faggrænser. Det kræver, at vi i fællesskab nedbryder barrierer for samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger, og det kræver, at vi fordomsfrit ser på, hvor og hvordan opgaven løses bedst til gavn for borgeren.

Vi skal også sætte afgørende ind mod den stigende ulighed i sundhed – med bedre forebyggelse og med fokus på sundhedsvæsenets møde med patienten. Og så skal vi gøre en god kræftbehandling endnu bedre. Vores fælles sundhedsvæsen skal komme alle danskere til gavn – uanset sygdom, indkomst og uddannelse.

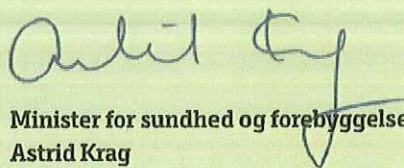
Regeringen har allerede taget fat på at forandre.

Vi har fjernet skattefritagelsen for private sundhedsforsikringer og sat en stopper for favorisering af privathospitaleterne for i stedet at satse på et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Vi har prioriteret penge til at styrke det psykiatriske område for at gøre op med forskelsbehandlingen af mennesker med psykisk sygdom. Og vi indfører en udredningsret, så man inden for én måned kan få at vide, hvad man fejler – i stedet for at blive kassebold mellem forskellige sygehusafdelinger.

Men vi er ikke i mål endnu. Og med udsigten til flere ældre, flere mennesker med kroniske sygdomme og et begrænset økonomisk råderum stiger behovet for en ny og moderne sundhedspolitik.

De mange mennesker, der arbejder i vores sundhedsvæsen, og som hver eneste dag yder en engageret og kompetent indsats er selve udgangspunktet for at forny vores fælles sundhedsvæsen.

Regeringen fremlægger nu et sundhedspolitisk udspil, som udstikker en ny kurs for det danske sundhedsvæsen. Målet er, at den enkelte dansker skal forblive mest muligt borger og mindst muligt patient.



**Minister for sundhed og forebyggelse**  
**Astrid Krag**





# Mere borger, mindre patient

Regeringen vil ét sammenhængende sundhedsvæsen, der tager udgangspunkt i den enkelte borger. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal arbejde bedre sammen, og borgerens egne ressourcer skal mobiliseres og styrkes. Den enkelte og de pårørende skal inddrages og aktivt deltage i eget sygdomsforløb, så man forbliver mest muligt borger og bliver mindst muligt patient.

Derfor fremlægger regeringen et sundhedspolitisk udspil med fem hovedtemaer:

1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen
2. Øget lighed i sundhed
3. Styrket akutberedskab og kræftindsats
4. Bedre kvalitet og fokus på resultater
5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen

Der afsættes 600 mio. kr. i perioden 2014-2017 til nye initiativer. Udspillet markerer dermed regeringens fortsatte prioritering af sundhedsområdet. Udspillet finansieres af omprioriteringer på sundhedsområdet, *jf. bilag 1*.

Udspillet skal drøftes med relevante parter og danner afsæt for regeringens økonomiforhandlinger for 2014 med Danske Regioner og KL.

## 1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen

Regeringens mål er, at alle borgere møder et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen om og sammen med borgeren. Regeringen vil modernisere og nytænke de praktiserende lægers rolle. Det skal være nemmere at få kontakt til sin læge, og de praktiserende læger skal i højere grad samarbejde med kommuner og sygehuse.

Regeringen vil:

- Nytænke og styrke almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen, så de praktiserende læger i højere grad samarbejder med det øvrige sundhedsvæsen.

- Styrke sundhedsaftalerne, så der bliver 5 sundhedsaftaler – en i hver region – med nye obligatoriske indsatsområder og konkrete målsætninger.
- Sikre bedre incitamentter til at styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner om integrerede og fælles sundhedsløsninger. Der omprioriteres 1/4 mia. kr. årligt til indsatsen.
- Styrke fagligheden i den kommunale sygepleje gennem et tættere samarbejde på tværs af sygehuse, praktiserende læger og kommuner.

## 2. Øget lighed i sundhed

Regeringens mål er, at reducere uligheden på sundhedsområdet. Regeringen vil arbejde for, at alle borgere får gavn af de tilbud og forbedringer, der løbende bliver skabt i det danske sundhedsvæsen – uanset sygdom, indkomst og uddannelse.

Regeringen vil:

- Styrke forebyggelsen ved at sætte nationale mål for danskernes sundhed og afsætte 120 mio. kr. til partnerskaber om at realisere de nationale mål.
- Afsætte 112 mio. kr. til forbedret alkoholbehandling og 42 mio. kr. til rygestop.
- Afsætte 20 mio. kr. til et lighedstjek af sundhedsvæsenet.
- Styrke og ligestille psykiatrien ved at indføre en ny ret til udredning og behandling for psykiatriske patienter samt fremlægge en samlet plan for den fremtidige udvikling, udbygning og prioritering i psykiatrien i efteråret 2013.
- Forbedre svangre- og barselsomsorgen ved at afsætte 40 mio. kr. til at styrke svangre- og barselsomsorgen med særligt fokus på sårbare familier.

### 3. En stærk ryggrad i sundhedsvæsenet – styrket akutberedskab og kræftindsats

Regeringens mål er et sundhedsvæsen med en stærk ryggrad, der kan håndtere, når borgere bliver alvorligt syge og kommer akut til skade.

Regeringen vil:

- Styrke de fælles akutmodtagelser og sikre, at bedste praksis udbredes på tværs af de nye fælles akutmodtagelser til gavn for patienter og pårørende.
- Styrke akutberedskabet ved at etablere en national lægehelikopterordning og fordele en pulje på 50 mio. kr. til yderligere at styrke regionernes akutberedskab.
- Styrke kræftindsatsen med 174 mio. kr. ved at forbedre rehabiliteringsindsatsen og indsatsen overfor multisyge, udvide HPV-vaccinationsprogrammet, sikre et øget fokus på resultater og bedre opfølgingsforløb samt fortsætte processen om etablering af et nyt center for partikelterapi til kræftbehandling af særligt børn.

### 4. Bedre kvalitet og fokus på resultater

Regeringens mål er, at alle borgere modtager behandling af høj faglig kvalitet. Regeringen vil derfor styrke fokus på kvalitet og patientsikkerhed i hele patientforløbet – både på sygehusene, i de kommunale sundhedsydelser og i almen praksis. Det skal blandt andet ske ved en bedre inddragelse af patienter og pårørende.

Regeringen vil:

- Styrke inddragelsen af patienter og pårørende og afsætte 20 mio. kr. til en strategi for inddragelse af patienter og pårørende.
- Styrke genoptræningsindsatsen.
- Styrke fokus på kvalitet og resultater og afsætte 32 mio. kr. til en synlighedsreform, der skal understøtte det kliniske arbejde og bidrage til at skabe øget synlighed om de gode resultater i sundhedsvæsenet.
- Løfte kvaliteten og kompetencerne i den kommunale indsats og afsætte 20 mio. kr. til at styrke patientsikkerhedsindsatsen i kommunerne.

- Løfte kvaliteten i sygehusvæsenet ved blandt andet at afsætte 20 mio. kr. til at forebygge sygehuserhvervede infektioner.

### 5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen

Regeringens mål er, at alle borgere også i fremtiden har adgang til et stærkt fælles sundhedsvæsen. Det stiller krav til, at vi skaber et moderne og effektivt sundhedsvæsen, hvor der skabes mest mulig sundhed for pengene. Derfor skal der i alle led af sundhedsvæsenet sættes fokus på bedre styring, prioritering og produktivitet.

Regeringen vil:

- Foretage målrettede prioriteringer for blandt andet at finansiere udspillet nye initiativer på 150 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017, herunder udarbejde retningslinjer på tandområdet med henblik på at målrette tilbuddene.
- Forbedre incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet med fokus på kvalitet og sammenhængende patientforløb, samtidig med at der fastholdes et fokus på produktivitet og omkostninger.
- Sikre en mere effektiv ressourceudnyttelse og realisere gevinsterne ved for eksempel kapacitetsforbedringer.
- Styrke og effektivisere den kommunale patientrettede forebyggelsesindsats.
- Fremlægge en ny digitaliseringsstrategi for at sikre en bedre udnyttelse af sundheds-it og telemedicin.
- Afskaffe unødvendige krav og regler.
- Fremlægge en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.

## Centrale initiativer i regeringens sundhedspolitiske udspil

### Et sundhedsvæsen, der hænger sammen for borgerne

- Borgerne skal opleve, at praktiserende læger, kommuner og sygehuse arbejder tæt sammen, så borgerne får koordinerede og sammenhængende forløb. Regeringen vil nedbryde stive fag- og myndighedsgrænser. De 98 sundhedsaftaler skal afløses af én i hver region. Regeringen lægger op til at omprioritere 1/4 mia. kr. i 2014 på sundhedsområdet for at styrke sammenhængende løsninger, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen og flytter sig efter borgerens behov på tværs af fag- og sektorgrænser.

### En ny og moderne almen praksis

- Borgere i alle dele af landet skal opleve, at de praktiserende læger arbejder tæt sammen med sygehuse og de kommunale sundhedstilbud. Regeringen ønsker en ny og moderne almen praksis, hvor de praktiserende lægers åbningstid og tilgængelighed er tilpasset borgernes behov, hvor lægerne i højere grad arbejder sammen i større lægehuse, og hvor borgerne har mulighed for at vide, hvad der er god og dårlig kvalitet hos de praktiserende læger.

### Øget lighed og styrket forebyggelse med nationale mål for danskernes sundhed

- Borgernes sundhed skal styrkes. Regeringen vil sætte nationale mål for at forbedre danskernes sundhed og afsætte 334 mio. kr. 2014-2017 til at styrke forebyggelse og lighed i hele sundhedsvæsenet.

### Hurtig udredning og behandling af mennesker med psykisk sygdom

- Borgere med psykisk sygdom skal have hurtig udredning og god behandling. Regeringen vil i takt med, at der udbygges kapacitet i psykiatrien, indføre en ny ret til udredning og behandling for mennesker med psykisk sygdom. Herudover vil regeringen i efteråret 2013 fremlægge en samlet plan for den fremtidige udvikling, udbygning og prioritering i psykiatrien.

### Styrket kræftindsats og bedre kræftbehandling for børn

- Borgere med kræft skal hurtigere tilbage til livet og deres almindelige hverdag. Regeringen vil styrke kræftindsatsen med 174 mio. kr. 2014-2017 med særlig fokus på rehabilitering, forebyggelse og lighed. Regeringen har igangsat en proces om etablering af et helt nyt center for partikelterapi i Aarhus til kræftbehandling af særligt børn.

### Aktiv inddragelse af patienter og pårørende

- Borgerne skal aktivt inddrages og spille hovedrollen i deres sygdomsforløb. Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. 2014-2017 til en strategi for inddragelse af patienter og pårørende.

### Øget fokus på kvalitet

- Borgerne har krav på god og effektiv behandling. Regeringen vil fremlægge en synlighedsreform. Synlighed om resultater skal forbedre det faglige kliniske arbejde og bidrage til, at patienterne modtager hurtig udredning, behandling og pleje af ensartet høj faglig kvalitet. Der afsættes 32 mio. kr. 2014-2017 hertil.

### Bedre incitamenter

- Borgerne skal være udgangspunktet for sundhedsvæsenet. Incitamenter i sundhedsvæsenet skal i højere grad understøtte fokus på kvalitet og sammenhængende patientforløb, samtidig med at der fastholdes et fokus på produktivitet og omkostninger.

### Målrettet realisering af gevinster ved bedre styring, prioritering og produktivitet

- Borgerne skal også i fremtiden have adgang til et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Regeringen vil i samarbejde med kommuner og regioner sikre et målrettet fokus på at realisere gevinsterne ved bedre styring, incitamenter, prioritering og produktivitet i hele sundhedsvæsenet.

# 1. Et sundhedsvæsen der hænger sammen

For mange borgere oplever i dag behandlingsforløb, der ikke hænger godt nok sammen.

Dårlig kommunikation og manglende samarbejde på tværs af sektorer kan let skabe utryghed og usikkerhed. Det kan også forlænge og forværre den enkeltes sygdom. Det kan betyde flere indlæggelser, som kunne have været undgået. Det er uholdbart. Både for den enkelte og for samfundsøkonomien.

Der sker i disse år en gennemgribende forandring af det danske sundhedsvæsen. Kvaliteten i sygehusvæsenet løftes med 16 nye sygehusprojekter og samling af behandling på færre, nye sygehuse. Og tilsvarende sker der en udbygning af de kommunale sundhedstilbud til borgerne. Vi står midt i denne forandring. Vi skal videre ad denne vej og sikre et sundhedsvæsen, der i højere grad hænger sammen for borgeren.

Vi skal have opbygget en stærkere samarbejdskultur med gensidig respekt for de forskellige faglige kompetencer, der er i de enkelte dele af sundhedsvæsenet.

Regeringens mål er at gøre op med snævre fag- og myndighedsgrænser, og borgere der oplever at falde ned mellem to – eller flere - stole.

Regeringen ønsker et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov og ressourcer. Hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen til gavn for patienten. Og hvor praksissektoren – ikke mindst de praktiserende læger arbejder tæt sammen med kommuner og sygehuse.

## Borgerne skal møde et sundhedsvæsen, der hænger sammen. Regeringen vil:

- **Modernisere almen praksis.** De praktiserende læger skal arbejde tættere sammen med kommuner og sygehuse. Regeringen ønsker en ny og moderne almen praksis, hvor lægernes åbningstid og tilgængelighed er tilpasset borgernes behov, hvor lægerne i højere grad arbejder sammen i større lægehuse, og hvor borgerne har mulighed for at vide, hvad der er god og dårlig kvalitet hos de praktiserende læger.
- **Styrke sundhedsaftalerne.** Der skal være fem sundhedsaftaler – en i hver region – og sundhedsaftalerne skal have nye obligatoriske indsatsområder og konkrete målsætninger.
- **Sikre bedre incitamenter til at samarbejde.** Regeringen lægger op til at omprioritere 1/4 mia. kr. årligt på sundhedsområdet til at understøtte sammenhængende og integrerede sundheds løsninger.
- **Styrke faglighed i den kommunale sygepleje.** Regeringen ønsker at give kommunerne og den kommunale sygepleje bedre og mere systematisk mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi.

## Hidtidig indsats

- **National handlingsplan for den ældre medicinske patient:** Der er som led i satspuljeaftalen for 2012 afsat 200 mio. kr. i perioden 2012-2015 til 11 konkrete initiativer som for eksempel forløbskoordinatorer og opfølgende hjemmebe-søg, der blandt andet skal bidrage til at sikre bedre sammenhæng i patientforløbet.
- **National handlingsplan for udbredelse af telemedicin:** Der er afsat 80 mio. kr. til en national handlingsplan for ud-bredelsen af telemedicinske løsninger.
- **Styrket kommunal forebyggelse, hverdagsrehabilitering mv.:** Der er med økonomaftalen for 2013 afsat 300 mio. kr. årligt med henblik på at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse og hverdagsrehabilitering for ældre samt kommunernes indsats over for mennesker med kronisk sygdom.

## Nye initiativer

### Nytænkning og styrkelse af almen praksis

Den praktiserende læge er for langt de fleste borgere ind-gangen til sundhedsvæsenet.

Vi er i gennemsnit i kontakt med vores praktiserende læge syv gange om året. Derfor har den praktiserende læge en unik mulighed for at koordinere og tage hånd om behand-lingen sammen med sine patienter. Det gælder særligt den stigende andel af befolkningen, som lider af kronisk sygdom.

Men almen praksis har ikke ændret sig grundlæggende i de seneste mange år, mens det øvrige sundhedsvæsen har gennemgået betydelige forandringer.

Kommunerne er med kommunalreformen tilført væsent-lige opgaver vedrørende forebyggelse og genoptræning. Samtidig er vi i fuld gang med at bygge nye sygehuse for over 40 mia. kr. De nye sygehuse vil være krumtappen i det moderne sundhedsvæsen, hvor behandlinger samles på færre, større og mere specialiserede sygehuse. Det betyder bedre kvalitet i behandlingen. Men det betyder også, at nogle borgere vil få længere til nærmeste sygehus.

Ændringerne er sket uden, at almen praksis for alvor er fulgt med.

Der er med andre ord et betydeligt potentiale for, at den praktiserende læge kan spille en endnu større rolle som

centralt bindeled mellem det borgernære kommunale sundhedsvæsen og sygehusene, end tilfældet er i dag. Dette fremgår også af evalueringen af kommunalreformen.

Udfordringerne på praksisområdet understøttes af Rigs-revisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksis-sektoren, hvor hovedkonklusionen er, at de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktivite-ter og udgifter i praksissektoren, og at der således er behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styrings-muligheder.

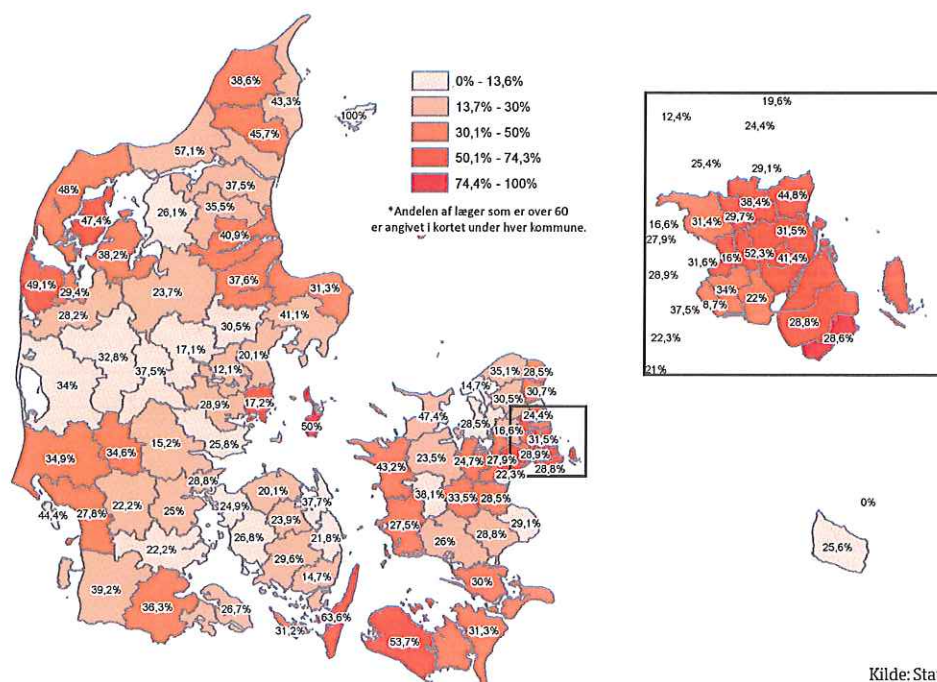
Derfor vil regeringen modernisere og nytænke almen praksis som en integreret del af det samlede sundhedsvæ-sen. Regeringen vil bringe almen praksis tættere på syge-husene og på de kommunale sundhedsopgaver. Sygehuse, kommuner og praktiserende læger skal arbejde tættere sammen.

Det stiller krav til alle parter – og det stiller ikke mindst krav til fremtidens praktiserende læge. Det gælder for ek-sempel krav om adgang, tilgængelighed, kvalitet, kompe-tencer, organisering og effektivitet.

### Fakta om praktiserende læger

Næsten 60 pct. af alle lægepraksis består i dag af kun én læge. Mere end 30 pct. af de praktiserende læger er 60 år eller derover.

**Figur 1:** Andelen af enkeltmandspraksis fordelt på kommuner og andelen af læger over 60 år, 2013



- **Bedre adgang:** Alle danskere skal have adgang til en praktiserende læge, uanset hvor i landet de bor.

I nogle egne af landet er det vanskeligt at rekruttere nye læger til at erstatte de læger, der går på pension. Det kan betyde lang transport eller ventetider for at komme til den praktiserende læge.

- **Større lægehuse:** Regeringen lægger vægt på, at der etableres større lægehuse eller sundheds- og akuthuse, hvor praktiserende læger arbejder i fællesskaber med sygeplejersker og andet sundhedspersonale.

I dag består knap 60 pct. af alle lægepraksis kun af én læge. Større lægehuse og fællesskaber giver mulighed for tværfagligt samarbejde, styrket faglighed, mere sammenhængende behandlingstilbud og mulighed for længere åbningstider til gavn for borgerne. På den måde bliver det lettere for borgerne at komme i kontakt med deres læge – og lettere for borgere med kronisk sygdom at få taget hånd om flere ting på en gang.

Større lægehuse giver også bedre mulighed for at ansætte praksispersonale og drive klinikken mere effektivt, og for at der kan behandles flere patienter end ved solopraksis. Derfor skal de praktiserende læger i højere grad indgå i større lægehuse eller sundheds- og akuthuse og meget gerne sammen med kommunale og regionale sundheds-tilbud.

- **Øget tilgængelighed:** Regeringen ønsker, at almen praksis i højere grad skal indrettes efter borgernes behov. Lægens åbningstider og tilgængelighed skal være fleksible og tilpasset den travle familie.

Hvis det danske sundhedsvæsen fortsat skal være digital frontløber, skal lægen være elektronisk tilgængelig. Mange danskere kan i dag kun kontakte deres læge i et meget begrænset tidsrum og ofte om morgenen, hvor for eksempel børnefamilien i forvejen har et travlt program. Det gør det svært for mange at komme i kontakt med egen læge. Derfor skal telefonåbningstiden i højere grad tilpasses borgernes behov, og alle praktiserende læger skal give mulighed for elektronisk tidsbestilling og kommunikation.





I dag er der geografiske restriktioner i forhold til borgernes valg af læge. Hvis afstanden mellem patientens bopæl og praksis er større end 15 km (5 km i hovedstadsområdet), kan lægen afvise at få tilmeldt patienten. Det betyder, at eksempelvis pendlere, der arbejder langt fra deres bopæl, ikke har mulighed for at vælge en læge nær deres arbejdsplads. Regeringen vil arbejde for, at denne kilometergrænse ophæves, så man som borger får større mulighed for at vælge den læge, man ønsker.

- **Øget fokus på kvalitet:** Alle danskere skal have mulighed for at vide, hvad der er god og dårlig kvalitet hos de praktiserende læger.

Vi har i dag ikke tilstrækkeligt indsigt i kvaliteten og effekten af, hvad den enkelte praktiserende læge laver. Det hæmmer kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Regeringen vil arbejde for, at det offentlige får adgang til data om aktivitet og indhold i de praktiserende lægers ydelser, så der sikres kvalitet og sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsens ydelser. På samme måde skal borgerne sikres flest mulige oplysninger til brug for deres valg af læge. Begge dele er centrale forudsætninger for en fortsat kvalitetsudvikling af behandlingen i praksissektoren.

- **Bedre sammenhæng og styring:** Borgerne skal opleve, at deres egen læge – ved behov – sender dem videre til det rigtige tilbud i for eksempel kommunen eller på sygehuset, og at lægen også ved, hvordan der skal følges op. Et tæt samarbejde mellem almen praksis, sygehuse og eksempelvis den kommunale hjemmesygepleje er afgørende for at sikre sammenhængende patientforløb.

Når det offentlige betaler for udgifterne til almen praksis – så skal det offentlige også i langt højere grad kunne beslutte, hvilke opgaver der skal løses og hvordan. Sådan er det ikke i dag, fordi de praktiserende læger kan nedlægge veto mod næsten alle beslutninger om opgaver og organisering i almen praksis. Det har udgjort en barriere for at sikre sammenhæng til sygehuse og kommunale sundhedsopgaver – ikke mindst i en tid, hvor sygehuse og kommunale sundhedsopgaver udvikler sig hastigt.

Samarbejdet skal konkret styrkes ved, at regionerne som ansvarlig myndighed får en klar kompetence i tilrettelæggelsen hos den private udbyder i almen praksis. Og ved

at der bliver en tættere sammenhæng imellem de kommunale sundhedsydelser og almen praksis. Derfor skal kommunerne have mere indflydelse på tilrettelæggelsen af opgaver i almen praksis, så der for eksempel sikres samarbejde mellem det kommunale sundhedspersonale og de praktiserende læger.

Til gengæld skal den praktiserende læge lettere kunne indgå i en faglig dialog med de specialiserede læger på sygehusene. Det vil kunne bidrage til, at flere borgere kan behandles hos deres praktiserende læge og dermed undgå sygehusbehandling og u hensigtsmæssige indlæggelser.

- **Hurtig udredning i almen praksis:** Patienterne skal have mulighed for hurtigt at blive diagnosticeret, når de går til deres praktiserende læger.

Når de praktiserende læger og speciallæger bestiller tid til diagnostiske undersøgelser, for eksempel røntgen og laboratorieundersøgelser, på sygehusene er der ofte ventetid. Det forsinker den praktiserende læges udredning af patienten – og kan betyde, at man som patient kommer til at vente længere tid på afklaring.

Det vil være en stor fordel for patienten og samtidig styrke almen praksis og aflaste sygehusvæsenet, hvis disse undersøgelser kan gennemføres hurtigt – meget gerne samme dag – så den praktiserende læge kan komme videre med udredningen, og patienten undgår at blive henvist til videre udredning på sygehuset.

Regeringen indfører en ret til hurtig udredning på sygehuse. Derfor er det også vigtigt, at sikre et tættere samarbejde mellem almen praksis og sygehusene, så flest mulig patienter kan udredes i almen praksis.

- **Bedre styring:** Det er vigtigt, at der i almen praksis – som i resten af sundhedsvæsenet – sættes fokus på aktivitets- og udgiftsstyring.

Der er gode muligheder for bedre udnyttelse af ressourcerne i almen praksis. Sundhedspersonalet på de offentlige sygehuse er blevet mere effektive – og den opnåede gevinst er kommet patienterne til gode. Sådan skal det også være i almen praksis.

### Fakta om hurtig bistand til udredning af patienter i almen praksis

På Sygehus Lillebælt (Vejle, Kolding, Middelfart) kan de praktiserende læger sende deres patienter til røntgenundersøgelser og laboratorieanalyser på sygehuset samme dag. Røntgenbilleder beskrives af en røntgenlæge med det samme, og resultatet er til rådighed for den praktiserende læge allerede sidst på dagen eller næste morgen.

### Eksempler på fælles mål for kommuner og regioner

- Antallet af genindlæggelser skal reduceres for personer med kronisk sygdom.
- Antallet af forebyggelige indlæggelser skal reduceres for ældre medicinske patienter.
- Antallet af færdigbehandlede patienter, som optager en sygehusseng, skal reduceres.

Hele den offentlige sektor ses disse år efter i sømmene. Det er en forudsætning for, at alle patienter forsat kan have fri og lige adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet – også i en tid med snævre økonomiske rammer.

#### Styrkelse af sundhedsaftalerne

Regeringen vil sikre et mere forpligtende samarbejde om patienterne på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Et samarbejde, der baserer sig på fælles og ambitiøse målsætninger. Og klare aftaler om, hvem der gør hvad. Et samarbejde, hvor kompetencer snarere end ansættelsessted er udgangspunkt for indsatsen.

Regeringen vil derfor nytænke og revidere sundhedsaftalerne, så de kan modsvare fremtidens udfordringer.

Regeringen vil:

- Styrke sundhedsaftalerne. 5 sundhedsaftaler i stedet for 98 – én i hver region – med afsæt i konkrete målsætninger, som aftales mellem regioner og kommuner.
- Fastsætte nye obligatoriske indsatsområder for sundhedsaftalerne med fokus rettet mod personer med kronisk sygdom, patientrettet forebyggelse og sundheds-it.

Samtidig skal sundhedsaftalerne på tværs af indsatsområder sikre fokus på ulighed i sundhed og aktiv inddragelse af patienter og pårørende.

Sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner er den overordnede ramme for samarbejdet på tværs af sektorer.

Evalueringen af kommunalreformen peger på, at der er et behov for at styrke sundhedsaftalerne, så de i endnu højere grad understøtter sammenhængende patientforløb og sætter retningen for samarbejdet mellem regioner og kommuner.

Der findes i dag 98 sundhedsaftaler. Det er mange, og det kan give en række problemer. Det kan blandt andet betyde, at patienter fra samme sygehus og med samme lidelse ikke nødvendigvis får de samme tilbud, når de udskrives. Det kan også gøre samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger vanskeligt og mindre hensigtsmæssigt. For eksempel for et sygehus, der samarbejder med flere omkringliggende kommuner, der organiserer indsatsen forskelligt – eller for en kommune, der samarbejder med flere sygehuse.

## Styrket sammenhæng på tværs af sektorer

“Kirsten” på 65 år har både kronisk obstruktiv lunge-lidelse (KOL) og diabetes og har det seneste år været indlagt adskillige gange med vejtrækningsproblemer. I den forbindelse har hun oplevet, at hjemmesygeplejersken, egen læge og sygehuset ikke altid får videregivet de relevante oplysninger. For eksempel har hjemmesygeplejen ikke været informeret om “Kirstens” udskrivning fra sygehuset, og hendes læge har ikke været opmærksom på det KOL-kursus, kommunen tilbyder. “Kirsten” skal fremover opleve et bedre patientforløb, hvor sygehus, kommune og egen læge har et velinformeret samarbejde om indsatsen for “Kirsten”. Hermed vil “Kirsten” kunne bo så længe som muligt i eget hjem og i højere grad undgå at blive (gen)indlagt på sygehus.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

## Fælles borgere – fælles midler

Det er afgørende at forpligtede kommuner og regioner på et tættere samarbejde.

Regeringen vil indenfor de samlede midler til sundhedsområdet prioritere, at kommuner og regioner i fællesskab kan etablere sammenhængende og integrerede sundheds-løsninger på tværs af sektorer. Disse sundheds-løsninger vil særligt være målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom.

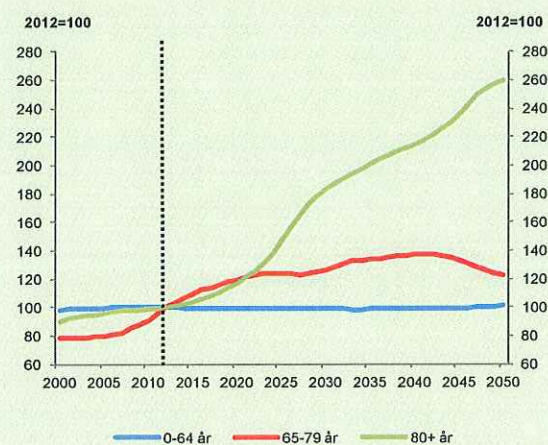
- Regeringen lægger op til at omprioritere 1/4 mia. kr. i 2014 på sundhedsområdet til at understøtte sammenhængende sundheds-løsninger, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen på tværs af fag- og myndighedsgrænser.

Denne omprioritering skal ses i sammenhæng med en målrettet og flerårig ambition om at få flyttet ressourcer og behandling af særligt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter væk fra de specialiserede sygehuse, blandt andet til udgående behandling i hjemmet og telemedicinske løsninger. Tilbuddene skal i det omfang, det er muligt, hjem til borgeren og tæt på borgerens dagligdag.

## Fakta om den demografiske udvikling

Antallet af ældre over 80 år fordobles indenfor de næste 20 år.

Figur 2: Den demografiske udvikling, 2000-2050



Kilde: Danmarks Statistik

Regeringen vil drøfte omprioriteringen med KL og Danske Regioner.

## Tættere samarbejde mellem kommuner, sygehuse og almen praksis

Sundhedsvæsenet skal understøtte, at patienten kan tage vare på egen sygdom og inddrages i en ligeværdig dialog.

Regeringen vil understøtte, at opgaverne løses så tæt på borgerens eget hjem og hverdag som muligt og med borgeren som aktiv part.

- Regeringen ønsker at give kommunerne og den kommunale sygepleje bedre og mere systematisk mulighed for at trække på faglige kompetencer i almen praksis og i sygehusregi.

En mere fleksibel inddragelse af de specialiserede kompetencer på sygehusene kan gøre sygeplejersker og SOSU-assistenten i stand til at varetage en lang række opgaver, de ikke varetager i dag. Det gælder for eksempel i forhold til telemedicinsk vurdering af sår.

### Fakta om telemedicin – fra pilotforsøg til stor skala

Telemedicin har i mange år været nævnt som et af svarene på sundhedsvæsenets udfordringer. Men det har været svært at få udbredt de gode løsninger i stor skala.

Det gør regeringen op med. Med den telemedicinske handlingsplan, som blev offentliggjort i august 2012, sættes der gang i Danmarkshistoriens største telemedicinske indsatser.

Eksempelvis udbredes telemedicinsk sårvurdering i disse år til hele landet. Med systemet kan den kommunale sygeplejerske sende billeder og oplysninger om borgerens sår direkte fra borgerens eget hjem. Derefter vurderer lægen på sygehuset informationerne og skriver tilbage til sygeplejersken.

De to sektorer deler dermed informationer, og sygeplejersken kan trække på ekspertisen på sygehuset. Det giver bedre og mere effektiv behandling, så sårene heler hurtigere. Og borgerne undgår transport til og fra hospitalet. Det betyder øget kvalitet for færre ressourcer.

På samme måde skal det kommunale sundhedspersonale, for eksempel sygeplejen, mere forpligtende kunne gøre brug af den sundhedsfaglige viden i almen praksis. En styrket og mere systematisk adgang til faglig sparring med læger med den relevante specialiserede viden vil styrke den faglighed borgeren møder i den kommunale sundhedsindsats. Og give en mere fleksibel opgavevaretagelse, så en stigende andel af borgerens behandling og pleje kan foregå med eget hjem som omdrejningspunkt.

Dette kan for eksempel konkret aftales mellem kommuner og regioner i sundhedsaftalerne.

### Fakta om ældre medicinske patienter

Næsten halvdelen af de ældre medicinske patienter, der indlægges for væskemangel, har været i kontakt med den kommunale hjemmepleje den sidste måned inden indlæggelse.



## 2. Øget lighed i sundhed

Den rigeste fjerdedel af danske mænd lever i gennemsnit knapt 10 år længere end den fattigste fjerdedel. For 25 år siden var den forskel 5,5 år.

Der bør ikke være så stor forskel på, hvor længe danskerne lever, når man kigger på uddannelse og indkomst. Det er der desværre i dag, og uligheden er vokset. Stigningen i middellevetiden har været størst blandt borgere med lang uddannelse og høj indkomst, mens udviklingen for borgere med kort uddannelse og lav indkomst har været mindre gunstig.

Realiteterne kalder på handling. Regeringen har som mål at reducere den ulighed, der blandt andet er vokset på grund af en manglende opmærksomhed og indsats. Derfor vil regeringen styrke forebyggelsesindsatsen og arbejde for at sikre, at alle får gavn af de tilbud og forbedringer, der løbende bliver skabt i det danske sundhedsvæsen – uanset sygdom, indkomst eller uddannelse.

### En tur med S-toget illustrerer uligheden i Danmark

På S-togsrejsen fra Enghave Station i det sydvestlige København til Gentofte stiger passagerens levetid, så når toget ankommer til Gentofte, kan borgerne i gennemsnit forvente at leve 6,7 år længere.



Kilde: Danmarks Statistik og Københavns Kommune

Regeringen vil tage fat om roden på det, der skaber uligheden på sundhedsområdet, så vi kan mindske uligheden. Der er behov for en indsats, der fokuserer på livsstil, forebyggelse, borgernes opmærksomhed på eget helbred og på, hvordan sundhedsvæsenet kan hænge bedre sammen.

Det kræver politisk handling og et løbende fokus på, hvad der er årsagerne til uligheden på sundhedsområdet. Der er behov for en helhedsindsats, hvor sundhedsvæsenets bidrag vil være et blandt mange.

### Borgernes sundhed skal forbedres, og uligheden skal mindskes.

#### Regeringen vil:

- **Forbedre danskernes sundhed.** Regeringen vil sætte nationale mål for danskernes sundhed og afsætte 120 mio. kr. til partnerskaber om at realisere de nationale mål.
- **Styrke alkoholbehandlingen og hjælp til ryggestop.** Regeringen vil afsætte 112 mio. kr. til forbedret alkoholbehandling og 42 mio. kr. til ryggestop.
- **Gennemføre et lighedstjek af sundhedsvæsenet.** Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. til et lighedstjek af sundhedsvæsenet og sikre større viden om, hvor der er behov for at sætte ind med en målrettet indsats.
- **Styrke indsatsen for borgere med psykisk sygdom.** Regeringen vil ligestille psykiatrien og indføre en ny udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter, og i efteråret 2013 fremlægge en samlet plan for udvikling, udbygning og prioritering i psykiatrien.
- **Forbedre svangre- og barselsomsorgen for nybagte familier.** Regeringen vil afsætte 40 mio. kr. til at styrke svangre- og barselsomsorgen med særligt fokus på sårbare familier.

## Hidtidig indsats

- **Afskaffelse af skattefritagelse for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer.** Regeringen har afskaffet skattefritagelsen for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, der betød, at folk med sundhedsforsikringer kom foran i køen.
- **Beskyttelse mod passiv rygning.** Regeringen har øget beskyttelsen mod passiv rygning på arbejdspladser, i det offentlige rum og sikret røgfrie miljøer på uddannelsesinstitutioner. Regeringen har også sikret en bedre håndhævelse vedrørende salg af tobak til unge under 18 år og salg af alkohol til unge under 16 år.
- **Nyt forebyggelsescenter og forebyggelsespakker.** Regeringen har afsat 13 millioner kroner til et nyt forebyggelsescenter, der skal give kommunerne gode råd og praktisk hjælp i deres indsats for at gøre forebyggelsesarbejdet mere effektivt og ensartet. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række forebyggelsespakker, som skal hjælpe kommunerne til at prioritere indsatsen og styrke kvaliteten i den borgerrettede forebyggelse.
- **Afskaffelse af egenbetaling for kunstig befrugtning.** Regeringen har afskaffet egenbetaling for kunstig befrugtning og ophævet egenbetaling på lægemidler, som anvendes til fertilitetsbehandling. Egenbetaling for sterilisation og refertilisation er også ophævet.
- **Tilskud til tandlægeregningen for kontanthjælpsmodtagere mv.** Regeringen har målrettet tilskud til tandrensning til voksne med henblik på at sikre, at flere med få penge og store tandproblemer får råd til tandbehandling.
- **Afskaffelse af tolkegebyr.** Regeringen har afskaffet reglerne om, at alle borgere, der har boet i Danmark i mere end 7 år, skal betale et gebyr på 150 kr. for at modtage tolkebistand ved behandling hos læge eller på sygehus.

## Nye initiativer

### Nationale mål for danskernes sundhed

Danskernes sundhed skal prioriteres, og alle borgere skal have mulighed for at leve et langt og sundt liv.

Derfor begynder regeringens sundhedspolitik langt fra sygehusene. Forebyggelse er en af nøglerne til at løse udfordringerne med ulighed i sundhed og for få gode leveår. Derfor vil regeringen styrke forebyggelsesindsatsen væsentligt.

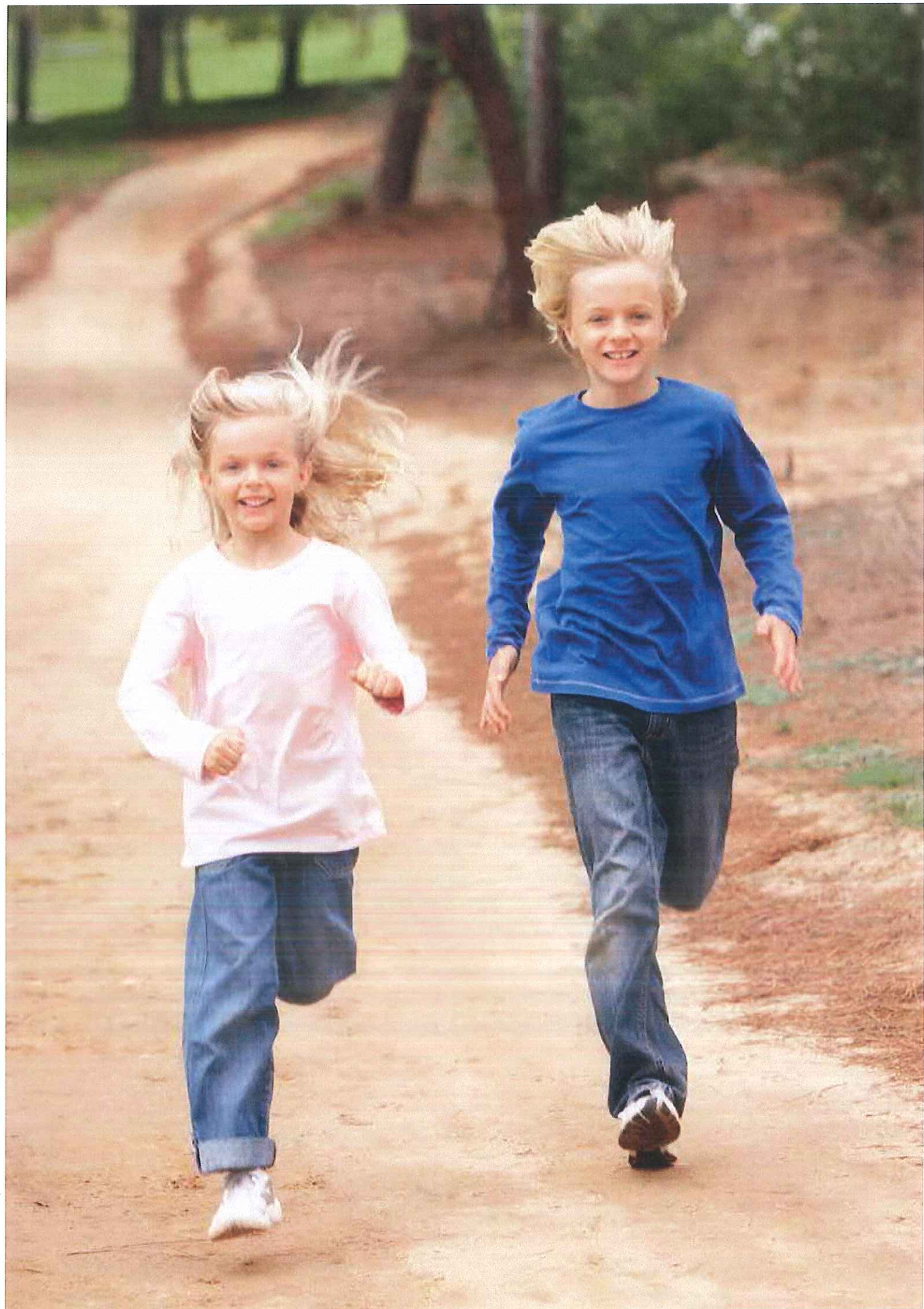
- Regeringen vil sætte nationale mål for udviklingen i danskernes sundhedstilstand de næste 10 år.

De nationale mål vil danne rammen og vise vejen til en bedre forebyggelsesindsats på tværs af sektorer. Målet er, at danskerne, på tværs af postnumre og uanset størrelsen på pengepungen, får en markant bedre sundhed i løbet af de næste 10 år. Målene skal vise vejen til en ambitiøs og

realistisk forbedring af danskernes sundhed 10 år frem i tiden. Blandt andet ved at skabe et fælles fokus for de mange vigtige aktører på området, der findes i civilsamfundet og på tværs af kommuner og ministerier.

Regeringen vil inddrage civilsamfundet mere, end det er tilfældet i dag. Alle danskere har nemlig en vigtig rolle - og kan bidrage til at bringe vores sundhed i den rigtige retning. Derfor vil regeringen opfordre til medejerskab og medansvar, så vi alle kan drage nytte af den værdifulde viden, der findes i civilsamfund, foreninger og virksomheder. De nationale mål vil derfor blive suppleret af en partnerskabsstrategi.

- Regeringen vil afsætte 120 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at indgå konkrete partnerskaber med frivillige foreninger, private aktører og erhvervslivet for at understøtte opfyldelsen af de nationale mål.



### Styrket alkoholbehandling og hjælp til rygestop

Regeringen lægger stor vægt på at beskytte særligt børn og unge mod de sundhedsskadelige konsekvenser af rygning og indtagelse af alkohol.

#### Fakta om rygning og alkohol

En ny undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at rygning og alkohol forklarer 60-70 procent af den sociale ulighed i dødelighed.

Regeringen er særligt optaget af at sikre bedre hjælp til familier med alkoholproblemer. De får i dag ofte hjælpen meget sent. Regeringen vil derfor styrke den familieorienterede alkoholbehandling for at reducere eller helt undgå de skader, som blandt andet børn i familier med alkoholproblemer er i fare for at udvikle.

#### Styrket alkoholbehandling

“Henrik” på 41 år, som er alkoholiker, skal opleve bedre mulighed for et behandlingsforløb, der også inddrager hans familie. Og hans to børn, som i dag kæmper med ensomhed og utryghed, skal have bedre mulighed for at få hjælp og støtte til at tackle den svære situation det er at være ét blandt de 120.000 børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

- Regeringen vil afsætte 112 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at styrke alkoholbehandlingen og danskernes sundhed.

Storrygere dør i gennemsnit 8-10 år for tidligt, og der er tre gange så mange storrygere blandt de kortest uddannede. Der er derfor behov for en særlig indsats i forhold til den del af befolkningen, der ryger mest. Regeringen vil bidrage til, at flere storrygere hjælpes til rygestop.

- Regeringen afsætter derfor 42 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at hjælpe storrygere med at skru ned for rygningen.

#### Lighedstjek af sundhedsvæsenet

I Danmark mangler der generelt viden om, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at understøtte større lighed i sundhedsvæsenet.

Regeringen vil derfor give sundhedsvæsenet et lighedstjek og indsamle mere viden om, hvad der skal til for at understøtte større lighed i sundhed, så indsatsen bliver målrettet og effektiv.

Derfor har regeringen taget initiativ til et Lighedsnetværk, som skal se på, hvordan sundhedsvæsenet kan blive en mere aktiv medspiller i forhold til alle grupper af patienter. Lighedstjekket skal desuden bidrage med mere fakta og viden. Tal og data skaber viden, som er helt afgørende for at kunne sætte målet ind og komme uligheden til livs.

#### Fakta om regeringens Lighedsnetværk

Regeringen har etableret et Lighedsnetværk med deltagelse af Region Hovedstaden, Hvidovre Hospital, Region Nordjylland og Sygehus Vendsyssel. De to regioner og sygehuse indgår sammen med Brøndby, Ishøj og Hjørring kommuner i netværket.

Netværket ser på patientens samlede forløb i sundhedssystemet - fra udredning til behandling og rehabilitering. Netværket skal på den måde være med til at afdække, hvor i systemet patienterne oplever ulighed, så vi kan sætte målet og effektivt ind.

Netværket arbejder særligt med kommunikationen i sundhedsvæsenet, brugen af støttepersoner og overgangene mellem hospitalerne, lægerne og kommunerne.





- Regeringen iværksætter en løbende monitorering af uligheden i sundhed, hvor resultaterne årligt vil blive afrapporteret.

Regeringen ønsker større opmærksomhed på, hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at sikre større lighed. Der er behov for en kulturforandring i sundhedsvæsenets møde med patienterne.

Regeringen vil derfor med inspiration fra Lighedsnetværket lancere et partnerskab med blandt andre patientforeninger og sundhedspersoner, der også kæmper for mindre ulighed i sundhed. Det skal bidrage til, at arbejdet for øget lighed vil nyde bred anerkendelse og opbakning i sundhedsvæsenet og på forebyggelsesområdet.

- Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. i perioden i 2014-2017 til en styrket indsats for lighed i sundhed.

#### Ligestilling af psykiatrien

Mange danskere bliver ramt af en psykisk sygdom. 10-20 procent af danskerne skønnes på et givet tidspunkt at lide af psykisk sygdom i varierende grad.

Det kan have alvorlige konsekvenser for ham eller hende, der bliver ramt, men også for familie og venner. Heldigvis er det muligt for langt de fleste at komme sig helt eller delvist efter selv alvorlige psykiske lidelser, hvis de får den rigtige behandling.

Regeringen vil skabe en mere moderne psykiatri og ligestille psykiatrien med resten af sundhedsområdet. Patienter med psykiske og fysiske sygdomme skal have tilsvarende rettigheder og den samme adgang til behandling af høj faglig kvalitet.

- Regeringen vil indføre en ny udrednings- og behandlingsret for psykiatriske patienter.

Psykiatrien har i alt for mange år haft mindre bevågenhed end andre sygdomsområder. Det har blandt andet haft konsekvenser for de psykiatriske patienters rettigheder og behandlingsmuligheder. Det skal ikke være den konkrete sygdom, der afgør, hvilke rettigheder patienten har. Det er på tide, at indsatsen for de psykiatriske patienter får den bevågenhed, den fortjener.

Regeringen har fra dag ét prioriteret psykiatrien højt og taget en række konkrete initiativer på psykiatriområdet.

For at skabe et solidt grundlag for at styrke den fremtidige indsats på psykiatriområdet har regeringen nedsat et udvalg, som skal komme med forslag til, hvordan indsatsen for mennesker med psykisk sygdom tilrettelægges og gennemføres bedst muligt. Udvalget kommer med sine anbefalinger medio 2013.

- Regeringen vil i efteråret 2013 – med udgangspunkt i Psykiatriudvalgets anbefalinger - fremlægge en samlet og langsigtet plan for udvikling og prioritering af indsatsen over for mennesker med psykisk sygdom.

Analyser af både den regionale psykiatri og den kommunale sociale indsats peger på, at der er store forskelle i tilrettelæggelsen af arbejdet og dermed et stort potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse, produktivitet og prioritering. De potentialer skal målrettet realiseres.

Regeringens plan for psykiatrien vil bane vejen til en målrettet realisering af de potentialer til gavn for patienter og pårørende. Det handler om at skabe grobund for at gøre en god psykiatri endnu bedre. Regeringens mål er, at ligestille psykiske sygdomme med de fysiske, så vi kan gøre livet lettere for de danskere, der har psykisk sygdom tæt inde på livet.

### Fakta om overdødelighed i psykiatrien

Patienter, der har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, lever i gennemsnit 15-20 år kortere end andre personer.

### Fakta om regeringens hidtidige initiativer på psykiatriområdet

#### Kapacitetsudbygning i psykiatrien.

Med økonomiaftalen for 2013 er der prioriteret 200 mio. kr. til at påbegynde en kapacitetsudbygning i psykiatrien med henblik på at forberede indførelse af en udrednings- og behandlingsret i psykiatrien.

#### Styrket indsats i psykiatrien.

Med satspuljen for 2012-2015 er der afsat 830 mio. kr. over 4 år til en styrket indsats i psykiatrien. Heraf er 530 mio. kr. afsat permanent. Blandt andet til flere sengepladser i psykiatrien, hurtigere hjælp til børn og unge med psykiske sygdomme, styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis samt udvidelse af målgruppen, der kan få tilskud til psykologbehandling.

#### Brugerstyrede senge i psykiatrien.

Med satspuljen for 2013-2016 er der afsat 107,3 mio. kr. til psykiatriområdet: Blandt andet til pilotprojekter om brugerstyrede senge i psykiatrien og styrkelse af unges mentale sundhed.

#### Fokus på dødsfald i psykiatrien.

Med finansloven for 2013 er der afsat 4 mio. kr. i 2013 til at undersøge pludselige og uventede dødsfald i psykiatrien.

## Fakta om psykiatriudvalgets fokusområder

Psykiatriudvalget skal blandt andet vurdere mulighederne for, at:

- Forebygge udvikling og forværring af psykiske sygdomme.
- Fremme recovery gennem for eksempel rådgivning, tidlig indsats og rehabilitering.
- Fremme kvalitet i behandlingen og indsatsen, herunder nedbringe behovet for brug af tvang.
- Aktivt at inddrage patient/borger- og pårørende.
- Sikre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen for personer med psykiske sygdomme.
- Optimere og tilpasse den samlede kapacitet i forhold til personer med psykiske sygdomme.
- Sikre en god styring og effektiv ressourceanvendelse på området.

## En tryk start på livet – bedre barselsomsorg

Nybagte familier udskrives i dag tidligere til eget hjem, end de gjorde for få år siden. For de fleste er det trygt for barn og forældre at komme hjem. Der er dog samtidig sket en stigning i antallet af nyfødte, der bliver genindlagt i de første par uger efter fødslen. Det skal der gøres noget ved.

- Regeringen vil afsætte 40 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at styrke svangre- og barselsomsorgen med særligt fokus på sårbare familier.

Derfor skal den kommunale sundhedsplejes indsats for at sikre barnets trivsel i de første dage efter fødslen forbedres.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nye retningslinjer for svangreomsorgen. Vi skal særligt være bedre til at opspore de sårbare nybagte forældre hurtigere og tilbyde dem støtte og vejledning. Det giver tryghed for den enkelte familie, når vi kan tilbyde omsorg og forebygge færre genindlæggelser.

## Fakta om svangreomsorg

9 pct. af nyfødte børn af forældre med grundskole som højest opnået uddannelsesniveau genindlægges inden for 28 dage efter fødslen. Kun 6 pct. af nyfødte børn af forældre med en lang uddannelse genindlægges inden for 28 dage efter fødslen.

### 3.

## En stærk rygrad i sundhedsvæsenet – styrket akutberedskab og kræftindsats

Regeringen vil styrke sundhedstilbuddene tæt på borgerne. Samtidig gennemgår sygehusene i disse år en stor og helt afgørende omlægning, der skal give det danske sundhedsvæsen en stærk rygrad, der kan håndtere, når borgerne bliver alvorligt syge og kommer akut til skade.

Som led i denne omlægning går vi fra en sygehusstruktur med omkring 40 skadestuer til en helt ny sygehusstruktur med 21 akutsygehuse og nye fælles akutmodtagelser. Det sker for at sikre, at alle borgere på tværs af landet kan tilbydes samme høje faglige kvalitet i behandlingen – alle døgnets 24 timer og alle ugens 7 dage.

Den nye sygehusstruktur understøttes af en historisk investering i nye sygehusbyggerier på mere end 40 mia. kr.

Den nye sygehusstruktur betyder også, at en del danskere får længere til nærmeste sygehus. Derfor vil regeringen styrke det akutte beredskab med en national lægehelikopterordning, så alle – uanset hvor i landet de bor – får en tilfredsstillende akutbehandling.

Med den nye sygehusstruktur, nye sygehusbyggerier, kræftplaner, en ny patientret om hurtig udredning m.v. er der taget en række initiativer til at løfte kvaliteten og patientsikkerheden i sygehusvæsenet. Sammen med kompetente medarbejdere og ledere udgør det en stærk rygrad i sundhedsvæsenet. Men der er behov for at hæve ambitionsniveauet yderligere.

**Borgere, der er alvorligt syge eller kommer akut til skade, har krav på en hurtig og kvalificeret indsats. Regeringen vil:**

- **Styrke de fælles akutmodtagelser.** Regeringen vil sikre, at bedste praksis udbredes på tværs af de nye fælles akutmodtagelser til gavn for patienter og pårørende.
- **Sikre danskerne den bedst mulige akutbehandling.** Regeringen vil etablere en national lægehelikopterordning med tre døgnbemandede lægehelikoptere og fordele en pulje på 50 mio. kr. til yderligere at styrke regionernes akutberedskab.
- **Styrke indsatsen for borgere med kræft med 174 mio. kr.** Regeringen vil:
  - Fortsætte processen om etablering af et nyt center for partikelterapi i Aarhus til kræftbehandling af særligt børn.
  - Forbedre rehabiliteringsindsatsen for kræftpatienter og indsatsen overfor multisyge.
  - Udvide HPV-vaccinationsprogrammet.
  - Sikre et øget fokus på resultater og bedre opfølgingsforløb.

## Hidtidig indsats

- **Ny sygehusstruktur og massive sygehusinvesteringer.** Frem mod 2020 vil der blive gennemført investeringer for mere end 40 mia. kr. i nye sygehuse. Regeringen og Danske Regioner har afsat en lånepulje på 1 mia. kr., der giver mulighed for en opgradering til de skrappeste energimæssige bygningskrav i forbindelse med de nye "supersygehuse". På den måde går opførelsen af de moderne sygehuse hånd i hånd med regeringens grønne klimapolitik.
- **Visiteret adgang til akutmodtagelser.** Regeringen og Danske Regioner er enige om frem mod foråret 2014 gradvist at indføre visiteret adgang til landets akutmodtagelser. Det vil bidrage til at sikre patienten det rette behandlingstilbud og en mere effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.
- **Ret til hurtig udredning.** Regeringen indfører med virkning fra september 2013 en ny udredningsret, som giver patienterne ret til udredning i sygehusvæsenet inden for 30 dage. Det skal sikre patienterne hurtigere udredning, så den rette behandling kan blive igangsat - og vil særligt komme sårbare patienter til gode, der ikke har stærke ressourcer og netværk at trække på.
- **Differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg.** Regeringen har differentieret retten til udvidet frit sygehusvalg, så patienter med mindre alvorlig sygdom kan vente op til 60 dage, mens patienter med alvorlig sygdom kan vente op til 30 dage, hvilket vil skabe bedre rum til at prioritere de mest syge patienter først.

## Nye initiativer

### Styrkelse af de fælles akutmodtagelser

Som led i den nye sygehusstruktur etablerer regionerne i disse år nye fælles akutmodtagelser, som skal modtage de akutte patienter på sygehusene. For patienterne betyder det en ny organisation, hvor speciallægen er med i front. Og hvor patienter i alle dele af landet døgnet rundt vil blive tilbudt samme høje niveau af behandling. Det skaber lighed og tryghed for borgerne, når for eksempel den erfarne speciallæge i samarbejde med dygtige kolleger tager sig af patienten.

- Regeringen vil tage initiativ til en faglig gennemgang af regionernes arbejde med at etablere fælles akutmodtagelser. Og på den baggrund komme med en række anbefalinger, der skal sikre, at bedste praksis udbredes på tværs af de nye fælles akutmodtagelser til gavn for både patienter og personale.

De fælles akutmodtagelser er et helt centralt omdrejningspunkt for fremtidens sundhedsvæsen. Det gælder både for hverdagen på sygehusene og den samlede investering

i nye sygehusbyggerier på mere end 40 mia. kr. Men også for sygehusenes samarbejde med kommuner og praktiserende læger.

De første erfaringer viser imidlertid, at de fælles akutmodtagelser etableres i forskelligt tempo og med meget forskellige organisatoriske tilgange i de fem regioner. For at patienterne skal få det fulde udbytte af de nye fælles akutmodtagelser er det vigtigt, at de bedste løsninger og bedste praksis bliver delt og udbredt på tværs af regionerne i landet.

### Forbedret akutberedskab

#### – national lægehelikopterordning og akutpulje

Regeringen vil sikre danskerne den bedst mulige akutbehandling. Som borger skal man - uanset hvor i landet man bor - føle sig sikker på at kunne få hjælp i tide i tilfælde af akut sygdom eller en ulykke. Derfor styrker regeringen det præhospitale akutberedskab.

- Der etableres en national lægehelikopterordning med tre døgnbemandede lægehelikoptere, som får base i Skive, Billund og Ringsted.

En national helikopterordning vil betyde, at alvorligt syge og svært tilskadekomne patienter hurtigt kan få den rigtige hjælp og blive transporteret til det specialiserede sygehus, hvor de kan få den behandling, de har brug for. Særligt for borgere i landets yderområder vil en helikopterordning skabe yderligere tryghed.

Regeringen har afsat 41,4 mio. kr. i 2013 og 126,7 mio. kr. fra 2014 til en national lægehelikopterordning.

Der er dog fortsat områder i landet, hvor der efter regional vurdering kan være grundlag for at styrke akutindsatsen.

- Regeringen vil i foråret 2013 udmønte en pulje på 50 mio. kr. til yderligere at styrke regionernes akutberedskab.

Midlerne kan blandt andet bruges til akutbiler og akutlægebiler i de områder af landet, hvor lægehelikopteren kan være længere tid om at nå frem.

### Styrket indsats for borgere med kræft

Hver tredje dansker får kræft i løbet af sit liv. Det er årsag til utryghed og sorg i mange familier. Indsatsen på kræftområdet er derfor helt central i det danske sundhedsvæsen. Målet er at få flere kræftramte danskere tilbage til en rask og normal hverdag.

Der sker en række markante forbedringer på kræftområdet i disse år. Men der er behov for et endnu højere ambitionsniveau, hvor vi skal have mere ud af midlerne.

### Fakta om kræft

225.000 danskere lever i dag med en kræftsygdom. Det er 65.000 flere end for 10 år siden. Det skyldes blandt andet, at flere overlever deres kræftsygdom. Blandt dem, der får konstateret en kræftsygdom, er 51 pct. af mændene og 56 pct. af kvinderne i live 5 år efter.

Regeringen vil sætte særlig fokus på børnekræft, rehabilitering, forebyggelse og lighed.

Vi vil styrke behandlingen af kræftramte børn og andre sårbare grupper. Partikelterapi er en lovende behandlingsform, som særligt er relevant for børn og andre sårbare grupper, da den er mere skånsom og giver mindre risiko for alvorlige bivirkninger end almindelig strålebehandling.

- Regeringen har igangsat en proces om etablering af et dansk center for partikelterapi i Aarhus, der særligt vil gavne behandlingen af børn.

Regeringen vil endvidere styrke rehabiliteringen af kræftpatienter. Flere og flere overlever heldigvis det at få en kræftsygdom. 225.000 danskere lever i dag med en kræftsygdom, og langt de fleste har været igennem et krævende behandlingsforløb. Den styrkede rehabiliteringsindsats vil have fokus på at sikre, at den store gruppe af danskere, der oplever at få en kræftdiagnose, hjælpes tilbage til at meningsfuldt liv hos familie og venner.

### Styrket rehabilitering af kræftpatienter

“Jens” på 54 år har været igennem et krævende og omfattende behandlingsforløb for tarmkræft med operation og kemoterapi. “Jens” skal fremover få bedre mulighed for at vende tilbage til sit gamle liv sammen familie, venner og kollegaer. Den kommunale rehabiliteringsindsats skal fremover blandt andet hjælpe “Jens” med at håndtere et liv med stomi.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

Mange kræftpatienter har også andre kroniske sygdomme, som for eksempel KOL (kronisk lungesygdom) eller diabetes. Det påvirker patientens gavn af behandlingen og stiller særlige krav til indsatsen over for disse patienter. Derfor vil regeringen gøre noget særligt for de såkaldte multisyge.

- Regeringen vil afsætte 154 mio. kr. i perioden 2014-2017 til en styrket rehabilitering af kræftpatienter og til en indsats over for multisyge.



Regeringen vil forebygge kræft, der hvor vi kan. Derfor vil regeringen i et midlertidigt program tilbyde vaccination mod livmoderhalskræft – den såkaldte HPV-vaccination – til de piger, der er født i årene 1993-98, og som ikke tidligere har taget imod tilbud om HPV-vaccination. Og vi vil permanent hæve aldersgrænsen for gratis HPV-vaccination for piger fra 15 til 18 år.

- Regeringen vil udvide HPV-vaccinationsprogrammet og afsætter 14 mio. kr. i 2014 og 2 mio. kr. årligt fra 2015 og frem hertil.

Der er tilført mange ekstra ressourcer til kræftområdet de seneste år. Det har været nødvendigt blandt andet for sikre hurtige og mere sammenhængende behandlingsforløb for kræftpatienter.

Der er nu behov for mere aktivt at følge op på resultaterne af kræftbehandlingen, så vi kan sætte ind der, hvor der er behov. Vi skal sikre, at de store investeringer i kræftområ-

det reelt fører til kortere og bedre forløb for patienterne og ikke mindst til, at flere overlever en kræftsygdom.

Og vi skal samtidig sikre, at der sker en effektiv anvendelse af personale- og kapacitetsmæssige ressourcer.

- Regeringen gennemfører sammen med Danske Regioner et fortsat arbejde med at skabe gode kontrolforløb for kræftpatienter med henblik på at sikre fokuserede, fagligt velbegrundede og individuelt tilpassede opfølgingsforløb.

## 4.

# Bedre kvalitet og fokus på resultater

Dårlig kvalitet koster. For den enkelte borger, som må døje med komplikationer, skader, genindlæggelse eller indgreb, der ikke er nødvendige. Og for samfundet, som betaler for aktiviteter i sundhedsvæsenet, som ikke skaber sundhed.

I de seneste ti år har styringen af sundhedsvæsenet fokuseret for ensidigt på mere behandling frem for bedre behandling. Vi skal ikke alene fokusere på, hvor mange borgere, der bliver behandlet, men også i højere grad på, om borgerne modtager den rette behandling.

Regeringen vil forbedre kvaliteten. Der skal være fokus på kvalitet og patientens sikkerhed i hele patientforløbet – både på sygehusene, i de kommunale sundhedsydelser og hos den praktiserende læge.

Regeringens mål er:

- At alle borgere modtager ensartet vidensbaseret behandling i hele deres behandlingsforløb – uanset om det foregår på sygehuset, hos den praktiserende læge eller i et kommunalt sundhedstilbud.
- At alle borgere inddrages og er med til at træffe beslutninger om egen behandling og forløb.
- At den enkelte borger får den rette behandling i rette tid.
- At borgerne får mere ambulante behandling, kortere indlæggelser og færre genindlæggelser.

Regeringen vil styrke fokus på sundhedsvæsenets resultater og på at levere den rette aktivitet. Åbenhed om resultater og kvalitet skal være en integreret del af styrings- og ledelsesdagsordenen i hele sundhedsvæsenet.

Samtidig skal den regionale og kommunale styring forbedres, så der kommer bedre indsigt i, hvad der leveres af resultater på de konkrete områder. Dette skal også gælde for almen praksis.

### Borgerne har krav på god og effektiv behandling. Regeringen vil:

- **Sikre en styrket inddragelse af patienter og pårørende.** Regeringen vil indgå partnerskaber med patientforeninger og afsætte 20 mio. kr. til en strategi for inddragelse af patienter og pårørende.
- **Styrke indsatsen for borgere med behov for genoptræning.** Regeringen vil følge op på anbefalingerne fra evalueringen af kommunalreformen om at styrke genoptræningsindsatsen for personer med omfattende og komplekse genoptræningsbehov.
- **Styrke fokus på kvalitet og resultater.** Regeringen vil med afsæt i afrapporteringen fra udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet fremlægge en synlighedsreform, der skal understøtte det kliniske arbejde og bidrage til at skabe øget synlighed om de gode resultater, fremdrift og bedste praksis i sundhedsvæsenet. Der afsættes 32 mio. kr. til at skabe styrket synlighed om kvalitet og resultater.
- **Løfte kvaliteten og kompetencerne i den kommunale indsats.** Kommunerne skal styrke kompetencerne hos frontpersonalet, og der skal sikres større ensartethed i de kommunale sundhedstilbud. Regeringen afsætter 20 mio. kr. til at styrke patientsikkerhedsindsatsen i kommunerne.
- **Videreudvikle kvaliteten i sygehusvæsenet.** Regeringen vil løfte kvaliteten i sygehusvæsenet blandt andet ved:
  - at kulegrave fejl og skader med henblik på systematisk forebyggende indsats.
  - at afsætte 20 mio. kr. til at forebygge sygehus erhvervede infektioner.



## Hidtidig indsats

- **Styrket fokus på kvalitet.** Regeringen og Danske Regioner har med aftalen om regionernes økonomi for 2013 aftalt at reducere sygehusdødeligheden med 10 pct. over tre år og reducere antallet af skader på patienter med 20 pct. over tre år
- **Kliniske retningslinjer.** Der er afsat 80 mio. kr. i perioden 2012-2015 til at udarbejde nationale kliniske retningslinjer, der skal sikre samme høje, ensartede kvalitet på tværs af landet og på tværs af sektorer.
- **Bedre patientsikkerhed.** Regeringen har gennemført en patientsikkerhedspakke, der har til formål at beskytte patienterne blandt andet mod farligt medicinsk udstyr og lægemidler. Pakken stiller desuden kvalitetskrav til sundhedspersonalet og sikrer bedre oplysning til patienterne.
- **Samling af de nationale sundhedsregistre og sundhedsdokumentation ét sted.** I foråret 2012 blev de nationale sundhedsregistre og den nationale sundhedsdokumentation samlet på Statens Serum Institut. Samlingen af de nationale registre og databaser er et vigtigt grundlag for at styrke den vidensbaserede kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.

## Nye initiativer

### Synlighedsreform - fokus på resultater

Patienterne skal modtage behandling af høj faglig kvalitet baseret på, hvad der virker – og der skal ikke være forskelle i kvaliteten på tværs af landet.

Derfor skal alle sektorer i sundhedsvæsenet udbrede sin viden og de gode resultater.

Åbenhed om resultater og kvalitet skal være en integreret del af styrings- og ledelsesdagsordenen i sundhedsvæsenet. Synlighed om resultaterne skal sikre et målrettet fokus på, hvad der virker, og dermed sikre sundhedspersonalet mere tid med patienterne.

### Fakta om fokus på resultater

Sygehus Thy-Mors fremstiller ugentligt lommekort med data for eksempelvis antal hjertestopkald og dage siden sidste tryksår. Lommekortene skærper fokus blandt frontpersonalet og holder sygehusledelsen opdateret om sygehusets seneste resultater.

Som borger og som patient skal man have sikkerhed for, at alle bruger de rigtige behandlingsmetoder, og at der bliver fulgt op, hvis der er fejl eller problemer.

Gennemsigtighed om resultater og systematisk sammenligning af eksempelvis de enkelte sygehuses og praktiserende lægers resultater er centralt for at udbrede bedste praksis, vurdere fremdrift og for at opnå mere sundhed for pengene. Dem, der klarer sig mindre godt, skal vide, hvem de med fordel kan tage ved lære af for også at opnå de gode resultater.

- Regeringen vil afsætte 32 mio. kr. til en synlighedsreform. Der skal være synlighed om de gode resultater og bedste praksis skal udbredes til gavn for patienter i hele landet.

Synlighedsreformen skal understøtte det faglige kliniske arbejde og bidrage til, at patienterne modtager hurtig udredning, behandling og pleje af ensartet høj faglig kvalitet. Og understøtte at der opnås mest mulig sundhed for pengene. Konkret betyder det, at vi skal udnytte de data vi har langt bedre. Det skal ikke føre til mere bureaukrati og dokumentation. Det skal føre til bedre behandling og en mere målrettet anvendelse af personalets tid.

Regeringen vil drøfte med Danske Regioner og KL, hvordan kvaliteten i sundhedsvæsenet kan udvikles yderligere.

#### **Aktiv inddragelse af patienter og pårørende**

Aktiv inddragelse af patienter har en positiv virkning på både resultatet af behandlingen og på patienternes tilfredshed.

Regeringen vil derfor styrke inddragelsen af patienter og pårørende i det danske sundhedsvæsen.

- Regeringen vil indgå partnerskaber med blandt andet de danske patientforeninger om det videre arbejde med at styrke patienters og pårørendes inddragelse i sundhedsvæsenet.
- Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 til en strategi for styrket inddragelse af patienter og pårørende.

Vi skal sikre, at indsatsen i sundhedsvæsenet tilrettelægges og udføres med borgeren og de pårørende - og ikke kun for borgeren. Det gælder både den enkelte patients mulighed for at få indflydelse på eget forløb: At borgeren med afsæt i egne ressourcer aktivt involveres og får den ønskede indflydelse på beslutninger om udredning, behandling og egenomsorg. Og det gælder borgernes generelle mulighed for at få indflydelse på organisering og udvikling af sundhedsvæsenet via aktiv brugerinddragelse.

Erfaringer fra andre lande viser også meget positive resultater med fælles beslutningstagning i form af større tilfredshed hos patienterne og en mere målrettet og effektiv ressourceanvendelse.

Patientuddannelse – for eksempel i forhold til personer med kronisk sygdom – er et andet godt eksempel på at involvere borgeren i egen sygdomsbehandling.

Patienter og pårørende spiller desuden en central rolle i prioriteringsdebatten. Patienterne skal inddrages i alle beslutninger om deres behandlingsforløb og informeres om fordele og ulemper ved den enkelte procedure. På den måde bliver patienten en vigtig ressource i forhold til at prioritere, hvilke indsatser der skal og ikke skal indgå i behandlingsforløbet.

### **Fakta om fælles beslutningstagning**

“Fælles beslutningstagning” indebærer, at lægen formidler medicinsk viden til patienten, og at patienters perspektiver, præferencer og rettigheder inddrages i den kliniske samtale. Fælles beslutningstagning lægger således op til, at patienter får øget indflydelse på og deltagelse i de behandlingsmæssige beslutninger. Behandler og patient skal gennem dialog finde frem til, hvilken behandling der er bedst, og hvilken behandling der skal gennemføres.

#### **Styrket genoptræning - fokus på hjerneskadede**

Evalueringen af kommunalreformen viser, at der er behov for at styrke genoptræningsindsatsen.

Hvis man som borger modtager et godt genoptræningsforløb, har man større sandsynlighed for at bevare sin funktionsevne og kan hurtigere vende tilbage til sin normale hverdag.

- Regeringen vil sammen med KL og Danske Regioner følge op på anbefalingerne fra evalueringen af kommunalreformen om at styrke genoptræningsindsatsen for personer med omfattende og komplekse genoptræningsbehov, for eksempel patienter med hjerneskade.

Regeringens mål er, at alle patienter, der bliver udskrevet fra sygehus med behov for genoptræning, får den nødvendige og rettidige indsats. Det stiller krav til bedre sammenhæng i indsatsen mellem regioner og kommuner. Kommunikation mellem sygehus og kommune skal forbedres, blandt andet gennem genoptræningsplanen, så kommunerne får et bedre billede af hver enkelt borgers behov for genoptræning. Regeringen vil derfor styrke sygehusenes kompetencer til at beskrive genoptræningsbehovet for den gruppe af patienter, som har omfattende og komplekse genoptræningsbehov.

Regeringen ønsker at sikre, at de rigtige kompetencer og den rette viden er til stede, både når genoptræningsplanen udarbejdes på sygehusene, når visitationen foretages og i selve genoptræningsindsatsen.

En mere sammenhængende indsats vil især komme borgere med et mere komplekst behov for genoptræning til gavn. For eksempel hjerneskadede, hvor den fysiske genoptræning kun er ét element ud af flere i en bred rehabiliterende indsats på tværs af sektorer og fagligheder.

#### Fokus på kvaliteten i de kommunale sundhedsydelser

Mange borgere er jævnligt i kontakt med det kommunale sundhedsvæsen, for eksempel hjemmesygeplejen. Det er afgørende, at de kommunale sundhedstilbud er af høj faglig kvalitet og hænger sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

- Regeringen vil i samarbejde med kommunerne identificere konkrete mål for kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats. Det skal sikre et styrket fokus på kvalitet i løsningen af de kommunale sundhedsopgaver.
- Regeringen vil udarbejde faglige anbefalinger for patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing med henblik på at styrke og målrette forebyggelsesindsatsen, herunder særligt vedrørende personer med kronisk sygdom.

#### Fakta om genindlæggelser

Når en ældre borger over 65 år indlægges med KOL, fører det i 30 pct. af tilfældene til en genindlæggelse. Men der er stor forskel i risikoen på tværs af landet. I 14 kommuner er andelen, der genindlægges under 20 pct., mens den er over 40 pct. i 6 kommuner.

Et vigtigt element i at opnå bedre kvalitet i de kommunale sundhedsydelser er, at kommunerne dokumenterer og registrerer deres indsatser systematisk, og at der opstilles mål for den kommunale sundhedsindsats.

Som led i projektet Patientsikker Kommune gennemfører fem kommuner på forsøgsbasis en række initiativer for at styrke patientsikkerheden med fokus på blandt andet tryksår, fejlmedicinering, fald mv.

- Regeringen vil løbende følge op på erfaringerne fra Patientsikker Kommune og sikre, at bedste praksis udbredes på landsplan. Regeringen afsætter 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 til at styrke patientsikkerhedsindsatsen i kommunerne.

#### Fakta om Patientsikker Kommune

I samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed skal 5 kommuner i årene 2013-2016 udvikle og afprøve forskellige initiativer, der fokuserer på at nedbringe antallet af fejlmedicineringer, fald og tryksår i den kommunale sundhedsindsats.

Regeringens forebyggelsesudvalg konkluderer, at der er et uudnyttet potentiale for at styrke og effektivisere sundhedsindsatsen i kommunerne. Det indebærer blandt andet fokus på kompetencer hos det kommunale frontpersonale med særlig fokus på tidlig opsporing af funktionsnedsættelse, sygdom og medicinbehandling. Der er i særlig grad behov for, at kommunerne prioriterer en styrket hjemmesygepleje via øget kapacitet og kompetenceløft.

Der er med aftalen om kommunernes økonomi for 2013 afsat 300 mio. kr. årligt til kommunernes forebyggelsesindsats.

Der er også behov for at sikre mere ensartethed i de kommunale sundhedstilbud. Derfor bør kommunerne med inddragelse af sygehuse og de praktiserende læger udvikle et fælles grundindhold i de kommunale akut- og aflastningspladser, så det sikres, at indsatsen er baseret på den bedste viden på området.

For mange borgere oplever i dag fejl og problemer i forbindelse med håndtering af medicin. Medicinbehandling på kommunale plejecentre og bosteder er en sygeplejefaglig indsats, der kræver særlige kompetencer hos personalet. For at højne kvaliteten og styrke sikkerheden for borgeren skal kommunerne sikre de rette kompetencer og procedurer i forbindelse med medicinbehandling hos borgerne.

### Styrket kvalitet i den kommunale sundhedsindsats

“Emma” på 86 år får dagligt besøg af den kommunale hjemmesygepleje og har flere gange været indlagt med væskemangel og blærebetændelse. “Emma” skal fremover få bedre mulighed for at få den fornødne hjælp så tæt på eget hjem som fagligt muligt og undgå en unødigt og anstrengende indlæggelse på sygehuset. Kompetencerne hos det kommunale frontpersonale skal prioriteres, så de bliver bedre til at opspore og reagere på ændringerne i borgerens tilstand, og et bedre samarbejde med de praktiserende læger og sygehuset skal sikre, at behandling kan tilbydes tæt på borgerens hverdag.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

Med aftalen fra december 2012 mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danmarks Apotekerforening er afsat 10 mio. kr. til et kompetenceløft i medicinbehandling for personale på landets bosteder.

Regeringen vil som led i økonomiforhandlingerne for 2014 med KL blandt andet drøfte kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats.

#### Fortsat forbedring af kvaliteten i sygehusvæsenet

Den Danske Kvalitetsmodel udgør en overordnet ramme for de nationale og regionale indsats på kvalitetsområdet. Herudover har regeringen nedsat en ekspertgruppe, som skal kulegrave de fejl, som i dag udløser erstatninger til skadesramte patienter på blandt andet kræftområdet.

Viden om, hvor og hvordan fejlene sker, skal i endnu højere grad udnyttes og omsættes til konkrete tiltag, der kan forbedre kvaliteten og sikkerheden for patienterne.

Multiresistente bakterier – dvs. bakterier der ikke kan bekæmpes med almindelig antibiotika – udgør et stigende problem og kan være et alvorligt problem for den enkelte patient. Regeringen vil derfor styrke indsatsen på området.



- Regeringen vil styrke indsatsen for at forebygge sygehusserhvervede infektioner og dermed søge at nedbringe antallet af patienter, som smittes med infektioner under indlæggelse på et sygehus. Regeringen vil afsætte 20 mio. kr. i perioden 2014-2017 til forebyggelse af sygehusserhvervede infektioner.

## 5. Et moderne og effektivt sundhedsvæsen

Udfordringerne for den offentlige økonomi stiller krav om fortsat modernisering af den offentlige sektor med et forstærket fokus på at levere service og skabe velfærd inden for snævre økonomiske rammer. Det gælder også i sundhedssektoren.

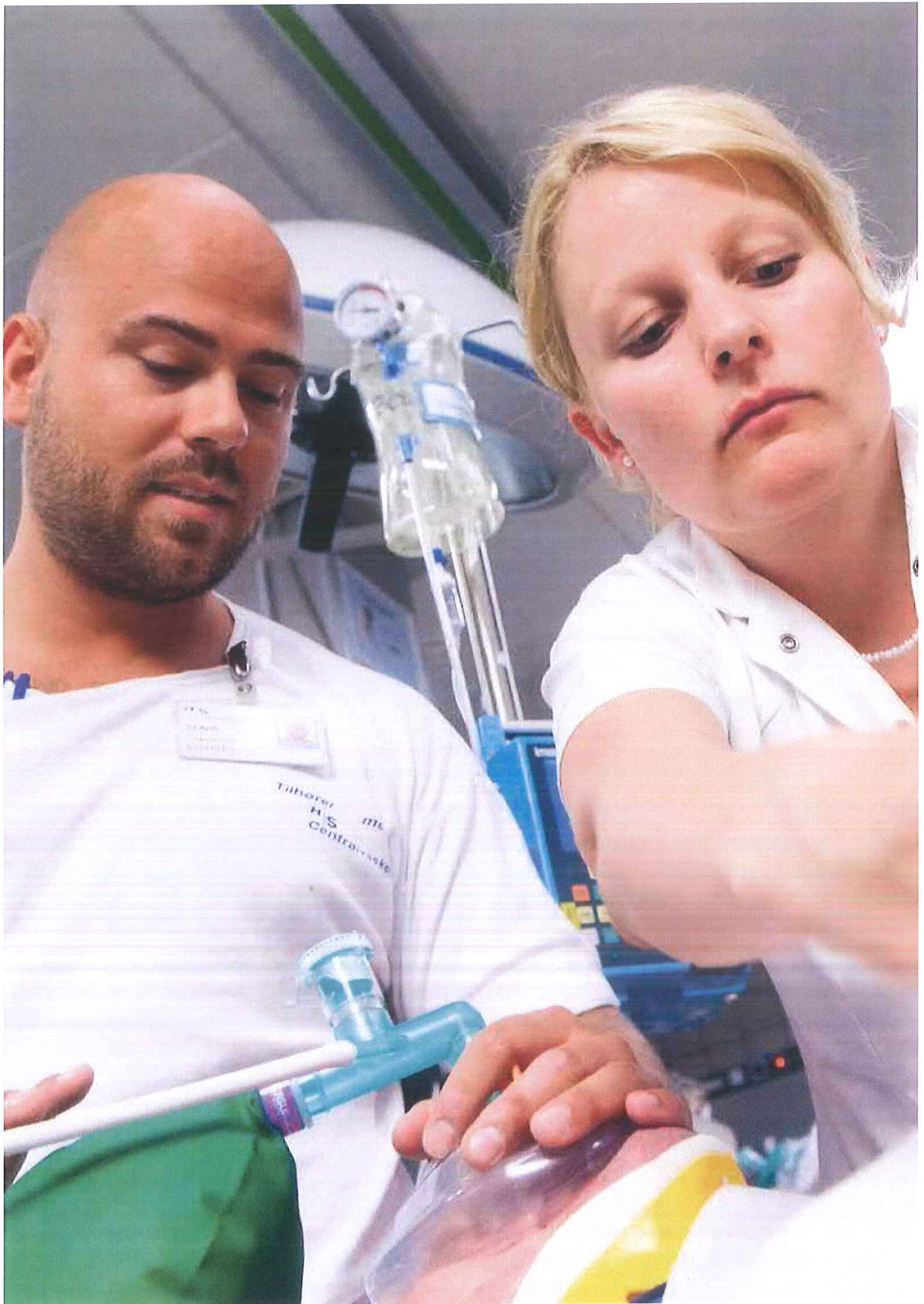
Det indebærer, at ressourcerne anvendes på den bedst mulige måde, så der opnås mest mulig sundhed for pengene.

Og stiller krav om kloge og effektive løsninger. Det er en forudsætning for, at vi kan bevare et stærkt fælles sundhedsvæsen.

Regeringen har allerede gennemført en række tiltag, der bidrager til en klogere og mere målrettet anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Og vi skal videre ad den vej.

### **Borgerne skal også i fremtiden have adgang til et stærkt fælles sundhedsvæsen. Regeringen vil:**

- **Fortsætte med at prioritere.** Regeringen vil gennemføre en målrettet prioritering for at finansiere udspillet nye initiativer på 150 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017, herunder udarbejde retningslinjer på tandområdet med henblik på at målrette tilbuddene.
- **Forbedre incitamenterne.** Regeringen vil på baggrund af arbejdet i udvalget for bedre incitament på sundhedsområdet forbedre incitamentsstrukturen. Incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet skal i højere grad understøtte fokus på kvalitet og sammenhængende patientforløb, samtidig med at der fastholdes et fokus på produktivitet og omkostninger.
- **En mere effektiv ressourceanvendelse.** Regeringen vil sikre en målrettet realisering af gevinsterne ved en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne.
- **En effektiv kommunal forebyggelse.** Den kommunale patientrettede forebyggelsesindsats skal styrkes og effektiviseres.
- **Forbedre udnyttelsen af telemedicin, sundheds-it og digitalisering.** Regeringen vil præsentere en ny digitaliseringsstrategi, der skal understøtte en bedre udnyttelse af sundheds-it og telemedicin på tværs af sundhedsvæsenet.
- **Afskaffe unødvendige regler og krav.** Dokumentationskrav og regler, der ikke tjener noget fornuftigt formål, skal afskaffes.
- **Vækst og sundhed.** Regeringen fremlægger i foråret 2013 en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.



## Hidtidig indsats

- **Differentieret behandlingsgaranti.** Regeringen har gennemført en differentieret behandlingsgaranti, der med fagligheden i hånden sikrer et større planlægningsrum på sygehuse.
- **Ændringer af tilskud til høreapparater.** Regeringen har gennemført en række tiltag på høreapparatområdet for at sikre en bedre organisering, bedre kvalitet, øget gennemsigtighed og bedre udgiftskontrol i høreapparatbehandlingen.
- **Målrettet tilskud til tandrens.** Regeringen har med finansloven for 2013 målrettet tilskud til tandrensning for voksne, så tilskuddet i højere grad ydes ud fra et sundhedsfagligt vurderet behov.
- **Lægemedelprisaftale.** Regeringen indgik i december 2011 en treårig aftale med Lægemedelindustriforeningen om loft over medicinpriserne. Det betyder billigere sygehusmedicin, og bedre muligheder for spredning af nye forbedrede behandlingsmuligheder på lægemiddelområdet.

## Nye initiativer

### Bedre incitamenter

I lyset af de kommende års udfordringer for dansk økonomi er det centralt, at den fremadrettede styring på sundhedsområdet sikrer en afdæmpet aktivitetsvækst på sygehusene samtidig med en fortsat øget produktivitet og ressourceudnyttelse i hele sektoren.

I de seneste ti år har styringen af sundhedsvæsenet fokuseret for ensidigt på mere behandling frem for bedre behandling. Derfor nedsatte regeringen i foråret 2012 et udvalg for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

- Regeringen vil på baggrund af afrapporteringen i foråret 2013 fra udvalget for bedre incitamenter forbedre incitamentsstrukturen på sundhedsområdet.

Økonomiske incitamenter kan ikke stå alene. Incitamenter skal ses i sammenhæng med øvrige styringstiltag og den generelle ledelsesopgave i regioner og kommuner. Den fremadrettede styring på sundhedsområdet skal derfor baseres på en flerstrengt indsats.

De første skridt er allerede taget. Folketinget har indført en budgetlov, der skal sikre overholdelse af de overordnede økonomiske rammer i kommuner og regioner.

Samtidig er der givet bedre styringsmuligheder i sundhedsvæsenet, blandt andet gennem en differentieret behandlingsgaranti og prioritering på medicinområdet. Utilsigtede skred i patientbehandlingen er også adresseret gennem visitationsretningslinjer og effektive behandlingsforløb gennem nationale kliniske retningslinjer.

Derudover er der behov for en ændring i incitamenterne på sundhedsområdet.

De seneste års styring af sundhedsvæsenet har skabt øget produktivitet og en væsentligt øget behandlingskapacitet. Det fokus på produktivitet og omkostninger skal fastholdes i den statslige styring.

Men regeringen vil derudover øge fokus på kvalitet og sammenhæng i behandlingen. Det kræver ændringer af den nuværende incitamentsstruktur.

Regeringen vil løfte behandlingen af borgere med kronisk sygdom. Borgere med kronisk sygdom skal i mindst muligt omfang besværes med at skulle på sygehuset.

Derfor vil regeringen igangsætte en målrettet, flerårig indsats for i højere grad at flytte ressourcer og behandling

af særligt personer med kronisk sygdom væk fra de specialiserede sygehuse til blandt andet udgående behandling i hjemmet og telemedicinske løsninger.

I den fremadrettede udvikling skal fokus endvidere flyttes fra at honorere den enkelte kontakt til i højere grad at fokusere på patienternes samlede behandlingsforløb. Det fremgår også af evalueringen af kommunalreformen.

Ændringerne i incitamentsstrukturen skal medvirke til korte og effektive behandlingsforløb. Ændringerne skal understøtte et fortsat stærkt fokus på produktivitet.

Sideløbende vil regeringen også lægge op til en forstærket regional styring på sygehusområdet. Eksterne analyser af sygehusenes økonomistyring og kapacitetsudnyttelse viser, at der er grundlag for en forbedret regional styring, og at ressourcerne på sygehuse kan udnyttes bedre. Det skal sikre større ledelsesindsigt i aktiviteter, omkostninger og ressourceudnyttelse, samt styrke prioriteringen i forhold til den behandling, der leveres.

- Regeringen vil i samarbejde med Danske Regioner tage initiativ til en forbedret regional styring.

#### Større effektivitet i sundhedsvæsenet

En effektiv anvendelse af ressourcerne er afgørende for at udnytte de samlede midler på sundhedsområdet bedst muligt. Ressourcerne skal anvendes der, hvor de gør størst gavn.

En bedre anvendelse af ressourcerne vil skabe mulighed for at prioritere bedre og hurtigere behandling.

- Regeringen vil sikre en målrettet realisering af gevinsterne ved en mere effektiv ressourceanvendelse på sundhedsområdet.

Regeringens forebyggelsesudvalg peger også på, at der er et potentiale for en mere effektiv patientrettet forebyggelse. Analyserne viser blandt andet, at borgerne genindlægges i forskelligt omfang på tværs af kommunerne.

Det tyder på et potentiale for at nedbringe antallet af genindlæggelser. Kommunerne og regionerne kan således gennem en mere målrettet og fælles indsats, særligt over for ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom, anvende ressourcerne mere effektivt.

### Fakta om kapacitetsanalyser af sundhedsområdet

Analyser viser at der er et stort potentiale for en mere effektiv anvendelse af ressourcerne på både det psykiatriske og det somatiske område.

- På det somatiske område peger en analyse af to planlagte behandlingsområder på potentiale for en bedre kapacitetsudnyttelse blandt andet ved bedre arbejdstilrettelæggelse og styring på mellem 10-22 pct.
- På det psykiatriske område peger en analyse af den regionale kapacitet på store forskelle i tilgangen og betydelige potentialer for en øget produktivitet.
- En analyse af den kommunale socialpsykiatriske indsats peger tilsvarende på forskelle i tilgangen og et betydeligt potentiale i form af uforklaret udgiftsvariation mellem kommuner.
- På det medicinske område peger en analyse af sengekapaciteten på potentiale for at forbedre udnyttelsen af de medicinske sengepladser.

### Fakta om medicinske afdelinger

Mere end 1/3 af de medicinske afdelinger har igennem de seneste år afdækket om, det er de rigtige patienter, der ligger i sengene. Ifølge analyserne burde i gennemsnit hver 5. patient på en medicinsk afdeling have været behandlet ambulant, i hjemmet eller i et kommunalt behandlingstilbud.



### Ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet

Der er behov for en gennemgribende digitalisering af sundhedsvæsenet, hvor alle arbejdsgange understøttes digitalt, hvor opdaterede patientoplysninger deles mellem alle relevante parter, og hvor it-systemerne understøtter bedre ressourceudnyttelse og effektive patientforløb, både internt på sygehusene og i sygehusets samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Evalueringen af kommunalreformen på sundhedsområdet har vist, at der er behov for, at regionerne sætter mere fart på arbejdet med at konsolidere, etablere og ibrugtage fælles kliniske it-arbejdspladser, og sikre systematisk opfølgning på, at manuelle (papirbaserede) arbejdsgange udfases.

Samtidig skal gennemsigtheden i sundheds-it udviklingen i Danmark øges, blandt andet i beslutningsgrundlag og projekternes fremdrift og status.

- Regeringen lancerer i 2013 i samarbejde med KL og Danske Regioner en samlet strategi for digital velfærd.
- Som led heri vil regeringen præsentere en ny samlet digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet.
- Som led i arbejdet med en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet vil regeringen sammen med regioner og kommuner sætte ambitiøse mål for det fortsatte arbejde med at it-understøtte arbejdsgange og samlede patientforløb i sundhedsvæsenet og skabe gennemsigthed om mål og resultater.

Der sker i dag for mange fejl i forbindelse med medicinbehandling. For eksempel ved at sygehuset ikke får orienteret hjemmesygeplejen om ændringer i patientens medicin, når patienten udskrives fra sygehuset.

Det Fælles Medicinkort er et centralt redskab til at sikre en bedre medicinbehandling på tværs af sundhedsvæsenet. Med udrulningen af Det Fælles Medicinkort vil både borgeren selv, praktiserende læger, vagtlæger, sygehusafdelinger, tandlæger og andre relevante sundhedspersoner have adgang til opdaterede medicinoplysninger om den enkelte patient.

### Fakta om indsatsområder i digitaliseringsstrategien for sundhedsvæsenet

- Øge borgerens medvirken i egen sygdom og behandling.
- Bedre it-understøttelse af sammenhæng i patientforløb.
- Fuld digitalisering af arbejdsgangene og indhøstning af gevinster.
- Bedre brug af data i sundhedsvæsenet til øget kvalitet i behandlingen.
- Samarbejde, koordinering og gennemsigthed i indsatsen.

### Styrket it-understøttelse af samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger

“Anna” på 72 år, som er blevet opereret for en brækket hofte, skal fremover opleve et bedre forløb, når hun udskrives fra sygehuset. Hun skal opleve, at hendes hjemkommune står klar med de nødvendige hjælpemidler og har sikret, at der er bestilt tid til genoptræning i det lokale genoptræningscenter. Og når “Anna” møder op første gang på genoptræningscenteret, skal fysioterapeuten have modtaget de nødvendige oplysninger fra sygehuset om hendes genoptræningsbehov.

*Dette personeksempel er fiktivt.*

Regioner og praktiserende læger har forpligtet sig til at have systemet taget fuldt i brug inden udgangen af 2013.

Nu styrkes indsatsen for at få Det Fælles Medicinkort udbredt i den kommunale hjemmepleje. Kommunerne har samtidig forpligtet sig på at tage systemet i brug.

- Som led i arbejdet med en ny digitaliseringsstrategi for sundhedsvæsenet vil regeringen i samarbejde med KL sætte milepæle for den kommunale udbredelse af Fælles Medicinkort, så systemet er udbredt i alle kommuner i løbet af 2014.

#### **Skarpere prioritering**

Med prioriteringer skal vi sikre, at alle patienter stadig kan få et behandlingstilbud af god kvalitet.

Det er vigtigt at undgå utilsigtede skred i indikationer for behandling. Offentligt finansieret behandling i sundhedsvæsenet skal baseres på et fagligt funderet visitationsgrundlag.

- Regeringen vil derfor fortsætte arbejdet med udviklingen af visitationsretningslinjer. Der udarbejdes retningslinjer for visitation og henvisning på en række behandlingsområder.

Regeringen vil endvidere sikre målrettede, ensartede og i videst muligt omfang evidensbaserede kontrolforløb. Kontrollerne skal i langt højere grad målrettes, så vi sætter ind der, hvor det gavner patienternes sundhed. For eksempel viser analyser, at tandkontroller kan fokuseres uden, at det går udover tandsundheden. Hermed kan der frigøres midler til finansiering af nye initiativer på sundhedsområdet.

- Regeringen vil derfor udarbejde retningslinjer for tandområdet med henblik på at målrette tilbuddene.
- Regeringen og Danske Regioner vil fremlægge forslag til en øget prioritering på lægemiddelområdet. Der skal sikres et bedre forhold mellem effekten af og prisen på lægemidlerne.

Der skal være et målrettet fokus på, hvilke indsatser der virker – og hvilke der ikke virker. Viden om sundhedsindsatsers effekter er helt centralt i prioriteringsdebatten. Derfor skal vi også have fokus på mere og bedre forskning om de forskellige sundhedsindsatsers effekter.

### Afbureaukratisering

Sundhedspersonalet skal bruge mest mulig tid på at pleje og behandle patienterne. De skal ikke bruge tid på unødvendig administration og dokumentation. Tillid til sundhedspersonalet skal være et fundament for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet. Den differentierede behandlingsgaranti er et eksempel på netop det. Her har vi tillid til, at klinikerne med deres faglighed kan foretage den nødvendige prioritering.

Regeringen har sammen med Danske Regioner taget initiativ til at afskaffe dokumentationskrav og regler, der ikke tjener noget fornuftigt formål og fjerner fokus fra kerneopgaverne.

- Regeringen vil blandt andet på baggrund af input fra Danske Regioner gennemgå statslige krav til dokumentation på sundhedsområdet med henblik på at sikre, at sundhedspersonalet får mere tid til pleje og behandling af patienterne.

Afbureaukratisering i form af forenkling eller fuldstændig afskaffelse af administrative krav og procedurer kan være med til at frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet og give personalet mere tid til den direkte kontakt med patienterne.

Regelstyringen må ikke gå for vidt, og derfor skal der være et konstant fokus på, om der er indført for mange krav om for eksempel dokumentation, som gør det vanskeligt for personalet at udfolde sin faglighed og tilrettelægge sit arbejde. Fra politisk hold fastsætter vi mål og udstikker rammer, mens sundhedspersonalet så vidt muligt selv får ansvar for at realisere og udfylde disse rammer.

### Vækst og sundhed

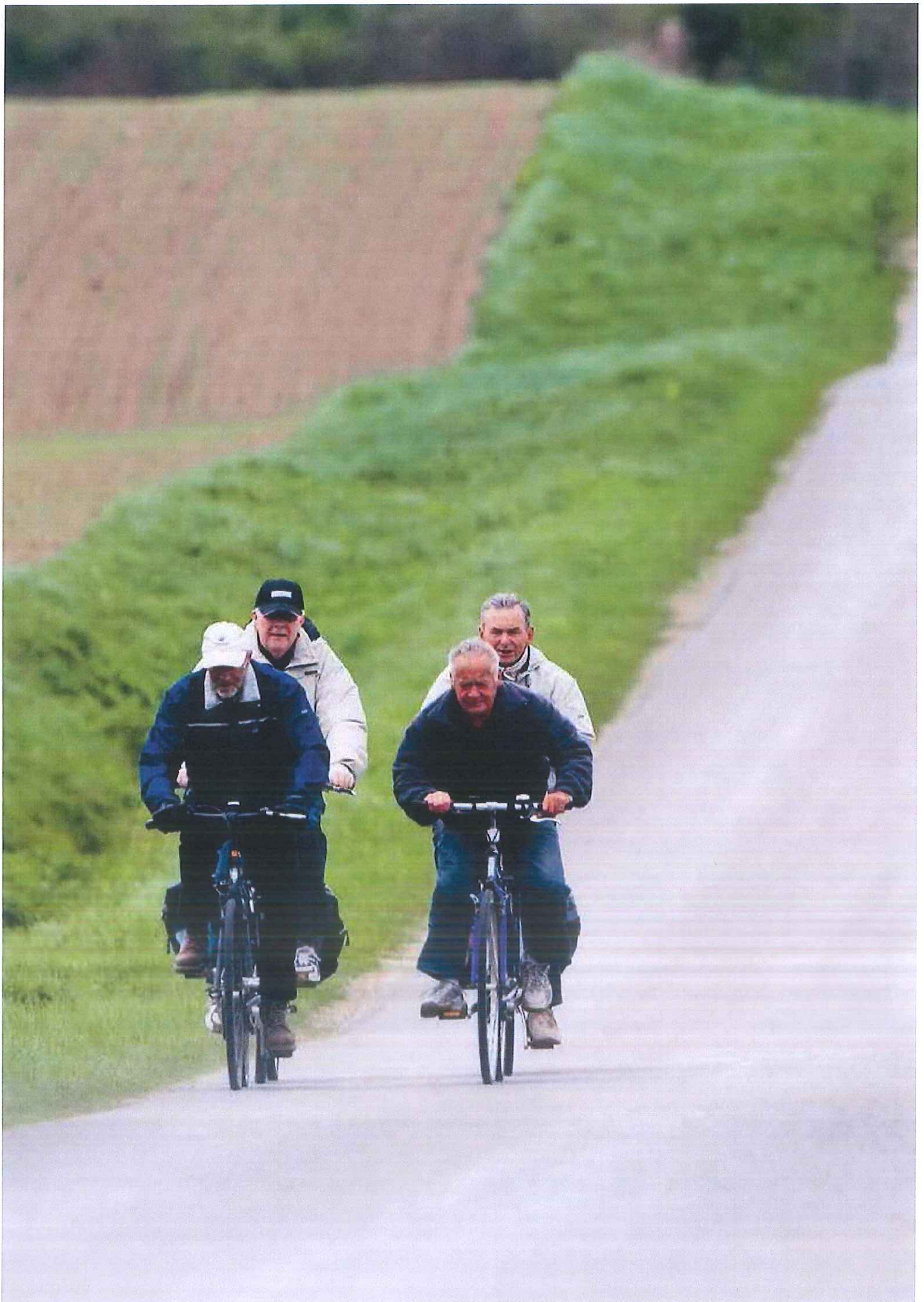
Danmark har en meget stærk industri inden for lægemiddel- og medicoområdet. Virksomheder bidrager til den konstante udvikling af sundhedsvæsenet og med nye og bedre behandlinger og services. Samtidigt er sundhedsforskning generelt og klinisk forskning specifikt nogle af Danmarks absolutte styrkepositioner.

- Regeringen fremlægger i foråret 2013 en vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.

I Danmark skal vi sørge for, at et stærkt offentligt sundhedsvæsen og virksomhederne inden for sundheds- og velfærdsområdet spiller sammen, så man får det bedste mulige ud af hinanden. Vi skal styrke den kliniske forskning og bruge de store investeringer på sundhedsområdet til også at fremme strategiske partnerskaber for eksempel inden for sygehusbyggeri.

Vi skal forbedre samspillet mellem offentlige og private parter om forskning og kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet. Og så skal vi bruge de unikke danske betingelser inden for sundhedsdata til både at forbedre sundhedsvæsenet og fremme væksten i Danmark, som også regeringens vækstteam for sundheds- og velfærdsløsninger peger på.

En satsning på sundhedsdata vil derfor indgå i regeringens kommende vækstplan for sundheds- og velfærdsløsninger.



# Bilag 1.

## Økonomi

**Table 1.** Udgifter og finansiering, mio. kr.

	2014-2017, i alt
<b>Udgifter</b>	<b>600</b>
<b>Lighed i sundhed</b>	
Styrket forebyggelse og øget lighed	334
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partnerskaber til realisering af de nationale mål</li> <li>• Styrkelse af alkoholbehandlingen</li> <li>• Hjælp til rygestop for storrygere</li> <li>• Færre genindlæggelser af nyfødte</li> <li>• Lighedstjek af sundhedsvæsenet</li> </ul>	120 112 42 40 20
<b>En styrket kræftindsats</b>	
Styrket indsats på kræftområdet	174
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udvidelse af HPV-rutinevaccinationsprogrammet</li> <li>• Rehabilitering til kræftpatienter og multisyge</li> </ul>	20 154
<b>Bedre kvalitet og styrket patientinddragelse</b>	
Høj kvalitet for alle	92
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategi for patientinddragelse</li> <li>• Synlighedsreform</li> <li>• Patientsikker Kommune</li> <li>• Forebyggelse af sygehusinfektioner mv.</li> </ul>	20 32 20 20
<b>Finansiering</b>	
Omprioritering, herunder klinisk retningslinje på tandområdet	600

# Mere borger, mindre patient

## Et stærkt fælles sundhedsvæsen

2012/13:24

**Henvendelse om udgivelsen kan i øvrigt ske til**  
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

Tlf. : 7226 9000  
E-mail: [sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk)

**ISBN**  
978-87-92985-43-9

**Elektronisk publikation**  
978-87-92985-44-6

**Design af omslag**  
e-Types & India

**Foto**  
Lars Skaaning, Hanne Loop, Colourbox

**Tryk**  
Rosendahl Schultz Grafisk A/S

**Web**  
Publikationen kan hentes på  
[www.sum.dk](http://www.sum.dk)



## N O T A T

om

Ny subakut funktion på Lyngby Møllebo – omdannelse af 4 eksisterende akutpladser til  
4 nye sub-akutte pladser.

---

På Social- og Sundhedsudvalgets møde den 6.3.2013 godkendte udvalget, at der blev afsat 400.000 kr. årligt fra "Puljen til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere" til omdannelse af 4 eksisterende pladser på Møllebo til 4 nye kommunale akutpladser, hvis formål er, at kommunen via en mere specialiseret tværfaglig sundheds indsats kan forebygge visse unødige indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere.

Kommunen har i mange år rådet over 18 akutpladser, der udelukkende modtager borgere med akut behov for pleje og omsorg - ikke borgere, som har et behov for en lægefaglig indsats, og derfor er at regne for akutpladser i en pleje/omsorgsmæssig forstand. Derfor er der heller ikke i dag aftalt et formaliseret systematisk lægetilsyn til disse borgere. Når borgere er indlagt på en akutplads i dag og har behov for lægefaglig bistand, kontakter plejepersonalet borgerens egen læge i dagtimerne på hverdage og udenfor dagtimerne og på søn- og helligdage kontakter de Vagtlægen.

Erfaringerne viser, at der kan gå op til en uge, før det er muligt at skabe en ledig akutplads, hvilket ofte medfører at det bliver nødvendigt at indlægge borgeren på hospital. Erfaringerne viser også, at hvis en borger har behov for tæt observation ifm. en akut fase af et sygdomsforløb eller der opstår komplikationer til et sygdomsforløb, indlægges denne oftest på hospital, idet det ikke er muligt fagligt at løfte sådanne opgaver i dag.

Sundhedsstyrelsen, KL og Danske Regioner har i december måned 2012 udarbejdet et notat, der beskriver definitionen og rammerne for den kommunale sub-akutte og akutte sygepleje- og rehabiliteringsindsats til ældre patienter. Af notatet fremgår det, at kommunen skal kunne levere en akut indsats indenfor få timer og en sub-akut indsats indenfor samme døgn. Et krav som kommunen ikke er i stand til at opfylde i dag.

En arbejdsgruppe i Center for Træning og Omsorg, har i samarbejde en repræsentant fra de praktiserende læger planlagt, hvordan der kan foretages en omdannelse af 4 eksisterende akutpladser på Møllebo til 4 helt nye sub-akutte pladser, der lever op til Sundhedsstyrelsen, KL og Danske Regioners krav.

### **Kort beskrivelse af det nye sub-akutte tilbud.**

Der stiles mod igangsætning af det nye sub-akutte tilbud den 1. august/1. september 2013.

Tilbuddet består af 4 midlertidige døgnpladser placeret på 2. sal på Lyngby Møllebo, hvor der modtages borgere fra eget hjem med behov for akut pleje kombineret med flere omfattende observationer i tæt samarbejde med lægefaglig bistand, indenfor ét døgn.

Til forskel fra i dag stilles der med det nye sub-akutte tilbud krav om, at alle borgere altid visiteres af en læge<sup>1</sup>.

I dagtimerne på hverdage er det borgerens praktiserende læge, som visiterer borgeren til et ophold på en sub-akut plads og som ved behov tilser borgeren på Møllebo. Om aftenen og i weekender og søn- og helligdage visiterer og tilser en vagtlæge borgeren.

Som udgangspunkt vil borgeren kunne forblive indlagt på den sub-akutte plads i op til 3 – 5 døgn. Herefter vil borgeren på ny vende tilbage til eget hjem - alternativt overflyttes til en almindelig midlertidig plads på Møllebo.

Det forudsættes, at borgeren selv betaler den gældende døgn takst for opholdet samt at borgeren selv dækker transportudgifter til/fra pladsen, svarende til de gældende vilkår for ophold på en kommunal midlertidig plads.

Borgere som modtages på en sub-akut plads vil i mange tilfælde være borgere som i forvejen er tilknyttet kommunens hjemmepleje, men det kan også være borgere, som er ukendte for hjemmeplejen. Det drejer sig om:

- Borgere med behov for observation ifm. akut opstået sygdom/akut opstået komplikationer til sygdom, hvor der er behov for igangsætning af simple standardiserede lægelige behandlinger
- Borgere med behov for monitorering af nyopståede ændringer i sundhedstilstanden, der vurderes at kunne håndteres på Møllebo
- Borgere med behov for væske- og ernæringsterapi, inhalationsbehandling og iltterapi, kateteranlæggelse og -pleje samt intravenøs væsketerapi og intravenøs medicinering

En stor del af indsatserne skal ydes efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af sundhedsfaglig virksomhed og vil derfor blive varetaget i et tæt samarbejde med de praktiserende læger/vagtlæger.

Borgere med behov for lægefaglig bistand som rækker ud over hvad der kan karakteriseres som simple standardiserede lægelige behandlinger, kan ikke modtages på en sub-akut plads. Disse borgere vil tilsvarende i dag fortsat blive henvist til indlæggelse/behandling på hospital.

### **De praktiserende lægers bemærkninger til den nye sub-akutte funktion.**

I forbindelse med planlægningen af den nye sub-akutte funktion, har de praktiserende læger givet udtryk for, at de gerne vil indgå i et konstruktivt samarbejde om etablering af et kommunalt sub-akut tilbud på Møllebo.

De peger på, at der pågår et arbejde centralt med at udarbejde fælles retningslinjer for etablering af kommunale akutpladser, med henblik på at sikre et ensartet tilbud over hele landet.

Lægerne har i processen udtrykt bekymring om:

1. Hvem der skal visitere til de nye sub-akutte pladser udenfor dagarbejdstid. Skal vagtlægerne / hospitalerne også have mulighed for at indlægge patienter?
2. Hvem skal tilse patienterne udenfor dagarbejdstiden i hjemmet og på Møllebo.

---

<sup>1</sup> For at sikre den nødvendige lægefaglige bistand i relation til det nye sub-akutte tilbud, skal der inden igangsætningen være sket en afklaring af den overenskomstmæssige situation på lægeområdet. Både det forhold, at de praktiserende lægers overenskomst er opsagt og der er oplysninger om, at de deponerer deres ydernumre fra 1.9.2013 og ligeledes at Lægevagten skal overgå til en anden form og andet regi pr. 1.1.2014.



3. Hvilke retningslinjer for behandling skal være gældende og hvem skal udarbejde dem. De praktiserende læger peger på at der skal være juridisk bindende dokumenter, som de kan være sikre på bliver fulgt, når de uddelegerer ansvaret til plejepersonalet.

Der er en række uafklarede punkter vedrørende uddelegering, som de praktiserende læger ikke umiddelbart kan svare på. Disse forhold kræver afklaring med juristerne i PLO og KL.

Der peges fra almen praktiserende lægers side på, at alt samarbejde afventer afklaring af deres overenskomstsituation. Dels at lægevagten pr. 1.1.2014 overgår til en anden form og andet regi, og dels at praktiserende lægers overenskomst med regionerne er opsagt.

Alle disse forhold betyder, at lægerne mener, at det kan blive meget svært at indgå forpligtende aftaler i dette kalenderår. Det betyder ikke, at de ikke kan være med til at starte arbejdet op, men der forestår et meget uroligt år for almen praksis.

### **Opfølgning og evaluering af den nye sub-akutte funktion.**

Idet den sub-akutte funktion er et helt nyt kommunalt tilbud, hvor der endnu ikke er gjort nogen erfaringer, vil der blive foretaget en tæt opfølgning af indsatsen, både med hensyn til indsatsen ift. den enkelte borger og ligeledes ift. hvorvidt målet om nedbringelse af antallet af (gen-)indlæggelser.

Erfaringerne med den nye funktion evalueres i løbet af foråret 2014.

På sigt, når der er gjort nogle erfaringer med den sub-akutte indsats, kan indsatsen eventuelt udvides til også at omfatte en egentlig akut-indsats. Såfremt dette bliver aktuelt, er det nødvendigt, at der foretages en budgetmæssig justering, da det forventes, at et egentligt kommunalt akuttilbud er forbundet med en lang række nye omkostninger, der ikke kan afholdes indenfor de eksisterende budgetmæssige rammer.

Perspektivet for en udvidelse af den nye sub-akutte funktion er flere.

F.eks. kunne Epital Sundhed kobles på nogle af de borgerforløb, som håndteres på Møllebo, hvor der vil kunne ske en oplæring i trygge rammer. Epital Sundhed rumme flere muligheder og har den lægefaglige back up, der skal til for at kunne tilbyde et reelt akut tilbud på Møllebo, hvor man kunne forestille sig at konceptet integreres i samarbejdet med callcentret /vagtcentralen og en akutfunktion.

Et andet perspektiv kunne være at udvide en egentlig akutfunktion på Møllebo med et udekørende team af specialuddannede sygeplejersker, som kunne varetage nogle akutte opgaver i borgerens eget hjem.

### **Forudsætninger der skal være opfyldt, før ibrugtagning.**

Det nye sub-akutte tilbud kræver, at en række forudsætninger er opfyldt. Her tænkes bl.a. på:

1. At de nødvendige faglige kompetencer er sikret i aften og nattevagt og der er gennemført kompetenceudvikling af de medarbejdere, som tilknyttes den nye sub-akutte funktion. Konkret drejer det sig om at erstatte 2 social- og sundhedshjælpere i aftenvagt med 2 sygeplejersker og erstatte 1 social- og sundhedshjælper i nattevagt med 1 social- og sundhedsassistent.
2. At de nødvendige faglige procedurer er fastlagt med særligt fokus på de procedurer, de udgør en patientsikkerhedsmæssig risiko.

3. At der er etableret et systematisk formaliseret samarbejde omkring den lægefaglige bistand både i relation til visitation til den nye sub-akutte funktion og i relation til lægefaglige tilsyn til indlagte borgere. Ligesom de skal foretages en afklaring af det behandlingsmæssige og pleje- og omsorgsmæssige ansvar.
4. At der skabes den nødvendige tomgang af 2 pladser, for at sikre at en hjemmeboende borgers akutupstået behov for indlæggelse, kan imødekommes indenfor 1 døgn. Med åbning af såvel det nye Bredebo og også af pladser på Solgården i 2013, forventer Center for Træning og Omsorg, at det vil være muligt at sikre denne tomgang og i højere grad end i dag sikre, at de 4 pladser i den nye sub-akutte funktion anvendes til borgere i eget hjem.
5. At der er indkøbt det fornødne sygepleje- og lægefaglige udstyr til brug for undersøgelse, udredning og monitorering. Udstyr der skal sikre, at borgere med behov for igangsætning af simple standardiserede lægefaglige behandlinger kan modtage disse på Lyngby Møllebo, og herved undgå en (gen-)indlæggelse på hospital.

I Center for Træning og Omsorg pågår der aktuelt et arbejde omkring ansættelse af personale med de nødvendige kompetencer samt kompetenceudvikling af de medarbejdere som tilknyttes den nye funktion. Ligesom udarbejdelse af en række nye procedurer og indkøb af det fornødne sygepleje- og lægefaglige udstyr er sat i gang.

Såfremt den overenskomstmæssige situation på lægeområdet ikke er endelig afklaret på igangsætningstidspunktet, vil det blive nødvendigt, indledningsvis at organisere tilbuddet uden den ønskede lægelige involvering. Dette indebærer, at den nye sub-akutte funktion udelukkende modtager borgere, hvis tilstand kan håndteres med de plejefaglige kompetencer der er til stede på Møllebo, kombineret med en lægefaglig bistand sv.t. hvad vi kender i dag.

Susanne Hansen